



HAL
open science

Accès aux soins et parcours thérapeutiques du cancer du sein : l'exemple de la région Ile-de-France

Lucie Vialard

► **To cite this version:**

Lucie Vialard. Accès aux soins et parcours thérapeutiques du cancer du sein : l'exemple de la région Ile-de-France. Géographie. Université de Nanterre - Paris X, 2019. Français. NNT : 2019PA100130 . tel-02892892

HAL Id: tel-02892892

<https://theses.hal.science/tel-02892892>

Submitted on 7 Jul 2020

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.

Membre de l'université Paris Lumières

Lucie VIALARD ARBAROTTI

Accès aux soins et parcours thérapeutiques du cancer du sein :

L'exemple de la région Ile-de-France

Thèse présentée et soutenue publiquement le **03/12/2019**
en vue de l'obtention du doctorat de **Géographie humaine, économique et régionale** de
l'Université Paris Nanterre
sous la direction de Mme Anne-Peggy HELLEQUIN (Université Paris Nanterre)

Jury :

Directrice de thèse	Mme Anne-Peggy HELLEQUIN	Professeure, Université Paris Nanterre
Membre du jury	M. Stéphane RICAN	Maître de conférences, Université Paris Nanterre
Rapporteur	M. Sébastien FLEURET	Directeur de recherche, CNRS, Université d'Angers
Rapporteuse	Mme Gwenn MENVIELLE	Docteure en santé publique - épidémiologie, INSERM, Sorbonne Université
Examinatrice	Mme Myriam BARON	Professeure, Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne
Examineur	M. Patrick CASTEL	Docteur en sociologie, Sciences Po, Centre de sociologie des organisations
Examinatrice	Mme Lena SANDERS	Directrice de recherche, CNRS, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne

Thèse réalisée au sein du Laboratoire Dynamiques Sociales et Recomposition des Espaces
LADYSS - UMR 7533
Université Paris Nanterre
200 avenue de la République
92000 NANTERRE

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à exprimer ma profonde reconnaissance à Stéphane Rican, mon directeur depuis le début de cette thèse, qui m'a fidèlement accompagnée et soutenue dans ce projet. Je vous remercie sincèrement pour votre patience, votre pédagogie et votre gentillesse qui m'ont permis de poursuivre cette aventure, malgré les obstacles. Je souhaite également remercier le Pr Anne-Peggy Hellequin pour avoir accepté de diriger cette thèse, pour sa dernière étape. Votre disponibilité, votre soutien ainsi que votre expertise m'ont permis de mener à terme ce manuscrit, dans les meilleures conditions. Merci également à l'Université de Nanterre et à l'école doctorale « Milieux, cultures et sociétés du passé et du présent » pour l'allocation doctorale dont j'ai bénéficié et grâce à laquelle j'ai pu me consacrer pleinement à ma recherche pendant 3 ans.

Je tiens ensuite à remercier les personnes directement impliquées dans le suivi de ce travail depuis 2014, M. Patrick Castel, Dr Emmanuelle Fourme, Pr Jacques Rouëssé et Pr Gérard Salem. Vos conseils et votre accompagnement toujours bienveillants et constructifs dans le cadre du comité de thèse, ont fondamentalement participé à l'élaboration et à l'aboutissement de cette recherche. Un grand merci également à l'équipe « Santé publique et soins » de l'Institut national du cancer, Pr Philippe-Jean Bousquet, Dr Christine Le Bihan-Benjamin et Dr Delphine Lefevre. Ce travail n'aurait pas été possible sans votre expertise et votre expérience.

Je souhaite également témoigner mes sincères remerciements aux femmes qui ont eu le courage de me transmettre leur expérience du parcours de soins en entretien. Grâce à la plate-forme des « Seintinelles », que je remercie également au passage, vos témoignages riches et profonds m'ont montré le sens de ce que je cherchais. Merci également à tous les professionnels soignants et médico-sociaux avec qui j'ai eu des échanges passionnants en entretien ou à l'occasion de journées d'observation sur le terrain. Les expériences dont vous m'avez témoigné, m'ont permis de mieux comprendre ce que signifie être soignant en cancérologie, quotidiennement et politiquement.

Je remercie également l'équipe de géographie de la santé de Nanterre, particulièrement Audrey Bochaton, Zoé Vaillant, Marianne Viot, Julia Bardes et Emmanuelle Faure. Je vous remercie pour votre présence, vos conseils avisés et votre amitié pendant ces années au laboratoire. Merci également à toute l'équipe du LADYSS : Béatrice, Faïza, Kenza, Jean-Paul, Bassem, Manuelle, Kader, Rhoda, Artan, Thierry, Raouf, Sylvie, Blandine, Marcel, Claude, Renata et Ferial. Votre compagnie a été très chaleureuse et je garde de formidables souvenirs des moments partagés, scientifiques, culinaires et horticoles !

Enfin, je souhaite remercier ma famille de France et du Brésil, ainsi que mes fidèles amis : mes parents, mes frères et sœur, mon beau-frère et mes neveux pour votre confiance et votre affection inconditionnelle ; Emilie, Anne-Laure et Ariana pour avoir partagé cette recherche au quotidien pendant ces années sous le même toit ; Clara, Hélène, Charlotte, Lucas, Eve-So, Yaelle et Marie pour le bonheur de vous compter parmi mes plus chers amis ; E agradeço aos Barotti por me oferecerem uma nova família. Estou muito feliz por terminar esta aventura com vocês. E obrigada a você meu querido Alex, para a nossa vida presente e futura.

NOTES

Les annexes relatives à ce travail sont présentées dans un autre document fourni en plus de ce manuscrit, afin de pouvoir s'y référer facilement tout au long de la lecture.

De la même façon, nous faisons régulièrement référence à la carte n°18 dans l'exposé, c'est pourquoi elle est également référencée en annexe n°10 pour la consulter plus aisément pendant la lecture.

RESUME

Le cancer du sein constitue le cancer le plus fréquent en France pour les femmes. Il est aujourd'hui démontré que les facteurs de risque de déclarer et de décéder de ce cancer, de participer au dépistage et aux programmes de prévention tout autant que d'accéder à des soins de qualité, sont socialement construits. L'existence de disparités géographiques d'incidence, de participation au dépistage et de mortalité a également été documentée, selon le lieu de résidence des femmes. Cette recherche a pour objectif d'analyser la construction des inégalités d'accès aux soins pendant la période du parcours de soins du cancer du sein, dans un vaste ensemble urbain qu'est la région Ile-de-France. Il s'agit de la première recherche en géographie de la santé, qui permet d'interroger simultanément les rôles des caractéristiques individuelles des femmes prises en charge (renseignées dans les bases de données anonymisées de l'Assurance Maladie) et des dynamiques urbaines propres à leur environnement de résidence, dans la genèse du processus inégalitaire en oncogénologie. Les résultats mettent en lumière des disparités spatiales dans les séquences de traitement des femmes traitées pour un cancer infiltrant. D'autres disparités existent également pour l'accès à l'innovation chirurgicale, le paiement des dépassements d'honoraires et les délais d'accès au traitement adjuvant. Enfin, nos résultats ont permis de montrer l'existence d'inégalités territoriales d'accès aux soins de support et de qualité de vie pendant la maladie, lorsque les femmes résident à distance du centre de soins et qu'elles y sont prises en charge pour l'ensemble de leur parcours de soins.

Mots-clés : Accès aux soins ; Cancer du sein ; Parcours de soins ; Inégalités ; Ile-de-France ; Environnement urbain.

ABSTRACT

Breast cancer is the most frequent cancer for women in France. It has now been demonstrated that the risk factors for reporting and dying from this cancer, for participating in screening and prevention programs as well as for accessing quality care, depend on social characteristics. The existence of geographical disparities in incidence, screening participation and mortality has also been documented, depending on where women live. The objective of this research is to analyse the construction of inequalities in access to care during the period of the breast cancer healthcare pathway, in the vast urban area of the region of Paris (France). This is the first research in health geography to simultaneously question the roles of the individual characteristics of women (recorded in the anonymized databases of the French Health Insurance) and the urban dynamics specific to their residential environment, in the genesis of the inequality process in the treatment of breast cancer. The results highlight spatial disparities in the treatment sequences of women treated for invasive cancer. Other disparities also exist for access to surgical innovation, out-of-pocket expenses and delays in access to adjuvant treatment. Finally, our results show the existence of geographical inequalities in access to supportive care and quality of life during the healthcare pathway of breast cancer, when women reside far from the care centre and are cared for the entire healthcare pathway in this hospital.

Keywords: Access to care; Breast cancer; Healthcare pathway; Inequalities; Region of Paris; Urban environment

SOMMAIRE

Remerciements	4
Notes.....	6
Résumé.....	7
Abstract.....	8
Sommaire	9
Introduction générale.....	12
I. Genèse d'une problématique : des inégalités dans les parcours de santé du cancer du sein dans les Hauts-de-Seine aux inégalités d'accès aux soins en Ile-de-France	14
II. Méthodologie.....	17
III. Cancer du sein et système de soins : l'organisation du parcours thérapeutique.....	33
IV. Plan général de la thèse	40
Chapitre 1 - Les disparités face au cancer du sein : état de l'art et perspectives de recherche.....	44
Introduction.....	45
I. Disparités socio-spatiales et cancer du sein : la redistribution des cartes.....	46
II. Environnement urbain et cancer du sein : une équation incertaine	56
III. Etats des lieux de la recherche sur les risques face au cancer & perspectives	81
IV. Accès aux soins et parcours de soins : quels usages géographiques des concepts ?	94
Conclusion	105
Chapitre 2 - L'accès aux soins pour la prise en charge du cancer du sein en région francilienne : l'effet de lieu comme une combinaison de facteurs.....	106
Introduction.....	107
I. Les inégalités d'accès aux soins : l'agencement spatial des faits sociaux plus que la composition sociale des espaces.....	108
II. Décrire les dynamiques urbaines des communes franciliennes.....	128
III. Gestion du parcours de soins en onco-sénologie : des systèmes localisés d'interactions	149
Conclusion	170
Chapitre 3 - Des parcours de soins qui s'inscrivent dans les centralités métropolitaines.....	172
Introduction.....	173
I. Recours de proximité <i>versus</i> délocalisation des prises en charge chirurgicales.....	176
II. Une offre publique de soins plus attractive pour l'étape de la chimiothérapie	193
III. Les radiothérapeutes libéraux : les plus consultés en Ile-de-France.....	210
IV. Les disparités spatiales des parcours de soins : entre représentations des acteurs, logiques concurrentielles et organisation métropolitaine	213

Conclusion	219
Chapitre 4 - Des soins qui varient en fonction du type de parcours en Ile-de-France	224
Introduction.....	225
I. Variations spatiales dans les séquences de traitement : l'exemple des cancers infiltrants	226
II. Accès à l'innovation en chirurgie.....	237
III. Paiements de dépassements d'honoraires.....	243
IV. Parcours de soins monocentriques et effets de captation après la chirurgie	246
V. Délais entre les étapes du parcours de soins	256
Conclusion	261
Chapitre 5 - Situations individuelles complexes et gestion des parcours de soins	264
Introduction.....	265
I. Situations complexes et cas standards en onco-sénologie	266
II. Le stade au diagnostic : un facteur prédictif de la forme du parcours de soins.....	271
III. Âge et orientation vers les soins	278
IV. Des recours spécifiques aux personnes bénéficiaires de la CMU-C ?.....	285
V. Quel vécu de la complexité par les personnes soignées ?	290
Conclusion	300
Chapitre 6 - Les constructions socioterritoriales du recours aux soins pour le cancer du sein en Ile-de-France	302
Introduction : besoins de soins et recours aux soins, quelle adéquation en fonction des territoires franciliens ?	303
I. L'exemple des départements du Val d'Oise et de l'Essonne	308
II. Les parcours de soins du cancer du sein dans les franges régionales	329
Conclusion	342
Conclusion générale	346
Bibliographie	356
Tables des matières	377
Tables des figures et des illustrations	382

INTRODUCTION GENERALE

Le sujet de cette thèse concerne l'accès aux soins des femmes traitées pour un cancer du sein en région Ile-de-France. Son objectif est de débattre de l'existence d'inégalités d'accès à une prise en charge de qualité et adaptée aux besoins des personnes soignées, et de la place du territoire dans ces processus inégalitaires.

Pour aboutir à cette problématique, le cheminement n'a pas été linéaire et nous avons réalisé plusieurs détours depuis le début de la recherche. Cette dernière a débuté en 2014, lorsque la Ligue contre le cancer du département des Hauts-de-Seine a sollicité l'équipe de géographie de la santé de l'Université de Paris Nanterre pour bénéficier d'un diagnostic sur les inégalités face au cancer du sein dans le département. En partenariat avec l'association, j'ai réalisé un stage de Master 2 dans le service d'épidémiologie et de santé publique du Centre de lutte contre le cancer René Huguenin à Saint-Cloud (Institut Curie). L'objectif de ce stage était de repérer les questions pertinentes en géographie, sur les inégalités existantes pendant les parcours de santé des femmes affectées par un cancer du sein dans le département des Hauts-de-Seine. Très vite, le terrain d'étude pour développer cette problématique a donc été situé en Ile-de-France à partir des données de santé issues du système national d'information inter-régimes de l'Assurance Maladie (SNIIR-AM) géré par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAM-TS). La demande d'extraction des données a ainsi été initiée dès l'année 2014, étant donné l'ampleur de la démarche administrative.

Le financement de la thèse a finalement été attribué par l'ED 395 de l'Université de Paris Nanterre, ce qui nous a permis d'élargir le focus de la recherche à un terrain plus large que le département des Hauts-de-Seine. En effet, au cours de la première année de doctorat et après plusieurs semaines d'élaboration et de lecture de l'état de l'art, la réflexion a été partiellement reformulée pour des raisons épistémologiques et logistiques. La première partie de cette introduction a pour objectif d'explicitier la genèse du questionnement de la thèse, afin d'en justifier l'intérêt scientifique et la démonstration développée dans ce travail. La deuxième partie s'attèle à décrire l'organisation des soins en cancérologie pour poser d'emblée le cadre national structurant dans lequel s'inscrivent les parcours des femmes soignées pour un cancer du sein. Enfin, la troisième partie vise à exposer précisément l'arsenal méthodologique déployé pour répondre au défi ambitieux dont a été synonyme la recherche. Dans un souci de clarté de l'exposé, la plupart des concepts utilisés dans cette introduction ne sont pas définis à ce stade du manuscrit.

I. GENESE D'UNE PROBLEMATIQUE : DES INEGALITES DANS LES PARCOURS DE SANTE DU CANCER DU SEIN DANS LES HAUTS-DE-SEINE AUX INEGALITES D'ACCES AUX SOINS EN ILE-DE-FRANCE

1) Un questionnement initial trop enraciné dans une approche statique des déterminants sociaux du cancer du sein

Tout d'abord, précisons que cette recherche se situe dans le champ de la géographie. La géographie est une science sociale dont l'objet consiste en « l'étude de l'organisation et de la différenciation de l'espace des hommes » (Brunet, 1989). La raison d'être de cette discipline est la production de connaissances sur les phénomènes sociaux à travers les différences observées entre les lieux d'un espace donné (Lévy & Lussault, 2013). Sans entrer d'emblée dans la définition des concepts fondateurs de la géographie que nous aborderons plus loin dans le manuscrit, la démarche géographique correspond à l'ordonnement du monde par le biais de marqueurs spatiaux et à la compréhension des mécanismes sociaux sous-jacents à l'existence des disparités enregistrées à travers ces marqueurs (Salem, 1998). Dans cette perspective, parler d'une géographie du cancer du sein implique d'une part la description des indicateurs épidémiologiques relatifs à cette pathologie, et d'autre part un questionnement simultané sur les processus socio-spatiaux à l'origine des différences observées entre les espaces considérés.

Comme nous allons le développer dans le premier chapitre, de multiples travaux ont mis en évidence l'existence de disparités de recours au dépistage, d'incidence¹, d'accès aux soins et de mortalité par cancer du sein, en fonction des espaces et des populations. La majorité d'entre eux a été l'œuvre des épidémiologistes qui ont insisté sur le rôle explicatif des inégalités sociales dans l'existence de ces différences, à chaque étape de la maladie cancéreuse. Il est important de préciser d'emblée que nos premières pistes de recherche ont été largement influencées par les connaissances déjà acquises sur le sujet. Néanmoins, l'originalité de notre questionnement initial a été de s'interroger sur l'effet du cumul des inégalités qui se déploient tout au long du parcours des personnes affectées par un cancer du sein. D'après la définition de M.A Bloch et de L. Hénaut (2014), le parcours de santé

¹ L'incidence du cancer du sein correspond au nombre de nouveaux cas pendant une période donnée (www.e-cancer.fr, consulté le 30 mars 2019)

correspond au « segment du parcours de vie de la personne qui influence et interagit avec sa santé ». Pour la géographe que nous sommes, les parcours des personnes affectées par cette pathologie constituent donc un processus social qui présenterait une certaine structure spatiale, à la fois cause et conséquence des différences observées dans la distribution épidémiologique du cancer du sein.

Or, la spécificité d'un questionnement autour du cancer réside dans le fait que les mécanismes sociaux à l'origine de la distribution spatiale de la participation au dépistage, de l'incidence et de la mortalité se déploient sur un temps long, difficilement délimitable (Macintyre et al., 2002). En effet, les femmes affectées par un cancer du sein qui font l'objet de cette étude ont connu une succession d'expositions et d'expériences qui a façonné singulièrement leur état de santé mesuré à un instant précis de leur vie. Le concept de parcours de santé, sur lequel nous reviendrons plus longuement dans le premier chapitre, postule que la santé des individus évolue tout au long du parcours de vie en interaction avec leur environnement social (Burton-Jeangros, 2016). Les travaux épidémiologiques qui se sont intéressés aux inégalités sur le parcours du cancer du sein se confrontent inconditionnellement à la difficulté de prendre en compte cette temporalité dans la recherche de causalité, et cette dernière a fait l'objet de nombreux débats au sein de la communauté scientifique (Chaix et al., 2009). Les schémas explicatifs mettent l'accent à la fois sur l'importance des itinéraires sociaux et spatiaux des individus, ainsi que sur l'évolution des espaces de référence dans leur ensemble (Diez-Roux, 2007). Dans ce cadre, l'analyse des mécanismes sociaux qui génèrent les disparités observées sur les parcours de santé en lien avec le cancer du sein nécessiterait la mise en œuvre d'une méthodologie complexe, basée sur la création d'une cohorte de femmes que nous suivrions pendant plusieurs décennies dans leurs évolutions sociales et spatiales. Par conséquent, avec les moyens méthodologiques à notre disposition, il semble très difficile d'établir un modèle explicatif à partir de différents indicateurs dont on méconnaît les interactions à travers le temps. A partir de ce constat, nous avons préféré nous concentrer sur la période du parcours thérapeutique du cancer du sein, qui correspond dans notre recherche à la phase hospitalière de la prise en charge. En effet, les processus conduisant à des différences d'accès aux soins pendant cette période se déroulent sur un temps plus court, temporalité que les femmes et les professionnels de santé sont en mesure de saisir et de restituer pendant les entretiens qualitatifs.

2) Du département des Hauts-de-Seine à la région Ile-de-France

En même temps que nous avons resserré le champ de notre problématique dans le temps, nous l'avons élargi dans l'espace. En effet, grâce à une série d'entretiens réalisée dès le début de la recherche avec des professionnels spécialisés en cancérologie, le rôle de l'organisation hospitalière et des enjeux de pouvoir entre les institutions est apparu déterminant sur la forme des parcours de soins des femmes traitées pour un cancer du sein. Comme nous le développerons largement dans le deuxième chapitre, la région Ile-de-France accueille effectivement une diversité d'établissements autorisés à soigner le cancer du sein, et un climat particulièrement concurrentiel s'est développé entre eux au fil des réformes du système de soins en cancérologie. Par conséquent, nous avons décidé d'étendre le terrain de la recherche à l'ensemble de la région francilienne pour pouvoir prendre en compte plus largement la structuration de ces réseaux. Grâce aux premiers résultats de cette enquête qualitative, nous avons pris conscience que le chemin explicatif soupçonné entre les inégalités sociales et les éventuelles inégalités de prises en charge du cancer du sein n'était sans doute pas le plus déterminant. La force des réseaux d'acteurs soignants ainsi que les interactions entre les hôpitaux parisiens et les hôpitaux situés en périphérie parisienne sont apparues plus structurantes sur la forme des parcours de soins. Nous avons abouti à l'hypothèse que les parcours de soins des femmes affectées d'un cancer du sein s'organisaient davantage en fonction de leur intégration dans ces réseaux d'acteurs, et que ces derniers s'enracinaient distinctement dans les territoires de la région. L'intégration des femmes dans ces réseaux serait certes tributaire d'un ensemble de facteurs individuels d'ordres médicaux, socio-économiques et démographiques mais également des dynamiques à l'œuvre dans leur environnement social et résidentiel, qui les conduiraient vers certains réseaux particuliers d'acteurs soignants. Pour répondre à cette hypothèse, nous avons suivi une méthodologie qui s'est schématiquement déroulée en 4 étapes. Nous allons précisément décrire chacune de ces étapes dans la partie suivante.

II. METHODOLOGIE

1) *Cheminement méthodologique*

La première étape de cette recherche – *i.e.* la réalisation de l'enquête par entretien auprès des professionnels de la cancérologie - nous a permis de caractériser l'organisation du système de prise en charge du cancer en Ile-de-France. Cette phase a été fondamentale pour la formulation de notre sujet car elle a permis d'aboutir à l'hypothèse principale de la thèse, qui est que les inégalités d'accès aux soins dans le parcours thérapeutique du cancer du sein répondraient principalement à des logiques de réseaux socio-spatiaux et donc à un processus social particulièrement dynamique. En effet, la structuration spatiale des flux de personnes et d'informations contribue aux inégalités d'accès aux soins dans le sens où les capacités de mobilité des populations, inégales selon leur statut social, se heurtent à la rigidité de l'organisation spatiale de l'offre de soins. Pour citer un exemple, les différentes catégories sociales ne présentent pas les mêmes schémas de mobilité en fonction de la centralité et de l'attractivité de leur commune de résidence (Berroir et al., 2007b). Par conséquent, les réseaux soignants et la façon dont les femmes y circulent, s'inscrivent potentiellement dans ces dynamiques territoriales.

A notre connaissance, il n'existe aucune recherche qui se soit intéressée à l'influence de l'intégration des personnes dans les réseaux socio-spatiaux, sur les pratiques de recours aux soins. Pour parvenir à une telle analyse, nous avons entrepris la construction d'un outil qui permet de décrire synthétiquement ce processus dynamique en fonction des territoires. Ce dernier a été élaboré à partir de variables relatives à la complexité urbaine et notamment le temps d'accès aux soins du cancer du sein, la composition socio-démographique des populations résidentes ainsi que l'évolution sociale de ces communes à travers le temps. Cet outil prend la forme d'une typologie de communes, baptisée « indice synthétique des dynamiques urbaines » (ISDU), que nous présenterons dans le deuxième chapitre du manuscrit.

A partir de cet indice synthétique, nous avons proposé une lecture particulière des données de santé à notre disposition. En effet, les parcours de soins ont été reconstitués grâce aux données anonymisées de l'Assurance Maladie (SNIIR-AM) et ces derniers ont été analysés à l'aune de notre principale hypothèse et de l'ISDU.

Enfin, la dernière étape de ce travail a consisté en la collecte du vécu des parcours auprès des femmes soignées pour un cancer du sein en Ile-de-France. L'échantillon des personnes rencontrées en entretien a été réalisé en fonction du type de communes de résidence selon l'ISDU. Dans la suite de cette introduction, nous présenterons successivement les deux enquêtes qualitatives réalisées pendant la recherche, et enfin les différentes analyses produites à partir de la base du SNIIR-AM.

2) Identifier les processus sociaux à l'origine d'éventuelles inégalités d'accès aux soins pendant le parcours thérapeutique du cancer du sein

Nous avons conduit deux enquêtes qualitatives distinctes pendant cette thèse. La première a été réalisée dès le début de la recherche, auprès des acteurs soignants et médico-sociaux investis dans les parcours de soins du cancer du sein en Ile-de-France. Elle a eu vocation à décrire le mode de fonctionnement du système de soins en oncologie à l'échelle de la région. La seconde a été entreprise plus tardivement pendant la thèse, avec les femmes franciliennes soignées ou ayant été soignées pour un cancer du sein au cours des dix dernières années. L'objectif de cette enquête était de recueillir le vécu du parcours de soins par ces personnes, en fonction des dynamiques à l'œuvre dans leur commune de résidence mesurées grâce à l'ISDU.

a) L'enquête auprès des professionnels de santé

Suite à une quinzaine d'entretiens réalisés auprès de différents professionnels spontanément volontaires pour participer à la recherche, nous avons entrepris une première analyse de contenu de ce corpus. Ces professionnels ont été contactés *via* le bouche-à-oreille et étaient particulièrement intéressés par le sujet de la thèse. Dans un second temps, nous avons essayé de diversifier l'échantillon de personnes rencontrées sur la base de leur statut professionnel, du statut de l'établissement et de la localisation de ce dernier dans la région. Au final, 35 entretiens semi-directifs ont été réalisés avec des professionnels aux profils variés (médecins, chirurgiens, infirmiers, coordinateurs de réseaux, etc.), à partir d'une grille d'entretien relativement ouverte et flexible (cf. annexe n°1). Les questions posées avaient pour objectif de définir d'abord le rôle du professionnel sur le parcours de soins et les perceptions qu'il a des épreuves que les femmes traversent pendant le traitement. Ensuite, nous avons cherché à comprendre le système d'adressage informel

entre les professionnels et leur éventuelle implication plus institutionnalisée dans des réseaux de cancérologie. Enfin, nous avons tenté d'évaluer la latitude dont ils disposent au sein de l'institution, en fonction du sens qu'ils attribuent à leur mission.

La carte et le tableau présentés page suivante, exposent la répartition géographique des personnes rencontrées ainsi que leurs caractéristiques individuelles. La majorité des entretiens a été conduite avec des femmes médecins ou infirmières dans les services de soins. Cet état de fait a été le fruit du hasard et n'était pas intentionnel. Les professionnels de la coordination ainsi que les médecins spécialistes du cancer du sein ont également été les plus interviewés. Enfin, les centres experts que sont les centres de lutte contre le cancer (CLCC) ou les centres experts de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP) ont été particulièrement visités. Par conséquent, nous avons réalisé moins d'entretiens auprès des professionnels des structures situées en seconde couronne. Ce constat peut représenter une limite de nos résultats, étant donné que les réseaux d'acteurs soignants sont *a priori* très différents en périphérie de la région. Cependant, nous avons observé une certaine répétition des discours des professionnels à la fin de notre enquête, et ce quelle que soit la localisation de leur établissement. Nous avons donc décidé d'interrompre les entretiens car nous pensions avoir atteint une certaine exhaustivité dans le recueil de données (Pires, 1997). Trois journées d'observation ont également eu lieu dans deux CLCC et un centre hospitalier universitaire de l'AP-HP. Ces dernières se sont respectivement déroulées dans un service de diagnostic rapide du cancer du sein, de chirurgie ambulatoire et d'oncologie médicale.

Sur la totalité du corpus, 29 entretiens ont été enregistrés et intégralement retranscrits. Pour l'analyse de contenu, nous nous sommes appuyés sur la démarche compréhensive développée par H. Dumez (Dumez, 2016) ainsi que sur les travaux de L. Bardin et A. Strauss (Bardin, 1997 ; Strauss et Corbin, 2004). Dans un premier temps, nous nous sommes familiarisés avec le corpus d'entretiens grâce à une « lecture flottante » (Bardin, *ibid.*). Ensuite, nous avons codé les entretiens un par un avec le logiciel *Sonal*, pour délimiter les unités de sens en lien avec nos hypothèses. Enfin, une analyse multithématique a été réalisée, permettant de regrouper les unités de sens en fonction de leurs différences et de leurs similitudes (Dumez, *ibid.*). Pour cette analyse, 10 thématiques différentes ont été retenues parmi lesquelles les unités de sens peuvent apparaître simultanément (cf. annexe n°1). Ce travail a permis d'aboutir à une synthèse des résultats, ordonnée selon nos hypothèses et notre problématique.

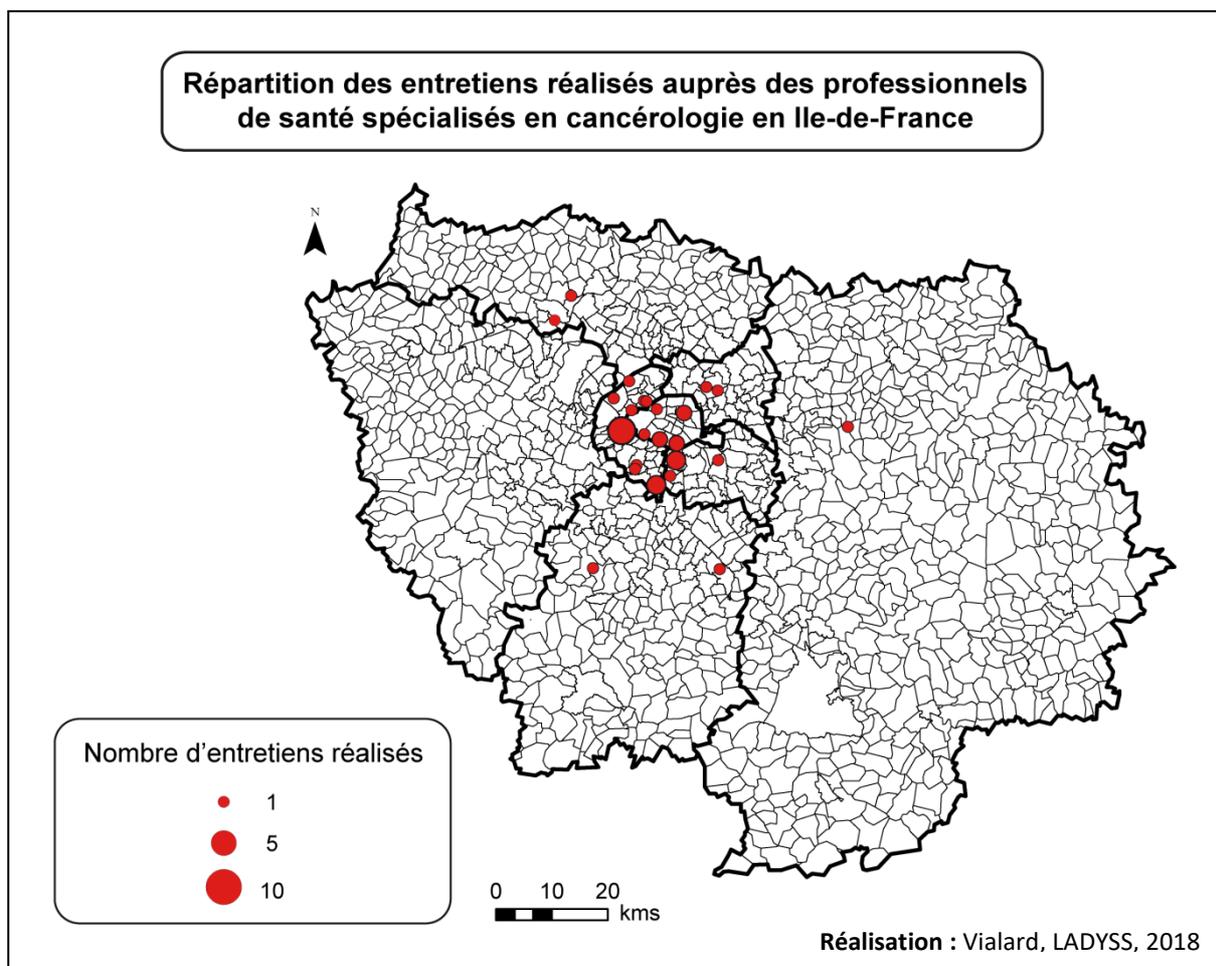


Tableau n°1

DESCRIPTION DES CARACTERISTIQUES DES PERSONNES RENCONTREES EN ENTRETIEN		
Statut	Professionnels médicaux	19
	Professionnels paramédicaux	11
	Professionnels administratifs	5
Rôle	Infirmières / médecins coordinateurs des parcours dans les hôpitaux	7
	Oncologues médicaux	6
	Chirurgiens	6
	Personnels administratifs ou soignants de la coordination en ville	6
	Professionnels de soins de support	3
	Radiothérapeutes	2
	Infirmières en oncologie	2
	Infirmière d'annonce	2
	Infirmières en chirurgie	1
Statut de l'établissement d'exercice	Centres de lutte contre le cancer	10
	Cliniques et hôpitaux privés	7
	Centres hospitaliers universitaires	6
	Associations	6
	Centres hospitaliers publics	3
	Fondations	1
	Hospitalisation à domicile	1
	Agence régionale de santé	1
Sexe	Féminin	26
	Masculin	12

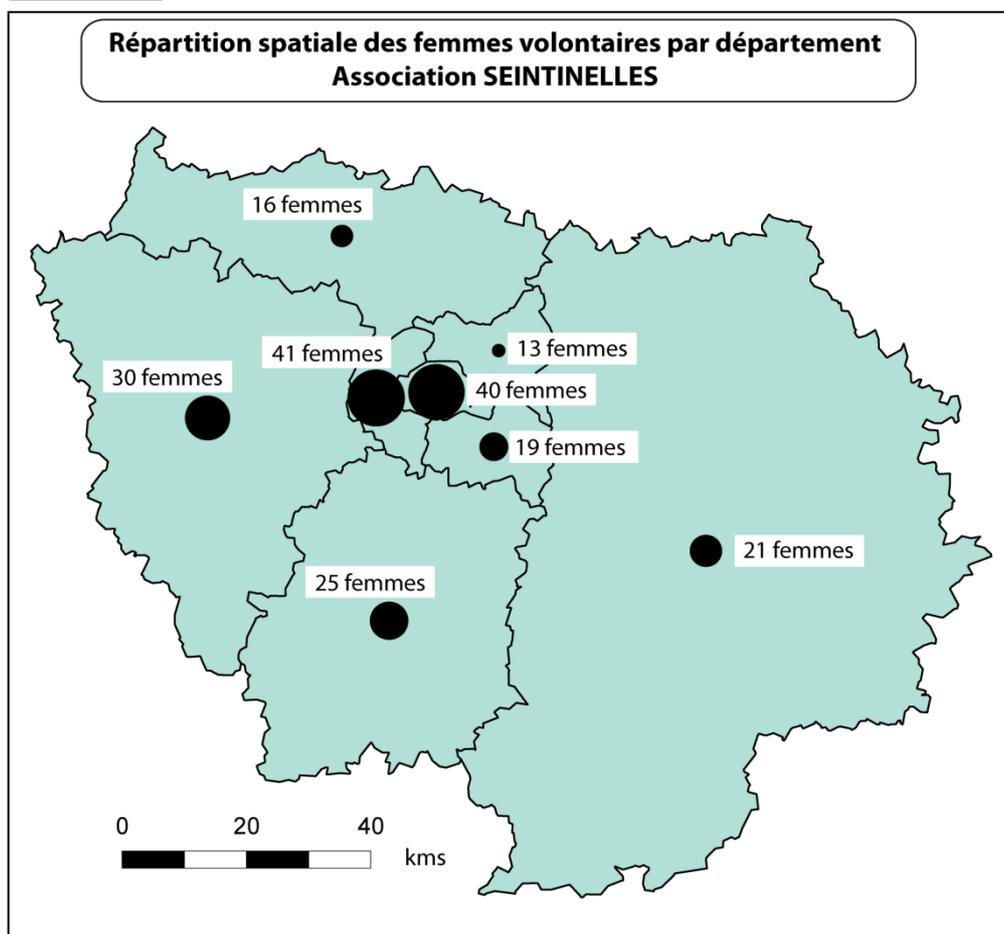
Réalisation : Vialard, LADYSS, 2018

Les processus captés pendant l'enquête et les observations sont restitués dans les différents chapitres, au fil du déroulement de la démonstration. L'analyse quantitative des données de santé a été réalisée à la lumière des résultats de l'enquête réalisée auprès des professionnels de santé. Cette dernière était achevée et entièrement exploitée lorsque nous avons reçu l'extraction du SNIIR-AM.

b) L'enquête auprès des femmes atteintes d'un cancer du sein en Ile-de-France

L'enquête qualitative auprès des femmes atteintes d'un cancer du sein s'est révélée plus difficile à mener. Nous avons initialement prévu de solliciter les professionnels de santé pour parvenir à rencontrer en entretien individuel des personnes affectées par cette pathologie. Cependant, le recrutement de femmes volontaires par ce biais n'a pas été fructueux, du fait des contraintes de ces professionnels. Nous avons donc fait appel à la plateforme associative des « Seintinelles », qui met en lien les chercheurs et les citoyens intéressés pour participer à la recherche sur le cancer. Après avoir proposé un protocole au comité scientifique de l'association et avoir obtenu les différentes autorisations légales et éthiques, nous avons réalisé un clip vidéo pour sensibiliser les volontaires aux objectifs de la recherche. Grâce à la parution de cette vidéo sur le site de l'association, 200 femmes de plus de 18 ans, résidant en Ile-de-France, soignées ou ayant été soignées pour un cancer du sein depuis moins de 10 ans se sont inscrites pour participer à l'enquête qualitative. Comme le montre la carte n°2 page suivante, la plupart des femmes résidaient dans l'ouest de la région : à Paris, dans les Hauts-de-Seine, les Yvelines et l'Essonne. Peu de femmes habitant les départements du nord et de l'est, notamment en Seine-Saint-Denis et dans le Val d'Oise, se sont mobilisées dans le cadre de cette enquête.

Nous avons ensuite réalisé un échantillonnage aléatoire, stratifié selon les catégories de l'ISDU. A partir de ce tirage au sort, 31 entretiens ont été réalisés entre janvier et décembre 2017, dont deux auprès de femmes rencontrées *via* un autre canal que les « Seintinelles ». Les profils socio-professionnels des femmes apparaissent néanmoins relativement homogènes ce qui constitue un biais potentiel de la recherche. En effet, la moitié des femmes interviewées est constituée de professionnels du secteur médico-social ou de l'éducation nationale. Deux personnes seulement témoignent d'une situation socio-économique difficile, aggravée par la survenue du cancer.



Réalisation : Vialard, LADYSS, 2018

28 personnes de notre échantillon ont été prises en charge dans un CLCC, et seules 3 femmes dans un autre type de structure. Parmi ces dernières, une personne a été soignée à l'AP-HP et deux autres dans l'hôpital le plus proche de leur domicile. Les femmes de l'échantillon étaient suivies gynécologiquement en amont du diagnostic, pour le frottis cervico-utérin ainsi que le dépistage mammographique pour la majorité d'entre elles. Toutefois, la détection du cancer a davantage été réalisée par autopalpation que par mammographie parmi les femmes volontaires. Enfin, la moyenne d'âge au moment du diagnostic s'élève à 50 ans, ce qui est beaucoup plus jeune qu'à l'échelle nationale. En effet, l'âge moyen des femmes affectées par un cancer du sein en 2012 en France était de 63 ans (INCa, 2016).

L'association « Seintinelles » a été créée à l'initiative d'une ancienne patiente de l'Institut Curie avec l'appui d'un chirurgien du CLCC. De ce fait, le réseau s'est probablement diffusé à la faveur des grands centres de traitement du cancer du sein. L'histoire du développement de la plateforme pourrait donc expliquer le fait que la majorité des femmes

volontaires a été prise en charge dans un CLCC. De plus, l'engagement des femmes sur ce type de plateforme en ligne nécessite d'être coutumière de l'usage des nouveaux modes de communication. Nous pouvons donc postuler que les volontaires sont particulièrement éduquées, et que l'échantillon des femmes rencontrées en entretien est partiellement biaisé. Enfin, il aurait été judicieux de stratifier également l'échantillonnage sur le département de résidence. Mais à ce stade de notre recherche, nous ne soupçonnions pas que l'effet du département de résidence pouvait autant façonner les parcours de soins, comme nous le verrons dans le 3^e chapitre. Ce biais de représentation influence à l'évidence les résultats des entretiens restitués dans ce travail et constitue une des limites de la recherche.

Parmi le corpus d'entretiens, 28 d'entre eux ont été enregistrés et intégralement retranscrits. L'analyse de contenu a été réalisée selon les mêmes modalités que l'enquête entreprise auprès des professionnels de santé. Néanmoins, le nombre de thématiques codées s'élève à 15 dans le cas de cette enquête (cf. annexe n°2), car nous ne voulions pas formater le matériel recueilli avec les hypothèses fortes concernant le rôle de l'organisation des soins sur le vécu du parcours de soins. Ainsi, nous avons pris soin de diversifier les thématiques pour permettre d'ouvrir plus largement notre regard au contenu des discours. La grille d'entretien (cf. annexe n°2) débute par une question ouverte sur l'histoire du parcours de soins, ce qui a généralement suffi pour guider l'échange en intégralité. Les autres questions apportaient des compléments d'informations, dans le cas où la personne n'en parlait pas spontanément pendant la discussion.

Les témoignages que nous avons recueillis corroborent certaines études déjà réalisées sur les difficultés rencontrées par les patientes pendant le parcours thérapeutique et le suivi après la maladie. En effet, de nombreux travaux existent déjà sur ce sujet, à l'instar de ceux réalisés par l'Observatoire sociétal des cancers sur le vécu de la mastectomie (Observatoire sociétal des cancers, 2014) et de l'après cancer (Observatoire sociétal des cancers, 2018). Dans ces deux études, les résultats mettent en évidence le fait que les conséquences physiques et psychiques du cancer sont lourdes et peuvent durer plusieurs décennies. Le retour à la vie sociale après un cancer est donc souvent vécu en demi-teinte par les personnes concernées. Ces dernières témoignent régulièrement d'un besoin d'accompagnement insuffisamment comblé pendant et après la maladie. Les études VICAN 2

et VICAN 5 sont également riches d'enseignements en termes de vécu du parcours depuis le diagnostic jusqu'à l'après-cancer (INCa et al., 2014 ; INCa, 2018).

Finalement, les résultats de l'enquête qualitative auprès des femmes sont peu mobilisés dans notre recherche. En effet, les mécanismes à l'origine des différences dans les vécus des parcours ne semblaient pas suivre de logique spatiale claire et donc peu en relation avec nos hypothèses. Un document de synthèse a néanmoins été restitué aux participantes, décrivant les principaux résultats de l'enquête. Nous n'avons malheureusement pas eu le temps de réaliser d'entretiens complémentaires suite aux analyses produites à partir des données du SNIIR-AM. Pourtant, la conduite d'entretiens ciblés dans certaines communes qui font l'objet de nos exemples, aurait certainement été instructive.

3) Modéliser les parcours de soins des femmes soignées pour un cancer du sein

Dans cette sous-partie, nous allons décrire les principaux jalons des analyses statistiques et spatiales réalisées à partir des données du SNIIR-AM.

a) Demande d'extraction des données du SNIIR-AM

Comme expliqué dans la première partie de cette introduction, la demande d'extraction du SNIIR-AM a été initiée auprès de la CNAM-TS dès l'année 2014. Cette base de données 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 des hôpitaux (PMSI). Le PMSI se divise en plusieurs fichiers en fonction des différentes spécialités de soins. Dans notre recherche, nous avons mobilisé le fichier relatif aux activités de médecine, de chirurgie et d'obstétrique (MCO), celui qui recense les activités d'hospitalisation à domicile (HAD) et enfin, le PMSI correspondant aux soins de suite et de réadaptation (SSR). Les informations disponibles dans ces différentes bases sont collectées sous forme de synthèses anonymisées relatives aux séjours hospitaliers de l'ensemble des assurés sociaux. Les résumés de sortie anonymes (RSA) contiennent donc des informations sur les motifs d'hospitalisation, les lieux et dates de soins, les actes techniques pratiqués ainsi que certaines caractéristiques individuelles des personnes. Les diagnostics médicaux liés à l'hospitalisation sont renseignés

soit en diagnostic principal (DP), associé (DA) ou relié (DR) par le biais de la codification internationale des maladies CIM-10. Les actes médicaux sont décrits quant à eux grâce à la classification commune des actes médicaux (CCAM). Chaque assuré social dispose d'un numéro anonyme unique qui permet de chaîner les séjours entre eux de façon chronologique. Depuis 2007, la qualité du chaînage est élevée et permet l'utilisation du PMSI à des fins de recherche (Olive et al., 2011). Ainsi, nous avons demandé une extraction des données sur une période rétrospective de 9 ans en 2014. Grâce au chaînage avec les données de l'Assurance Maladie, il est également possible de savoir si la personne est assurée par la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou si elle est enregistrée en régime d'affection de longue durée (ALD). Par ailleurs, le SNIIR-AM recense les soins reçus en ambulatoire ainsi que les séances de radiothérapie effectuées dans les établissements privés (Polton et Ricordeau, 2011). Cette base de données individuelles et anonymisées est particulièrement difficile à obtenir car le processus administratif nécessite de passer par plusieurs organismes nationaux (cf. encadré page suivante). Les données nous ont finalement été livrées en juin 2016, soit presque deux ans après le dépôt de la première demande.

Nous avons préféré demander une extraction très large des données pour affiner les estimations dans un second temps, comme conseillé dans les précédents travaux réalisés sur le cancer du sein à partir des bases médico-administratives françaises (Trombert Paviot et al., 2011). La liste des codes CIM-10 et des actes CCAM ciblés par l'extraction est disponible en annexe n°3. Ainsi, la CNAM-TS a extrait tous les RSA inclus dans le PMSI MCO relatifs aux soins du cancer du sein reçus par les femmes âgées de plus de 18 ans et dont le code de la commune de résidence correspondait aux départements franciliens. La signalétique employée par le technicien était la suivante : en 2006, tous les cas correspondant aux critères d'extraction choisis ont été isolés. Pour les années suivantes, seuls les nouveaux cas ont été ajoutés dans la liste des personnes suivies depuis 2006. Tous les séjours hospitaliers (y-compris ceux du PMSI HAD et SSR), ainsi que l'ensemble des actes remboursés par l'Assurance Maladie pour ces personnes, ont été extraits jusqu'en 2014.

Encadré n°1 - Accéder aux données du SNIIR-AM : emploi du temps & compétences

- *1^{er} Septembre 2014* : écrire le protocole scientifique pour l'envoyer d'abord à l'Institut des données de santé (IDS). « Bonjour M. Rican. La demande d'extraction ne passera en commission qu'en novembre »
« Bonjour Lucie, ce délai n'est pas une bonne nouvelle, mais pas une catastrophe non plus » ;
- *14 Novembre 2014* : le protocole ne convient pas, il faut le modifier (rigueur et persévérance) ;
- *19 Janvier 2015* : deuxième passage de notre dossier devant le conseil scientifique. Validation du protocole par l'IDS le 3 février 2015 (joie et soulagement). Prochaine étape : la CNIL. Constitution du dossier ;
- *27 Mars 2015* : découverte de l'existence de la cellule CNIL de l'Université de Nanterre qui est en charge de demander les autorisations pour l'Université. Refaire le dossier ;
- *15 Mai 2015* : le dossier complet de la demande d'autorisation CNIL relative aux données de santé soumises au chapitre X de la loi « informatique et libertés », est posté ;
- *Jeudi 4 juin 2015* : « Bonjour Madame, je voudrais savoir où en est la demande d'autorisation n°1863288 » « Le service santé est fermé, veuillez rappeler lundi entre 10h et 12h » ;
- *Lundi 8 juin 2015 à 10h01* : « veuillez patienter, tous nos correspondants sont occupés » ;
- *Lundi 8 juin 2015 à 10h43* : « veuillez patienter, tous nos correspondants sont occupés » ;
- *Lundi 6 Juillet 2015 à 10h01* : « veuillez patienter, c'est l'été » ;
- *Jeudi 22 octobre 2015 à 14h30* : « Bonjour Madame, je voudrais savoir où en est la demande d'autorisation n°1863288 » « Bonjour Mme Vialard, j'avais une petite question concernant votre dossier, vous souhaitez extraire les données pour toute l'Île-de-France ? » « Comme indiqué dans le protocole, oui » (désillusion mais résilience) ;
- *Vendredi 23 octobre 2015* : « Bonjour M. Rican, je vais devoir me débrouiller autrement pour accéder aux données relatives aux parcours de soins... » « Bonjour Lucie, à l'impossible nul n'est tenu » ;
- *23 février 2016* : la demande CNIL est validée pour l'accès aux données de l'Assurance Maladie (Joie mais inévitable méfiance). « Bonjour Madame, vous n'avez pas reçu les bonnes informations en ce qui concerne les données de mortalité. L'accès à ces données relève du chapitre IX de la loi « informatique et libertés », depuis l'arrêté DE-2016-008. Vous devez donc déposer une seconde demande auprès de la CCTIRS et de la CNIL pour l'extraction de cette base en particulier ». Constitution du dossier (patience) ;
- *Mars 2016* : la CNAM prépare la convention pour l'extraction des données de l'Assurance Maladie ;
- *7 Avril 2016* : « Bonjour Mme Vialard, pouvez-vous m'envoyer l'autorisation de la CCTIRS pour les données de mortalité, afin de rédiger la convention ? » « Non Monsieur car elle est en attente, nous avons dû refaire une autre demande pour ces données en particulier » « Dans ce cas, nous sommes obligés d'attendre cet accord pour rédiger la convention relative aux données de l'Assurance Maladie » ;



« Cher Monsieur je suis surprise ... ces deux bases de données n'ont pourtant rien à voir ? »
« Parce que vous ne souhaitez pas faire d'appariement entre les deux bases de données ? »
« Comme c'est écrit dans le protocole, aucunement Monsieur » (aptitude à l'usage courant des figures de style, et notamment de la litote)

« Effectivement je me suis peut-être trompé. Je suis dans ce service depuis 3 mois...nous allons pouvoir nous arranger » (développement de capacités d'empathie) ;

- *Livraison des données du SNIIR-AM* : juin 2016.

b) Estimation des cas incidents et des stades au diagnostic

Comme l'expliquent F. Riou et J. Jarno au sujet de la représentation des parcours de soins, il est d'abord nécessaire de procéder à la définition des critères quantitatifs qui permettent de les délimiter dans le temps et dans l'espace : il faut choisir au préalable « la population concernée, les bornes des parcours observés et les éléments du parcours entre les deux bornes » (Riou & Jarno, 2000). Pour cette modélisation, nous avons emprunté les critères et la méthodologie utilisés par D. Lefeuvre dont la thèse portait sur les parcours thérapeutiques des femmes atteintes d'un cancer du sein en France (Lefeuvre, 2014). En partenariat avec l'équipe « Santé publique et soins » de l'INCa dont elle fait aujourd'hui partie, nous avons adapté sa méthode à nos données et à notre questionnement.

La première étape a consisté en l'estimation des cas incidents de cancer du sein. Pour ce faire, nous avons d'abord créé une liste de numéros identifiants anonymes pour qui au moins un diagnostic de cancer du sein était retrouvé en DP, en DA ou en DR. Ainsi, toutes les femmes dont un code de cancer du sein était reporté dans le PMSI ont été isolées, de 2010 à 2014. Avant cette période, les personnes pour qui un diagnostic de cancer du sein apparaissait dans le PMSI ont été considérées comme des cas prévalents. Nous y reviendrons plus loin.

Les séjours et les actes relatifs à chaque personne de la liste constituée lors de l'étape précédente ont ensuite été récupérés grâce à un chaînage chronologique. Dans le PMSI, il existe des variables de « retour » qui permettent de juger de la bonne qualité de l'identifiant anonyme et de la possibilité de chaîner les séjours. Ainsi, les séjours dont au moins un code retour était différent de zéro ont été exclus. A ce stade, nous n'avons retenu que les personnes qui enregistraient au moins un séjour spécifique. Les séjours spécifiques correspondent à un séjour hospitalier pendant lequel un acte en lien avec le diagnostic ou le traitement du cancer du sein a eu lieu. Lorsque le DP correspondait à un cancer du sein, le séjour était systématiquement considéré comme spécifique même si aucun acte technique ou diagnostique n'était retrouvé.

Afin de s'approcher le plus fidèlement possible de l'incidence « médico-administrative » du cancer du sein en Ile-de-France, nous avons choisi de ne pas intégrer les cas prévalents. Il a donc été convenu d'exclure les personnes qui enregistraient des

antécédents de cancer du sein dans le PMSI sur le plus grand laps de temps possible, soit 4 ans pour 2010, 5 ans pour 2011 et jusqu'à 8 ans pour l'année 2014. Les personnes dont un code relatif à un autre cancer était renseigné dans les bases médico-administratives ont été également exclues. En effet, le parcours de soins risquait d'être amplement modifié du fait de l'existence de cette comorbidité. De la même façon, les femmes ayant uniquement reçu une reconstruction mammaire ou ayant été traitées par radiothérapie dans le secteur libéral l'année précédant les estimations ont été exclues car il s'agissait de cas prévalents. Les mêmes opérations ont été réalisés dans le PMSI HAD et SSR.

Par ailleurs, étant donné que le traitement du cancer du sein se déroule pendant environ une année (sans compter l'hormonothérapie), la période de suivi a été limitée à 365 jours à partir du premier séjour hospitalier pour un cancer du sein. Ainsi, tous les séjours spécifiques enregistrés dans le PMSI pendant cette période pour chaque cas incident ont été retenus. Nous reviendrons dans le premier chapitre sur la méthode de calcul des taux d'incidence à l'échelle des départements et des communes d'Ile-de-France. A la fin de cette procédure, 38 362 femmes ont été considérées comme étant des cas incidents de cancer du sein pendant la période 2010-2014. Les effectifs de personnes exclues à chacune des étapes du processus sont présentés en annexe n°4 (partie 1).

La seconde étape de l'analyse des données du SNIIR-AM a consisté en l'attribution d'un type de cancer du sein pour chaque personne incluse dans la base des estimations d'incidence, grâce à la codification proposée dans les RSA.

Si pour un séjour le type de cancer était manquant, le code renseigné dans le RSA précédent lui était attribué. Si plusieurs types de cancer étaient simultanément reportés pour un même séjour (par exemple, *in situ* en DP et infiltrant en DR), la priorité était donnée au diagnostic le plus grave (infiltrant dans notre exemple). Les femmes dont l'ensemble des codes étaient identiques ont été classées *de facto* dans la catégorie correspondante : cancer avec métastases extra-ganglionnaires, cancer avec métastases ganglionnaires, cancer infiltrant, cancer *in situ*, tumeur à évolution imprévisible (TEI). Lorsque les codes n'étaient pas identiques d'un séjour à l'autre, plusieurs opérations ont été réalisées en fonction des informations disponibles :

- Si un code TEI apparaissait pour un séjour tandis qu'un autre code plus précis était reporté ailleurs, le code le plus précis était substitué au premier.

- Si des métastases étaient codées pour un séjour dont le diagnostic correspondait à un cancer *in situ* ou une TEI, le type de cancer était remplacé par « infiltrant »
- Dans certains cas, le cancer du sein peut évoluer pendant le parcours de soins. Si les métastases sont apparues dans un délai supérieur à 6 mois après le premier séjour spécifique, le cancer était considéré comme évolutif. En dessous de ce délai, il était considéré comme étant métastatique dès le diagnostic. De la même façon, le cancer était considéré comme métastatique d'emblée lorsque les métastases étaient codées sur les premiers séjours et non sur les suivants.

Les effectifs et pourcentages des différents stades au diagnostic sont également décrits en annexe n°4 (partie 2). Pour l'analyse des parcours, n'ont été retenues que les femmes dont le cancer n'a pas évolué pendant la période étudiée. En effet, les femmes dont le cancer est évolutif sont susceptibles de suivre des parcours de soins exceptionnels qui risquaient de compliquer l'analyse de la structure globale des prises en charge.

c) Modélisation des parcours de soins

A partir des estimations d'incidence, nous avons ensuite retracé les parcours de soins pendant un an après le premier enregistrement dans le PMSI. Nous avons réalisé cette opération seulement pour les nouveaux cas estimés entre 2012 et 2014. Avant cette date, seuls les identifiants juridiques des établissements de soins étaient notifiés dans le SNIIR-AM. Or, les hôpitaux de l'AP-HP ne sont reconnaissables entre eux que grâce à leur identifiant géographique. Ce numéro est renseigné dans la base du SNIIR-AM depuis 2012.

Les éléments traceurs auxquels nous nous sommes intéressés pendant l'année de suivi correspondent aux principales étapes du traitement : la chimiothérapie néoadjuvante, la chirurgie d'exérèse (avec curage ou ganglion sentinelle), la chimiothérapie adjuvante et la radiothérapie. Les lieux de traitement ont été identifiés grâce à une table de données qui recense toutes les informations relatives aux établissements de soins. Seuls les radiothérapeutes exerçant en libéral, dont les informations sont disponibles dans une table particulière du SNIIR-AM, n'ont pas pu être localisés. En effet, les numéros permettant d'identifier ces professionnels libéraux étaient cryptés dans notre base de données. Nous avons pu toutefois évaluer la part des recours à la chirurgie, à la chimiothérapie et à la radiothérapie dans les différents types de structures (statut, type d'agrément pour le traitement du cancer, CLCC ou AP-HP) en fonction des départements et des catégories

spatiales de l'ISDU. Grâce à l'analyse spatiale de l'offre spécialisée de soins disponible en Ile-de-France, des estimations de recours aux soins dans l'établissement théoriquement le plus proche de la commune de résidence des femmes ont été produites avec l'extension Network Analyst (Arcgis – ESRI). Ces estimations ont été calculées en temps d'accès théorique en voiture, à partir des vitesses utilisées dans les travaux du centre d'études sur les réseaux, les transports, l'urbanisme et les constructions publiques (CERTU, 2006 ; CERTU, 2007). Les données relatives aux structures de soins sont celles communiquées par l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France en 2017, tandis que le réseau routier utilisé pour cette modélisation provient de la base BD Carto 3.1 de l'IGN. Nous avons appliqué les vitesses recommandées pour les communes centrales dans les travaux du CERTU, à l'ensemble des tronçons franciliens pour rendre compte le plus fidèlement possible, de la densité du trafic régional : 65 km/h pour les tronçons autoroutiers, 30 km/h pour les tronçons principaux, 25 km/h pour les tronçons régionaux et 20 km/h pour les tronçons locaux (*ibid.*). Grâce à ces estimations, il a donc été possible d'observer les pourcentages de recours aux soins dans l'établissement théoriquement situé en proximité du domicile des femmes et de comparer les résultats entre départements et catégories spatiales issues de l'ISDU. Nous n'avons réalisé aucune estimation des temps d'accès en transports en commun, car les bases de données permettant de telles estimations n'étaient pas encore publiques à l'époque où nous avons réalisé ce travail. Une limite importante des estimations proposées selon ces catégories spatiales réside dans la disjonction entre les contours administratifs du PMSI et de l'INSEE. En effet, dans le cas où la zone PMSI recouvrait plusieurs codes INSEE, nous avons attribué la catégorie spatiale de la commune la plus peuplée en 2012, à l'ensemble de la zone du PMSI.

Pour les cancers infiltrants seulement, nous avons également analysé les différences dans les séquences de traitement et les types de gestes pratiqués pour la chirurgie du cancer du sein. Les pourcentages respectifs de mastectomies totales et partielles ont été estimés, en prenant en compte notamment l'âge et le fait d'être ou non affiliée à la CMU-C. Afin d'évaluer les disparités d'accès à l'innovation chirurgicale, nous avons également calculé les taux d'accès à la chirurgie ambulatoire et à l'hospitalisation à domicile parmi les femmes recevant une chirurgie pendant le parcours de soins.

Les dépassements d'honoraires sont précisés dans deux fichiers distincts du SNIIR-AM, pour les actes réalisés dans les établissements publics et privés. Ainsi, nous avons pu évaluer la part des actes facturés avec dépassements d'honoraires pendant le parcours de

soins. Toutefois, étant donné que tous les dépassements opérés dans le cadre du traitement du cancer du sein n'apparaissent pas dans le SNIIR-AM (activité libérale à l'hôpital public notamment), ces estimations sont relativement incomplètes et doivent être interprétées avec précaution.

Enfin, l'enchaînement dans le temps et dans l'espace des séquences de traitement a fait l'objet d'une attention particulière. Nous nous sommes d'abord intéressés au nombre d'établissements consultés par les femmes pendant leur parcours de soins. Nous avons ensuite observé si les patientes avaient tendance à rester ou non dans le même hôpital pour le traitement adjuvant après la chirurgie, quand bien même ce dernier ne se situait pas à proximité de leur domicile. Enfin, les délais d'accès au traitement adjuvant ont été calculés pour toutes les femmes recevant une chimiothérapie ou une radiothérapie après la chirurgie.

d) Mortalité par cancer du sein

Dès le début de la recherche, nous avons prévu d'utiliser les statistiques de mortalité en lien avec le cancer du sein. Après la soumission d'une demande spécifique auprès de la CNIL, l'unité de l'INSERM qui est chargée de collecter les effectifs et les causes médicales de décès en France (CépiDc) nous a fourni les données pour la période 2004-2008. A partir du certificat médical et le bulletin d'Etat civil de décès, cet organisme recense l'ensemble des décès liés entre autres au cancer du sein, à l'échelle des communes. Nous aurons l'occasion de revenir sur la méthode utilisée pour le calcul des ratios de mortalité dans le manuscrit. Nous pouvons toutefois noter que ces informations ont été mobilisées pour fournir un éclairage supplémentaire sur les inégalités face au cancer du sein. En aucun cas il ne s'agit de rapprocher ces statistiques des parcours de soins décrits dans la recherche. Dans le premier chapitre, nous engagerons une discussion sur les interactions entre incidence et mortalité par cancer du sein, pour aboutir à la conclusion que les relations causales sont multiples et complexes. Par conséquent, les données de mortalité ne sont pas davantage mobilisées dans notre travail.

En conclusion, la méthodologie employée se situe dans le courant des méthodes mixtes. Cette méthode correspond à « un type de recherche dans lequel un chercheur [...] associe des éléments issus des méthodes qualitatives et quantitatives (par exemple, l'utilisation de points de vue, de collectes de données, d'analyses de données, de techniques

d'inférences qualitatives et quantitatives) dans le but d'une meilleure compréhension » (Guével et Pommier, 2012). Pendant ce travail de thèse, une première étape qualitative a précédé l'exploitation des données quantitatives. Elle nous a permis d'aboutir à l'hypothèse que les parcours de soins s'inscrivent fondamentalement dans les réseaux d'acteurs soignants et médico-sociaux de la région francilienne. Nous avons donc entrepris la construction d'un indice synthétique des dynamiques urbaines en postulant que ces réseaux s'implantaient et opéraient différemment en fonction des territoires franciliens. La phase quantitative, correspondant aux analyses statistique et spatiale des parcours de soins, a eu pour objectif de répondre aux hypothèses émises pendant l'étape qualitative exploratoire. Enfin, la dernière enquête qualitative réalisée auprès des femmes a permis d'apporter des éléments de contradiction et de complémentarité vis-à-vis des résultats déjà observés. Selon le vocabulaire de J.W. Creswell et V.L. Plano Clark, notre protocole de recherche a donc été successivement exploratoire puis convergent (*ibid.*). Le recueil et l'analyse des données qualitatives (issues des entretiens avec les professionnels) et quantitatives ont été distincts. Ils ont d'abord permis l'exploration d'un phénomène dont les processus sont encore peu connus. Ensuite, nous nous sommes engagés dans une démarche dite convergente ou de triangulation, en exploitant simultanément le corpus d'entretiens réalisés auprès des femmes avec l'analyse des parcours de soins produite à partir du SNIIR-AM. Même si le traitement des deux ensembles de données a également été distinct, l'objectif était d'obtenir une vision globale et complémentaire du phénomène étudié. Néanmoins, le problème de comparabilité des échantillons est important. Comme nous l'avons expliqué précédemment, l'enquête réalisée auprès des femmes n'a pas permis de mettre en évidence des résultats robustes en termes de disparités spatiales de vécu des parcours de soins. Par conséquent, les possibilités de dialogue entre le volet quantitatif et cette enquête en particulier, restent assez limitées dans notre travail.

Avant de terminer cette introduction par le plan de la thèse, nous allons décrire en quoi consiste la prise en charge du cancer du sein et comment s'organise le système de soins en cancérologie en France.

III. CANCER DU SEIN ET SYSTEME DE SOINS : L'ORGANISATION DU PARCOURS THERAPEUTIQUE

1) La prise en charge du cancer du sein : présentation d'un parcours thérapeutique typique

a) Diagnostic clinique et examens préthérapeutiques

Un cancer du sein correspond au développement anormal et anarchique des cellules de la glande mammaire (INCa, 2013). Il est diagnostiqué dans un tiers des cas par la présence de signes d'appel, ou majoritairement dans le cadre d'un dépistage par mammographie (INCa & FNORS, 2011). Le premier diagnostic est d'abord clinique et correspond à l'entrée dans le parcours thérapeutique de la personne pour qui un cancer du sein est découvert. On appelle lésions cliniques les symptômes anormaux observés lors de l'examen de la patiente, comme par exemple la présence palpable de nodules dans le sein ou d'adénopathies régionales (*i.e.* l'inflammation des ganglions axillaires). Un cancer du sein peut être également évoqué devant une mammographie et 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 cinq niveaux en fonction de l'importance de l'anomalie radiologique (Zelek et al., 2007). La présence de symptômes cliniques et / ou infracliniques 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 radiologique ACR 4 (Institut Curie & Institut Gustave Roussy, 2011). Le type de biopsie indiquée est différent en fonction de certains critères définis dans les référentiels de prise en charge, sensiblement différents selon les praticiens et les établissements (INCa & SFSPM, 2012). Le prélèvement mammaire permet 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, est souvent réalisé pour compléter ce bilan préthérapeutique (Dubois & Grenier, 1996). Dans certains cas où le diagnostic est particulièrement difficile à établir, l'IRM initiale peut exceptionnellement être 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 et al., *op.cit.*). Le stade clinique du cancer est ainsi déterminé à partir de ces différents examens, par le biais de la classification internationale « cTNM » (c pour clinique). 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 entre les différents spécialistes dans le cadre d'une réunion de concertation.

b) Diagnostic histopathologique et stratégies thérapeutiques

Dans un second temps, la caractérisation du stade « pTNM » (p pour histopathologique) permet de confirmer le diagnostic de tumeur maligne en termes anatomopathologiques. Ce diagnostic peut être établi après la biopsie lorsque suffisamment de tissus ont été prélevés, ou au cours du premier acte chirurgical. 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. D'après le travail de thèse de D. Lefeuvre réalisé sur les parcours de soins du cancer du sein à partir des bases de données médico-administratives, 68% des femmes françaises diagnostiquées en 2010 présentaient un cancer infiltrant sans métastases au diagnostic (Lefeuvre, 2014). A partir de sa méthode, nous avons retrouvé un chiffre de 64% à l'échelle de la région Ile-de-France.

Le grade du cancer est également déterminé par cette première analyse anatomopathologique. Ce dernier est déterminant pour établir le pronostic du cancer du sein. Il existe plusieurs classifications du grade histopathologique mais celle utilisée en France est la classification SBR d'*Elston & Ellis* (Zelek et al., *op.cit.*). 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 (*i.e.* le nombre et la vitesse de division cellulaire des cellules cancéreuses). L'examen histopathologique comprend également la définition du statut hormonal du carcinome. En effet, les cancers sont dits hormonodépendants lorsque les cellules tumorales sont porteuses de récepteurs aux œstrogènes (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 entre les médecins spécialistes.

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 (Institut Curie & Institut Gustave Roussy, *op.cit.*). Au cours de l'intervention chirurgicale, le médecin anatomopathologiste analyse un fragment de tissu mammaire et le premier ganglion de la chaîne axillaire pendant une procédure appelée 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, son caractère plus ou moins infiltrant et hormonodépendant, le grade du cancer, les facteurs de risque de récurrence et le choix de la patiente, la personne recevra une mastectomie partielle ou totale avec ou sans curage axillaire (INCa, *op.cit.*). Le traitement adjuvant, proposé suite à la chirurgie, dépend du grade de la tumeur. La radiothérapie, la chimiothérapie adjuvante, l'hormonothérapie – les traitements qui permettent d'inhiber spécifiquement les récepteurs hormonaux - ou les thérapies ciblées – les traitements qui limitent l'activité de certains récepteurs comme HER2 par exemple - sont privilégiées ou associées à la lumière de tous ces éléments (*ibid.*). Au final, 95% des femmes françaises pour qui un cancer du sein infiltrant a été diagnostiqué sont traitées avec une intervention chirurgicale d'après le travail de D. Lefeuvre. 33% d'entre elles reçoivent une chimiothérapie et 74% sont traitées par radiothérapie, indépendamment du fait de recevoir de la chirurgie (Lefeuvre, *op.cit.*).

Suite à cette prise en charge hospitalière, un suivi médical 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, en association éventuelle avec une échographie (HAS & INCa, 2013). Ce suivi pendant les 5 premières années peut être organisé exclusivement à l'hôpital, ou de façon alternée avec la médecine de ville.

Dans ce travail de recherche, les données du SNIIR-AM ont été mobilisées pour reconstituer la phase hospitalière du parcours de soins, depuis le premier séjour enregistré par l'institution soignante jusqu'à la fin de la première année de traitement. Autrement dit,

la phase diagnostique n'a pas été analysée par le biais de ces données, ni l'étape de la surveillance durant les cinq années suivant la fin du traitement adjuvant. Nous n'avons pas non plus développé la question de la reconstruction mammaire après une mastectomie car elle a été finalement très peu évoquée par les femmes rencontrées en entretien. Toutefois, grâce à l'expérience de D. Lefevre et au partenariat engagé avec le département « Santé publique et soins » de l'Institut National du Cancer (INCa), le stade « cTNM » a été estimé à partir des données à notre disposition. Nous avons également retracé les principales étapes du traitement à savoir la chirurgie, la chimiothérapie et la radiothérapie. Le vécu de l'entrée dans la maladie autant que de l'hormonothérapie et du suivi ont été interrogés grâce à l'enquête qualitative réalisée auprès des femmes.

2) Organisation du système de soins du cancer en France

En France, tous les hôpitaux ne sont pas habilités à proposer les soins que nous venons de décrire. Depuis la fin des années 1990, le traitement du cancer a fait l'objet de nombreuses réformes pour garantir une égale qualité des soins partout sur le territoire national.

a) Agrémentation et qualité des soins

L'organisation des soins en cancérologie a beaucoup évolué sous l'impulsion du Plan cancer 2003-2007. La création de l'Institut National du Cancer (INCa) a délégué 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. Le décret voté en mars 2007 a effectivement contraint les établissements à justifier d'un seuil minimal d'activités pour recevoir l'agrément de centre de traitement du cancer (Ministère de la santé et des solidarités, 2007). En onco-sénologie, l'activité chirurgicale doit dorénavant être supérieure à 30 interventions par an, supérieure à 600 patients traités en radiothérapie et à 80 en chimiothérapie. De plus, ce cadre législatif a également astreint les établissements à respecter certaines conditions pour être habilités à traiter le cancer. Le dispositif d'annonce qui correspond à un temps paramédical d'échanges suite à une première consultation d'annonce réalisée par un médecin, la réunion de

concertation pluridisciplinaire pour discuter des choix thérapeutiques (RCP), le respect des référentiels de traitement, la remise d'un programme personnalisé de soins, l'accès aux soins de support (lutte contre la douleur, accompagnement social, etc.) ainsi que l'accès aux innovations thérapeutiques sont devenus des critères de qualité de la prise en charge du cancer. Par ailleurs, l'adhésion à un réseau de cancérologie est également devenue conditionnelle à la réception de l'agrément de centre de prise en charge du cancer. Dans le domaine spécifique de la chirurgie carcinologique mammaire, les établissements sont aujourd'hui obligés de prévoir, sur place ou par convention, l'accès aux techniques de reconstruction mammaire et à celles permettant la détection du ganglion sentinelle. Enfin, 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 débiter 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).

L'accessibilité aux soins 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 de soins et de santé dont le rôle va être plus amplement développé dans le paragraphe suivant. Toutefois, nous verrons dans cette recherche que malgré ce schéma national, il existe des disparités dans les types de soins reçus et les délais de traitement en Ile-de-France. Nous avons également recueilli différents témoignages de femmes sur leur vécu de la coordination des soins, en fonction des établissements vers lesquels elles sont orientées.

b) Hiérarchisation de l'offre de soins et coordination des acteurs soignants

Les fondements législatifs d'un schéma de prise en charge concertée et de la structuration de l'offre de soins en cancérologie sont apparus en 1998 avec la publication d'une circulaire sur la gradation des établissements de soins (DGS / DH, 1998). 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 administrent des soins aux personnes atteintes de cancer, proposent des services complémentaires aux structures spécialisées mais exercent ces activités en étroite collaboration avec elles. Cette circulaire a également incité à la constitution des réseaux de soins, contractualisant la coopération entre les établissements. Cependant dès le début des 1990, certains professionnels « militants » avaient déjà commencé à développer des liens entre la ville et l'hôpital pour améliorer la coordination des soins entre les secteurs hospitalier et ambulatoire. Ces réseaux plus transversaux de santé, dits « de proximité », sont organisés sur un territoire administratif délimité. Ils se sont constitués pour accompagner les personnes dont les parcours de soins du cancer sont complexes.

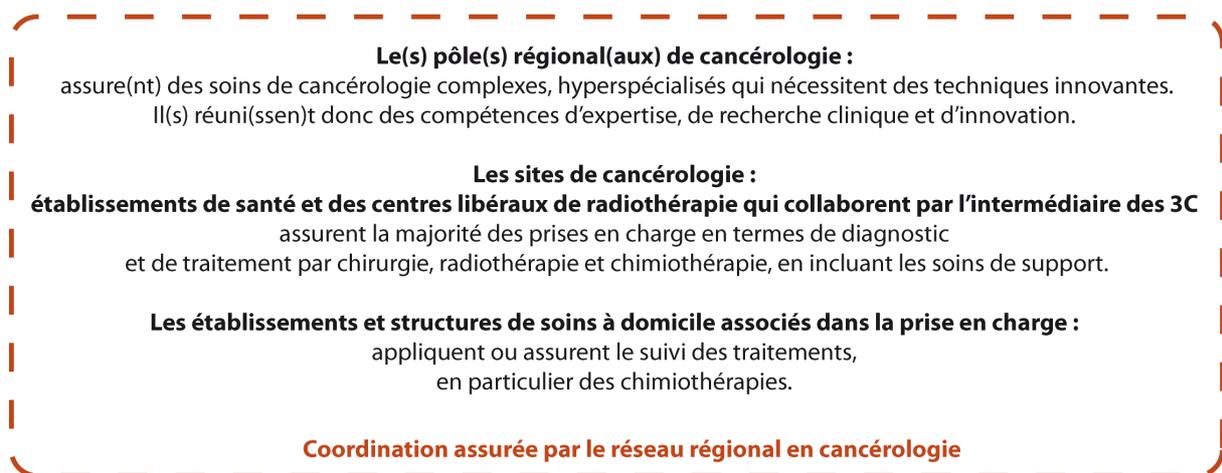
Une étape supplémentaire a été franchie le 22 février 2005, avec la promulgation d'une nouvelle circulaire structurant davantage les parcours de soins en cancérologie à l'échelle des régions. D'après ce texte, la gradation régionale des soins s'organise théoriquement entre des établissements de santé et des centres privés de radiothérapie éventuellement réunis en sites, et les pôles de cancérologie. Ces pôles régionaux correspondent aux anciennes structures de soins de référence et constituent une offre de soins ultraspecialisée vers laquelle sont orientés les cas médicaux complexes (les « recours » en cancérologie). Ils ont notamment pour mission de coordonner la recherche et de faciliter l'accès à l'expertise en cancérologie, en plus de leurs activités de soins (Circulaire DHOS / SDO, 2005).

Ainsi, les filières de soins s'organiseraient théoriquement dans les sites de cancérologie pour les soins standards, et plus rarement dans des pôles régionaux en cas de recours spécifiques : « l'organisation en site doit favoriser l'accès à l'ensemble des

traitements nécessaires, hormis ceux relevant du recours qui seront définis dans le cadre du pôle régional de cancérologie. Les établissements constituant le site assurent la majorité des prises en charge en termes de diagnostic et de traitement par chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie, en incluant les soins de support » (Circulaire DHOS / SGO, *ibid.*). Avec cette circulaire, les centres de coordination en cancérologie (3C) ainsi que les réseaux régionaux de cancérologie ont également été institués. Les 3C ont pour vocation de promouvoir la qualité des soins et la concertation pluridisciplinaire au sein et entre les établissements qui n'accueillent pas l'ensemble des spécialités en cancérologie. Ils constituent un centre de référence pour les soignants, et diffusent les protocoles et les référentiels de bonnes pratiques mis à jour par le réseau régional de cancérologie. Ce réseau régional est l'organisme qui relaie et adapte les recommandations nationales dans le domaine de la cancérologie. Il hérite d'une mission d'analyse et d'évaluation de l'activité de soins, en partenariat avec les différents 3C régionaux. Enfin, la mission des réseaux territoriaux a fait l'objet d'un guide méthodologique publié par la Direction générale de l'offre de soins en 2012 afin d'homogénéiser les pratiques de coordination au plus près des patients (DGOS, 2012). En oncologie, ces réseaux sont devenus de précieux alliés des établissements qui ont pu leur déléguer l'accompagnement individuel des prises en charge complexes.

Schéma n° 1

L'organisation régionale de la cancérologie (Circulaire DHOS / SDO, 2005)



Réalisation : Vialard, LADYSS, 2018

Il est important de noter également qu'à ce cadre législatif propre à la cancérologie, se superposent d'autres dispositifs de coordination des soins. Les groupements hospitaliers de territoire ont notamment été créés en 2015 pour rationaliser l'organisation territoriale de

la graduation des soins en général. L'objectif de ce dispositif est de faciliter l'accès à des soins de qualité en proximité du lieu de résidence des personnes (Ministère des affaires sociales et de la santé, 2016). Ces regroupements entre hôpitaux constituent une stratégie organisationnelle supplémentaire dans le secteur de la cancérologie. Ils incitent les établissements à définir entre eux d'autant plus clairement, leurs missions respectives, les filières de soins standards et de recours spécifiques.

Finalement, il semblerait que le cadre régional de l'organisation du système de soins du cancer soit explicite. Néanmoins, la définition concrète du recours en cancérologie n'est pas fournie dans la circulaire de février 2005. Son contenu reste donc relativement flou et relatif à l'appréciation des médecins et des personnes malades. De fait, les avis sur ce que représente un cas complexe divergent en fonction du positionnement des professionnels et des représentations de l'expertise en cancérologie. Les recours spécifiques vers les pôles régionaux de cancérologie devraient théoriquement rester rares en sénologie. En effet, comme nous l'avons précisé plus haut, la majorité des cancers du sein est diagnostiquée sans métastases. Mais nous verrons dans ce travail que les centres de lutte contre le cancer et les centres experts en sénologie de l'AP-HP attirent massivement les femmes atteintes d'un cancer du sein, quand bien même ils se situent parfois loin de leur domicile et qu'une alternative existe en proximité.

IV. PLAN GÉNÉRAL DE LA THÈSE

Ce manuscrit est composé de 6 chapitres, dont le fil conducteur s'attache à démontrer le poids de la composante territoriale dans les parcours de soins des femmes atteintes d'un cancer du sein à l'intérieur d'un vaste ensemble urbain.

Le premier chapitre a pour objectif de dresser un état des lieux des connaissances dans le domaine des inégalités face au cancer du sein et de proposer des perspectives de recherche en géographie. Il a également vocation à définir les différents concepts mobilisés dans cette recherche : espace, territoire, inégalité, disparité, accès et accessibilité aux soins, parcours de soins et de santé. Nous discuterons d'abord des disparités observées dans les distributions sociales et spatiales de l'incidence et de la mortalité par cancer du sein, qui se recomposent différemment à chaque échelle considérée. Les pistes avancées pour expliquer ces disparités sont multiples, et les corrélations avec les disparités sociales ne sont pas univoques. A l'échelle d'une région comme l'Île-de-France, les départements et les

communes qui la composent ne présentent pas les mêmes profils épidémiologiques. Il existerait donc une diversité de combinaisons de facteurs en fonction d'où l'on observe et d'où l'on se situe dans la région. Nous aboutirons finalement au constat que la recherche sur les inégalités face au cancer du sein néglige encore trop les dynamiques propres aux espaces qu'elle étudie. De plus, elle ne prend pas suffisamment en compte la temporalité de la maladie, qui constitue le produit d'un parcours de santé délétère. A partir de ce constat, les perspectives de recherche que nous proposons concernent spécifiquement les inégalités d'accès aux soins pendant le parcours de soins du cancer du sein qui se donnent à voir et à lire dans une temporalité accessible à la recherche.

Le deuxième chapitre vise à objectiver une démarche géographique autour de cette problématique, dans un espace urbain. Nous décrirons d'abord la spécificité métropolitaine de l'espace que constitue la région Ile-de-France. Entre les différents pôles et périphéries urbaines, la concurrence pour l'attractivité des ressources et des habitants bat son plein. Dans ce contexte, des polarités émergent ce qui entraîne des oppositions fortes entre les différents territoires de la région. Nous présenterons à ce stade, les différentes classes qui composent l'indice synthétique des dynamiques urbaines (ISDU). De plus, l'offre de soins en sénologie est particulièrement dense en Ile-de-France, et elle est également soumise à la loi de la concurrence. Nous verrons ainsi que la gestion des parcours de soins par les acteurs de santé et les femmes présents dans ces territoires, semble influencée par ces structures macrosociales. Ces dernières façonnent localement l'organisation et la coordination des parcours de soins. Néanmoins, les acteurs semblent disposer de certaines marges de manœuvre qui leur permettent de déployer des stratégies spécifiques en fonction de leurs propres systèmes de contraintes et d'opportunités.

Le troisième chapitre entame la présentation des résultats produits à partir de la base des données du SNIIR-AM. A l'échelle des départements franciliens, nous montrerons d'une part que les contrastes observés dans les parcours de soins se dessinent au sein de clivages connus de la région. D'autre part, nous verrons que certaines spécificités se distinguent toutefois dans l'orientation des personnes résidant dans les communes socialement populaires du centre et des périphéries de l'Ile-de-France, indépendamment de leur département de résidence. Nous développerons le fait que la confiance accordée à l'expertise proposée par les CLCC et les CHU parisiens semble diffuse. Cependant, elle apparaît d'autant plus forte que les pratiques spatiales des femmes et des soignants sont

davantage tournées vers le centre de la région. Nous aboutirons au constat que les disparités spatiales dans les parcours de soins se construisent en fonction des logiques de concurrence entre les établissements hospitaliers, des représentations des femmes et des professionnels au sujet de l'expertise en cancérologie ainsi que des dynamiques territoriales propres aux espaces considérés.

Dans le quatrième chapitre, nous verrons que les soins reçus par les femmes traitées pour un cancer du sein sont différents en fonction des parcours qu'elles poursuivent. A partir de l'exemple des cancers infiltrants, nous décrirons d'abord les disparités spatiales observées dans les choix thérapeutiques. Nous formulerons l'hypothèse que ces choix sont partiellement sensibles à l'offre de soins disponible dans les différents territoires franciliens. Nous verrons ensuite que l'accès à l'innovation en chirurgie, le paiement des dépassements d'honoraires, la répartition du parcours de soins entre plusieurs établissements ainsi que les délais d'accès au traitement adjuvant, sont spatialement différenciés. Ces différents éléments, permettent de mieux saisir les composantes participant aux inégalités d'accès aux soins en Ile-de-France.

Le cinquième chapitre s'intéresse spécifiquement aux parcours considérés comme complexes dans notre recherche, à partir des caractéristiques individuelles des femmes enregistrées dans la base de données du SNIIR-AM. En effet, les pratiques d'adressage et de recours aux soins semblent différentes pour les femmes dont le stade au diagnostic est avancé, particulièrement âgées ou bénéficiaires de la CMU-C. Il s'agira également de montrer que, quels que soient la situation individuelle des personnes et le type de commune de résidence, le cancer du sein est systématiquement vécu comme complexe par les femmes rencontrées en entretien. A la lumière de ces témoignages, ce que revêt la complexité pendant le parcours de soins prend ainsi une dimension plus large.

Enfin, le dernier chapitre permettra de cerner l'imbrication des facteurs sociaux et territoriaux à l'œuvre dans les processus inégalitaires en analysant comment se combinent les différents éléments présentés dans les précédents chapitres au sein de territoires exemplaires. Au travers de deux exemples spécifiques, nous décrirons comment les parcours de soins des femmes soignées pour un cancer du sein, notamment les personnes en situation potentielle de complexité au moment du diagnostic, se construisent territorialement selon de multiples processus qui interviennent à différentes échelles. Pour ce faire, nous proposerons une analyse comparée des départements de l'Essonne et du Val

d'Oise, ainsi qu'un focus sur les franges régionales de l'ouest et de l'est de l'Île-de-France. Grâce à une lecture multiscalaire des processus à l'œuvre, nous montrerons que l'ajustement spatialement différencié entre les structures macrosociales et le pouvoir d'action des acteurs en présence, aboutit à un inégal accès aux soins du cancer du sein en Île-de-France. Ces inégalités sont le produit des dynamiques métropolitaines caractéristiques des territoires comparés, de l'organisation régionale et locale des établissements hospitaliers ainsi que des situations individuelles des femmes concernées.

CHAPITRE 1

LES DISPARITES FACE AU CANCER DU SEIN : ETAT DE L'ART ET PERSPECTIVES DE RECHERCHE

INTRODUCTION

Ce premier chapitre a pour objectif de dresser l'état de l'art des connaissances acquises sur les disparités face au cancer du sein, et de proposer des perspectives de recherche. Il se décline en quatre parties, et le fil conducteur vise à montrer que ces disparités varient selon les indicateurs utilisés, les échelles et les temporalités. La première partie s'attèle à décrire les disparités observées à différentes échelles spatiales, en termes d'incidence d'une part et de mortalité d'autre part. Les différentes pistes explicatives proposées dans les travaux existants sur ces thématiques sont exposées successivement au regard de ces disparités spatiales. Les évolutions de ces dernières depuis la seconde moitié du XXe siècle sont également discutées, ainsi que les raisons de ces transformations telles qu'évoquées dans la littérature.

Dans la deuxième partie, nous reviendrons plus précisément sur l'opposition observée de l'incidence entre les zones urbaines et rurales dans les pays industrialisés. A l'échelle de la France par exemple, l'incidence s'avère être plus élevée dans les départements historiquement plus urbanisés. Nous nous interrogerons sur les raisons d'être de cette opposition et de son éventuelle persistance, malgré les transformations qu'ont connues les villes françaises après la désindustrialisation. La discussion s'appuiera sur l'exemple de l'Ile-de-France en comparant les taux d'incidence à l'échelle des départements et des communes de la région. Nous questionnerons également la discordance observée entre ces taux d'incidence à différentes échelles et les ratios de mortalité par cancer du sein. Enfin, nous évoquerons le rôle de la participation des femmes au dépistage dans le panorama épidémiologique présenté.

La troisième partie est plus théorique et met en lumière les limites des approches développées sur la thématique des inégalités face au cancer. A partir des discussions entamées dans la première partie du chapitre, nous critiquerons la conception trop statique des inégalités de santé pourtant utilisée couramment en épidémiologie dans la recherche de causalité. Nous proposons ainsi de développer une approche plus dynamique à partir de certains modèles originaux qui nous paraissent particulièrement intéressants dans le cadre de l'élaboration d'une géographie du cancer du sein.

Enfin, la dernière partie du chapitre s'attèle à expliciter notre positionnement de recherche et à définir les concepts mobilisés, *i.e.* l'accès aux soins et le parcours de soins.

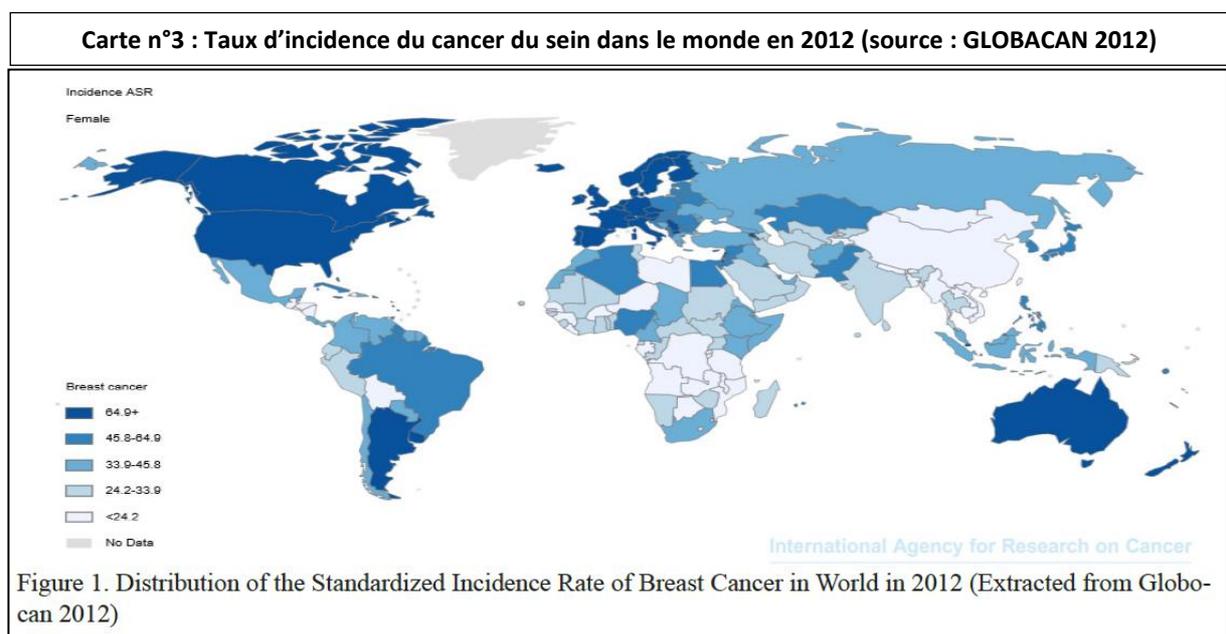
I. DISPARITES SOCIO-SPATIALES ET CANCER DU SEIN : LA REDISTRIBUTION DES CARTES

D'après les estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les cancers génèrent actuellement plus de décès à travers le monde que les maladies cardiovasculaires (Ferlay et al., 2015). Le cancer du sein représentait 25% des cancers féminins en 2015, soit le cancer le plus fréquent devant celui du côlon-rectum (9,2%) et du poumon (8,7%) (*ibid.*). De plus, son incidence enregistre globalement une croissance très importante, puisque le nombre de nouveaux cas diagnostiqués annuellement a augmenté de 20%, tandis que la mortalité s'est accrue de 14% entre 2008 et 2012 dans le monde (CIRC, 2013). Même si la progression du fléau concerne tous les continents, il existe de très fortes différences dans le poids que le cancer du sein représente entre les pays dits « développés » et « en voie de développement ».

1) Le développement économique et social prédit-il l'incidence du cancer du sein ?

a) Disparités spatiales d'incidence selon les pays

D'après la carte de la répartition des taux d'incidence du cancer du sein, il existe de fortes disparités entre les régions du monde. En effet, nous pouvons observer que les pays d'Amérique du Nord, l'Argentine ou encore l'Australie présentent des taux standardisés d'incidence supérieurs à 65 pour 100 000 femmes, et à 91,1 pour 100 000 femmes en Europe de l'Ouest en 2012.



A contrario, la Bolivie, les pays d'Asie de l'Est, l'Afrique centrale, certains pays du Maghreb (Libye) ou d'Afrique sub-saharienne (Niger et Burkina-Faso) affichent des taux particulièrement faibles, autour de 25 pour 100 000 femmes (Ghoncheh et al., 2016.).

Indépendamment des différences dans la qualité du recensement des cas, les variations internationales dans le risque de déclarer un cancer du sein sont aujourd'hui bien identifiées et une nette corrélation entre l'indice de développement humain et l'incidence du cancer du sein a été documentée (Ghoncheh et al., 2015). L'indice de développement humain (IDH) correspond à un indice composite des niveaux de vie, d'espérance de vie et d'éducation calculé à l'échelle d'un pays. Il s'exprime selon un gradient évoluant entre 0 et 1, les pays les plus développés enregistrant un IDH proche de 1. D'après l'étude réalisée par M. Ghoncheh et ses collègues en 2015, les régions qui affichent un IDH très élevé c'est-à-dire supérieur ou égal à 0,9, sont celles qui enregistrent les taux d'incidence du cancer du sein les plus élevés dans le monde. L'espérance de vie globalement plus longue des femmes des pays dont l'IDH est élevé serait directement impliquée dans l'existence de ces disparités (*ibid.*). Les facteurs de risque liés à la vie reproductive compteraient aussi parmi les principaux contributeurs de ces variations spatiales. En effet, les femmes des sociétés économiquement aisées enregistrent un nombre moins important d'enfants et un âge plus avancé à la première grossesse que les femmes des sociétés plus modestes (Soerjomataram et al., 2008). Par ailleurs, l'exposition hormonale endogène (âge tardif de la ménopause) et exogène (traitement substitutif de la ménopause) plus importante pour les femmes des pays économiquement favorisés a été mise en évidence par plusieurs recherches dans l'existence des variations internationales d'incidence du cancer du sein (Chlebowski et al., 2013 ; Sancho-Garnier, 2002). De la même façon en Europe, un gradient d'incidence du cancer du sein persiste selon les niveaux socio-économiques distinguant les pays de l'Ouest et du Nord qui enregistrent des taux forts et les pays de l'Europe de l'Est et du Sud dont les taux sont plus faibles (Ferlay et al., 2013 ; Bray et al., 2004).

b) A l'échelle des populations : une inégale répartition sociale de l'incidence du cancer

Parmi les femmes de nombreux pays d'Amérique du Nord, d'Europe et d'Asie, des équipes de recherche ont également repéré des disparités d'incidence du cancer du sein en fonction du niveau socio-économique des populations (Lundqvist et al., 2016, Liu et al., 2016, Goldberg et al., 2015). Une moindre incidence du cancer du sein est observée pour les

femmes les moins éduquées. D'après une étude réalisée sur une cohorte de femmes européennes (à l'exception de la France), les personnes dont le niveau d'éducation est faible ont tendance à enregistrer un âge plus tardif des premières menstruations, mais un plus jeune âge au moment de la ménopause et lors de la première grossesse comparativement aux femmes dont le niveau d'éducation est plus élevé (Menvielle et al., 2011), ce qui peut expliquer ce différentiel.

Même si les disparités d'incidence du cancer du sein semblent persister à des échelles variées (internationale, européenne et nationale) et selon le niveau socio-économique des populations, la répartition des facteurs de risque du cancer du sein entre populations socialement aisées et défavorisées se redistribue largement depuis quelques décennies. La distribution de l'incidence du cancer du sein que nous connaissons actuellement pourrait connaître encore d'importantes évolutions dans l'avenir.

2) L'inflation mondiale du risque face au cancer du sein

La distribution de l'incidence du cancer du sein à travers le monde présente de fortes évolutions depuis les années 1990. Bien que les taux d'incidence soient plus élevés dans les pays occidentaux, le nombre de cas de cancers du sein diagnostiqués dans les pays en voie de développement est aujourd'hui plus important que celui recensé dans les pays développés (Ferlay et al., 2015). En effet, l'augmentation de l'incidence a été particulièrement rapide dans les pays relativement épargnés jusqu'à présent (Bray et al., 2004). L'«occidentalisation» des modes de vie constituerait le principal facteur incriminé dans la survenue de ces bouleversements : comme les populations des pays occidentaux avant elles, les femmes des pays en voie de développement enregistrent petit à petit une élévation de leur niveau d'éducation ce qui est associé à un recul de l'âge de la première grossesse, et à une baisse de l'allaitement et du nombre d'enfants (*ibid.*).

Par ailleurs, dans le cas des pays d'Europe du Nord, des programmes nationaux de dépistage par mammographie ont été mis en place dès le milieu des années 1980 pour favoriser l'accès au diagnostic précoce. La mise en œuvre de ces dispositifs a entraîné une augmentation momentanée de l'incidence du cancer du sein puisque les cas prévalents ont été massivement diagnostiqués (Bray et al., 2004). Cette augmentation ponctuelle a été documentée en France (Remontet et al., 2003). Le taux d'évolution de l'incidence était

estimé en moyenne à 2,4% entre 1980 et 2005 (Belot et al., 2008) mais il s'est ensuite stabilisé sous l'effet probable de saturation du dépistage organisé. En effet, le nombre de cas incidents parmi les femmes ciblées par le dépistage et l'effectif des cancers diagnostiqués à un stade précoce ont diminué, ce qui a permis d'arrêter la progression du taux d'incidence du cancer du sein en France à partir de 2005 (Binder-Foucard et al., 2013). Toutefois, une nouvelle augmentation de ce taux a été enregistrée depuis 2010 d'après de plus récentes estimations (Defossez et al., 2019). Le taux d'incidence aurait effectivement augmenté en moyenne de 0,6% par an pour atteindre environ 100 pour 100 000 personnes-années en 2018 à l'échelle de la France métropolitaine. Même si cette progression est moindre que celle observée pendant les années 1990, ce phénomène indiquerait que la stabilisation temporaire de l'incidence pendant la période de généralisation du dépistage n'était bien qu'une tendance ponctuelle. Le nombre de nouveaux cas annuels de cancer du sein continuerait donc de progresser à l'échelle nationale, malgré les politiques préventives déployées dans le cadre des Plans cancer (*ibid.*).

Par ailleurs, l'incidence augmentait déjà dans certains pays européens avant même le déploiement de ces programmes, particulièrement en Finlande et aux Pays-Bas (*ibid.*). En France, le risque de cancer du sein a augmenté au fil du temps : il était moitié moins élevé pour une femme née en 1910 comparativement à celui de sa fille née en 1930, qui était lui-même divisé par deux par rapport à sa fille née en 1950 (Remontet et al., 2003). De nombreux facteurs ont été avancés pour expliquer l'augmentation de l'incidence. Le recul de l'âge à la première grossesse depuis les années 1970 constitue un facteur fréquemment cité, comme en témoigne le passage, au Pays Bas, d'un âge moyen à la première naissance de 24,8 ans en 1972 à 28,7 ans en 2002, concomitant à l'augmentation de l'incidence des cancers du sein (Soerjemataram et al, 2008). Les pratiques reproductives auraient tendance à s'homogénéiser à l'échelle mondiale, avec un recul généralisé de l'âge à la première naissance, favorisant une augmentation globale de l'incidence du cancer du sein.

D'après les travaux que nous venons de citer, les variations internationales d'incidence du cancer du sein dans le temps dépendent principalement de l'évolution des pratiques reproductives (Bray et al., *op.cit.* ; Remontet et al., *op.cit.*). Toutefois, les variations seraient aussi en partie liées aux disparités d'accès au dépistage du cancer du sein (Ferlay et al., 2013). L'arrêt quasi systématique de la prescription du traitement hormonal substitutif

de la ménopause depuis 2003 en France comme aux Etats Unis, a pu également intervenir dans l'infléchissement de l'incidence du cancer du sein observé jusqu'au milieu des années 2000 (*ibid.*).

Dans les deux sous-parties suivantes, nous allons nous intéresser aux disparités de mortalité qui constituent un autre marqueur spatial de la géographie du cancer du sein.

3) Les disparités de mortalité par cancer du sein

a) A l'échelle des pays : un gradient inversé par rapport à la distribution de l'incidence

Les mécanismes à l'origine des disparités de mortalité par cancer du sein sont différents de ceux intervenant dans l'épidémiologie de l'incidence. En effet, la distribution de la mortalité due à ce cancer dans le monde est presque opposée à celle de l'incidence puisque ce sont les pays dont l'IDH est le plus faible qui enregistrent les taux de mortalité les plus élevés en 2012 (Ghoncheh et al., 2015). La première raison invoquée pour expliquer cette situation est le diagnostic tardif du cancer du sein pour les femmes résidant dans les pays à faibles revenus : selon une méta-analyse réalisée à partir d'une revue de la littérature, 77% des femmes d'Afrique sub-saharienne présenteraient un stade avancé au diagnostic soit un chiffre de 20% supérieur à celui que les Etats-Unis enregistraient en 1973 (Jedy-Agba et al., 2016). Du fait de la forte augmentation de l'incidence du cancer du sein dans les pays en voie de développement et de l'absence globale de programmes nationaux de dépistage, les retards de diagnostic et les taux de mortalité du cancer du sein y sont particulièrement élevés. De plus, le manque d'infrastructures de traitement contribue à des problématiques d'accès aux soins qui aggravent l'issue de la maladie dans les pays dont l'Etat ne dispose pas de suffisamment de ressources (Ghoncheh, *op.cit.*).

Les disparités de mortalité du cancer du sein en fonction du niveau de richesse des pays s'observent également en Europe. D'après les récentes statistiques collectées par le registre EURO CARE, les pays européens qui affichent la plus faible survie pour le cancer du sein sont ceux d'Europe de l'Est : à l'exception de ces pays, la survie relative à 5 ans des femmes affectées par un cancer du sein entre 2000 et 2007 en Europe se situait entre 76 et 86%. Dans les pays de l'Est européen (à l'exception de la République Tchèque) qui ont connu d'importants bouleversements sociaux et une grave récession économique dans les années 1990, la survie estimée était inférieure de 10 à 15 ans par rapport au reste de l'Europe.

Le faible accès aux infrastructures de dépistage et de traitement est la principale raison avancée pour expliquer ces variations spatiales (De Angelis et al., 2014).

b) Retard de diagnostic, mortalité et inégalités sociales entre les populations des pays développés

De nombreux travaux ont mis en évidence une corrélation entre le faible niveau socio-économique des femmes et un diagnostic tardif de cancer du sein (Orsini et al., 2016 ; Tatalovitch et al., 2015 ; Rutqvist et Bern, 2006). En France, une étude réalisée en région parisienne a montré que les femmes présentant un diagnostic initial péjoratif (taille de la tumeur supérieure à 20 mm et envahissement ganglionnaire) résident davantage dans les communes dont le revenu médian par unité de consommation (UC) est faible (Berger et al., 2012). Dans cette étude, le revenu médian par UC a été utilisé comme proxy du niveau social individuel des femmes. De plus, la majorité des recherches françaises et anglo-saxonnes s'accordent à dire que le retard de diagnostic est synonyme d'une moindre survie (Cramb et al., 2012, Gentil-Brevet et al., 2008). Les études américaines ont davantage documenté le rôle de la précarité socio-économique en fonction de l'origine ethnique des femmes sur le retard de diagnostic, et aboutissent globalement aux mêmes conclusions (Wu et al., 2013 ; Bradley et al., 2001). Enfin, il est important de noter que la précarité sociale et économique serait déterminante d'un moindre recours aux dispositifs de prévention et aux soins. En effet, un faible niveau d'éducation, un revenu par unité de consommation limité (Pornet et al., 2012 ; Duport et al., 2008) et l'isolement social souvent associé (Bertolotto et al., 2003), l'absence de couverture maladie et le faible recours aux soins qui en résulte (Katapodi, 2010 ; Duport et al., 2007) sont autant de raisons incriminées dans le non-recours au dépistage du cancer du sein. Les personnes issues de l'immigration semblent particulièrement éloignées du dispositif, du fait de la barrière linguistique mais également parce que les femmes en situation irrégulière et les primo-arrivantes sont plus touchées par cette précarité (Sanz-Barbero et al., 2011 ; Katapodi, 2010). Dans des pays où les infrastructures de dépistage et de traitement du cancer du sein existent, la précarité socio-économique constitue manifestement un facteur de moindre recours aux soins préventifs et curatifs, ce qui influencerait directement la mortalité par cancer du sein.

4) Vers une redistribution sociale du risque de mortalité par cancer du sein dans les pays développés ?

a) Mise en place du dépistage et progrès thérapeutiques : un déclin global de la mortalité

Le plafonnement puis la diminution de la mortalité due au cancer du sein à partir des années 1990 dans les pays qui ont introduit précocement le dépistage par mammographie, plaident en faveur d'une efficacité du dispositif. Il permettrait effectivement un diagnostic précoce et une meilleure réponse aux traitements (Bray et al., 2004). L'augmentation des cancers *in situ* (i.e. diagnostiqués à stade local) parmi la population-cible suivie d'une diminution des stades avancés et de la mortalité, constituent une preuve incontestable que le dépistage participe, au moins en partie, au déclin de la mortalité par cancer du sein. Néanmoins, les progrès thérapeutiques réalisés en oncologie ont également largement contribué à ce phénomène. La mortalité avait effectivement déjà commencé à diminuer avant l'introduction du dépistage dans les pays qui l'ont mis en place, notamment grâce à l'utilisation de l'hormonothérapie et des progrès chimiothérapeutiques (*ibid.*). En France, le programme national de dépistage organisé a été généralisé à l'ensemble des femmes de 50 à 74 ans à partir de 2004. Mais le déclin de la mortalité a eu lieu au même moment, ce qui signifie qu'il n'était pas directement lié à la mise en place du dispositif : l'évolution du taux de mortalité était négative sur la période 2000-2005 (- 1,3%) alors qu'il était relativement stable depuis 1980 (Belot et al., 2008). En 2018, les estimations nationales évoquent un taux de mortalité par cancer du sein de 14 pour 100 000 personnes-années (Defossez et al., 2019) alors qu'il s'élevait à 17,7 pour 100 000 personnes-années en 2005 (Belot et al., *op.cit.*).

b) Depuis 1990 : la redistribution sociale de la mortalité par cancer du sein en France

La mortalité diminuant, le risque de décéder d'un cancer du sein s'est redistribué en France. En effet, dans les années 1970, les femmes qui enregistraient un niveau d'éducation élevé étaient celles qui affichaient le risque le plus important de décéder d'un cancer du sein puisqu'elles étaient globalement plus affectées par la pathologie. Or, depuis les années 1990, ce gradient social a disparu en France (Menvielle et al., 2006). Les progrès thérapeutiques et le dépistage par mammographie plus accessibles aux femmes dont le niveau d'éducation est élevé, seraient en partie source d'une diminution de la mortalité pour cette catégorie de population (*ibid.*). En parallèle, l'augmentation importante du niveau d'éducation des femmes françaises à partir des années 1980 a certainement participé à

redistribuer les facteurs de risque associés au cancer du sein dans la population. Depuis cette période, le nombre d'enfants et l'âge de la première grossesse a reculé parmi les femmes auparavant moins éduquées (Menvielle et al., 2013 ; Daguet, 2000) ce qui aurait contribué à l'augmentation de l'incidence pour ces dernières, et à la disparition du gradient social de mortalité du cancer du sein. Enfin, nous savons aujourd'hui que l'obésité est un facteur de risque d'un mauvais pronostic pour ce cancer (Bandera et al., 2015 ; Ballard-Barbash et al., 2009). La consommation régulière de tabac est également un facteur de risque probable de cancer du sein et d'aggravation du pronostic (Persson et al., 2016 ; Cui et al., 2006). A l'heure actuelle dans les pays développés, ces problématiques concernent davantage les femmes issues d'environnements socio-économiquement désavantagés (Richard et Beck, 2016 ; Devaux et Sassi, 2013). Ce phénomène pourrait alors également participer à l'augmentation de la mortalité par cancer du sein pour cet ensemble de population.

Il est intéressant de constater que le schéma d'évolution de la distribution sociale du cancer du sein se rapproche beaucoup de celui que les maladies cardiovasculaires ont connu avant lui (cf. tableau n°2 page 55). En effet, les maladies cardiovasculaires (MCV), qui regroupent plusieurs types de pathologies telles que les cardiopathies ischémiques, l'hypertension artérielle ou les accidents vasculaires cérébraux, sont devenues la première cause de mortalité en France à partir de 1930 (Salem et al, 1999). L'augmentation de l'incidence et de la mortalité liées à ces pathologies ont été importantes jusqu'aux années 1970 pour ensuite décliner grâce à la prévention des facteurs de risque et aux progrès thérapeutiques (Salem et al., 2006). Les catégories sociales aisées étaient jusqu'à cette période les plus exposées aux facteurs de risque que sont le surpoids et l'obésité, la consommation alcool-tabagique ou encore la sédentarité. Cependant, ce gradient social s'est inversé à la fin des années 1960 dans la plupart des pays développés, lorsque les personnes issues des catégories sociales les moins éduquées ont adopté les mêmes comportements à risque (Harper et al., 2011). Il en est de même avec l'évolution de l'épidémiologie du cancer du sein et la lecture que l'on peut avoir du processus. Du fait du développement de certains facteurs de risques parmi les catégories sociales populaires (tabac, sédentarité et obésité) et de l'homogénéisation des comportements reproductifs, mais également de l'introduction massive du dépistage et des progrès thérapeutiques réalisés en oncologie, les chercheurs peinent à distinguer la part d'intervention de chacun

des facteurs dans la distribution sociale du cancer du sein. Même si le flou persiste au sujet de la genèse des disparités observées, nous proposons le constat suivant : les femmes les plus éduquées étaient à l'origine les personnes les plus touchées par le cancer du sein, tant en termes d'incidence que de mortalité. Mais au fur et à mesure que le dépistage s'est développé et que les traitements se sont améliorés, les tendances ont commencé à s'inverser du fait d'un inégal accès à ces innovations. Parallèlement à ces facteurs d'ordre structurel, les comportements reproductifs des femmes françaises se sont socialement homogénéisés. De plus, les facteurs de risque liés à une mauvaise alimentation et à une mauvaise hygiène de vie se sont développés parmi les groupes sociaux les moins éduqués.

Finalement, nous pouvons observer que le gradient social de mortalité a disparu en France tandis que celui de l'incidence reste encore significatif. En effet, nous verrons dans la seconde partie de ce chapitre qu'il existe de fortes corrélations entre l'incidence du cancer du sein et le niveau socio-économique des départements ou des communes en Ile-de-France. Par ailleurs, la répartition sociale de la mortalité n'est pas identique en fonction de la maille spatiale utilisée. Par conséquent, il apparaît difficile de prédire l'avenir des gradients social et spatial de l'incidence et de la mortalité en France puisqu'ils semblent se recomposer à chaque échelle considérée.

Tableau n°2 : synthèse de l'évolution des disparités d'incidence et de mortalité par cancer du sein

	Avant	Années 1980 / 1990	Années 2000	Aujourd'hui
Pays développés & femmes dont le niveau d'éducation est élevé	Incidence : ++ (exposition hormonale ++)	 + (vieillissement pop, dépistage et recul âge 1e enfant)	+++ mais stable depuis 2005 (arrêt THS et saturation dépistage)	+++
	Mortalité : ++ (incidence élevée ++)	 stable	 -- depuis 2000 (progrès thérapeutiques et dépistage)	-
Pays développés & femmes dont le niveau d'éducation est faible	Incidence : -	 + (vieillissement pop, dépistage et recul âge 1e enfant)	+ mais stable depuis 2005 (arrêt THS et saturation dépistage)	+
	Mortalité : - (incidence relativement faible)	 + (augmentation de l'incidence +, exposition aux facteurs de risque de mauvais pronostic : retard de diagnostic, obésité & surpoids, sédentarité etc.)		+
Pays en voie de développement	Incidence : -	 + (baisse de la mortalité, occidentalisation des modes de vie, amélioration de l'accès à l'éducation donc augmentation de l'exposition hormonale)		+
	Mortalité : -- (incidence relativement faible)	 +++ (augmentation de l'incidence ++, peu d'accès aux soins, retard de diagnostic)		++

Sources : Bray et al., 2004 ; Chlebowski et al., 2013 ; De Angelis et al., 2014 ; Devaux et Sassi, 2013 ; Ghoncheh et al., 2015 ; Lundqvist et al., 2016 ; Menvielle et al., 2011 ; Orsini et al., 2016 ; Richard et al., 2016 ; Soerjomataram et al., 2008

Réalisation : Vialard, LADYSS, 2019

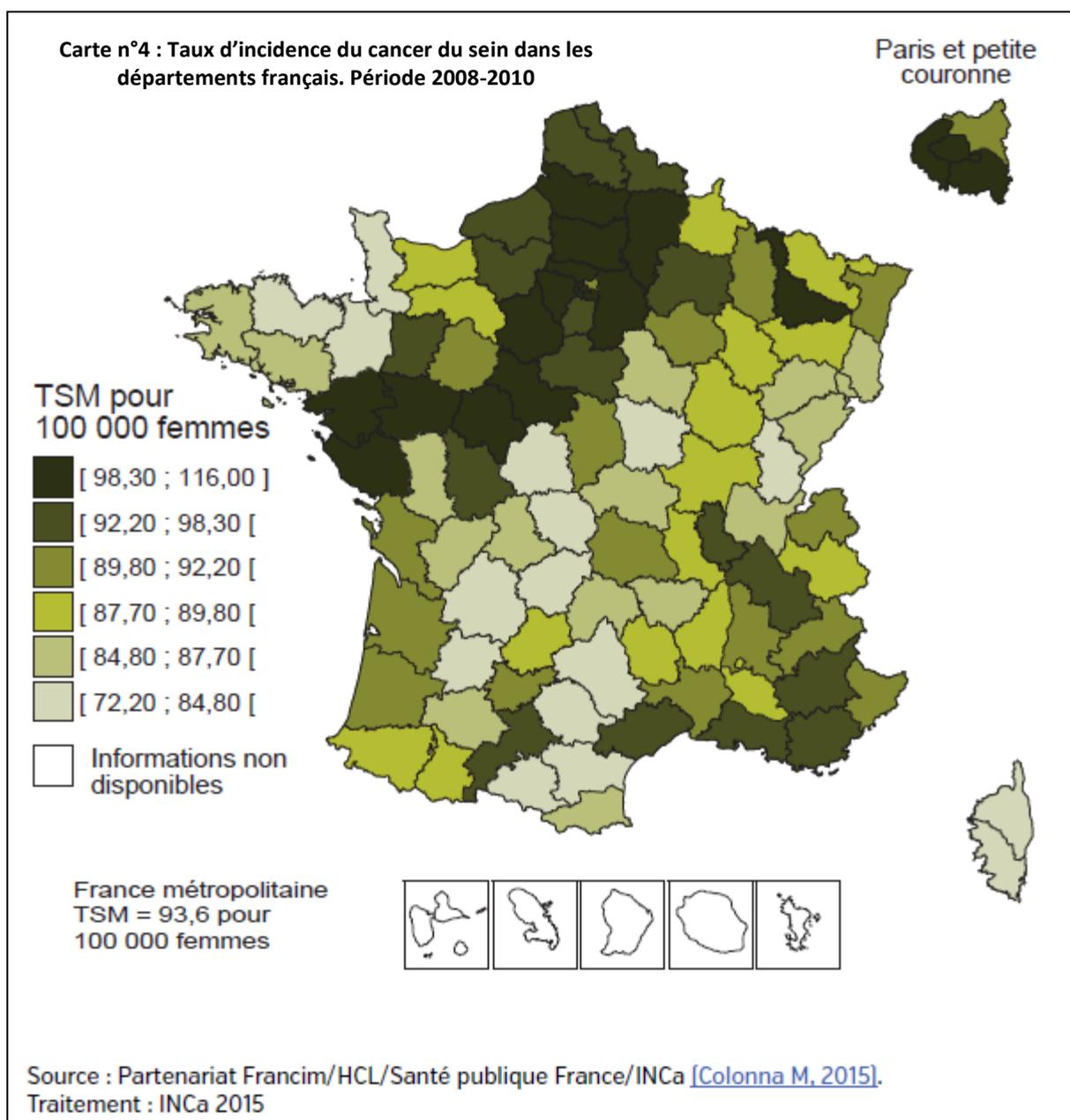
II. ENVIRONNEMENT URBAIN ET CANCER DU SEIN : UNE EQUATION INCERTAINE

1) Fait urbain et incidence du cancer du sein

a) Une épidémiologie urbaine de l'incidence ?

La distribution de l'incidence du cancer du sein en France suit une logique spatiale qui permet d'émettre l'hypothèse du rôle de l'urbanisation dans le risque de déclarer un cancer du sein. En effet, les disparités d'incidence se superposent globalement aux contours des départements les plus urbanisés à l'échelle des départements français : les départements situés le long de la Loire se dessinent distinctement avec des ratios d'incidence élevés, à l'instar de la vallée du Rhône, les Bouches du Rhône, le Nord et les départements franciliens qui affichent également une incidence plus importante que la moyenne française.

Toutefois, les départements en surincidence significative ne sont pas nombreux d'après des estimations récentes (Colonna et al., 2015). En effet, cinq départements sont concernés par des taux plus élevés que la moyenne nationale qui s'élevait à 93,6 pour 100 000 femmes sur la période 2008-2010. Comme le montre la carte présentée sur la page suivante, le département de la Loire-Atlantique et du Maine-et-Loire enregistrent une légère surincidence, avec des taux respectifs de 105 et de 103 pour 100 000 femmes. Trois départements franciliens affichent également des chiffres importants, à savoir les Yvelines et le Val-de-Marne (102 pour 100 000 femmes) et surtout Paris dont le taux est le plus élevé du pays (116 pour 100 000 femmes).



Vingt départements sont en sous-incidence significative – principalement les départements bretons, de la Nouvelle-Aquitaine et du centre de l’Occitanie – qui enregistrent des taux standardisés d’incidence situés entre 70 et 85 pour 100 000 femmes.

Ces disparités d’incidence entre zones urbanisées et zones rurales ont déjà été soulignées à d’autres échelles d’analyse (zones d’emploi) dans de précédents travaux à la fin des années 1990 (Salem et al., 2006). Ces disparités ont été mesurées à partir des nouvelles mises en ALD (voir encadré n°2 page suivante). D’après cette analyse, les taux d’incidence étaient globalement plus élevés à l’est d’une ligne reliant Le Havre et Marseille, ce qui correspond à la France traditionnellement plus urbaine et industrielle. Par ailleurs, les zones d’emploi des principales villes françaises que sont Paris, Marseille, Lyon, Toulouse, Nice et

Nantes présentait déjà une incidence du cancer du sein particulièrement élevée. Ces contrastes entre espaces urbains et ruraux ont été rapportés dans beaucoup de pays industrialisés depuis 1980 (Sharp et al., 2014 ; Minelli et al., 2007 ; Melton et al., 1980).

De nombreuses exceptions peuvent toutefois être mises en avant. Des départements comme l'Ille-et-Vilaine ou le Rhin, où s'implantent de grandes métropoles régionales (Rennes ou Strasbourg) sont caractérisés par des niveaux d'incidence plus faibles que la moyenne française. Le niveau d'urbanisation n'est donc pas systématiquement associé à une plus forte incidence du cancer du sein.

**Encadré n°2 - Estimations de l'incidence et de la mortalité par cancer du sein :
Quelles données et quelles méthodes ?**

Grâce à un système de veille épidémiologique de plus en plus sophistiqué, le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) – département de l'Organisation mondiale de la santé en charge de la surveillance et de la recherche sur le cancer – propose régulièrement des estimations d'incidence et de mortalité par cancer du sein dans le monde. La pierre angulaire de la recherche sur le cancer dépend fondamentalement de la qualité du recensement des cas. Or, le CIRC estimait à 21% la part de la population mondiale couverte par un registre populationnel des cancers en 2006. Par ailleurs, 33% des décès par cancer seraient recensés grâce à des statistiques nationales (Ferlay et al., 2013). Le manque d'informations et la variabilité dans la qualité du recensement des données rendent ainsi complexe l'estimation fiable de l'ampleur du cancer à travers le monde.

La France fait partie des quelques pays européens qui ne disposent pas de registre national du cancer. Plusieurs départements ont pris l'initiative de créer de tels registres, grâce auxquels 20 à 25% de la population française est aujourd'hui couverte (Binder-Foucart et al., 2013). Depuis 1999, une base commune des informations disponibles dans ces registres a été créée sous le nom de « réseau FRANCIM ». Le service de biostatistiques des Hospices Civils de Lyon (HCL), en charge de la gestion de ce réseau, produit tous les 2 ans des estimations nationales de l'incidence des cancers en utilisant comme *gold standard* les données des registres. Les estimations de la mortalité sont réalisées simultanément, à partir des statistiques de mortalité collectées par CépiDc (INSERM). Une publication quinquennale sur l'évolution des tendances de l'épidémiologie des cancers en France est également proposée grâce au partenariat entre le réseau FRANCIM, les HCL, Santé Publique France et l'Institut National du cancer.

Jusqu'aux dernières estimations produites en 2019 (Defossez et al., 2019), la méthode d'estimation de l'incidence à l'échelle de la France s'appuyait sur le calcul du rapport Incidence / Mortalité dans les zones couvertes par les registres (dite « zone registre »), qui était ensuite appliqué à la mortalité nationale pour obtenir l'incidence présumée du cancer sur l'ensemble du territoire (*ibid.*). Les données étaient d'abord modélisées (modèle de Poisson) pour permettre de neutraliser les fluctuations aléatoires inhérentes aux processus de l'incidence et de la mortalité par cancer. Ainsi les taux d'incidence et de mortalité de la zone registre tout autant que le taux de mortalité à l'échelle de la France étaient plus stables pour ensuite calculer les estimations nationales d'incidence (Remontet et al., 2009).

Enfin, un facteur de correction obtenu grâce à la comparaison des données de mortalité dans la zone registre et sur le territoire national, permettait d'ajuster les estimations d'incidence en fonction des différences entre les deux taux de mortalité (*ibid.*) D'après L. Remontet et ses collègues, le fait que la structure géographique de l'incidence en France soit relativement stable à travers le temps permet de penser que cette méthode est fiable à l'échelle du pays (Remontet et al., 2003). Il est intéressant de noter que l'hypothèse sous-jacente à cette méthode n'est pas que le rapport Incidence / Mortalité est identique dans les différents départements français, mais que le rapport Incidence / Mortalité de la zone registre est représentatif de celui que l'on pourrait observer sur la France entière (Remontet et al., 2009). Depuis cette année, la méthode d'estimation de l'incidence à l'échelle nationale n'utilise que les données de la zone « registre » et non plus la mortalité comme corrélat de l'incidence (Defossez et al., op.cit.).

Les disparités de survie entre les territoires français suggèrent que le ratio utilisé à l'échelle nationale présente des limites au niveau régional et départemental (Colonna et al., 2013). Ainsi, l'équipe des HCL et du réseau FRANCIM ont proposé une méthode alternative basée sur les données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et des données relatives aux nouvelles mises en « affection de longue durée » (ALD). Plutôt que la mortalité, le nombre de patients avec au moins un séjour et un diagnostic principal de cancer enregistré dans le PMSI de la zone registre, a été rapporté à l'incidence de cette zone. La même opération a été réalisée avec les nouvelles mises en ALD pour cancer, enregistrées dans les bases de données médico-administratives de la zone registre. Cette équipe a ensuite modélisé la variation moyenne de ces rapports (PMSI / Incidence et ALD / Incidence) au sein de la zone registre, pour créer un facteur de correction qu'elle a ensuite appliqué aux rapports estimés dans les autres territoires. A partir des effectifs de patients atteints de cancer d'après le PMSI et les nouvelles mises en ALD, des estimations d'incidence ont été produites à l'échelle des régions (Colonna et al., *ibid.*) et des départements français (Colonna et al., 2015). Au final, ils n'ont retenu la méthode basée sur le ratio Mortalité / Incidence que pour un seul cancer dans ces travaux. En ce qui concerne le cancer du sein, le ratio PMSI / Incidence serait tout aussi fiable que celui des nouvelles mises en ALD / Incidence pour l'estimation régionale et départementale de l'incidence en France. Néanmoins, l'équipe a privilégié le premier ratio pour les dernières estimations départementales du cancer du sein en France (Colonna et al., 2015).

Dans le cadre de notre recherche, les estimations d'incidence ont été produites à partir des données du PMSI incluses dans le SNIIR-AM, selon la méthode développée par D. Lefevre et ses collègues (Lefevre, 2014 ; Lefevre et al., 2017). Notons toutefois qu'à l'instar de l'équipe de G. Salem en 2000 dont les estimations d'incidence ont été produites à partir des nouvelles mises en ALD, aucun *gold standard* de la zone registre n'a été mobilisé dans notre étude. Il existe donc des écarts dans l'estimation des taux départementaux entre notre recherche et les travaux de M. Colonna et ses collègues. En effet en prenant en compte les cas incidents depuis 2010 jusqu'en 2014, à l'exception des cancers *in situ* et des tumeurs à évolution imprévisible comme c'est le cas dans les travaux précédemment cités, nous retrouvons un taux standardisé sur la population mondiale de 119 pour 100 000 femmes à Paris et de 121 pour 100 000 femmes dans l'Essonne.

A l'inverse les départements de la Seine-Saint-Denis et du Val d'Oise affichent des taux plus faibles, respectivement de 100 et 104 pour 100 000 femmes pour la période 2010-2014. D'après les estimations du réseau FRANCIM, Paris enregistre le taux le plus élevé, à hauteur de 116 pour 100 000 femmes, tandis que la-Seine-Saint-Denis et le Val d'Oise affichent les taux les plus faibles, respectivement de 92 et 98 pour 100 000 femmes entre 2008 et 2010. Toutefois nous savons aujourd'hui que les taux calculés sur la seule base du PMSI sont systématiquement plus élevés que ceux calibrés sur la zone registre (Remontet et al., 2008). Mais comparativement à ces données, nous retrouvons un taux exceptionnellement élevé dans l'Essonne sans que nous puissions expliquer cette différence.

L'intrication des facteurs à l'origine d'une telle distribution spatiale est complexe et une récente recherche réalisée en Chine l'a montré d'une façon particulièrement intéressante (Wen et al., 2018). Dans ce pays où les inégalités socio-économiques entre zones urbaines et rurales sont extrêmes, cette recherche s'est attachée à comparer les facteurs de risque du cancer du sein entre un pôle urbain et une région rurale située à proximité qui s'est particulièrement développée entre 2000 et 2015. Bien que la région rurale étudiée présentait une importante augmentation de l'incidence du cancer du sein entre 2000 et 2015, le pôle urbain enregistrait un ratio standardisé d'incidence plus de 3 fois supérieur en 2012. Les résultats ont montré que les femmes résidentes du pôle urbain étaient plus sédentaires, qu'elles consommaient plus de produits alimentaires d'origine animale et qu'elles présentaient un risque d'obésité significativement plus élevé que leurs homologues de la région rurale. Les femmes de la ville étudiée étaient globalement plus âgées et elles comptaient 4 ans d'espérance de vie de plus que les habitantes de la région rurale. Enfin, ces dernières présentaient un âge de 4 ans plus jeune que les résidentes de la ville au moment de leur première grossesse, et les femmes pratiquant l'allaitement représentaient 95% d'entre elles *versus* 60% parmi les habitantes du pôle urbain. Mais cette étude souligne également l'évolution des pratiques des habitants des campagnes entre 2000 et 2015. L'urbanisation de la région rurale a entraîné une modification des styles de vie, notamment une augmentation de la sédentarité parmi des populations auparavant plus actives, une modification du régime alimentaire ainsi que la multiplication par trois de la prévalence du surpoids pour les femmes de 18 à 69 ans. Cette recherche suggère ainsi qu'il existerait des modifications des comportements des individus intrinsèquement liées au processus d'urbanisation et aux transformations des relations entre zones urbaines et zones rurales. Pourtant, les raisons d'être de tels comportements en lien avec ce processus sont

peu explicitées dans les différents travaux cités. Ils sont souvent assimilés *de facto*, à un niveau de vie et d'éducation plus élevé (Sharp et al., 2014).

b) Existe-t-il un mode de vie urbain ?

A la fin du XIXe siècle sous la pression de l'industrialisation en Occident, les villes sont devenues le réceptacle d'un exode rural massif attirant autant les ouvriers venus des campagnes pour y travailler que la nouvelle bourgeoisie constituée par les propriétaires et les élites. Les défis engendrés par l'accumulation des hommes et des activités dans ces lieux centraux ont été nombreux. Les performances technologiques (accès au gaz, au tout-à-l'égout etc.) et administratives des villes se sont améliorées au fil du temps pour s'adapter à ces mutations sociétales. Dans la ville de Paris particulièrement, on a vu naître à cette époque « un nouveau genre de vie urbain, c'est-à-dire des modes de consommation et des pratiques nouvelles qui différencient entièrement le citadin d'aujourd'hui de son ancêtre du XIXe siècle » (Caron, 1990). En partant du principe que l'urbanisation était un processus relativement uniforme au début du XXe siècle dans les pays industrialisés, le projet collectif de la société urbaine de l'époque pouvait être décrit comme étant porté vers la modernité. Le confort domestique, le développement des loisirs et l'hygiénisme sont devenus des normes, sinon des aspirations partagées par la nouvelle société urbaine (*ibid.*). De plus, l'emploi féminin s'est beaucoup développé dans un contexte d'essor de l'industrie et d'un besoin important de main-d'œuvre (Roncayolo, 2001). L'hypothèse de l'existence d'une certaine « culture urbaine, ensemble de comportements et de conduites » (Roncayolo, 1990) en faveur d'une plus forte incidence du cancer du sein peut donc se poser à l'époque de la ville industrielle. Les femmes étaient soumises à un mode de vie synonyme d'une sédentarité accrue, d'un recul de l'âge de la première grossesse, d'une diminution du nombre d'enfants et d'une baisse de la pratique de l'allaitement. En opposition à une société rurale plus traditionnelle, cette culture urbaine s'est construite sur l'idéal de la modernité, c'est-à-dire sur une « expérience culturelle de la vie urbaine [...] ainsi que la valorisation et la célébration de l'innovation et de la nouveauté » (Robinson, 2014). De façon générale dans le cadre de la ville industrielle, nous pouvons postuler que les facteurs de risque de l'incidence du cancer du sein se seraient particulièrement développés sous l'effet de cette nouvelle « culture urbaine ».

Cependant en 2018, la transition urbaine – « le passage d'un équilibre entre une forte population rurale et une faible population urbaine à un ordre inversé » (Steck, 2006) – est depuis longtemps achevée dans la plupart des pays. Le fait urbain se caractérise aujourd'hui davantage par un processus de métropolisation. En effet, les villes ont entamé de profondes mutations sociales et spatiales avec l'essor des moyens de transport et de communication depuis les années 1970 en France. Depuis cette période, la circulation des hommes, des marchandises et des capitaux s'est accélérée au fil de l'avènement d'une économie mondialisée. Les territoires urbains sont dorénavant soumis à la pression de ces flux, et ceux qui concentrent les ressources et les capitaux parviennent à être plus attractifs (Mongin, 2005). La métropolisation a en effet entraîné la « concentration de [la] valeur à l'intérieur et autour des villes les plus importantes » (Lévy & Lussault, 2013). Puisque ces centres stratégiques concentrent principalement des emplois qualifiés, ce sont surtout les couches sociales les plus éduquées qui peuplent le cœur de l'organisme métropolitain et sa proche couronne. Sous l'impulsion de ce processus et de l'augmentation progressive du prix du foncier, les classes moyennes et populaires ont été repoussées vers les périphéries urbaines et les marges des métropoles, voire les espaces ruraux. Si l'on se situe d'un point de vue macroscopique, il semblerait que la problématique de l'urbain contemporain se soit globalement diluée avec la question sociale (Donzelot, 2009). Pour reprendre les mots de M. Lussault, à la lutte des classes a succédé une « lutte des places » (Lussault, 2009). En partant de ce constat, nous pouvons poser l'hypothèse que ce phénomène d'ordre macrosocial pourrait spatialement se cristalliser au travers de plus forts taux d'incidence du cancer du sein dans les départements urbanisés. De façon générale, ces contrastes se superposeraient aux fractures sociales, produites par les récentes recompositions socio-spatiales en lien avec le processus de métropolisation à l'échelle des départements.

De plus, des recherches récentes ont montré que la consommation régulière et concomitante d'alcool et de tabac était plus fréquemment associée parmi les femmes cadres ou chefs d'entreprise qui sont plus concentrées dans les villes (Richard et Beck, 2016 ; Akinyemiju et al., 2015). Ces pratiques pourraient ainsi contribuer à perpétuer un certain mode de vie métropolitain, plus spécifique aux femmes résidant dans ces grandes agglomérations. La permanence des forts taux d'incidence dans ces territoires urbains et parmi les catégories socio-professionnelles plus éduquées – du moins à l'échelle des départements et des zones d'emploi - et dans d'autres pays occidentaux trouverait ici son

origine. En revanche, les processus sous-jacents à ce schéma de l'incidence auraient fondamentalement changé depuis 50 ans.

Des exceptions ont toutefois été soulignées dans le caractère urbain de l'incidence du cancer du sein en France. En effet, les départements de l'Ille-et-Vilaine et du Bas-Rhin qui accueillent tous deux les préfectures régionales que sont Rennes et Strasbourg, enregistrent une nette sous-incidence du cancer du sein. A l'inverse, la région picarde, qui se caractérise par la faiblesse de son réseau urbain apparaît en surincidence par rapport à la moyenne française. Le processus de métropolisation ne serait pas corrélé de manière univoque avec une plus forte incidence du cancer du sein.

De plus, dans le cas de la région Ile-de-France, l'embourgeoisement continu de la région francilienne ne doit pas masquer pour autant l'extrême hétérogénéité sociale à l'intérieur de la plupart des villes de la région (Clerval et Delage, 2014). Par ailleurs, les processus migratoires depuis les pôles vers les périphéries urbaines sont multiples et concernent différents types de population. Il existerait à l'heure actuelle, une certaine mixité sociale dans les communes d'émigration des habitants des pôles urbains (Sencébé et Lepicier, 2007). Par conséquent, l'incidence du cancer du sein ne se superpose pas systématiquement aux contrastes sociaux qui existent en Ile-de-France. Dans la partie suivante, nous allons voir en effet qu'il existe de fortes disparités d'incidence entre les départements et les communes de la région francilienne.

c) Une distribution hétérogène de l'incidence du cancer du sein en Ile-de-France

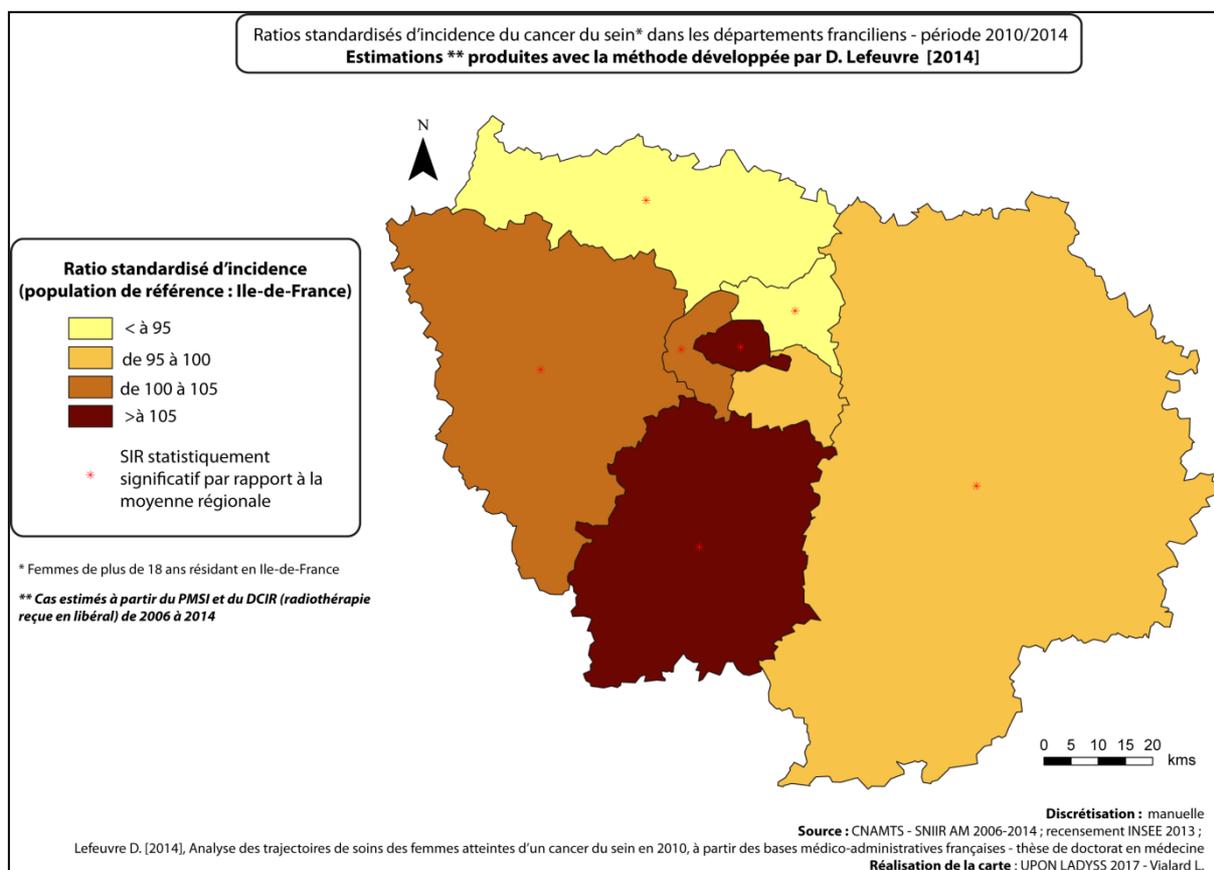
D'après nos résultats, le taux standardisé d'incidence du cancer du sein en Ile-de-France s'élève à 152,5 pour 100 000 femmes. Ce taux standardisé se rapproche de celui retrouvé par l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France en 2016 calculé à partir des nouvelles mises en ALD entre 2010 et 2012, qui était de 156,4 pour 100 000 femmes [IC 95% : 154.8 ; 157.9] (ORS IDF, 2016). Pour faciliter la comparaison avec les travaux existants, il est important de préciser que les statistiques d'incidence n'ont pas été calculées avec les mêmes méthodes de standardisation² à l'échelle des départements et des communes.

² Pour se départir d'un éventuel différentiel d'âge entre les territoires comparés, il est nécessaire de standardiser les chiffres de l'incidence sur l'âge des populations concernées. Il convient dans ce cas d'utiliser soit une population de référence (taux standardisé d'incidence), soit un taux d'incidence de référence (ratio standardisé d'incidence, dont la moyenne correspond à 100) pour calibrer l'ensemble des chiffres sur une structure identique.

En effet, les taux d'incidence à l'échelle des communes ont été estimés grâce à une méthode de standardisation directe (à partir de la structure par âge de la population francilienne) tandis que les chiffres à l'échelle des départements ont été calculés *via* une méthode de standardisation indirecte (à partir du taux d'incidence par classe d'âge, de la population francilienne). Comme le montre la carte n°5 page suivante, les disparités spatiales entre les départements franciliens sont manifestes. Le centre et l'ouest de la région présentent effectivement des ratios standardisés d'incidence plus élevés que la moyenne régionale. Le département parisien ainsi que l'Essonne enregistrent les ratios standardisés les plus importants, supérieurs à 105. Les départements des Hauts-de-Seine et des Yvelines affichent également des ratios significativement supérieurs à la moyenne (respectivement 104 et 103). A l'inverse, le département de la Seine-Saint-Denis (89) et du Val d'Oise (90) présentent des chiffres particulièrement faibles. Enfin, la Seine-et-Marne affiche un ratio de 95 tandis que le Val-de-Marne constitue le seul département pour lequel le ratio n'est pas significativement différent de la moyenne francilienne. Il semblerait qu'à l'instar des travaux cités dans la partie précédente, les disparités sociales entre les départements franciliens soient synonymes de disparités d'incidence du cancer du sein. En effet, la comparaison de la distribution du désavantage social selon l'indice proposé par G. Rey et son équipe (cf. encadré n°3 page suivante) avec la répartition départementale de l'incidence, permet d'observer une corrélation statistique légèrement significative : le niveau de désavantage social des femmes explique 67% des variations de l'incidence départementale ($p < 0.05$). Les départements de l'ouest et du sud francilien, où les femmes sont plus éduquées et socialement aisées, sont ceux où l'incidence du cancer du sein apparaît plus élevée³.

³ cf. résultats de la régression linéaire annexe n°5, partie 1

Carte n° 5



Encadré n° 3 – L'indice de désavantage social « Fdep »

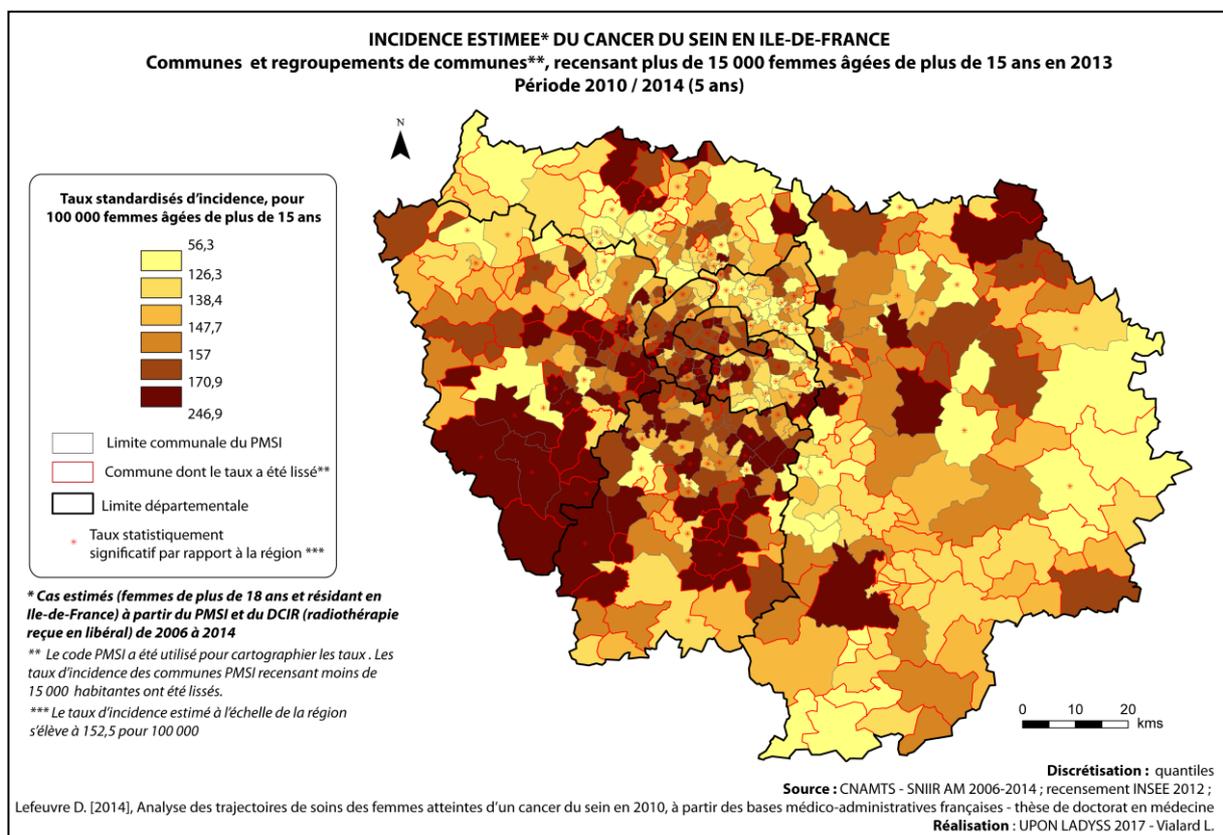
L'indice « Fdep » permet la comparaison du niveau de désavantage social sur l'ensemble du territoire français et à plusieurs échelles (régions, cantons, communes, ilots regroupés pour l'information statistique). Son objectif principal consiste en la description des inégalités de santé en fonction du niveau socio-économique des populations (Rey et al., 2009).

Quatre variables issues du recensement ont permis la construction de cet indice composite : le revenu médian par unité de consommation, le pourcentage de bacheliers dans la population non scolarisée âgée de plus de 15 ans, le pourcentage d'ouvriers dans la population active et le taux de chômage. Ces 4 indicateurs ont été centrés-réduits et ont fait l'objet d'une analyse en composantes principales (ACP). Le poids des différentes unités spatiales a été pondéré en fonction des effectifs de population. L'indice « Fdep » correspond à la première composante de l'ACP qui rassemble 68% de l'inertie formée par les variables à l'échelle des communes françaises.

Enfin, la série statistique a été divisée par quintiles soit 20 % des unités spatiales par catégorie (Rey et al., 2011). Quand il est testé avec la mortalité générale, l'association est forte quel que soit le type d'unité spatiale considéré, mais il n'explique pas du tout l'ensemble des variations géographiques.

Cependant à l'échelle communale, la répartition de l'incidence du cancer du sein suit une logique spatiale plus décousue. En effet, les taux standardisés varient dans un rapport de 1 à 4 entre les communes de la région (cf. carte n°6 ci-dessous). Les communes de l'ouest de l'Île-de-France semblent malgré tout plus concernées par les fortes incidences du cancer du sein. L'ensemble des arrondissements parisiens de la rive gauche sont en surincidence tout comme les 20^e (161 pour 100 000) et 12^e arrondissements (165 pour 100 000), comparativement à la moyenne régionale. Dans les Hauts-de-Seine, la majorité des communes enregistre également de forts taux d'incidence, à l'exception des villes situées au nord qui sont limitrophes avec la Seine-Saint-Denis. Pour le département de l'Essonne, plusieurs clusters de forte incidence se dessinent nettement : autour de Draveil et de Ris-Orangis au nord (taux d'incidence d'environ 180 pour 100 000), ainsi que dans le centre-est et le sud-ouest du département. Il existe également un grand cluster de surincidence autour de la ville de Rambouillet dans le sud des Yvelines, ainsi qu'aux alentours de Versailles. La ville de Chavenay qui se trouve dans cette zone, affiche le taux d'incidence le plus élevé de la région à savoir 247 pour 100 000 femmes pendant la période étudiée.

Carte n° 6



Certaines communes du nord et de l'est de la région francilienne enregistrent des taux élevés d'incidence du cancer du sein. Quelques communes du Val d'Oise, notamment autour d'Auvers-sur-Oise dans le nord ainsi qu'autour de Roissy-en-France sont en surincidence significative. Enfin, dans le département de la Seine-et-Marne, les alentours de la Ferté-sous-Jouarre dans l'est, ainsi que Fontainebleau et quelques communes du centre du département affichent également des taux d'incidence élevés.

A l'inverse, la majorité des communes du Val d'Oise et de la Seine-Saint-Denis sont en sous-incidence comparativement à la moyenne. L'est de la Seine-et-Marne, le sud de l'Essonne et le nord des Yvelines apparaissent également parmi les espaces où l'incidence est significativement plus faible.

Encadré n°4 - Estimations de l'incidence du cancer du sein à l'échelle communale

La méthode que nous avons employée est pionnière car hormis l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France (ORS IDF) en 2016, aucune recherche n'avait encore produit d'estimations de l'incidence du cancer du sein à l'échelle communale.

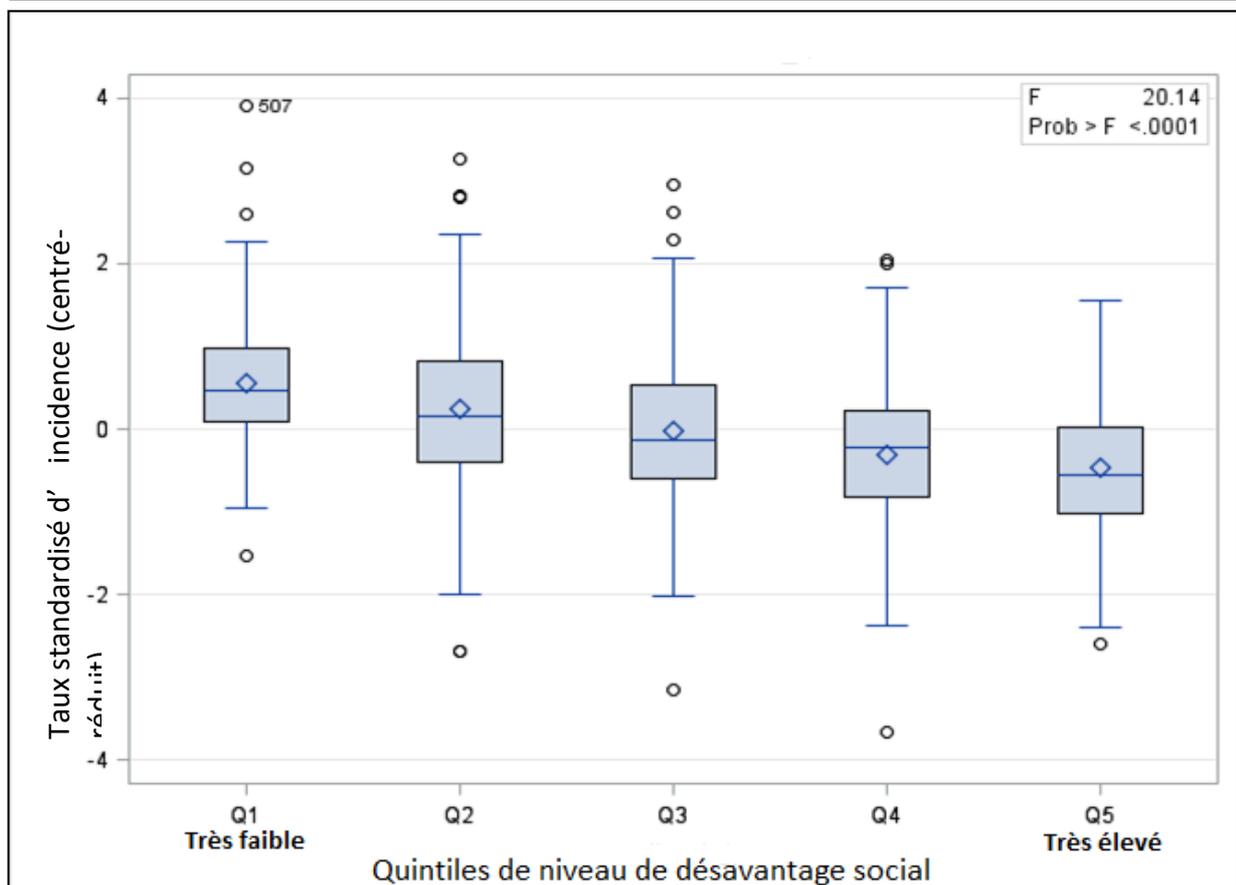
A partir des 38 362 cas incidents estimés entre 2010 et 2014 en Ile-de-France avec la base de données du SNIIR-AM, nous avons ainsi calculé des taux standardisés à l'échelle des communes. Dans les bases de données médico-administratives, les codes postaux des communes de moins de 1000 habitants sont regroupés avec un même code, pour des raisons de confidentialité. Ainsi sur les 1300 communes franciliennes, il n'existe que 507 regroupements dans le PMSI. Le traitement des unités PMSI qui comptaient moins de 15 000 femmes résidentes a été spécifique (149 codes). En effet selon de précédents travaux réalisés sur les calculs de taux à fine échelle, il est préconisé d'atteindre un dénominateur de population d'au moins 15 000 individus pour limiter les fluctuations aléatoires dues au manque d'effectifs (Rican et al., 2010). Pour ces 149 zones PMSI, nous avons donc réalisé un lissage des chiffres d'incidence et de population en les agrégeant avec les effectifs respectifs des communes se situant dans un certain périmètre. Pour chacune des zones concernées et à partir du centroïde de chacune d'entre elles, une zone tampon de 5, 10 ou 15 kilomètres a été dessinée pour atteindre un dénominateur de population de 15 000 habitants. Au final 91 zones PMSI de moins de 15 000 habitants ont été lissées sur 5 km, 54 d'entre elles sur 10 km et seulement 4 sur 15 kms (exclusivement situées en bordure extérieure de la région).

Les taux ont ensuite été calculés à partir des cas incidents agrégés sur 5 ans (2010-2014) divisés par les effectifs de femmes âgées de plus de 15 ans en 2012 d'après le recensement de l'INSEE (multipliés par 5). Nous avons réalisé des tests statistiques seulement pour les zones PMSI dont les taux n'ont pas été lissés (tests de poisson). Ces taux ont été standardisés sur la structure par âge de la population francilienne.

La commune qui enregistre le plus faible taux de la région se trouve dans les Yvelines, proche de la ville de Poissy dont le taux d'incidence s'élève à 120 pour 100 000 femmes. Enfin, le Val-de-Marne enregistre des disparités d'incidence importantes entre les communes plus proches de Paris et celles limitrophes avec la Seine-et-Marne.

Comme observé précédemment à l'échelle des départements, l'incidence communale du cancer du sein diminue d'autant plus que le niveau de désavantage social augmente. L'analyse de la variance entre les quintiles de désavantage social et la répartition de l'incidence à l'échelle des communes aboutit effectivement à une corrélation significative entre ces deux variables. Comme le montre le graphique n°1 ci-dessous, les taux d'incidence sont globalement plus élevés dans les communes dont le niveau de désavantage social est faible (Q1) tandis qu'ils décroissent au fur et à mesure que l'indice de désavantage social augmente ($p < 0.01$).

Graphique n°1 : Variation des taux d'incidence en fonction du niveau de désavantage social à l'échelle des communes d'Ile-de-France

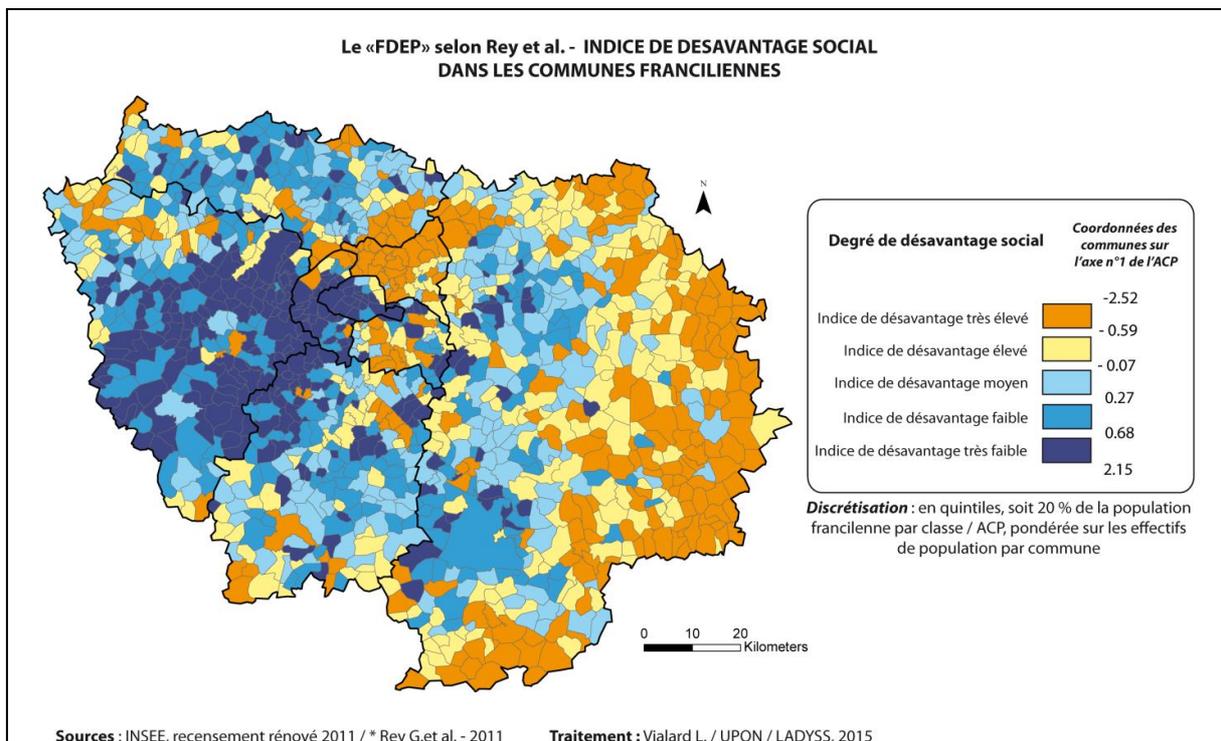


Source : CNAM SNIIRAM 2006-2014 ; Lefevre, 2014 ; Rey et al., 2011

Réalisation : Vialard, LADYSS UPON 2018

Toutefois, la part de variance du taux d'incidence mesurée à l'échelle des communes franciliennes n'est expliquée par le niveau de désavantage social qu'à hauteur de 14 % ($R^2 = 0.1406$; $p < 0.01$)⁴. En effet, d'après la carte du désavantage social représentée à l'échelle des communes de la région, nous pouvons remarquer que certaines villes dont le niveau social est globalement élevé affichent de forts taux d'incidence comme par exemple Versailles et Rambouillet. La première ville se situe à proximité de Paris tandis que la seconde se trouve à la lisière de l'Île-de-France. D'autres communes dont le niveau de désavantage social est très important, enregistrent également des taux élevés d'incidence. Ces dernières peuvent être localisées dans des départements centraux comme par exemple Pierrefitte-sur-Seine en Seine-Saint-Denis ou dans le grand est francilien comme c'est le cas pour la commune de la Ferté-sous-Jouarre. *In fine*, le niveau de désavantage social ne prédit en rien l'incidence du cancer du sein à l'échelle des communes franciliennes. De plus, la position de ces communes au sein de la région ne semble pas non plus présager du niveau d'incidence du cancer du sein.

Carte n° 7



En conclusion, nous pouvons noter qu'à l'échelle des départements, un important niveau de désavantage social est synonyme d'une moindre incidence du cancer du sein

⁴ cf. annexe n°5, partie 2, pour les résultats de la régression linéaire

d'après nos données. Ces résultats corroborent les résultats des travaux que nous avons cités dans la partie précédente. Nous retrouvons également une corrélation significative entre les taux d'incidence mesurés à l'échelle des communes et le niveau de désavantage social agrégé en quintiles. Toutefois, qu'elles soient socialement aisées ou défavorisées, qu'elles soient centrales ou plus périphériques à l'échelle de la région, les variations du niveau de désavantage social n'expliquent qu'une faible part des taux d'incidence du cancer du sein dans les communes franciliennes. D'autres dynamiques interviennent manifestement dans la production de ces disparités. La répartition spatiale de la mortalité en Ile-de-France, que nous allons présenter dans la partie suivante, avance des arguments en faveur de cette hypothèse.

2) Distribution spatiale de la mortalité : entre facteurs de risque de l'incidence et facteurs pronostiques du cancer du sein

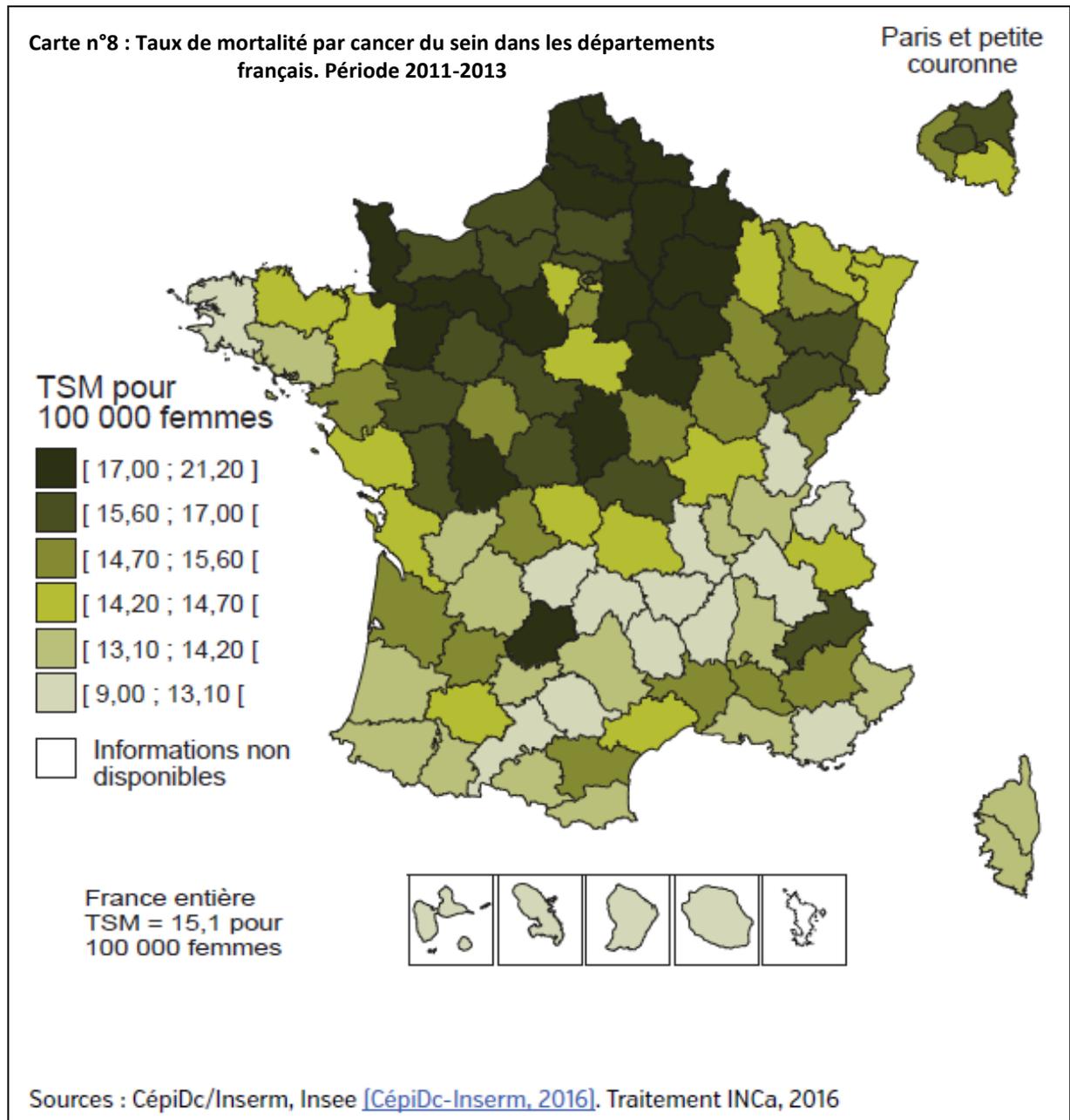
a) La distribution de la mortalité due au cancer du sein : une conséquence de l'incidence ?

Les disparités spatiales de mortalité par cancer du sein ont tendance à diminuer entre les régions françaises depuis les années 1970 (INCa, 2008). Au début de cette période, la distribution de la mortalité se superposait globalement à celle de l'incidence c'est-à-dire qu'elle était plus élevée dans le nord et l'est de la France. Autrement dit, les régions où se trouvaient les grandes agglomérations françaises correspondaient aux espaces où les femmes mouraient davantage du cancer du sein. Cependant à partir de la fin des années 1980, au moment où la mortalité par cancer a commencé à globalement diminuer en France, certaines régions comme l'Alsace et la région Rhône Alpes ont vu leur taux de mortalité par cancer du sein décliner de façon importante. En revanche, le Nord-Pas-de-Calais, la Picardie, la Haute Normandie tout comme l'Ile-de-France ont conservé des taux élevés entre 1970 et 2000.

Par ailleurs, selon des estimations plus récentes réalisées par l'INCa à l'échelle des départements français pour la période 2011-2013, les disparités de mortalité étaient plus élevées que les disparités d'incidence estimées en 2008-2010. En effet, le coefficient de variation⁵ relatif aux taux de mortalité à l'échelle départementale s'élevait à 12 sur la

⁵ Le coefficient de variation correspond au rapport entre l'écart-type et la moyenne d'une série statistique. Il permet de comparer plusieurs séries dont l'étendue et les valeurs sont différentes. Plus il est élevé, et plus la dispersion autour de la moyenne est importante.

période étudiée tandis que celui correspondant aux données d'incidence était légèrement supérieur à 7. Ainsi, les différences de mortalité entre les départements français étaient plus marquées, comme nous pouvons l'observer sur la carte n°8 ci-dessous : une nette fracture se dessine entre le sud du pays dont les taux de mortalité sont globalement faibles, et le nord du pays. A l'exception notable du Lot et des Hautes-Alpes, les départements de l'Auvergne, du Rhône-Alpes et du Midi-Pyrénées affichent des taux particulièrement faibles de mortalité par cancer du sein (entre 9 et 13 pour 100 000 femmes).

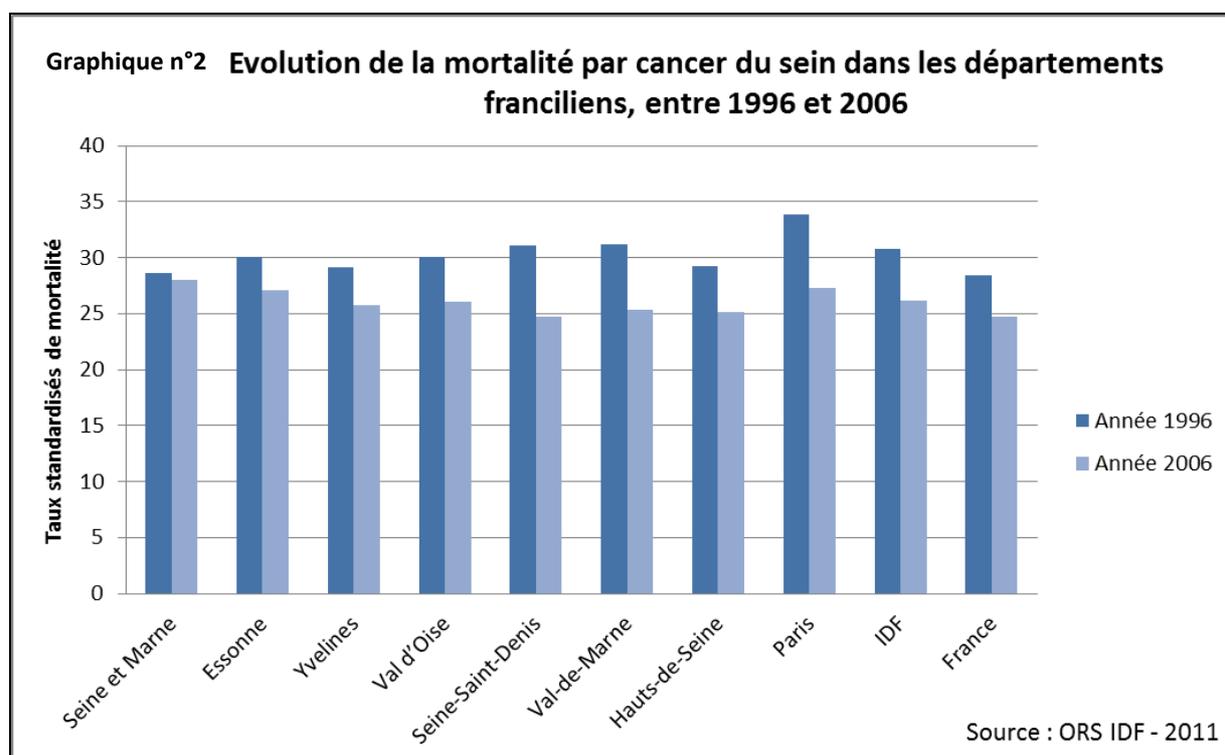


En revanche, l'ensemble des départements du nord de la France jusqu'à l'Yonne en passant par l'est de Paris, affichent des taux supérieurs à 17 pour 100 000 femmes. Les

départements localisés dans l'ouest de l'Île-de-France enregistrent également des taux de mortalité plus élevés que la moyenne française, à l'instar des départements du Cher et de la Vienne. Finalement, le niveau d'urbanisation du département ne correspond plus en rien à la distribution de la mortalité due au cancer du sein. Les départements fortement urbanisés comme par exemple le Rhône ou les Bouches-du-Rhône affichent par exemple, de faibles taux de mortalité par cancer du sein.

Dans le cas de l'Île-de-France, la région fait partie des zones urbaines françaises qui enregistrent à la fois une forte incidence et une forte mortalité liée au cancer du sein. Mais contrairement aux disparités d'incidence, les niveaux de mortalité entre les départements franciliens n'apparaissent pas significativement différents entre 2007 et 2010 selon l'ORS (ORS IDF, 2015). Nos estimations retrouvent des résultats sensiblement identiques pour la période 2004-2008, bien que la Seine-et-Marne enregistrait une légère surmortalité comparativement à la moyenne régionale ($p < 0.05$).

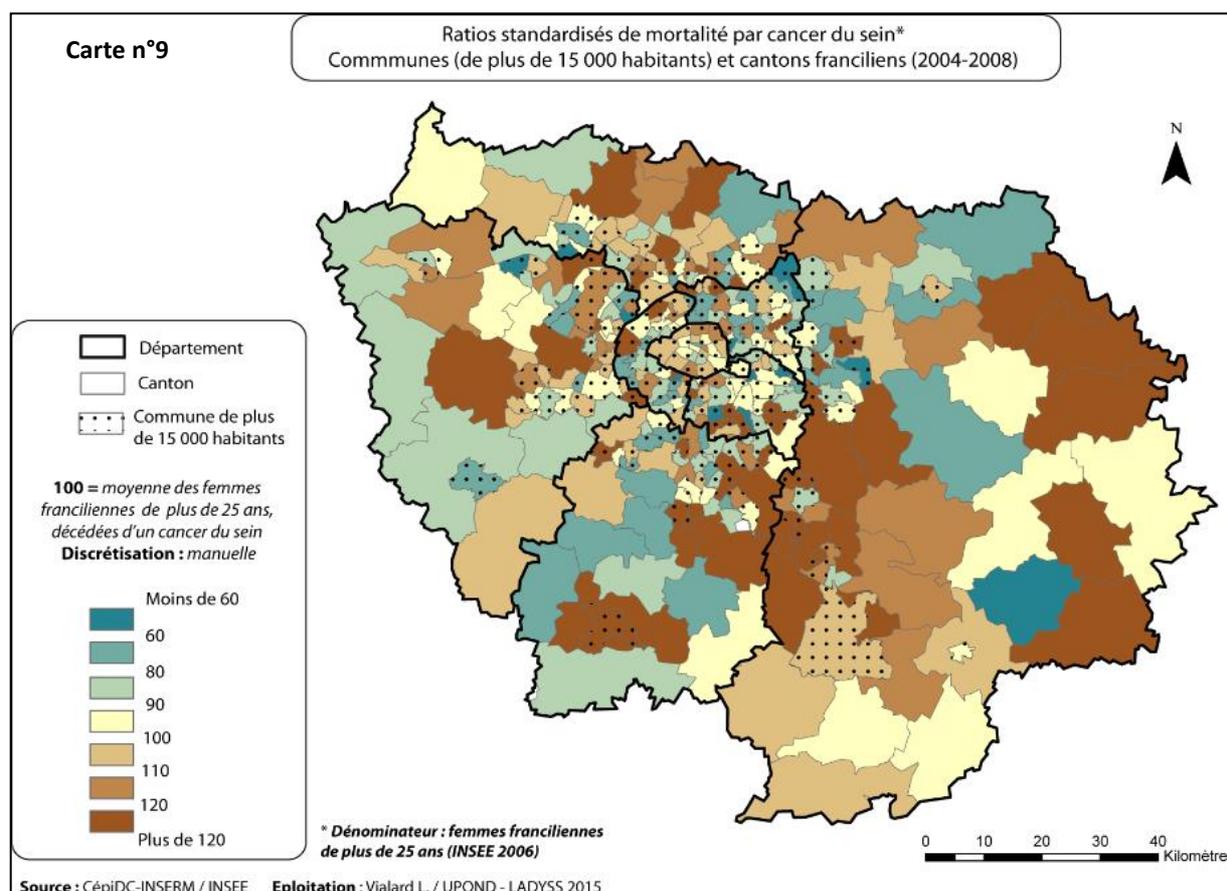
Un élément important souligné par l'Observatoire régional de santé est le fait que la diminution de la mortalité entre 1996 et 2006 a été beaucoup plus rapide dans les départements de la première couronne que dans les périphéries de la région Île-de-France (ORS IDF, 2011).



Même si les départements de Paris et de première couronne enregistraient des taux plus élevés en 1996, la mortalité a baissé d'environ 6% au sein de ces espaces. Toutefois, les Hauts-de-Seine enregistrent une diminution moindre, équivalente au pourcentage régional. La Seine-et-Marne est l'unique département francilien pour lequel la mortalité par cancer du sein est restée quasiment stable en 10 ans. Les disparités d'incidence entre les départements franciliens ainsi que leur évolution depuis les années 1990 pourraient potentiellement expliquer ces différentiels de mortalité. Dans notre travail, nous ne disposons d'aucune donnée nous permettant d'évaluer l'évolution départementale de l'incidence depuis cette période. Cependant, les taux d'incidence estimés à l'échelle des départements pour la période 2010-2014 ne sont pas statistiquement corrélés aux ratios de mortalité d'après nos résultats. En effet, les départements où l'incidence est élevée comme à Paris ou dans les Hauts-de-Seine enregistrent un moindre taux de mortalité que la Seine-et-Marne. Si l'on introduit la part des cancers diagnostiqués tardivement et le niveau de désavantage social dans le modèle statistique, la mortalité n'est pas plus expliquée par ces facteurs de risque connus d'un mauvais pronostic. Dans le cas du département des Hauts-de-Seine par exemple, le taux élevé de stades avancés au diagnostic n'est pas corrélé avec le niveau de mortalité car ce dernier est plus faible que la moyenne régionale. Dans le paragraphe suivant, nous allons voir que la répartition de la mortalité apparaît encore plus disparate à l'échelle des communes et des cantons franciliens.

b) Une mosaïque des niveaux de mortalité entre les villes et les cantons franciliens

D'après la carte n°9 produite à partir des données du CépiDC pour la période 2004-2008, les communes de la Seine-et-Marne enregistrent effectivement des ratios standardisés élevés de mortalité : l'est et la moitié sud du département affichent des chiffres supérieurs à 120 notamment autour de Coulommiers et de Provins. Les communes de l'ouest du département enregistrent également des ratios élevés. Ce phénomène se prolonge dans l'est et le sud de l'Essonne, dont les ratios autour de Yerres, d'Etampes et de Dourdan sont importants.



Certains clusters sont également visibles dans la partie centrale du Val-d'Oise, le quart nord-est des Yvelines avec notamment la ville de Vélizy-Villacoublay qui enregistre le SMR le plus important de la région à l'échelle communale, à hauteur de 176. Le nord des Hauts-de-Seine, notamment Rueil-Malmaison (130) et Colombes (120), enregistre une légère surmortalité par rapport au sud du département. Paris affiche globalement une surmortalité, hormis les arrondissements centraux où les ratios sont sensiblement moins

élevés. En revanche, la Seine-Saint-Denis présente une sous-mortalité par rapport aux autres départements (mais non significative statistiquement).

**Encadré n°5 : Méthode d'estimation des taux de mortalité par cancer du sein
à l'échelle des communes d'Ile-de-France**

Les estimations de mortalité ont été produites à partir des données fournies par le CépiDc pour la période 2004-2008. Les effectifs de décès par cancer du sein ont été agrégés sur 5 ans afin de disposer de suffisamment de cas pour calculer les taux à fine échelle. Comme pour le calcul des taux d'incidence, un seuil de 15 000 habitants a été retenu pour les estimations communales. Pour les communes dont la population était en dessous de ce seuil, l'échelle cantonale a été privilégiée (Rican et al., 2010). Il aurait été judicieux d'utiliser le même lissage que celui employé pour les estimations d'incidence afin de comparer plus précisément ces deux jeux de données. Cependant, l'analyse de la mortalité a été réalisée bien avant la réception des données du SNIIR-AM et la méthodologie employée au départ n'a pas été réajustée.

Le dénominateur utilisé pour le calcul des taux et des ratios de mortalité était la population du recensement INSEE en 2006. Etant donné que les décès par cancer du sein n'étaient rapportés que pour les femmes de plus de 25 ans à l'échelle des cantons, nous avons pris en compte le dénominateur de population pour la même tranche d'âge.

Par ailleurs, nous avons fait le choix de ne pas effectuer de lissage spatial. Cette méthode présente l'avantage d'atténuer les variations aléatoires des effectifs de mortalité en pondérant ces chiffres sur les valeurs observées dans les espaces adjacents. Néanmoins, le lissage spatial annule toute possibilité de repérer les situations extravagantes. Or, il n'est pas exclu et particulièrement dans un environnement urbain, que des communes spatialement proches présentent des profils de mortalité extrêmement différents (ORS IDF, 2016). Enfin, la population de référence utilisée pour la standardisation sur l'âge était la population francilienne, ce qui ne permet pas de comparer nos estimations avec d'autres travaux réalisés en France.

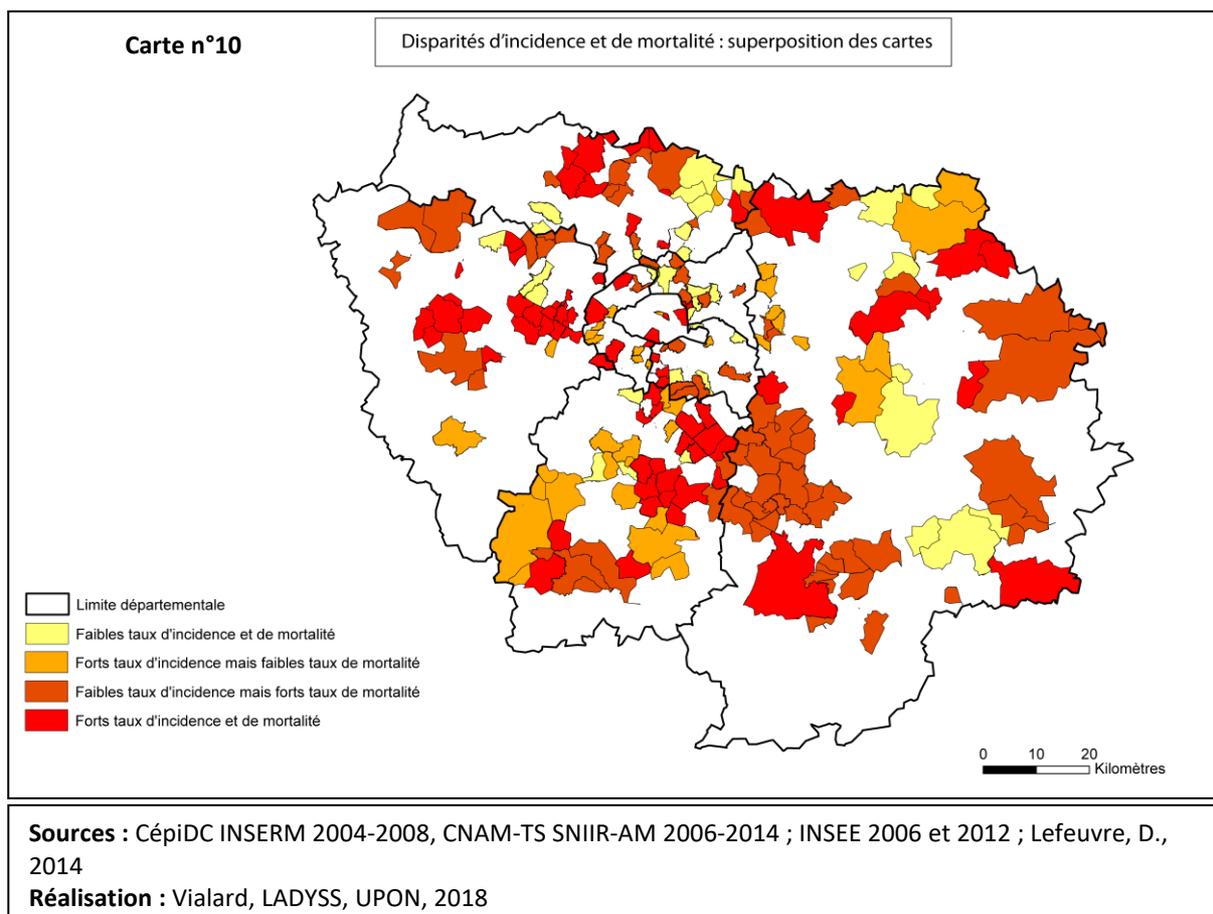
Comme à l'échelle des départements, nous avons réalisé une régression linéaire multiple à partir de plusieurs variables pour tenter d'expliquer la distribution communale de la mortalité. Etant donné que les ratios de mortalité et les taux d'incidence ont été calculés à différentes échelles dans les communes peu peuplées de la seconde couronne, nous avons réalisé cette analyse pour les communes de Paris et de la première couronne. D'après les résultats, les taux communaux de stades avancés au diagnostic, une fois le niveau de l'incidence du cancer du sein pris en compte, n'est pas statistiquement corrélé aux ratios de mortalité. De la même façon, le désavantage social n'explique pas non plus les disparités observées de mortalité due au cancer du sein à l'échelle communale.

3) Comparaison entre les variations spatiales de l'incidence et de la mortalité à l'échelle des communes

Alors que l'indice de désavantage social présage significativement du taux d'incidence du cancer du sein à l'échelle départementale et dans une moindre mesure au niveau des communes d'Ile-de-France, les pistes explicatives des disparités de mortalité observées sont bien plus floues. Ni la valeur du taux d'incidence, ni les variations de stade au diagnostic et du désavantage social n'influencent le niveau de la mortalité, à aucune des échelles que nous avons testées. D'autres facteurs interviennent manifestement dans la distribution spatiale de l'épidémiologie du cancer du sein en Ile-de-France, que nous ne sommes pas en mesure d'expliquer statistiquement à partir des données dont nous disposons.

La comparaison visuelle des estimations communales d'incidence avec celles relatives à la mortalité (même si les échelles et les périodes d'analyse ne sont pas identiques) nous permet de repérer les espaces où ces deux indicateurs sont conjointement élevés, faibles ou opposés. La carte n°10 présentée sur la page suivante a été produite à partir des quantiles supérieurs et inférieurs à la médiane régionale des séries statistiques relatives à l'incidence et à la mortalité. Les communes où les taux d'incidence et de mortalité sont faibles sont peu nombreuses. Elles sont localisées surtout dans le nord et l'est de la région : dans le nord et l'est du Val d'Oise, dans la moitié est de la Seine-et-Marne, et en Seine-Saint-Denis. On observe que les forts taux d'incidence et de mortalité sont principalement concentrés dans les Yvelines et l'Essonne, au niveau de certains clusters. Plusieurs communes en périphérie des départements du Val d'Oise et de la Seine-et-Marne sont également concernées.

Les clusters de faibles taux d'incidence associés à une mortalité élevée sont surtout localisés en Seine-et-Marne à la lisière de l'Essonne, à l'est de Fontainebleau et en périphérie du département. Le nord du Val d'Oise, l'ouest des Yvelines ou encore le sud de l'Essonne sont particulièrement concernés par ces décalages entre faible incidence et mortalité élevée. Autrement dit, il semblerait que les périphéries soient globalement plus touchées par ces problématiques, tout comme certaines communes du Val-de-Marne et de Seine-Saint-Denis. Enfin, les espaces où l'incidence est élevée mais où la mortalité reste globalement faible se situent en grande majorité dans le département de l'Essonne.



Quelques communes du centre et du nord de la Seine-et-Marne présentent le même phénomène.

L'étude réalisée par l'ORS IDF en 2016 sur les inégalités face au cancer à Paris et en première couronne retrouve sensiblement les mêmes résultats dans les départements du Val-de-Marne, en Seine-Saint-Denis et dans les Hauts-de-Seine. Dans ce travail, certaines communes des deux premiers départements sont également identifiées comme présentant un rapport « mortalité / incidence » défavorable. A l'inverse, les communes du centre des Hauts-de-Seine affichent des ratios peu élevés puisque les taux de mortalité sont globalement faibles par rapport à des taux importants d'incidence. Néanmoins, cette recherche met en avant un ratio élevé « mortalité / incidence » dans les 10^e et 18^e arrondissements de Paris que nous ne retrouvons pas à travers notre cartographie (ORS IDF, 2016).

Les disparités spatiales d'incidence et de mortalité du cancer ne se superposent donc pas systématiquement en Ile-de-France, quelle que soit l'échelle d'observation. Bien au contraire, elles semblent se compiler de façon singulière en fonction des espaces considérés : des clusters de faible incidence mais de forte mortalité (et vice-versa) semblent

se dessiner distinctement dans certaines zones en particulier. D'après l'exemple de la Seine-et-Marne, il existe une mosaïque de possibilités en fonction d'où l'on se situe dans le département. Une large zone frontalière de l'Essonne et du Val-de-Marne enregistre une faible incidence associée à une mortalité élevée, à l'instar de plusieurs espaces situés à la bordure de la région. Les pratiques spatiales de recours aux soins des femmes sont certainement différentes en fonction de l'offre disponible dans le centre de la métropole et dans les communes périurbaines. Néanmoins, nous pouvons faire l'hypothèse que le résultat sur les indicateurs relatifs au cancer du sein apparaît sensiblement identique. Dans certaines zones du centre du département *a contrario*, la faible incidence reste synonyme d'une faible mortalité. L'intérêt de notre travail porte précisément sur la compréhension des mécanismes sous-jacents à ces contrastes et à ces similitudes. Il ne semble pas que nous puissions expliquer les systèmes de causalité à partir des seules données quantitatives dont nous disposons, en adoptant une démarche épidémiologique. La perspective qu'offre la géographie de la santé apparaît particulièrement intéressante dans ce contexte.

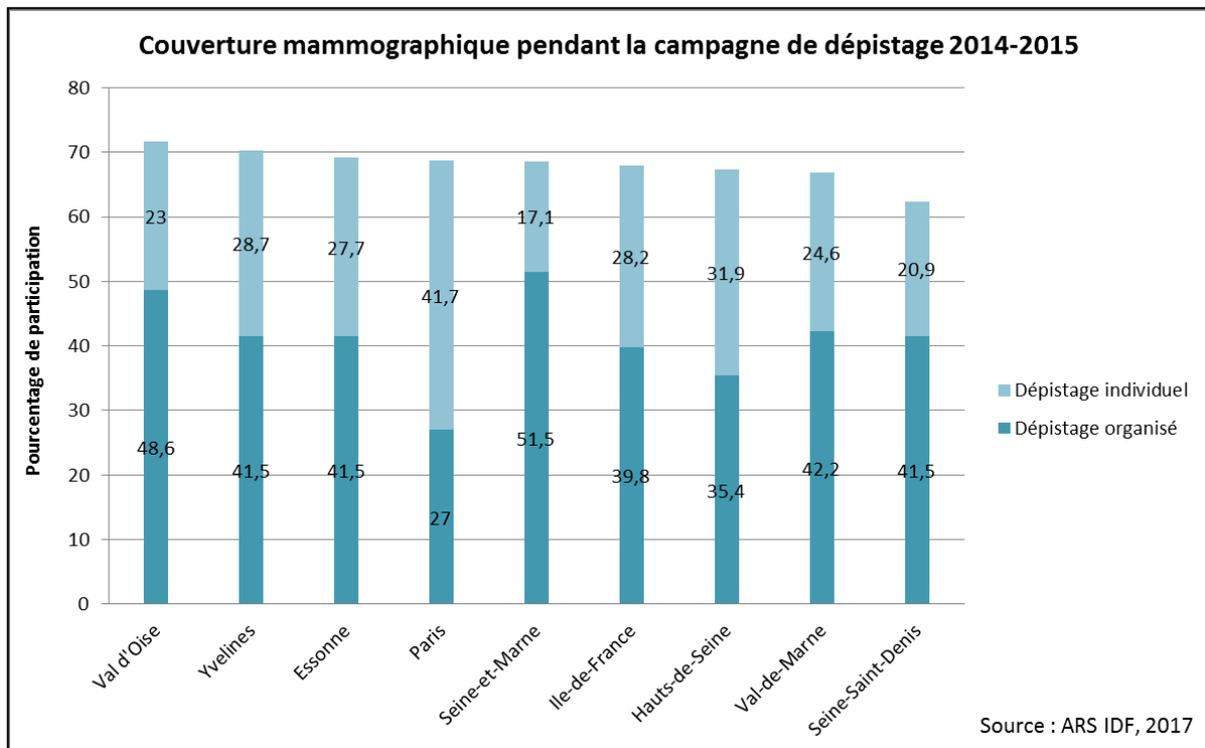
4) Zoom sur le rôle de la participation au dépistage dans l'épidémiologie du cancer du sein

Nous avons déjà évoqué le fait que la diminution de la mortalité en France s'est accélérée dans les années 2000, grâce à la mise en place du dépistage organisé du cancer du sein. La Haute Autorité de Santé (HAS) a réalisé un bilan de la participation au dispositif en 2011. Ce rapport évoque une participation plus importante au dépistage organisé (DO) dans les départements où se concentre la richesse économique. A l'inverse, la participation au DO serait plus faible dans les départements où les inégalités de revenus sont particulièrement élevées, là où les femmes ciblées par le dépistage sont généralement plus jeunes et où la densité de gynécologues est importante (HAS, 2011). Ainsi, les départements où se situent les grandes agglomérations françaises enregistrent généralement de plus faibles taux de participation au DO. En effet, les départements franciliens affichaient en moyenne un taux de participation d'environ 40% pour la période 2015-2016 comparativement à une moyenne nationale de 51% (Santé Publique France, 2017). Cependant, la particularité française en ce qui concerne le dépistage du cancer du sein est qu'il existe une possibilité de réaliser l'examen *via* un circuit différent du dispositif national. Les gynécologues peuvent prescrire directement l'examen mammographique aux femmes qui en font la demande, ce qui signifie

que là où ils sont globalement plus nombreux et plus consultés, les femmes se font davantage diagnostiquer par le biais de ce dépistage individuel (DI) que par le DO.

De ce fait, la participation au DI est estimée à environ 30% en région francilienne (ARS IDF, 2017) pour seulement 10% à l'échelle nationale (Hirtzlin et al., 2012). Finalement, la couverture mammographique (DO + DI) en 2014-2015 était très faible en Seine-Saint-Denis (62%) mais particulièrement élevée dans le Val d'Oise (72%) par rapport aux autres départements franciliens. Contrairement aux résultats évoqués par l'HAS, nous n'avons retrouvé aucune corrélation statistique entre la couverture mammographique et l'indice de désavantage à l'échelle des départements franciliens. Les départements socialement plus avantagés ne sont pas ceux qui participent le plus au DO, et ils ne présentent pas particulièrement de meilleurs taux de couverture mammographique. Toutefois, nous pouvons noter qu'il existe un certain gradient spatial dans la participation au dépistage entre les départements centraux et périphériques de l'Ile-de-France : les trois départements de première couronne enregistrent les plus faibles taux de couverture mammographique, alors que les départements périphériques sont globalement plus participants.

Graphique n°3



La participation au dépistage pourrait-elle avoir une quelconque influence sur le taux de diagnostic tardif et le niveau de la mortalité en Ile-de-France ? D'après nos analyses à l'échelle des départements franciliens, aucune relation statistique n'est significative et ne permet d'appuyer cette hypothèse.

En conclusion de cette partie, nous pouvons dire qu'au travers des disparités observées d'incidence du cancer du sein à l'échelle départementale en France et en Ile-de-France, se dessine le processus de métropolisation à l'œuvre depuis les années 1950. En effet, la répartition départementale de l'incidence du cancer du sein souligne, à grands traits, les actuelles fractures socio-spatiales françaises séparant les espaces urbanisés et les espaces ruraux. De nombreuses nuances sont toutefois à apporter à cette opposition, comme on a pu le montrer au travers de la situation francilienne. Le niveau de désavantage social ne compte que pour 14% dans les variations de l'incidence du cancer du sein entre les communes franciliennes. Des configurations locales, non associées à l'ancrage urbain ou rural, ni aux caractéristiques socio-démographiques des zones, semblent se mettre en place dans la distribution de la mortalité par cancer du sein, indépendantes des facteurs pronostiques documentés par la littérature.

En définitive, la façon dont les disparités d'incidence et de mortalité se compilent spatialement ne dépend-elle pas surtout des possibilités d'accès aux soins dans la région parisienne ? Comme nous allons le développer dans le chapitre suivant, l'offre de soins spécialisés y est très riche, mais elle reste principalement concentrée dans les pôles urbains. Les différentiels de mortalité entre les espaces de la métropole ne pourraient-ils pas traduire notamment des disparités d'accès aux progrès thérapeutiques et aux soins d'excellence ? En effet, la littérature internationale retrouve des niveaux de mortalité plus faibles et une meilleure survie lorsque les personnes sont prises en charge dans des centres hautement spécialisés dans le traitement du cancer (Kingsmore et al., 2003 ; Hébert-Croteau et al., 2005). En France, une première étude a identifié un lien significatif entre une faible survie après un cancer du sein et le fait de ne pas être opérée par un chirurgien hautement spécialisé (Gentil et al., 2012). Plus récemment, un rapport de la CNAM a montré que les femmes opérées dans un établissement dont le seuil chirurgical est juste équivalent à la limite légale auraient 1,84 fois plus de risque de décéder de leur cancer, comparativement aux personnes opérées dans un centre dont l'activité dépasse 150 actes annuels [IC95% :

1.67 ; 2.03] (CNAM-TS, 2018). Dans ce cadre, la question de l'accès à l'excellence médicale se pose de façon impérieuse. Nous aurons l'occasion d'y revenir plus loin dans ce manuscrit.

Par ailleurs, les circuits qu'empruntent les femmes ainsi que les possibilités de recours aux soins dépendent de leurs propres pratiques et des acteurs soignants qui les orientent. Nous postulons que ces pratiques se construisent localement, en fonction des environnements locaux et de l'implantation des communes dans les systèmes urbains. Au sein de l'organisme francilien, chaque ville serait donc le théâtre d'un scénario particulier en fonction de sa position et des dynamiques qui la traversent.

Dans la partie suivante, nous allons réaliser l'état des lieux de la littérature existante pour mieux comprendre la façon dont se déploient les inégalités sur le parcours de soins du cancer du sein. De nombreux travaux existent sur cette thématique, essentiellement en épidémiologie. Mais finalement, peu d'entre eux se sont intéressés aux dynamiques sociales et spatiales à l'œuvre dans les espaces de référence utilisés.

III. ETATS DES LIEUX DE LA RECHERCHE SUR LES RISQUES FACE AU CANCER & PERSPECTIVES

1) Avant-propos

Les recherches sur les inégalités de santé ont contribué au développement des connaissances autour du rôle de l'environnement social et spatial sur les différentes phases du cancer du sein. Avant toute chose, précisons que le terme d'« environnement » est entendu comme un synonyme de « milieu » et de « contexte » en épidémiologie. Ces concepts sont surtout utilisés dans un sens emprunté à la biologie et aux sciences du vivant. Dans ces disciplines, le milieu est souvent associé à l'adjectif « naturel » pour désigner « l'ensemble des éléments de la nature présents et associés en un lieu et autour de lui » (Brunet et al., 1993). L'environnement revêt quant à lui, une dimension davantage écologique dans son emploi contemporain car il se rapporte aux éléments naturels qui entourent les espèces vivantes, et qui ont une valeur dans leur vie et pour leur survie (*ibid.*). L'un comme l'autre se réfère donc à une zone géographique précise, car un milieu ou un environnement n'existe que parce qu'ils se définissent par rapport à une composante sociale située. Le contexte peut être considéré comme une métaphore des concepts de milieu et d'environnement (*ibid.*) car ce qui est « autour du texte » est une façon de parler de ce qui

est « autour du lieu » en tant que témoin de l'histoire. Il s'agit donc dans les trois cas, d'évoquer un cadre social contraignant « dans lequel l'individu, le groupe social ou la localité sont immergés et sur lequel ils disposent d'une faible marge d'action » (Lévy & Lussault, *op.cit.*). Nous verrons plus loin que les notions d'environnement, de milieu et de contexte revêtent un sens plus large et ne sont pas synonymes en sciences sociales.

Le terme de continuum du cancer est apparu aux Etats-Unis à partir du milieu des années 1970 pour décrire les différentes étapes du cancer d'un point de vue populationnel (étiologie et incidence, prévention, diagnostic, traitement, survie et mortalité). Ce concept a été créé pour offrir un cadre théorique et méthodologique qui permette de prioriser les actions de santé publique et d'organiser la collaboration des acteurs de la lutte contre le cancer dans une perspective de contrôle de la pathologie (NCI, 2018). La recherche sur les inégalités face au cancer s'est emparée de ce cadre conceptuel dans un second temps car il permet de penser les risques vis-à-vis de cette pathologie comme une accumulation de facteurs tout au long de la vie des individus. A travers ce modèle théorique, des facteurs environnementaux dits « proximaux » relevant du domaine individuel (niveau d'études, revenus du ménage, réseau social, conditions de travail etc.) se cumulent à certains déterminants « distaux » (cadres macrosociaux tels que l'environnement social, culturel, socioéconomique etc.) à chaque moment et tout au long du cours de la vie de la personne. Pendant certaines fenêtres de temps appelées les « périodes critiques », une exposition peut être particulièrement influente sur la santé actuelle ou future de l'individu (Lang et al., 2009). Les désavantages engendrés par ces expositions peuvent se concentrer à un moment donné de la vie de l'individu, tout autant qu'ils peuvent s'accumuler de son enfance jusqu'à son grand âge.

D'autres approches plus verticales des inégalités de santé ont également été proposées. Certains chercheurs ont développé par exemple une théorie davantage basée sur l'emboîtement des causalités et l'« incorporation » du risque par les individus. D'une part, les partisans d'un courant matérialiste postulent en effet que ces inégalités sociales par incorporation 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. D'autre part, certaines équipes considèrent que ce sont les inégalités de distribution des ressources elles-mêmes qui sont délétères pour la santé des

plus démunis. 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 et al., 2003 ; Wilkinson et Pickett, 2013).

Dans le domaine des maladies chroniques et du cancer, l'approche diachronique des évènements et des risques que l'individu affronte pendant sa vie est autant nécessaire que la compréhension des facteurs transversaux qui interviennent dans la matérialisation du risque sanitaire en symptômes morbides (Hiatt et Breen, 2008). Par ailleurs, nous avons pu observer jusqu'à présent que le pouvoir explicatif des différentes variables relatives à l'environnement reste modeste au regard des variations spatiales d'incidence et de mortalité du cancer du sein, particulièrement à fine échelle. Selon notre point de vue, certaines limites dans l'application de la démarche épidémiologique sont à l'origine de ces résultats. L'usage des concepts de « milieu » et d'« environnement » que cette discipline fait, est probablement la source d'une sous-estimation des effets que le milieu et l'environnement pourraient avoir sur les indicateurs de santé étudiés. En effet, la conception déterministe des notions de contexte / milieu / environnement sur les objets et les acteurs sociaux, omet la complexité des systèmes sociaux et des rétroactions qui s'opèrent entre les hommes et leur environnement (Lévy & Lussault, *op.cit.*). Ces limites ont été largement discutées dans la littérature. Néanmoins, des zones d'ombre persistent dans le débat autour de ce qui est véritablement mesuré à travers les indicateurs et les différentes échelles mobilisés. Dans le paragraphe suivant, nous allons revenir sur les limites de l'emploi d'indicateurs statiques dans le temps et dans l'espace pour la recherche sur les inégalités face au cancer. Nous discuterons ensuite plus spécifiquement des limites de la mobilisation de l'environnement de résidence comme juste mesure de l'exposition aux risques. Enfin, nous présenterons les recherches plus dynamiques qui se sont récemment développées au sujet du rôle de l'environnement social et spatial sur les inégalités face au cancer dans les deux derniers paragraphes. En outre, la géographie de la santé constitue un champ de recherche au sein duquel ces recherches ont particulièrement émergé.

2) Approche transversale des inégalités de santé et erreur écologique

D'après les travaux que nous avons cité jusqu'à présent, c'est essentiellement le degré d'exposition individuelle vis-à-vis du risque face au cancer du sein que la recherche tente de mesurer. Les différents niveaux de participation au dépistage, de risque de déclarer un cancer du sein ou d'en décéder sont comparés en fonction de caractéristiques médicales, socio-démographiques, environnementales ou culturelles des personnes sujettes à cette pathologie. Ainsi, l'épidémiologie aurait tendance à privilégier une approche explicative transversale des inégalités de santé plutôt qu'à développer une compréhension des « équations structurelles », c'est-à-dire une traduction méthodologique d'une lecture systémique des inégalités (Lang et al. *ibid.*). D'un point de vue théorique, ce phénomène s'expliquerait par l'histoire de la recherche sur la santé des populations. Pendant une période qui s'étend de la fin de la Seconde Guerre Mondiale jusqu'aux années 1990, la prise de conscience de la prépondérance des choix et des modes de vie des individus plus que des facteurs environnementaux dans l'apparition des maladies chroniques, a largement orienté les cadres conceptuels de la recherche sur ces problématiques de santé (Macintyre et al., 2002). Or, pour estimer ces expositions, notamment le niveau de vie des individus, les données du recensement sont régulièrement utilisées comme proxy des variables socio-économiques individuelles parce que ces dernières sont généralement difficiles d'accès. De plus, depuis que les modèles statistiques sophistiqués comme l'analyse multiniveau ont émergé, il est possible de prendre en compte simultanément des variables individuelles et agrégées dans un même modèle statistique (Krieger, 2008). De ce fait, la notion d'aire géographique est souvent sollicitée simplement pour spatialiser des données sociales individuelles potentiellement influentes sur le fait de santé étudié (Diez-Roux et Mair, 2010). Les variables agrégées recueillies auprès des populations résidant dans des zones plus ou moins vastes sont employées pour mesurer un espace fixe d'exposition aux risques dont l'indicateur témoin sur la santé est disponible à une échelle individuelle (Spielman et Yoo, 2009). Pourtant, l'utilisation de ces données en tant que proxy des conditions de vie des personnes a un impact important sur les résultats finaux. Elles sont souvent mobilisées dans une perspective explicative quand bien même les logiques sous-jacentes à leur utilisation sont rarement explicitées. Cette erreur écologique a été identifiée par W.S. Robinson en 1950, bien qu'il ne l'ait pas nommée comme telle à l'époque. Dans un célèbre article, il

montre explicitement que la corrélation observée entre le taux d'analphabétisme et la part d'immigrés à l'échelle des états américains est très différente de la corrélation repérée entre ces mêmes variables à l'échelle des individus. Dans son exemple, la part des immigrés à l'échelle des aires géographiques de référence est corrélée négativement au taux d'analphabétisme. *A contrario*, la corrélation devient positive lorsque ces mêmes données sont comparées à l'échelle des individus. Il explique cette différence par le fait que les populations immigrées, plus systématiquement analphabètes, ont eu tendance à s'installer dans les états où la population native était globalement plus instruite (Robinson, 1950). A travers cet exemple, il a démontré que les résultats obtenus à partir de variables agrégées peuvent conduire à de fausses pistes explicatives au sujet des mécanismes intervenant à l'échelle des individus. Malgré la démonstration incontestable de W.S. Robinson, de nombreuses recherches reproduisent cette erreur écologique sans expliciter les limites d'un tel raisonnement sur les résultats exposés.

Enfin, l'exposition aux risques des individus se transforme au fil de leurs évolutions sociales, professionnelles et résidentielles (Chaix, 2009). Les comportements de prévention, les habitudes de vie et les expositions environnementales peuvent fondamentalement varier en fonction du laps de temps durant laquelle la recherche est réalisée. De plus, la temporalité de la maladie qui ne se révèle qu'après une longue période d'exposition aux risques, à plus forte raison pour les maladies chroniques, est très difficile à évaluer. L'intervalle de temps à considérer entre les expositions environnementales et leurs effets sur la santé, en plus d'être singulier pour chaque individu, reste méconnu (Macintyre et al., 2002). Dans ce cadre, les limites méthodologiques apparaissent considérables pour mesurer objectivement les expositions aux risques des individus sur le long terme mais encore, pour utiliser ces estimations dans une démarche explicative des disparités observées face au cancer.

3) L'environnement de résidence : une juste mesure de l'exposition au risque ?

L'environnement de résidence ou le quartier (« neighborhood » en anglais) sont couramment utilisés comme proxy spatial de la zone d'exposition aux risques. Une définition opérationnelle du concept de « neighborhood » proposée en épidémiologie consiste à privilégier l'espace local pour capturer les conditions environnementales auxquelles les individus sont exposés (Chaix et al., 2009). Cette échelle locale est très souvent assimilée au

quartier de résidence, lui-même considéré comme approximativement fidèle aux limites les plus fines du recensement (Spielman et al., 2009). Les différentes recherches citées sur le cancer du sein, notamment les études concernant les inégalités de retard au diagnostic et de participation au dépistage, sont exemplaires de ce type de démarche.

Toutefois, certaines équipes de recherche développent depuis plusieurs années, des outils pour prendre en compte les espaces non résidentiels et les mobilités quotidiennes dans l'étude de l'exposition aux risques, notamment dans le champ des maladies cardiovasculaires et du cancer (Chaix et al., 2013 ; Perchoux et al., 2014 ; Gomez et al., 2015). Mais dans ces différentes recherches, la définition préalable de la zone d'exposition aux risques influence systématiquement les résultats relatifs à l'interaction entre l'environnement et le fait de santé étudié. En effet, le choix généralement implicite de l'espace de référence n'est pas sans conséquence sur les résultats relatifs à l'indicateur de santé étudié. De nombreux travaux ont montré que le zonage utilisé dans les modèles, influencent les associations statistiques entre les variables testées. Ce phénomène, connu sous le nom de « modifiable area unit problem » (MAUP) a été mis en lumière par S. Openshaw et P.J. Taylor en 1979, et il est très largement documenté en épidémiologie (Spielman et al., *op.cit.*).

Finalement, l'idée semble aujourd'hui communément admise que le découpage spatial opportun pour l'étude d'un fait de santé est très incertain. Les environnements pertinents au regard d'une problématique sanitaire présenteraient des frontières floues (Perchoux et al., *op.cit.*). Dans un article relatif à l'accessibilité aux soins en Ile-de-France, B. Chaix et son équipe ont démontré que même si la taille et la forme des zones étudiées sont théoriquement adaptées, les effets de contexte sur l'accessibilité aux soins sont sous-estimés dans les modèles multi-niveaux. Ce phénomène s'expliquerait par le fait que l'espace y est modélisé comme étant déconnecté des aires géographiques adjacentes, ce qui ne correspond en rien à la réalité de la pratique des acteurs (Chaix et al., 2005). Pour capter les dimensions interactives des différents environnements au sein desquels les acteurs sociaux évoluent, il est nécessaire de recourir à des outils de recherche à la fois quantitatifs et qualitatifs, qui sont encore peu mobilisés conjointement dans ce type de recherche (Diez-Roux et al., 2010).

En effet, la plupart des individus se déplacent quotidiennement en dehors de leur espace de résidence et les modèles multi-niveaux ne permettent pas de prendre en compte

les interactions sociales et spatiales à travers l'espace et le temps (Matthews et Yang, 2013). Dans un célèbre article, S. Cummins souligne le risque du « local trap » qui conduit parfois les études contextuelles de la santé des populations, à des biais majeurs dans l'interprétation de leurs résultats. Ces dernières, en privilégiant *a priori* l'échelle de l'environnement de résidence, négligent souvent des facteurs plus globaux qui ne relèvent pas nécessairement de la proximité spatiale (Cummins, 2007). Jusqu'à une période récente, la recherche sur les inégalités de santé a eu tendance à « mettre les gens dans des lieux » (Entwisle, 2007) : les espaces de résidence sont envisagés comme étant statiques, exempts de toutes relations interactives avec les espaces qui les jouxtent et les englobent. Ils sont modélisés comme étant discrets et contigus, « lâchement réduits aux zones du recensement ou à des buffers d'accessibilité en transports en commun » (Spielman et al. *op.cit.*). Les acteurs qui y évoluent sont considérés comme des victimes passives des expositions locales à risque pour leur santé. Au demeurant, ce « piège du local » peut devenir une contrainte fondamentale dans l'investigation de l'objet étudié : étant donné que les effets sanitaires, sociaux, économiques et démographiques de l'espace de vie sont arbitrairement « mis en boîte », notre façon de concevoir et de mesurer les inégalités de santé est elle-même remise en question (Matthews et Yang, *op.cit.*).

4) L'environnement social et spatial progressivement pris en compte dans la recherche sur le cancer

Dès le début des années 1970, P. Hagget et R.J. Chorley ont commencé à prendre en compte les effets de l'environnement social et spatial en lien avec l'évolution des maladies (Mayer, 2010). Dans le domaine de la recherche sur le cancer, l'intérêt porté à ces effets sur le continuum du cancer est plus récent. Dans le cadre d'une revue de littérature réalisée sur ce sujet, S.L. Gomez et son équipe ont en effet montré que 82 % des articles existants sur cette question ont été publiés depuis 2010 (Gomez et al., 2015). Par ailleurs, dans leur analyse, les auteurs n'ont retenu que 34 études dans un panel de plus de 1200 articles qui correspondaient à leurs critères initiaux. En effet, la majorité des articles utilisaient les données socio-économiques du recensement comme proxy de données individuelles non disponibles. De la même façon, une revue de littérature réalisée au sujet du rôle de l'environnement résidentiel sur l'incidence et la mortalité par cancer du sein rapporte que 88% des recherches réalisées utilisent des variables agrégées du recensement pour discuter

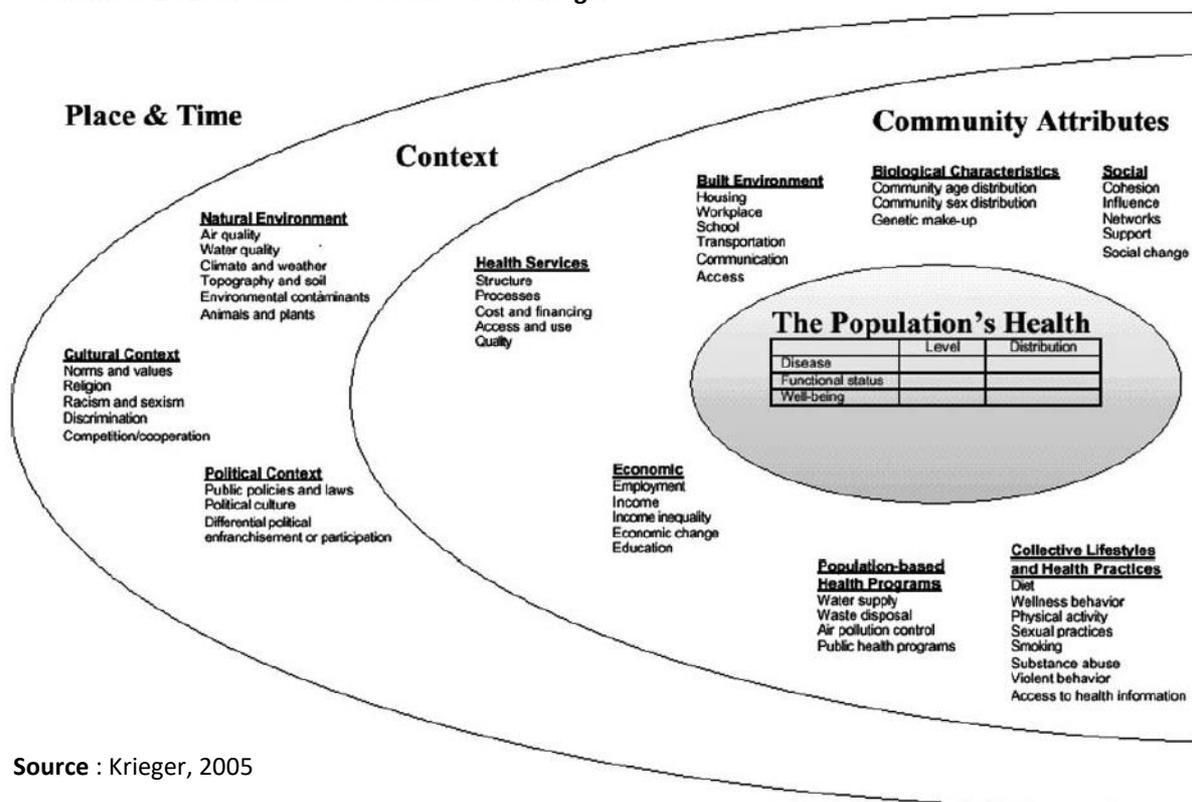
du risque de déclarer et de décéder de cette pathologie (Akinyemiju et al., 2015). Comme nous l'avons expliqué dans la partie précédente, l'usage fallacieux de ces données entraîne certainement la sous-estimation des effets plus interactifs de l'environnement sur la santé des individus. Or, cette problématique est rarement avancée comme étant une limite des résultats exposés.

Parmi les articles analysés par S.L. Gomez et ses collègues, la grande majorité d'entre eux s'est intéressée à l'effet des enclaves ethniques et de la concentration spatiale de certains groupes de population en fonction de données socio-économiques individuelles et agrégées. Ce sont principalement ces deux aspects de l'environnement et leur influence sur le continuum du cancer, qui ont particulièrement été étudiés aux Etats-Unis. En conclusion de leur article, les auteurs soulignent d'abord que l'environnement potentiellement à risque vis-à-vis du cancer correspond systématiquement à l'espace résidentiel, mesuré à l'échelle locale au travers des limites fines du recensement. Cet environnement est considéré comme exempt de toutes interactions avec les autres espaces qui l'entourent. Ils précisent également qu'il faudrait adopter une perspective plus politique du « quartier », d'autant plus sur la question du risque face au cancer. En effet, les environnements spatiaux au sein desquels les espaces résidentiels sont localisés ne donnent pas lieu aux mêmes opportunités, notamment en termes de possibilités d'accès au dépistage et aux soins curatifs. Enfin, les auteurs insistent sur le fait qu'aucune recherche n'a pris en compte la temporalité des espaces résidentiels qui se transforment et évoluent, à l'instar des individus qui sont également mobiles tout au long de leur vie. La fenêtre de temps qui correspond à l'exposition aux risques en un lieu, n'est pas celle pendant laquelle les résultats sur la santé sont mesurés (Gomez et al., *op.cit.*). En définitive, il semblerait que les études empiriques ne s'appuient généralement sur aucun modèle conceptuel explicite au sujet du chemin *via* lequel l'environnement social et spatial influence le risque et l'issue du cancer du sein (Akinyemiju et al., *op.cit.*).

Pourtant, des théories sur les chemins explicatifs à l'origine des inégalités face au cancer ont été récemment formulées. N. Krieger a notamment développé un modèle dit « éco-social » de la genèse de ces inégalités, qui permet de compiler une approche à la fois diachronique et transversale. Les interactions entre les facteurs individuels « microscopiques » (facteurs biologiques, facteurs de risque individuels, histoires de vie etc...), l'environnement « mésoscopique » du lieu de vie et de l'environnement

professionnel et le niveau « macroscopique » (organisation socio-économique de la société, coutumes et pratiques culturelles, histoire et politique du lieu etc.) y sont considérés sous forme de système. Le cancer y est conceptualisé comme une pathologie qui émerge du fait du passage « sous la peau » de certains déterminants sociaux (Krieger, 2005). C'est donc le concept d'« embodiment » qui est au cœur de sa théorie. Ce dernier met l'accent sur l'accumulation des expositions au risque tout au long de la vie, et la capacité du corps à résister ou à se soumettre aux agressions en fonction des individus et des structures sociales. Autrement dit, le postulat de l'embodiment est que « le corps absorbe, intègre les conditions d'existence de l'homme car il est à la fois organisme biologique et être social » (Hiatt et Breen, 2008).

Schéma n°2 : Le modèle « éco-social » de N. Krieger



Son modèle assume explicitement une définition de ces inégalités comme étant le produit d'un système économique, politique et social inéquitable (Krieger, 2005). Ces effets se répercutent à différents niveaux, et notamment sur la façon qu'ont les gens de vivre et sur leur environnement de vie : « les moteurs de l'inéquité en santé sont la façon dont le pouvoir - le pouvoir sur et le pouvoir de faire, y compris les contraintes et les possibilités

d'exercice de chacun de ces pouvoirs - structure l'engagement des gens dans le monde et leur exposition aux dangers matériels et psychosociaux pour la santé » (Krieger, 2008). A travers ce modèle conceptuel, les limites entre les différents niveaux constituent un outil théorique qui facilite « la pensée claire » (*ibid.*). Dans la réalité, les relations entre les acteurs sociaux investis dans des jeux politiques et des rapports de force, de leur plein-gré ou malgré eux, s'organisent interactivement selon plusieurs plans. Ces interactions ont le pouvoir de façonner les environnements sociaux et spatiaux en faveur ou non des disparités face au cancer, même si elles ne sont pas directement tangibles.

5) « Passer du milieu aux lieux »

Le modèle de N. Krieger se rapproche étroitement du positionnement des géographes de la santé, issus du courant de la « nouvelle géographie de la santé » (Kearns et Moon, 2002). Tout d'abord, le modèle théorique qu'elle développe s'affirme comme un point de vue critique des disparités de santé. En effet, les concepts de disparité et d'inégalité de santé font appel tous deux à une dimension de justice sociale et à une volonté de changement. Les antonymes respectifs de ces deux concepts correspondent à l'équité et à l'égalité, le premier faisant référence à un partage « ressenti comme juste » et donc d'ordre qualitatif tandis que le second se rapporte à une équivalence quantitative dans la distribution des services et des ressources (Brunet et al., 1993 ; Rican et al., 2014). D'un point de vue politique, l'objectif visé pour atteindre l'égalité ou l'équité ne relève pas du même enjeu sociétal et il ne mobilise pas les mêmes leviers d'action. Dans le cadre de notre recherche, nous employons les termes de disparité et d'inégalité dans un sens commun d'engagement pour la justice sociale en postulant que les différences observées s'enracinent dans des rapports inéquitables de pouvoir entre les acteurs sociaux (Krieger, 2008). Néanmoins, nous réservons le terme de « disparité socio-spatiale » pour la simple description des différences géographiques observées tandis que le concept d'inégalité est mobilisé dans un sens plus fort de démonstration de l'existence d'une injustice sociale, évoquée dans les discours des personnes rencontrées en entretien pendant la recherche.

Secundo, N. Krieger considère que l'environnement et le continuum du cancer ne sont pas liés par des relations univoques. Les hommes influencent leur environnement tout autant que celui-ci les façonne via de multiples interactions et forces, à l'image d'une

« constellation de connexions » (Cummins et al., 2007). Ces processus interviennent simultanément à des échelles variées, c'est pourquoi ils sont théoriquement inter-reliés.

Tableau n°3 : l'approche relationnelle de la santé (Cummins et al., 2007)

'conventional' view	'relational' view	L'approche relationnelle de la santé et des lieux développée par S. Cummins et ses collègues propose de penser les lieux comme une idée correspondant à la droite du tableau présenté ci-contre, c'est-à-dire comme des nœuds dans des réseaux, des entités porteuses d'un sens culturel et traversées par des flux de populations et de ressources (Cummins et al., 2007).
spaces with geographical boundaries drawn at a specific scale	Nodes in networks, multi-scale	
Separated by physical distance	Separated by socio-relational distance	
Resident local communities	Populations of individuals who are mobile daily and over their lifecourse	
Services described in terms of fixed locations often providing for territorial jurisdictions, distance decay models describe varying utility in space	'Layers' of assets available to populations via varying paths in time and space. Euclidian distance may not be relevant to utility.	
Area definitions relatively static and fixed	Area definitions relatively dynamic and fluid	
Characteristics at fixed time points, e.g. 'deprived' versus 'affluent'	Dynamic characteristics e.g. 'declining' versus 'advancing'	
Culturally neutral territorial divisions, infrastructure and services	Territorial divisions, services and infrastructure imbued with social power relations and cultural meaning	
Contextual features described systematically and consistently by different individuals and groups	Contextual features described variably by different individuals and groups	

C'est ici que s'opère le « passage du milieu aux lieux » (Salem, 1998) et que se situe le principal hiatus entre l'épidémiologie et la géographie de la santé. En effet, contrairement à l'épidémiologie qui limite souvent les concepts de milieu et d'environnement aux seuls aspects social et spatial, la géographie leur attribue une toute autre définition. L'environnement est considéré essentiellement comme le ciment d'un système social localisé où circule des normes et des valeurs, transmetteur de culture (Charvet et Sivigon, 2011). Le lieu constitue la parcelle de l'environnement qui est vécue et perçue sensiblement par les acteurs sociaux (Chevalier, 1974). Selon M. Lussault, il s'agit de la « plus petite unité spatiale complexe de la société, [...] l'espace de base de la vie sociale » où s'expriment au plus proche de l'individu, les structures macrosociales qui s'organisent à d'autres échelles (Lévy & Lussault, *op.cit.*). Les individus, les sociétés et les lieux où ces derniers se situent sont pris dans « cet arrière-plan stable et puissant qui interagit avec les réalités qu'il inclut » que J. Lévy appelle l'environnement. Il soutient que ce concept est préférable à celui de milieu,

lorsqu'il s'agit de traduire une situation d'interaction entre les hommes et ce qui les entoure. En effet, il définit le milieu comme une « famille particulière d'environnement » au sein de laquelle l'acteur dispose de marges de manœuvre particulièrement contraintes (Lévy & Lussault, *op.cit.*). Or le concept d'environnement permettrait de mieux rendre compte de la relation entre l'englobant et l'englobé : « les conditions de possibilités de l'action doivent être écartées à la fois du « déterminisme » qui hypostasie ces conditions, et de l'abstraction qui fait comme si l'action se manifestait hors sol. L'environnement définit un monde qui n'impose pas aux humains une « condition » métaphysique indépassable, mais un monde dont la plasticité a des limites, qui peuvent être de diverses natures. On peut être broyé par un environnement mais on peut aussi détruire un environnement » (*ibid.*). Le contexte quant à lui, constitue pour M. Lussault un processus plus qu'un état et il correspond à l'ensemble des circonstances qui permet à un phénomène de se produire (*ibid.*). Finalement, les concepts de milieu, d'environnement et de contexte en épidémiologie se limitent souvent à une vision statique tandis qu'en géographie, ces derniers sont employés dans un sens dynamique et diachronique.

Les géographes mobilisent le concept d'espace qui se rapproche de l'environnement dans sa définition, en tant que « réalités englobantes quoique transformables, qui préexistent par construction à l'intervention des acteurs » (Lévy & Lussault, *op.cit.*). L'espace n'existe objectivement que parce qu'il constitue le support d'actions contingentes des opérateurs d'une société dont le résultat s'appelle la « spatialité ». L'environnement et l'acteur qui le façonne forment le couple tangible, équivalent à l'espace et à la spatialité dans un registre plus théorique et abstrait. Les actions des opérateurs se déploient dans l'espace selon des règles singulières et des modes particuliers de gestion sociale. Les formes spatiales que prennent ces modalités politiques de l'action correspondent à ce que les géographes appellent le territoire. Ce concept touche à l'appropriation de l'espace par les individus, selon des référentiels cognitifs et symboliques qui structurent les pratiques qu'ils en ont (Lévy & Lussault, 2013).

En bref, pour un géographe, les acteurs sociaux évoluent dans un espace qui les englobe, que l'on peut considérer comme le synonyme d'environnement dans son emploi en sciences sociales. Au sein de cet espace à plus fine échelle, ces acteurs disposent de certaines marges de manœuvre pour interagir entre eux en fonction des lieux où ils se situent. La façon dont ils gèrent et s'approprient collectivement ces lieux s'appelle le

territoire en géographie. Les effets du lieu sur la santé, pour reprendre les travaux de S. Macintyre et ses collègues, correspondent au produit des caractéristiques matérielles, sociales et infrastructurelles de l'espace qui s'imposent à tous les habitants, du fonctionnement social collectif ainsi que des pratiques partagées (Macintyre et al., 2002).

Dans cette recherche, nous employons les termes d'environnement et de lieu pour évoquer à plusieurs échelles, les réalités tangibles dans lesquelles sont englobées les femmes. Le concept de territoire est mobilisé dans un sens plus large, traduisant la dimension politique dans laquelle s'enracinent les possibilités d'action des individus. Enfin, le concept d'espace est globalement utilisé dans une perspective plus théorique et générique.

Les modalités d'actions des individus au sein des territoires où ils se situent ne peuvent pas se voir directement dans l'espace, mais elles participent tout autant à structurer la répartition spatiale du cancer (Salem, *op.cit.* ; Cutchin, 2007). La définition du « facteur de risque » face au cancer hérite de fait d'une dimension plus complexe que celle que lui confère l'épidémiologie (Cutchin, *op.cit.*). En effet, les inégalités face au risque de déclarer, d'être soigné et de décéder d'un cancer du sein dépendent en partie de la configuration des lieux, des territoires et des interactions qu'entretiennent les femmes avec eux. En adoptant une approche relationnelle des lieux et de la santé, il est plus aisé de comprendre comment le risque peut être localement accentué ou atténué selon des boucles de rétroaction qui naissent à d'autres échelles géographiques (Vaguet et al., 2011). Les méthodes quantitatives ne permettent pas de capturer seules ces interactions sensibles. Comme nous l'avons expliqué dans l'introduction générale, la géographie de la santé privilégie l'usage des méthodes mixtes pour développer empiriquement une telle approche de la santé et des lieux (Cummins et al., *op.cit.*).

Ainsi, nous postulons qu'il n'existe pas d'espace pathogène en soi, en ce qui concerne le cancer du sein. Aucun marqueur spatial ne permet *a priori* de prédire d'un risque accru face au cancer du sein en un lieu en particulier. Pourtant, les différents travaux présentés jusqu'ici privilégient la recherche des voies de causalité des inégalités au travers du prisme d'un espace pathogène. Dans le cas de la recherche sur les maladies cardio-vasculaires notamment, certains outils sont aujourd'hui développés pour prendre en compte les environnements non-résidentiels dans des modèles éco-épidémiologiques mais toujours dans l'objectif de définir ce qui constituerait un type « d'environnement à risque » vis-à-vis

de ces pathologies (Chaix et al., 2009). Selon notre approche, les inégalités face au cancer du sein résultent d'un concours singulier de circonstances qui opèrent à différentes échelles, et constituent le produit des rapports sociaux entre les hommes (Brunet, 1989). Sur le continuum du cancer du sein, notre recherche se focalise sur l'analyse de la période du parcours de soins. Du fait d'un important décalage temporel entre l'exposition au risque de cancer et la manifestation des symptômes, nous avons effectivement préféré travailler sur une période de temps accessible à la recherche qualitative. D'après nous, l'effet délétère ou vertueux du lieu sur le cancer du sein est à chercher dans les choses sensibles qui se transmettent *via* les discours des femmes et des acteurs intervenant sur le parcours de soins. Ce dernier s'étale sur environ un an ce qui en fait un objet précis et intelligible pour échanger en entretien avec les personnes concernées. Notre problématique porte donc sur l'analyse géographique des parcours de soins et la restitution des possibilités d'accès aux soins dans les différents territoires de la région Ile-de-France.

IV. ACCES AUX SOINS ET PARCOURS DE SOINS : QUELS USAGES GEOGRAPHIQUES DES CONCEPTS ?

1) Définir l'accès aux soins

Le concept d'accès aux soins est polysémique et il est souvent amalgamé avec les termes d'accessibilité qui correspond à « la capacité d'un service à être atteint » (Brunet et al., 1993), ou encore de recours entendu comme étant l'usage effectif de l'offre de soins par les citoyens (Lombrail et Pascal, 2005). La définition la plus répandue de l'accès aux soins qui est également celle couramment mobilisée dans la recherche sur les inégalités, est le modèle développé par L. Aday et R. Andersen en 1974 (Aday et Andersen, 1974). Ce modèle dit comportemental de l'accès aux soins, considère l'accès comme un idéal d'utilisation – *i.e.* de recours - des services de soins par les individus. En comparant l'accès effectif aux soins et la satisfaction de différentes populations qui ne disposent pas de la même offre et dont les caractéristiques individuelles diffèrent, il permet de mettre en évidence une éventuelle inéquité et de cibler les interventions politiques correctives envers les populations les plus désavantagées (Ricketts, 2009). Cependant, cette approche comportementaliste néglige le fait que l'offre de soins et les individus s'inscrivent dans des territoires dont la gestion politique interfère largement dans les possibilités d'accès aux soins. En fonction de la façon

dont est localement organisée l'offre de soins et de la possibilité des femmes d'atteindre cette dernière, l'accès aux soins peut varier fondamentalement en fonction des territoires considérés. Le modèle comportementaliste de l'accès aux soins apparaît donc insuffisamment interactif entre une offre de soins qui est la source d'enjeux politiques d'ampleur et des acteurs sociaux qui sont dotés d'un pouvoir d'action et de décision vis-à-vis de cette offre.

D'autres modèles d'accès aux soins ont ainsi été développés pour mieux prendre en compte cette interaction, comme celui proposé par R. Penchansky et J.W. Thomas au début des années 1980 (Penchansky et Thomas, 1981). Cette approche permet de qualifier l'ajustement entre les besoins des personnes et la capacité du système de soins à y répondre, via 5 dimensions : *l'accessibilité* qui correspond à la relation spatiale entre les usagers et l'offre de soins en termes de distance, de temps et en fonction des potentiels de mobilité ; *la disponibilité* qui se réfère à l'existence et au volume de l'offre de soins en fonction des besoins de la population ; *la commodité* qui se rapporte à la façon dont l'offre est organisée pour permettre l'accueil des personnes qui s'adaptent en parallèle à cette dernière ; *l'acceptabilité* fait référence à la capacité des pourvoyeurs de soins et des patients à s'entendre et à se comprendre dans la relation de soins, malgré leurs caractéristiques et leurs croyances souvent différentes ; *la capacité financière* qui correspond à la relation entre le prix des soins et la possibilité du patient à les assumer (Penchansky et Thomas., *op.cit.* ; Raynaud, *op.cit.*). L'intérêt de cette approche est d'une part son aspect interactif, mais également le fait que les acteurs sont considérés comme pleinement détenteurs d'un pouvoir d'adaptation vis-à-vis du système de soins. Tout d'abord, les professionnels de santé font preuve d'intelligence et modulent leur comportement en fonction des contraintes et des opportunités auxquelles ils se confrontent dans leur activité. Ils sont également porteurs de croyances à l'instar des personnes qu'ils soignent, ce qui conditionne la relation soignant-soigné. Mais au travers de cette définition, l'accès aux soins peut même devenir un comportement acquis par les patients au fil de leur expérience dans le système de soins (Ricketts, *op.cit.*). En fonction des réseaux sociaux dont ils disposent, des conseils qu'ils reçoivent et des orientations qu'ils prennent, les individus sont plus ou moins enclins à apprendre du système de soins pour mieux réagir aux éventuels dysfonctionnements. Dans cette perspective, les inégalités se manifesteraient entre les individus qui n'opèrent pas cette « transition vers un utilisateur expérimenté » et ceux qui deviennent de plus en plus

mobiles dans le système de soins (*ibid.*). Finalement, la qualification de l'ajustement opportun entre un besoin et une offre de soins donnés dépend fondamentalement du lieu de leur rencontre, mais également des comportements et des perceptions des acteurs soignants et des personnes soignées (Raynaud, *op.cit.*).

J. Frenk a davantage développé le modèle théorique d'accès aux soins comme synonyme d'ajustement, en y intégrant les différentes démarches entreprises par l'utilisateur pour recevoir les soins dont il a besoin. Il distingue ainsi l'accès aux soins qui correspond à la capacité de l'individu à exprimer un besoin, à chercher et à utiliser les soins, de l'accessibilité qui se réfère au domaine restreint de l'obtention effective des soins (Frenk, 1992). Nous retiendrons de son approche, les termes de « résistance » et de « pouvoir d'utilisation » qui caractérisent respectivement les obstacles à la recherche et à l'obtention des soins du côté de l'offre, et sa contrepartie du côté de l'individu qui est plus ou moins apte à surmonter ces obstacles.

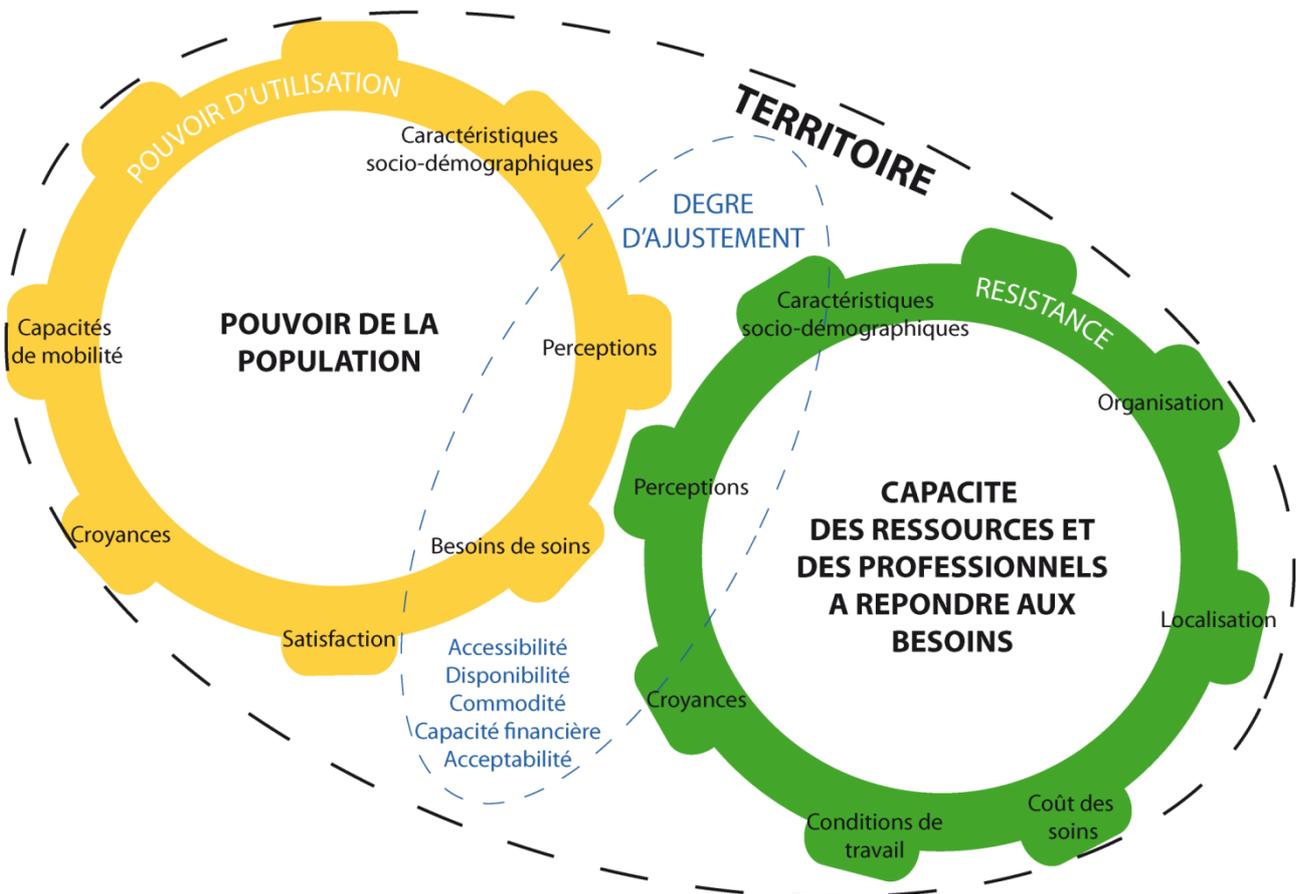
Finalement, notre approche de l'accès aux soins correspondrait au schéma n°3 présenté sur la page suivante : l'emboîtement opportun de deux engrenages d'un même système, l'un correspondant au pouvoir d'utilisation du système de soins par les individus, et l'autre représentant la capacité des acteurs soignants et des structures à absorber cette demande. Les deux roues sont interdépendantes et l'actionnement de l'une entraîne le mouvement systématique de l'autre. Le pouvoir d'utilisation des individus dépend de leur besoin de soins mais également de la possibilité d'y répondre en fonction de leurs caractéristiques socio-démographiques et de leurs capacités de mobilité. La recherche de soins et l'usage qu'ils font du système est également empreinte de leurs croyances, de la confiance qu'ils lui confèrent et des perceptions qu'ils en ont. Enfin, la satisfaction obtenue lors d'un précédent épisode morbide et la connaissance acquise grâce à cette expérience influencent les modes de recours aux soins, *i.e.* l'utilisation du système de soins. Les professionnels de soins dont les caractéristiques et les croyances leur sont propres, sont simultanément soumis à une série de contraintes organisationnelles et institutionnelles qui les rend plus ou moins capables de répondre aux besoins de soins des populations. Les lieux d'implantation des structures induisent une certaine accessibilité physique pour les populations dont les pouvoirs d'utilisation sont disparates.

Quand les deux engrenages sont équilibrés, la confrontation des pouvoirs d'utilisation et de résistance permet un juste accès aux soins. A travers notre approche, cet

équilibre se construit au sein d'un territoire dont les modalités de gestion politique régissent les rapports de force de ces engrenages.

Schéma n°3 :

LE CONCEPT D'ACCES AUX SOINS : UNE APPROCHE GEOGRAPHIQUE



Réalisation : Vialard, LADYSS 2018

D'après : Penchansky & Thomas, 1981; Frenk, 1992; Aday & Andersen, 1974 ; Raynaud, 2015

Dans cette recherche, l'inégalité vis-à-vis de l'accès aux soins sur le parcours du cancer du sein est envisagée - plus que le seul produit de la composition socio-spatiale des zones étudiées (précarité sociale, vieillissement de la population, sous-dotation en infrastructures etc.) - comme une combinaison locale de facteurs délétères qui résultent de l'agencement spatial des lieux (enclavement, proximité etc.) et de l'interaction des acteurs locaux présents sur un territoire (Salem et al., 2014). On voit ainsi se dessiner l'approche du triptyque mobilisée par la géographie de la santé, qui fait dialoguer simultanément les faits de santé observés au travers de l'espace, des territoires et des lieux. G. Salem et Z. Vaillant emploient l'expression de *constructions socio-territoriales* pour caractériser la synergie

singulière qui opère en un lieu entre les acteurs, les objets et leur environnement, et qui produit l'inégalité face à la santé (*ibid.* ; Vaillant, 2006). Selon cette approche, les possibilités d'atteindre un service, de se mouvoir dans l'espace, de percevoir la relation de soin ou encore d'interagir avec l'autre sont le fruit de constructions socio-territoriales qui façonnent les identités des acteurs en présence. Dans ce cadre, se poser la question d'un accès équitable aux soins sur le parcours du cancer du sein suppose de s'interroger sur les territoires de l'ajustement entre besoins et offre de soins (au travers des 5 dimensions de R. Penchansky et J.W. Thomas), en tant que sources d'un éventuel déséquilibre entre les pouvoirs d'action de ceux qui soignent - autant les tutelles que les institutions - et de ceux qui se font soigner.

Nous allons maintenant illustrer ce modèle de l'accès aux soins, avec l'exemple de la participation au dépistage du cancer du sein.

2) Inégalités d'accès aux soins et cancer du sein : l'exemple de l'accès primaire aux soins

P. Lombrail distingue l'accès primaire aux soins qui correspond à l'entrée dans le système, de l'accès secondaire qui se réfère à la façon dont s'enchaînent les différents soins une fois que la personne est entrée dans le système de soins (Lombrail, 2007). Dans le cas du cancer du sein, l'accès primaire aux soins pourrait correspondre à l'étape du dépistage. Il existe deux dispositifs différents grâce auxquels les femmes peuvent être dépistées en France : le dépistage individuel (DI) que le médecin référent prescrit directement, et le dépistage organisé (DO) géré par l'Etat et *via* lequel les femmes âgées de 50 à 74 ans reçoivent tous les deux ans une invitation pour se faire dépister.

De nombreuses études ont été réalisées au sujet de la (non) participation au dépistage du cancer du sein. Ces dernières ont fait progresser la connaissance sur les inégalités et permettent d'illustrer le schéma de l'accès aux soins présenté ci-dessus (cf. schéma n°3, page 97).

Du côté du pouvoir d'utilisation de la population, dans ce cas des femmes en âge de se faire dépister, les caractéristiques socio-démographiques jouent un rôle important d'après les recherches qui s'y sont intéressées. L'âge des femmes est significativement associé à la participation au dépistage : les personnes de moins de 55 ans et de plus de 70 ans participent moins au DO comparativement à celles âgées de 55 à 69 ans, tandis que la

participation au DI décroît progressivement au fil de l'avancée en âge (Duport et al., 2008 ; Hirtzlin et al., 2012 ; Pernet et al., 2012). De plus, comme nous l'avons déjà discuté dans la première partie de ce chapitre, les femmes dont le niveau de désavantage social est élevé tout comme les personnes issues de l'immigration, participent moins au dépistage, ce qui influence le retard de diagnostic et la mortalité. L'entourage familial contribue également à inciter les femmes à se faire dépister, puisque les personnes en couple y participent davantage (Duport et al., 2007).

Les besoins perçus de soins et les pratiques de santé jouent également un rôle dans le fait de participer ou non au dépistage. D'après une étude réalisée par l'Institut National de Veille Sanitaire en 2007, les principales raisons avancées par les femmes pour expliquer le non-recours à la mammographie préventive sont le manque de temps et l'oubli. *A contrario*, le fait de penser être à très haut risque de cancer du sein favorise beaucoup la participation (*ibid.*). Le suivi régulier par un gynécologue ou un médecin généraliste et le fait de réaliser un frottis cervico-utérin au cours des 3 dernières années sont également fortement associés au dépistage, que ce soit par le DO ou le DI (Lançon et al., 2012 ; Duport et al., *op.cit.*). Par ailleurs les croyances au sujet du cancer, qui est encore synonyme de mort inéluctable dans l'esprit de beaucoup de femmes, contribuent à freiner le recours au dispositif (Bertolotto et al., 2003). Enfin, la satisfaction éprouvée lors d'une expérience antérieure de soins est associée à une meilleure confiance et à une participation accrue au dépistage (*ibid.*). La méfiance vis-à-vis du système de soins en général, influence finalement beaucoup les pratiques de prévention comme le dépistage du cancer du sein (Katapodi et al., 2009).

La capacité du système de soins à répondre à la demande des femmes peut être analysée au travers de l'organisation du dépistage en France et ses perspectives contre-productives vis à vis de la diffusion massive de la pratique de l'examen. Du fait de la co-existence de deux dispositifs différents, le DO est plus systématiquement considéré comme un dispositif « social » pour les femmes qui n'ont pas les moyens d'avancer les frais d'une mammographie (Bertolotto et al., *op.cit.*). Par ailleurs, la localisation des infrastructures de dépistage influence également la possibilité pour les femmes de s'y rendre. Plusieurs études ont retrouvé une corrélation entre la diminution de la participation au dépistage et la distance géographique avec le cabinet de radiologie. L'augmentation de la distance entrainerait dans certains cas, une élévation de la prévalence des retards de diagnostic (Tatalovitch et al., 2015 ; Ambroggi et al., 2015).

Ainsi, la relation entre la localisation des infrastructures de dépistage par exemple et les caractéristiques socio-démographiques des femmes, induit un ajustement plus ou moins adapté entre l'offre proposée et le besoin des individus. Le degré d'ajustement, que nous pourrions qualifier au travers de la dimension d'accessibilité pour cet exemple, dépend fondamentalement de l'environnement dans lequel il est mesuré. Dans un pôle urbain où les réseaux de transport en commun sont nombreux, les femmes de plus de 70 ans qui participent traditionnellement peu au dépistage pourraient notamment rencontrer moins de difficultés qu'ailleurs pour se rendre chez un radiologue. Un autre exemple pourrait être celui de la non-satisfaction d'un besoin de soin par « omission » de la part du soignant (Lombrail et al., 2005). Le fonctionnement routinier d'un cabinet de radiologie pourrait par exemple, conduire le médecin à ignorer involontairement les spécificités sociales ou linguistiques de la personne qu'il soigne. Du fait d'un emploi du temps contraint et de ses éventuelles représentations, le professionnel pourrait éventuellement manquer à sa mission d'information et d'explication. Cette situation hypothétique pourrait conduire à la non-satisfaction du besoin de soin pour la personne dépistée d'un cancer, et donc à une moindre acceptabilité. Dans un cadre où les médecins sont habitués à travailler en partenariat avec la sphère médico-sociale, l'ajustement entre les deux engrenages du modèle pourrait être bien différent. Nous reviendrons sur cette hypothèse dans la suite du manuscrit, spécifiquement autour de la prise en charge du cancer du sein.

La localisation des acteurs dans l'espace peut également conduire à des équilibres différents entre les deux roues de notre schéma. A partir d'une cinquantaine de diagnostics réalisés par des étudiants de l'Université de Nanterre (Master « Territoires, Villes et Santé) sur la participation au dépistage du cancer du sein dans des communes d'Ile-de-France, une étude transversale a montré que les pouvoirs d'utilisation du dispositif par les femmes dépendaient étroitement des configurations locales (Bardes, 2017).

En effet, à l'échelle de la région, les femmes résidant dans les quartiers socialement défavorisés de la « Politique de la ville ⁶ » enregistrent des taux de participation au dépistage très différents selon les communes. Il semblerait que le pouvoir d'utilisation de ces femmes,

⁶ « La politique de la ville est une politique de cohésion urbaine et de solidarité envers les quartiers les plus défavorisés. La géographie prioritaire – basée sur des indicateurs socio-économiques – en définit les périmètres d'intervention » (Ministère de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales, consulté en ligne le 25/11/2018 ; <http://www.cohesion-territoires.gouv.fr/geographie-prioritaire-de-la-politique-de-la-ville>)

plus que leur niveau social estimé à partir des données du recensement, dépende davantage de la position du quartier dans la ville et des ressources sociales et sanitaires dont il dispose : plus le quartier est spatialement enclavé et dénué de ressources, moins les femmes recourent au dépistage ; à l'inverse s'il est central et dynamique, les femmes se mobilisent davantage pour le dépistage du cancer du sein (*ibid.*). Cet exemple montre concrètement à quoi se réfère la sphère en pointillés sur notre schéma de l'accès aux soins, à savoir le territoire. Selon le degré d'appropriation ou de rejet de l'espace par les femmes et les dynamiques territoriales, leur pouvoir d'utilisation est différent et l'accès au dépistage est inégal.

Dans la suite de ce travail, nous allons tenter de qualifier l'accès secondaire aux soins dans le cadre du traitement d'un cancer du sein – *i.e.* l'ajustement entre le système de soins et les besoins de soins des femmes pour qui ce cancer a été diagnostiqué - en région Ile-de-France. De nombreux travaux ont déjà été proposés sur les inégalités de participation au dépistage du cancer du sein en France. En revanche, très peu d'études ont été réalisées sur les variations géographiques des soins prodigués pendant le traitement du cancer du sein et l'impact de ces variations sur la qualité des soins reçus (Barnett et Copeland, 2009 ; Lombraïl, 2007). Pour réaliser cette recherche, le concept de parcours de soins apparaît particulièrement adapté à l'appréhension géographique de l'accès aux soins pendant la phase thérapeutique de la prise en charge.

3) Le concept de parcours : un outil privilégié de l'étude de la géographie d'une maladie chronique

Depuis les années 1990, pour faciliter la circulation des citoyens dans le système de soins, plusieurs états d'Europe ont développé des modèles de « filières » inspirés de principes théoriques issus de la gestion (Dalsted et al., 2012). En France, les ordonnances adoptées en 1996 dans le cadre de la « Réforme Juppé » ont effectivement initié l'organisation de telles « filières de soins » pour améliorer la qualité des soins, favoriser la coordination des différents intervenants médico-sociaux mais surtout pour maîtriser les coûts liés à des prises en charge de plus en plus complexes et globales (Viñas et al., 1998).

Le terme de parcours de soins est apparu dans un second temps, avec la loi sur la restructuration de l'accès aux soins primaires qui a consacré le médecin traitant comme pivot et principal organisateur du « parcours de soins coordonné » (Loi n° 2004-810 du 13

août 2004, relative à l'Assurance Maladie). Le concept de parcours s'est officiellement substitué à celui de filière pour recentrer davantage l'utilisateur et ses besoins au cœur de l'organisation du système de santé (Bloch et Hénaut, 2014). D'après la définition de la Haute Autorité de Santé, la démarche permettrait une amélioration de la qualité de soins, c'est-à-dire de la sécurité, de l'efficacité mais également de la prise en compte du « point de vue du patient » (HAS, 2012). Au-delà de l'objectif assumé d'optimiser les coûts de la santé en France, l'apparition de ce terme dans les textes législatifs a initié une certaine évolution dans la construction des politiques de santé. Depuis 2010, les professionnels médicaux et les acteurs médico-sociaux ont effectivement participé à l'élargissement du concept initialement utilisé dans une version relativement technocratique. Les termes de « parcours de santé » et de « parcours de vie » sont apparus petit à petit dans le champ de la santé publique pour traduire un paradigme tourné véritablement vers l'individu et ses spécificités (Bloch et Hénaut, *op.cit.*).

Contrairement aux Etats-Unis où l'école de Chicago a réalisé de célèbres travaux, le parcours de vie a été tardivement pris en compte dans la recherche sur la santé en France (Demazière et Samuel, 2010). L'approche par le parcours de vie constitue un positionnement théorique fort car elle présume que la vie est une histoire dont les événements s'enchaînent selon une certaine logique à travers le temps (Bourdieu, 1986). L'articulation du temps de l'histoire et de celui de l'individu constitue le cœur du concept (Bessin, 2009). L'intérêt de l'approche par le parcours de vie en sciences sociales et en géographie se situe dans l'identification des structures collectives qui pèsent potentiellement sur les biographies des individus, en fonction des normes et des pratiques locales singulières (*ibid.*). G.H. Elder a formulé 4 principes qui facilitent l'élaboration d'une théorie du parcours de vie en tant que produit d'une institution sociale (Laville d'Epinau et al., 2005 cite Elder, 1998) : l'histoire de vie des individus est localisée dans le temps et dans l'espace, ce qui façonne leur expérience de l'existence ; en fonction du moment de la vie auquel surviennent certains événements, leur influence sur le parcours n'est pas identique ; les existences sont interdépendantes et l'influence des autres se manifeste « au travers de ce réseau de relations partagées » ; les individus sont dotés d'un pouvoir de décision et d'action qu'ils utilisent pour construire leur vie en fonction des environnements socio-spatiaux. A partir de ces différents principes, il est possible d'envisager le parcours de vie des individus comme le fruit d'une négociation entre des forces individuelles et sociales qui dépendent donc étroitement de l'environnement

social et spatial. Comme l'explique M. Bessin, « les événements qui marquent et structurent la vie des personnes, sont aussi la résultante de processus sociaux et constituent des moments de recomposition, de redéfinition tant de soi que des rapports sociaux dans lesquels ils s'insèrent » (Bessin, *op.cit.*).

Dans ce cadre et comme nous l'avons déjà précisé en introduction générale, ce qu'on appelle le parcours de santé correspondrait au segment du parcours de vie qui influence et interagit avec la santé de l'individu (Bloch et Hénaut, 2014). L'usage de ce concept s'est répandu à partir des années 1980 dans la recherche sur les inégalités de santé. Cette notion postule que la « santé des individus évolue tout au long du parcours de vie, à l'intersection des différentes sphères de la trajectoire sociale » (Burton-Jeangros, 2016). Ainsi, le parcours de soins, au sens large que lui confèrent les sciences sociales, se réfère à l'étape précise du parcours de santé au cours de laquelle la personne recourt ou non aux soins pour un épisode morbide particulier. Les travaux pionniers des sociologues interactionnistes A. Strauss et de B.G. Glaser ont beaucoup développé ce concept de parcours de soins sous l'appellation de « trajectoire de la maladie » (Strauss et Baszanger, 1991). Selon eux, la trajectoire d'une maladie correspond au développement de la maladie elle-même au niveau de l'individu mais également à toute la « gestion » qu'elle engage pour les personnes impliquées (soignants, entourage, patient). L'action des acteurs en présence ne manque pas de modifier en retour leur environnement et le cours de la trajectoire : « le terme trajectoire [renvoie] non seulement au développement physiologique de la maladie de tel patient mais également à toute l'organisation du travail déployée à suivre ce cours, ainsi qu'au retentissement que ce travail et son organisation ne manquent pas d'avoir sur ceux qui y sont impliqués. Pour chaque maladie, la trajectoire imposera des actes médicaux et infirmiers différents, différents types de compétences et de savoir-faire, une répartition différente des tâches entre ceux qui y travaillent y compris, le cas échéant, les parents proches et le malade, et exigera des relations tout à fait différentes – qu'elles soient simplement instrumentales ou de l'ordre de l'expression – entre ceux-ci » (*ibid.*, p.143-144). L'intérêt de cette approche sociologique pour un géographe est l'attention particulière portée au territoire de l'action. Le parcours biographique de l'individu tout autant que les conditions structurelles qui ont trait à l'organisation sociale, politique ou économique des lieux où se déroule la trajectoire de la maladie, influencent la gestion que la personne en fait. Par ailleurs, les efforts entrepris pour contrôler la maladie se confrontent régulièrement à des événements inattendus – les

« contingences » - ce qui rend les trajectoires singulières pour chaque individu. Cette approche du parcours de soins est très semblable à la posture que nous avons choisi d'adopter dans le schéma de définition de l'accès aux soins (cf. schéma n°3 page 97).

Finalement, le concept de parcours de soins au sens institutionnel, pourrait se rapprocher de ce qu'A. Strauss appelle le « schéma de trajectoire » : une fois le diagnostic posé, l'équipe soignante en charge de la personne malade organise le programme prévisionnel des événements qui vont normalement ponctuer le protocole de soins. Il s'agit d'un idéal du déroulement de la trajectoire de soins, si tout se passait sans aucun heurt. Mais du fait de la survenue d'aléas d'ordre familiaux, organisationnels ou médicaux qui viennent bouleverser le déroulement optimal de la trajectoire, chaque expérience de la maladie est finalement unique malgré un cadre institutionnel relativement standard. Dans le cas où le dit schéma correspond plus ou moins au déroulement de la trajectoire effective, A. Strauss utilise le terme de « trajectoire de routine ». Mais lorsque les contingences sont telles que les protagonistes ont du mal à s'organiser de façon coordonnée, la trajectoire peut devenir hautement problématique.

Dans le cadre de ce travail, le terme de filière de soins est ponctuellement employé dans le deuxième chapitre pour caricaturer l'industrialisation excessive des parcours de soins dans certains grands centres de traitement du cancer. Le concept de parcours de soins est mobilisé à l'échelle des individus soignants et soignés, comme synonyme de ce qu'A. Strauss appelle la trajectoire de la maladie. Ce terme est porteur de singularité et se réfère à des individus dotés d'un pouvoir d'actions.

Autour du concept de parcours de soins en France, les tensions semblent donc se manifester entre la volonté politique de standardiser les circuits de prise en charge pour garantir une qualité équivalente de soins sur tous les territoires et la nécessité de s'adapter au mieux aux parcours de vie des personnes pendant le traitement d'une maladie chronique (Dalsted, *op.cit.*). Dans ce cadre, l'enjeu de la mise en évidence d'une structuration des parcours de soins en fonction des territoires est majeur, tant d'un point de vue théorique que politique (Gasquet et Hoyez, 2015). D'une part, l'approche géographique des parcours de soins permettrait de montrer simultanément comment l'ensemble du système se structure *via* des flux de recours et combien les déterminants de ces flux dépendent des territoires et des lieux (Calvez et Séchet, 2012). D'autre part, la connaissance du dessin de

ces parcours et des raisons qui le provoquent faciliterait l'adaptation locale de l'offre en fonction des besoins perçus et des pratiques des individus.

CONCLUSION

Dans ce chapitre, nous avons montré que les chemins explicatifs des inégalités sur les parcours de santé des femmes touchées par un cancer du sein suivent des processus complexes, à la fois dans l'espace et dans le temps. Ainsi, nous avons choisi de nous concentrer sur la période de l'accès aux soins pendant le parcours thérapeutique du cancer du sein.

Au-delà de la description épidémiologique des indicateurs en lien avec cette pathologie, l'approche géographique de l'accès aux soins du cancer du sein semble intéressante à plusieurs niveaux. D'une part, en resituant au cœur du questionnement les rapports de force entre le pouvoir d'utilisation du système de soins par les femmes et les capacités de ce dernier à répondre à leurs besoins, cette approche reconnaît aux acteurs un potentiel réflexif et d'intervention sur l'espace qui les entoure. Autrement dit, la lecture que nous proposons des inégalités existantes sur les parcours de soins prend en compte, dans une perspective interactionniste, les stratégies individuelles déployées par les soignants et les soignés au sein de territoires particuliers en même temps que les cadres sociaux et institutionnels plus globaux dans lesquels elles s'insèrent. D'autre part, elle offre un regard original sur les constructions socio-territoriales du processus inégalitaire face à la pathologie cancéreuse. A travers l'exemple de l'accès aux soins, l'usage simultané des méthodes quantitatives et qualitatives permet de saisir les processus qui structurent les éventuelles disparités dans les parcours de soins autant que les inégalités vécues par les acteurs pendant ces parcours. Ces deux types de méthodologie sont conjointement mobilisés pour nourrir une discussion sur les processus à l'origine des éventuelles inégalités existantes pendant la phase thérapeutique du cancer du sein. Par ailleurs, nous postulons qu'elles sont le fruit de processus complexes enracinés dans des dynamiques territoriales spécifiques. Il est donc fondamental de resituer les résultats présentés dans cette recherche dans l'espace au sein desquels ils ont été produits : la région Ile-de-France. Le chapitre suivant a pour objectif de présenter précisément les caractéristiques de cet espace, les enjeux territoriaux autour de l'organisation du système de soins en cancérologie ainsi que les stratégies mises en place par les acteurs soignants dans ce cadre.

CHAPITRE 2 :

L'ACCES AUX SOINS POUR LA PRISE EN CHARGE DU CANCER DU SEIN EN REGION FRANCILIENNE : L'EFFET DE LIEU COMME UNE COMBINAISON DE FACTEURS

INTRODUCTION

Ce chapitre se décline en trois parties, dont l'objectif est de présenter globalement les différentes dimensions de l'approche géographique - à savoir l'espace, les territoires et les lieux - de l'accès aux soins du cancer du sein en Ile-de-France.

Nous allons, dans une première partie, décrire les spécificités de l'espace régional francilien ainsi que le processus de métropolisation observé dans cette région depuis les années 1980. Nous verrons que la région Ile-de-France s'est développée selon des logiques concurrentielles entre différents territoires, inégalement intégrés au système métropolitain. Dans ce cadre, l'offre de soins spécialisée en onco-sénologie s'est particulièrement concentrée dans les pôles urbains centraux et secondaires. Sous l'effet de la métropolisation, les fractures socio-spatiales se sont accentuées entre et au sein des différentes communes de la région. Dans cette recherche, nous faisons l'hypothèse que les inégalités d'accès aux soins se dessinent en partie selon ces lignes de fractures.

Nous présenterons dans la deuxième partie, les différentes catégories spatiales qui composent l'indice synthétique des dynamiques urbaines (ISDU) que nous avons construit à l'échelle des communes franciliennes. Le développement de cet outil nous a permis de décrire précisément les disparités socio-spatiales existantes en Ile-de-France, ainsi que leur agencement spatial au sein de la région. Cet outil permet la lecture des inégalités d'accès aux soins que nous proposons.

Enfin, nous nous intéresserons aux modalités de gestion territoriale de l'offre de soins en cancérologie en Ile-de-France à l'échelle des acteurs et des lieux dans la dernière partie du chapitre. Dans un climat concurrentiel et d'économies budgétaires, les institutions soignantes développent des parcours standardisés de prise en charge et des réseaux spécifiques avec d'autres établissements. Selon les postures adoptées par les établissements vis-à-vis de l'organisation des soins, les parcours des femmes semblent s'organiser de façon plus ou moins coordonnée entre les différents acteurs. De plus, les stratégies déployées par les soignants et les femmes prises en charge pour un cancer du sein, enracinées dans les lieux et les contraintes propres à ces derniers, peuvent participer à la différenciation spatiale des parcours de soins du cancer du sein en Ile-de-France.

I. LES INEGALITES D'ACCES AUX SOINS : L'AGENCEMENT SPATIAL DES FAITS SOCIAUX PLUS QUE LA COMPOSITION SOCIALE DES ESPACES

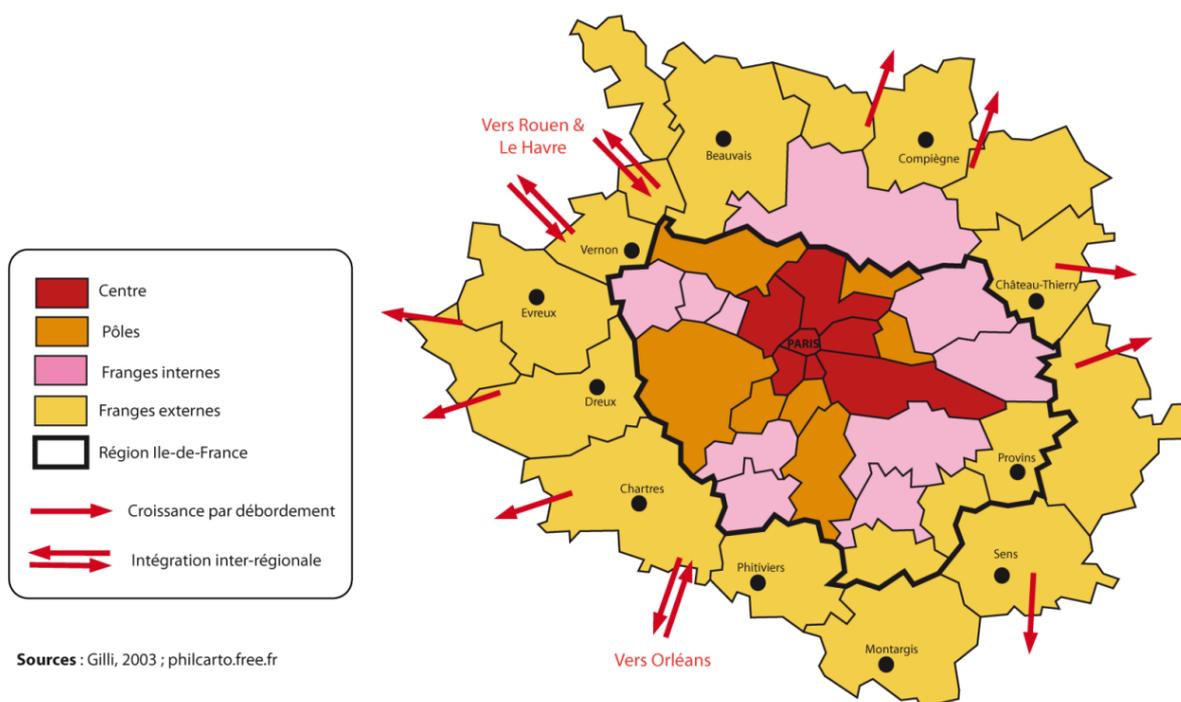
Dans cette partie, nous présenterons tout d'abord l'espace économique concurrentiel que constitue la région Ile-de-France et l'influence de cette concurrence territoriale dans la structuration de ses différents territoires. Nous verrons dans un second temps que l'offre de soins s'est également organisée selon cet équilibre de la concurrence et qu'elle n'est pas répartie de façon homogène au sein de la région. La troisième sous-partie s'intéresse à la genèse des nouvelles lignes de fractures socio-spatiales en Ile-de-France, et à la façon dont elles pourraient façonner les formes de recours aux soins des populations résidentes. Enfin, nous évoquerons dans la dernière sous-partie, l'originalité de certaines combinaisons locales de facteurs qui nous met en garde contre une approche trop déterministe des dynamiques territoriales sur les pratiques de recours aux soins des populations.

1) La métropole parisienne : un espace économique multipolaire et concurrentiel

Le caractère central et polarisant d'un espace urbain se définit principalement en fonction de la densité d'emplois qu'il concentre et de l'importance des flux d'actifs qu'il attire quotidiennement (Berroir et al., 2007a). Selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), une aire urbaine correspond ainsi à un « *ensemble de communes, d'un seul tenant et sans enclave, constitué d'un pôle urbain d'au moins 1 500 emplois et dont au moins 40% de la population résidente ayant un emploi travaille dans le pôle ou dans des communes attirées par celui-ci* ». Malgré la décroissance du nombre d'emplois dans la ville de Paris depuis 1990, la capitale française reste aujourd'hui le centre de gravité de l'espace qu'elle polarise. La concentration de l'emploi y est particulièrement élevée, puisque Paris intra-muros enregistrait 155 emplois / ha dans les années 2000 *versus* 2,4 emplois / ha en moyenne dans l'aire urbaine (*ibid.*). Elle constitue donc encore le pôle urbain central de l'agglomération dans le sens où elle concentre à la fois l'activité économique, les hautes fonctions politiques et culturelles tout autant qu'elle polarise les flux de travailleurs et de ressources (Gilli, 2005). Pour autant, la déconcentration des

emplois qui s'est amorcée dès 1970 vers certaines villes de première et de seconde couronnes a donné naissance à une aire métropolitaine polycentrique (Berroir et al., *op.cit.*). Selon des dynamiques qualifiées à la fois de « centrifuges » (les centres d'emplois secondaires ont été constitués en périphérie pour soulager le centre initial) et « d'incorporation » (des centres préexistants ont été intégrés à l'aire urbaine par avancement du front urbain), certains pôles secondaires sont apparus en Ile-de-France pour redessiner les équilibres entre la répartition de l'emploi, de la population et des prix du foncier (*ibid.*).

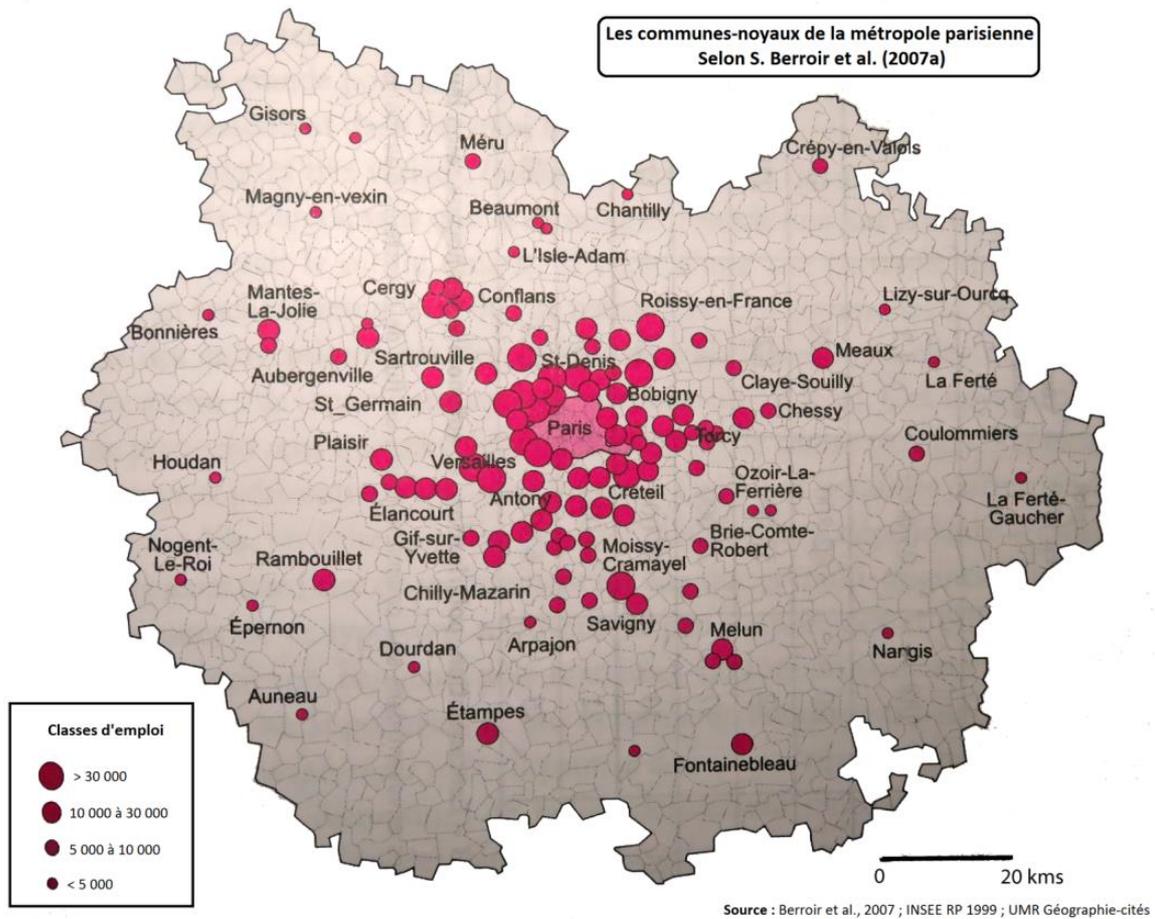
D'après F. Gilli en 2003, le centre de la région était constitué de Paris mais il s'étalait effectivement au-delà de la première couronne des départements situés autour de la ville capitale. Ces espaces centraux (en rouge sur le croquis présenté page suivante) accueillent un nombre très important d'habitants et d'emplois et les flux de personnes y circulant sont extrêmement denses (Gilli, 2003). Autour de cet hypercentre se dessinent les pôles secondaires au sein desquels les emplois se sont déconcentrés et densifiés après la désindustrialisation. Ces pôles structurent la répartition et les flux de population de la région de façon majeure. Les franges internes correspondent aux espaces qui ne sont ni des centres et ni des pôles secondaires, et dont au moins 10% des actifs travaillent à Paris. Il est intéressant d'observer que le sud de la Picardie se trouvait déjà intégré à cette frange au début des années 2000 tandis que le sud de la Seine-et-Marne en était exclu. Ce que Frédéric Gilli appelle les franges externes correspond aux espaces polarisés par les pôles secondaires et par les villes dites « avant-postes » qui accueillent une densité parfois importante d'emplois par rapport aux effectifs d'actifs résidents. Ces villes que sont Chartres, Evreux, Beauvais ou encore Compiègne constituent les portes d'entrée de la région parisienne.



Les trois zones d'emplois de l'Ile-de-France qui n'appartiennent pas à la région parisienne (Provins, Nemours et Montereau-Fault-Yonne) font partie de ces franges externes. Les forces qui conduisent à l'étalement de l'espace urbain sont différentes en fonction des interactions spatiales auxquelles elles se confrontent : quand elles se déploient vers un ensemble urbain déjà structuré, alors elles s'articulent avec les dynamiques existantes ; dans le cas où l'espace était vierge de tout processus métropolitain comme c'est le cas principalement vers l'est et le nord de l'Ile-de-France, le front urbain avance « par débordement ». Finalement, si l'on définit la métropole parisienne d'après son aire d'influence, elle correspondrait donc au grand Bassin parisien qui polarise des espaces comprenant jusqu'aux anciennes régions de la Haute-Normandie, la Picardie, la Champagne Ardennes, le Centre, la Basse-Normandie et les départements de l'Yonne et de la Sarthe (*ibid.*). La région administrative de l'Ile-de-France qui fait l'objet de notre recherche, ne comprend ainsi qu'une partie de l'organisme métropolitain.

S. Berroir et ses collègues ont mis en évidence quant à eux, 129 « communes-noyaux » en Ile-de-France qui polarisent les emplois et les flux d'actifs de façon diverse en fonction de leur héritage spatial et des environnements locaux (Berroir et al., 2007a).

Carte n°11



Hormis les communes-noyaux centrales que constituent les 20 arrondissements parisiens, elles ont identifié des communes-noyaux péri-centrales qui se trouvent dans les zones urbaines denses en proche périphérie de Paris. Ces derniers attirent une multitude et une diversité de « navetteurs » (actifs qui se déplacent quotidiennement de leur lieu de résidence vers leur lieu de travail) en provenance de toute la région mais leur aire d'influence auprès des communes limitrophes, reste très limitée. Dans cette catégorie, les auteurs mentionnent les communes de Créteil, de Puteaux ou encore de Versailles qui constituent l'archétype des villes qui ne sont dynamiques que grâce à leur proximité avec Paris. Les communes-noyaux dites « périphériques isolées » sont celles, *a contrario*, qui se situent dans des environnements peu denses mais qui attirent notamment les actifs des communes aux alentours. Elles jouent un important rôle de structuration des marges de l'Île-de-France, malgré leur relative petite taille. Les communes de Meaux ou encore d'Étampes sont citées à titre d'exemple. Enfin, les communes qui appartiennent au « modèle intermédiaire » correspondent davantage à des villes résidentielles, situées dans des

espaces assez denses et à une distance moyenne de Paris. Issues d'histoires variées, ces villes comme par exemple Bagnole, Antony, Poissy ou Pontoise, ne constituent pas d'importants pôles mais représentent néanmoins des nœuds incontournables du système urbain. Les auteurs insistent finalement sur le fait que les conditions locales de l'émergence des communes-noyaux ont joué un rôle majeur dans les formes de polarisation de l'espace francilien, plus que les catégories d'urbanisation (banlieues, villes-nouvelles etc.).

Finalement, il est intéressant d'observer que le développement des pôles urbains secondaires en Ile-de-France s'est historiquement opéré au profit de l'ouest de la région. En effet, les pôles secondaires localisés dans le sud et l'ouest ont été plus attractifs en termes d'activité économique hautement spécialisée en comparaison avec ceux de l'est qui se sont davantage développés par absorption du front urbain (Gilli, 2002). Dans le premier cas, les flux d'activités et de ressources circulent entre ces pôles urbains qui ont acquis une certaine autonomie vis-à-vis de la capitale. Dans le second cas à l'exception des villes dites « périphériques isolées », les espaces continuent d'être principalement polarisés par Paris et sa proche couronne (Gilli, 2002).

La concurrence pour l'attraction des emplois et des activités constitue donc l'essence et le moteur de l'évolution du système métropolitain francilien (Pumain, 1997). L'attractivité résidentielle qui concerne l'attraction des individus et des ménages est étroitement liée à l'attractivité productive à destination des entreprises car ces dernières, pour attirer une main-d'œuvre hautement qualifiée, s'implantent préférentiellement dans des communes séduisantes pour y vivre. De plus, l'économie résidentielle constituée des services à destination des résidents est autant source de revenus pour les collectivités locales que l'économie productive relative à la production de biens voués à l'exportation (Alexandre et al., 2010). Les stéréotypes dont sont parfois empreintes certaines communes, autrement dit l'aspect subjectif de l'attractivité, influencent également la capacité de ces dernières à attirer des résidents. L'image négative dont certaines villes peuvent être porteuses entraîne une dynamique répulsive qui se perpétue dans le temps et qui limite les possibilités de diversification sociale et de mobilités des habitants (*ibid.*). Les fractures sociales contemporaines entre les populations résidentes et les différences dans les pratiques de mobilité se dessinent encore selon cet équilibre de la concurrence territoriale, à l'échelle de la métropole parisienne.

En conclusion de cette partie, il est intéressant d'évoquer une récente publication de S. Berroir et ses collègues, dans laquelle ils montrent qu'il est aujourd'hui plus juste d'adopter un raisonnement par « systèmes urbains » qui s'établissent selon des connexions diverses entre les territoires, plutôt que de penser les relations entre les grandes agglomérations en fonction de flux principalement économiques et financiers (Berroir et al., 2017). En effet, l'analyse des relations entre les villes françaises reste aujourd'hui encore essentiellement cantonnée aux aspects économiques des territoires qui sont considérés comme le principal moteur du (sous-) développement et de la (dé) croissance démographique. Or, les auteurs démontrent dans cette recherche que d'autres aspects des relations entre villes contribuent à construire de véritables réseaux urbains qui se dessinent dans la proximité, à l'échelle inter-régionale et / ou nationale. Ils ont identifié trois différents types de dynamiques relationnelles qui participent à tisser les systèmes urbains : les dynamiques relatives à la mobilité et aux loisirs (navettes domicile-travail ; migrations résidentielles ; système à grande vitesse qui assure la mise en réseau des villes), les dynamiques liées aux flux de connaissance et d'informations (partenariats scientifiques ; liens entre établissements et siège de l'entreprise dans le secteur de l'innovation), et les dynamiques relatives aux flux économiques et financiers (notamment liens entre établissements et siège de l'entreprise dans tous les secteurs d'activités ; liens résidences principales et résidences secondaires). Ces systèmes sont constitués de réseaux de relations plus ou moins denses, matériels ou immatériels, avec de multiples nœuds et des modes diversifiés de structuration (*ibid.*). Ainsi, la façon que nous avons de concevoir et de modéliser les relations entre les villes, notamment dans le cas d'une région très urbanisée comme l'Île-de-France, continue de s'adapter aux évolutions sociétales contemporaines. Dans ce travail, nous en sommes restés à une définition principalement économique du processus de métropolisation et des relations entre les villes franciliennes.

2) La distribution de l'offre spécialisée en onco-sénologie et son accessibilité : le reflet d'une organisation métropolitaine

Depuis le début du XXe siècle en France, la région parisienne a constitué l'épicentre du développement des progrès thérapeutiques dans le traitement du cancer. A l'instar des autres services rares, les établissements spécialisés en onco-sénologie se sont essentiellement développés dans les principales villes de l'Ile-de-France. Dans un célèbre ouvrage qui retrace l'histoire de la lutte contre le cancer en France, Patrice Pinell évoque notamment le fait que l'élite hospitalo-universitaire parisienne a été à l'origine de la création de l'Association française pour l'étude du cancer dès 1908 (Pinell, 1992). C'est à cette époque que les innovations chirurgicales ont commencé à se développer à l'échelle internationale, dans les universités médicales et les grands centres hospitaliers parisiens pour la France. La découverte de l'action thérapeutique du radium par Pierre et Marie Curie - une première mondiale – ainsi que le développement de la radiumthérapie ont également eu lieu à Paris. Au début des années 1920, les connaissances et les armes thérapeutiques face au cancer en France sont exclusivement concentrées dans la capitale. L'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP) disposait déjà à cette époque de six services publics de traitement du cancer, tous attenants à un service de chirurgie générale dirigé par un grand professeur. La chirurgie y était donc considérée comme étant le pilier du traitement du cancer, d'une importance plus capitale encore que la radiothérapie.

La naissance de la Fondation Curie en 1921, établissement de droit privé sous la tutelle de l'Institut Pasteur, va complexifier l'équilibre entre les acteurs de la lutte contre le cancer en Ile-de-France. Cette structure a pour vocation de développer des travaux de recherche à partir de l'action thérapeutique des radiations. La philosophie de l'établissement était donc fondamentalement opposée à celle de l'Assistance Publique (dont la raison d'être était de soigner les patients avant tout), autant que son mode de fonctionnement. Enfin, s'est également développé à cette époque le service anticancéreux de l'hospice Paul Brousse à Villejuif, sous l'égide de l'anatomo-pathologiste Gustave Roussy. La région parisienne disposait ainsi de trois pôles de soins anticancéreux aux logiques organisationnelles très différentes, avant même que l'Etat n'intervienne dans la structuration de l'offre de soins en cancérologie.

C'est en 1923 que la Commission du cancer définit un plan de construction d'un réseau de lutte contre le cancer sur le territoire national. Suite à la mise en œuvre de ce

programme en Ile-de-France, la Fondation Curie a hérité du titre de centre régional de lutte contre le cancer. Néanmoins, les six chefs de services de l'AP-HP ainsi que Gustave Roussy à Villejuif constituaient autant de personnalités qu'il était bien difficile de faire dialoguer. La féodalité de la Fondation Curie sur les autres centres anticancéreux a été globalement mal acceptée. Un équilibre précaire a été retrouvé lorsque Gustave Roussy a proposé de créer l'Institut du cancer à Villejuif. La faculté de médecine de Paris y a vu l'opportunité de se défaire du joug de la Fondation Curie et a concentré ainsi ses efforts sur le projet, au détriment du fonctionnement synergique de ses six services anticancéreux. Comme l'explique Patrice Pinell, le projet de l'Institut de recherche et de traitement du cancer est clairement né dans l'objectif de « construire une institution « modèle » pour la cancérologie qui fasse contrepoint à la Fondation Curie » (*ibid.*). Au final, les logiques concurrentielles entre les établissements spécialisés et les guerres d'*ego* des chefs de service sont à l'origine de la création et de la structuration initiale de l'offre de soins spécialisée dans le traitement du cancer en Ile-de-France. Depuis cette période, comme nous l'avons expliqué en introduction générale, la graduation de l'offre de soins intègre d'autres types d'établissements actuellement habilités à traiter le cancer (cf. introduction générale, partie III, sous-partie2). Il existe différents types d'hôpitaux en France qui sont habilités à délivrer les traitements anticancéreux, sur la base de critères de qualité. Cependant, la réputation florissante des services franciliens où les armes thérapeutiques contre le cancer sont nées, trouve ses racines dans l'histoire de la lutte contre le cancer en France. Grâce à une exceptionnelle concentration de prestigieuses universités et de médecins renommés, l'environnement parisien a offert un cadre particulièrement propice à la constitution de cette image d'excellence.

Aujourd'hui, la répartition de l'offre de soins en région parisienne reste très dense et diversifiée. Depuis la création des premiers centres de lutte contre le cancer (CLCC) dans les années 1920, de nombreuses autres structures de soins en cancérologie sont apparues en Ile-de-France. Pour la chirurgie du cancer du sein, les établissements publics et privés d'intérêt collectif (ESPIC) sont plus nombreux à Paris et en première couronne. En 2017 selon l'Agence Régionale de Santé (ARS), le département parisien accueillait 11 structures de ce type tandis que les 3 départements de première couronne enregistraient chacun 5 établissements similaires autorisés à opérer le cancer du sein. Certaines communes plus densément peuplées de seconde couronne, accueillent aussi des hôpitaux publics habilités

pour la chirurgie de ce cancer. A l'exception de Jossigny où est implanté le centre hospitalier de Marne-la-Vallée, ce sont toujours dans des villes de plus de 15 000 habitants que sont localisées ces infrastructures.

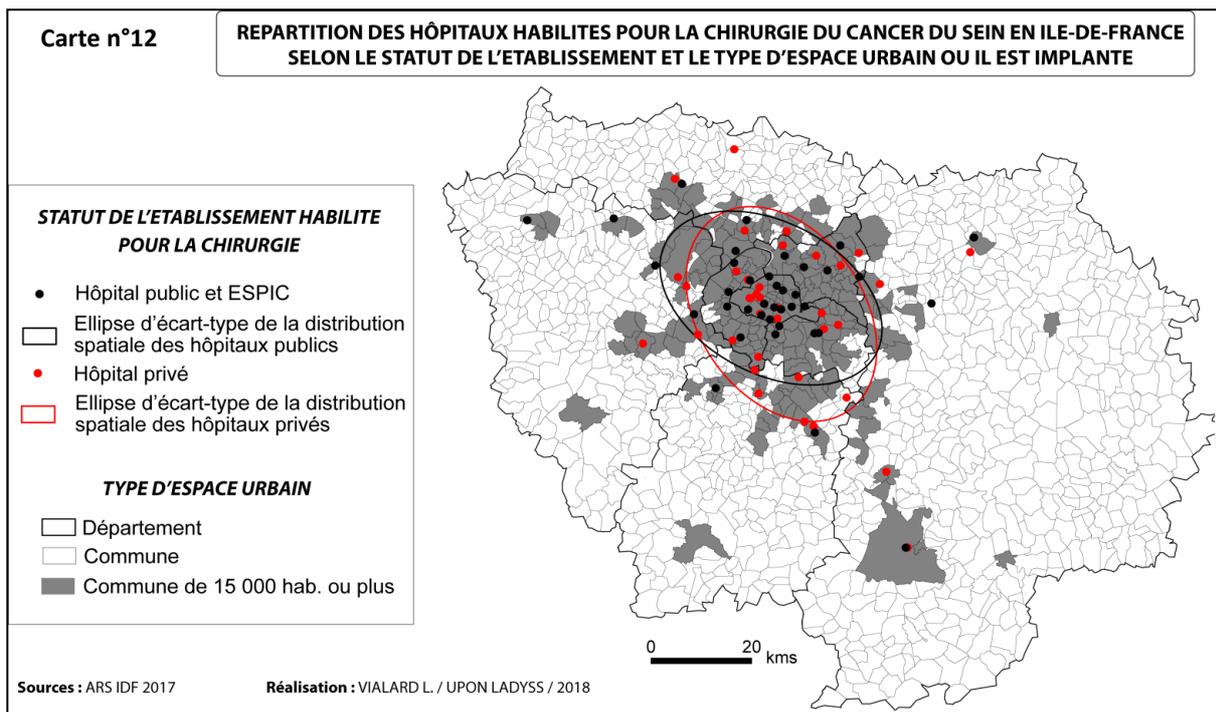
Tableau n°4 : Répartition de l'offre de soins de chirurgie du cancer du sein en Ile-de-France (Paris, 1^e et 2^e couronne)

	Offre publique et ESPIC	Offre privée	TOTAL
Paris	11	8	19
Hauts-de-Seine	5	4	9
Seine-Saint-Denis	5	4	9
Val-de-Marne	5	3	8
Seine-et-Marne	3	4	7
Yvelines	4	4	8
Essonne	2	6	8
Val d'Oise	3	4	7
TOTAL	38	37	75

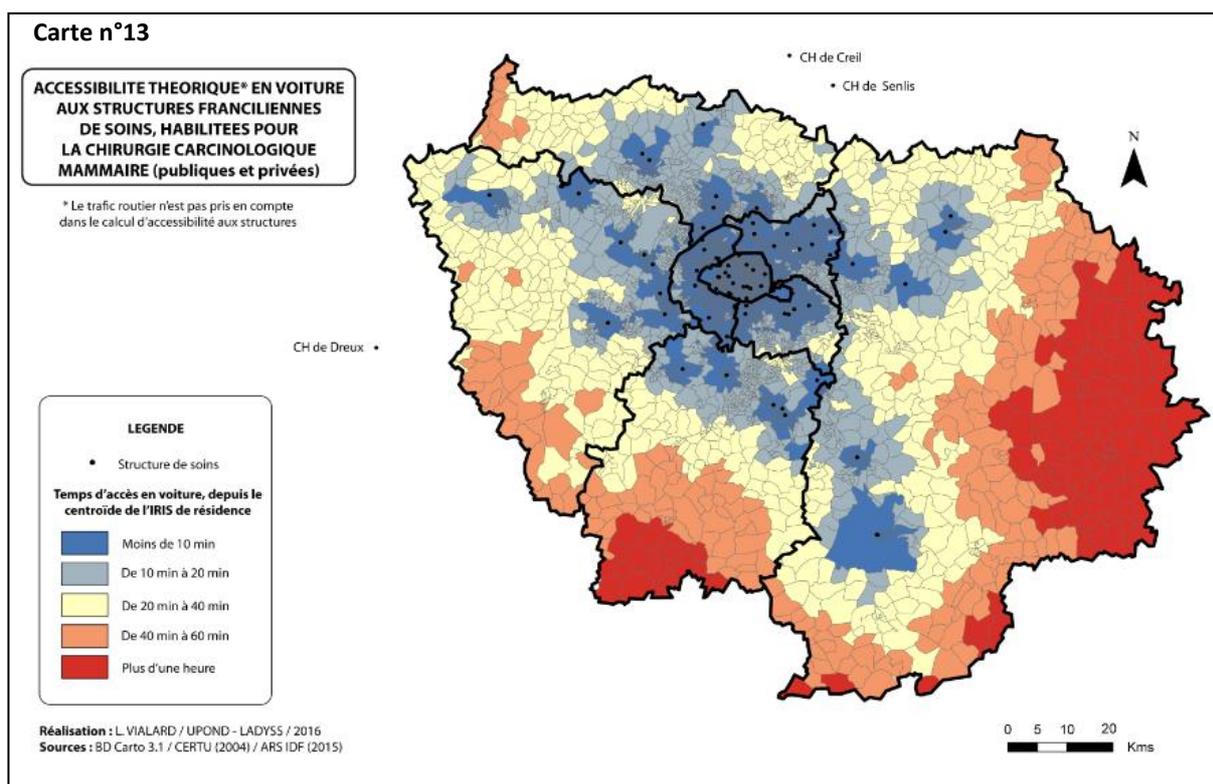
Source : ARS IDF, 2017

La tendance de la distribution spatiale des hôpitaux publics et ESPIC représentée par l'ellipse de l'écart-type⁷ sur la carte n°12 (page suivante), montre ainsi un schéma de répartition concentré autour du centre de l'agglomération. L'offre privée se situe également principalement dans des communes ou des ensembles urbains densément peuplés et polarisants. On s'aperçoit que l'ellipse de l'écart-type s'étire légèrement vers le sud-est, au-delà de la première couronne. En effet, l'offre privée est plus représentée que l'offre publique dans les départements de seconde couronne, et ce particulièrement pour le département de l'Essonne. Certaines communes-noyaux périphériques selon l'expression de S. Berroir et ses collègues (Berroir et al., 2007a), accueillent ainsi une offre de soins en carcinologie mammaire, à l'instar de Meaux en Seine-et-Marne ou de Mantes-la-Jolie dans les Yvelines. Quelques communes des villes nouvelles que sont Pontoise, Evry ou bien encore Jossigny proposent également une offre publique et / ou privée en chirurgie du cancer du sein. Bien que la majorité des établissements autorisés à opérer ce cancer se concentre à Paris et en première couronne, il existe donc des structures périphériques dans les départements de seconde couronne.

⁷ L'ellipse de l'écart-type (ou ellipse de déviation standard) permet de synthétiser graphiquement la dispersion d'un nuage de points. Le centre de l'ellipse correspond au centre de gravité du nuage. Les axes long et court de l'ellipse correspondent à la distance standard des points projetés sur deux axes x et y (Morency, 2006).



Toutefois, l'accessibilité aux centres de soins apparaît inégale entre les territoires de la région. Rappelons ici que pour R. Penchansky et J.W. Thomas, l'accessibilité constitue une des cinq dimensions de l'accès aux soins, qui correspond à la relation spatiale entre les usagers et l'offre de soins en termes de distance, de temps et selon les potentiels de mobilité des individus (Penchansky et Thomas, 1981). Comme le montre la carte n°13 (page suivante), le temps théorique d'accès en voiture depuis la commune de résidence des personnes jusqu'à l'établissement chirurgical suit un gradient croissant depuis le centre vers la périphérie de la région. En effet, en tenant compte de l'offre de soins existante dans les départements limitrophes de la région Ile-de-France, les femmes qui résident dans la moitié est de la Seine-et-Marne et le sud de l'Essonne se situent au moins à 40 minutes en voiture de l'établissement le plus proche autorisé à opérer le cancer du sein (sans compter la densité du trafic).



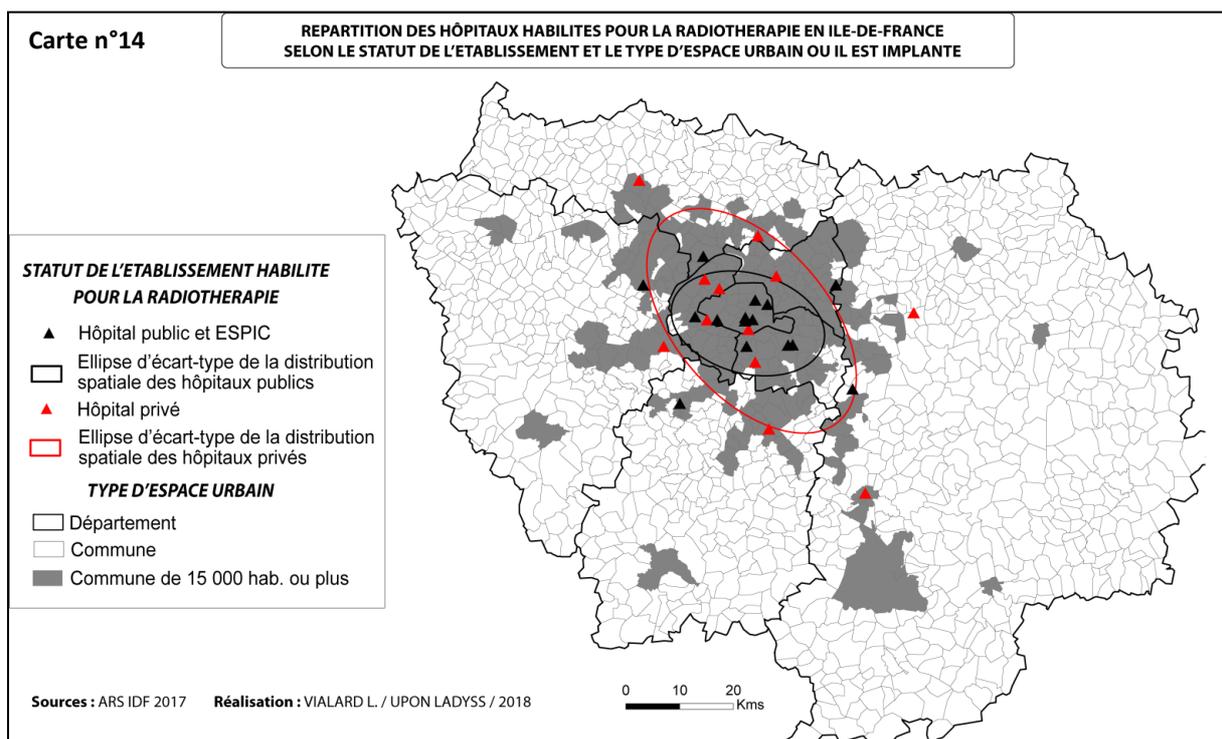
L'offre publique et privée d'intérêt collectif de radiothérapie est quant à elle, encore plus concentrée dans le cœur de l'agglomération parisienne que la chirurgie (cf. tableau n°5 ci-dessous). Avec six services publics (ou ESPIC) de radiothérapie dans l'enceinte de la capitale et trois structures dans le département du Val-de-Marne, la genèse du développement très centralisé de cette thérapeutique au cours de l'histoire a laissé des traces dans le paysage actuel de l'offre de soins. L'offre privée s'est développée parallèlement dans des espaces urbains relativement peuplés, où l'offre publique était globalement absente.

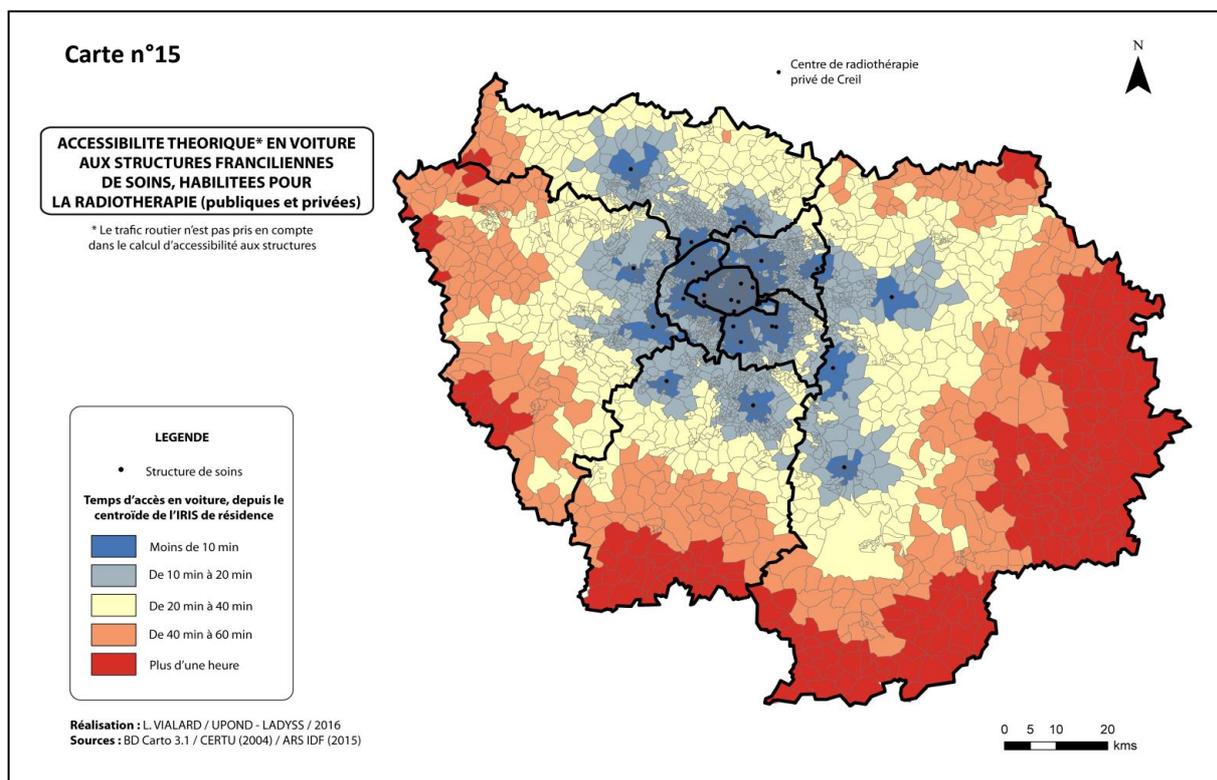
Tableau n°5 : Répartition de l'offre de radiothérapie en Ile-de-France (Paris, 1^e et 2^e couronne)

	Offre publique et ESPIC	Offre privée	TOTAL
Paris	6	1	7
Hauts-de-Seine	1	3	4
Seine-Saint-Denis	1	1	2
Val-de-Marne	3	1	4
Seine-et-Marne	1	2	3
Yvelines	1	1	2
Essonne	1	1	2
Val d'Oise	1	2	3
TOTAL	15	12	27

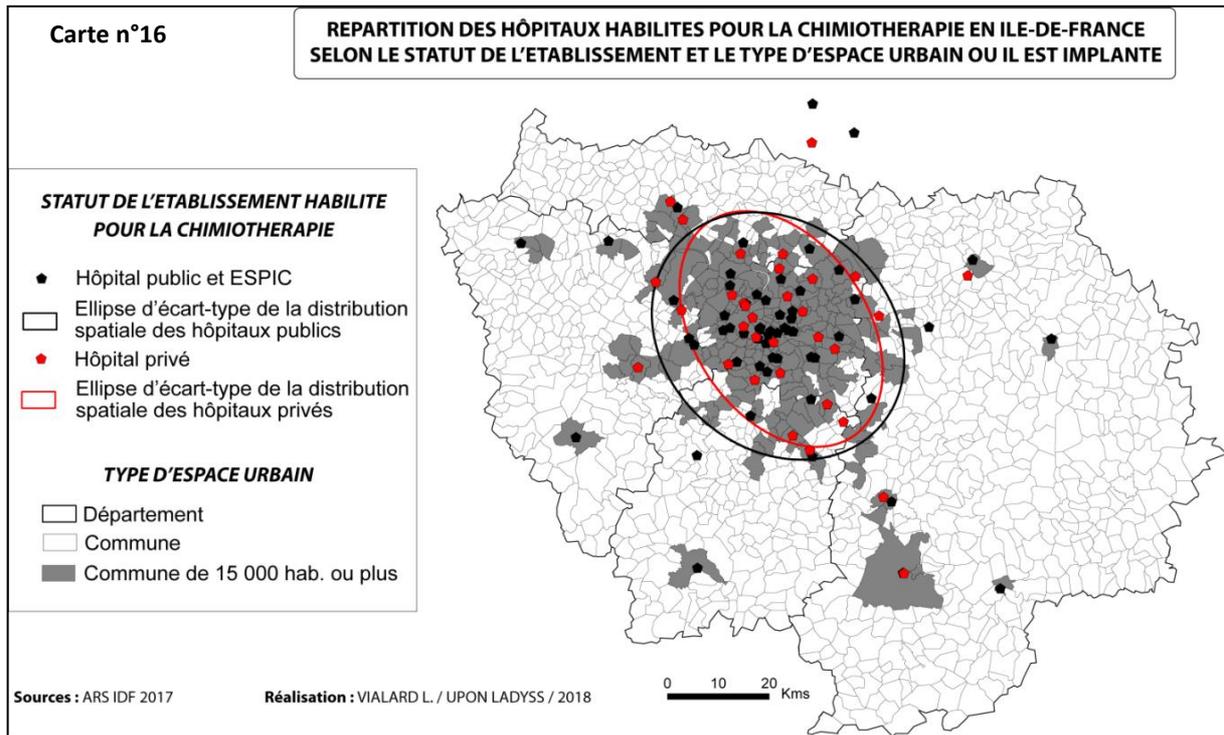
Source : ARS IDF 2017

Comme le montre la carte n°14, le département des Hauts-de-Seine accueille trois structures privées, dont deux sont situées dans le nord du département. L'ellipse de l'écart-type relative à la distribution spatiale de l'offre privée de radiothérapie apparaît plus étendue vers les départements de seconde couronne, comparativement à celle correspondant à l'offre publique et privée d'intérêt collectif. Certains pôles urbains secondaires comme Pontoise et Sarcelles dans le Val d'Oise, Versailles dans les Yvelines, Ris-Orangis dans l'Essonne ou encore Melun en Seine-et-Marne, accueillent ainsi des établissements privés habilités à administrer de la radiothérapie, notamment dans le cadre du traitement du cancer du sein. Néanmoins, les structures existantes restent concentrées en bordure intérieure des départements périphériques, ce qui signifie que le gradient centre-périphérie en termes d'accessibilité théorique aux structures, est encore plus marqué que pour la chirurgie (cf. carte n°15, page suivante).

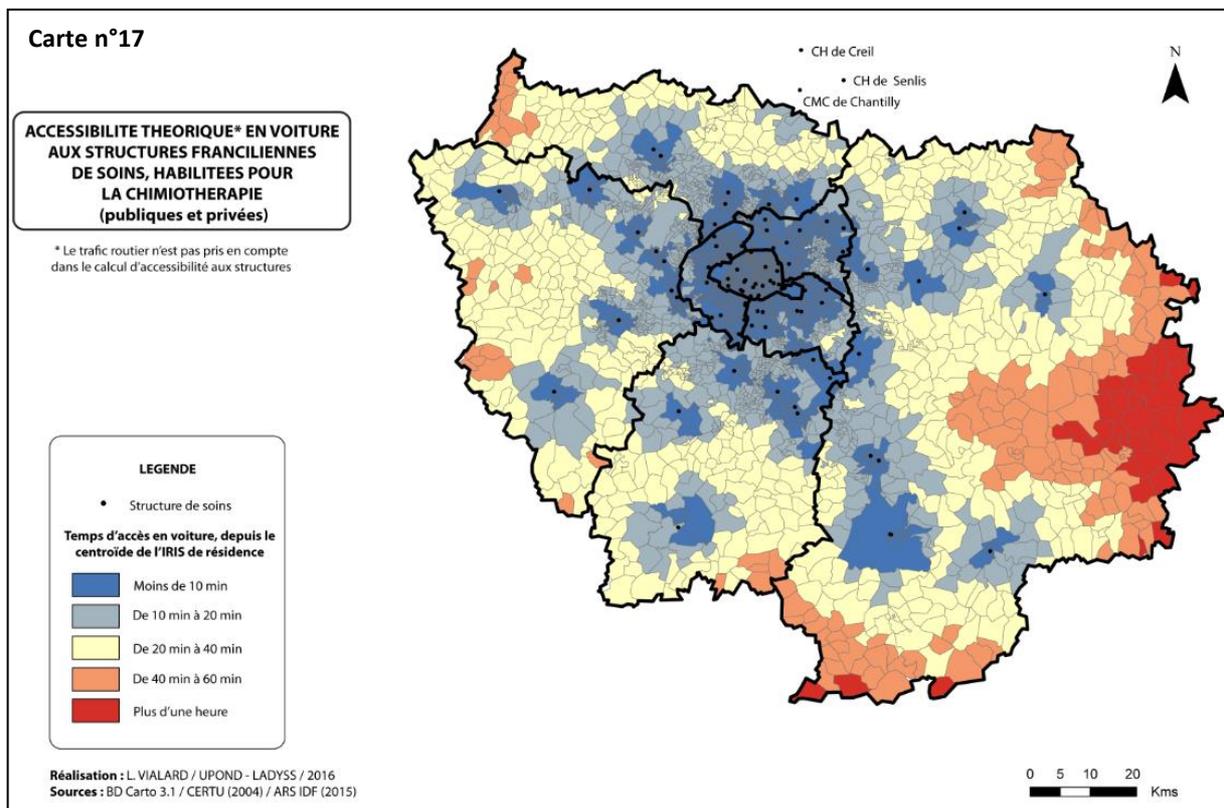




Enfin, la répartition de l'offre de chimiothérapie apparaît moins concentrée dans les pôles urbains anciens et s'étale sur le territoire régional de façon un peu plus homogène. Certaines communes-noyaux périphériques (Meaux, Melun, Fontainebleau, Rambouillet et Mantes-la-Jolie) et les villes nouvelles semblent accueillir une offre de proximité pour la chimiothérapie, notamment publique. Le département de l'Oise dispose également d'une offre publique et privée, potentiellement accessible aux femmes résidant dans le nord du Val d'Oise. Toutefois, il est important de préciser ici que les structures habilitées à proposer de la chimiothérapie ne sont pas toutes investies dans un centre de coordination en cancérologie de sénologie (cf. introduction générale, partie III, sous-partie2). Les oncologues médicaux de ces différents établissements ne sont pas forcément impliqués dans le traitement spécifique du cancer du sein. Par conséquent, certains d'entre eux ne proposent sans doute pas systématiquement de chimiothérapie contre le cancer du sein. Mais avec les données à notre disposition, il n'était pas possible de distinguer les hôpitaux qui développent spécifiquement ce type de chimiothérapie.



En postulant que tous les établissements autorisés à proposer de la chimiothérapie sont susceptibles de prendre en charge les femmes traitées pour un cancer du sein, seuls l'extrême sud et l'est de la Seine-et-Marne se trouvent à plus de 40 minutes en voiture d'un établissement de soins.



Parce que la région capitale concentre particulièrement les pôles hospitalo-universitaires prestigieux, l'offre de soins en oncologie s'y est développée de façon intense depuis le début du XXe siècle. Au gré de la concurrence entre les acteurs investis dans la recherche sur le cancer, les établissements de soins se sont répartis dans les pôles urbains suffisamment peuplés pour permettre une couverture sanitaire efficace des populations. Finalement, les franges internes et externes décrites par F. Gilli en 2003 au sein de la région Ile-de-France, correspondent globalement aux espaces où l'offre de soins est moins implantée et où le temps d'accès théorique en voiture est le plus élevé. Les populations résidentes de ces espaces pourraient ainsi souffrir d'un certain cumul de contraintes, à la fois sociales et spatiales, qui compliqueraient éventuellement leurs recours aux soins spécialisés.

Cependant, les dynamiques sociales et économiques de ces franges dépendent étroitement de la nature de l'environnement local et des phénomènes de polarisation que ce dernier suscite (Berroir et al., 2007a). Certaines communes des franges franciliennes, quand bien même elles sont polarisées par d'autres villes, peuvent constituer des espaces attractifs de la métropole. Or, comme nous en faisons l'hypothèse dans ce travail, les personnes qui résident dans les franges urbaines traversées par des dynamiques « avantageuses » sont potentiellement plus enclines à se déplacer et à s'adapter au système de soins. A ce sujet, il a été démontré que les pratiques spatiales des résidents des villes en perte d'attractivité résidentielle et/ou productive - les *shrinking cities* selon l'expression américaine d'origine (Cunningham-Sabot et al., 2010a) - sont globalement moins tournées vers les centres urbains et les pôles secondaires (Cauchi-Duval et al., 2017). S. Baudet-Michel émet également l'hypothèse que la concentration de l'offre de soins aurait tendance à s'opérer au profit des moyennes et grandes agglomérations françaises, au détriment des petites villes qui connaîtraient, pour certaines d'entre elles, un processus de déclin économique et démographique associé à une diminution de l'accessibilité aux soins (Baudet-Michel, 2015).

Ainsi, par rapport à la capacité à atteindre un service spécialisé de soins, le résultat pourrait être moins satisfaisant pour les résidents de ces zones en déclin que pour ceux coutumiers des centres et des ressources qui les traversent. Comme nous le verrons un peu plus loin dans ce chapitre, certaines communes franciliennes enregistrent des indicateurs économiques et démographiques qui ont tendance à traduire un processus de déclin tandis

que d'autres semblent traversées par des dynamiques plus favorables. Finalement, l'accès aux soins dans une métropole pourrait se dessiner de façon inégale en fonction des dynamiques urbaines vertueuses ou vicieuses à l'œuvre dans les territoires, plus que des situations avantageuses ou désavantageuses observées à un moment donné (Weden et al., 2011). Nous reviendrons plus amplement sur cette hypothèse lorsque nous décrirons les catégories de communes représentées grâce à l'indice synthétique des dynamiques urbaines, dans la deuxième partie de ce chapitre.

3) Métropolisation et accentuation des polarités sociales en Ile-de-France

Sous l'impulsion du phénomène de métropolisation, les fractures sociospatiales se sont particulièrement renforcées entre les espaces de la région francilienne depuis 1990. En Ile-de-France plus qu'ailleurs dans le pays, le processus de métropolisation a entraîné une explosion exceptionnelle du taux de cadres et de professions intellectuelles supérieures, des personnes diplômées de l'enseignement supérieur et des hauts revenus (Cauchi-Duval et Bergouignan, 2011). Cette surreprésentation des catégories socio-professionnelles diplômées est caractéristique des grandes métropoles, qui concentrent les fonctions économiques spécialisées en lien avec l'économie mondialisée (Preteceille, 1995). Dans un de ses travaux, C. Brutel montre que 18 % des emplois de l'aire métropolitaine de Paris étaient occupés par des cadres exerçant des fonctions intellectuelles supérieures en 2006 (recherche, commerce, gestion, culture et loisirs ou prestations intellectuelles). Ce taux est de loin le plus élevé parmi les 12 aires métropolitaines françaises qu'elle a identifiées (Brutel, 2011).

D'après la célèbre théorie de la « ville globale » formulée par S. Sassen, la pyramide sociale dans ces métropoles parties prenantes du réseau économique mondial aurait tendance à se dualiser. Les catégories sociales supérieures qui y sont devenues largement majoritaires, s'embourgeoieraient particulièrement tandis que les ouvriers seraient concernés par un important phénomène de paupérisation depuis la désindustrialisation. Les clivages spatiaux entre les quartiers aisés et pauvres seraient par ailleurs, particulièrement marqués (Sassen, 2004). Toutefois, bien que le constat d'un embourgeoisement constant de la région parisienne depuis 1990 soit indéniable (Fleury et al., 2012 ; Clerval et Delage, 2014), il semble que l'Ile-de-France soit actuellement le théâtre de jeux sociaux plus complexes. En effet, l'ancien « prolétariat industriel » a évolué vers un « prolétariat

tertiaire » ce qui a abouti à l'élévation globale du niveau de vie en faveur des classes moyennes et supérieures plus qu'à une dualisation entre cadres et ouvriers. Les professions intermédiaires ont effectivement beaucoup augmenté en parallèle des cadres et des professions intellectuelles supérieures (Preteceille, *op.cit.*). De plus, les travaux que nous venons de citer ont mis en évidence depuis cette période, l'augmentation « spectaculaire » du nombre de communes aux profils aisés qui représentaient environ un tiers des villes franciliennes en 2007. La répartition des activités économiques au profit de l'ouest de la métropole et l'augmentation des prix du foncier qu'elle a générée, a toutefois induit une sélection sociale différenciée des populations résidentes (Pumain et Saint-Julien, 2010) : d'un côté l'embourgeoisement a particulièrement progressé vers l'ouest tout en permettant une relative diversification sociale dans et autour des pôles urbains grâce à l'attraction d'employés qualifiés et de professions intermédiaires ; de l'autre, les communes de l'est ont connu des destins plus hétérogènes en fonction des opportunités locales (Clerval et Delage, *op.cit.*). Cet embourgeoisement global s'est donc traduit par un renforcement des polarités sociales entre les espaces plus ou moins attractifs en termes de revenus. Les communes au profil aisé se sont multipliées mais de façon concentrée dans le centre et l'ouest de la région, tandis que les villes socialement défavorisées se sont raréfiées tout en se concentrant en certains espaces de la région. Ainsi, le département de la Seine-Saint-Denis accueillait la grande majorité des communes très défavorisées en termes de revenus en 2007, mais également au regard du taux de chômage et du taux de personnes non diplômées. Ces espaces enregistraient par ailleurs une progression de ces indicateurs depuis 1990 traduisant un appauvrissement relatif des résidents au fil du temps (Fleury et al., *op.cit.*). La spécialisation sociale des espaces s'est donc renforcée.

Même si le phénomène s'est amorcé bien avant la métropolisation, la périurbanisation des ménages autour des zones denses de la région francilienne s'est parallèlement poursuivie avec la déconcentration des emplois dans les pôles secondaires (Berger, 2006). La pérennisation du processus a entraîné une accentuation des situations de division sociale autour des pôles secondaires de la métropole. En effet, ces derniers constituent autant des portes d'entrée dans le réseau métropolitain que des centres d'emplois et de services. Ainsi, le prix du foncier décroît de façon proportionnelle à la distance avec ces nœuds stratégiques. La concurrence résidentielle reste donc très vive, même loin des hypercentres de la région parisienne, entre les populations plus ou moins

fortunées qui convoitent un logement pavillonnaire autour de ces espaces attractifs (*ibid.*). Dès lors, les ménages socialement modestes, ouvriers et employés, sont repoussés à la lisière et au-delà des limites de la région Ile-de-France. Ces populations socialement pauvres subissent donc le double fardeau de l'éloignement aux ressources de la capitale et des pôles urbains, tout autant que le coût des mobilités contraintes. A titre d'illustration nous pouvons citer une recherche produite par S. Berroir et ses collègues au sujet de la différenciation sociale des flux domicile-travail entre les cadres et les ouvriers en région parisienne (Berroir et al., 2007b). Ce travail souligne le fait que les cadres et les ouvriers se déplacent selon des schémas fondamentalement différents dans la métropole. Les communes qui attirent exclusivement les cadres se situent dans le centre de l'agglomération ou dans l'ouest de la région, rarement dans l'est et si c'est le cas, dans des villes très proches de Paris. Cette catégorie d'actifs enregistre des trajets qui convergent vers un petit nombre de destinations. Les communes qui attirent les ouvriers sont beaucoup moins centrales et se situent dans les banlieues nord, est et sud de l'Ile-de-France ainsi que dans les franges externes. Les navettes de ce groupe de population active sont globalement plus dispersées dans l'espace francilien.

Depuis l'amorce de l'embourgeoisement de l'Ile-de-France au début des années 1990, les polarités sociales se sont accentuées entre les espaces socialement désavantagés, et ceux plus aisés qui représentent la majorité des communes de la région. Cependant, l'aide sociale au logement permet de maintenir partiellement les populations socialement désavantagées dans les centres urbains, qui se concentrent donc dans des quartiers spécifiques de logements sociaux. Les nouvelles lignes de fractures sociospatiales se dessineraient aujourd'hui davantage dans les espaces périurbains et dans des phénomènes de micro-ségrégations en des lieux bien particuliers de la métropole parisienne (Fleury et al., *op.cit.*).

Dans cette recherche, nous postulons que les inégalités d'accès aux soins se dessinent en partie selon ces lignes de fractures socio-spatiales. D'après la description que nous venons de réaliser, les populations socialement modestes qui résident dans les périphéries régionales pourraient rencontrer davantage de problématiques d'accès aux soins que les personnes socio-économiquement vulnérables qui habitent dans les noyaux urbains. Nous développerons cette hypothèse au travers d'un exemple particulier, dans le dernier chapitre du manuscrit. Néanmoins, il est important de revenir sur le fait que notre approche confère aux acteurs un pouvoir d'intervention sur leur environnement. Malgré le fait que

l'environnement social et spatial prédispose parfois à de plus amples difficultés d'accès aux soins, les individus sont capables de déployer localement des stratégies qui contredisent les approches déterministes.

4) Environnements locaux et « effet de lieu »

« Si la faible qualification de la population de ces quartiers [les quartiers politiques de la ville] peut expliquer leur fort taux chômage et, par la suite, leurs problèmes sociaux, ces derniers ne doivent pas être uniquement envisagés comme une seule variable externe, mais également comme une construction sociale, c'est-à-dire comme la conséquence d'un tissu social anémique; anomie qui se sera constituée aussi par les caractéristiques historiques et territoriales, par la difficulté d'y mobiliser des ressources adéquates » (Bidou-Zachariassen, 1997). Dans une recherche réalisée au sujet d'un quartier populaire d'Amiens, C. Bidou-Zachariassen montre comment des agents sociaux dominés par la structure sociale, sont parvenus à s'émanciper et à mobiliser des ressources de façon favorable grâce à une synergie collective territorialisée. Cet exemple est particulièrement intéressant pour souligner l'importance de ne pas considérer les dynamiques globales décrites dans la partie précédente comme inéluctablement déterminantes sur la situation des populations et de ces espaces. L'existence d'interactions locales vertueuses permet parfois la réalisation de trajectoires positives. Dans un article publié en 2015, Y. Jouffe et ses collègues ont également montré que les ménages socialement pauvres et dont les pratiques de mobilité sont globalement plus restreintes que les ménages aisés, ne subissent pas systématiquement leur situation comme une fatalité. A partir de l'exemple des communes périphériques franciliennes, les auteurs ont montré que les mobilités restreintes des ménages socialement modestes pouvaient également correspondre à des tactiques et des stratégies d'adaptation aux contraintes financières, professionnelles et d'accessibilité aux services auxquelles ils se confrontent. Ils privilégieraient la proximité pour développer leurs réseaux professionnel, social et amical afin de minimiser les charges financières qui pèsent sur le foyer et optimiser les déplacements professionnels ou de loisirs. *In fine*, dans certains cas, le projet de ces ménages populaires peut définitivement viser volontairement l'ancrage local pour « bénéficier de la proximité », en résistance à la norme de la mobilité qui s'impose aux habitants des grandes agglomérations (Jouffe et al., 2015).

Sur le thème du cancer du sein, des recherches principalement réalisées aux Etats-Unis ont montré que certaines communautés ethniques résidant dans des quartiers socialement très défavorisés pouvaient présenter des taux élevés de cancer du sein diagnostiqués à un stade précoce (Kuo et al., 2011 ; Mobley et al., 2012). En effet, dans les quartiers étudiés, la confiance entre pairs, la circulation de l'information et des conseils de recours aux soins amèneraient plus systématiquement les femmes à participer au dépistage du cancer du sein. La cohésion sociale particulièrement forte dans certains environnements résidentiels *a priori* à risque vis-à-vis des retards de diagnostic, peut être source d'une dynamique locale aux effets inattendus sur la santé.

Dans notre recherche, les données de santé à notre disposition ne nous permettent pas de descendre à une maille plus fine que la commune de résidence des femmes. Les éventuels effets de lieu sur le parcours de soins du cancer du sein, au sens que leur confèrent S. Macintyre et ses collègues, se jouent certainement à une échelle plus fine (Macintyre et al., 2002). Toutefois, nous faisons l'hypothèse que certaines dynamiques à l'œuvre à l'échelle de la métropole se cristallisent en partie dans la forme des parcours de soins. Dans le cas de l'Île-de-France, les inégalités de développement économique et social se sont dessinées entre les pôles et les marges de la région mais certaines situations singulières sont apparues dans la circulation de flux et l'émergence de pôles, indépendamment des caractéristiques générales des communes de la région ou même de la population résidente (Gilli, 2002). Au travers de l'indice synthétique des dynamiques urbaines que nous avons construit à l'échelle des communes franciliennes, nous avons essayé de distinguer les dynamiques qui relèvent de la composition socio-démographique des populations de celles qui ont trait à la densité et à l'attractivité des espaces entre eux. Grâce à cet outil, l'agencement spatial des communes au sein de la région est davantage pris en compte. Ce que nous désignons sous le terme d'agencement spatial correspond aux effets de distance, de proximité ou encore d'échanges de flux de personnes et de ressources, et nous postulons qu'il constitue un vecteur de l'accès aux soins (Salem et al., 2014). Dans la partie suivante, nous allons décrire les différentes catégories de communes que cet indice permet de décrire.

II. DECRIRE LES DYNAMIQUES URBAINES DES COMMUNES FRANCILIENNES

1) *Méthodologie de construction de l'indice synthétique des dynamiques urbaines*

A partir des années 1980, la communauté scientifique a développé de nombreux travaux sur les inégalités sociales de santé. Dans ce contexte, plusieurs indicateurs de désavantage social ont été élaborés. Le concept de désavantage social a été proposé par P. Townsend en 1987. Il l'a défini comme étant « un état observable et démontrable de désavantage relatif face à la communauté locale ou à l'ensemble de la société à laquelle appartient l'individu, la famille ou le groupe » (Townsend, 1987). Petit à petit en France et à l'étranger, des variantes et des adaptations locales ont été créées à partir de ce modèle anglo-saxon, pour permettre une surveillance en routine des inégalités de santé (Havard et al., 2008 ; Pampalon et al., 2012 ; Rey et al., *op.cit.*). Dans la continuité des travaux récemment développés en Californie par l'Institut de prévention du cancer (Gomez et al., 2011), Y. Fayet a proposé un indice de « qualité territoriale » pour l'étude des inégalités vis-à-vis des cancers rares en région Rhône-Alpes (Fayet, 2014). Cet indice est construit autour de trois dimensions - physique, sociale et médicale - regroupant chacune différentes variables descriptives des espaces considérés. Une typologie socio-spatiale a été produite à l'échelle des îlots regroupés pour l'information statistique (IRIS) de la région. Cette dernière permet de distinguer six types d'IRIS en fonction de leurs attributs sociaux et spatiaux, que l'auteur compare ensuite avec les inégalités observées face aux cancers.

Néanmoins, les dynamiques d'attractivité des espaces entre eux ne sont pas prises en compte dans ce travail. Or, comme nous l'avons largement développé jusqu'à présent dans ce manuscrit, nous postulons que les réseaux sociaux et spatiaux des acteurs investis sur le parcours de soins – soignants et soignés – s'enracinent dans des dynamiques urbaines qui sont à la fois le fruit de l'agencement spatial des communes entre elles, et de leurs différentes trajectoires économiques et socio-démographiques à travers le temps (cf. tableau n°3 page 91 ; Cummins et al., 2007). Par ailleurs, nous faisons l'hypothèse que ces dynamiques urbaines influencent potentiellement l'accès aux soins spécialisés des femmes dans le cadre du traitement du cancer du sein. A notre connaissance, hormis le travail proposé par M.M Weden et ses collègues en 2011, il n'existe pas d'indicateur synthétique

permettant de mesurer les dynamiques socio-spatiales à travers le temps et en lien avec les problématiques de santé. Nous avons donc créé un outil qui permet de synthétiser simultanément les processus d'agglomération et de dispersion, d'attraction et de répulsion, d'homogénéisation et de diversification des populations, des emplois et des revenus, existants en Ile-de-France entre 1990 et 2012. En effet, comme nous l'avons expliqué dans la partie précédente, la métamorphose de la région parisienne s'est globalement stabilisée dans les années 1990. Le rôle des communes périphériques et des pôles secondaires s'est consolidé, tandis que l'embourgeoisement s'est accentué notamment dans le centre de la région (Gilli, 2002). D'un point de vue méthodologique, les dynamiques sociales à l'œuvre dans un environnement relativement établi sont plus facilement comparables à partir de cette date. La méthode employée s'inspire de celle utilisée par Y. Fayet et l'équipe de M.M. Weden. Nous avons choisi de construire cet indice à l'échelle communale pour le croiser avec les données de santé utilisées dans cette recherche, uniquement disponibles à cette échelle.

a) Choix des variables intégrées dans l'indice synthétique

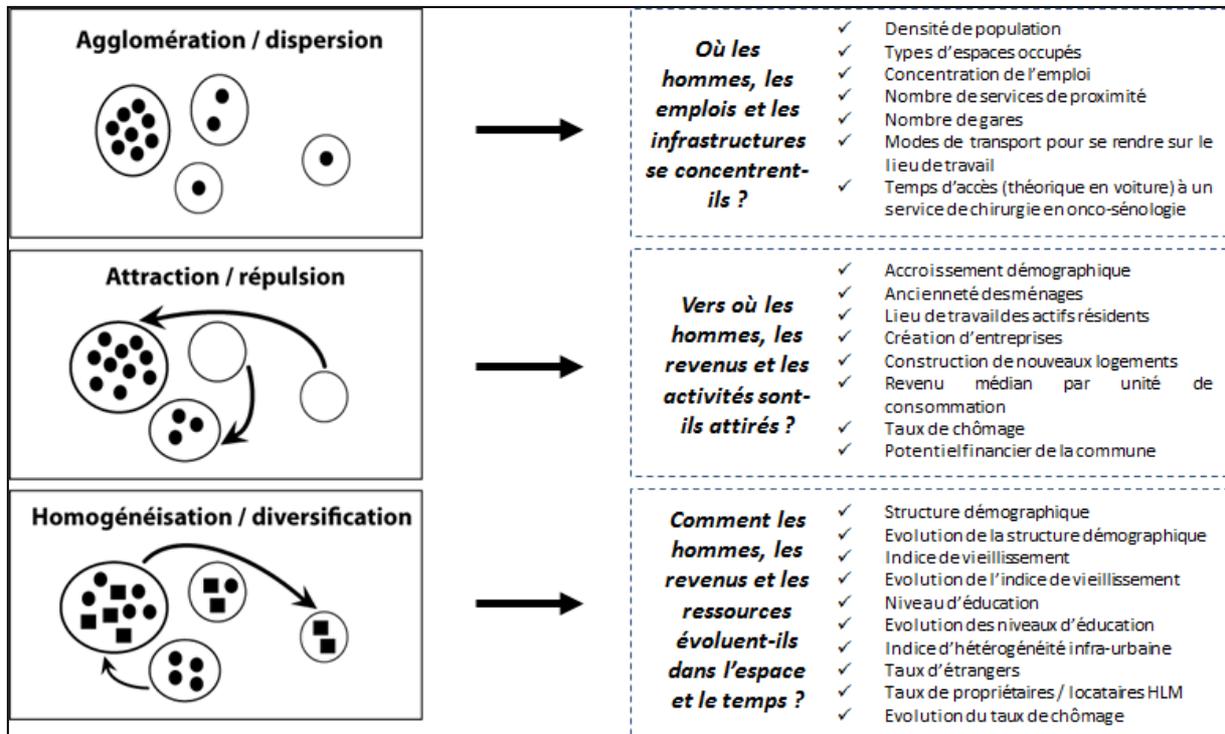
Après réalisation d'une revue de bibliographie sur les indices synthétiques existants et en fonction de la disponibilité des données à l'échelle communale, nous avons initialement sélectionné 75 variables. L'ensemble de ces variables est présenté dans l'annexe n°6, avec les sources et les références bibliographiques qui nous ont conduits à les sélectionner. De nombreuses variables ont été initialement choisies malgré leur redondance, mais l'objectif de l'analyse univariée initiale était de repérer les variables les plus pertinentes dans le cadre de notre réflexion. Nous reviendrons plus loin sur les différentes étapes analytiques.

Ces variables décrivent globalement trois types de processus. Le premier concerne la dimension d'agglomération de la population et des infrastructures. Nous avons cherché à repérer les communes les plus densément peuplées et à caractériser la densité et le type de bâti. Des indicateurs de concentration d'emploi, de services de proximité et de transports en commun ont également été mobilisés, ainsi que le temps d'accès à une offre chirurgicale en onco-sénologie. L'hypothèse sous-jacente à la prise en compte de ces variables était que l'accessibilité aux soins spécialisés est plus aisée pour les femmes qui résident dans les centres urbains denses et à proximité de l'offre de soins.

La seconde dimension modélisée concerne l'attractivité des espaces. A travers cet axe, nous postulons que les espaces attractifs, traversés par des flux de personnes et de ressources s'inscrivent dans une spirale vertueuse (facilitant le dynamisme démographique, économique, l'installation de population plus jeune, mieux formée, plus aisée se traduisant par de meilleurs états de santé). *A contrario*, les communes en déclin démographique et socio-économique - les *shrinking cities* - s'accompagnent d'une mise en retrait progressive des pôles majeurs de développement (départ des plus jeunes et des plus formés et maintien d'une population socialement désavantagée) et de situations sanitaires plus dégradées (Schmoll et al., 2010 ; Exeter, 2009). Certains travaux ont également mis en lumière l'effet de la décroissance urbaine sur la densité de services et notamment de l'offre de soins (Baudet-Michel, 2015). Les ressources fiscales des communes concernées par cette dévalorisation économique et résidentielle étant directement influencées, elles n'ont pas les moyens ni d'attirer ni d'entretenir les infrastructures et les équipements (Cunningham-Sabot et al., 2010b). De plus, indépendamment de leur niveau socio-économique et de la densité urbaine, nous faisons l'hypothèse que les femmes résidant dans ce type de communes en Ile-de-France présenteraient un réseau social restreint, qu'elles seraient moins mobiles et potentiellement moins intégrées aux réseaux de soins et de santé existants dans la région. Ce type de phénomène a déjà été montré dans les travaux de N. Cauchi-Duval et de ses collègues, au sujet des petites aires urbaines françaises en décroissance (Cauchi-Duval et al., 2017). Ces territoires ont la particularité d'être moins connectés au système métropolitain, ce qui est synonyme d'un éloignement des flux de ressources et de personnes.

Les variables utilisées pour qualifier cette dynamique concernent l'accroissement démographique depuis 1990 jusqu'en 2012, le taux de création d'entreprises et de construction de nouveaux logements, l'attractivité résidentielle des actifs ou encore le niveau des revenus par unité de consommation. Le potentiel fiscal par habitant reflète quant à lui, la richesse de la municipalité en fonction des impôts payés par les entreprises et les particuliers présents sur leur territoire.

Schéma de synthèse des variables intégrées aux 3 dimensions de l'indice synthétique des dynamiques urbaines



Enfin, la dernière dimension de l'indice synthétique a pour objectif de décrire le processus d'homogénéisation ou de diversification socio-démographique des communes franciliennes. A travers les variables décrivant la structure par âge de la population résidente, le niveau d'éducation en 2012 ainsi que l'évolution de ces différents indicateurs depuis 1990, nous avons tenté de capter les éventuels effets d'homogénéisation ou de diversification socio-démographique pendant une décennie. Pour qualifier le degré de vieillissement de la population des communes, nous avons utilisé un indice de vieillissement qui correspond au rapport entre l'effectif de population âgée de 65 ans ou plus et l'effectif de population de moins de 20 ans (INSEE Rhône-Alpes, 2010). Le statut de propriétaires ou de locataires HLM, le taux d'étrangers ainsi que l'évolution du taux de chômage depuis 1990 ont également été pris en compte dans cette dimension. Enfin, un indice de division socio-spatiale de chaque commune à l'échelle des IRIS a été intégré à ce groupe de variables. Ce dernier correspond au premier axe d'une analyse en composantes principales (ACP) réalisée à partir du revenu médian par unité de consommation, du taux de bacheliers, du taux d'ouvriers et du taux de chômage mesurés à fine échelle (Rican et al., 2010 ; Rey et al., 2011). La limite de cet indicateur est qu'il ne peut être mesuré que dans les communes de plus 10 000 habitants (communes irisées).

b) Méthode de construction de l'outil

Toutes les variables ont ensuite été centrées et réduites afin de permettre leur comparaison. A partir de la sélection initiale, les principaux indicateurs de distribution et de forme des séries statistiques nous ont permis d'exclure celles qui étaient les moins discriminantes (15 variables exclues) (cf. annexe n°7 partie 1). Dans un second temps, une ACP a été réalisée avec l'ensemble des variables conservées, pour repérer les indicateurs marqués par une colinéarité trop forte (cf. annexe n°7 partie 2). Finalement, 48 variables ont été retenues pour la construction de l'indice synthétique, dont 2 variables de pondération, à savoir la surface bâtie pour la dimension d'agglomération / dispersion et l'effectif d'habitants en 2012 pour les deux autres dimensions. Néanmoins, les différents axes de l'ACP générale sont difficiles à interpréter et surtout, les contrastes de densités de population et de bâti prédominent sur les autres dimensions que l'indice est censé décrire. C'est pourquoi nous avons dissocié les différents types de dynamiques dans la construction de l'indice. Trois ACP différentes ont finalement été réalisées et les trois premiers axes de chacune d'entre elles ont été conservés. Les 3 axes de la première ACP permettent de synthétiser 67,1% des dynamiques d'agglomération et de dispersion à l'œuvre dans les communes de la région. Pour la dimension représentant les dynamiques d'attraction / répulsion, le pourcentage s'élève à 70,7% et enfin pour la dernière, les 3 axes permettent de récolter 65,9% de la variabilité entre les villes d'Ile-de-France. Les résultats de ces ACP sont intégralement décrits en annexe n°8, avec les cartes correspondant à la répartition spatiale des variables sur les axes.

La dernière étape de la construction de l'indice synthétique a consisté en la création d'une classification ascendante hiérarchique (CAH) à partir des 9 axes des ACP. Dans cette CAH, chacun des axes a été pondéré par son pourcentage respectif d'inertie afin de respecter les puissances d'interactions statistiques propres à chaque ACP. Contrairement aux recommandations de bonnes pratiques en géographie – *i.e.* 7 ou 8 classes au maximum pour une représentation cartographique (Béguin et Pumain, 2010) - nous avons choisi de construire cette typologie en 10 classes. En effet, à partir des indicateurs sélectionnés, 2 catégories de communes sont apparues très atypiques en Ile-de-France et ne pouvaient être rassemblées avec aucune autre catégorie de la typologie. Bien qu'elles soient composées d'un très petit nombre de villes, nous n'avons pas pu les agréger avec d'autres types d'espaces. Elles ne sont donc pas mobilisées pour l'analyse des parcours de soins. Un

moindre nombre de classes aurait conduit à amalgamer différentes communes situées à la charnière des espaces centraux et périurbains, qui nous semblaient intéressantes dans le cadre de notre travail. En définitive, la CAH permet d'atteindre un pourcentage d'inertie de 62,8% ce qui nous conforte dans le fait qu'il s'agit d'un outil intéressant et valide pour la recherche. Associé avec une analyse par département, ce découpage nous a permis d'analyser plus finement la forme des parcours de soins des femmes soignées pour un cancer du sein. Dans cette partie, il s'agit de présenter les profils des communes selon les différentes catégories auxquelles elles appartiennent. Les médianes et les écarts interquartiles des variables intégrées dans l'indice synthétique sont présentées en annexe n°9, pour chacune des classes spatiales.

2) Les pôles urbains centraux et secondaires

D'après notre typologie, les pôles urbains centraux et secondaires (ou les communes-noyaux périphériques selon S. Berroir et ses collègues) se décomposent en 4 catégories différentes : l'hypercentre de la région francilienne, les communes-noyaux socialement populaires, les communes résidentielles socialement populaires et les communes résidentielles socialement aisées.

a) L'hypercentre de la région francilienne : Paris et les communes limitrophes à l'ouest

L'hypercentre de la métropole regroupe Paris ainsi que les communes limitrophes du département des Hauts-de-Seine. Ces communes se caractérisent par une très forte densité de population, de logements collectifs et dans une moindre mesure, d'espaces d'activités. La disponibilité de services de proximité, de transports en commun ainsi que de l'offre en chirurgie du cancer du sein est très élevée. Ces espaces sont très attractifs pour les activités et les hauts revenus, même si l'accroissement démographique est resté stable depuis 1990. Les jeunes trentenaires diplômés de l'enseignement supérieur et dont les revenus sont particulièrement élevés sont largement surreprésentés parmi la population. Ils n'ont pas tendance à durablement s'installer dans ces territoires mais au quotidien, les flux domicile-travail ont lieu pour beaucoup dans leur commune de résidence. L'embourgeoisement a été majeur depuis 1990, avec une élévation de 30% des personnes diplômées de l'enseignement supérieur entre 1990 et 2012 et une baisse importante des titulaires d'un BEP-CAP ou d'un BEPC. Certains quartiers de logements sociaux existent néanmoins au sein de ces

communes, et le taux de chômage dépasse de 2% la médiane francilienne. Les inégalités infra-urbaines y sont donc importantes. On notera enfin que l'indice de vieillissement, bien qu'il soit très élevé en 2012, a négativement évolué depuis 1990, et que le taux de familles avec enfants est également faible dans cette catégorie de communes.

b) Les communes-noyaux socialement populaires, péricentrales ou périphériques

Dans cette catégorie spatiale, nous retrouvons des villes comme Saint-Denis ou Créteil en première couronne tout autant que Trappes ou Provins en seconde couronne. Ces communes-noyaux concentrent une forte densité de population et de bâti. On y trouve un grand nombre de services aux particuliers, de gares du réseau ferré, et l'offre de chirurgie en carcinologie mammaire est généralement disponible à proximité. La particularité de cette catégorie d'espace est la densité très élevée de l'emploi et des activités économiques, dont le taux est le plus important des différentes catégories en 2012. L'attraction des activités productives a été importante pendant la période étudiée puisque le taux de création d'établissements économique s'élève à 19%. La densité de population a, par ailleurs, continué à augmenter entre 1990 et 2012. Le potentiel fiscal par habitant dans ces villes est donc assez important, ce qui signifie que les communes ont potentiellement les moyens d'investir dans les services publics. Toutefois, presque la moitié des actifs travaillent hors de leur commune de résidence ce qui traduit une déconnexion du marché local de l'emploi pour cette partie de la population. En effet, le taux de chômage apparaît deux fois plus élevé que la médiane francilienne et il a augmenté de 5% sur la période étudiée. La population aurait donc tendance à s'appauvrir, comme l'indique le revenu médian par UC qui était très faible en 2012 ainsi que le taux très élevé de locataires HLM (37%). Ce sont dans ces communes que le taux de familles monoparentales est le plus élevé (+/- 14%) tout comme la part des personnes non diplômées. Par ailleurs, la diminution du taux de non diplômés entre 1990 et 2012 a été minime comparativement aux autres espaces de la région. Les inégalités infra-urbaines sont très marquées, du fait de l'arrivée de nouveaux actifs attirés par l'offre locale d'emplois qualifiés. Enfin, la population est globalement jeune, comme l'indique l'importante part que représentent les personnes âgées de 25 à 39 ans et le faible indice de vieillissement. Les personnes étrangères sont très concentrées dans ces espaces (17%).

c) Les communes résidentielles populaires, péricentrales ou périphériques

Les communes de Massy dans l'Essonne, de Maisons-Alfort dans le Val-de-Marne ou encore d'Erment dans le Val d'Oise appartiennent par exemple, à cette catégorie spatiale. Elles se situent généralement en périphérie des communes-noyaux populaires décrites dans le paragraphe précédent. La spécificité de ces communes est qu'elles sont densément peuplées et bâties mais elles ont une fonction principalement résidentielle. En effet, la surface occupée par le logement pavillonnaire s'élève à plus de 25% ce qui représente de loin, le plus fort taux de la typologie. Les services de proximité et les gares du réseau ferré sont présents dans ces espaces, mais les actifs utilisent légèrement plus la voiture que les transports en commun pour se rendre sur leur lieu de travail. L'offre chirurgicale en carcinologie mammaire est relativement accessible, mais moins directement que dans les deux catégories précédentes. Ces communes attirent peu les très hauts revenus et le taux de création d'établissements économiques est moyen, ce qui signifie que le potentiel fiscal par habitant reste modeste. Les populations résidentes présentent un taux de chômage élevé, qui a beaucoup augmenté depuis 1990. Les taux de personnes non diplômées, de familles monoparentales et de locataires HLM sont importants tandis que le revenu médian par UC est globalement faible. Néanmoins, les personnes ayant suivi des études supérieures y sont plus représentées que dans la catégorie précédente, et leur part a davantage augmenté depuis 1990. Par ailleurs, la diminution des taux de personnes titulaires du BEPC ou d'un BEP-CAP a été relativement marquée depuis 1990. L'indice d'inégalités infra-urbaines traduit donc d'importants contrastes sociaux à l'échelle des IRIS. La particularité de ces communes comparativement à la précédente catégorie est également que l'indice de vieillissement a beaucoup augmenté pendant la période étudiée. La population aurait donc tendance à vieillir dans ces espaces particulièrement populaires.

d) Les communes résidentielles péricentrales ou périphériques, socialement aisées

Les villes de Versailles dans les Yvelines, de Fontainebleau en Seine-et-Marne appartiennent à cette catégorie, tout comme Rueil-Malmaison dans les Hauts-de-Seine ou Saint-Maur-des-Fossés dans le Val-de-Marne. Les densités de population et de bâti dans ces communes sont importantes comparativement aux espaces plus périphériques et à la médiane régionale. Les services de proximité et les gares du réseau ferré sont présents, mais les actifs utilisent 2 fois plus la voiture pour se rendre sur leur lieu de travail que les

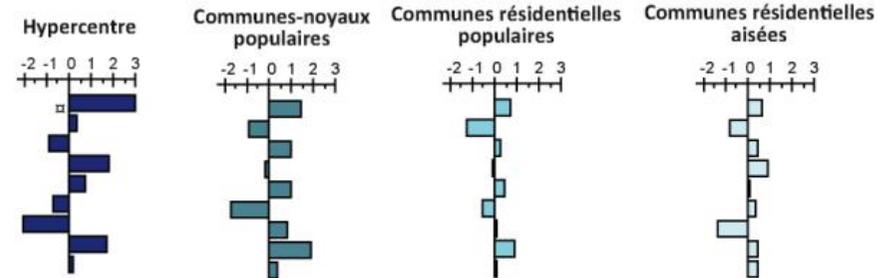
transports en commun. L'offre spécialisée en chirurgie du cancer du sein (publique et privée confondue) est très disponible au sein de ces espaces. Même si l'indice de concentration d'emploi est assez élevé, ces communes assument également une fonction résidentielle. La concentration du logement pavillonnaire est effectivement élevée, et le taux de propriétaires atteint 65%. Toutefois, 16% des habitants travaillent dans leur commune de résidence ce qui est plus élevé que la médiane régionale. Ces communes périphériques sont particulièrement attractives pour les populations aisées depuis 1990, et elles se sont fortement embourgeoisées. Parmi les pôles urbains, c'est effectivement dans cette catégorie que le taux de locataires HLM est le plus faible (9%). Le revenu médian par UC est très élevé, et le potentiel fiscal par habitant est important. Les populations ayant récemment emménagé cohabitent avec les personnes qui résident dans leur ville depuis plus de 30 ans. Le taux de personnes ayant suivi des études supérieures est presque aussi important que dans l'hypercentre francilien (63%), tout comme l'évolution de ce taux depuis 1990 (+ 27%). Par conséquent, le taux de chômage est faible et la part des personnes titulaires d'un BEP-CAP a fortement diminué depuis 1990. Enfin, le taux de personnes âgées de 25 à 39 ans a décliné moins rapidement que dans le reste de la région tandis que l'indice de vieillissement, très élevé en 2012, a augmenté de façon majeure depuis 1990.

La synthèse présentée sur la page suivante, décrit les profils de ces catégories spatiales dans la classification ascendante hiérarchique (CAH). Rappelons ici que les 9 composantes de la CAH correspondent aux 9 axes des ACP réalisées à partir des 3 dynamiques modélisées dans l'ISDU. Ces quatre catégories de communes présentent des densités de population et de bâti élevées à très élevées. Néanmoins, nous pouvons noter que pour l'hypercentre, le second axe est assez difficile à interpréter sans se référer aux médianes et écarts interquartiles spécifiques des différentes variables. En effet, les communes appartenant à l'hypercentre sont extrêmement dotées en gares du réseau ferré contrairement à ce qu'indiquent les résultats de l'ACP pour cette catégorie. D'après le profil de ces communes hypercentrales, il apparaît qu'une dynamique d'embourgeoisement et d'attraction des revenus coexiste avec la présence et le turn-over résidentiel de populations socialement désavantagées.

Dans le paragraphe suivant, nous allons décrire la catégorie de communes qui se situe à la charnière des pôles urbains et des communes périurbaines de notre typologie.

Synthèse des profils n°1 Les pôles urbains centraux et périphériques en Ile-de-France : profils des classes dans la CAH

Communes périurbaines / centres urbains
 Accessibilité en transports en commun / en voiture (sauf Paris)
 Communes résidentielles / concentration de l'emploi et des activités
 Attractivité résidentielle / attraction des revenus et des activités
 Enracinement des populations aisées / attractivité et turn-over des populations défavorisées
 Concentration des populations désavantagées / attractivité des populations aisées
 Embourgeoisement / appauvrissement des populations résidentes
 Périurbanisation / gentrification
 Présence et arrivée de jeunes diplômés et de familles / communes vieillissantes



Chaque bâton représente la distance de la moyenne de chaque classe à la moyenne générale.
 Cette distance est exprimée en nombre d'écart-types de chaque variable
 π : bâton coupé à ± 3 écart-types



L'hypercentre : Paris (©Xantana)



Commune-noyau populaire : Saint-Denis (©Robert Grahn AFP)



Commune résidentielle populaire : Ermont
 (©Municipalité d'Ermont - Val d'Oise)



Commune résidentielle aisée : Versailles
 © Ville de Versailles - Drive Productions)

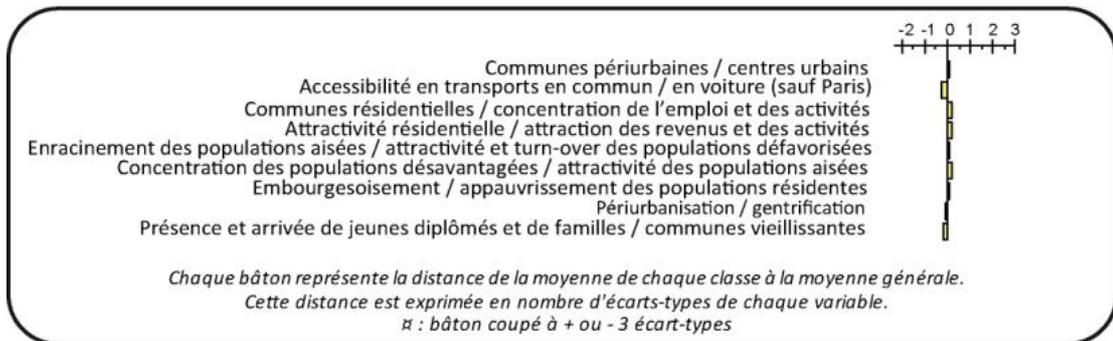
3) Les communes « de l'entre-deux »

Les plus grandes communes de cette catégorie spatiale sont Claye-Souilly en Seine-et-Marne, Maurepas dans les Yvelines ou encore l'Isle-Adam dans le Val d'Oise. Cette catégorie correspond à une frontière entre les espaces densément peuplés et bâtis de la région francilienne et ceux plus périurbains de notre typologie. Les médianes des différentes variables sont globalement équivalentes à celles de la région. En effet, les densités de population et de bâti correspondent environ à la médiane francilienne, tout comme le nombre de services aux particuliers, la concentration de l'emploi et le temps d'accès à un établissement habilité à opérer le cancer du sein. Ce dernier s'élève à environ 20 à 25 minutes en voiture. Les gares du réseau ferré sont peu nombreuses et les actifs utilisent 5 fois plus leur voiture que les transports en commun pour se rendre sur leur lieu de travail. Même si les effectifs d'habitants s'élevaient à 2500 personnes en 2012, l'accroissement démographique a été important depuis 1990 (+21%) ainsi que le taux de construction de nouveaux logements. Ces communes principalement pavillonnaires, semblent donc attractives du point de vue résidentiel. La médiane des revenus médians par UC est globalement modeste mais les populations résidentes présentent des profils mixtes. La part des personnes qui ont suivi des études supérieures est équivalente à la médiane francilienne soit 37%, et les personnes titulaires d'un BAC ou d'un BEP-CAP représentent 42% de la population. Dans ces villes, les familles avec enfants sont bien représentées et le taux de propriétaires atteint 78% des résidents. Le taux de chômage est égal à la médiane francilienne et il a peu augmenté depuis 1990.

Pour ce groupe de communes, tous les indicateurs se situent au niveau de la médiane francilienne et sont caractérisés par une certaine stabilité. L'espace est peu dense mais les services de proximité existent néanmoins. L'offre de chirurgie carcinologique mammaire n'est pas directement disponible mais elle n'est pas non plus très éloignée. De nouveaux habitants arrivent mais les anciens restent. Enfin, les profils sociaux des populations apparaissent relativement mixtes. Si les pratiques sociales et spatiales des habitants sont multiples et peu polarisées par les espaces environnants, la forme des parcours de soins pourrait s'avérer être particulièrement diversifiée.

Synthèse des profils n°2

Les communes de «l'entre-deux» : profil de classe dans la CAH



L'Isle-Adam - Val d'Oise (© Caroline Fontana)

4) Les communes périurbaines de la région francilienne

Les communes périurbaines comportent 3 types de catégories spatiales d'après notre typologie, dont les dynamiques d'attractivité et les profils de population sont sensiblement différents : les communes résidentielles aisées et vieillissantes, les petites communes résidentielles populaires très attractives et les communes résidentielles populaires qui s'appauvrissent.

a) Les communes résidentielles aisées et vieillissantes

Cette catégorie spatiale regroupe des communes qui se situent globalement dans les périphéries de l'Ouest parisien. Les villes de Montesson dans les Yvelines, d'Épinay-sur-Orge dans l'Essonne ou encore de Viarmes dans le Val d'Oise, en font partie. Les densités de

population et de bâti sont faibles, et elles ont peu augmenté depuis 1990. Les services de proximité sont rares, tout autant que les gares du réseau ferré. Les actifs se rendent 6 fois plus sur leur lieu de travail en voiture qu'en transports en commun. Le temps médian d'accès à la chirurgie du cancer du sein s'élève à 30 minutes en voiture. Ces communes résidentielles sont essentiellement pavillonnaires et peu attractives pour les activités économiques. Il est intéressant de noter que les résidents de ces espaces sont ceux qui sont les plus durablement enracinés dans leur commune de résidence puisque la part des personnes ayant emménagé depuis plus de 30 ans est la plus élevée de la typologie (environ 20%). Le taux de propriétaires atteint presque 85% et la part des retraités est particulièrement élevée (31%). L'indice de vieillissement de la population est le plus important des différentes classes spatiales, tout comme l'évolution de ce chiffre depuis 1990. Toutefois, les revenus des habitants sont relativement élevés, tout comme la part des personnes ayant suivi des études supérieures et son taux d'évolution depuis 1990. Mais à cause de la faible attractivité productive de ces communes, le potentiel fiscal par habitant reste modeste.

b) Les petites communes résidentielles populaires et très attractives

Ce groupe de communes ne compte que 45 unités spatiales, dont les effectifs d'habitants sont peu élevés. Nous pouvons citer à titre d'exemple, les communes d'Oisery et d'Armentières-en-Brie en Seine-et-Marne qui comptent respectivement plus de 1 000 habitants. Proportionnellement au nombre de résidents en 1990, l'accroissement démographique est notable et le taux de construction de nouveaux logements depuis 2001 est relativement élevé. L'offre chirurgicale en carcinologie mammaire se situe globalement à plus de 45 minutes en voiture. La particularité de cette catégorie spatiale, comparativement à la suivante, concerne l'évolution de l'activité économique présente et / ou productive : bien que la concentration de l'emploi et des activités soit faible, le taux de création de nouveaux établissements économiques apparaît extrêmement élevé depuis 1990 (+33%). Néanmoins, au regard de l'effectif initial d'entreprises implantées localement, il faut relativiser cette importante évolution qui peut être partiellement trompeuse. Nous pouvons également noter que la part des personnes non diplômées a connu la baisse la plus marquée des différentes catégories spatiales (- 10%). Ce taux a été compensé par une augmentation équivalente de la part des bacheliers parmi la population. En 2012, la part des personnes

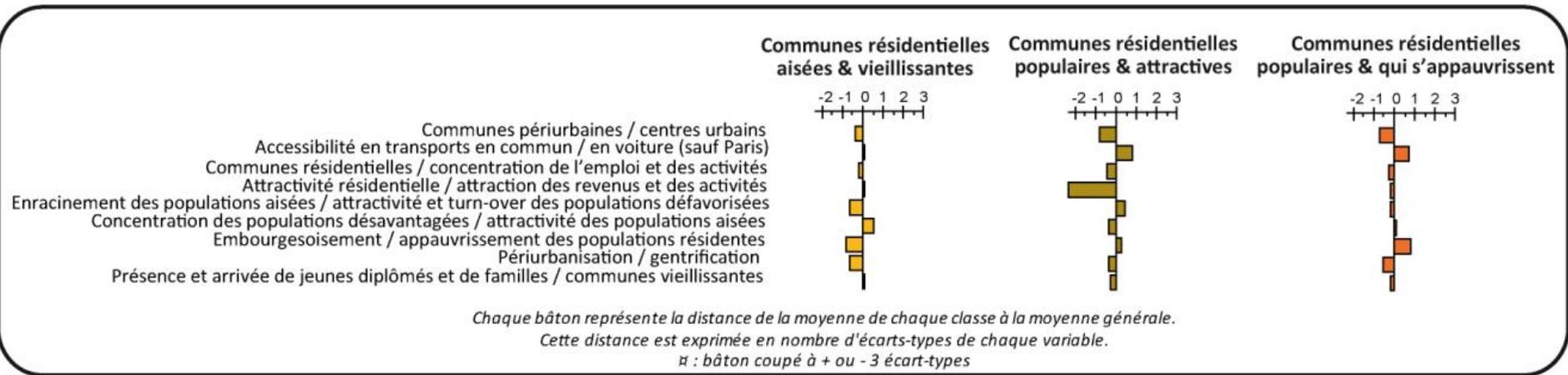
ayant suivi des études supérieures est faible tandis que les taux de titulaires d'un BEP-CAP et du BAC sont particulièrement élevés. Par conséquent, les populations résidentes enregistrent des revenus médians par UC modestes. Les habitants sont très enracinés dans ces territoires : le pourcentage des personnes propriétaires est le plus élevé de la typologie, et la part des personnes résidant dans la commune depuis plus de 30 ans est particulièrement importante. Ces communes pourraient typiquement correspondre aux villes qui rencontrent une dynamique vertueuse du fait de conditions locales spécifiques, indépendamment de leur faible capacité de polarisation et du niveau de vie des populations résidentes (Gilli, 2002).

c) Les communes résidentielles attractives, populaires et qui s'appauvrissent

Cette catégorie de communes regroupe également des villes peu peuplées, qui se trouvent principalement dans la moitié est de la Seine-et-Marne et dans le sud de l'Essonne. Les communes de Marolles-sur-Seine en Seine-et-Marne ou encore de Cerny dans l'Essonne font partie de cette classe spatiale. Les services de proximité sont rares, et l'offre de chirurgie pour le cancer du sein se trouve généralement à plus de 40 minutes en voiture. Bien qu'elles accueillent un faible effectif de population, ces communes ont enregistré un fort accroissement démographique entre 1990 et 2012. En effet, ce taux a augmenté de 29% pendant la période étudiée ce qui constitue un chiffre très élevé comparativement aux villes que nous avons décrites jusqu'à présent. La forte attractivité résidentielle semble concerner surtout les familles avec enfants et les personnes âgées de 40 à 59 ans. Le taux d'évolution de cette tranche d'âge correspond à la plus forte augmentation de la typologie depuis 1990. Les ménages résidents dans ces communes semblent globalement peu diplômés. En effet, la part des personnes titulaires d'un BEP-CAP s'élève à environ 31% soit également le taux le plus élevé des différentes catégories. Les personnes diplômées de l'enseignement supérieur sont peu représentées parmi la population, et leur taux a très peu augmenté entre 1990 et 2012. Par conséquent, les revenus médians des populations résidentes sont faibles. Par ailleurs, le chômage a augmenté plus qu'ailleurs dans le périurbain francilien.

Comme le montre la synthèse des profils de classe présentée sur la page 143, ces trois catégories de communes sont peu denses et rarement accessibles par les transports en commun du réseau ferré. Les communes périurbaines aisées ont connu un processus d'embourgeoisement notable depuis 1990. Elles accueillent en 2012 une population dont

les revenus par UC sont importants mais qui est particulièrement âgée et durablement enracinée. Les communes périurbaines dont les profils sociaux sont populaires se distinguent en deux sous-groupes. Une partie d'entre elles apparaît particulièrement attractive économiquement, eût égard aux faibles effectifs d'entreprises sur leur territoire. Les populations de ces communes ont par ailleurs connu une diminution importante du taux de non-diplômés et le taux de chômage n'a pas augmenté depuis 1990. *A contrario*, les communes périurbaines populaires qui s'appauvrissent enregistrent un fort accroissement démographique, et attirent des populations peu diplômées qui souffrent particulièrement du chômage. Il semblerait donc que le processus d'appauvrissement y soit plus marqué que dans les autres catégories périurbaines de communes en Ile-de-France.



Commune résidentielle aisée et vieillissante :
 Viarmes - Val d'Oise (© Mairie de Viarmes)



Commune résidentielle populaire et attractive :
 Oissery - Seine-et-Marne (© Mairie de Oissery)



Commune résidentielle populaire qui s'appauvrit :
 Marolles-sur-Seine - Seine-et-Marne
 (© Mairie de Marolles-sur-Seine)

5) Les catégories spatiales exceptionnelles

Comme nous l'avons expliqué en introduction, deux catégories très particulières de communes n'ont pas pu être agrégées avec d'autres classes spatiales : les communes de la ville nouvelle de Marne-la-Vallée et celles qui se trouvent autour de l'aéroport de Roissy-Charles-de-Gaulle.

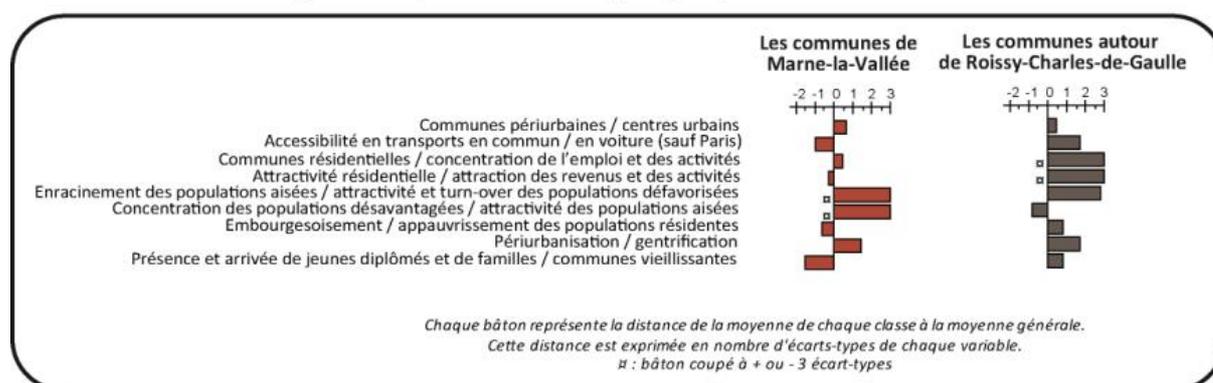
Les communes de Marne-la-Vallée se distinguent des autres catégories d'espaces par le boom démographique qu'elles ont connu depuis 1990. En effet, la densité de population a explosé tandis que l'accroissement démographique a augmenté d'une façon exceptionnelle depuis cette date. Par conséquent, le taux de construction de nouveaux logements a été extrêmement important. La part des personnes ayant emménagé depuis moins de 2 ans dans leur commune de résidence s'élève à 21% de la population, ce qui constitue un chiffre très important. L'indice de concentration d'emploi est également important, et le taux de création de nouveaux établissements économiques est le plus élevé de la catégorisation. Malgré le fait que les revenus médians par UC soient moyens comparativement à la région, le potentiel fiscal par habitant est important du fait de la très forte attractivité de ces communes. Les profils sociaux des populations sont mixtes : le taux de personnes ayant suivi des études supérieures est particulièrement élevé et il a énormément augmenté depuis 1990 (+ 28% soit presque autant que dans l'hypercentre de la région). La part des personnes titulaires d'un BEP-CAP a simultanément enregistré la plus forte baisse de la typologie (- 10%) mais la part des personnes bachelières est la plus importante des différentes catégories. Le taux de chômage était relativement faible en 2012, bien qu'il ait augmenté de plus de 3% sur la période étudiée. Ainsi, les inégalités infra-urbaines sont élevées dans ces communes. Les personnes âgées de 25 à 39 ans sont plus représentées que dans l'hypercentre de l'Île-de-France, et leur taux d'évolution est quasi nul (alors qu'il est négatif partout ailleurs). Nous pouvons également noter une évolution marquée de la part de personnes âgées de 40-59 ans depuis 1990, et le taux de familles avec enfants est le plus important des différents espaces de la typologie. Par conséquent, l'indice de vieillissement est extrêmement faible.

La dernière catégorie de la typologie regroupe des communes situées autour de l'aéroport de Roissy-Charles-De-Gaulle. L'accroissement démographique s'est également

beaucoup accéléré depuis 1990. Le taux de construction de nouveaux logements est très élevé, et 19% des résidents ont emménagé depuis moins de 2 ans. La concentration de l'emploi est la variable qui rend cette catégorie spatiale si particulière : on trouve 5 fois plus d'emplois que d'habitants dans ces communes, du fait de la présence du pôle d'activités de Roissy. Ainsi, le potentiel fiscal par habitant est extrêmement élevé (plus de 10 000 euros) car les entreprises implantées localement payent beaucoup d'impôts. Cependant, les habitants enregistrent de faibles revenus par UC et le taux de familles monoparentales est très élevé (12%). La part des personnes titulaires d'un BEP-CAP a explosé dans ces communes entre 1990 et 2012 : + 11 % pendant cette période tandis que la médiane francilienne est négative. Le taux de chômage a augmenté de 4% depuis 1990, soit le chiffre le plus important derrière les communes-noyaux socialement populaires.

Synthèse des profils n°4

Les 2 catégories exceptionnelles de la typologie : profils des classes dans la CAH



Marne-la-Vallée Chessy (©Ville de Marne-la-Vallée)

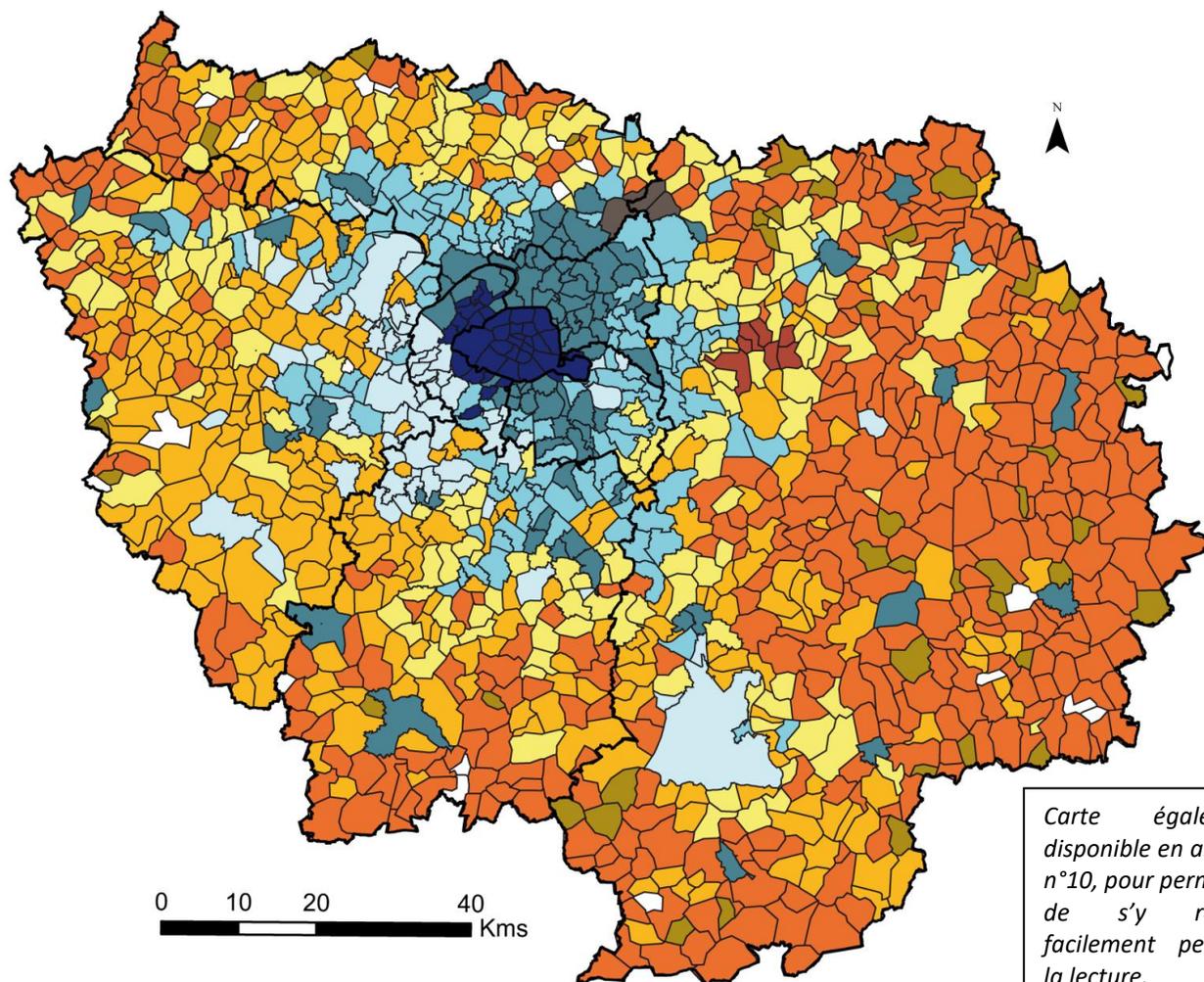
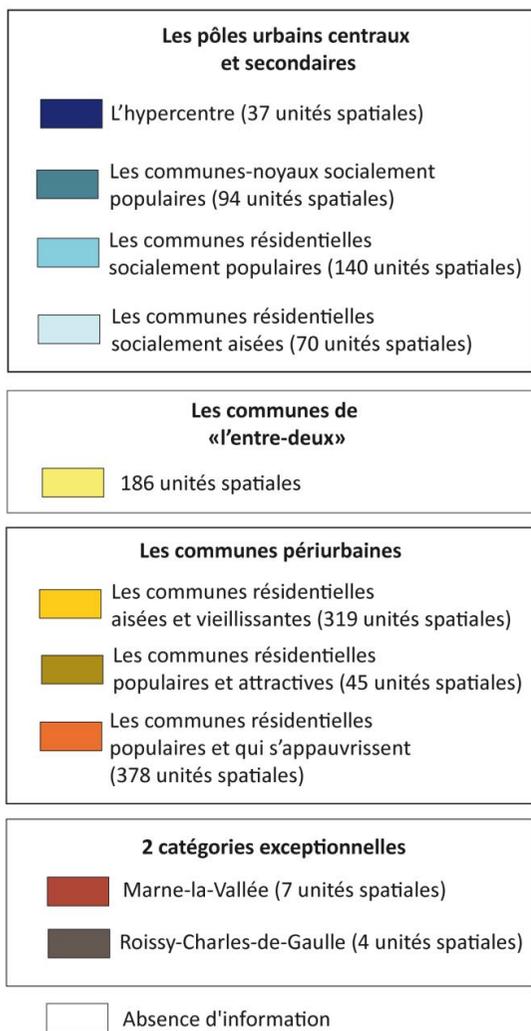


Roissy-en-France (©Ville de Roissy-en-France)

Finalement, la typologie que nous avons présentée correspond aux résultats des travaux de géographies urbaine et économique exposés dans la première partie de ce chapitre. Comme le montre la représentation cartographique de l'indice (cf. page

suivante), les évolutions socio-démographiques observées dans le bassin parisien depuis 1990, se retrouvent assez fidèlement à travers cet indice synthétique.

INDICE SYNTHETIQUE DES DYNAMIQUES URBAINES (ISDU) - COMMUNES D'ILE-DE-FRANCE (1990 - 2012)
 Classification ascendante hiérarchique - Partition en 10 classes (62,8% d'inertie)



Carte également disponible en annexe n°10, pour permettre de s'y référer facilement pendant la lecture.

Les principaux axes de communication se matérialisent en filigrane au travers des fortes densités de population et de bâti. Le processus d'embourgeoisement global et le creusement des disparités socio-spatiales dans les pôles urbains sont très nets dans les chiffres que nous avons évoqués. De plus, nous pouvons voir clairement le processus de périurbanisation distincte entre les périphéries ouest et est, des différentes catégories sociales. La forte attractivité de certaines catégories d'espaces contraste avec le progressif déclin économique de communes plus en marge du système métropolitain, principalement dans l'est de la région. Il nous reste à tester l'intérêt d'un tel indicateur dans l'étude des éventuelles inégalités d'accès aux soins sur le parcours de soins du cancer du sein. Enfin, précisons que les effectifs de femmes intégrées dans la base des données de santé, n'étaient pas suffisants pour produire une analyse au sujet des communes périurbaines résidentielles populaires et attractives. A l'instar des catégories spatiales exceptionnelles, nous n'en parlerons donc pas davantage dans ce travail.

A travers cet indice synthétique, l'objectif n'est pas de démontrer l'existence d'inégalités de pronostic en fonction des variations des parcours de soins selon les catégories spatiales. En revanche, la forme du parcours de soins, qui varie potentiellement en fonction des dynamiques qui la sous-tendent, peut avoir une influence sur le type de soins reçus et sur la qualité de vie pendant la prise en charge. Par ailleurs, la description des variations spatiales en elle-même est intéressante à produire puisque l'on ignore comment les parcours de soins se déroulent à l'échelle de la métropole parisienne et les forces qui régissent cette organisation. Les logiques de concurrence entre les acteurs du soin sont-elles plus fortes que les logiques de besoins des personnes ? Dans des espaces socialement désavantagés mais où les habitants sont au cœur des noyaux urbains comme par exemple dans le cas des communes-noyaux socialement populaires, les recours aux soins s'inscrivent-ils dans la proximité ou dans des pratiques spatiales plus larges ? De quelle façon cette orientation influence-t-elle l'accès aux soins des femmes concernées ?

En définitive, l'espace régional francilien se caractérise par une forte concurrence territoriale, autant entre les communes que les institutions soignantes. Les fractures socio-spatiales dans la région se dessinent selon cet équilibre de la concurrence, comme nous l'avons montré avec l'indice synthétique des dynamiques urbaines. L'accès aux soins pourrait s'avérer inégal entre les communes traversées par des dynamiques vertueuses et / ou intégrées au réseau de la métropole parisienne, comparativement à d'autres villes

spatialement ou socialement plus en marge. La partie suivante a pour objectif de restituer les pratiques des acteurs institutionnels et soignants à l'échelle régionale, et de décrire les enjeux politiques qui les sous-tendent. Ainsi, la présentation générale du triptyque espace / territoires / lieux & acteurs autour de la prise en charge du cancer du sein en Ile-de-France sera complète, pour ensuite entamer la description des parcours de soins.

III. GESTION DU PARCOURS DE SOINS EN ONCO-SENOLOGIE : DES SYSTEMES LOCALISES D'INTERACTIONS

A partir des années 1990, les systèmes de santé nord-américains et européens ont engagé de profondes réformes pour répondre efficacement au défi des maladies chroniques. Nourries par la norme ambiante de la concurrence et dans le cadre d'une importante pénurie budgétaire, les restructurations du système de santé français ont eu pour objectif de rationaliser les dépenses tout en favorisant simultanément l'amélioration de la qualité de la prise en charge des usagers. Ces réformes ont été mises en œuvre à plusieurs niveaux, tant celui du financement et du fonctionnement des institutions soignantes que de la prise en charge des remboursements des personnes par la Sécurité Sociale. D'une part et particulièrement dans le domaine de la cancérologie, elles ont été synonymes d'une importante popularité du principe de coordination considéré comme une solution miracle pour concilier juste coût et qualité des soins. Dans le cadre très concurrentiel de la région Ile-de-France, cette « injonction à la coordination » (Hervouet, 2012) a donné lieu à des stratégies simultanées de coopération entre les professionnels et de captation des usagers. En effet, les tensions apparaissent très vives entre les multiples experts et établissements hospitaliers de la région parisienne, et elles ne sont pas sans conséquence sur les parcours de soins des femmes souffrant d'un cancer du sein. D'autre part, la normalisation des protocoles de traitement et l'introduction de critères de qualité ont donné lieu à la standardisation des parcours ce qui laisse peu de place pour la gestion de la complexité de certaines situations et les possibilités de personnalisation de la prise en charge.

1) A l'échelle des tutelles et des institutions soignantes : construire des filières de soins

A l'instar d'autres pays occidentaux, l'Etat français s'est lancé dans une vaste réforme des services publics depuis 1990, dite de « nouvelle gestion publique » (Bloch et Hénaut, 2014). Inspirée par les méthodes de management du secteur privé, cette politique de restructuration a été élaborée autour des normes de libéralisation et de concurrence pour permettre d'améliorer l'organisation des administrations publiques et d'optimiser les coûts des services assurés par l'Etat (Castel et al., 2016). Le secteur de la santé n'a pas échappé à cette réforme dite de modernisation qui a conduit à une transformation des modes de financement et de fonctionnement du système de soins. L'organisation des soins en oncologie a également été bouleversée par l'émergence de ce nouveau mode de gestion.

a) La progressive libéralisation et « marchandisation » du système de soins français (Pierru, 2017)

Avant la mise en place de la « nouvelle gestion publique » en France, les réformes néolibérales introduites depuis la fin des années 1970 avaient déjà amorcé l'attaque du socle fondateur de la Sécurité Sociale. En effet, comparativement au pourcentage pris en charge par cette dernière au moment de sa création, les usagers assument une part toujours croissante du coût de leurs soins. Le ticket modérateur - la part des dépenses de santé qui reste à la charge des individus - n'a cessé d'augmenter depuis 1945, d'autant plus depuis que l'Etat a souhaité responsabiliser les usagers dans leur recours au système de soins. Cette volonté politique s'est notamment traduite par la création de la contribution forfaitaire aux soins en 2004 et la création des franchises médicales en 2007 (Tabuteau, 2017). Néanmoins, dans le cas de certaines pathologies chroniques comme le cancer, les assurés sociaux sont exonérés de ce ticket modérateur hormis pour le paiement des forfaits et des franchises. L'Assurance Maladie assume effectivement la charge financière pour ces affections de longue durée (ALD) car elles nécessitent un traitement coûteux et prolongé. La prise en charge des patients en ALD n'est toutefois pas de 100%, particulièrement en région parisienne où les dépassements d'honoraires des professionnels libéraux de santé peuvent être conséquents (DREES, 2014). De plus, les soins courants non liés directement à l'ALD, sont globalement remboursés à moins de 50% par le système de protection sociale. Or, le parcours de soins des personnes en ALD notamment s'il s'agit d'un cancer du sein, est souvent pavé de petits et de grands désagréments coûteux, en parallèle de l'affection

principale. Ainsi, les assurés sociaux qui ont déclaré une ALD en 2011, ont enregistré 2,5 fois plus de dépenses remboursables pour des soins courants que le reste de la population (Tabuteau, *op.cit.*). A l'échelle des femmes atteintes d'un cancer du sein, les réformes successives de modernisation du système de soins se sont traduites par une augmentation progressive de leur reste-à-charge. L'exemple de Christel, dont le récent témoignage a produit un large écho auprès des femmes concernées, montre objectivement les lourdes contraintes financières auxquelles ces dernières se confrontent pendant le parcours de soins (cf. encadré n°6 ci-dessous). En fonction des caractéristiques sociodémographiques des femmes et du type d'offre de soins auquel elles ont accès, le poids financier que représente le cancer du sein dans la vie quotidienne pourrait fondamentalement varier en Ile-de-France.

Encadré n°6 - Extrait de la « lettre au Président de Christel » (Rose Magazine, 2018)

« Mr le Président de la République,

Je suis Christel, 44 ans, mariée et maman d'une ado de 17 ans, préparatrice en pharmacie, je suis bénévole et participe grandement à la vie sociale de mon village. Entreprenante et au caractère bien trempé, je suis toujours sur de nouveaux projets et j'emmène avec moi mon entourage. Certains diront que je suis assez autoritaire, je pense plutôt être obstinée, on obtient ce que l'on se donne la peine d'aller chercher. Ça, c'était mon portrait, encore vrai il y a quelques mois. Aujourd'hui je vous dirai : Bonjour, je suis Christel, malade du Cancer. [...] Aujourd'hui, je voudrai vous parler de l'envers du décor, du quotidien des malades et des difficultés qu'ils rencontrent.

Une irrégularité des versements qui met à mal la gestion du budget du foyer : dans le quotidien, on est habitué, le salaire tombe tous les mois à la même date, les charges sont prélevées automatiquement, c'est une routine sécurisante qui permet de savoir que le loyer et l'électricité seront payés et de voir ce que l'on peut économiser ou dépenser. En maladie, finit la routine financière ! La sécurité sociale fonctionne en période de 15 jours, et colle avec les dates des arrêts. Une fois le relevé de sécurité sociale arrivé, il faut l'envoyer à la mutuelle qui alors seulement traite sa part, cela peut prendre plusieurs jours. Impossible ainsi de prévoir ni les sommes à percevoir ni les dates de versements. Il faut donc jongler et être très vigilant si on ne veut pas que le banquier appelle tous les mois.

Les réformes de la sécurité Sociale qui creusent les inégalités : vous savez que pour « boucher le trou de la sécu », il a été décidé, outre de baisser certains remboursements, d'exclure certains actes et de retenir une somme forfaitaire sur les actes courants. Pas grand-chose : 1€ par visite au généraliste, 0.50€ par boîte de médicaments à la pharmacie, 0.50€ par acte du kiné, 2€ par transport en ambulance, 4€ par prise de sang.

Seulement dans la réalité c'est, 1 prise de sang par semaine (si les résultats sont bons, sinon une nouvelle deux jours après), le transport 1 fois par semaine pour la chimio, 2 fois pour le kiné, plusieurs visites chez le médecin, et des traitements à prendre. Vous voulez tenter l'addition ? Sachant que ces montants sont déduits des indemnités journalières, ce qui rend encore plus compliqué la prévision de revenus que nous avons évoquée plus haut.

Une perruque : 385 € histoire de garder figure humaine lorsque l'on doit se confronter au regard des autres, et surtout ne pas lire la peine immense dans celui de sa fille. La perruque de base, 1er prix 500 €, prise en charge de la sécurité sociale : 125 € le reste peut être pris en charge en partie par notre mutuelle (les employeurs ont obligation d'une mutuelle collective pour les employés, mais aucune garantie minimum n'est fixée, ainsi souvent les couvertures sont au plus bas).

Soins Cosmétiques : 300 € pour de la crème solaire pour éviter les UV nocifs, utiliser un gel douche hypoallergénique trouvé en pharmacie + des crèmes spéciales pour hydrater la peau, un gel à mettre autour des doigts et un vernis pour préserver la bonne santé des ongles. Et je vous assure que ce n'est pas un luxe, la sècheresse et les démangeaisons font vite partie de votre quotidien.

Gaine et soutien-gorge : 400 € après l'ablation, finis les soutiens-gorge habituels avec baleines et balconnets. Il faut un maintien optimum avec le moins de contraintes possibles à cause des cicatrices à la poitrine et dans les grands dorsaux.

Les compléments alimentaires sont difficiles à chiffrer car cela va du changement radical de l'alimentation, produits de meilleures qualités, plus naturels. Beaucoup de protéines pendant la chimio pour garder un bon taux de globules, et des compléments qui boostent l'organisme et l'aide à se défendre [...] »

Au niveau des institutions soignantes, la politique du nouveau management public a entraîné la multiplication des pratiques évaluatives et le recours à des indicateurs statistiques afin de comparer les coûts et les pratiques de soins entre les établissements. Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) a ainsi été rendu obligatoire à partir de 1991 dans les hôpitaux français. Grâce au recensement de l'activité médicale, cet outil a rendu public le volume de soins produit par les différentes institutions et a permis de construire des « indicateurs de performance » des hôpitaux (Pierru, *op.cit.*). Les méthodes de « *benchmarking* qui consistent à identifier les organisations les plus performantes pour les prendre pour modèles » (Batifoulier, 2014) ont donc fait leur entrée dans la fonction publique hospitalière. A partir de ces informations, les tutelles et les sociétés savantes ont élaboré des conduites à tenir et des protocoles de traitement pour optimiser la performance médicale du système de soins (Pierru, *op.cit.*). Comme nous l'avons expliqué en introduction générale, le premier Plan cancer a instauré l'obligation de répondre à certains critères de qualité pour être autorisé à traiter cette pathologie. Dès lors, le PMSI est devenu un outil d'évaluation du respect de ces bonnes pratiques. La

performance organisationnelle des établissements a également fait l'objet d'importantes recommandations, au nom de la sécurité des usagers (Pierru, *op.cit.*). L'Etat a effectivement incité les établissements à réduire les durées d'hospitalisation ou encore à privilégier les prises en charge en ambulatoire pour améliorer le confort des patients et limiter les risques d'infections nosocomiales. Par ailleurs, l'avantage de ces nouveaux modes d'organisation était surtout la réduction des coûts d'hospitalisation et la rentabilité des structures, notamment dans le cadre du traitement du cancer (Batifoulier, *op.cit.*).

La mise en place de la tarification à l'activité (T2A) depuis 2003, a poussé plus loin cette démarche de normalisation des pratiques médicales et de standardisation des prises en charge du cancer. En effet, depuis cette date, les hôpitaux ne sont plus financés à partir d'une enveloppe budgétaire globale mais en fonction des tarifs correspondant aux actes qu'ils produisent. Ce mode de tarification a fixé un coût moyen par pathologie en fonction de savants algorithmes effectués sur le PMSI qui permettent d'aboutir à des « groupes homogènes de malades ». Les établissements sont ainsi invités à respecter ce coût s'ils ne veulent pas être déficitaires (Juven, 2016). Les effets pervers de la T2A sont aujourd'hui largement dénoncés par les économistes de la santé et les professionnels de terrain (Grimaldi et al., 2017 ; Batifoulier, *op.cit.*) car même si la concurrence existait déjà entre les institutions et les soignants, elle a été exacerbée par la guerre déclarée pour l'activité (Pierru, *op. cit.*). Néanmoins, il convient de préciser que les réformes entreprises par l'Etat depuis 1990 ont accentué un phénomène de concurrence qui existait déjà de longue date au sein de la profession médicale. En effet, nous avons montré dans la première partie de ce chapitre, que l'offre de soins en oncologie en région parisienne s'était précisément structurée autour des rapports de concurrence entre les experts. De plus, particulièrement dans cette discipline, les médecins généralistes et les spécialistes ont toujours manifesté une certaine méfiance vis-à-vis de leurs compétences respectives (Hervouet, 2012). Par ailleurs, le système de santé français s'est construit dès l'origine sur un principe de liberté des acteurs. Les médecins ont toujours eu la possibilité de s'installer où ils le souhaitent tandis que les soignés sont libres de circuler dans le système de soins à leur convenance (Pierru, *op.cit.*). Ainsi, la concurrence entre les professionnels qui cherchent à attirer la patientèle ne date pas de la fin du XXe siècle en France. Enfin, comme l'explique P.A. Juven dans sa thèse, l'Etat reste l'unique régulateur des tarifs fixés pour les actes et les soins médicaux. Même si elle a introduit une concurrence fictive entre les établissements pour favoriser la régulation

des dépenses, « la T2A n'a jamais eu pour objectif de privatiser l'hôpital public » (Juven, 2016).

b) Un climat particulièrement belliqueux en région Ile-de-France

Ces luttes concurrentielles dont l'objectif est d'attirer les femmes souffrant d'un cancer du sein pour leur parcours de soins, apparaissent particulièrement prégnantes entre les multiples intervenants spécialisés en la matière en Ile-de-France. En effet, les établissements experts sont nombreux au sein de la région et l'histoire de leur développement a été ponctuée par des guerres de chapelles. Les centres hospitaliers de l'AP-HP, les 3 centres de lutte contre le cancer et les différents pôles de soins du secteur public et privé proposent les mêmes types de prestations mais défendent chacun une approche particulière de la prise en charge.

Tandis que les CLCC défendent l'avantage que l'ensemble des professionnels sont spécialisés dans une pathologie unique et dans la recherche, les chefs de service des CHU soutiennent que la multiplicité des disciplines à l'hôpital public permet une prise en charge plus globale des patientes. Les CLCC seraient certes des experts pointus du cancer mais auraient tendance à « saucissonner le parcours de soins » sans qu'aucun médecin n'ait de vision globale de la prise en charge :

« Le cancer du sein, en 1980 encore on va dire hein, il était pris en charge dans les centres de lutte contre le cancer... Pour l'essentiel. Et autrement, il n'y avait pas de prise en charge bien codifiée. Donc le constat était que dans les centres de lutte contre le cancer, on s'intéresse beaucoup à la cellule cancéreuse et à la maladie « cancer », mais pas du tout aux femmes atteintes » (Extrait d'entretien réalisé auprès d'un oncologue de l'AP-HP – 01/09/15).

Les CLCC ont donc été attaqués sur l'un des fondements qui ont conduit à leur création : la prise en charge transversale autour de la pathologie cancéreuse (Castel, 2002). Cette approche a effectivement été fortement critiquée à partir des années 1980 car elle a tendance à « atomiser » la personne souffrant d'un cancer (Ménoret, 1999). Les CHU de l'AP-HP ont ainsi développé des services de soins en cancérologie sur un modèle volontairement opposé au fonctionnement des CLCC, avec toutefois un plateau technique complet disponible dans les 3 centres experts (CHU Tenon, Hôpital Européen Georges Pompidou et CHU Saint-Louis).

D'après l'enquête qualitative réalisée auprès des professionnels, il semblerait que les pôles privés et les établissements publics périphériques revendiquent quant à eux, une expertise médicale indépendamment du fait que l'ensemble de l'offre de soins (chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie) ne soit pas systématiquement concentrée dans leurs murs. Certains professionnels de ces établissements critiquent vivement le fonctionnement des « usines à cancer » où les flux de patientes sont très importants. Deux professionnels évoquent l'exemple des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP), les moments d'échange au cours desquels les équipes soignantes décident des lignes de traitement, qui sont parfois noyées sous la quantité de dossiers et où les discussions sont donc exagérément raccourcies. Ils se positionnent globalement comme étant les mieux à même de suivre les patientes dans la durée, pendant et après les soins aigus. Certains services de chimiothérapie implantés en seconde couronne, estiment par exemple pouvoir assumer le suivi des femmes de façon beaucoup plus rapprochée et individualisée que les grands centres :

« La spécificité que doit développer notre hôpital c'est la capacité de suivi [*insiste*] des femmes, ce qui est très différent de la surveillance. Le suivi psychologique, individuel, nutritionnel etc. Le CLCC X assure 12 000 consultations de suivi après un cancer du sein par an ! Mais ils veulent s'en débarrasser parce qu'ils ne peuvent plus gérer, c'est terrifiant, c'est terrifiant » (Extrait d'entretien réalisé avec le directeur médical d'un CH de seconde couronne – 12/06/2016).

Ce type d'établissements développe parfois des services très personnalisés de soins de support, une infirmière d'un centre hospitalier public allant même jusqu'à sélectionner individuellement les femmes qui pourraient bien s'entendre dans les groupes de parole. Les conflits autour de la définition que revêt l'expertise médicale sont très présents dans les discours des professionnels. Hormis dans le cas de la chirurgie où tous s'accordent globalement sur le fait que l'expérience du chirurgien est synonyme de qualité, les professionnels soignants rencontrés en entretien ont insisté sur l'intérêt de se faire soigner dans leur établissement plutôt qu'un autre. Le schéma n°5 présenté sur la page suivante, synthétise les différentes visions de l'expertise en cancérologie évoquée par les professionnels soignants pendant l'enquête qualitative.

**Schéma n°5 : les différentes perceptions de l'expertise médicale en onco-sénologie
(à partir des entretiens qualitatifs réalisés auprès des professionnels de santé)**

CENTRALISATION DE L'OFFRE DE SOINS ET DE L'EXPERTISE MEDICALE

**Dans un centre «monopathologique»
(CLCC)**

AVANTAGES

- o Tous les professionnels parlent le même langage : spécialisés sur la même pathologie.
- o Financements pour la recherche : facilitent l'accès aux essais thérapeutiques de pointe.
- o Plateau technique complet : confort pour les patientes pendant la trajectoire.
- o Flux importants : qualité de la prestation.

INCONVENIENTS

- o Transfert vers un centre hospitalier quand complications nécessitant un spécialiste d'une autre discipline.

**Dans un centre multidisciplinaire
(CHU «experts»)**

AVANTAGES

- o Prise en charge globale de la personne, pas uniquement de son cancer.
- o Plateau technique complet : confort pour les patientes pendant la trajectoire.
- o Flux importants : qualité de la prestation.

INCONVENIENTS

- o Convaincre les directions hospitalières que certains soins liés au cancer ne sont pas économiquement «rentables» (soins de support).

**CENTRALISATION DE L'EXPERTISE MEDICALE ET
DECENTRALISATION DE L'OFFRE**

**Centralisation de l'offre et centralisation de l'expertise
n'ont rien à voir :**

- o Rien n'indique que l'expertise médicale est meilleure dans les grands centres : aucun médecin n'est jamais recertifié pendant sa carrière.
- o Les RCP des grands centres de cancérologie sont parfois des «chambres d'enregistrement» des chefs de service.
- o La qualité de la RCP et l'intérêt des professionnels pour leur discipline (curiosité bibliographique) présagent davantage de la qualité des soins que le nombre de prestations fournies par l'établissement.
- o La diversité de professionnels participant à la RCP et la possibilité de recours vers un centre plus spécialisé garantissent l'expertise.

Depuis l'introduction de la T2A dans les services d'onco-sénologie et de chirurgie, la pression de la concurrence a été d'autant plus palpable. Le cancer du sein serait économiquement rentable car la prise en charge standard est « pure », *i.e.* relativement simple à opérer en ambulatoire pour des femmes qui ont souvent peu de comorbidités (entretien réalisé auprès d'une oncologue médicale de l'AP-HP – 02/10/15). Les directions hospitalières ont ainsi commencé à produire des statistiques sur la part de femmes recrutées par l'établissement, à calculer les fameux « taux de fuite » ou autrement dit la

patientèle perdue au profit d'un établissement concurrent. Le classement avantageux dans les palmarès nationaux constitue dorénavant un objectif assumé des administrations hospitalières tout autant qu'un critère de qualité pour le grand public. Ces palmarès sont par ailleurs construits à partir d'indicateurs variés comme par exemple, la notoriété de l'établissement, *i.e.* le pourcentage de malades soignés dans ses murs et qui sont domiciliés dans un autre département (Le Point, 2017). Certains chefs de service fervents défenseurs du service public hospitalier, à qui ces chiffres sont régulièrement présentés dans un contexte de permanente évaluation de leur performance, sont parfois très critiques vis-à-vis de cette nouvelle organisation :

Dr X. : « [il montre un document sur son ordinateur] Ça, ce sont des pourcentages de patientes recrutées par rapport à la population totale. C'est un bilan que fait la direction, en fait hein ! Ça c'est la corrélation de recrutement par rapport aux établissements autorisés en chirurgie sénologique »

Question : « d'accord. Et c'est pour rentabiliser les investissements ? »

Dr X. : « ah bah oui ! Ah bah oui... Ah bah oui... Là avec les travaux, comme on va doubler notre capacité d'hôpital de jour de chimiothérapie... l'administration nous demande de voir 150 patientes en plus par an ! A moyens constants point de vue personnel... ! [...] Donc, il y a... Il y a une guerre pour le bifteck ! Le bifteck étant les dames ! »

Question : « (rires) non mais c'est... c'est vrai que ça fait drôle... En fait on n'imagine pas ... »

Dr X. : « Ah bah oui ! Alors bon... Les médecins eux ... voient. Mais enfin, c'est la logique des établissements hospitaliers hein ! Et donc, on est de plus en plus confrontés à ça »

(Extrait d'entretien réalisé auprès d'un oncologue de l'AP-HP – 01/09/15).

Ce mode de tarification introduit, de plus, l'idée de « patients rentables » (Grimaldi, 2013) car certains actes particulièrement lucratifs peuvent être privilégiés au détriment des prises en charge complexes. Or, dans le cadre des pathologies chroniques comme le cancer, nombreux sont les parcours qui présentent des spécificités qui ne suivent aucun protocole. L'activité nécessaire pour ces situations particulières n'est malheureusement pas valorisée actuellement : « La T2A ignore les patients complexes, souffrant de pathologies chroniques et / ou multiples qui ont besoin d'autre chose que des soins parfaitement standardisés [...] Si le mode de tarification considère les différents niveaux de sévérité, il ignore toujours les situations de handicap social » (Batifoulier, *op.cit.*).

Les types de prises en charge peuvent donc fondamentalement changer en fonction de la philosophie de soins des professionnels que les femmes rencontrent sur leur parcours, et des ressources que les établissements sont en mesure d'investir dans l'accompagnement global.

c) Le paradigme de la coordination comme formule magique

Dans le cadre des réformes initiées pour optimiser l'efficacité du système de soins, l'amélioration de la coordination entre les professionnels soignants est apparue comme la clé de voute des différents plans de modernisation et ce particulièrement dans le champ du cancer (Hervouet, 2012). En effet, le traitement du cancer a toujours nécessité l'intervention de plusieurs types de professionnels (chirurgie, radiothérapie et plus récemment oncologie médicale). Le paradigme de la coordination apparaît ainsi particulièrement séduisant en cancérologie puisqu'il permet d'une part, de mettre en cohérence l'intervention de différents acteurs et de réduire les coûts liés à d'éventuels doublons. D'autre part, il répond idéalement à l'impératif de prise en charge globale d'une affection de longue durée exigée par les patients autant que par les professionnels de terrain : « La mise sur agenda de la coordination est donc le fruit de la convergence de discours professionnels et profanes » (Hervouet, *op.cit.*) car elle constitue un terreau fertile et fédérateur entre les différents protagonistes impliqués dans le parcours de soins.

Dans les services d'onco-sénologie, l'avènement de ce concept s'est traduit par la promotion de filières coordonnées de soins, efficaces et standards, en adéquation avec les recommandations des experts. En région Ile-de-France, plusieurs hôpitaux ont mis en place ce type de prestations, avec notamment des lignes téléphoniques spécifiques pour faciliter l'entrée dans le parcours (lignes « accueil sein », « circuit express sein » etc.), des consultations de diagnostic rapide et divers dispositifs de coordination (« cellule de coordination des parcours complexes », « coordination des soins externes », « coordination transversale des consultations d'annonce », « infirmière référente du parcours de soins » etc.). Les grands centres ont, pour certains, construit de véritables chaînes de production industrielle de soins en onco-sénologie comme l'évoque ouvertement le témoignage de ce responsable d'un pôle de sénologie dans un CLCC (cf. page suivante).

Ils ont notamment développé massivement la chirurgie en ambulatoire depuis quelques années pour atteindre un chiffre supérieur à 50% des prises en charge en 2015 :

Pr X. : « Pour moi, le parcours d'une patiente, il est standardisé, il est stéréotypé. Une patiente, elle vient une première fois voir le chirurgien et le radiologue qui font le point sur les radios. Ils vérifient qu'il n'y ait pas un deuxième nodule, que tout... Tout est cadré, qu'il n'y a pas un ganglion de positif etc. Quand elle arrive avec un diagnostic, je dis « voilà, effectivement, je confirme, le médecin traitant vous l'a dit, vous avez un cancer du sein. Votre prise en charge va être la suivante : un, il faut faire une opération. Et on va regarder 2 choses : quelle est la taille de la tumeur et l'envahissement des ganglions ; et puis quelle est la biologie du cancer, quelle est sa carte d'identité. Et puis, en fonction de cela on va décider des traitements complémentaires. Aujourd'hui chez vous, bah... Je sais que vous aurez de la chimiothérapie, de la radiothérapie, de l'hormonothérapie. Ou vous n'aurez, a priori, pas de chimiothérapie, mais ça dépend des ganglions etc. Donc là, maintenant, il faut que l'on programme l'opération. L'opération, c'est dans 15 jours. Ensuite il faut voir avant le radiologue (vous allez le voir en sortant de la consultation, pour qu'il fasse un point). Vous allez voir l'anesthésiste et une infirmière de coordination et tout le même jour, ok ? Qui va vérifier avec vous, qui va vous dire l'ambulatoire, vous expliquer comment on prend la douche etc. etc. »

Question : « et c'est vous qui fixez le rendez-vous ? »

Pr X. : « non ensuite, elle va au bureau des rendez-vous. J'ai demandé tout ça, et boum, ça roule. C'est une énorme machine hein ! Enfin, vraiment ! Mais ça roule bien. Ça roule bien... [...] Voilà. Donc euh... moi, je veux que ce soit exporté. Donc, une fois que j'ai mis ça... En place, c'est exportable » (Entretien réalisé le 20/07/15).

Ce type de filières de prises en charge du cancer du sein présente l'avantage de permettre un accès égalitaire aux soins experts et à l'innovation thérapeutique. Ils permettent également l'économie de certaines dépenses liées aux frais de fonctionnement des établissements hospitaliers. En revanche, comme le soutient le Pr A. Grimaldi, le développement d'une « médecine industrielle » ne risque-t-il pas de transformer le médecin en technicien de soins et de vider la relation thérapeutique de sa dimension humaine (Grimaldi, *op.cit.*) ? C'est également ce dont sont convaincus les médecins en fin de carrière que nous avons rencontrés en entretien, militants pour le service public hospitalier et qui ont vu l'hôpital se transformer depuis les années 1970. D'après les infirmières des services de chirurgie qui ont développé l'ambulatoire à grande échelle, l'accélération des prises en charge ne leur permet plus de repérer les besoins singuliers des personnes pendant les séjours hospitaliers. D'après leur témoignage, lorsqu'elles accueillent les patientes le jour de la chirurgie, elles n'ont plus le temps d'expliquer l'intervention ni d'échanger sur les appréhensions en préopératoire. Enfin, elles regrettent de ne pas toujours avoir le temps de

leur présenter leur cicatrice pendant l'hospitalisation, quand elles sortent le deuxième jour en post-opératoire après une mastectomie totale. Par ailleurs, les professionnels qui défendent l'expertise en cancérologie dans les petits établissements, redoutent le fait que l'inégalité territoriale d'accès à l'innovation s'accroisse au fil du temps, dans le cas où ces filières devaient se développer davantage. Puisque les établissements à fort rendement sont actuellement ceux qui sont les plus bénéficiaires, les patients pris en charge dans des centres moins grands connaîtraient un moindre accès aux thérapies plus coûteuses (entretien réalisé avec le directeur médical d'un CH de seconde couronne – 12/06/2016).

Comme nous l'avons évoqué dans l'introduction générale, les coopérations institutionnelles entre les établissements ont également été encouragées à partir des années 1990. La mutualisation des ressources a été mise en avant comme permettant d'une part, une meilleure maîtrise des contraintes financières. D'autre part, elle a servi à organiser une certaine forme de coopération entre des équipes qui étaient en concurrence, et d'instaurer des règles d'adressage entre partenaires. En Ile-de-France, nombreux sont les établissements à avoir signé des conventions avec d'autres hôpitaux publics ou privés pour garantir un équilibre de la concurrence et organiser localement les flux de patients. Comme l'explique P. Castel, les établissements ont établi des partenariats entre eux même si le but restait le même : « accroître son offre pour être compétitif, même si cette compétitivité passe par des alliances » (Castel, 2002). A titre d'exemple, la concurrence croissante du pôle privé de sénologie du Nord des Hauts-de-Seine (Hôpital Américain et Clinique Hartmann) serait une des raisons pour lesquelles la direction de l'AP-HP a programmé la fusion des CHU Bichat (18^e arrondissement de Paris) et Beaujon (Clichy – Hauts-de-Seine) à partir de 2025 à Saint-Ouen. Comme en témoigne le directeur général de l'AP-HP à la commission des affaires sociales du Sénat en 2015, « une coopération renforcée se met en place en Seine-Saint-Denis sur la cancérologie. [...] Si on réussit à localiser un deuxième CHU en Seine-Saint-Denis, par exemple à Saint-Ouen, ce pôle aura une force d'attraction considérable. Les coopérations sont remarquables dans ce département » (Commission des affaires sociales du Sénat, 2015). En définitive, il semblerait que l'injonction à la coordination soit guidée par des intentions paradoxales, inhérentes à la norme de la concurrence.

d) Les paradoxes des différents cadres législatifs de l'organisation des soins en cancérologie

Depuis les années 2000, les Plans cancer successifs ne cessent de promouvoir une meilleure coordination entre les établissements, et particulièrement entre la ville et l'hôpital. On s'aperçoit finalement qu'il coexiste en permanence deux discours autour de la promotion de la coordination : l'un dicté par des logiques gestionnaires internes aux établissements et la nécessité de maîtriser la concurrence entre les acteurs de la prise en charge ; le second davantage d'ordre social en faveur d'une amélioration de la qualité des soins et de l'égalité d'accès aux soins. Le concept de parcours de soins, qui a remplacé celui de la coordination dans les textes officiels depuis 2004, semble porteur des mêmes contradictions. Comme nous l'avons exposé dans le précédent chapitre, il revêt un sens lié à la prise en compte des différentes dimensions de la vie de la personne soignée pendant son traitement tout autant qu'il vise à obliger les patients à suivre un circuit prédéfini pour des raisons d'économies budgétaires (Bloch et Hénaut, 2014). En théorie, les paradigmes de coordination puis de parcours de soins permettent de réconcilier ces différentes logiques d'où l'engouement qu'ils ont respectivement suscité auprès des tutelles et des professionnels. Mais les effets pervers des récentes réformes de modernisation du système de soins ne peuvent pas être systématiquement maîtrisés. Les relations concurrentielles entre les acteurs sont parfois plus fortes que leur besoin et possibilités de coopération (*ibid.*). Le réseau régional de cancérologie d'Ile-de-France est par exemple, très largement critiqué par les professionnels du terrain qui considèrent qu'il s'agit « d'une coquille vide ». Selon plusieurs professionnels rencontrés en entretien, ce dernier serait incapable d'assumer ses missions d'homogénéisation des pratiques et d'organisation des parcours tant l'offre de soins de la région est dense et plurielle. De plus, la spécificité de ce réseau en Ile-de-France est qu'il a été créé après la plupart des réseaux territoriaux en cancérologie de la région (entretien réalisé avec un coordinateur d'un réseau territorial de cancérologie, 2/11/16). Les acteurs de la coordination étaient donc déjà présents, localement organisés et souvent hermétiques à l'idée d'être chapeautés par un nouvel organisme créé *ex-nihilo*.

Au final, les prérogatives de l'Etat autour de l'amélioration de l'efficacité des soins en cancérologie avancent des objectifs paradoxaux. Les acteurs investis sur le parcours semblent perpétuellement pris en étau entre les injonctions contradictoires auxquels ils doivent se soumettre. D'après P. Castel et ses collègues, ces conflits sont inhérents à la

norme de la concurrence qui exige des acteurs qu'ils luttent entre eux en même temps qu'ils coopèrent, qu'ils restent comparables tout en affirmant leur singularité (Castel et al., 2016). Dans le cadre de la prise en charge du cancer du sein en Ile-de-France, professionnels et établissements se livrent aujourd'hui une cruelle bataille pour recruter un maximum de patientes. Toutefois, ils sont contraints en parallèle de développer des alliances spécifiques pour garantir leur pérennité financière et leur attractivité *via* un réseau de partenaires externes. Mais ces alliances naissent de relations humaines et de rencontres entre des acteurs qui parviennent à s'entendre. Les dispositifs de coordination ne fonctionnent concrètement que lorsque les acteurs coopèrent entre eux de façon volontaire (Hervouet, *op.cit.*). Le bilan réalisé sur ce thème par l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) évoque de nombreux échecs dans la mise en œuvre de partenariats inter-établissements (Bloch et Hénaut, *op.cit.*). Les stratégies que les acteurs mettent en œuvre pour résoudre ces conflits engendrés par la concurrence dépendent étroitement de l'environnement local, des intervenants en présence et des marges de manœuvre dont ils disposent.

2) A l'échelle des acteurs investis sur le parcours de soins : gérer la « trajectoire de la maladie » (Strauss et Baszanger, 1991)

Au sein de ce climat belliqueux, les grands centres apparaissent comme les principaux gagnants de la guerre pour l'activité. Les directions hospitalières de ces établissements, parce qu'elles ont mis en place des filières qui permettent de drainer de nombreuses patientes, ont les moyens de développer des services qui ne sont pas financés par la T2A en plus de programmes innovants de recherche. Néanmoins, cette forte activité n'a pas empêché que l'Institut Curie, pourtant parmi les établissements français les mieux classés dans les palmarès nationaux pour la chirurgie du cancer du sein, fasse l'objet d'un plan social majeur en 2014. Il apparaît légitime que dans ce cadre, les professionnels des autres types d'institutions soignantes et particulièrement ceux qui n'appartiennent à aucun groupement hospitalier, se sentent menacés.

Par ailleurs, certains de ces professionnels ont exprimé une grande frustration du fait du manque de considération dont ils sont la cible. Un professeur de l'AP-HP, oncologue médical en proche banlieue parisienne, considère qu'il joue le rôle de « service après-vente pour les ratés de Paris intra-muros » (entretien réalisé le 26 janvier 2016). L. Hervouet a mis en lumière dans son travail de thèse, un sentiment similaire témoigné par les médecins

généralistes qui se sentent sollicités par les spécialistes hospitaliers, uniquement dans les situations d'échecs thérapeutiques ou pour les suivis complexes (Hervouet, *op.cit.*). Plusieurs médecins hospitaliers ont employé le terme de « mensonge » pour évoquer la désinformation des femmes au sujet de la qualité de l'offre de soins existante à proximité de leur domicile. La colère est très nettement palpable dans leur discours, et ils accusent les CHU parisiens de l'AP-HP et les CLCC d'attirer injustement une patientèle qui ne devrait pas leur revenir. Mais quand bien même le climat général n'apparaît pas propice à la coopération, les professionnels et les femmes ont souvent la capacité à résoudre localement ces conflits grâce à des stratégies particulières. Au cours des entretiens, les femmes ont effectivement peu insisté sur ces conflits, proportionnellement au poids qu'ils semblent représenter dans la vie quotidienne des soignants. Les acteurs déploient effectivement un important travail de contrôle du parcours de soins en fonction de l'environnement au sein duquel il se déroule : « le contexte de travail renvoie à la grande variété des conditions situationnelles qui pèsent sur le processus de gestion, y compris les capacités individuelles d'accomplir ce travail (les performances) et le lieu où il se déroule » (Strauss et Baszanger, *op.cit.*).

a) Entre lutte et coopération : les réseaux professionnels

A l'échelle des professionnels soignants qui sont immergés dans ces relations concurrentielles, l'enjeu est de garder un certain contrôle sur les parcours des patients dont ils s'occupent (Bloch & Hénaut, 2014). Pour ce faire, ils s'appuient très souvent sur des réseaux professionnels qu'ils tissent dans leur zone d'exercice au fur et à mesure de leur carrière. Ces réseaux dits « informels » se rapportent aux liens que les médecins construisent au fil des échanges avec d'autres professionnels à propos de leur patientèle. Ils s'opposent dans leur définition, aux réseaux formels qui correspondent aux réseaux de santé institués par l'Etat (*ibid.*)

Ces relations informelles peuvent se construire selon différentes logiques, notamment la confiance qu'ils se confèrent les uns envers les autres au sujet de leur expertise et de leurs compétences respectives. D'après notre enquête, les médecins généralistes et les gynécologues de ville ont presque systématiquement leur « correspondant hospitalier » pour l'adressage de leurs patientes atteintes d'un cancer du sein. En échange, le professionnel hospitalier leur garantit un retour des informations et

parfois même un suivi alterné. Ces relations de confiance se créent souvent en fonction du partage d'une même conception de l'expertise médicale, comme nous l'avons exposé plus haut. L'amitié ou l'expérience partagée sur les bancs de la faculté apparaissent également comme une source importante de relations entre les professionnels. En région Ile-de-France dans le domaine de la cancérologie, la quasi-totalité des médecins spécialistes rencontrés en entretien ont été interne de l'Institut Curie ou de l'Institut Gustave Roussy. Ils se connaissent relativement bien entre eux, même s'ils n'appartiennent plus à la même institution. Ces relations permettent souvent de court-circuiter la lourdeur de la coordination formelle entre les établissements. Ce réseau « amical » garantit effectivement un retour rapide de l'information (un appel téléphonique suffit même parfois) ou de l'examen demandé :

Dr X. : « Après c'est...enfin c'est...je pense que c'est notre partenaire le plus...le plus costaud pour vraiment travailler dans ce domaine [un centre expert de l'AP-HP].

Question : « d'accord. Vous échangez sur des dossiers ? »

Dr X. : « oui, on leur demande facilement leur avis...euh... après euh...j'ai travaillé longtemps c'est...c'est ...enfin je veux dire, je suis désolée hein mais le... le réseau c'est quand même de l'humain donc euh... j'ai travaillé longtemps au CLCC X, donc euh...en termes de sénologie, mon référent c'est plus euh...le Dr Y. plutôt que d'autres qui sont maintenant à l'hôpital X [le centre expert de l'AP-HP]. L'hôpital X, j'y vais beaucoup pour la gynéco. Mais pour la sénologie, je continue à travailler plus avec le CLCC X. Donc ça fait un peu hurler les instances mais bon euh... »

Question : « ah oui ? Pour quelle raison ? »

Dr X. : parce qu'ils n'aiment pas ! Ils ont envie des trucs vachement carrés, vachement purs...mais euh...voilà, enfin c'est...c'est comme ça » (Extrait d'entretien avec une oncologue médicale de l'AP-HP d'un CHU de banlieue, réalisé le 2/10/15).

Le témoignage suivant montre comment un oncologue médical de seconde couronne parvient à « récupérer » pour leur chimiothérapie des femmes qui ont commencé leur traitement dans un grand centre, parce qu'il connaît personnellement les chefs de service :

Dr X. : « moi j'ai beaucoup de contacts avec mes collègues du CLCC X, ce n'est pas rare qu'on me renvoie quand même le traitement ici, en disant « la dame elle n'a pas besoin d'un traitement expérimental, c'est une chimiothérapie lambda, vous irez faire votre chimiothérapie chez le Dr X. [le médecin interviewé] dans l'hôpital X ». Parce que je les connais...on se connaît depuis très longtemps ! Les oncologues médicaux qui font du sein au CLCC X, je les connais depuis des années euh... C'est une relation individuelle. Et qui fait que, on court-circuite tout. Donc c'est pas le RV gna gna... je prends le dossier de la dame, je le mets par courriel, je l'envoie à mes camarades. Je leur demande « voilà, qu'est-ce que tu en penses ? » J'ai la réponse dans la journée hein : « oui je peux la voir tel jour, machin, etc. » Donc ça se passe comme ça » (Entretien réalisé le 14/09/16).

Finalement, on s'aperçoit que la coopération fonctionne quand elle se base sur la reconnaissance du rôle des uns et des autres pendant le parcours de soins des femmes soignées pour un cancer du sein. Ces dernières sont renvoyées dans le service du médecin que nous venons de citer par le CLCC X, parce qu'elles n'ont pas besoin d'accéder à un essai thérapeutique. Autrement dit, les deux protagonistes de la relation reconnaissent implicitement que l'administration de traitements expérimentaux n'est pas de la compétence de l'hôpital X. H. Bergeron et P. Castel ont élaboré un modèle des réseaux entre professionnels selon le positionnement de ces derniers sur la chaîne thérapeutique : les professionnels dits « captants » sont ceux qui régissent l'essentiel du parcours et des décisions tandis que les « non-captants » correspondent aux intervenants ponctuels qui ne maîtrisent pas totalement le parcours de soins. L'équilibre des réseaux tient donc à la reconnaissance du rôle des captants et des non-captants, selon un choix mutuel et délibéré. Les conflits surgissent lorsque d'une part les acteurs « non-captants » ont le sentiment d'être injustement dévalorisés à l'instar des médecins en colère dont nous avons précédemment parlé. D'autre part, ils surviennent lorsque l'offre experte et « captante » est trop dense dans un même espace comme c'est le cas en Ile-de-France (Bergeron et Castel, 2010).

Ainsi, les réseaux informels ne suivent pas nécessairement de logique territoriale au sens administratif du terme. Parfois, les relations entre professionnels sont à l'origine d'une importante « délocalisation des prises en charge » au sein de la région (entretien avec un radiothérapeute de l'AP-HP, 20/07/15). Par conséquent, lorsque les tutelles imposent le rapprochement d'établissements géographiquement proches pour des raisons à la fois de gestion et d'accès aux soins en proximité - comme ça a été récemment le cas avec la mise en place des groupements hospitaliers de territoire - les professionnels considèrent qu'il s'agit « d'un truc vu d'avion, une notion sur le papier qui n'a aucune réalité » (entretien avec un oncologue médical, réalisé le 14/09/16). En effet, « soit ces réseaux formels imposés « de l'extérieur » par les tutelles fonctionnent parce qu'ils actualisent des appariements captants/non captants stabilisés de longue date, soit ils restent des « coquilles vides » ou sont le lieu d'une compétition entre acteurs qui tentent de s'arroger le monopole de la définition de la stratégie thérapeutique, ou qui, au contraire, refusent d'en assumer la charge » (Bergeron et Castel, *op.cit.*). Les pratiques de coopération entre les acteurs investis sur le parcours de soins et leur reconnaissance des dispositifs formels de coordination

varient en fonction de l'importance des liens négociés entre eux au fil du temps. A l'échelle de la région Ile-de-France, nous verrons que les formes de parcours et l'expérience vécue des soins par les femmes dépendent des réseaux vers lesquels elles ont été orientées.

b) Standardisation et accélération des prises en charge : quels effets sur les parcours des femmes ?

La standardisation des prises en charge induit parfois des conséquences indésirables sur la qualité des soins reçus et surtout, sur la qualité de vie après la phase aiguë du traitement. Tout d'abord, les protocoles de soins ont certes l'avantage d'homogénéiser les lignes thérapeutiques mais ils peuvent parfois nuire à la créativité des soignants. Cette dernière est pourtant nécessaire dans certaines situations particulières. Le cadre d'un service de coordination ville-hôpital pose la question de façon très intéressante :

Mme X. : « En termes de parcours, on sait ce qu'on va faire comme traitement, c'est toujours clair. Les chimios en néoadjuvant, en adjuvant. Tout ça c'est extrêmement bien décrit selon les tumeurs, voilà. Ça fait partie des parcours, en termes de ... de ... plan personnalisé de soins, qui sont les plus simples parce qu'ils sont les moins personnalisés (*rires*) [...] C'est-à-dire qu'en fait, c'est jamais personnalisé, tout le monde a la même chose, les mêmes doses, les mêmes euh...donc c'est très très très simple. Par exemple quand elles ont des brûlures, quand elles ont de la radiothérapie, elles reviennent pourtant tous les jours ici, mais euh...elles ont toujours les mêmes réponses. [...] Quand vous revenez tout le temps au même endroit, c'est ... c'est comme ça et je crois qu'on ne changera pas les choses. Vous venez en radiothérapie, on vous dit « il faut mettre tel produit ». Si ça marche pas, on vous dit « bah faut le mettre ! Le produit ! ». Et on a du mal à avoir un autre avis. Et c'est compliqué pour une patiente de trouver un autre avis, et de dire « ah ok, d'accord, on va changer, on va faire autre chose, on va mettre autrement ». Et donc quand elles sont dans une ... plus on est dans un parcours extrêmement standardisé, moins le professionnel, qu'on est hein ... arrive à sortir de ces clous-là » (Entretien réalisé le 16/02/16).

De plus, l'application rituelle de protocoles peut amener les soignants à automatiser leurs gestes et leurs mots. Ils en arrivent parfois à oublier ce que vit la personne soignée sous le coup du stress ou du manque de temps, comme ça a été le cas pour Mme A. dont le diagnostic de cancer du sein a été fait dans un service de diagnostic rapide dans un CLCC (cf. encadré n°7 page suivante). La violence de l'exemple présenté dans cet encadré est révélatrice des effets potentiellement dangereux de la standardisation extrême des parcours de soins. La jeune radiologue était seule pour assurer toutes les biopsies de la journée, qu'elle réalisait littéralement à la chaîne. Ces incidents graves apparaissent heureusement rares, mais nombreuses sont les femmes à avoir témoigné des effets délétères de la

standardisation des soins dans les grands centres. Comme nous allons le voir dans la partie suivante, elles aussi mettent en place des stratégies pour adapter leurs besoins aux contraintes de l'hôpital.

Encadré n° 7 - Journée d'observation dans un service de diagnostic rapide du cancer du sein – CLCC francilien, le 31 août 2015

Mme A. a 46 ans, et vit seule avec sa fille en bas-âge. Elle a pris une journée de congé pour venir à sa consultation. Elle est venue en bus depuis son domicile qui n'est pas loin de l'hôpital. Une semaine avant, elle a senti une douleur au niveau de son sein gauche, qui l'a amenée à consulter son médecin généraliste. Ce dernier l'a directement envoyée faire une mammographie. Suite aux (mauvais) résultats de la mammographie, le radiologue l'a adressée au CLCC X pour un diagnostic ultra-rapide. Elle a pris RDV, et c'est sur le site internet qu'elle découvre la spécialité de l'établissement. Elle n'avait pas du tout compris qu'il pouvait s'agir d'un cancer avant de regarder le trajet pour se rendre à l'hôpital. Mme A. est reçue par une oncologue qui regarde ses clichés mammographiques et qui lui explique le déroulement de la journée.

Avec l'accord de Mme A., je la suis pendant sa journée de diagnostic. Elle réalise plusieurs examens le matin : mammographie, cytoponction etc. Le caractère bénin ou malin de la tumeur sera annoncé en fin d'après-midi par le médecin qui l'a reçue le matin. Mme A. a une phobie des aiguilles et arrive le moment de la biopsie sous échographie. La radiologue effectue une anesthésie locale, mais Mme A. sent encore l'aiguille. L'infirmière lui dit « qu'elle est très sensible et qu'elle ne supporte pas la moindre petite pique ». La radiologue, en insérant l'aiguille, lui dit alors : « puisqu'il y a un cancer, il faut qu'on ponctionne pour avoir un plus gros échantillon ». Mme A. rétorque « euh...ah bon ? C'est un cancer ? ». La radiologue (en continuant de piquer) « ah vous n'avez vu personne ? Oui, la cytoponction a montré qu'il s'agit d'un cancer. C'est une tumeur maligne, donc la biopsie va nous permettre d'en savoir plus sur la tumeur ». Elle enfonce l'aiguille à biopsie dans le sein de la dame, qui commence à beaucoup saigner. Elle ne prévient pas la patiente qu'elle effectue le prélèvement (claquement de l'appareil) ce qui fait que Mme A. est surprise et fait un bond sur la table. La radiologue répond sèchement qu'il ne faut surtout pas bouger. Mme A. ne bouge plus mais exprime qu'elle souffre beaucoup. L'infirmière répond en levant les yeux au ciel que « même pendant la mammo elle a eu mal... ». La radiologue décide donc de refaire une anesthésie. Mme A. répond : « je suis un peu chochette mais j'ai une phobie des piques. »

La radiologue (gentiment) lui dit qu'elle va faire avec et lui demande si ça va. Le second prélèvement se passe mieux du côté gauche, mais Mme A. saigne toujours beaucoup. Elle demande si son pantalon n'est pas tâché car elle va chercher sa fille à la crèche après mais personne ne lui répond. L'infirmière commence à parler de la suite des événements avec la radiologue et lui dit de « laisser de la place pour le cathéter pour la chimio ». La patiente ignorait qu'elle pouvait avoir de la chimiothérapie, et se tourne silencieusement vers moi.

c) Les stratégies d'adaptation des soignants soumis au rythme de l'institution

Comparativement à la prégnance que les enjeux de pouvoir semblent occuper dans le quotidien des soignants, les femmes ont relativement peu souligné ce phénomène pendant les entretiens. En effet, l'éthique et la bienveillance restent heureusement les qualités les plus visibles dans la posture que les professionnels adoptent auprès des femmes. Malgré le poids de la structure qui pèse sur lui, l'individu soignant parvient à échapper dans son exercice, au cadre contraignant de l'administration hospitalière. Nombre d'exemples d'initiatives de professionnels soignants ont été évoquées en entretien. Les exemples développés ici sont particulièrement intéressants pour illustrer comment ces derniers parviennent, la plupart du temps à amortir les dysfonctionnements du système pour le bien-être des patients. Certains professionnels d'établissements privés très lucratifs implantés dans une zone géographique socialement aisée, sont conventionnés en secteur 1 pour garantir l'accès aux soins des personnes vulnérables. Ils se mobilisent par ailleurs pour diffuser l'information au sujet de leur service, en se heurtant aux menaces de certains de leurs confrères qui les accusent de « concurrents déloyaux » car ils ont tendance à casser les prix de l'offre locale. D'autres travaillent plusieurs jours par semaine dans un centre municipal de santé en plus de leur activité en libéral. Les infirmières coordinatrices rencontrées en entretien se dévouent parfois entièrement à la prise en charge de leurs patientes, les accompagnent, les écoutent, leur répondent au téléphone 7 jours / 7 pour les rassurer pendant leur parcours de soins. Les infirmières de chimiothérapie, malgré un temps parfois restreint dans les services de soins, prennent le temps d'accompagner les femmes pendant leur première cure et de répondre à leurs questions. Elles se substituent au médecin quand celui-ci vient à manquer, dans l'orientation et le suivi. A l'occasion d'un plan social dans un CLCC francilien, plusieurs oncologues d'un service de chimiothérapie ont été licenciés. Les infirmières ont été particulièrement vigilantes pendant cette période, aux prescriptions des traitements et des examens qui risquaient d'être oubliées. Un autre exemple est celui d'une coordinatrice d'un réseau territorial de cancérologie qui dégage une enveloppe pour quelques séances chez une psychologue, pour une patiente en grande précarité. La psychologue qui la prendra en charge lui fera payer la moitié du prix de sa consultation habituelle, le temps du suivi. De bout en bout sur la chaîne du soin, les individus soignants corrigent les vibrations d'un système qui tremble, et les patientes semblent rarement insatisfaites de leur prise en charge *in fine*. En effet, la totalité des personnes

interviewées ont mis en avant les qualités relationnelles et d'accompagnement des professionnels soignants en oncologie. Rappelons que la grande majorité des femmes ont été prises en charge dans un CLCC. Mme M. a par exemple salué l'écoute attentive du chirurgien qui l'a orientée vers un oncologue « vraiment adorable » car elle était très angoissée par la chimiothérapie. Elle se dit finalement « très très contente » de la prise en charge. Mme B. a apprécié que le chirurgien prenne le temps de lui faire un dessin pour lui expliquer son cancer et l'effet des traitements. Mme L. emploie plusieurs fois l'adjectif « chaleureux » pendant l'entretien, pour décrire les relations qu'elle a eu avec les soignants. Même la femme du standard téléphonique l'écoutait quand elle appelait en cas de problèmes.

Par ailleurs, les femmes elles-mêmes déploient de multiples stratégies pour réintroduire une certaine personnalisation dans leur parcours de soins. Le recours aux médecines complémentaires apparaît être un exemple intéressant car il est très largement plébiscité par les femmes soignées pour un cancer du sein, rencontrées en entretien. Grâce à ce type de pratiques, il semblerait qu'elles supportent mieux la prise en charge stéréotypée proposée par l'hôpital puisqu'elles s'impliquent en parallèle, dans leur parcours thérapeutique. Plusieurs femmes ont fait appel à des coupeurs de feu ou des magnétiseurs pour limiter les effets secondaires de la chimiothérapie et de la radiothérapie. L'homéopathie et l'ostéopathie sont également des pratiques largement répandues. Mais la thérapie la plus sollicitée en tant que soin de support est l'acupuncture. Presque une dizaine de femmes y ont fait appel, souvent sur conseils de leur entourage (amis, famille). Toutefois, il est intéressant de noter qu'elles ont tendance à cacher le recours à de tels soins, aux équipes médicales. Les clivages entre différentes visions du soin sont encore présents dans la médecine occidentale, et les différents univers s'appréhendent sans beaucoup communiquer. Les femmes en parlent à voix basse, dans les salles d'attente ou en hôpital de jour, car « les infirmières pourraient avoir peur qu'elles arrachent leur perfusion pendant la chimiothérapie » témoigne une femme sur le ton de l'humour.

CONCLUSION

Pour reprendre les mots de P. Castel, « dans un territoire donné, le système d'interactions médicales, au sein duquel les médecins évoluent et qu'ils ont contribué à former, est à l'origine de certaines régularités locales dans les modes de prises en charge des patients » (Castel, 2005). Dans ce chapitre, nous avons d'abord décrit les particularités de l'espace francilien au sein duquel s'inscrivent ces interactions médicales. Ensuite nous nous sommes intéressés aux enjeux politiques qui façonnent les réseaux de soins dans les différents territoires de la région. Nous postulons que les interactions médicales, et par conséquent les modes de prises en charge, se développent différemment en fonction des dynamiques à l'œuvre dans les communes, des pratiques sociales et spatiales des femmes soignées pour un cancer du sein ainsi que du tropisme des réseaux de soins. Par ailleurs au sein de ces territoires, chacun des acteurs de la relation thérapeutique dispose de marges de manœuvre qui lui permettent d'éventuellement déployer des stratégies de contrôle du parcours de soins. En effet, les femmes tout autant que les professionnels intervenant sur ce parcours font appel aux ressources dont ils disposent pour gérer au mieux le parcours de soins pendant la maladie.

Comment s'inscrivent les flux de patientes vers les établissements de soins, dans les polarités sociospatiales de la métropole parisienne telles que décrites ? Les enjeux de pouvoir entre les institutions et les logiques de concurrence sont-elles parfois plus fortes que celles guidées par l'éthique médicale et les besoins des patientes ? De quelle façon ces facteurs d'ordre territorial interviennent-ils dans les parcours de soins des femmes atteintes d'un cancer du sein ? Nous avons par exemple exposé le fait que les restes à charge des femmes soignées pour un cancer du sein ne cessent d'augmenter depuis 1945. Les disparités de paiement des dépassements d'honoraires se dessinent-elles en fonction des espaces de résidence et de l'offre de soins localement disponible ? Par ailleurs les caractéristiques individuelles des femmes présagent-elles davantage de la forme du parcours de soins, que le fait de résider dans des espaces attractifs ou en déclin ? Finalement, comment les acteurs locaux (les femmes y-compris) parviennent-ils à s'adapter aux aléas qu'ils rencontrent en fonction des territoires ?

Dans le chapitre suivant, nous allons nous intéresser aux disparités observées dans la forme des parcours de soins, à l'échelle des départements de la région Ile-de-France et des catégories spatiales mises en évidence grâce à l'indice synthétique des dynamiques urbaines.

CHAPITRE 3 :

DES PARCOURS DE SOINS QUI S'INSCRIVENT DANS LES CENTRALITES METROPOLITAINES

INTRODUCTION

Ce chapitre entame l'analyse des parcours de soins des femmes atteintes d'un cancer du sein en Ile-de-France. Pour ce faire, nous faisons l'hypothèse que les disparités observées dans les parcours de soins à l'échelle de la région sont partiellement le fruit des polarités métropolitaines que nous avons décrites dans le précédent chapitre. D'après les résultats de cette recherche, les contrastes existants dans les lieux de recours aux soins ainsi que dans les statuts des établissements consultés, semblent effectivement se superposer globalement aux clivages caractéristiques de la métropole parisienne. Toutefois, d'autres facteurs interviennent manifestement dans la structuration de ces parcours de soins, à l'échelle des départements et des catégories de communes de l'indice synthétique des dynamiques urbaines (ISDU). En effet, la confiance des acteurs impliqués sur les parcours de soins en faveur de l'expertise proposée par les CLCC et les CHU parisiens ne semble pas s'être diffusée partout et dans les mêmes proportions.

La modélisation des parcours et l'analyse proposée dans ce chapitre ont été réalisées selon la méthodologie présentée en introduction générale (cf. page 29). Pour alléger la lecture, les résultats quantitatifs sont exposés lorsqu'ils sont statistiquement significatifs dans l'analyse univariée et qu'ils restent influents dans l'analyse multivariée. Les rapports de cotes ou *odd ratios*⁸ (OR) fournis dans les différents paragraphes, ainsi que les intervalles de confiance à 95% correspondent aux résultats des régressions logistiques réalisées à partir des données disponibles : l'âge, le stade estimé au diagnostic, le fait d'être ou non à la CMU-C, le type d'hôpital de recours aux soins ainsi que le lieu de résidence (département ou catégories de communes selon l'ISDU). Ces différentes variables ont été systématiquement testées dans un même modèle statistique, pour chacune des problématiques abordées dans ce chapitre. Les analyses issues des deux enquêtes qualitatives sont également mobilisées pour nourrir la compréhension que nous avons de ces parcours de soins, à l'échelle des départements et de la typologie de communes obtenue grâce à l'ISDU.

⁸ Un rapport de cote ou *odd ratio* en anglais, correspond « au rapport de deux probabilités complémentaires : la probabilité P de survenue d'un événement (« risque ») divisée par la probabilité (1-P) que cet événement ne survienne pas (« non risque ») (Morabia, 2003)

Avant d'entamer cette analyse, le tableau n°6 présenté page 175 offre un aperçu des caractéristiques des femmes intégrées dans l'analyse des parcours de soins. La majorité des personnes incluses présente un cancer infiltrant au diagnostic et est âgée de 45 à 74 ans. L'incidence du cancer du sein est effectivement plus élevée parmi cette tranche d'âge : les femmes de plus de 45 ans représentaient 40% de la population féminine francilienne en 2015 selon l'INSEE et elles constituent 87% des personnes de notre échantillon. De la même façon, la répartition départementale des femmes intégrées dans l'analyse reflète les disparités d'incidence du cancer du sein que nous avons décrites dans le premier chapitre : les personnes qui habitent dans les départements de Paris (18,1% de la population francilienne en 2016 selon l'INSEE) et des Hauts-de-Seine (13,2% de la population francilienne en 2016) sont légèrement plus représentées dans notre échantillon comparativement à la répartition départementale de la population dans son ensemble. *A contrario*, les femmes résidant en Seine-Saint-Denis, dans le Val d'Oise ainsi qu'en Seine-et-Marne sont moins représentées dans la population étudiée qu'en population générale.

Enfin, 5,7% des femmes de l'échantillon bénéficient de la CMU-C ce qui correspond à un taux moins important qu'au sein de la population francilienne. En effet, d'après la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, 7,4% de la population de la région bénéficiait de la CMU-C en 2016 (Fonds CMU-C, 2017). Comme nous l'avons également expliqué dans le premier chapitre du manuscrit, les femmes touchées par un cancer du sein ont tendance à présenter des caractéristiques socio-économiques plus favorisées.

Dans la première partie, nous allons décrire la structure des recours à la chirurgie en fonction des départements franciliens et des types de communes de résidence des femmes selon l'ISDU. Cette comparaison multiscalaire permet de réaliser une lecture plus fine et plus complexe des phénomènes géographiques, tels que nous les avons décrits dans le chapitre précédent. A ces deux échelles, nous nous intéresserons plus spécifiquement aux établissements de recours en fonction du temps théorique d'accès depuis le lieu de résidence des femmes, ainsi que selon leur statut (privé, public ou ESPIC). Les deuxième et troisième parties de ce chapitre présenteront les mêmes analyses, pour l'étape de la chimiothérapie et de la radiothérapie, l'objectif étant de comparer également les différentes étapes du traitement entre elles, afin de confirmer ou d'infirmer les premiers résultats.

Tableau n°6 : Caractéristiques des femmes intégrées dans l'analyse des parcours de soins (2012-2014)

Caractéristiques des femmes		Fréquence	Part (%)
Effectif des femmes intégrées dans l'analyse des parcours de soins (2012-2014)		21128	100,0
Diagnostic au début du parcours de soins	Cancer <i>in situ</i>	729	3,5
	Cancer infiltrant	13891	65,7
	Cancer infiltrant avec métastases axillaires	4344	20,6
	Cancer infiltrant avec métastases extra-ganglionnaires	2164	10,2
Age des femmes au moment du diagnostic	De 15 à 29 ans	142	0,7
	De 30 à 44 ans	2679	12,7
	De 45 à 59 ans	7172	33,9
	De 60 à 74 ans	7369	34,9
	Plus de 75 ans	3766	17,8
Bénéficiaire de la CMU-C	Non	19916	94,3
	Oui	1212	5,7
Département de résidence	Paris	4354	20,6
	Seine-et-Marne	2256	10,7
	Yvelines	2640	12,5
	Essonne	2417	11,4
	Hauts-de-Seine	3042	14,4
	Seine-Saint-Denis	2111	10,0
	Val-de-Marne	2453	11,6
	Val d'Oise	1855	8,8
Catégorie de communes de résidence (issue de la typologie)	Hypercentre	5994	28,4
	Communes-noyaux socialement populaires	5119	24,2
	Centres urbains résidentiels socialement populaires	4865	23,0
	Centres urbains résidentiels socialement aisés	2293	10,9
	Communes de "l'entre-deux"	1218	5,8
	Communes périurbaines résidentielles socialement aisées	962	4,6
	Communes périurbaines résidentielles socialement populaires	572	2,7
	Catégorie exceptionnelle "Marne-la-Vallée"	105	0,5

Source : CNAM SNIIRAM 2006-2014 ; Lefevre, 2014 - Réalisation : Vialard, LADYSS UPON, 2018

I. RECOURS DE PROXIMITE *VERSUS* DELOCALISATION DES PRISES EN CHARGE CHIRURGICALES

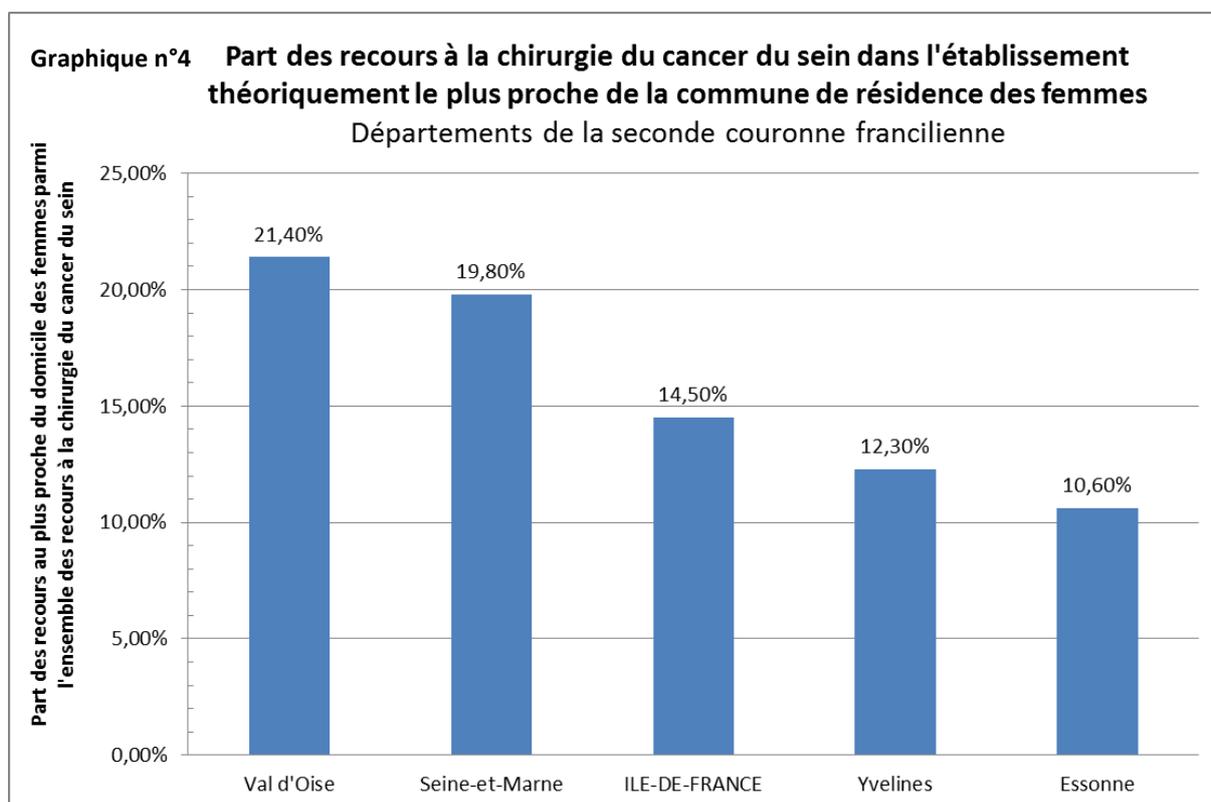
Dans la grande majorité des cas, la chirurgie constitue la première étape du parcours hospitalier des femmes pour qui un cancer du sein a été diagnostiqué. Sur l'ensemble des personnes incluses dans notre échantillon, 82% d'entre elles entament effectivement le parcours de soins avec une intervention chirurgicale. De plus, d'après les échanges que nous avons eus avec les professionnels soignants, la première entrée dans le système de soins conditionne généralement l'orientation des femmes pendant le reste de leur parcours.

A l'échelle de l'Ile-de-France, il ne semble pas que la proximité spatiale de l'établissement soit un critère privilégié de recours pour les femmes : seulement 14,5% des chirurgies ont lieu dans l'établissement théoriquement le plus proche de leur commune de résidence (temps d'accès théorique en voiture – cf. p. 30). De la même façon, 40% des femmes opérées d'un cancer du sein entre 2012 et 2014 ont été prises en charge dans un centre de lutte contre le cancer, et 45% dans un autre établissement que celui situé au plus proche de leur domicile. La chirurgie du cancer du sein entraîne donc d'importants flux qui ne sont pas orientés vers l'offre de proximité, mais davantage vers des réseaux soignants plus informels. La présence de l'offre parisienne, le prestige dont elle hérite ainsi que l'attractivité des hôpitaux à forte capacité d'accueil, entraîne une certaine délocalisation des prises en charge en Ile-de-France. Le fait que cette offre soit très concentrée et très concurrentielle, limite le rôle de la distance et renforce l'attraction gravitaire exercée par les grands centres hospitaliers.

Dans le paragraphe suivant, nous allons décrire les disparités observées dans les recours de proximité en fonction des départements franciliens. Ces derniers sont révélateurs de la façon dont l'offre de soins implantée localement, parvient ou non à résister à ces forces gravitaires. Nous nous intéresserons d'abord au temps d'accès à l'établissement en charge de la chirurgie du cancer du sein pour les femmes qui résident en seconde couronne francilienne. Certaines différences significatives existent effectivement dans les recours dits de proximité entre les départements périphériques de la région. Nous présenterons ensuite le cas des départements de première couronne sur cette question, et nous proposerons enfin l'exemple des communes-noyaux socialement populaires dont la structure des recours à la chirurgie est particulièrement intéressante.

1) Disparités dans les recours de proximité entre les départements de la seconde couronne francilienne

La part des recours à la chirurgie dans l'établissement le plus proche est très inégale au sein des quatre départements de la seconde couronne francilienne. En effet, le département du Val d'Oise (21,4%) et celui de la Seine-et-Marne (19,8%) enregistrent des taux de recours en proximité significativement plus élevés que la moyenne régionale (14%). *A contrario*, les femmes des départements des Yvelines (12,3%) et de l'Essonne (10,6%) se tournent particulièrement peu vers l'offre locale ($p < 0.01$). Comme le montre le graphique présenté ci-dessous, nous pouvons donc observer une différence d'environ 11% pour les recours à la chirurgie du cancer du sein en proximité, entre les femmes résidant dans l'Essonne et dans le Val d'Oise.

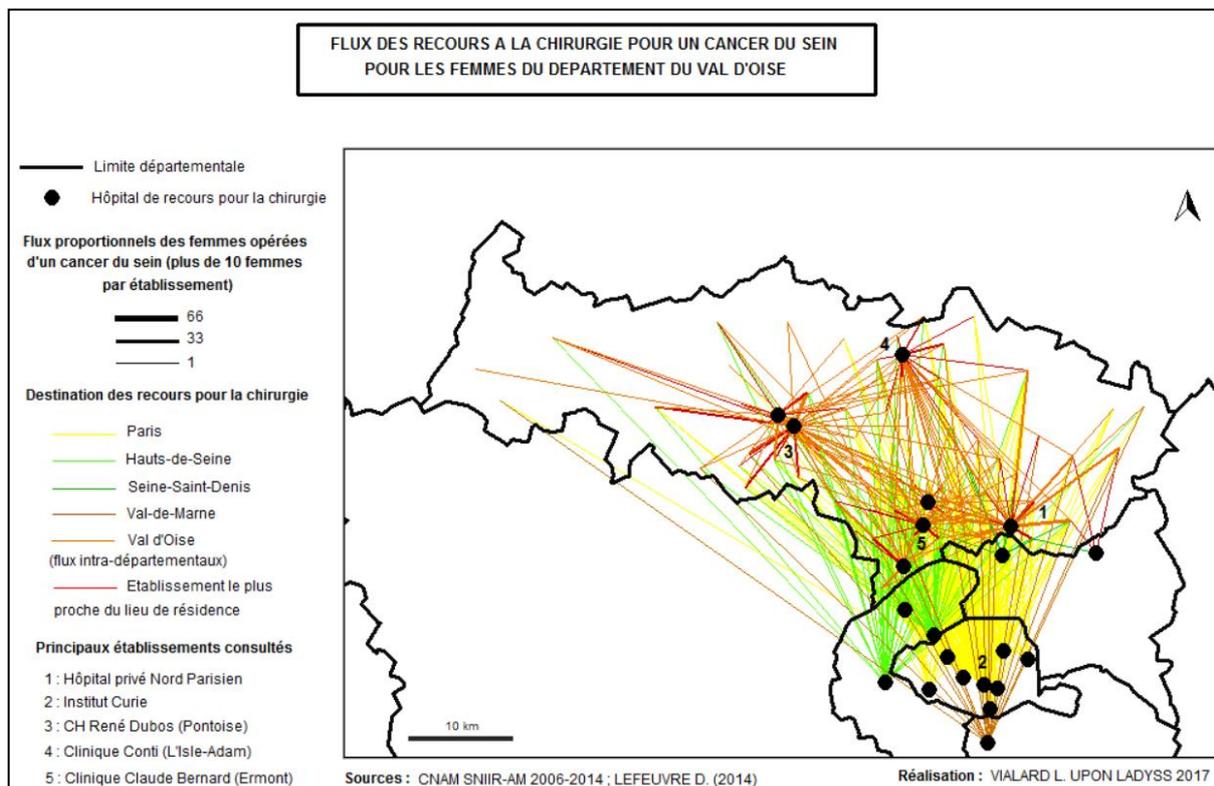


Source : CNAM SNIIRAM 2006-2014 ; Lefevre, 2014 - Réalisation : Vialard, LADYSS UPON 2018

Dans le cas du Val d'Oise (cf. carte n°19 page suivante), il apparaît que l'Institut Curie constitue l'unique établissement particulièrement fréquenté qui se situe en dehors du département. Cependant, cet hôpital n'attire qu'une faible part des femmes Val d'Oisiennes car il ne draine que 11% des flux pour la chirurgie du cancer du sein. Quatre autres

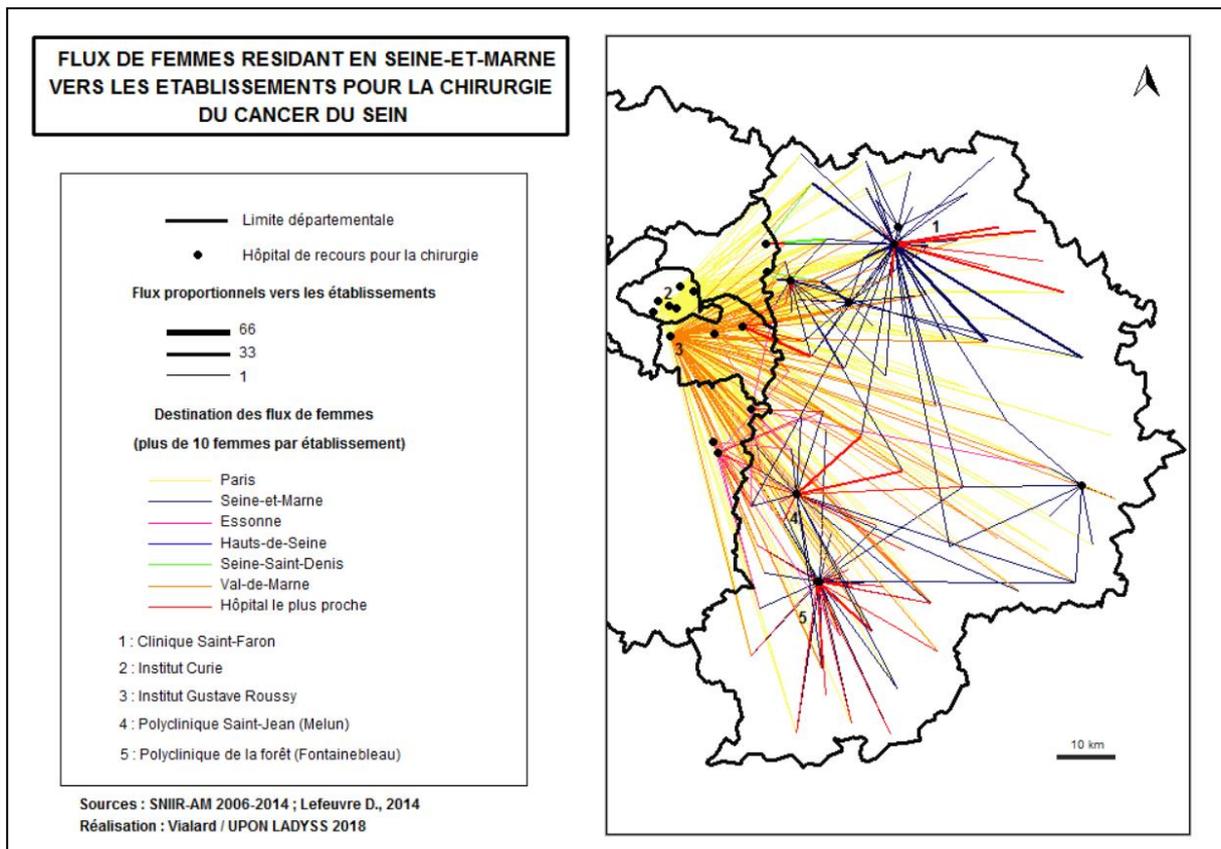
établissements du département – l’Hôpital privé Nord Parisien, le CH de Pontoise, les cliniques de L’Isle-Adam et d’Ermont - se répartissent 35% des prises en charge chirurgicales. C’est pourquoi la part des recours théoriquement au plus proche du domicile de résidence des femmes est particulièrement élevée au sein de ce département.

Carte n°19



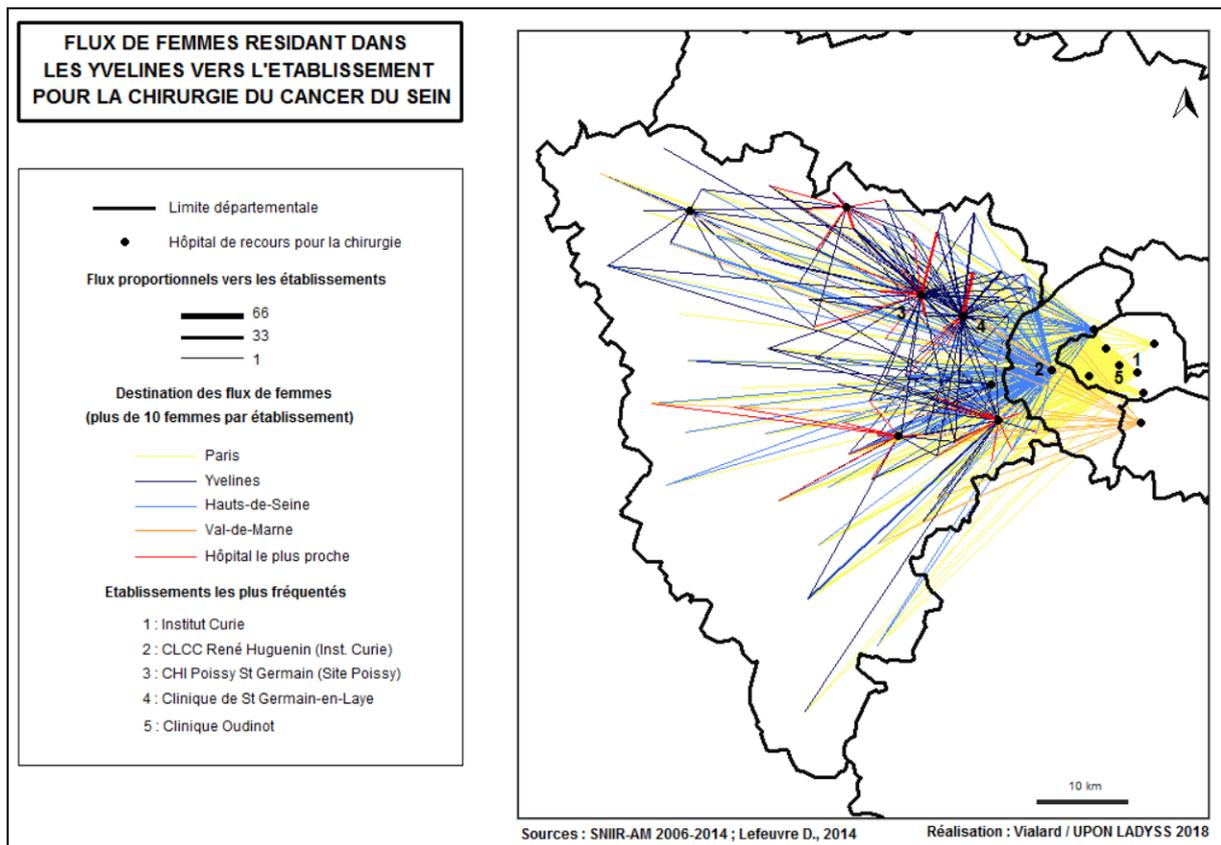
De la même façon, pour la Seine-et-Marne, trois établissements localisés au sein du département recrutent à eux seuls 21% des femmes : la Clinique Saint-Faron au nord semble particulièrement attractive, tout comme les polycliniques de Melun et de Fontainebleau (cf. carte page suivante). Bien que le taux de recours dans l’hôpital situé en proximité de la commune de résidence des femmes atteigne presque 20%, les habitantes du département de la Seine-et-Marne sont toutefois davantage opérées dans les CLCC de Paris et du Val-de-Marne, comparativement aux femmes du Val d’Oise.

Carte n°20



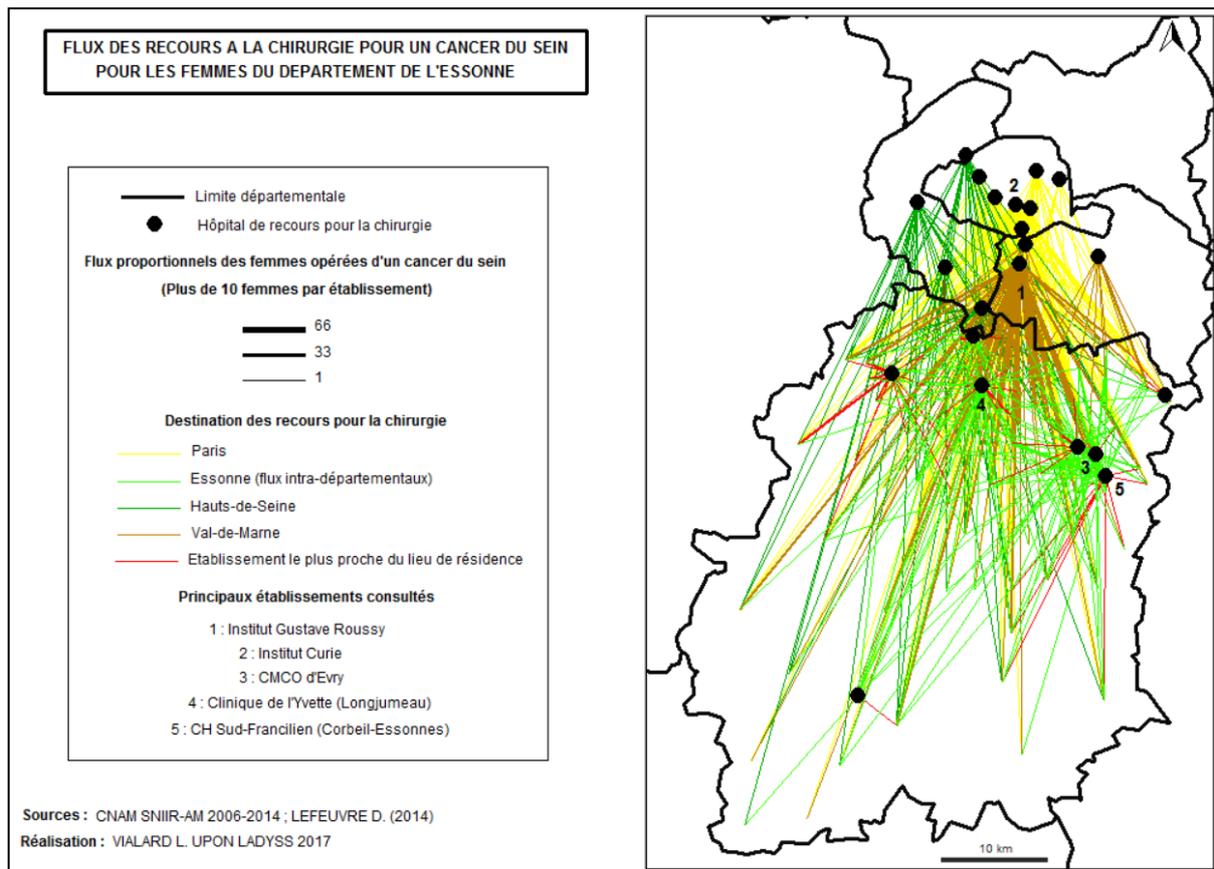
En comparaison, les recours à la chirurgie du cancer du sein dans les départements des Yvelines et de l'Essonne apparaissent beaucoup plus polarisés par les établissements situés dans le centre de la métropole. Dans le cas des Yvelines, l'Institut Curie de Paris et de Saint-Cloud assument 42% des chirurgies des femmes résidant dans ce département au détriment du centre hospitalier intercommunal (CHI) de Poissy Saint-Germain ainsi que de la clinique privée de Saint-Germain-en-Laye qui ne drainent que 11% des recours des femmes opérées d'un cancer du sein dans le département (cf. carte n°21 page suivante).

Carte n°21



Pour le département de l'Essonne (cf. carte n°22 page suivante), c'est d'abord l'Institut Gustave Roussy puis l'Institut Curie qui prennent en charge 25 % des chirurgies du cancer du sein. Les établissements privés localisés dans le département – le CMCO d'Evry et la Clinique de l'Yvette à Longjumeau – n'assument que 12% des interventions chirurgicales des femmes atteintes de cette pathologie. Le Centre Hospitalier Sud Francilien apparaît particulièrement peu attractif car il ne recrute que 5 % des femmes pour ce type de chirurgie. Ces dernières viennent principalement du sud et de l'est de l'Essonne.

Carte n°22



Ainsi, il semblerait que pour les départements de l'ouest et du sud de la seconde couronne, les recours à la chirurgie suivent des canaux plus orientés vers les CLCC et l'offre parisienne comparativement aux départements du nord et de l'est de l'Ile-de-France. Les établissements les plus consultés pour la chirurgie du cancer du sein par les femmes du Val d'Oise et de la Seine-et-Marne sont effectivement localisés dans leur département.

Pourquoi dans certains territoires excentrés, les femmes sont-elles davantage orientées vers l'offre proposée par les CLCC tandis que d'autres recourent à la chirurgie dans les établissements situés plus en proximité ? Dans le chapitre précédent, nous avons noté que le centre et les pôles secondaires de la métropole s'étaient davantage développés au profit de l'ouest de l'Ile-de-France. Les flux de personnes, de ressources et d'informations y sont plus denses et plus nombreux ce qui pourrait, en partie, expliquer les pratiques spatiales facilitées des femmes vers le centre de la région. Dans ce contexte, les sillons creusés par les parcours de soins depuis les périphéries régionales vers le centre se renforcent d'autant plus dans les espaces de l'ouest et du sud de la capitale. Les réseaux de soins sont également potentiellement plus orientés vers les hôpitaux centraux de la région, dans ces départements périphériques. Nous aurons l'occasion de creuser davantage cette

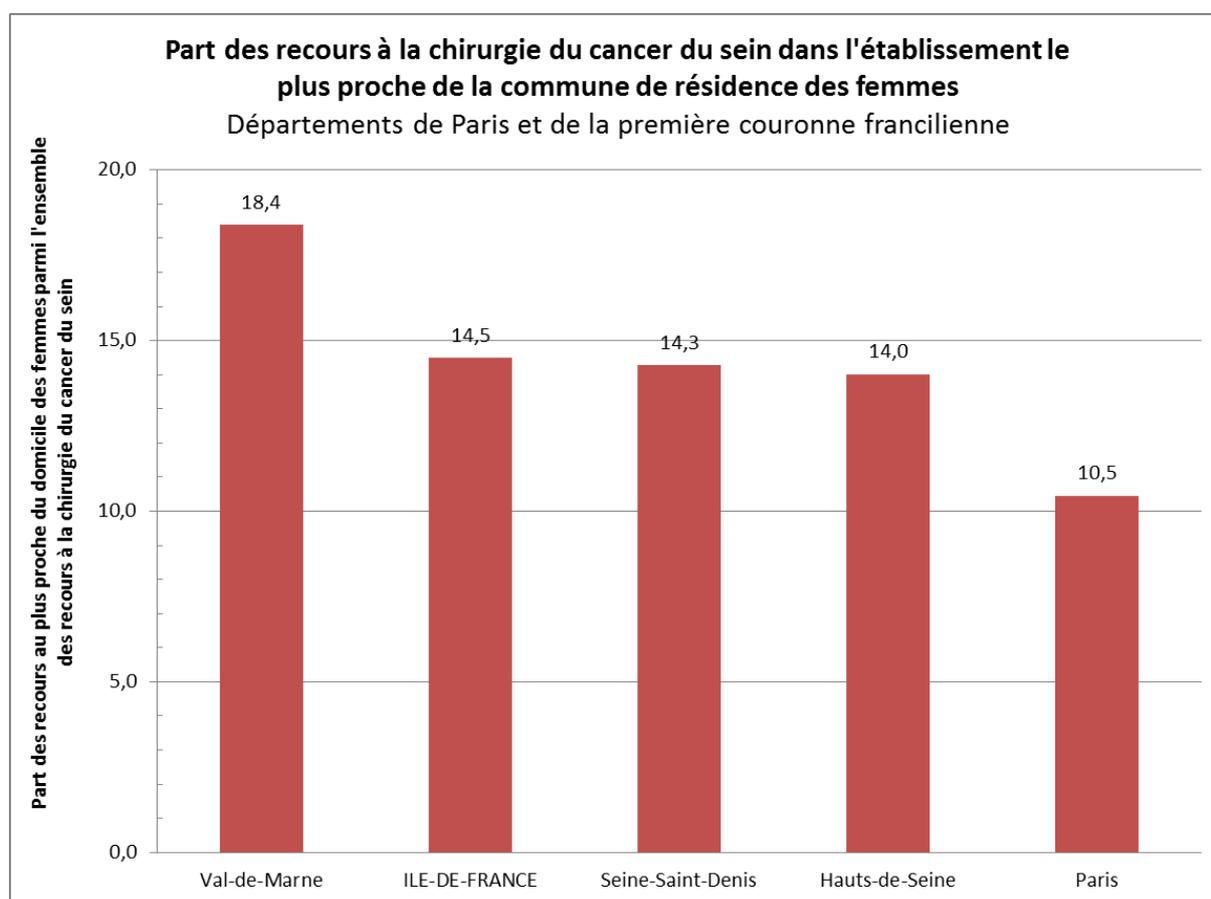
hypothèse, grâce à la comparaison des recours aux soins à plus fine échelle, entre les départements de l'Essonne et du Val d'Oise. Toutefois, les centres de lutte contre le cancer semblent globalement drainer une part élevée des recours à la chirurgie du cancer du sein en Ile-de-France. L'image d'excellence dont ils héritent participe certainement à polariser massivement les parcours de soins, quand bien même cette force d'attraction est plus limitée dans certains départements. Nous y reviendrons un peu plus loin dans ce chapitre.

Dans le paragraphe suivant, nous allons voir que les variations spatiales observées dans les recours à la chirurgie en proximité entre les départements de la première couronne apparaissent moins contrastées.

2) Des contrastes moins marqués dans les recours de proximité en première couronne

A l'échelle de la première couronne de la région francilienne, les taux de recours à la chirurgie dans l'établissement théoriquement le plus proche de la commune de résidence des femmes semblent plus homogènes.

Graphique n°5



Source : CNAM SNIIRAM 2006-2014 ; Lefevre, 2014 - Réalisation : Vialard, LADYSS UPON, 2018

Tout d'abord, la situation du département parisien apparaît spécifique car les recours dits de proximité sont particulièrement faibles dans l'enceinte de la capitale. En effet, les hôpitaux théoriquement les plus proches sont presque à égale distance des autres établissements parisiens, en termes de temps d'accès théorique en voiture. Nous ne développerons donc pas davantage l'exemple de ce département dans cette partie.

Comme le montre le graphique présenté ci-dessus, le Val-de-Marne constitue le département de première couronne dont la part des recours à la chirurgie en proximité est la plus élevée. Du fait de la présence d'un CLCC, de deux hôpitaux publics dotés d'un plateau technique complet et de plusieurs cliniques privées, les femmes du Val-de-Marne disposent effectivement d'un large choix d'établissements habilités à pratiquer la chirurgie du cancer du sein. De plus, ces derniers apparaissent particulièrement attractifs auprès des femmes opérées d'un cancer du sein.

Par ailleurs, les taux de recours à la chirurgie dans l'établissement de proximité sont équivalents à la moyenne régionale pour les départements de la Seine-Saint-Denis et des Hauts-de-Seine ($p = N.S.$). Dans le cas du département des Hauts-de-Seine, un centre de lutte contre le cancer et plusieurs établissements publics et privés autorisés pour la chirurgie sénologique sont implantés au sein du département. Cependant, 40% des femmes résidentes réalisent leur chirurgie du cancer du sein à Paris et seulement 26% d'entre elles sont opérées dans les établissements du département. Les réseaux des professionnels soignants implantés dans les Hauts-de-Seine pourraient-ils être plus orientés vers l'Institut parisien, que vers le centre de lutte contre le cancer situé dans leur département ? La réputation de ce dernier contribue certainement à ces recours privilégiés vers l'établissement historiquement précurseur dans le traitement du cancer. L'offre de soins, pourtant relativement similaire à celle implantée dans le Val-de-Marne, ne semble pas exercer la même attractivité sur les femmes concernées pour cette étape du parcours de soins.

Dans le département de la Seine-Saint-Denis, ce sont également les hôpitaux parisiens qui attirent massivement les femmes pour la chirurgie du cancer du sein : l'Institut Curie, les CHU Saint-Louis et Tenon sont effectivement en tête des établissements les plus consultés. Ils drainent ensemble 30% des chirurgies du cancer du sein du département. Le CHU Jean Verdier à Bondy et la Polyclinique Vauban à Livry-Gargan n'assurent que 23 % des chirurgies des femmes souffrant d'un cancer du sein.

A travers ces exemples, nous pouvons émettre l'hypothèse que la réputation des établissements spécialisés en cancérologie constitue un puissant facteur contributeur de la forme des parcours de soins. En effet, la croyance selon laquelle l'expertise chirurgicale serait meilleure dans les CLCC et dans les grands centres hospitaliers parisiens semble très répandue parmi les professionnels et les femmes rencontrées en entretien. Toutefois, la réputation des établissements semble également intervenir dans l'orientation des parcours de soins, dans le cas des structures périphériques. En effet, dans le paragraphe précédent, nous avons noté que les établissements localisés dans le Val d'Oise et la Seine-et-Marne étaient particulièrement attractifs dans le cadre de la chirurgie du cancer du sein. Bien que les cliniques privées localisées dans l'Essonne et les Yvelines assument une part non-négligeable des chirurgies des femmes résidentes, elles n'attirent pas autant les personnes pour cette étape du traitement. Nous aurons l'occasion de développer ce point dans la dernière partie du chapitre, qui est consacrée à cette thématique.

En définitive, les recours à la chirurgie dans les établissements situés théoriquement au plus proche du domicile des personnes semblent à la fois dépendre des polarités urbaines du système métropolitain, de l'offre directement disponible et de sa réputation, mais également de l'attractivité exercée par les CLCC et l'offre parisienne. En effet, toutes choses égales par ailleurs⁹, les femmes sont 4 fois plus prises en charge dans un établissement qui n'est pas celui situé au plus proche de leur commune de résidence quand elles sont opérées dans un ESPIC (dont font partie les CLCC) plutôt que dans une structure privée [IC 95% : 3.43 ; 4.62]¹⁰. Etant donné que ces CLCC sont concentrés dans le centre de la région, les prises en charge sont forcément « délocalisées » par rapport au lieu de résidence des femmes dès lors qu'elles se déroulent dans ces établissements. Nous pouvons effectivement observer que les deux départements de seconde couronne dont les recours à la chirurgie en proximité sont les plus faibles – *i.e.* les Yvelines et l'Essonne - enregistrent des pourcentages de 17% à 34% plus élevés de chirurgies du cancer du sein réalisées dans les ESPIC, comparativement aux départements du Val d'Oise et de la Seine-et-Marne.

⁹ A âge, stade au diagnostic, niveau de désavantage social (mesuré via le fait d'être à la CMU-C ou non) et département de résidence équivalents.

¹⁰ cf. annexe n°11, partie 1, pour les résultats de la régression logistique.

Tableau n°7

Statut de l'établissement de recours pour la chirurgie selon le département de résidence des femmes			
DEPARTEMENT	ESPIC (%)	Privé (%)	Public (%)
Hauts-de-Seine	65,48	19,8	14,71
Yvelines	57,75	17,61	24,64
Val-de-Marne	54,66	19,12	26,21
Essonne	53,41	29,64	16,95
Paris	51,38	13,76	34,86
Seine-et-Marne	36,75	38,93	24,32
Seine-Saint-Denis	30,62	23,94	45,44
Val d'Oise	23,78	42,88	33,33

Sources: CNAM-TS, SNIIRAM 2006-2014 ; Lefevre, D., 2014

Réalisation : Vialard, L., UPON, LADYSS, 2019

A l'inverse, les femmes résidentes de ces deux derniers départements affichent des recours à la chirurgie dans les établissements privés de 10 à 20% plus élevés que les femmes des Yvelines et de l'Essonne.

En première couronne, l'offre fournie par les ESPIC et notamment l'Institut Gustave Roussy apparaît particulièrement attractive pour les femmes du Val-de-Marne. Comme nous l'avons évoqué plus haut, les femmes résidant dans le département des Hauts-de-Seine se tournent principalement vers l'Institut Curie de Paris malgré la présence d'un CLCC à Saint-Cloud, au cœur du département. En définitive, à l'échelle des départementaux franciliens, les habitantes du département des Hauts-de-Seine enregistrent le plus fort de taux de recours à la chirurgie dans les ESPIC. Enfin, les femmes de la Seine-Saint-Denis se tournent également beaucoup vers l'offre parisienne mais principalement vers le secteur public : 45% des chirurgies du cancer du sein pour les personnes résidentes du département ont lieu dans un hôpital public ($p < 0.01$). Cet exemple suggère que la forme des recours à la chirurgie pourrait également dépendre des caractéristiques socio-démographiques des populations résidentes. En effet, les femmes qui connaissent un important niveau de désavantage social comme c'est le cas pour ce département, pourraient recourir davantage à une offre de soins publique. L'analyse proposée à l'échelle des catégories de communes selon l'ISDU, apporte un éclairage intéressant à ce sujet.

3) Quelles variations spatiales des recours à la chirurgie en proximité à l'échelle des communes de l'ISDU ?

Les variations enregistrées dans les recours à la chirurgie vers l'établissement théoriquement le plus proche du domicile des femmes apparaissent plus faibles à l'échelle des catégories de communes de l'ISDU. A l'exception des communes-noyaux socialement populaires qui feront l'objet du paragraphe suivant, il n'existe effectivement aucune différence significative entre les différents types de communes de la typologie pour ces recours dits de proximité. Qu'elles soient centrales ou périurbaines, les communes résidentielles socialement populaires enregistrent un pourcentage similaire de 14% à 15% de recours à la chirurgie dans l'établissement théoriquement le plus proche. De la même façon, les communes résidentielles dont les profils socio-démographiques des populations sont plus avantagés présentent des taux de recours à la chirurgie en proximité relativement semblables, qu'elles soient centrales ou plus périphériques.

Tableau n°8

Part des recours à la chirurgie du cancer du sein, en fonction de la distance depuis la commune de résidence des femmes - Catégories de communes selon l'ISDU		
	Part des recours au plus proche de la commune de résidence (%)	Part des recours qui n'ont pas lieu au plus proche de la commune de résidence (%)
Communes-noyaux socialement populaires	18,90	81,10
Communes périurbaines socialement populaires qui s'appauvrissent	15,64	84,36
Communes centrales résidentielles socialement aisées	15,23	84,77
ILE-DE-FRANCE	14,5	85,5
Communes centrales résidentielles socialement populaires	14,25	85,75
Communes périurbaines socialement aisées	14,04	85,96
Communes de "l'entre-deux"	13,56	86,44
Communes hypercentrales	10,82	89,18

Sources: CNAM-TS, SNIIRAM 2006-2014 ; Lefeuvre, D., 2014

Réalisation : Vialard, L., UPON, LADYSS, 2019

Dans les communes hypercentrales, la part des recours à la chirurgie en proximité équivaut à 10%, car les hôpitaux y sont très concentrés et quasiment à égale distance les uns des autres. Ce pourcentage ne présente donc pas d'intérêt majeur dans le cadre de cette analyse.

En définitive (à l'exception des communes-noyaux socialement populaires), les caractéristiques des populations résidentes ainsi que les dynamiques urbaines à l'œuvre dans les communes franciliennes ne semblent pas influencer de façon majeure, le fait de recourir à l'établissement le plus proche de son domicile pour la chirurgie du cancer du sein. Il existe néanmoins de nets contrastes dans les recours à la chirurgie vers les établissements privés, publics ou ESPIC en fonction des catégories de communes issues de l'ISDU. Les femmes résidentes des communes hypercentrales ou centrales résidentielles socialement aisées se tournent vers un ESPIC pour la chirurgie du cancer du sein, dans plus de 50 % des cas. Les personnes qui habitent dans les communes périurbaines socialement aisées ont également tendance à recourir à la chirurgie du cancer du sein dans les ESPIC mais elles se tournent aussi notablement vers l'offre privée. Enfin, les femmes des communes de « l'entre-deux » ou périurbaines socialement populaires recourent beaucoup à la chirurgie dans le secteur privé, même si les ESPIC drainent une part importante des parcours pour cette étape du traitement.

Tableau n°9

Statut de l'établissement consulté pour la chirurgie du cancer du sein, en fonction de la catégorie de communes de résidence selon l'ISDU			
Catégories de communes de résidence	ESPIC (%)	Privé (%)	Public (%)
Communes centrales résidentielles socialement aisées	62,71	23,02	14,27
Communes hypercentrales	54,84	15,81	29,35
Communes périurbaines socialement aisées	49,09	30,25	20,66
Ile-de-France	48,8	23,8	27,4
Communes centrales résidentielles socialement populaires	44,44	28,79	26,77
Communes de "l'entre-deux"	44,15	32,45	23,4
Communes-noyaux socialement populaires	41,54	23,98	34,47
Communes périurbaines socialement populaires qui s'appauvrissent	40,79	38,81	20,4

Sources: CNAM-TS, SNIIRAM 2006-2014 ; Lefeuvre, D., 2014

Réalisation : Vialard, L., UPON, LADYSS, 2019

Les différences dans le statut de l'établissement consulté que nous venons de présenter, recourent partiellement celles que nous avons décrites à l'échelle des départements : les communes périurbaines socialement populaires et celles de « l'entre-deux », plus représentées dans les départements de l'est et du nord de l'Ile-de-France,

enregistrent une part élevée des recours à la chirurgie dans le secteur privé. Les catégories de communes principalement situées dans les départements centraux et de l'ouest de la région – *i.e.* les communes hypercentrales, les communes centrales ou périurbaines socialement aisées – affichent des taux de chirurgie du cancer du sein plus élevés dans les ESPIC. Plus que les caractéristiques des populations résidentes et les dynamiques mesurées à travers l'ISDU, il semblerait que ce soit davantage la position des espaces par rapport à l'établissement attractif qui joue un rôle déterminant dans la géographie des recours à la chirurgie et le statut de l'établissement consulté. Toutefois, dans le paragraphe précédent, nous avons observé que pour le département de la Seine-Saint-Denis en particulier, les femmes dont le niveau de vie est globalement défavorisé se tournent plus spécifiquement vers une offre publique quand bien même cette dernière ne se situe pas à proximité immédiate de leur domicile. Dans certains cas particuliers, les profils socio-démographiques des personnes, les dynamiques à l'œuvre dans leur commune de résidence ainsi que leur proximité avec les établissements très attractifs, pourraient intervenir dans la structure des parcours de soins. Dans le paragraphe suivant, nous allons voir que les recours observés dans les communes-noyaux socialement populaires corroborent cette hypothèse.

4) Le cas des communes-noyaux socialement populaires

Parmi les différentes catégories de communes de l'ISDU, les personnes résidant dans les communes-noyaux socialement populaires sont les seules dont le taux de recours à la chirurgie dans l'établissement théoriquement le plus proche est significativement supérieur à la moyenne régionale (19% ; $p < 0.01$). D'après la carte n°23 présentée page 190, nous pouvons observer que les hôpitaux publics ou privés habilités pour la chirurgie du cancer du sein et situés en proximité de ces communes-noyaux attirent beaucoup les femmes qui y résident. En effet, la part des recours à la chirurgie dans les établissements publics est la plus élevée des différentes catégories (34,5%) tandis que les recours aux ESPIC apparaissent particulièrement faibles ($p < 0.01$).

Les recours dits de proximité sont donc concentrés dans les départements où les communes-noyaux socialement populaires sont plus représentées, à savoir le Val d'Oise, la Seine-Saint-Denis et le Val-de-Marne. En Seine-Saint-Denis, les hôpitaux publics situés au sein du département prennent en charge les habitantes de ces communes pour la chirurgie (notamment le CHU Jean Verdier à Bondy et le CHI Robert Ballanger à Aulnay-sous-Bois).

Cependant, les cliniques privées implantées localement apparaissent également attractives pour les femmes issues de cette catégorie de communes (comme par exemple la Clinique de l'Estrée à Stains ou l'Hôpital privé du Blanc Mesnil). L'Hôpital Privé Nord Parisien dans le Val d'Oise et le CHU Tenon à Paris attirent aussi beaucoup de femmes des communes-noyaux périphériques de la Seine-Saint-Denis. Pour les femmes qui résident dans les communes-noyaux socialement populaires du Val-de-Marne, l'Institut Gustave Roussy et le CHU Henri Mondor à Créteil constituent une offre publique et privée non lucrative disponible en proximité. Enfin, dans les communes-noyaux situées dans les périphéries régionales, plusieurs cliniques privées semblent attractives pour les femmes de cette classe spatiale (Cliniques Saint-Faron et Saint-Jean en Seine-et-Marne, Clinique Conti dans le Val d'Oise). Les hôpitaux publics des Mureaux dans les Yvelines, ainsi que l'Hôpital Sud-Francilien à Corbeil-Essonnes sont également des structures de proximité relativement consultées. Toutefois, l'Institut Curie (Paris et Saint-Cloud) draine 16% des chirurgies des femmes résidant dans les communes de cette catégorie, même si la distance est parfois importante entre l'hôpital et leur lieu de résidence.

Nombreuses sont les recherches à s'être intéressées aux pratiques de mobilité des personnes socialement désavantagées ou qui résident dans les aires urbaines défavorisées, et à leurs effets sur la santé (Vallée et al., 2010 ; Vallée, 2012 ; Chaix et al., 2013). Si nous partons de l'hypothèse que le niveau de désavantage social des communes est révélateur de celui que connaissent les individus, le fait que les femmes résidant dans les communes-noyaux socialement populaires soient celles qui recourent le plus à l'offre chirurgicale de proximité, corrobore les résultats des recherches citées. Plus les personnes sont concernées par des problématiques d'isolement social et de précarité financière, moins elles sont mobiles et plus elles recourent aux soins disponibles en proximité. Cette catégorie de communes présente les indicateurs de désavantage social les plus élevés de la typologie. Toutes choses égales par ailleurs et même si les femmes ne sont pas bénéficiaires de la CMU-C, elles ont plus de chance de se faire opérer dans l'hôpital le plus proche de leur domicile lorsqu'elles résident dans une commune-noyau socialement populaire.

**EFFECTIFS DE RECOURS A LA CHIRURGIE ET FLUX VERS L'ETABLISSEMENT THEORIQUEMENT LE PLUS PROCHE
POUR LES FEMMES RESIDANT DANS LES COMMUNES-NOYAUX SOCIALEMENT POPULAIRES**



Les travaux de B. Chaix et de son équipe évoquent le fait que les espaces socialement défavorisés, où se concentrent les populations peu mobiles à l'échelle de la France, sont particulièrement dénués de transports publics. Ce phénomène entraverait davantage leur recours aux soins (Chaix et al., *ibid.*). Toutefois, dans notre typologie, les communes-noyaux constituent une catégorie d'espaces où l'offre de transports en commun est très dense comparativement au reste de la région.

De plus, pour les autres catégories de communes caractérisées par des profils socio-économiques défavorables d'après l'ISDU, on n'observe pas ces recours plus fréquents en proximité. Dans ce cadre, les mécanismes à l'origine des recours de proximité ne sont sans doute pas seulement liés au niveau de désavantage social des communes étudiées. D'une part, la forte concentration d'établissements spécialisés en cancérologie au sein de ces espaces denses, permet une accessibilité directe à la chirurgie du cancer du sein. D'autre part, les professionnels soignants exerçant dans ces territoires pourraient se montrer plus enclins à orienter les femmes en proximité. Comme l'ont montré les travaux de S. Fainzang, les professionnels médicaux ont parfois tendance à anticiper les besoins des personnes socialement vulnérables qu'ils prennent en charge. Par conséquent, ils pourraient préjuger du fait que les femmes socialement défavorisées préfèrent être soignées à proximité de leur domicile, sans évoquer auprès d'elles, la possibilité d'être prises en charge dans un centre ultraspécialisé dans le traitement du cancer. D'autant plus si ces femmes ne posent pas de questions sur les lieux alternatifs de traitement, les professionnels sont potentiellement susceptibles d'assimiler leur silence à un désintérêt pour cette question (Fainzang, 2015). Les habitantes des communes-noyaux socialement populaires, dont le niveau de désavantage social est globalement élevé, seraient ainsi plus systématiquement adressées vers l'offre de proximité (publique ou privée) directement accessible. Sur la carte présentée ci-dessus, nous pouvons observer que beaucoup de communes situées en Seine-Saint-Denis appartiennent à cette catégorie de la typologie. Pourtant, d'après les résultats présentés à l'échelle des départements dans le précédent paragraphe, les femmes résidentes de la Seine-Saint-Denis sont plus systématiquement orientées vers l'offre publique parisienne par les professionnels soignants, sans que le taux de recours en proximité ne soit significativement plus élevé que la moyenne régionale. Pour la Seine-Saint-Denis en particulier, l'attraction exercée par les structures parisiennes est sans doute potentialisée par la proximité du département avec les CHU renommés de l'AP-HP. Dans ce cadre,

l'agencement spatial local participerait à limiter les recours de proximité plus systématiquement observés dans les autres communes-noyaux socialement populaires en Ile-de-France.

En conclusion de cette partie, nous pouvons émettre l'hypothèse que la localisation de la commune de résidence des femmes par rapport aux établissements attractifs apparaît globalement plus déterminante que les dynamiques mesurées *via* l'ISDU, sur la structure des recours à la chirurgie du cancer du sein en Ile-de-France. A l'exception des communes-noyaux socialement populaires, les dynamiques urbaines mesurées grâce à l'ISDU ne semblent pas influencer la proximité des recours à la chirurgie de façon majeure. De plus, les centres de lutte contre le cancer attirent massivement les femmes pour l'étape de la chirurgie, où qu'elles résident au sein de la région. A l'échelle des départements et des catégories spatiales de l'ISDU, les femmes qui résident dans les territoires situés à l'ouest et au sud de l'Ile-de-France sont davantage attirées par les centres de lutte contre le cancer et les CHU parisiens. *A contrario*, les recours sont légèrement moins polarisés par les grands centres hospitaliers du cœur de la métropole pour les femmes qui habitent dans les territoires du nord et de l'est de la région. Au sein de ces espaces, l'organisation locale de l'offre de soins permet une résistance légèrement plus efficace vis-à-vis de la concurrence exercée par les grands centres régionaux de cancérologie.

Dans les communes-noyaux socialement populaires spécifiquement, les recours à la chirurgie se déroulent davantage dans les établissements de proximité, principalement les hôpitaux publics. Par ailleurs, un résultat contre-intuitif est apparu grâce à la comparaison des recours à la chirurgie entre les catégories de communes de l'ISDU et les départements franciliens : bien que le département de la Seine-Saint-Denis soit majoritairement constitué de communes-noyaux socialement populaires, les recours à la chirurgie ne présentent pas la même structure que ceux observés à l'échelle de l'ensemble des communes-noyaux socialement populaires. Pour ce département singulièrement, les dynamiques socio-spatiales locales associées à l'importante proximité des grands centres hospitaliers de l'AP-HP situés dans le nord de Paris, aboutissent à une structuration très spécifique des recours à la chirurgie et à d'importantes « fuites » vers l'offre de soins parisienne.

Enfin, dans le deuxième chapitre, nous avons émis l'hypothèse que les femmes résidentes des communes en déclin économique et démographique – notamment les

communes périurbaines socialement populaires qui s'appauvrissent – seraient moins susceptibles d'être attirées par les structures de soins centrales situées au cœur du système métropolitain. Pour l'étape de la chirurgie du cancer dans le parcours de soins, cette hypothèse ne peut être validée. Toutefois, les recours à la chimiothérapie semblent répondre à une logique différente et les résultats observés pourraient davantage répondre à cette dernière hypothèse.

II. UNE OFFRE PUBLIQUE DE SOINS PLUS ATTRACTIVE POUR L'ETAPE DE LA CHIMIOTHERAPIE

La chimiothérapie constitue une arme thérapeutique moins systématiquement employée dans le traitement des cancers du sein que la chirurgie ou la radiothérapie (INCa, 2013). En Ile-de-France, l'offre publique de soins apparaît très disponible, et les établissements du secteur public habilités à proposer de la chimiothérapie anticancéreuse se répartissent sur l'ensemble du territoire régional. De fait, les femmes qui recourent à la chimiothérapie dans un autre type d'établissement qu'un hôpital public ont beaucoup plus de chance d'être soignées dans une structure qui n'est pas la plus proche de leur domicile¹¹. Dans les paragraphes suivants, nous verrons que cette offre publique apparaît particulièrement attractive pour cette étape du parcours de soins. Par conséquent, les contrastes dans les recours aux soins en proximité sont moins marqués à l'échelle des départements comparativement à l'étape de la chirurgie, puisque l'offre publique de chimiothérapie est plus diffuse au sein de la région. De plus, les recours infra-départementaux à la chimiothérapie adjuvante augmentent significativement du fait de l'attractivité de ces structures publiques.

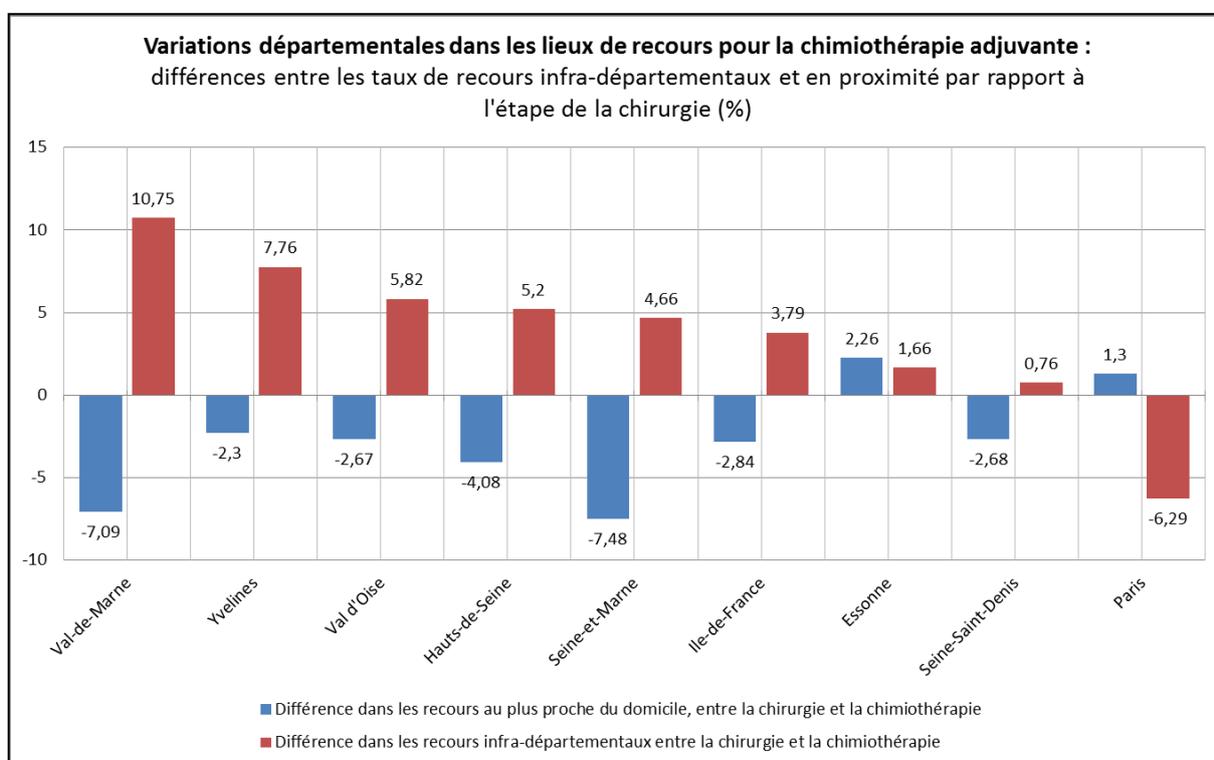
1) Une importante augmentation des recours infra-départementaux pour la chimiothérapie adjuvante

Comparativement à l'étape de la chirurgie, les recours à la chimiothérapie se déroulent davantage au sein du département de résidence des femmes soignées pour un cancer du sein. L'augmentation globale des recours infra-départementaux pour cette étape du parcours, semble indiquer que l'attractivité des autres structures de soins concurrence les grands hôpitaux situés dans le centre de la région. A l'exception de Paris dont la situation

¹¹ cf. annexe n°11, partie 2, pour les résultats de la régression logistique.

est très particulière, tous les départements franciliens enregistrent effectivement une augmentation des recours infra-départementaux pour l'étape de la chimiothérapie, comparativement à la prise en charge chirurgicale. D'après le graphique présenté ci-dessous, le Val-de-Marne est le département pour lequel cette augmentation est la plus marquée, car elle s'élève à environ 11%. Les départements des Yvelines, du Val d'Oise, des Hauts-de-Seine et de la Seine-et-Marne enregistrent une augmentation de 4 à 8% des recours infra-départementaux pour cette étape du traitement. Ces chiffres apparaissent plus stables pour les départements de l'Essonne et de la Seine-Saint-Denis, ce qui indique que les femmes résidentes ne s'orientent pas davantage dans les établissements situés dans leur département de résidence pour cette phase du traitement.

Graphique n°6



Sources: CNAM-TS, SNIIRAM 2006-2014 ; Lefevre, D., 2014

Réalisation : Vialard, L., UPON, LADYSS, 2019

Ainsi, il semblerait que les femmes reviennent plus systématiquement se faire soigner dans leur département de résidence, pour cette étape du parcours. Cependant, elles se tourneraient vers des établissements spécifiques qui ne sont pas forcément ceux situés au plus proche de leur domicile. En effet, les recours à la chimiothérapie dans l'établissement théoriquement le plus proche du domicile des femmes ont tendance à diminuer en parallèle. D'après le tableau présenté ci-dessous, le Val d'Oise constitue l'unique département qui

enregistre une part significativement plus élevée de recours à la chimiothérapie dans l'établissement théoriquement le plus proche, comparativement à la moyenne francilienne. *A contrario*, les Yvelines et les Hauts-de-Seine affichent des chiffres particulièrement faibles de recours à la chimiothérapie en proximité ($p < 0.01$). Au final, les variations départementales des recours de proximité pour cette étape du parcours apparaissent globalement moins marquées que pour la chirurgie. Les forces d'attraction exercées par les centres de lutte contre le cancer et les CHU parisiens seraient-elles plus homogènes, dans le cas des recours à la chimiothérapie adjuvante ?

Tableau n°10

Part des recours à la chimiothérapie du cancer du sein, en fonction du temps théorique d'accès depuis la commune de résidence des femmes		
Départements franciliens		
	Part des recours au plus proche de la commune de résidence (%)	Part des recours qui n'ont pas lieu au plus proche de la commune de résidence (%)
VAL D'OISE	18,70	81,30
ESSONNE	12,83	87,17
SEINE-ET-MARNE	12,24	87,76
ILE-DE-FRANCE	12,11	87,89
PARIS	11,77	88,23
SEINE-SAINT-DENIS	11,59	88,41
VAL-DE-MARNE	11,39	88,61
YVELINES	10,04	89,96
HAUTS-DE-SEINE	9,99	90,01

Sources: CNAM-TS, SNIIRAM 2006-2014 ; Lefeuvre, D., 2014

Réalisation : Vialard, L., UPON, LADYSS, 2019

Les établissements les plus attractifs pour cette étape du parcours restent toujours les ESPIC : de 47% du total des chirurgies réalisées dans le cadre du cancer du sein en Ile-de-France, ces établissements comptabilisent 46% des chimiothérapies pour ce cancer entre 2012 et 2014. Toutefois, les fondations privées d'intérêt collectif font leur apparition dans les établissements de seconde couronne habilités à administrer une chimiothérapie anti-cancéreuse. En plus des CLCC, ces structures participent à gonfler les taux de recours dans les ESPIC pour cette phase du parcours de soins. Les hôpitaux publics enregistrent un taux de recours de 34%, ce qui représente une augmentation de 6% comparativement à l'étape de la chirurgie. Enfin, les établissements privés autorisés à prodiguer de la chimiothérapie affichent un taux inférieur de 4% à leurs homologues agréés pour la chirurgie du cancer du sein.

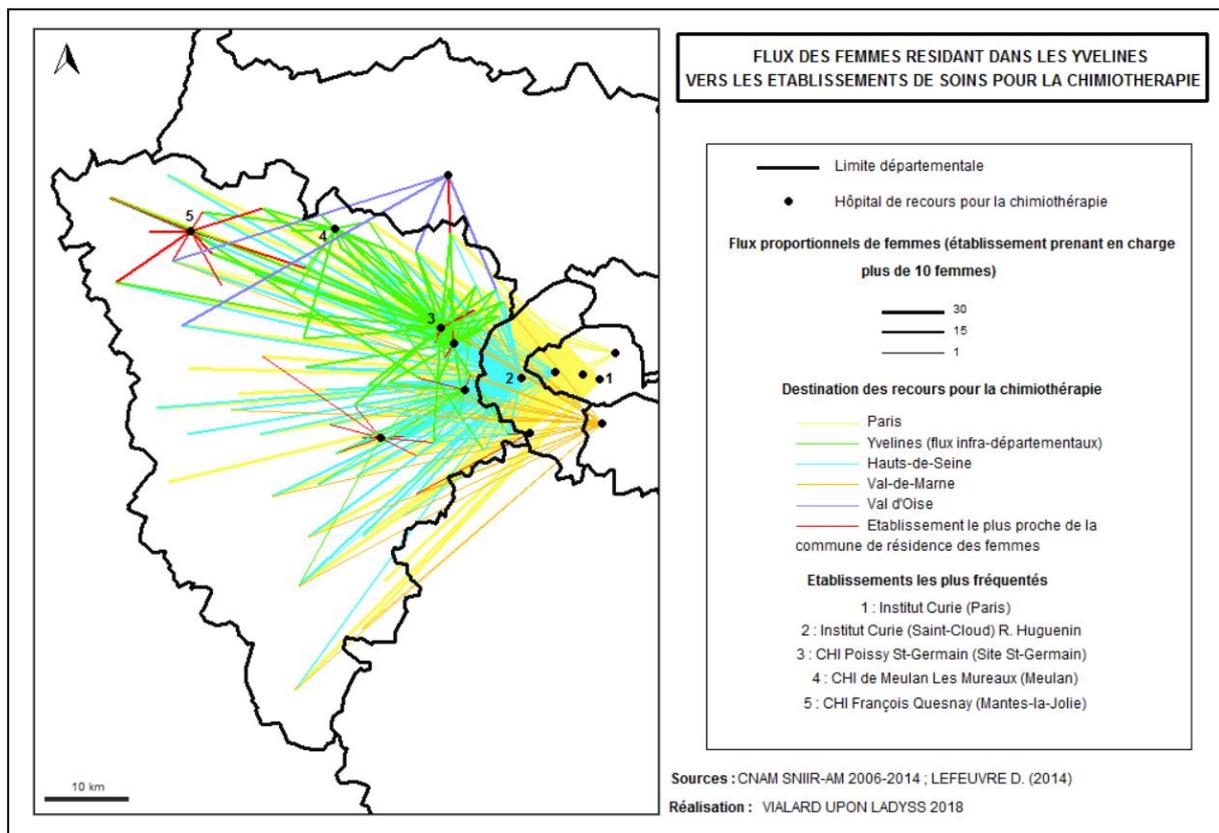
En définitive, les femmes recourent beaucoup à l'offre proposée par les hôpitaux publics et les fondations privées d'intérêt collectif, quand bien même ces établissements ne sont pas en proximité immédiate de leur domicile. Dans le cadre du traitement par chimiothérapie qui s'étale sur plusieurs mois, fatigant et source de nombreux effets indésirables, la distance géographique et la possibilité de recevoir un accompagnement plus personnalisé pourrait devenir un critère privilégié dans le choix de l'hôpital de recours. Des résultats similaires ont été retrouvés dans une étude réalisée sur les parcours de soins des femmes atteintes d'un cancer du sein en Poitou-Charentes. En effet, d'après cette recherche, 41% des patientes qui avaient réalisé leur chirurgie en dehors de la région, y revenaient pour recevoir leur chimiothérapie (Boinot et al., 2007). Par ailleurs, l'équipe de recherche à l'origine de cette étude a noté que pour la chimiothérapie après la chirurgie, « une logique de partenariat et de prise en charge de proximité se substitue peut-être à une logique plus ancienne de captation de clientèle générant parfois des délais de prises en charge importants par saturation des services et des plateaux techniques » (Boinot et al., *op.cit.*). Cependant, les disparités départementales dans les statuts des établissements consultés pour la chimiothérapie adjuvante nous amènent à nuancer ce constat. Dans le paragraphe suivant, nous allons décrire les spécificités départementales de recours à la chimiothérapie notamment dans l'Essonne et en Seine-Saint-Denis dont les profils se distinguent particulièrement.

2) La forte attractivité des établissements publics pour la chimiothérapie : l'exception essonnienne en seconde couronne

Nous avons pu observer sur le graphique n°6 présenté ci-dessus que parmi les départements de seconde couronne, les Yvelines enregistrent une augmentation d'environ 8% des recours infra-départementaux pour la chimiothérapie adjuvante comparativement à la prise en charge chirurgicale. En effet, les hôpitaux localisés dans le département apparaissent plus attractifs pour cette étape du parcours de soins. D'après la carte n°24 présentée page suivante, le CH de Poissy Saint-Germain polarise de nombreux recours dans le nord du département, quand bien même il n'est pas situé à proximité immédiate de la commune de résidence des femmes. De la même façon, les CH publics des Mureaux et de Mantes-la-Jolie drainent également une part importante des recours à la chimiothérapie pour les femmes résidant dans le département. Il n'existe aucune structure de proximité qui

propose ce traitement dans le sud et l'ouest du département. Par conséquent, les femmes qui résident dans ces espaces se tournent davantage vers les CLCC. Il apparaît donc que le département des Yvelines soit plus ou moins divisé en deux parties, entre les recours de proximité et / ou infra-départementaux dans la moitié nord *versus* ceux en direction principalement des CLCC de Paris et de Saint-Cloud dans la moitié sud. Finalement, les recours vers les hôpitaux publics du département augmentent de 11% entre la prise en charge chirurgicale et la chimiothérapie adjuvante du cancer du sein.

Carte n°24



Dans le département de la Seine-et-Marne, les recours infra-départementaux augmentent d'environ 5% entre ces deux étapes du traitement. Les hôpitaux publics qui sont habilités à proposer de la chimiothérapie dans ce territoire, enregistrent un taux de 6% supérieur aux recours qu'affichent leurs homologues autorisés pour la chirurgie. Même si le CHU Saint-Louis à Paris est particulièrement consulté, les établissements du département apparaissent d'autant plus attractifs pour cette étape du traitement (CH de Marne-la-Vallée et de Fontainebleau).

Par ailleurs, nous avons également noté que le pourcentage des recours de proximité pour la chimiothérapie adjuvante dans le Val d'Oise reste particulièrement élevé

comparativement au reste de la région (19% ; $p < 0.01$). Il s'agit du seul département dont ce taux est significativement supérieur à la moyenne francilienne. De plus, les recours infra-départementaux ont également tendance à augmenter entre les deux étapes du traitement. Plus de 40% des femmes recourent à la chimiothérapie dans les établissements publics du département. L'hôpital de Pontoise constitue effectivement une structure privilégiée de recours pour les femmes qui reçoivent une chimiothérapie adjuvante pendant leur parcours de soins. Les cliniques et hôpitaux privés locaux drainent également un grand nombre de femmes pour la réalisation de ce traitement.

Tableau n°11

Département de résidence et statut de l'établissement de recours pour la chimiothérapie (%)			
	ESPIC	Privé	Public
HAUTS-DE-SEINE	62,68	19,99	17,33
ESSONNE	58,96	20,48	20,56
VAL-DE-MARNE	53,03	13,36	33,61
YVELINES	51,44	13,36	35,20
ILE-DE-FRANCE	45,8	20,3	33,9
PARIS	45,27	13,57	41,16
SEINE-ET-MARNE	36,46	33,33	30,21
SEINE-SAINT-DENIS	28,31	18,90	52,79
VAL D'OISE	22,50	36,80	40,70

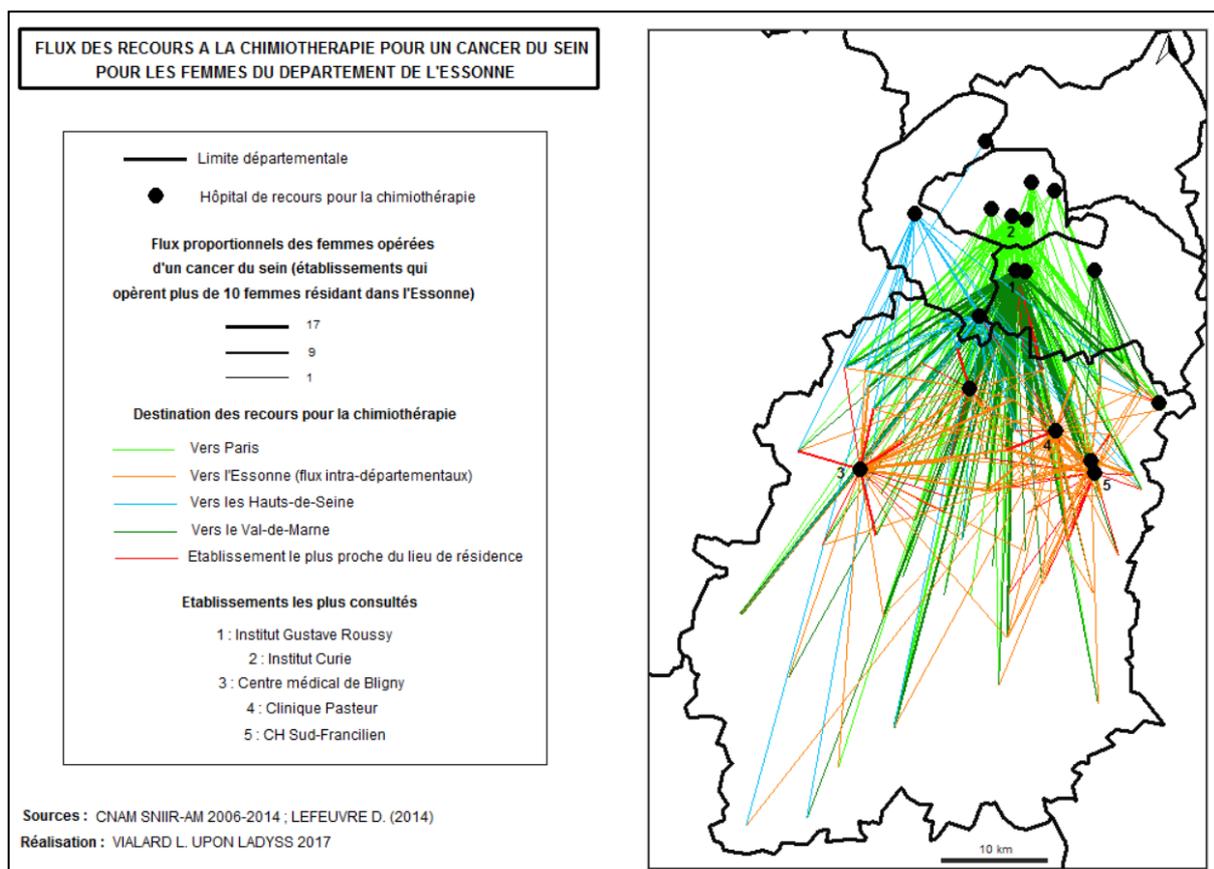
Sources: CNAM-TS, SNIIRAM 2006-2014 ; Lefeuvre, D., 2014

Réalisation : Vialard, L., UPON, LADYSS, 2019

Le département de l'Essonne présente donc un profil singulier en seconde couronne, pour l'étape de la chimiothérapie. En effet, il enregistre la plus faible augmentation des recours infra-départementaux pour cette étape du traitement, comparativement à la prise en charge chirurgicale du cancer du sein. Pour ce département spécifiquement, les recours dans les ESPIC augmentent de 6% entre la chirurgie et la chimiothérapie. Environ 53% des femmes réalisent leur chimiothérapie à l'IGR et à l'Institut Curie, ce qui constitue un chiffre encore plus important que dans le cadre de la chirurgie. La fondation privée de Bligny participe toutefois à augmenter les chiffres des recours dans les ESPIC. Cependant, seulement 23% des traitements par chimiothérapie des femmes soignées pour un cancer du

sein ont lieu dans le département. Ces derniers se déroulent particulièrement au Centre médical de Bligny, à la Clinique Pasteur et au CH Sud-Francilien.

Carte n°25

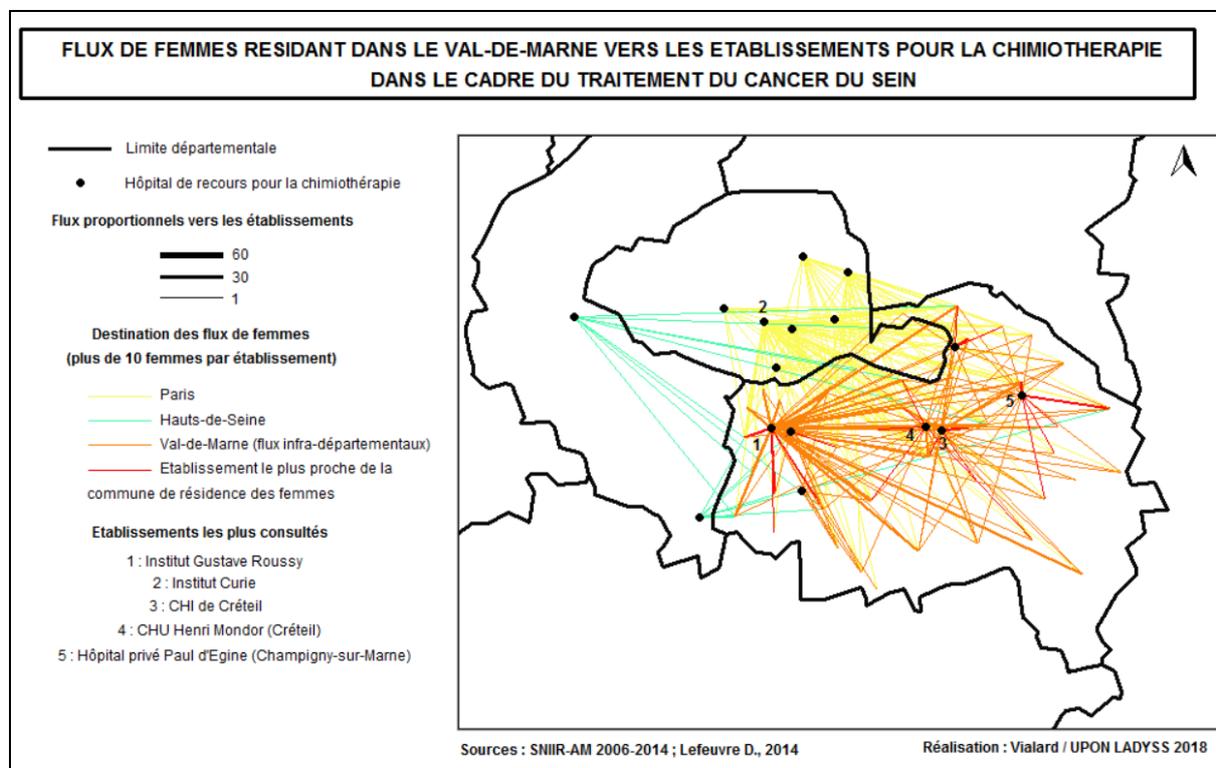


Ainsi, contrairement aux autres départements de seconde couronne, l'attractivité des centres de lutte contre le cancer pour l'étape de la chimiothérapie, reste extrêmement importante dans l'Essonne. Les établissements situés dans le département attirent très peu les femmes, même dans le cadre de la chimiothérapie adjuvante où leur confort pourrait être privilégié. Dans le dernier chapitre du manuscrit, nous reviendrons sur les mécanismes qui interviennent spécifiquement au sein de ce département et qui structurent singulièrement la forme des parcours de soins. En première couronne, les femmes résidentes de la Seine-Saint-Denis présentent également des parcours de soins polarisés par les établissements parisiens pour cette étape de la prise-en-charge.

3) En première couronne : les CLCC restent très attractifs sauf pour le département de la Seine-Saint-Denis

Comme nous l'avons montré dans le graphique n°5 page 182, le Val-de-Marne enregistre l'augmentation la plus élevée de recours infra-départementaux entre la chirurgie et la chimiothérapie adjuvante. D'après la carte présentée ci-dessous, l'IGR apparaît toujours comme étant l'établissement le plus consulté dans le cadre de la chimiothérapie adjuvante par les femmes du département : 35% des femmes du Val-de-Marne y réalisent cette étape du traitement. L'Institut Curie constitue le second hôpital où se rendent les femmes pour réaliser leur chimiothérapie. Cependant, elles se tournent également vers les hôpitaux publics localisés dans le département, notamment le CHI de Créteil et le CHU Henri Mondor qui drainent environ 15% des prises en charge. L'hôpital privé Paul d'Égine situé à Champigny-sur-Marne assume, quant à lui, 5% des chimiothérapies des femmes résidentes du département soignées pour un cancer du sein. Par conséquent et particulièrement dans le Val-de-Marne, les recours infra-départementaux augmentent fortement dans le cadre du traitement par chimiothérapie, comparativement à l'étape de la chirurgie.

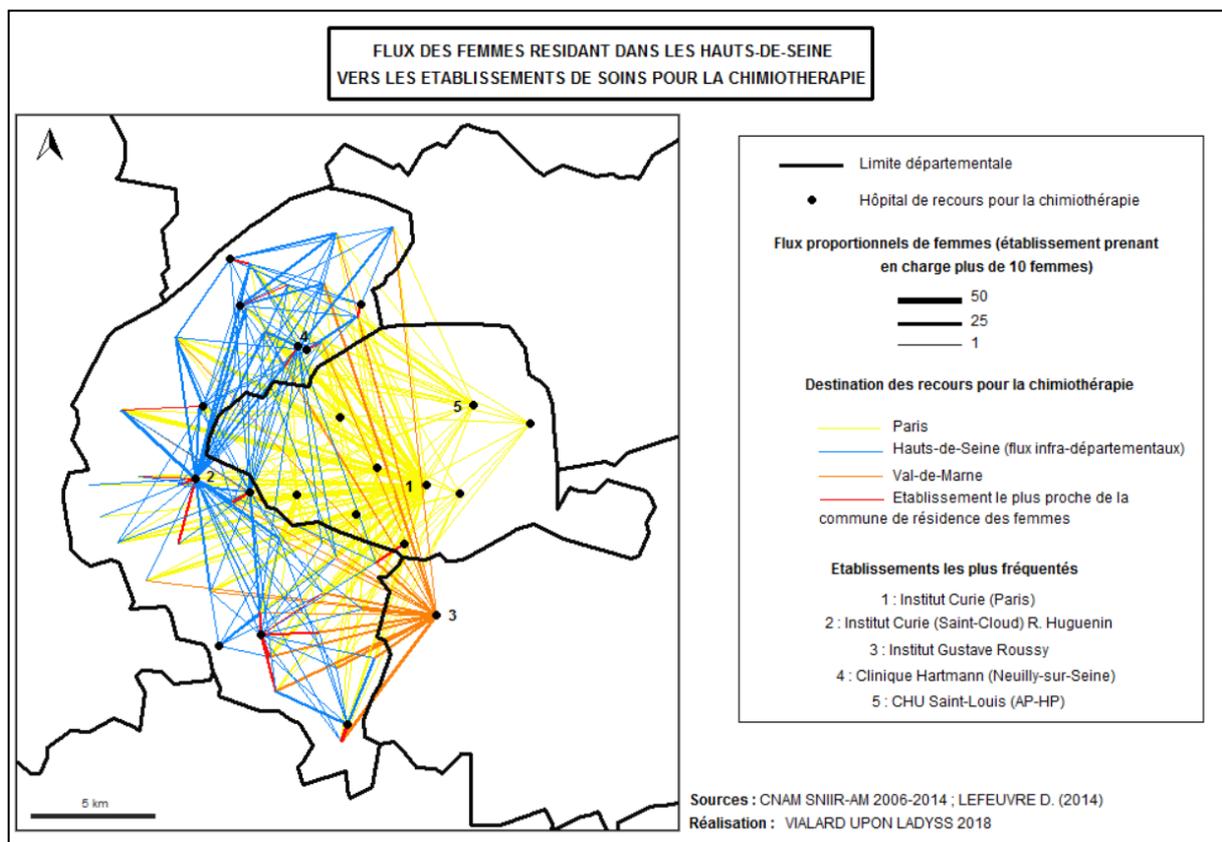
Carte n°26



Dans le département des Hauts-de-Seine, les femmes sont principalement prises en charge à l'Institut Curie de Paris pour l'étape de la chimiothérapie. En effet, cet

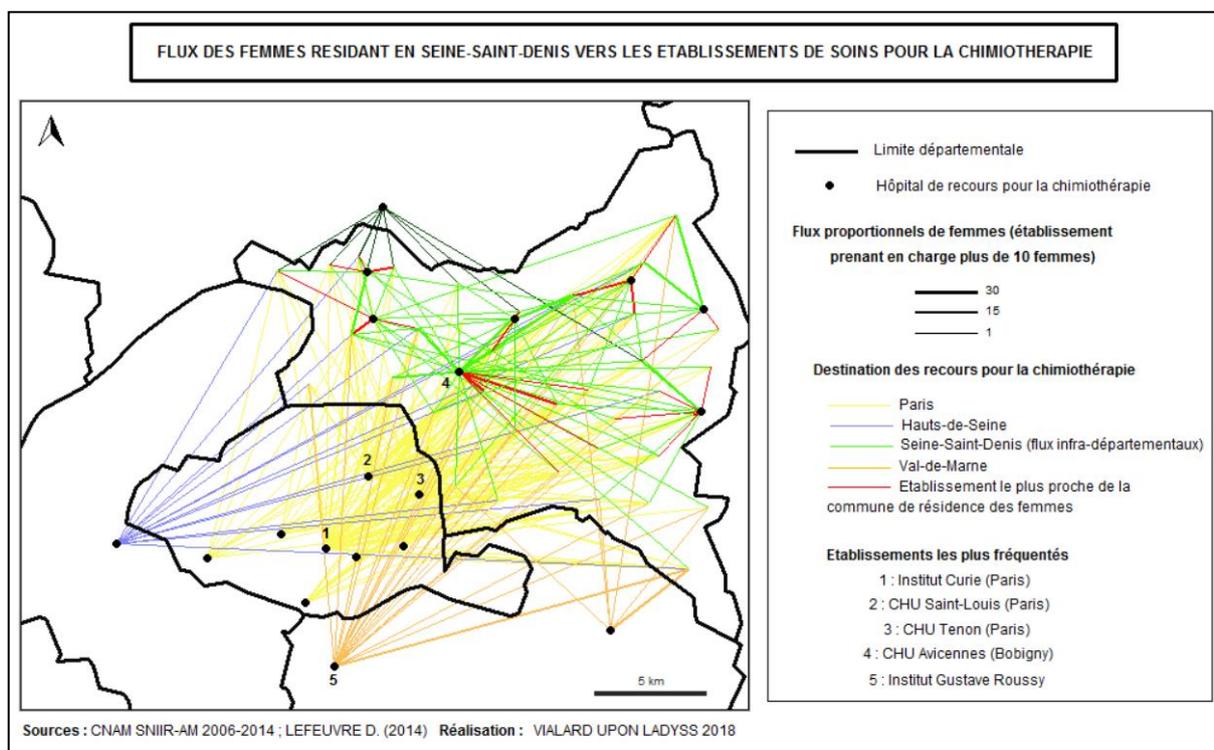
établissement assume à lui-seul, 32% des chimiothérapies des femmes du département. Paradoxalement, le CLCC de Saint-Cloud qui est situé dans le centre des Hauts-de-Seine, ne draine que 13% des recours. L'IGR est le troisième établissement le plus consulté, suivi par la Clinique Hartmann à Neuilly-sur-Seine et le CHU Saint-Louis à Paris. Il est intéressant de noter que les recours se dispersent dans plus de 20 établissements différents. Les hôpitaux publics de l'AP-HP situés dans les Hauts-de-Seine (CHU A. Bécclère au sud, les CHU Beaujon et Louis Mourier au nord) drainent environ 6% des prises en charge pour la chimiothérapie. L'hôpital privé d'Antony, l'hôpital Foch à Suresnes et la Clinique de la Porte de Saint-Cloud constituent plusieurs établissements de proximité où les femmes viennent réaliser leur traitement. En définitive, dans les Hauts-de-Seine, les recours ont certes lieu davantage à l'intérieur du département pour la chimiothérapie comparativement à la chirurgie, mais ils se déroulent dans un grand nombre d'établissements différents qui ne sont pas systématiquement les plus proches de la commune de résidence des femmes. Comme pour le département du Val-de-Marne, les CLCC de la région restent toutefois les principaux établissements consultés par les femmes résidentes des Hauts-de-Seine.

Carte n°27



Enfin, en première couronne, le département de la Seine-Saint-Denis présente un profil singulier. A l'instar de l'Essonne en seconde couronne, les femmes de ce département sont principalement prises en charge dans des établissements parisiens. L'Institut Curie constitue le premier établissement consulté, mais deux centres experts de l'AP-HP – les CHU de Saint-Louis et Tenon - assument également une part élevée des recours à la chimiothérapie adjuvante. Le CH d'Avicenne situé à Bobigny, apparaît en 4^e position parmi les établissements les plus consultés. Finalement, les femmes habitant le département de la Seine-Saint-Denis recourent dans presque 53% des cas à l'hôpital public pour leur chimiothérapie. Mais hormis le CHU Avicennes à Bobigny, ces hôpitaux se situent principalement à Paris.

Carte n°28



Malgré la présence d'une offre publique au sein du département, les femmes dionysiennes ne semblent pas particulièrement orientées vers cette dernière. Il en est de même pour les personnes qui reçoivent une chimiothérapie adjuvante dans le département de l'Essonne. L'attraction des CLCC et des structures parisiennes apparaît plus forte dans le cas de ces deux départements, au détriment de l'offre locale de soins. Nous pouvons dès lors nous poser la question du confort des femmes pendant cette étape du traitement, si elles sont amenées à parcourir de grandes distances pour accéder aux soins et à un

accompagnement médical adapté. Dans le paragraphe suivant, nous allons nous intéresser à la forme des recours à la chimiothérapie en fonction des catégories de communes issues de l'ISDU. Nous verrons que la « délocalisation » des prises en charge est également fréquente dans le cas des communes périurbaines socialement populaires qui ont tendance à s'appauvrir depuis 1990.

4) De faibles disparités dans les recours de proximité en fonction des catégories de communes

D'après le tableau présenté ci-dessous, les variations spatiales dans les recours de proximité sont encore moins élevées entre les catégories de communes pour l'étape de la chimiothérapie adjuvante comparativement à la chirurgie.

Tableau n°12

Part des recours à la chimiothérapie du cancer du sein, en fonction du temps théorique d'accès depuis la commune de résidence des femmes		
Catégories de communes selon l'ISDU		
	Part des recours au plus proche de la commune de résidence (%)	Part des recours qui n'ont pas lieu au plus proche de la commune de résidence (%)
Communes-noyaux socialement populaires	14,48	85,52
Communes périurbaines socialement aisées	14,41	85,59
Communes centrales résidentielles socialement populaires	12,38	87,62
Ile-de-France	12,11	87,89
Communes centrales résidentielles socialement aisées	10,67	89,33
Communes hypercentrales	10,63	89,37
Communes de "l'entre-deux"	10,27	89,73
Communes périurbaines socialement populaires qui s'appauvrissent	6,16	93,84

Sources: CNAM-TS, SNIIRAM 2006-2014 ; Lefeuvre, D., 2014

Réalisation : Vialard, L., UPON, LADYSS, 2019

Les femmes résidant dans les communes-noyaux socialement populaires sont les seules dont le taux de recours à la chimiothérapie dans l'établissement théoriquement le plus proche de leur domicile, est significativement plus élevé que la moyenne francilienne (14,5% ; $p < 0.01$). Les communes périurbaines socialement populaires présentent un taux de recours en proximité relativement semblable pour cette étape du traitement, mais ce dernier n'apparaît toutefois pas significatif. Ainsi, à l'exception des communes-noyaux socialement populaires et des communes périurbaines en déclin qui feront l'objet du paragraphe suivant, les taux de recours à la chimiothérapie en proximité ne sont donc pas

significativement différents de la moyenne régionale pour les catégories communes de l'ISDU.

Par ailleurs, à l'instar de ce que nous avons pu observer à l'échelle des départements, les recours aux soins dans les hôpitaux publics enregistrent une nette augmentation entre la prise en charge chirurgicale et la chimiothérapie adjuvante, et ce dans l'ensemble des catégories de communes.

Tableau n°13

Variations de recours vers les différents types d'établissements (selon le statut) entre l'étape de la chirurgie et de la chimiothérapie (%) - Catégories de communes de l'ISDU			
	Différence dans les recours vers les hôpitaux publics , entre la chirurgie et la chimiothérapie	Différence dans les recours vers les ESPIC , entre la chirurgie et la chimiothérapie	Différence dans les recours vers les hôpitaux privés , entre la chirurgie et la chimiothérapie
Communes centrales résidentielles socialement populaires	8,78	-2,50	-6,28
Communes périurbaines socialement populaires qui s'appauvrissent	7,68	0,99	-8,67
Ile-de-France	6,55	-3,04	-3,51
Communes centrales résidentielles socialement aisées	6,17	-1,39	-4,77
Communes périurbaines socialement aisées	6,14	-2,47	-3,67
Communes hypercentrales	5,42	-5,66	0,25
Communes-noyaux socialement populaires	4,94	-1,61	-3,32
Communes de "l'entre-deux"	4,51	4,31	-8,82

Sources: CNAM-TS, SNIIRAM 2006-2014 ; Lefeuvre, D., 2014

Réalisation : Vialard, L., UPON, LADYSS, 2019

Les femmes résidant dans les communes centrales socialement populaires sont celles pour qui cette augmentation est la plus marquée. En effet, le taux de recours aux établissements publics augmente de presque 9% entre l'étape de la chirurgie et de la chimiothérapie. Comme pour les communes périurbaines socialement populaires dont le cas sera discuté un peu plus loin, les femmes de ces catégories de communes ont tendance à se tourner nettement plus vers le secteur public pour cette étape du parcours. Etant donné que les habitantes des communes-noyaux socialement populaires se rendaient déjà massivement dans les hôpitaux publics pour l'étape de la chirurgie, l'augmentation des recours vers le secteur public pour la chimiothérapie apparaît moins élevée. Toutefois, cette catégorie de communes est la seule pour laquelle le taux de recours en proximité est significativement plus élevé que la moyenne régionale. Les raisons à l'origine d'un tel constat sont probablement identiques à celles avancées dans le cadre de la prise en charge chirurgicale du cancer du sein. Les professionnels soignants pourraient avoir tendance à

orienter plus systématiquement les femmes vers l'offre de soins à proximité de leur domicile, d'autant plus pour un traitement lourd et éprouvant comme la chimiothérapie adjuvante contre le cancer du sein.

Les communes socialement aisées et hypercentrales affichent une augmentation de 5 à 6% des recours vers le secteur public pour l'étape de la chimiothérapie, ce qui est légèrement moins important que pour les catégories de communes citées précédemment. Les taux de recours vers les ESPIC et les hôpitaux privés diminuent donc en parallèle, exception faite des communes hypercentrales dont la part des recours vers les établissements privés reste stable. En définitive, les catégories de communes dont les populations sont globalement plus défavorisées semblent enregistrer une plus forte augmentation des recours aux soins vers les hôpitaux publics, dans le cadre de la chimiothérapie. Par ailleurs, nous avons noté au début de cette partie que l'offre publique de chimiothérapie était répartie de façon plus diffuse au sein de la région, et donc à une distance géographique généralement réduite du domicile des femmes. Nous pouvons donc émettre l'hypothèse que les femmes résidant dans un environnement social modeste, sont d'autant plus orientées vers l'offre de chimiothérapie située en proximité de leur domicile par les professionnels soignants. Comme le suggèrent les travaux de S. Fainzang, ces professionnels, préjugant du fait qu'ils soulagent les personnes socialement défavorisées du poids des déplacements dans le cadre d'un traitement très fatigant, pourraient adresser plus systématiquement les femmes vers les hôpitaux locaux dès lors qu'elles habitent dans ces communes populaires (Fainzang, 2015).

Les communes de l'entre-deux constituent une exception intéressante car il s'agit de la seule catégorie spatiale de l'ISDU où les femmes s'orientent davantage vers les ESPIC pour cette étape du traitement, comparativement à la prise en charge chirurgicale. En effet, l'Institut Curie et l'Institut Gustave Roussy assument presque 42% des chimiothérapies des femmes résidant dans ces communes. Cependant, la Fondation privée d'intérêt collectif de Bligny draine 5% des recours des femmes habitant dans ces territoires, ce qui contribue partiellement à cette augmentation.

5) Le clivage des recours à la chimiothérapie dans les communes périurbaines socialement populaires

Comme le montre le tableau n°13 présenté page 204, les recours aux soins dans les établissements publics augmentent d'environ 8% entre l'étape de la chirurgie et de la chimiothérapie pour les communes périurbaines socialement populaires qui ont tendance à s'appauvrir depuis 1990. Toutefois, le taux de recours à la chimiothérapie dans les ESPIC a tendance à rester stable. De plus, cette catégorie de communes est la seule dont la part des recours en proximité est significativement plus faible que la moyenne régionale. En effet, les femmes y résidant ne sont que 6% à réaliser leur traitement dans l'hôpital théoriquement le plus proche ($p < 0.01$). Indépendamment des autres facteurs dont nous disposons dans notre base de données, les habitantes de ces communes périurbaines en déclin sont presque 3 fois plus prises en charge dans un établissement qui n'est pas le plus proche de leur domicile pour la chimiothérapie adjuvante, par rapport aux femmes des communes-noyaux socialement populaires [IC 95% : 1.8 ; 4.9]¹².

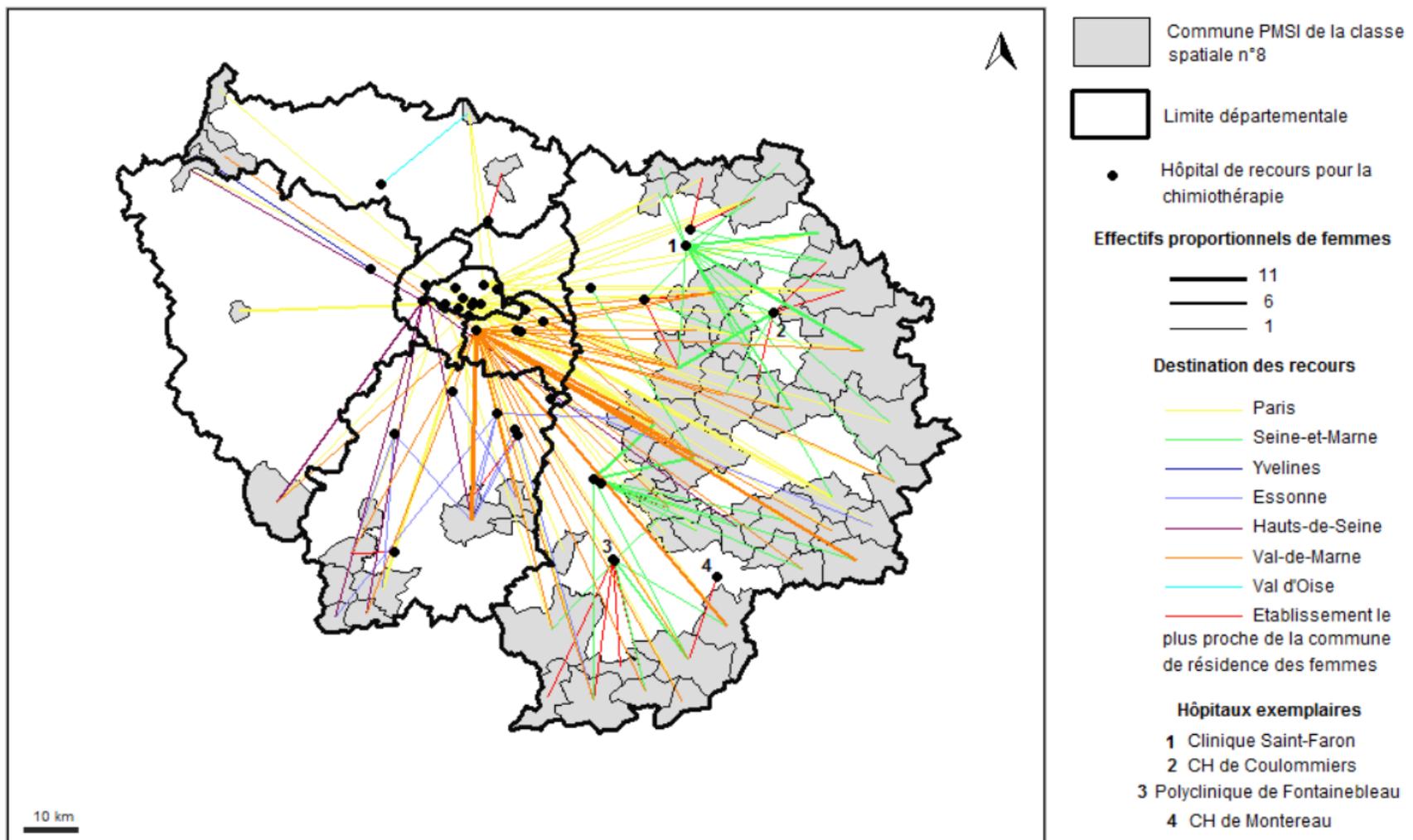
D'après la carte n°29 présentée p.208, nous pouvons observer que l'Institut Gustave Roussy et l'Institut Curie sont les établissements qui assument 38% des traitements par chimiothérapie des femmes résidentes de ces communes. Ces deux centres de lutte contre le cancer semblent particulièrement polariser les recours des femmes qui habitent dans les communes situées dans le centre et l'est de la Seine-et-Marne. Dans le cas des communes qui se trouvent dans le sud-est de l'Essonne, les femmes se rendent plus spécifiquement à l'IGR pour l'étape de la chimiothérapie. Enfin, le CLCC René Huguenin localisé à Saint-Cloud draine davantage les recours à la chimiothérapie des personnes résidant dans les communes périurbaines socialement populaires situées dans le sud de l'Essonne et des Yvelines. Cependant, les hôpitaux situés en Seine-et-Marne (Clinique Saint-Faron à Mareuil-les-Meaux, Clinique Saint-Jean à Melun, CH de Coulommiers, Polyclinique de la forêt à Fontainebleau) totalisent 27% des recours à la chimiothérapie des femmes de cette catégorie spatiale. Nous pouvons remarquer que la Clinique Saint-Faron polarise une part importante des recours des femmes habitant dans les communes périurbaines situées dans le nord du département de la Seine-et-Marne. Cette clinique apparaît plus attractive que le CH de Coulommiers, situé à l'est du département. *Idem* pour la polyclinique de Fontainebleau, qui semble sensiblement plus attractive que le CH de Montereau, vis-à-vis

¹² cf. annexe n°11, partie 3, pour les résultats de la régression logistique.

des personnes habitant à la frontière sud de ce département. Quelques recours à la marge ont lieu dans le CLCC de Reims mais nous ne les avons pas représentés sur cette carte.

En définitive, les clivages observés dans le statut de l'établissement consulté pour l'étape de la chimiothérapie sont assez nets entre les communes périurbaines socialement populaires. Les femmes résidant dans les communes de cette catégorie qui sont localisées dans l'Essonne et dans le centre de la Seine-et-Marne, sont systématiquement plus orientées vers les CLCC pour cette étape du traitement. *A contrario*, les recours à la chimiothérapie dans les autres communes de cette catégorie spatiale sont davantage polarisés par les hôpitaux de proximité comme par exemple le CH de Fontainebleau ou de Montereau. Nous verrons dans la dernière partie de ce chapitre, que la réputation des établissements périphériques intervient certainement dans cette structuration spatiale. En effet, les femmes et les professionnels soignants auraient tendance à se tourner davantage vers les grands centres de cancérologie dont la notoriété n'est plus à faire, notamment dans le cadre de la chimiothérapie, plutôt que de s'orienter vers des hôpitaux dont la réputation est particulièrement répulsive. Pourtant, dans certaines communes, les établissements périphériques drainent une part relativement importante des recours à la chimiothérapie. Les pratiques spatiales des femmes ainsi que les réseaux de professionnels soignants, dans ces territoires particulièrement déconnectés du système métropolitain, pourraient être davantage polarisés par les communes-noyaux dites « périphériques isolées » (Berroir et al., 2007a). Nous alimenterons davantage cette hypothèse dans le dernier chapitre du manuscrit, à partir de l'exemple des recours aux soins des femmes particulièrement vulnérables, qui résident dans les communes périurbaines socialement populaires situées dans les franges de l'est et de l'ouest de la région francilienne.

**FLUX DE RECOURS DEPUIS LA COMMUNE DE RESIDENCE DES FEMMES, VERS LES ETABLISSEMENTS POUR LA CHIMIOTHERAPIE
COMMUNES PERIURBAINES RESIDENTIELLES SOCIALEMENT POPULAIRES QUI S'APPAUVRISSENT**



Sources : CNAM-TS SNIIR-AM 2006-2014 ; LEFEUVRE D., 2014

Réalisation : VIALARD UPON LADYSS 2018

En conclusion de cette partie, nous pouvons affirmer que l'offre publique de soins devient plus attractive dans le cadre de la chimiothérapie comparativement à la prise en charge chirurgicale du cancer du sein. Par ailleurs, ces hôpitaux publics se situent plus systématiquement dans les départements de résidence des femmes, et ils concurrencent davantage l'offre proposée par les grands centres de cancérologie situés dans le centre de la région. Toutefois, en règle générale, les centres de lutte contre le cancer polarisent massivement les recours aux soins pour l'étape de la chimiothérapie, quel que soit le lieu où résident les femmes dans la région. De plus, pour les femmes qui habitent dans les départements de l'Essonne et de la Seine-Saint-Denis ainsi que les personnes résidant dans certaines communes périurbaines socialement populaires et en déclin, les recours à la chimiothérapie restent particulièrement polarisés par les établissements parisiens et l'IGR. Ainsi, nous pouvons noter qu'à travers l'exemple des recours à la chimiothérapie dans le cadre du traitement du cancer du sein, les dynamiques urbaines mesurées grâce à l'ISDU apparaissent sensiblement plus influentes sur la forme des parcours de soins. Le cas des communes périurbaines socialement populaires (dites en déclin dans notre travail) avale effectivement notre hypothèse sur l'éventuel rôle de l'intégration des territoires au système métropolitain dans la structuration des parcours de soins : soit les femmes se tournent vers les établissements implantés dans le département, soit elles se rendent dans les centres de lutte contre le cancer. Les clivages sont d'autant plus nets dans ces territoires où les réseaux socio-spatiaux sont moins denses et moins orientés vers Paris. Nous reviendrons sur cette discussion dans le dernier chapitre du manuscrit, à partir de données présentées à plus fine échelle.

Dans le paragraphe suivant, nous allons nous intéresser aux flux de femmes vers les établissements habilités à administrer de la radiothérapie. Cependant, aucune carte ne sera présentée car l'offre la plus consultée à l'échelle de la région correspond aux spécialistes libéraux qui n'ont pas pu être localisés à partir des données à notre disposition.

III. LES RADIOTHERAPEUTES LIBERAUX : LES PLUS CONSULTES EN ILE-DE-FRANCE

Alors que les hôpitaux publics sont théoriquement plus accessibles pour la chirurgie et la chimiothérapie à l'échelle de la région, l'offre privée de radiothérapie est globalement plus disponible pour les femmes de notre échantillon puisqu'elle est répartie de façon plus diffuse en Ile-de-France. En effet, dans le département de la Seine-et-Marne, elle constitue l'offre la plus proche de la commune de résidence pour 73 % des femmes soignées pour un cancer du sein. Ce pourcentage s'élève à 67% pour les femmes du Val d'Oise, à 57% en Seine-et-Saint-Denis et à 53% pour les habitantes de l'Essonne. L'offre publique de radiothérapie est plus directement accessible aux femmes qui résident dans les départements de Paris et du Val-de-Marne.

Les recours à la radiothérapie des femmes vers les différents types d'établissements suivent donc partiellement le même gradient ($p < 0.01$) : Paris enregistre le taux le plus élevé de recours dans les établissements publics tandis que les femmes du Val d'Oise et de la Seine-et-Marne se rendent majoritairement dans des structures libérales de radiothérapie. Néanmoins, même si l'offre privée est théoriquement plus accessible aux femmes des Hauts-de-Seine et des Yvelines, elles se rendent principalement dans les CLCC pour réaliser leur radiothérapie¹³.

Tableau n°14

Département de résidence et statut de l'établissement de recours pour la radiothérapie			
	ESPIC (%)	Public (%)	Libéral (%)
Hauts-de-Seine	54,1	8,6	37,3
Val-de-Marne	53,6	23,2	23,2
Yvelines	45,3	19,4	35,3
Essonne	39,3	5,9	54,8
Paris	34,2	35,6	30,2
Seine-Saint-Denis	21,9	31,0	47,2
Seine-et-Marne	17,0	12,8	70,2
Val d'Oise	11,9	7,1	81,0

Sources: CNAM-TS, SNIIRAM 2006-2014 ; Lefevvre, D., 2014

Réalisation : Vialard, L., UPON, LADYSS, 2019

¹³ Dans le cadre de la radiothérapie, les ESPIC sont exclusivement constitués des CLCC en région Ile-de-France

Il en est de même pour les résidentes du Val-de-Marne qui recourent majoritairement à la radiothérapie dans un CLCC quand bien même l'offre publique est particulièrement disponible au sein du département. Dans le cas de la Seine-Saint-Denis, les femmes se tournent également vers le secteur libéral pour leur radiothérapie mais une partie d'entre elles recourt parallèlement à l'offre publique proposée par les hôpitaux parisiens.

Les chiffres de recours à l'offre libérale sont donc particulièrement élevés dans le Val d'Oise et la Seine-et-Marne, respectivement 78% et 70%. Nous pouvons supposer que les structures de radiothérapie vers lesquelles les femmes sont orientées, sont principalement celles qui sont disponibles dans leur département de résidence. Certains professionnels de santé rencontrés en entretien nous ont fait part des circuits de soins organisés localement dans ces départements, entre les hôpitaux publics qui assument d'abord la chirurgie et / ou la chimiothérapie et les radiothérapeutes libéraux. Un oncologue qui travaille dans un hôpital public du Val d'Oise nous a par exemple expliqué qu'un partenariat était engagé avec un établissement privé voisin spécialisé en radiothérapie, pour l'orientation mutuelle des personnes qui ont besoin de l'un et de l'autre traitement (entretien réalisé le 14/09/2016). Néanmoins, nous ne pouvons pas démontrer l'existence de ce phénomène à partir des données dont nous disposons car elles ne nous permettent pas de localiser les praticiens libéraux.

A l'échelle des catégories de communes selon l'ISDU, un gradient décroissant du centre vers la périphérie de la région se dessine nettement pour ce qui est du recours à l'offre publique de radiothérapie (cf. tableau n°15 page suivante) : plus l'on s'éloigne du centre et plus les recours à la radiothérapie dans les établissements publics diminuent. Ce gradient s'inverse lorsque l'on observe les taux de recours aux établissements privés, à l'exception des catégories spatiales situées principalement dans l'ouest de la région (centres urbains et communes périurbaines résidentielles, socialement aisés).

Tableau n°15

Catégorie spatiale de résidence et statut de l'établissement de recours pour la radiothérapie			
	ESPIC (%)	Public (%)	Libéral (%)
Hypercentre	38,2	29,0	32,8
Communes-noyaux socialement populaires	33,0	17,6	49,4
Centres urbains résidentiels socialement populaires	32,9	17,1	49,9
Centres urbains résidentiels socialement aisés	53,3	13,6	33,0
Communes "de l'entre-deux"	29,8	11,7	58,5
Communes périurbaines socialement aisées	35,3	10,3	54,4
Communes périurbaines socialement populaires qui s'appauvrissent	17,8	7,9	74,3

Sources: CNAM-TS, SNIIRAM 2006-2014 ; Lefeuvre, D., 2014

Réalisation : Vialard, L., UPON, LADYSS, 2019

En définitive, plus l'on s'éloigne du centre et plus les recours à l'offre libérale augmente, et ce d'autant plus vers l'est de l'Ile-de-France. Ce résultat est particulièrement intéressant car il signifierait que plus l'on s'éloigne du centre de la région et moins les services publics seraient directement disponibles. Ainsi, le coût des soins qui resterait à la charge des femmes pourraient augmenter *de facto*, en fonction de l'accroissement des recours à l'offre libérale. Nous verrons dans le chapitre suivant que certes, les dépassements d'honoraires sont plus importants dans certains départements périphériques mais que ce n'est pas systématiquement le cas.

En conclusion, nous pouvons observer que les recours à la radiothérapie semblent se structurer davantage selon une logique de besoins des personnes plus que de « captation » de patientèle, à l'instar de ce que nous avons pu constater pour l'étape de la chimiothérapie (si tant est que notre hypothèse sur les recours aux radiologues libéraux soit vraie). Les dynamiques urbaines mesurées *via* l'ISDU semblent particulièrement structurantes sur la forme des recours à la radiothérapie, dans le sens où plus les communes sont vieillissantes et éloignées du cœur de la métropole, moins les femmes qui y résident ont accès aux services publics de radiothérapie. La partie suivante a pour objectif de montrer comment l'influence des croyances envers l'expertise en oncologie intervient spécifiquement sur la

forme des parcours de soins. En effet, d'après les entretiens qualitatifs réalisés auprès des femmes soignées pour un cancer du sein et des professionnels, il semblerait que ces croyances jouent un rôle fondamental dans les choix de recours aux soins dans le cadre de la prise en charge du cancer du sein.

IV. LES DISPARITES SPATIALES DES PARCOURS DE SOINS : ENTRE REPRESENTATIONS DES ACTEURS, LOGIQUES CONCURRENTIELLES ET ORGANISATION METROPOLITAINE

Dans le chapitre précédent, nous avons abordé la question des perceptions de l'expertise en cancérologie en fonction de l'expérience des professionnels et de leur lieu d'exercice. Au travers des résultats que nous venons de décrire, il semblerait qu'il existe une forte prévalence de la confiance conférée en l'expertise des CLCC dans le traitement du cancer du sein en Ile-de-France, particulièrement pour la prise en charge chirurgicale. Les femmes sont majoritairement opérées dans les trois centres de lutte contre le cancer de la région. Il en est de même pour l'étape de la chimiothérapie, même si les hôpitaux publics assument la prise en charge de nombreuses patientes pour cette étape du parcours de soins. Toutefois en ce qui concerne la radiothérapie, les professionnels libéraux sont plus consultés que les ESPIC et les centres hospitaliers publics.

Autant dans le discours des professionnels que des femmes, il apparaît que la présence des grands centres français de lutte contre le cancer dans la région conditionne de façon majeure les représentations de l'expertise en cancérologie.

1) Les centres de lutte contre le cancer et les CHU parisiens : la doxa de l'excellence en oncologie

En Ile-de-France, le pôle régional de cancérologie (cf. introduction générale, p. 38) s'est appuyé dès l'origine sur les premiers centres français de lutte contre le cancer, localisés dans la région. En effet, dans le domaine de la recherche et de l'innovation en oncologie, la région parisienne a historiquement constitué une référence nationale du fait de la présence de l'Institut Curie, de l'Institut Gustave Roussy et des grands centres hospitaliers de l'AP-HP (cf. 2^e chapitre partie I). Ces établissements internationalement reconnus assument aujourd'hui, avec 4 autres institutions, un rôle de coordination du réseau d'acteurs régionaux investis dans la recherche et les soins autour du cancer. Le Cancéropôle d'Ile-de-

France réunit les principales structures impliquées dans ce secteur, et sa mission est de favoriser la mutualisation des connaissances et des compétences en oncologie (www.canceropole-idf.fr ; consulté le 18/09/2018).

Cause ou conséquence de l'attribution officielle du rôle d'expert à ces institutions soignantes, les centres de lutte contre le cancer et les CHU parisiens héritent d'une remarquable image concernant la qualité des soins à l'échelle de la région. En effet, des expressions faisant référence à une foi quasi-religieuse envers ces établissements ont été retrouvées dans plusieurs entretiens avec les professionnels de santé. La fascination qu'ils provoquent chez les soignants est particulièrement frappante dans les discours :

« C'est comme si vous demandiez à un curé s'il est content d'aller travailler au Vatican ! » (Entretien avec un oncologue médical d'un CLCC, 1/09/2015)

« Le CLCC X, vous arrivez, vous vous installez en tant que chirurgien, vous ouvrez votre porte...hop il y a 15 patients qui arrivent qui ont des cancers, vous n'avez rien ...rien à faire. C'est la Mecque quoi » (Chirurgien ancien chef de service d'un CLCC)

Les femmes soignées pour un cancer du sein sont également concernées par ces représentations en Ile-de-France, et une coordinatrice d'un réseau territorial de cancérologie utilise également la métaphore religieuse pour évoquer ce phénomène :

« Pour les usagers lambda, qui ne travaillent pas dans le milieu de la santé et qui n'ont pas de réseaux, passer de l'autre côté du périphérique, bah comme pour le boulot, comme pour les jeunes, ça reste le Graal » (Coordinatrice d'un réseau de cancérologie, première couronne ; entretien réalisé le 11/01/2016).

D'après l'enquête réalisée auprès des personnes souffrant d'un cancer du sein dans la région, les franciliennes rencontrées en entretien considèrent qu'être suivie dans un CLCC ou un grand CHU signifie l'ultime excellence en termes de prise en charge, et constitue le maximum que l'on puisse faire pour guérir du cancer. Plusieurs femmes ont décliné l'offre des hôpitaux qui leur ont proposé de faire leur radiothérapie plus proche de leur domicile, également parce qu'elles ne voulaient rien regretter par la suite.

Puisqu'elles sont déjà prises en charge dans un établissement d'excellence, elles ne veulent pas amoindrir leur chance de guérison en changeant de structure en cours de route :

« On n'est pas si loin que ça de Paris et moi j'estime que ... alors je ne dis pas qu'ici ils ne sont pas bien. Je n'en sais rien, je ne sais pas comment ils sont dans les hôpitaux ici, mais j'estime qu'on n'est pas loin de Paris, et on a la chance d'avoir des ... Curie pas loin. Je préfère, pour ma conscience, même s'il y a une récurrence, une rechute, je me serais dit dans ma tête que j'ai vraiment fait tout ce qu'il fallait et que voilà. C'était vraiment important pour moi que je sois suivie du début à la fin... là-bas » (Mme B., entretien réalisé le 15/03/2017).

Dans le cas de Mme E., elle a lu dans les journaux que l'Institut Curie était le mieux classé pour la chirurgie du cancer du sein, et c'est pour cette raison qu'elle a choisi de s'y faire intégralement soigner (entretien réalisé le 15/02/2017). Mme N. connaissait déjà la réputation de l'IGR et a évoqué pendant l'entretien qu'elle s'est immédiatement sentie en confiance :

« Je me suis dit, ces gens-là, ils vont me guérir » (Entretien réalisé le 15/08/2017)

En écho aux louanges dont sont l'objet les centres experts de la région Ile-de-France, l'offre de soins périphérique peut apparaître comme une piètre alternative du point de vue des femmes. En effet nous avons observé que certains hôpitaux situés en seconde couronne héritaient d'une réputation particulièrement négative. Mme B. a évoqué l'exemple d'une de ses amies qui a été soignée dans un hôpital public du Val d'Oise et qui d'après elle, a pris un risque :

« Moi, je prends mes jambes à mon cou et je vais faire un tour à Saint Louis pour commencer" (Entretien réalisé le 06/03/2017).

Mme B. aurait refusé de se soigner dans l'hôpital à proximité de son domicile en Seine-et-Marne, même si elle n'avait pas été orientée vers un CLCC francilien. En effet, cet hôpital « a très mauvaise réputation ». Une de ses amies y est décédée, et c'est parce qu'elle n'a pas eu la chance d'être prise en charge dans un CLCC que le pronostic a été fatal selon elle :

« C'est un CH qui n'est pas du tout spécialisé, même si des gens atteints de cancer n'ont pas ce choix, ils restent sur notre commune » (Entretien réalisé le 07/03/2017).

Enfin Mme H. emploie des termes très virulents pour parler de l'hôpital proche de son domicile et de sa réputation :

« Il ne faut pas être malade, je ne voulais même pas y mettre les pieds [...] du grand n'importe quoi. Ma pharmacienne me dit « mais y en a à l'hôpital Z, ils charcutent... » ! C'est pas des oncos qui opèrent, c'est des chirurgiens, et ils n'ont aucun respect, ils se permettent... Ils opèrent n'importe comment, ils s'en fichent des cicatrices après, alors que les cicatrices, c'est à vie, c'est douloureux à vie » (Entretien réalisé le 18/03/2017).

On s'aperçoit ainsi que les professionnels de santé relayent aussi cette image défavorable au sujet de l'offre de soins périphérique. L'exemple du gynécologue de Mme B. est également intéressant à ce sujet :

« Il me dit : vous êtes suivie à Curie. Vous seriez suivie à Fontainebleau... bon, on pourrait se poser des questions, mais là quand même... » (entretien réalisé le 08/09/2017).

La proximité géographique avec les grands centres français de lutte contre le cancer participe certainement à accentuer cette hiérarchisation relativement subjective de l'expertise en cancérologie dans la région. Elle est effectivement très prégnante dans le discours des femmes, de leur entourage autant que chez les professionnels de santé. Ne pas se faire soigner dans un CLCC ou un centre expert est globalement considéré comme une perte de chances car ces établissements sont perçus comme à la pointe de l'innovation et des essais thérapeutiques. Cependant, les centres experts ne sont censés prendre en charge que les recours exceptionnels dans le cadre du traitement du cancer du sein. Or, il semblerait que l'orientation des personnes vers ces derniers ne s'organise que partiellement selon la hiérarchisation de l'offre objectivement décrite dans les textes législatifs.

2) L'amalgame entre recours exceptionnels et parcours standards

En introduction générale, nous avons expliqué que selon le cadre législatif qui organise la hiérarchisation des soins à l'échelle régionale, les pôles régionaux de cancérologie assument la prise en charge des situations médicales complexes qui nécessitent l'accès à une offre ultraspécialisée (cf. p. 38). Cependant, d'après nos résultats, les structures de soins appartenant au Cancéropôle d'Ile-de-France ont tendance à user de leur notoriété pour attirer les patientes dans le cadre de traitements dits standards. Dans le rapport du Haut Conseil de la Santé Publique au sujet de l'évaluation du premier Plan Cancer, les auteurs avaient déjà noté que « l'adressage des patients relevant du recours s'opère par des réseaux informels entre les médecins de la région, sans qu'il y ait une véritable organisation

de filières de soins, qui passe notamment par la description des itinéraires de soins appropriés » (HCSP, 2009). On observe en effet que certains établissements participent à « délocaliser » fortement les prises en charge standards de femmes atteintes d'un cancer du sein notamment pour le traitement adjuvant, alors qu'elles pourraient être soignées près de leur domicile avec les mêmes protocoles de soins. La captation excessive des parcours de soins par les structures centrales de la région est vécue comme une injustice par les établissements périphériques, car elle ne relève pas d'une rationalité scientifiquement objective. En effet, bien que de récentes études aient démontré la meilleure qualité de la chirurgie du cancer du sein dans les grands centres (CNAM-TS, 2018), il n'existe aucune preuve en la faveur d'un tel constat pour le traitement adjuvant. Pour reprendre les mots d'un chirurgien ancien chef de service dans un CLCC, les CHU parisiens et les CLCC franciliens ne sont pas « reconnaissants » vis-à-vis des missions des hôpitaux périphériques (entretien réalisé le 9/02/2016). Ils ne répondent pas au souci d'« équité régionale » qui leur incombe (HCSP, *op.cit.*) et ignorent les identités des différentes équipes (Trillet-Lenoir et Leclercq, *op.cit.*). L'exemple du centre hospitalier de Bligny qui propose une offre de chimiothérapie dans le centre-ouest de l'Essonne, est intéressant à ce sujet. En 2014, l'accès aux tests génomiques permettant de limiter la prescription de la chimiothérapie en fonction des caractéristiques histologiques de la tumeur, était considéré comme une innovation majeure. Or, cette structure périphérique proposait aussi ce type d'examen aux femmes, quand bien même elle n'était pas reconnue comme un centre véritablement expert en chimiothérapie (entretien avec un oncologue médical de l'établissement, 12/05/2016).

Nous avons déjà évoqué le fait que les rapports de concurrence entre les différents établissements franciliens, dont l'origine remonte au début de la lutte contre le cancer en France, ont pris une autre tournure avec la mise en place de la T2A depuis les années 2000. La répartition des parcours de soins entre les sites de cancérologie et les pôles régionaux considérés comme experts est donc d'autant plus compliquée dans une région où les établissements à la réputation prestigieuse sont multiples. Par conséquent, les établissements de soins qui ne sont pas reconnus en tant qu'experts souffrent globalement d'une fuite des patientes qu'ils devraient théoriquement prendre en charge. Les flux de femmes vers ces hôpitaux sont donc limités, ce qui met en péril leur agrément pour le traitement du cancer. En effet, ce dernier est fonction de l'activité de soins qui est soumise à des seuils minimaux et au respect de critères de qualité. La perte de notoriété et de qualité

(du moins pour la chirurgie) dont souffrent ces établissements serait d'autant plus aggravée par le manque d'investissements qu'ils sont en mesure d'engager dans leurs services du fait de la tarification à l'activité.

D'après le rapport du HCSP en 2014, les ARS sont obligées d'apprécier au cas-par-cas la délivrance des autorisations d'activité car elles risqueraient d'entraîner la fermeture de nombreuses structures de proximité et de favoriser « la désertification d'un territoire » (HCSP, 2014). Selon l'enquête réalisée par cet organisme, il existerait donc des « différences de mise en œuvre des critères de qualité entre sites autorisés » (*ibid.*). En d'autres termes, l'Assurance Maladie financerait les hôpitaux en fonction de la production des soins et l'ARS dispenserait les autorisations de traitement du cancer selon les seuils d'activités et les critères de qualité. En Ile-de-France, les logiques concurrentielles et l'attractivité de l'expertise proposée par les CLCC et les CHU parisiens s'opéreraient généralement au détriment des hôpitaux de première et de seconde couronne. Toutefois, par crainte de créer des inégalités d'accessibilité géographique aux soins spécialisés, les tutelles seraient parallèlement contraintes de laisser certains hôpitaux « en déclin » soigner le cancer alors même qu'elles savent que la qualité des soins n'y est plus optimale. Dans le cas de la chirurgie du cancer du sein, l'Agence régionale de santé évoque effectivement l'activité limitée de certains hôpitaux comme étant une source de fragilité. En Ile-de-France, 10 % des autorisations des chirurgies soumises à seuil en cancérologie ont un niveau d'activité proche du seuil réglementaire (ARS IDF, 2017). Cette question est politiquement brûlante car les inégalités d'accès à un traitement de qualité seraient entretenues par le système lui-même. Contrairement aux soins primaires largement organisés en concertation avec le secteur libéral, l'accès secondaire aux soins est régulé et financé directement par l'Etat et l'Assurance Maladie. Ce constat, s'il s'avérait exact, signifierait que les tutelles faillissent dans leur mission de garantir des soins d'une qualité équivalente partout sur le territoire francilien. Pourtant, malgré la gravité du sujet, peu d'études se sont intéressées à la description des parcours de soins et à l'impact de la forme du parcours sur l'issue du cancer du sein (HCSP, 2014). Dans le cadre de notre recherche, les données quantitatives dont nous disposons ne nous permettent pas de répondre clairement à cette question. D'après notre enquête qualitative, certains professionnels s'insurgent contre la captation des patientes par les centres experts, qui met à mal l'égalité d'accès aux soins d'après eux. Toutefois, il semblerait que d'autres établissements périphériques bénéficient davantage des flux de

patientes et soient en mesure de riposter face à la concurrence des grands centres de la région. A ce sujet, l'exemple du département du Val d'Oise sera présenté dans le dernier chapitre du manuscrit.

CONCLUSION

Dans ce chapitre, nous avons d'abord constaté que les parcours de soins en cancérologie en Ile-de-France sont globalement synonymes de fortes mobilités. En effet, les recours en proximité apparaissent minoritaires, tandis que les centres de lutte contre le cancer et les grands centres parisiens de l'AP-HP attirent la majorité des personnes dans le cadre du traitement du cancer du sein. Toutefois, nous avons également observé qu'il existe certaines disparités entre les territoires comparés, en fonction de différentes dynamiques qui varient à chaque étape du parcours de soins.

Tout d'abord, même s'ils ne représentent qu'une faible part des recours à la chirurgie, les parcours de soins qui se déroulent dans l'établissement théoriquement le plus proche du lieu de résidence des femmes varient sensiblement entre les départements et les catégories de communes de l'ISDU. La réputation des établissements habilités à proposer de la chirurgie dans le cadre de la prise en charge du cancer du sein, constitue le principal facteur à l'origine de ces disparités. En fonction de la localisation des femmes par rapport à l'établissement considéré comme expert pour la chirurgie, les recours s'organisent plus ou moins à proximité de leur domicile.

Les femmes qui résident dans les départements des Yvelines et de l'Essonne ont tendance à se tourner particulièrement vers l'offre parisienne et celle proposée par les CLCC pour la chirurgie du cancer du sein. Ainsi, la majorité d'entre elles parcourt une distance relativement importante pour se rendre dans l'établissement de prise en charge. Nous faisons l'hypothèse que, du fait de la densité des réseaux d'informations, de personnes et de ressources qui est plus prononcée dans l'ouest et le sud de la région, les croyances relatives à l'excellence des centres experts seraient plus diffusées dans l'ouest de l'Ile-de-France. De plus, du fait du tropisme de ces deux départements vers le centre de la région, les pratiques de mobilités des femmes pourraient orienter leur recours aux soins. Nous pouvons effectivement suggérer l'idée que les femmes et les professionnels de santé développeraient naturellement leur réseau de connaissances et leurs partenaires hospitaliers vers les espaces

qu'ils ont l'habitude de fréquenter. Par conséquent, les parcours de soins se dessineraient de façon plus uniforme dans les départements où l'attraction vers Paris est la plus forte.

Ainsi, l'ajustement entre le pouvoir d'utilisation de l'offre de soins par les femmes, et la capacité du système à y répondre, prend une forme singulière dans les Yvelines et dans l'Essonne. L'accessibilité géographique aux centres experts apparaît particulièrement aisée dans ces deux départements grâce à la densité des réseaux de transports, de la localisation des ressources et des pratiques de mobilités des femmes. Toutefois, parce que les CLCC et les grands centres experts absorbent d'importants flux de patientèle, les prises en charge y sont particulièrement standardisées ce qui signifie qu'elles sont potentiellement assez peu personnalisées. La disponibilité des professionnels risque donc d'être moins importante pour les femmes qui poursuivent ce type de parcours de soins. De plus, la commodité d'accès aux soins risque d'être limitée pour les personnes qui sont soignées à distance de leur domicile et qui ont besoin d'un suivi rapproché pendant leur parcours de soins. Enfin, la capacité financière à assumer l'ensemble des frais occasionnés par les allers retours vers les établissements de soins pourrait être particulièrement altérée pour les femmes socio-économiques vulnérables qui résident dans les territoires périphériques en Ile-de-France.

Pour les départements des Hauts-de-Seine et du Val-de-Marne, les combinaisons locales de facteurs qui influencent l'accès à la chirurgie du cancer du sein sont assez similaires. Les croyances envers l'expertise des CLCC et des centres experts de l'AP-HP apparaissent également diffusées au sein de la population et des soignants, car les femmes recourent beaucoup à la chirurgie dans ces établissements. De plus, ces deux départements de première couronne sont composés de centres urbains denses où l'offre de soins est extrêmement riche et disponible. Par conséquent, les recours à la chirurgie s'organisent davantage en proximité du domicile des femmes soignées pour un cancer du sein. Ainsi, ces dernières ont aussi bien le choix de recourir à l'offre directement accessible au sein de leur département, que de se déplacer vers Paris de façon relativement aisée grâce au réseau de transports. Comparativement aux départements des Yvelines et de l'Essonne, l'accessibilité géographique et la commodité de recours à l'offre de chirurgie sont d'autant plus facilitées.

La situation est sensiblement différente pour les départements du Val d'Oise et de la Seine-et-Marne. Les recours à la chirurgie s'organisent nettement plus en proximité du domicile des femmes, et ces dernières se tournent principalement vers le secteur privé pour cette étape de leur traitement. Dans la continuité de l'hypothèse que nous avons formulée

plus haut, les croyances envers l'expertise des CLCC et des établissements de l'AP-HP seraient moins prégnantes dans les départements du nord et de l'est de la capitale, étant donné qu'ils sont moins intégrés au système urbain de la métropole parisienne. Par ailleurs, les professionnels soignants implantés au sein de ces deux départements orienteraient les femmes dans les établissements locaux qui bénéficieraient d'une bonne réputation. L'accessibilité géographique et la commodité d'accès seraient donc relativement aisées, puisque les établissements de recours sont principalement localisés sur le territoire départemental. Toutefois, la capacité financière des femmes pourrait être altérée, si les établissements privés étaient amenés à facturer des dépassements d'honoraires. Enfin, la disponibilité des professionnels est variable, selon la capacité d'organisation des réseaux d'acteurs et de leur volonté de se coordonner sur un même territoire.

Les dynamiques urbaines propres aux communes-noyaux socialement populaires semblent singulièrement intervenir dans la structure des recours à la chirurgie. En effet, ces derniers se déroulent plus systématiquement en proximité de la commune de résidence des femmes, et particulièrement dans le secteur public. Ce constat pourrait aussi bien résulter d'une forte disponibilité de services de soins de qualité dans ces communes-noyaux, que de pratiques spécifiques des professionnels au sein de ces territoires. Ces derniers pourraient orienter plus systématiquement les femmes résidentes de ces espaces vers l'offre de proximité, parce qu'ils anticiperaient le fait que l'offre locale est plus adaptée à ce type de profil social, sans pour autant leur poser la question au sujet de leurs préférences (Fainzang, 2015). *In fine*, pour les femmes de ces communes-noyaux socialement populaires, la chirurgie du cancer serait donc globalement accessible même si elles ne sont pas orientées en connaissance de cause. Cependant, le département de la Seine-Saint-Denis est essentiellement composé de communes-noyaux socialement populaires mais les recours à la chirurgie ne s'organisent pas spécifiquement dans la proximité. Parce qu'il jouxte Paris et les grands centres de l'AP-HP, ce département est particulièrement soumis à l'attractivité des hôpitaux parisiens et à la concurrence qu'ils exercent. Ainsi, les femmes résidentes du département se tournent certes vers le secteur public, mais elles sont orientées vers les hôpitaux de l'AP-HP qui ne sont pas localisés à proximité immédiate de leur domicile. L'ajustement entre le pouvoir d'utilisation des femmes et la capacité du système de soins à répondre à leurs besoins apparaît dès lors, moins adéquat. La commodité et l'accessibilité géographique aux hôpitaux, la capacité financière des femmes pour se rendre à Paris ainsi

que la disponibilité des professionnels sont potentiellement moins adaptées aux personnes en situation socialement vulnérables, comme c'est globalement le cas dans le département de la Seine-Saint-Denis. Les configurations de facteurs qui conditionnent l'accès à la chirurgie du cancer du sein, sont différentes en fonction des départements et des catégories de communes de l'ISDU. Toutefois, de façon globalement uniforme en Ile-de-France, s'exerce une concurrence aigüe entre les hôpitaux habilités à proposer de la chirurgie, pour capter le maximum de femmes dans le cadre de la prise en charge du cancer du sein. Cette concurrence façonne fondamentalement l'organisation des réseaux d'acteurs et l'orientation des femmes vers les différents établissements.

Les recours à la chimiothérapie et à la radiothérapie ont plus systématiquement lieu dans les départements de résidence des femmes, et ce de façon plus homogène entre les départements. Parce que le traitement adjuvant est fréquent et régulier, les femmes seraient davantage orientées vers les établissements de proximité pour favoriser leur confort. A l'exception des départements de l'Essonne et de la Seine-Saint-Denis, la logique de « besoins » viendrait se greffer sur une logique de « captation » particulièrement prégnante dans le cadre de la chirurgie du cancer du sein. Pour l'étape de la radiothérapie, ce constat ne serait vrai qu'à condition que notre hypothèse selon laquelle les radiothérapeutes libéraux consultés sont localisés en proximité du domicile des personnes, soit vérifiée. De plus, nous avons constaté que les hôpitaux publics drainaient davantage de femmes atteintes d'un cancer du sein pour l'étape de la chimiothérapie. La plus grande disponibilité des professionnels des hôpitaux périphériques pour l'accompagnement et les soins de support, tout autant que la réduction des temps de trajet pourraient expliquer les recours plus importants vers les hôpitaux publics périphériques pour la chimiothérapie.

Finalement, l'accès aux soins serait davantage ajusté aux besoins des femmes dans le cadre du traitement adjuvant. Toutefois, pour les départements de l'Essonne et de la Seine-Saint-Denis, la logique de « captation » par les centres experts du centre de la métropole reste la plus déterminante sur les recours à la chimiothérapie. Ce phénomène est également perceptible pour une partie des femmes qui habitent dans les communes périphériques et socialement populaires en Ile-de-France. Pour ces dernières, nous faisons l'hypothèse que c'est davantage la mauvaise réputation des établissements de proximité que l'attractivité directe des CLCC et des CHU parisiens qui est la source d'importantes « délocalisations » des recours à la chimiothérapie. Nous y reviendrons dans le dernier chapitre du manuscrit. Ainsi,

les femmes de ces trois territoires pourraient rencontrer de particulières difficultés pour accéder aux soins, pendant la période très fatigante de la chimiothérapie. Un dernier élément de conclusion concerne les recours à la radiothérapie, qui suivent un gradient croissant du centre vers la périphérie de l'Île-de-France en termes de prises en charge dans le secteur privé. Dans l'éventualité où les radiothérapeutes libéraux factureraient des dépassements d'honoraires aux femmes qu'ils prennent en charge, ce gradient serait synonyme d'une moindre capacité financière des femmes pour assumer le coût des soins dans les périphéries franciliennes. Autrement dit, l'accès à la radiothérapie serait particulièrement inégal à l'échelle de la région. Le chapitre suivant a pour objectif de décrire les disparités spatiales dans les types de soins que les femmes reçoivent, notamment les restes à charge et les modes de prises en charge.

CHAPITRE 4 :

DES SOINS QUI VARIENT EN FONCTION DU TYPE DE PARCOURS EN ILE-DE-FRANCE

INTRODUCTION

Dans le chapitre précédent, nous avons décrit les différents types de parcours de soins pour chacune des étapes du traitement du cancer du sein en région Ile-de-France. Nous avons constaté que les conditions d'accès aux soins dépendent fondamentalement des combinaisons locales de facteurs, propres à chacun des territoires étudiés. Ces conditions varient selon la position de la commune de résidence des femmes dans le système métropolitain, les dynamiques à l'œuvre au sein de ces territoires, la distance géographique vers l'hôpital de recours, ainsi que le statut de l'établissement consulté. Dans ce chapitre, nous allons montrer que les conditions d'accès aux soins dépendent également des modalités de prises en charge. En effet, en fonction du type de parcours emprunté par les femmes, il existe des disparités dans les traitements administrés, dans l'accès à l'innovation chirurgicale, dans le coût de la prise en charge, dans la répartition de la prise en charge entre plusieurs établissements et enfin, dans les délais enregistrés entre les différentes étapes du traitement.

Dans la première partie, nous verrons que la structure des parcours de soins intervient dans les types de traitements administrés. Nous présenterons l'exemple des cancers infiltrants pour développer cet argument. La seconde partie s'attèle ensuite à décrire les disparités d'accès à l'innovation chirurgicale qui correspondait, en 2014, à la chirurgie ambulatoire et à la prise en charge post-opératoire en hospitalisation à domicile (HAD). Dans la partie suivante, nous verrons que le volume des dépassements d'honoraires assumé par les femmes dépend également des parcours de soins empruntés. Ensuite, nous décrirons l'organisation des parcours entre les différents hôpitaux investis dans les prises en charge. Pour ce faire, nous avons distingué les parcours de soins qui se sont déroulés dans un établissement unique (monocentrique) ou dans plusieurs établissements (pluricentriques) afin d'analyser les éventuels effets de captation exercés par les hôpitaux. Enfin, dans la dernière partie, nous nous intéresserons aux variations spatiales enregistrées dans les délais entre les différentes étapes des traitements, en fonction des départements et des catégories de communes de l'ISDU.

I. VARIATIONS SPATIALES DANS LES SEQUENCES DE TRAITEMENT : L'EXEMPLE DES CANCERS INFILTRANTS

Dans cette partie, l'analyse proposée a été réalisée à partir des cancers du sein infiltrants estimés dans notre base de données. En effet, nous avons ciblé spécifiquement ce groupe de stades au diagnostic car il s'agit de la catégorie des cas incidents la plus représentée. De plus, pour comparer les différents traitements administrés, le préalable indispensable est que les femmes présentent *a minima* un stade clinique relativement identique au moment du diagnostic. Toutefois, aucune donnée relative au stade histopathologique du cancer n'est renseignée dans les bases médico-administratives. Or, ce dernier constitue un élément fondamental dans le choix du protocole thérapeutique par les équipes soignantes, c'est pourquoi les résultats présentés dans cette partie doivent être interprétés avec précaution.

Comme nous l'avons évoqué en introduction générale (cf. p.34), les cancers du sein infiltrants sont les plus répandus puisqu'ils représentent 68% des cancers diagnostiqués en France (Lefeuvre, 2014). Dans cette partie, nous faisons uniquement référence aux cancers infiltrants sans atteinte ganglionnaire ni métastases. D'après nos estimations, ce taux s'élève à 64% en région Ile-de-France sur la période 2012-2014. Les Franciliennes diagnostiquées pour ce type de cancer reçoivent le même pourcentage de chirurgie qu'à l'échelle nationale, soit environ 95%. En revanche, la chimiothérapie semble davantage prescrite dans la région car 39% des femmes de notre échantillon sont soignées avec ce traitement médical *versus* 33% à l'échelle nationale d'après les travaux de D. Lefeuvre (*ibid.*). Par ailleurs, elles sont globalement moins traitées par radiothérapie puisque le taux de traitement des cancers infiltrants par irradiation s'élève à 64% en Ile-de-France (*versus* 74% en France). Il est important de noter que l'âge moyen des femmes incluses dans l'analyse des parcours de soins s'élève à 58 ans soit 5 ans plus jeune que celui des femmes atteintes d'un cancer du sein en 2012 en France (INCa, 2016). Or, selon les référentiels de traitement appliqués dans les 3 centres de lutte contre le cancer d'Ile-de-France, le jeune âge d'une patiente influence le type de traitement adjuvant qui lui est administré et notamment le fait de recevoir ou non une chimiothérapie (Institut Curie & Institut Gustave Roussy, 2011). Dans les paragraphes suivants, nous allons voir qu'il existe des différences significatives dans les traitements reçus par les femmes en fonction de leur département et de leur catégorie de communes de

résidence selon l'ISDU, notamment dans le fait de recevoir une chirurgie, une chimiothérapie ou une radiothérapie.

1) Des disparités spatiales significatives dans le traitement chirurgical des cancers infiltrants

Comparativement aux chiffres enregistrés à l'échelle de la région, nous pouvons observer certaines variations spatiales dans les types de traitement reçus par les femmes dont le cancer est infiltrant au diagnostic. En effet, à âge et stade équivalents, indépendamment du statut de l'établissement de prise en charge et du fait d'être couverte ou non par la CMU-C, les femmes résidant dans le Val-de-Marne enregistrent 2,4 fois moins de chirurgie d'exérèse mammaire que les habitantes des Yvelines [IC95% : 1.7 ; 3.4]. Ce ratio s'élève à 1,8 pour les femmes de l'Essonne [IC95% : 1.3 ; 2.6] et à 1,7 pour les personnes habitant le département de la Seine-Saint-Denis comparativement aux Yvelines [IC 95% : 1.2 ; 2.5]¹⁴.

A l'échelle des catégories de communes de l'ISDU, les femmes résidentes des communes-noyaux socialement populaires présentent une probabilité de ne pas recevoir de chirurgie d'exérèse significativement supérieure aux personnes qui habitent dans les communes périurbaines résidentielles socialement aisées et ce, toutes choses égales par ailleurs (OR = 1,9 [IC95% : 1.15 ; 3.01]¹⁵.

Ainsi, les taux de chirurgie d'exérèse apparaissent sensiblement différents en fonction des départements et des catégories de communes. Ces écarts sont certainement liés à des différences dans les pratiques des professionnels soignants et dans les choix thérapeutiques réalisés localement. Notamment, les hôpitaux consultés par les femmes qui résident dans le département des Yvelines et qui sont atteintes d'un cancer du sein infiltrant semblent particulièrement enclins à proposer l'option chirurgicale, comparativement aux autres établissements franciliens. Finalement, en fonction de l'hôpital où les femmes sont prises en charge, elles reçoivent plus ou moins de chirurgie du cancer du sein. Rappelons toutefois que les données individuelles dont nous disposons dans la base de données sont très lacunaires d'un point de vue histologique. Aucune information ne nous permet de connaître les caractéristiques biologiques du cancer ou les risques singuliers que les femmes

¹⁴ cf. annexe n°12, partie 1, pour les résultats de la régression logistique.

¹⁵ cf. annexe n°12, partie 2, pour les résultats de la régression logistique.

rencontrent pendant leur parcours de santé. Les variations spatiales observées sont peut-être directement liées à ce type de spécificités que nous ne sommes pas en mesure de prendre en compte.

Avec toutes les précautions que nous venons d'émettre, le paragraphe suivant s'intéresse aux variations spatiales observées entre les pourcentages de mastectomies totales ou partielles réalisées dans le cadre de la chirurgie des cancers infiltrants.

2) Mastectomie totale ou mastectomie partielle ?

Dans son travail de thèse, D. Lefeuvre a retrouvé un taux national de 73% de mastectomies partielles pour les femmes opérées d'un cancer du sein infiltrant, quand elles étaient 27% à recevoir une mastectomie totale (Lefeuvre, *op.cit.*). En Ile-de-France, la mastectomie partielle semble un peu plus répandue qu'à l'échelle du pays car elle concerne 76% des femmes atteintes d'un cancer du sein infiltrant. *A contrario*, elles reçoivent légèrement moins de mastectomie totale car cette intervention n'est privilégiée que dans 24% des cas.

A l'échelle des départements franciliens, les taux enregistrés dans le Val-de-Marne et le Val d'Oise sont significativement différents de la moyenne régionale. Le Val-de-Marne enregistre un pourcentage particulièrement élevé de mastectomies totales. A l'inverse, dans le Val d'Oise, la part des mastectomies partielles s'élève à presque 80% de l'ensemble des exérèses mammaires. Aucune différence significative n'apparaît dans les différents types d'exérèses pratiquées en fonction des catégories de communes de l'ISDU.

Tableau n°16

Part des mastectomies totales et partielles, parmi l'ensemble des exérèses mammaires reçues par les femmes atteintes d'un cancer infiltrant - Période 2012/2014			
	Part des mastectomies partielles	Part des mastectomies totales	p-value
Val-de-Marne	73	27	< 0.05
Paris	75	25	N.S.
Essonne	75	25	N.S.
Seine-Saint-Denis	75	25	N.S.
Ile-de-France	76	24	Ref
Yvelines	76	24	N.S.
Seine-et-Marne	77	23	N.S.
Hauts-de-Seine	78	22	N.S.
Val d'Oise	80	20	< 0.01

Sources: CNAM-TS, SNIIRAM 2006-2014 ; Lefeuvre, D., 2014

Réalisation : Vialard, L., UPON LADYSS, 2018

Une fois tous les facteurs pris en compte dans une régression logistique¹⁶, on s'aperçoit que les habitantes du Val d'Oise reçoivent 1,3 fois plus de mastectomies partielles que celles du Val-de-Marne [IC95% : 1.1 ; 1.7]. De plus, les établissements privés ont tendance à réaliser davantage de mastectomies partielles que les ESPIC (OR = 1,4 [IC95% : 1.2 ; 1.6]¹⁷.

Des contrastes similaires ont été rapportés dans un travail réalisé par l'IRDES au sujet du type de chirurgie du cancer du sein proposé aux femmes, selon leur département de résidence et les établissements consultés. D'après cette étude, les taux de mastectomie partielle variaient de 56% dans les Vosges à plus de 83 % en Corse du Sud en 2012. Cette recherche a également montré qu'il existe des différences entre les établissements privés (cliniques chirurgicales) dont les taux de chirurgie conservatrice étaient relativement importants, et les autres types d'établissement (Or et al., 2017). Une autre recherche réalisée dans la région Poitou-Charentes en 2007, a également constaté des variations considérables dans les taux de mastectomies totales enregistrés dans le PMSI en fonction des établissements (Boinot et al., 2007).

¹⁶ A âge, statut vis-à-vis de la CMU-C et statut de l'établissement de prise en charge, équivalents.

¹⁷ cf. annexe n°12, partie 3, pour les résultats de la régression logistique.

Le stade histologique de la tumeur est certainement impliqué dans les variations des taux de mastectomies totales en fonction du statut des établissements. En effet, les CLCC (qui sont des ESPIC) sont théoriquement destinataires des recours spécialisés tandis que les établissements privés assument la chirurgie de personnes dont le stade est moins avancé. Ainsi, les CLCC sont censés recevoir les cancers du sein avancés qui nécessitent potentiellement une exérèse plus large, comme c'est le cas de l'IGR localisé dans le Val-de-Marne. Cependant, nous avons noté que les femmes du département du Val d'Oise affichent une probabilité accrue de recevoir une mastectomie partielle comparativement à leurs homologues du Val-de-Marne, qu'elles soient opérées dans un CLCC ou dans un établissement privé. De plus, les départements où les femmes recourent principalement à la chirurgie du cancer du sein dans les deux CLCC de l'Institut Curie n'enregistrent aucune différence significative dans les taux de mastectomies totales, comparativement à la moyenne francilienne. Ce résultat indique que les différences observées sont probablement dues à des pratiques spécifiques aux professionnels et aux établissements des territoires concernés. Cet argument est appuyé par le fait qu'aucune variation significative des taux de mastectomies partielles n'apparaît entre les catégories de communes de l'ISDU. Par ailleurs, à l'instar des théoriciens de l'école de Darmouth dont nous présenterons les travaux plus amplement à la fin de cette partie, nous pouvons supposer que les disparités dans les niveaux d'équipement des hôpitaux du Val-de-Marne et du Val d'Oise, conduisent à des choix chirurgicaux sensiblement différents de la part des professionnels médicaux. Par conséquent, en fonction du type de chirurgie que les femmes reçoivent, le choix du traitement adjuvant peut être différent.

3) Des variations spatiales dans les traitements adjuvants administrés pour les cancers infiltrants

Les différences dans les protocoles thérapeutiques sont particulièrement marquées entre les territoires franciliens, pour l'étape de la chimiothérapie. En effet, il existe un écart d'environ 15% entre les taux de chimiothérapies adjuvantes administrées aux femmes des Yvelines et de la Seine-Saint-Denis. A l'exception du Val d'Oise, l'ensemble des départements franciliens enregistre une différence significative dans le taux de chimiothérapie adjuvante administrée aux femmes dont le cancer est infiltrant, comparativement à la moyenne régionale (*i.e.* 39%). Ces variations restent globalement significatives dans l'analyse

multivariée : toutes choses égales par ailleurs, les femmes de la Seine-Saint-Denis reçoivent 1,6 fois plus de chimiothérapie que celles des Yvelines ([IC95% : 1.4 ; 1.9]. Les personnes dont le cancer du sein est infiltrant dans le Val-de-Marne [IC95% : 1.4 ; 1.9] et dans l'Essonne [IC95% : 1.5 ; 2] reçoivent également 1,7 fois plus de chimiothérapie comparativement aux femmes qui résident dans le département des Yvelines¹⁸.

A l'échelle des catégories de communes selon l'indice synthétique des dynamiques urbaines, les différences sont particulièrement significatives entre les catégories de communes centrales de la région : quand seulement 32 % des femmes habitant les centres urbains résidentiels aisés et 34% des personnes issues des communes hypercentrales reçoivent une chimiothérapie adjuvante du cancer du sein, ce taux s'élève à 41,5% pour les femmes habitant dans les centres urbains résidentiels socialement populaires et 45% dans les communes-noyaux socialement populaires. Au final, toutes choses égales par ailleurs, les femmes habitant dans les communes-noyaux socialement populaires reçoivent 1,4 fois plus de chimiothérapie que les personnes qui résident dans les centres urbains résidentiels socialement aisés [IC95% : 1.22 ; 1.61]¹⁹.

Tableaux n° 17 & 18 : Part des femmes ayant été traitées par chimiothérapie adjuvante parmi les cancers infiltrants selon les départements et les catégories de communes de l'ISDU (en %) – Période 2012-2014

Centres urbains résidentiels socialement aisés	32,2
Communes hypercentrales	34,3
Communes périurbaines socialement aisées	35,3
Communes périurbaines socialement populaires	39,6
Communes de l'entre deux	41,0
Centres urbains résidentiels socialement populaires	41,5
Communes-noyaux socialement populaires	44,9
Yvelines	30,7
Hauts-de-Seine	34,9
Paris	35,0
Val d'Oise	41,5
Seine-et-Marne	42,4
Val-de-Marne	43,3
Essonne	43,7
Seine-Saint-Denis	45,5

Sources: CNAM-TS, SNIIRAM 2006-2014; Lefevre, D., 2014.
Réalisation : Vialard, L., UPON, LADYSS, 2019

¹⁸ cf. annexe n°12, partie 4, pour les résultats de la régression logistique

¹⁹ cf. annexe n°12, partie 5, pour les résultats de la régression logistique

Les contrastes sont donc manifestes entre les taux de chimiothérapie adjuvante administrée selon les territoires de la région. Tout d'abord, nous pouvons observer que dans les territoires où les femmes sont davantage opérées de leur cancer du sein, elles reçoivent généralement moins de chimiothérapie et vice-versa. En effet, les habitantes des Yvelines enregistrent un taux particulièrement élevé de chirurgie du cancer du sein et à l'inverse, la plus faible part de chimiothérapie adjuvante. Le Val-de-Marne constitue le département où la chirurgie du cancer du sein est moins pratiquée pour le traitement des femmes dont le cancer est infiltrant, tandis que la chimiothérapie adjuvante est plus fréquemment prescrite. Il en est de même à l'échelle des catégories de communes de l'ISDU où le constat est identique pour les centres urbains résidentiels aisés et les communes-noyaux socialement populaires. Toutefois, les variations spatiales dans l'administration d'une chimiothérapie adjuvante sont particulièrement marquées entre les communes centrales socialement aisées et populaires en Ile-de-France, davantage encore que pour l'étape de la chirurgie. Par ailleurs, ces différences n'existent pas entre les catégories de communes périphériques quels que soient les profils socio-démographiques des populations résidentes. Certes, la décision d'administrer une chimiothérapie est encore plus dépendante des caractéristiques histologiques de la tumeur. De fait, les disparités spatiales que nous décrivons sont certainement le reflet partiel de l'inégale distribution de ces stades histologiques en Ile-de-France. Cependant, rappelons que la typologie des stades au diagnostic permet de distinguer *a minima*, les cancers infiltrants des cancers avec métastases axillaires ou extra-ganglionnaires. Indépendamment du stade ainsi estimé, de l'âge et du fait d'être à la CMU-C, les femmes des communes-noyaux et centrales résidentielles socialement populaires reçoivent donc nettement plus de chimiothérapie adjuvante que leurs homologues résidentes des communes hypercentrales ou centrales résidentielles socialement aisées. Pourrait-on apercevoir, à travers ces résultats, des pratiques différenciées des professionnels soignants envers les populations issues de milieux socialement défavorisés ? A l'instar de ce que nous avons décrit dans le cadre de l'orientation en proximité pour la chirurgie du cancer du sein, nous pouvons supposer que les choix thérapeutiques des médecins sont également différents dans le cadre de la prise en charge des personnes issues des milieux sociaux plutôt désavantagées. Ce phénomène serait particulièrement prégnant dans les communes socialement populaires du centre de la métropole, et notamment dans le département de la Seine-Saint-Denis. Nous reviendrons plus amplement sur cette

hypothèse dans la partie suivante, quand nous aborderons la question de la chirurgie ambulatoire.

Par ailleurs, les pratiques propres aux professionnels des établissements consultés contribuent, pour beaucoup, aux différences constatées. En effet, certains établissements ont coutume de privilégier des combinaisons particulières de traitements. Nous venons d'évoquer le cas des femmes résidant dans les communes-noyaux socialement populaires qui reçoivent spécifiquement plus de chimiothérapie adjuvante. Or, ces dernières sont davantage soignées dans les établissements privés et publics situés en proximité de leur domicile. Par ailleurs, ces hôpitaux enregistrent globalement des taux plus élevés de chimiothérapies adjuvantes comparativement aux ESPIC. A l'inverse, les femmes qui habitent dans les communes socialement aisées, centrales et plus périphériques, sont moins systématiquement traitées avec une chimiothérapie adjuvante. Dans le chapitre précédent, nous avons noté que ces dernières avaient tendance à se faire plus souvent soigner dans les CLCC de l'Institut Curie, à Saint-Cloud et à Paris. Le constat était identique à l'échelle des départements : les femmes résidant dans les Yvelines et dans les Hauts-de-Seine sont davantage prises en charge dans les CLCC de l'Institut Curie tandis que les habitantes du Val-de-Marne et de l'Essonne se tournent principalement vers l'IGR. Il semble donc que ces deux CLCC n'adoptent pas les mêmes protocoles thérapeutiques, malgré un référentiel commun de traitement. En effet d'après nos résultats, l'Institut Gustave Roussy enregistre un taux bien plus important de chimiothérapies adjuvantes comparativement à l'Institut Curie. Quand le premier réalise 47% de chimiothérapies dans le cadre du traitement du cancer du sein infiltrant, l'Institut Curie en prescrit 31% ($p < 0.01$). Les options thérapeutiques privilégiées par les équipes soignantes apparaissent donc très différentes en fonction des établissements, ce qui engendre des différences dans les soins reçus par les femmes. Ce phénomène semble participer davantage aux disparités observées dans les traitements du cancer infiltrant, que l'origine socio-résidentielle des femmes.

Enfin, concernant le traitement adjuvant par radiothérapie, 43% des femmes du Val-de-Marne ne reçoivent aucune radiothérapie tandis qu'elles ne sont que 32% dans les Yvelines. Dans la régression logistique, les premières sont 1,6 fois moins traitées par

irradiation que les secondes [IC95% : 1.4 ; 1.9]²⁰. En définitive, le volume de radiothérapie administrée dans le cadre du traitement des cancers du sein infiltrants semble également dépendre de la part de chirurgie pratiquée dans les départements franciliens²¹.

A l'échelle des catégories spatiales de l'ISDU, plus les femmes résident dans le centre de la région et moins elles reçoivent un traitement par radiothérapie. Le rapport de cotes est notamment significatif pour les habitantes de l'hypercentre qui reçoivent 1,3 fois moins de traitement adjuvant par radiothérapie que les femmes résidant dans les communes périurbaines socialement populaires qui ont tendance à s'appauvrir [IC95% : 1.02 ; 1.62]²².

Tableaux n° 19 & 20 : Part des femmes ayant été traitées par radiothérapie adjuvante parmi les cancers infiltrants selon les départements et les catégories de communes de l'ISDU (en %) – 2012/2014

Val-de-Marne	57,1
Paris	62,4
Val d'Oise	62,8
Seine-Saint-Denis	63,6
Hauts-de-Seine	64,3
Essonne	65,5
Seine-et-Marne	65,5
Yvelines	68,0
Communes hypercentrales	62,06
Centres urbains résidentiels socialement populaires	62,23
Communes-noyaux socialement populaires	63,62
Centres urbains résidentiels socialement aisés	65,45
Communes de l'entre deux	67,17
Communes périurbaines socialement aisées	67,86
Communes périurbaines socialement populaires	68,46

Sources: CNAM-TS, SNIIRAM 2006-2014 ; Lefevre, D., 2014

Réalisation : Vialard, L., UPON, LADYSS, 2019

Contrairement aux chiffres observés dans le cadre de la chimiothérapie où les variations étaient plus marquées entre les différentes catégories de communes centrales en Ile-de-France, les disparités spatiales observées dans les taux de radiothérapie sont plus nettes entre les communes centrales et périphériques de la région ($p < 0.01$). En effet, les

²⁰ Comme pour la chirurgie, la probabilité est estimée pour les personnes qui ne reçoivent pas de radiothérapie. En effet, cette population est minoritaire dans l'échantillon étudié et son effectif est insuffisant pour constituer une population de référence suffisamment robuste, dans une régression logistique.

²¹ Cf. annexe n°12, partie 6, pour les résultats de la régression logistique.

²² Cf. annexe n°12, partie 7, pour les résultats de la régression logistique.

femmes qui résident dans les communes résidentielles périphériques, qu'elles soient socialement aisées ou plutôt populaires et en déclin, enregistrent globalement de plus forts taux de radiothérapie adjuvante comparativement aux personnes habitant les catégories de communes plus centrales. Ainsi, il semblerait que les femmes issues des territoires périphériques soient plus systématiquement traitées par radiothérapie que par chimiothérapie adjuvante en Ile-de-France. A l'instar des hypothèses que nous avons posées au sujet des contrastes observés dans les chiffres relatifs à la chimiothérapie, ces différences pourraient trouver leur origine dans les pratiques des professionnels soignants exerçant dans les établissements consultés. Ces dernières dépendraient notamment des lieux de soins des femmes traitées pour un cancer du sein infiltrant. Comme le suggèrent les théoriciens de l'école de Darmouth, les mécanismes à l'origine de ces disparités pourraient relever plus spécifiquement de choix thérapeutiques « sensibles à l'offre de soins ».

4) Des choix thérapeutiques sensibles à l'offre de soins ?

L'équipe du collège de Darmouth appartenant au département « Health Policy and clinical practice » travaille depuis plusieurs décennies sur les variations spatiales des conduites thérapeutiques. En se basant sur le registre des populations qui bénéficient du programme Medicare aux Etats-Unis, ils ont d'abord décrit la façon dont s'organisaient les flux de patients vers les établissements à l'échelle régionale. Dans un second temps, ils se sont attachés à analyser le niveau de ressources de soins disponibles ainsi que les modèles de pratiques soignantes. A partir de ces informations, ils ont formulé un modèle théorique permettant de rendre compte des déterminants de la qualité des soins reçus par les patients (Fisher et Wennberg, 2003). Les soins sont qualifiés de trois façons dans leur modèle (cf. tableau n°21 page suivante) : *efficaces* quand ils répondent pleinement à des preuves médicales théoriques et empiriques en termes d'efficacité ; *sensibles aux préférences des patients* lorsqu'ils sont administrés après une décision éclairée de leur part, et dont résulte un choix entre deux possibilités qui présentent différents risques et avantages ; *sensibles à l'offre de soins* quand leur utilisation dépend principalement du volume d'offre disponible et des croyances des médecins envers l'efficacité des différents traitements.

Tableau n°21 : Qualité des soins reçus, selon les facteurs qui influencent leur utilisation d'après Fisher et Wennberg

	FACTORS THAT INFLUENCE UTILIZATION			
	<i>Medical Theory</i>	<i>Medical Evidence</i>	<i>Per Capita Supply of Resources</i>	<i>Importance of Patient Preferences</i>
Effective Care ¹ <i>A problem of underuse</i>	Strong	Strong	Weak	Weak
Preference-Sensitive Care ² <i>A problem of misuse</i>	Strong	Variable	Variable	Strong
Supply-Sensitive Care ³ <i>A problem of overuse</i>	Weak	Weak	Strong	Variable

Notes:

¹*Effective care* refers to services of proven effectiveness that involve no significant tradeoffs—all patients with specific medical needs should receive them. Conflict between patients and providers over the value of care is minimal.

²*Preference-sensitive care* involves tradeoffs: decisions should therefore be based on patients' preferences and values. Although opinions are strongly held by clinical advocates, supporting scientific evidence may be weak (e.g., surgery for prostate cancer) or strong (e.g., surgery for breast cancer). The effect of supply on rates of discretionary care is variable. Patient and provider values are often in conflict (e.g., the value of lumpectomy vs. mastectomy for breast cancer).

³*Supply-sensitive services* are generally provided in the absence of specific clinical theories of benefit governing the relative frequency of use (e.g., physician revisits, diagnostic tests, stays in intensive care units). Medical texts provide little or no guidance on when to schedule a revisit, perform a diagnostic test, hospitalize, or admit to intensive care. However, utilization rates are strongly influenced by the supply of resources. In some cases, patient preferences and values should play a central role, particularly for end-of-life care.

Source : Fisher & Wennberg, 2003

Ainsi, l'accès aux soins est de bonne qualité lorsqu'un juste équilibre est trouvé entre les soins dits « efficaces » et la prise en compte des préférences du patient. En revanche, il est jugé moins approprié et moins adapté aux besoins des personnes lorsqu'il suit une logique dictée par le niveau de ressources présent dans la région (Birkmeyer et al., 2013 ; Wennberg, 2002).

En France, les protocoles de traitement sont globalement standardisés pour le traitement du cancer du sein. Comme nous l'avons expliqué en introduction générale, les établissements appartenant au réseau régional de cancérologie d'Ile-de-France sont censés appliquer le même référentiel thérapeutique. Or, même si beaucoup d'informations cliniques sont manquantes dans notre analyse, il semble que des variations significatives dans les pratiques de soins existent. Dans la continuité des travaux du collège de Darmouth, nous pouvons ainsi nous interroger sur l'importance des croyances médicales et du niveau d'équipements des établissements dans les disparités observées. En effet, les différentes

écoles de médecine au sujet de l'efficacité de certains traitements apparaissent en filigrane des contrastes observés dans les pratiques thérapeutiques, notamment à travers l'exemple de l'IGR et de l'Institut Curie. De la même façon, les femmes résidant dans les communes centrales socialement populaires reçoivent davantage de chimiothérapie que celles qui habitent dans les communes socialement aisées et plus attractives. Ces différences pourraient également trouver leur origine dans les pratiques médicales différenciées en fonction de la patientèle que les professionnels sont amenés à soigner. Enfin, les femmes traitées pour un cancer du sein infiltrant qui habitent dans les territoires périphériques en Ile-de-France reçoivent plus systématiquement un traitement adjuvant par radiothérapie plutôt que par chimiothérapie. Les raisons à l'origine de ce dernier constat sont difficiles à déterminer. Mais au regard de l'importance de l'enjeu, ce résultat mériterait d'être creusé davantage grâce à des études complémentaires, afin d'en expliciter les causes. Au final, que ce soient du fait des croyances médicales envers l'efficacité des traitements ou éventuellement de l'inégal volume d'équipements disponibles, nous faisons l'hypothèse que les disparités observées dans le traitement des cancers infiltrants en Ile-de-France dépendent principalement de mécanismes sensibles à l'offre de soins accessible aux femmes franciliennes soignées pour un cancer du sein infiltrant en Ile-de-France. Ce constat pose question et potentiellement problème, en termes d'équité d'accès à des soins de qualité dans le cadre de la prise en charge du cancer du sein.

Dans le paragraphe suivant, nous allons voir que l'accès à l'innovation en chirurgie dépend également des pratiques des professionnels soignants ainsi que des équipements disponibles dans les établissements consultés.

II. ACCES A L'INNOVATION EN CHIRURGIE

D'après les données dont nous disposons, les CLCC ont globalement été précurseurs dans le développement de la chirurgie en ambulatoire et de l'hospitalisation à domicile (HAD) dans le cadre du traitement du cancer du sein. Un chirurgien chef de service nous a d'ailleurs confié en entretien que le développement de ces deux modes de prise en charge constituait en 2015 « l'innovation chirurgicale » en cancérologie (entretien réalisé le 20 juillet 2015). La chirurgie en ambulatoire consiste en la réalisation de l'intervention sans hospitalisation pendant la nuit post-opératoire. Elle a donc lieu durant une journée, la patiente entrant le matin de l'opération et rentrant à domicile le soir. Elle n'est possible

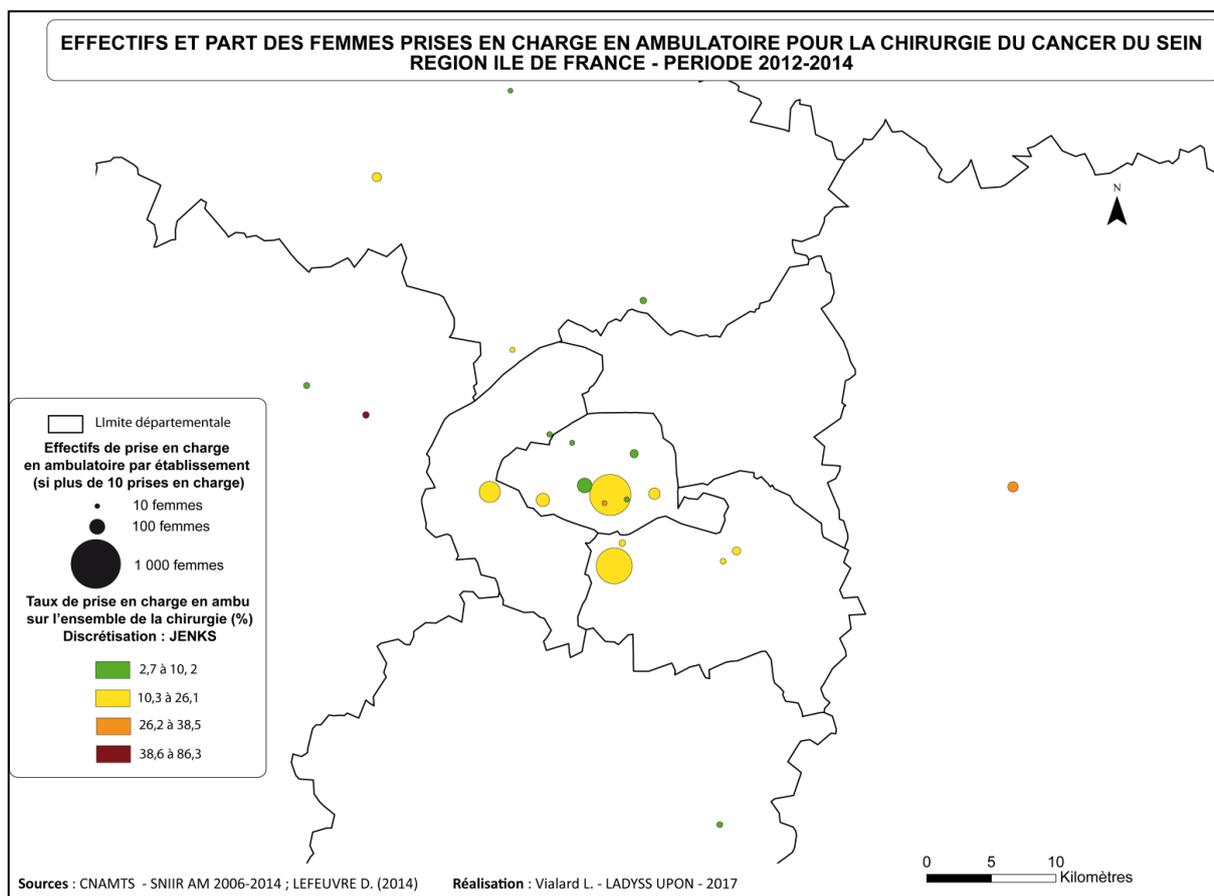
qu'en fonction de critères médico-sociaux particuliers et selon les capacités d'organisation des acteurs soignants. La prise en charge en HAD permet une sortie précoce de l'hôpital après une intervention plus complexe, même si certains soins post-opératoires sont prodigués aux patientes. Dans ce cas, les professionnels de ville prennent le relais des équipes hospitalières pour assurer les soins à domicile dans les mêmes conditions de sécurité.

Comme nous l'avons expliqué dans le 2^e chapitre (partie III), le développement de la chirurgie en ambulatoire et de l'HAD est devenu une priorité du système de soins car il permet l'économie des frais d'hospitalisation et la réduction du risque d'infections nosocomiales. Le confort des patients est aussi un argument avancé par les tutelles pour favoriser l'accélération des prises en charge hospitalières. La chirurgie ambulatoire s'est massivement développée à partir de 2013 dans le domaine du cancer du sein : elle représentait plus de la moitié du total des chirurgies réalisées en ambulatoire en cancérologie en 2015 (Luu et al., 2018). Le chirurgien que nous venons de citer a évoqué un taux de 50% des chirurgies réalisées *via* ce type de parcours dans son service en 2015. Ainsi, les chiffres que nous allons présenter pour la période 2012-2014 ont certainement beaucoup évolué jusqu'à aujourd'hui.

Pendant la période étudiée, 19% des chirurgies du cancer du sein réalisées dans les CLCC franciliens avaient lieu en ambulatoire. Ce taux était d'environ 6% dans les hôpitaux de l'AP-HP et de moins de 5% dans les établissements privés ($p < 0.01$). De la même façon, les sorties post-opératoires en HAD étaient presque exclusivement proposées par les CLCC : 15% des sorties après une chirurgie avaient lieu en HAD dans ces établissements, quand l'AP-HP enregistrait un chiffre d'environ 1% sur la même période ($p < 0.01$). D'après les cartes présentées sur les pages suivantes, nous pouvons observer que la chirurgie ambulatoire était pratiquée de façon plus diffuse que l'HAD dans les établissements de la région entre 2012 et 2014. Parmi les hôpitaux qui réalisaient peu de chirurgies du cancer du sein, le CHU Cochin et surtout le CHI de Poissy proposaient majoritairement l'ambulatoire aux femmes qu'ils prenaient en charge. Le centre hospitalier de Marne-la-Vallée dont les effectifs de femmes opérées pour un cancer du sein sont plus élevés, enregistre un taux de 34% de prise en charge en ambulatoire. Les 3 CLCC que sont l'Institut Gustave Roussy, l'Institut Curie de Paris et celui de Saint-Cloud affichaient à l'époque, des taux de chirurgie en ambulatoire oscillant entre 24% pour le premier et 16% pour le second. Les CHU de l'AP-

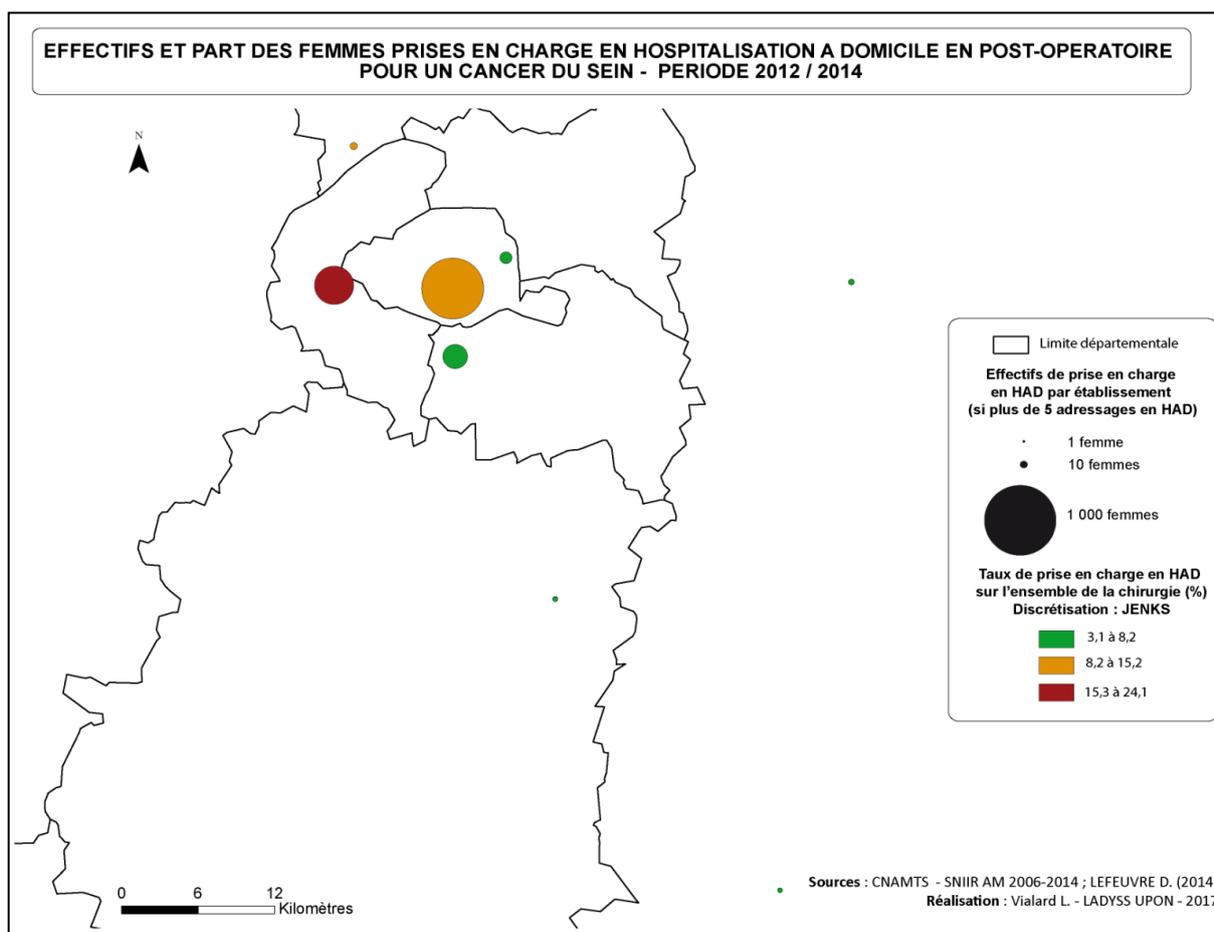
HP enregistraient des taux très variables, d'environ 15% pour l'hôpital européen Georges Pompidou (HEGP) *versus* 3% pour le CHU Saint-Louis.

Carte n°30



Dans le domaine de l'hospitalisation à domicile après une intervention chirurgicale du cancer du sein, c'est principalement l'Institut Curie de Saint-Cloud qui proposait ce type de prise en charge pendant la période étudiée. Cet établissement orientait effectivement 24% des femmes en HAD après leur séjour hospitalier. L'Institut Curie de Paris arrive en seconde position avec un taux d'HAD après une chirurgie de cancer du sein de 15% entre 2012 et 2014. Proportionnellement aux effectifs de femmes opérées, le CH d'Argenteuil enregistrait un taux relativement élevé de prise en charge en HAD, soit environ 13% sur la période étudiée. Au sein de l'AP-HP, seul le CHU Tenon orientait les femmes vers ce type de prise en charge post-opératoire mais dans de faibles proportions (5%).

Carte n°31



Par conséquent, il semblerait que les probabilités d’être opérée en ambulatoire ou de sortir en HAD dépendent beaucoup des établissements consultés par les femmes. En d’autres termes, les départements où les recours à la chirurgie dans les CLCC sont les plus élevés sont ceux où la chirurgie ambulatoire et l’HAD sont les plus répandues. Toutes choses égales par ailleurs, les femmes opérées à l’AP-HP ont 4 fois plus de chances de ne pas être prises en charge en ambulatoire que les personnes opérées dans un CLCC [IC 95% : 3.3 – 4.7]²³. Le rapport de cotes est encore plus élevé concernant la prise en charge post-opératoire en HAD, mais l’intervalle de confiance est grand (OR : 10,4 [IC 95% : 7.4 – 14.6])²⁴. Notons toutefois que le stade au diagnostic reste le facteur le plus prédictif dans la régression logistique, du fait d’être opérée ou non en ambulatoire. En effet, il induit le type de chirurgie que reçoit la personne à savoir une mastectomie partielle ou totale. Or, rares sont les femmes qui sont prises en charge en ambulatoire pour une mastectomie totale.

²³ Cf. annexe n°12, partie 8, pour les résultats de la régression logistique.

²⁴ Cf. annexe n°12, partie 9, pour les résultats de la régression logistique.

Le même gradient que celui des recours aux CLCC, se dessine donc au travers des taux de prise en charge en ambulatoire. Les 4 départements où les pourcentages de chirurgie ambulatoire sont les plus élevés sont ceux où les femmes se font opérer dans plus de 50% des cas, dans un CLCC. Le Val-de-Marne arrive en tête avec un taux de 16% des chirurgies du cancer du sein réalisées en ambulatoire. L'Institut Gustave Roussy, localisé dans le département et particulièrement consulté par les femmes, en comptabilise une part importante. L'Essonne affiche également un important taux de 14%, ces deux pourcentages étant significativement plus élevés que la moyenne régionale ($p < 0.01$). Les départements de la Seine-et-Marne et du Val d'Oise dont les recours à l'offre privée de chirurgie sont plus fréquents, enregistrent un pourcentage respectif de 10% et de 8,6 % ($p < 0.05$ pour le premier ; $p < 0.01$ pour le second). Enfin, la Seine-Saint-Denis présente une part de chirurgie ambulatoire particulièrement faible (5,6% ; $p < 0.01$) alors même que les recours aux CLCC sont plus élevés que dans le Val d'Oise pour cette étape du parcours. Indépendamment des autres facteurs connus dans nos données, les femmes résidant dans ce département sont 2,4 fois moins opérées en ambulatoire que les habitantes du Val-de-Marne [IC95% : 1.9 ; 3].

Les résultats mesurés à l'échelle des catégories spatiales de notre typologie ne sont pas significatifs dans l'analyse multivariée. En effet, à diagnostic et âge équivalents, les femmes qui résident dans les communes-noyaux socialement populaires ont autant de chances de sortir en ambulatoire que les personnes habitant dans les communes périurbaines résidentielles socialement aisées. Il semblerait donc que les pratiques des établissements consultés ainsi que les spécificités départementales soient plus déterminantes dans l'orientation vers la chirurgie en ambulatoire que les dynamiques socio-spatiales des communes de résidence des femmes.

A l'échelle des départements franciliens, les contrastes dans les taux de sorties post-opératoires en HAD sont encore plus marqués : les Yvelines et les Hauts-de-Seine, où les femmes sont davantage opérées à l'Institut Curie de Saint-Cloud, affichent un taux d'environ 13%. Rappelons que c'est surtout dans cet établissement que ce service était proposé entre 2012 et 2014 en Ile-de-France. Les femmes résidentes du Val-de-Marne et de l'Essonne enregistrent des pourcentages bien inférieurs, d'environ 5% ($p < 0.01$).

Les recours aux soins des personnes résidant dans les catégories de communes situées principalement dans l'ouest parisien – *i.e.* les centres urbains et les communes

périurbaines résidentielles socialement aisées - sont très polarisés par l'offre proposée par le CLCC de Saint-Cloud. Ainsi, les femmes de ces communes enregistrent également des taux de prise en charge en HAD particulièrement élevés (respectivement 13 et 8,8% ; $p < 0.01$). Il est intéressant de noter que les Parisiennes sont celles qui sont proportionnellement les moins prises en charge en HAD (seulement 2,7% des sorties post-opératoires ; $p < 0.01$). Les hôpitaux parisiens, à l'exception du CHU Tenon et de l'Institut Curie qui assument pourtant 32% des prises en charge chirurgicales du département, proposent peu l'HAD aux femmes qu'ils opèrent pour un cancer du sein. Les résultats restent très significatifs dans les régressions logistiques, que ce soit à l'échelle des départements ou des catégories spatiales²⁵.

En conclusion, les disparités d'accès à cette « innovation chirurgicale » se dessinent donc principalement en fonction des établissements consultés par les femmes pour l'étape de la chirurgie. Ces flux s'inscrivent par ailleurs dans l'organisation contrastée de la métropole en termes de pratiques de recours aux soins et du type d'offre de soins immédiatement disponible. Toutefois, les habitantes de la Seine-Saint-Denis sont systématiquement moins prises en charge en ambulatoire, quelles que soient leurs caractéristiques individuelles. De plus, ce contraste ne se retrouve pas à l'échelle des communes-noyaux socialement populaires. Encore une fois, ce résultat suggère un effet propre à la Seine-Saint-Denis, où les professionnels adapteraient leurs pratiques chirurgicales selon l'idée que l'orientation en ambulatoire ne convient pas à la patientèle plus systématiquement socialement désavantagée qu'ils prennent en charge.

La partie suivante a pour objectif de décrire les différences dans le paiement des dépassements d'honoraires, selon les parcours de soins empruntés par les femmes dans les départements franciliens et les catégories de communes selon l'ISDU. Nous verrons que les restes à charge de ce point de vue, dépendent également des pratiques propres aux établissements consultés.

²⁵ Cf. annexe n°12, parties 9 et 10, pour les résultats des régressions logistiques.

III. PAIEMENTS DE DEPASSEMENTS D'HONORAIRES

Comme nous l'avons évoqué dans le 2^e chapitre (partie III paragraphe a), la prise en charge en ALD par l'Assurance Maladie n'exonère pas les femmes du paiement des dépassements d'honoraires facturés par les praticiens, ni des différentes franchises. Dans le cadre du traitement du cancer du sein en Ile-de-France, certains professionnels libéraux réalisent des actes techniques avec dépassements d'honoraires, particulièrement pour la chirurgie (associée ou non avec une reconstruction mammaire) et pour la radiothérapie. Ils sont majoritairement limités à 500 euros, mais certains d'entre eux peuvent être prohibitifs, d'autant plus pour la reconstruction mammaire.

Tableau n°22

EFFECTIFS DES ACTES PRATIQUES AVEC DEPASSEMENTS D'HONORAIRES & FACTURES AUX FEMMES PRISES EN CHARGE POUR UN CANCER DU SEIN EN ILE-DE-FRANCE (2012-2014)				
Type de dépassements d'honoraires	Total des chirurgies	Chirurgie avec reconstruction mammaire associée	Chimiothérapie	Radiothérapie
Inférieur à 50 euros	26	2 (soit 8%)	111	387
Entre 50 et 500 euros	403	72 (soit 18%)	42	961
Entre 500 et 1000 euros	142	34 (soit 24%)	8	52
Entre 1000 et 2000 euros	49	17 (soit 35%)	2	8
Supérieur à 2000 euros	17	10 (soit 59%)		2

Sources: CNAM-TS, SNIIRAM 2006-2014 ; Lefevre, D., 2014

Réalisation : Vialard, L., UPON, LADYSS, 2019

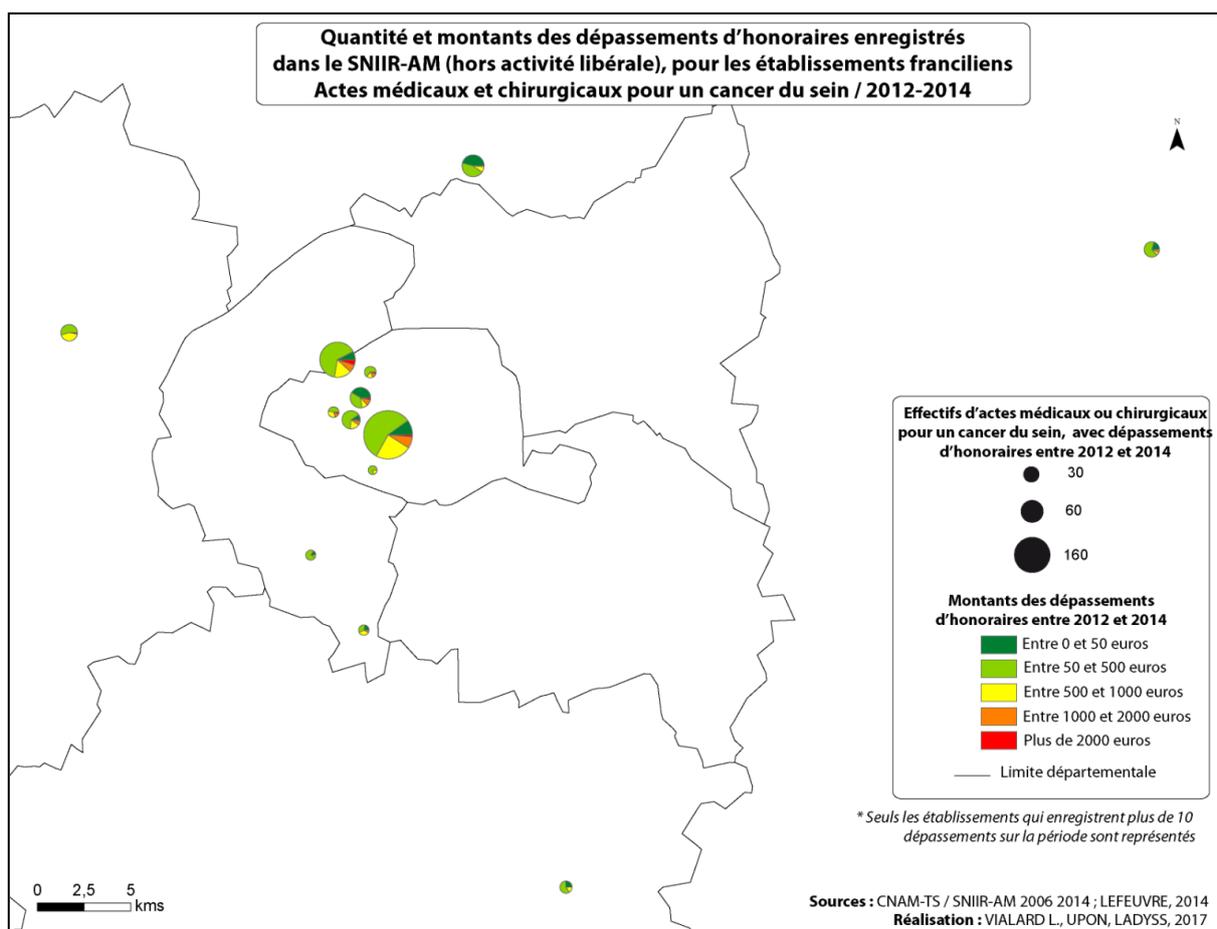
Toutefois, il est important de noter que la part de ces dépassements représente une très faible proportion du total des actes réalisés pendant le parcours hospitalier du cancer du sein en Ile-de-France, soit 1,7%. Deux départements se situent significativement au-dessus de cette moyenne : les départements du Val d'Oise (environ 5%) et de Paris (environ 2,6%). A l'inverse, les personnes résidant dans les départements des Yvelines, de l'Essonne, de la Seine-et-Marne et du Val-de-Marne enregistrent moins de 1% de dépassements pour les actes réalisés pendant le parcours de soins du cancer du sein ($p < 0.01$). Parmi les différentes catégories spatiales issues de l'indice synthétique, seules les femmes résidant dans l'hypercentre de la région payent significativement plus de dépassements d'honoraires.

64 % des dépassements enregistrés concernent les radiothérapeutes libéraux, que nous ne pouvons pas localiser avec les données à notre disposition. Par ailleurs, les

établissements publics autorisent certains praticiens à développer des circuits privés de soins. Une étude réalisée par le journal Le Monde en 2012 a effectivement retrouvé des dépassements très importants facturés par certains médecins de l'AP-HP (Le Monde, 2012).

La carte présentée ci-dessous doit donc être interprétée avec prudence car beaucoup de données sont manquantes.

Carte n°32



Elle permet néanmoins de repérer, comme l'avait déjà montré l'équipe du Monde à l'époque, que les professionnels qui pratiquent les dépassements sont surtout installés dans l'ouest et le centre de Paris, là où la patientèle est économiquement plus aisée. La surreprésentation des médecins qui n'appliquent pas les tarifs conventionnés à Paris explique sans doute le fait que les femmes du département paient davantage de dépassements d'honoraires. En effet, la Clinique Oudinot (Fondation Saint-Jean-de-Dieu) est en tête du palmarès, suivie par le Centre de radiothérapie Hartmann à Neuilly-sur-Seine. Mais c'est le Val d'Oise qui enregistre la part la plus élevée de dépassements à l'échelle de la région, 85% de ces derniers étant facturés par les radiothérapeutes libéraux. L'Hôpital Nord

Parisien de Sarcelles (représenté sur la carte) et la Clinique Sainte-Marie à Osny sont potentiellement les deux établissements concernés. Les parcours de soins dans ce département présentent l'avantage d'être particulièrement locaux. Toutefois, les femmes qui vivent dans les départements de l'Essonne ou en Seine-et-Marne payent environ 4 fois moins de dépassements d'honoraires que celles résidentes dans le Val d'Oise [IC 95 % : 3.4 ; 4.8]²⁶. Pourtant, nous avons noté que les femmes résidant en Seine-et-Marne recourent presque autant à l'offre privée pour la chirurgie et la radiothérapie libérale. Si l'on admet l'hypothèse que les femmes se rendent principalement dans les cabinets de radiothérapie libérale localisés dans le département, les pratiques des professionnels libéraux apparaissent singulières dans le Val d'Oise en termes de facturation des actes techniques. Le potentiel effet propre à ce département est conforté par le fait que les différences dans les dépassements d'honoraires ne sont pas significatives à l'échelle des catégories de communes issues de notre typologie.

En conclusion de cette partie, nous pouvons affirmer que le volume des dépassements d'honoraires mesuré à l'échelle des départements et des catégories de communes dépend manifestement des pratiques des établissements et des professionnels implantés localement et que les femmes ont tendance à consulter. Le fait que les professionnels parisiens et des communes de l'ouest de la capitale ont tendance à facturer des dépassements d'honoraires n'est pas nouveau. En revanche, le constat réalisé dans le Val d'Oise est relativement surprenant, eut égard au niveau de vie généralement modeste des populations résidentes.

Dans le paragraphe suivant, nous allons nous intéresser à un autre phénomène qui concerne la captation des parcours de soins par les établissements, suite à la prise en charge chirurgicale. Nous verrons que les établissements et les professionnels ne réorientent pas systématiquement les femmes vers l'offre de proximité pour le traitement adjuvant du cancer du sein.

²⁶ Cf. annexe n°12, partie 11, pour les résultats de la régression logistique.

IV. PARCOURS DE SOINS MONOCENTRIQUES ET EFFETS DE CAPTATION APRES LA CHIRURGIE

Dans cette partie, nous allons présenter quelques exemples particulièrement intéressants en termes de répartitions monocentrique ou pluricentrique des parcours de soins. La méthodologie employée pour mesurer les effets de captation par les établissements était conséquente c'est pourquoi nous n'avons pas pu produire une telle opération pour toutes les circonscriptions administratives étudiées. En effet, nous avons d'abord sélectionné les personnes qui ont reçu un traitement chirurgical dans un établissement qui n'est pas celui situé théoriquement au plus proche de leur domicile. Ensuite, parmi ces dernières, nous avons isolé celles qui ont effectué leur traitement adjuvant dans le même établissement, à condition que ce dernier ne soit pas non plus celui situé au plus proche du domicile, dans le cadre de ce second traitement. Ont été considérées comme captées, les femmes qui ont réalisé à la fois la chirurgie et le traitement adjuvant dans cet établissement, car dans ce cas, l'hôpital consulté n'a pas réorienté la personne vers l'offre existante à proximité de son domicile.

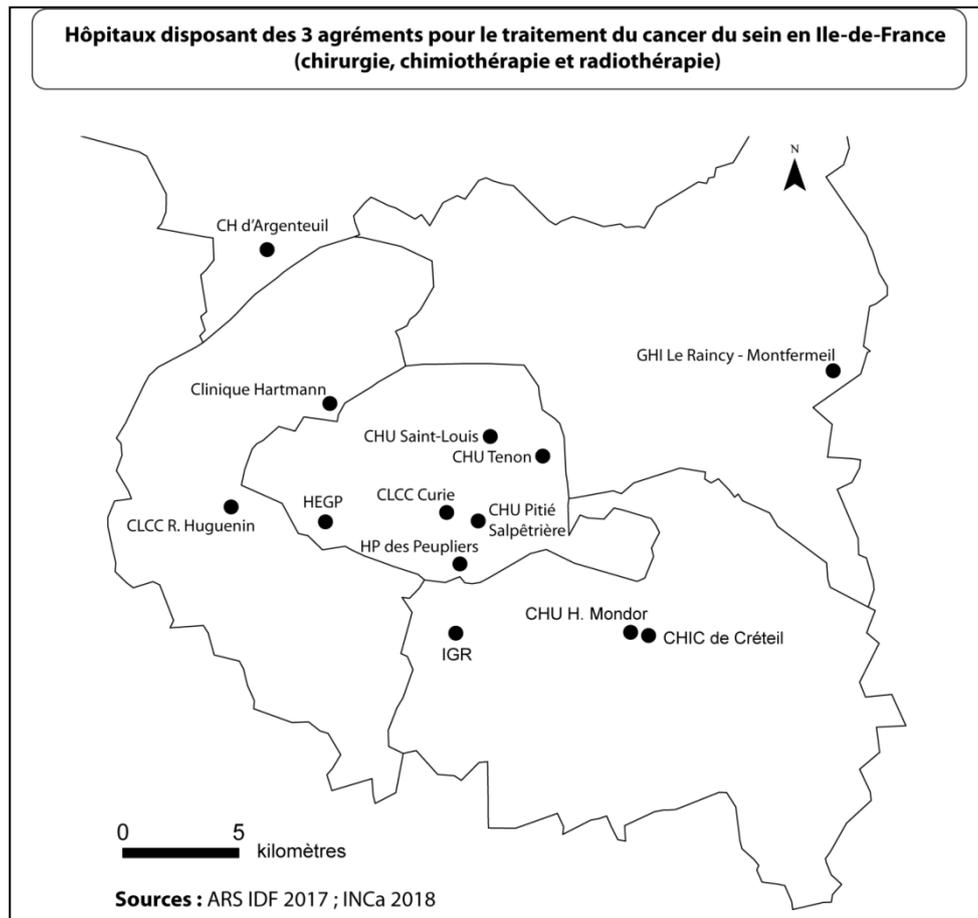
1) Répartition des prises en charge et concurrence entre les hôpitaux franciliens

a) Variations spatiales des parcours monocentriques et pluricentriques

Le plateau technique existant dans l'hôpital consulté par les femmes à l'entrée dans le parcours contribue largement au fait de rester dans le même établissement pour la totalité du traitement. En effet, lorsque le premier établissement de soins consulté dispose des 3 agréments (chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie), 84% des femmes restent dans le même hôpital pour la totalité de leur traitement ($p < 0.01$). Une étude réalisée sur les parcours des femmes atteintes d'un cancer du sein dans l'ancienne région Poitou-Charentes a retrouvé un pourcentage de 75% de parcours dits « monocentriques » (Boinot et al., *op.cit.*). D'après nos résultats, toutes choses égales par ailleurs, les personnes soignées dans un établissement qui ne dispose pas d'un plateau technique complet sont 9,5 fois plus soignées dans plusieurs établissements différents pendant le parcours de soins, comparativement aux personnes prises en charge dans une structure qui dispose de tous les

agréments [IC95% : 8.4 ; 10.7]²⁷. Comme le montre la carte n°33 présentée ci-dessous, Paris accueille 6 établissements qui disposent de la totalité du plateau technique pour le traitement du cancer du sein tandis que les départements du Val-de-Marne et des Hauts-de-Seine en comptent respectivement 3 et 2. Le CH d'Argenteuil dans le Val d'Oise et le GHI de Raincy-Montfermeil en Seine-Saint-Denis disposent également des trois agréments.

Carte n°33



Par ailleurs, ce sont dans les départements de Paris, des Hauts-de-Seine et du Val-de-Marne que se trouvent les 3 CLCC de la région qui accueillent 64% des patientes pour l'ensemble de leur traitement. Les CHU de l'AP-HP ont plus tendance à réorienter les femmes vers d'autres professionnels pour une partie de leur traitement puisque le taux de parcours complet dans leurs murs pour le traitement du cancer du sein s'élève à 41% ($p < 0.01$).

²⁷ Cf. annexe n°12, partie 12, pour les résultats de la régression logistique.

Ainsi, les femmes qui se font soigner dans ces 3 départements sont celles qui recourent le plus à un établissement unique, de 57% pour le Val-de-Marne à 43% pour les Hauts-de-Seine. *A contrario*, les départements périphériques de la région, notamment la Seine-et-Marne et le Val d’Oise dont les femmes sont peu prises en charge par les CLCC et les CHU parisiens, enregistrent une part élevée de parcours de soins réalisés dans deux hôpitaux différents (environ 65%). L’effet du département de résidence persiste dans la régression logistique, une fois que tous les facteurs connus sont intégrés au modèle statistique²⁸. Par ailleurs, les taux de recours dans plusieurs établissements augmentent au fur et à mesure que l’on s’éloigne du centre de la région et des hôpitaux qui disposent d’un plateau technique complet : toutes choses égales par ailleurs, les femmes habitant les centres urbains résidentiels socialement aisés sont 1,3 fois plus prises en charge dans plusieurs établissements, comparativement aux femmes de l’hypercentre (Paris et proche banlieue ouest) [IC95% : 1.1 ; 1.4]. Les ratios s’élèvent à 1,8 pour les femmes des communes périurbaines résidentielles aisées [IC95% : 1.4 ; 2.2] et à 1,9 pour les personnes habitant les communes périurbaines socialement désavantagée [IC95% : 1.5 ; 2.5]²⁹.

Le constat que les femmes se font davantage soigner dans un seul hôpital quand ce dernier dispose d’un plateau technique complet peut paraître évident. Mais il semblerait que la part des parcours qui ont lieu dans un établissement unique soit plus importante qu’elle ne devrait l’être en théorie. Les hôpitaux qui disposent des 3 agréments auraient tendance à garder, plus que nécessaire, les femmes pour la totalité de leur traitement. Les informations relatives au taux d’occupation des lits ne sont pas disponibles dans la base de données du SNIIR-AM. Nous avons toutefois tenté artisanalement de comparer l’activité de quelques établissements franciliens avec les données à notre disposition. Les ratios présentés dans le tableau suivant ont été calculés à partir du nombre de lits disponibles en gynécologie-obstétrique dans les hôpitaux publics d’après la Fédération hospitalière de France et le nombre total de lits disponibles dans les trois centres de lutte contre le cancer. Le numérateur correspond au nombre de séjours hospitaliers des femmes atteintes d’un cancer du sein dans chaque établissement en 2013, d’après notre base de données. Même si ces chiffres sont très approximatifs, nous pouvons observer une tendance à la concentration des prises en charge dans les centres experts de l’AP-HP et les CLCC.

²⁸ Cf. annexe n°12, partie 12, pour les résultats de la régression logistique.

²⁹ Cf. annexe n°12, partie 13, pour les résultats de la régression logistique.

Tableau n°23 : Estimations du taux d'occupation des lits dans quelques établissements autorisés en oncologie en Ile-de-France

Nom de l'établissement	Lits disponibles (selon le site de la FHF - Dec 2018)	Nombre de séjours hospitaliers pour un cancer du sein en 2013	Nb de séjours / nombre de lits
Institut Curie (Paris)	219	23 786	108,6
CHU Saint-Louis (Paris)	81	8 384	103,5
CHU Tenon (Paris)	83	6 750	81,3
Institut Gustave Roussy (Val-de-Marne)	449	10 612	23,6
Institut Curie (Saint-Cloud, Hauts-de-Seine)	146	3 046	20,9
CH de Mantes-la-Jolie (Yvelines)	33	299	9,1
CH de Pontoise (Val d'Oise)	81	567	7,0
CH Sud Francilien (Essonne)	151	369	2,4
CHI Poissy Saint-Germain (Yvelines)	89	199	2,2

Sources : www.etablisements.fhf.fr/annuaire, consulté le 5/12/2018 ; SNIIR-AM, 2013

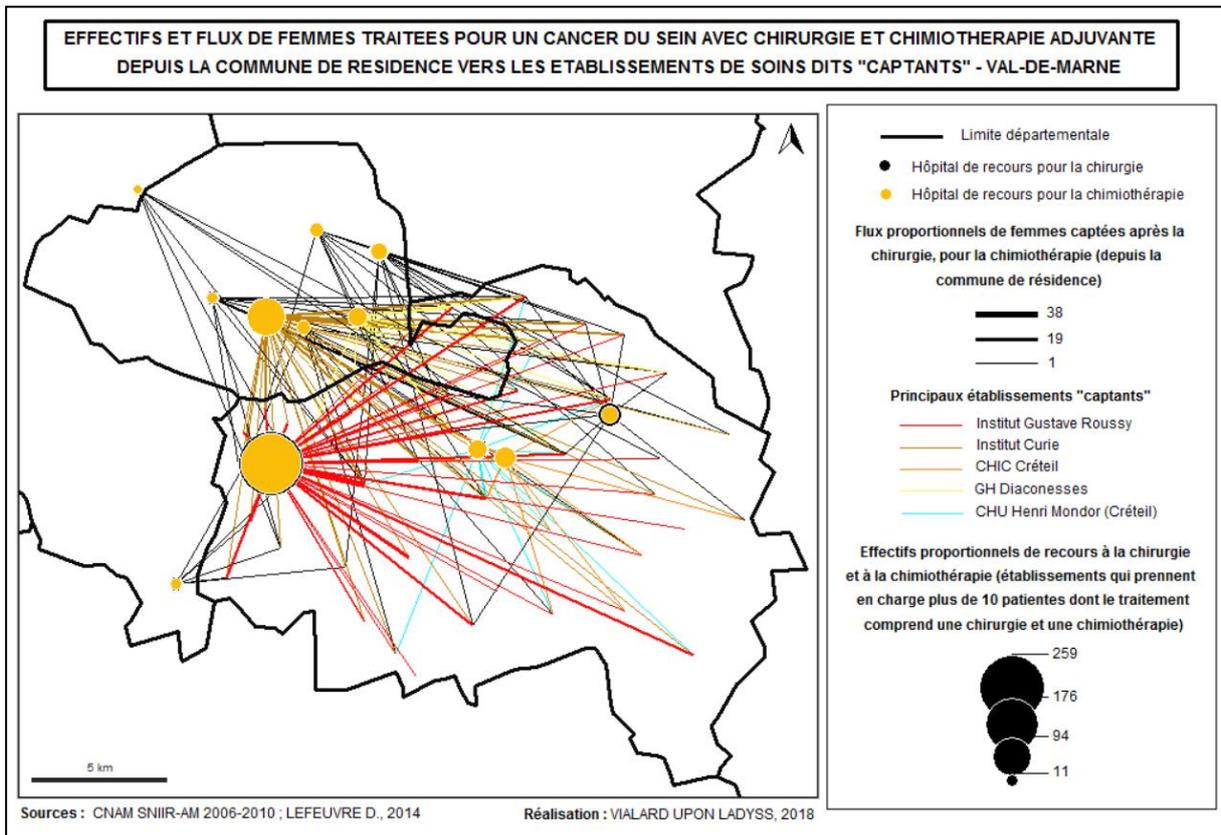
Dans cette recherche, nous employons le terme d'établissement « captant » dans un sens proche de celui que lui confèrent H. Bergeron et P. Castel (Bergeron et Castel, 2010). Un hôpital « captant » a tendance à vouloir contrôler l'ensemble du parcours du patient, mais peut déléguer certains soins à des établissements dits « non-captants » qui exécutent les tâches qu'il commande. Lorsque les femmes reçoivent un traitement adjuvant après une chirurgie par exemple, nous considérons ici qu'elles sont « captées » par l'établissement où elles sont opérées quand ce dernier les garde pour la suite du parcours sans les orienter vers la structure la plus proche de leur domicile. Nous allons maintenant décrire quelques exemples intéressants au regard de ces phénomènes de captation.

b) Une inégale captation pour le traitement adjuvant en fonction des établissements consultés

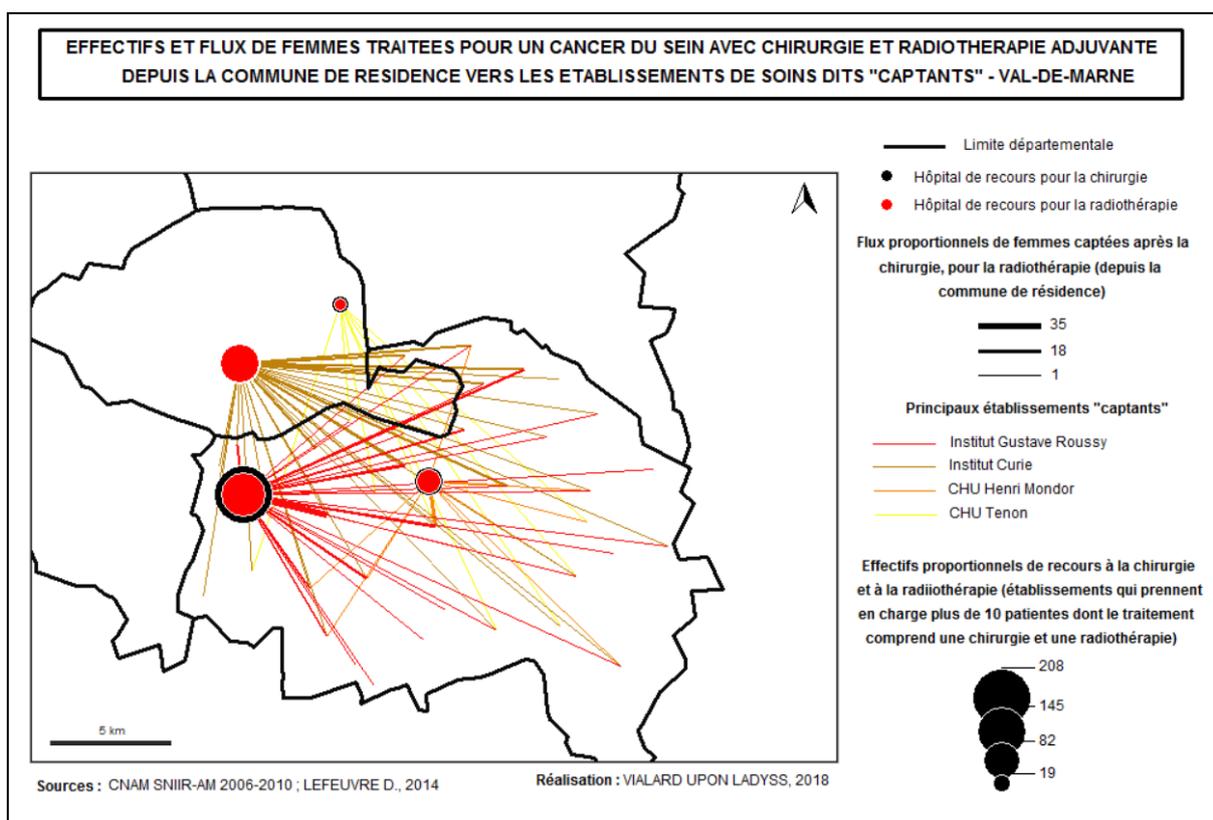
Certains départements sont particulièrement concernés par ces phénomènes de captation. Dans le Val-de-Marne en particulier, les femmes sont majoritairement captées par certains établissements pour l'ensemble de leur prise en charge (cf. carte n°34 page suivante). Autrement dit, sur la totalité des femmes du département qui reçoivent un traitement adjuvant de chimiothérapie, elles sont 72% à être traitées dans le même établissement que pour la chirurgie même s'il ne s'agit pas de l'hôpital théoriquement le

plus proche de leur domicile. L'IGR est l'établissement qui capte le plus les femmes résidant dans le département. En effet, cet hôpital totalise 41% de l'ensemble des parcours captés enregistrés dans le département pour la chimiothérapie adjuvante. L'Institut Curie de Paris totalise également 21% de ces parcours, suivi par les hôpitaux publics du département (CHIC de Créteil, CHU Henri Mondor) qui totalisent 14% des femmes captées.

Carte n°34

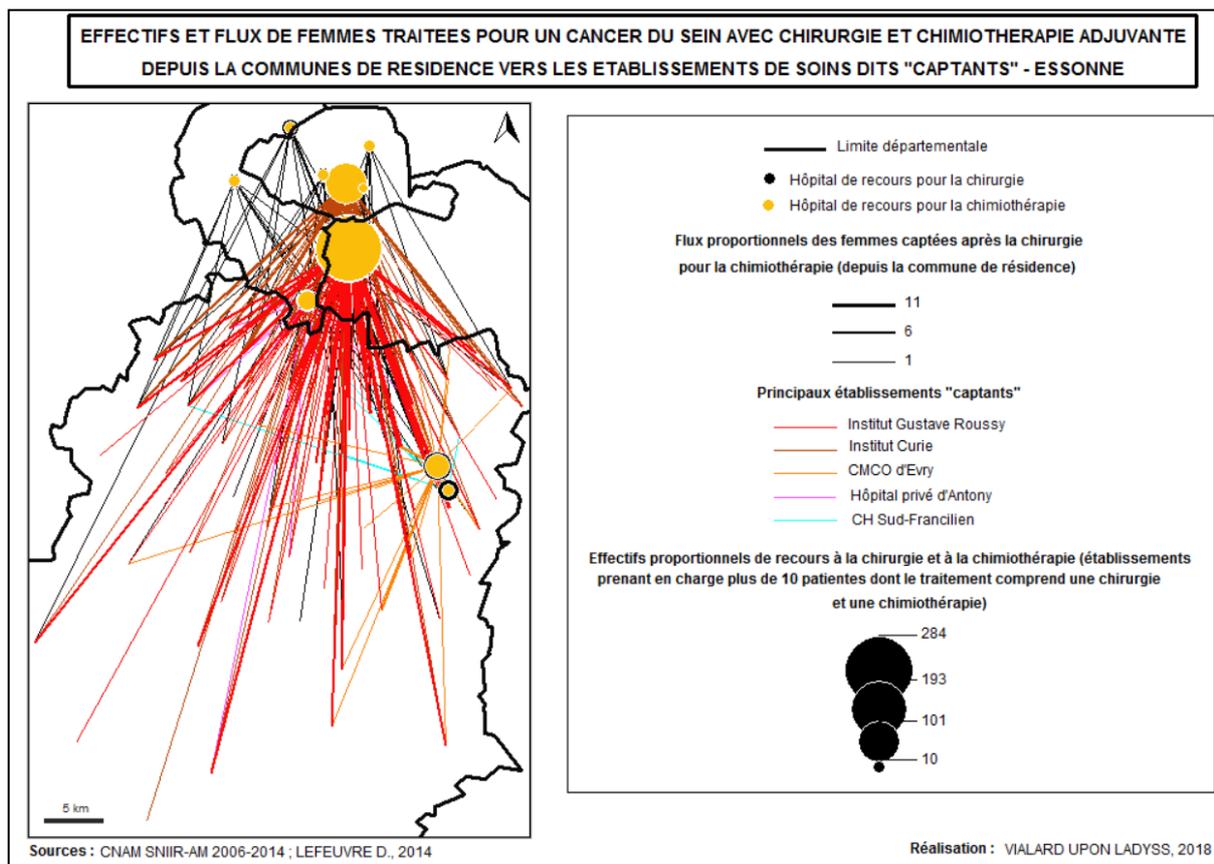


Par ailleurs le Val-de-Marne constitue l'unique département où 77% des femmes traitées par radiothérapie ont été soignées dans un établissement localisable avec les données dont nous disposons. En effet, seulement 23% des femmes réalisent leur radiothérapie en libéral ce qui représente de loin le plus faible taux de la région. Comme le montre la carte n°35 présentée page suivante, 51% des femmes sont captées pour leur radiothérapie par l'établissement où elles réalisent la chirurgie. Les principaux établissements « captants » sont également l'IGR et l'Institut Curie de Paris. Le CHU H. Mondor apparaît plus captant que le CHIC pour les femmes qui reçoivent un traitement adjuvant par radiothérapie. Enfin, le CHU de Tenon à Paris capte environ 10% des femmes du département pour la radiothérapie après la chirurgie.



Pour ce département, la distance jusqu'à la structure de soins consultée reste globalement faible notamment dans le cadre des recours infra-départementaux ou dans l'est de Paris. En revanche, les femmes du département de l'Essonne qui sont captées par les établissements centraux pour le traitement adjuvant, parcourent des distances beaucoup plus importantes (cf. carte n°36 page suivante).

Dans l'Essonne, on s'aperçoit que 41% des femmes résidentes du département sont prises en charge dans un établissement unique pour l'ensemble du parcours de soins. Ce taux est particulièrement élevé dans un département de seconde couronne dont aucun hôpital ne dispose des 3 agréments pour le traitement du cancer du sein. En effet, nous pourrions nous attendre à observer une part importante de parcours se déroulant dans plusieurs établissements étant donné que les hôpitaux assument chacun une spécialité différente. D'après la carte présentée page suivante, 50% des femmes du département sont effectivement captées par l'IGR pour la chimiothérapie après la chirurgie, et 22% par l'Institut Curie. 12% des chimiothérapies adjuvantes sont assurées par des établissements de l'est du département. Le centre hospitalier de Bligny (ESPIC) situé dans l'ouest de l'Essonne est pourtant spécialisé dans l'administration de la chimiothérapie.

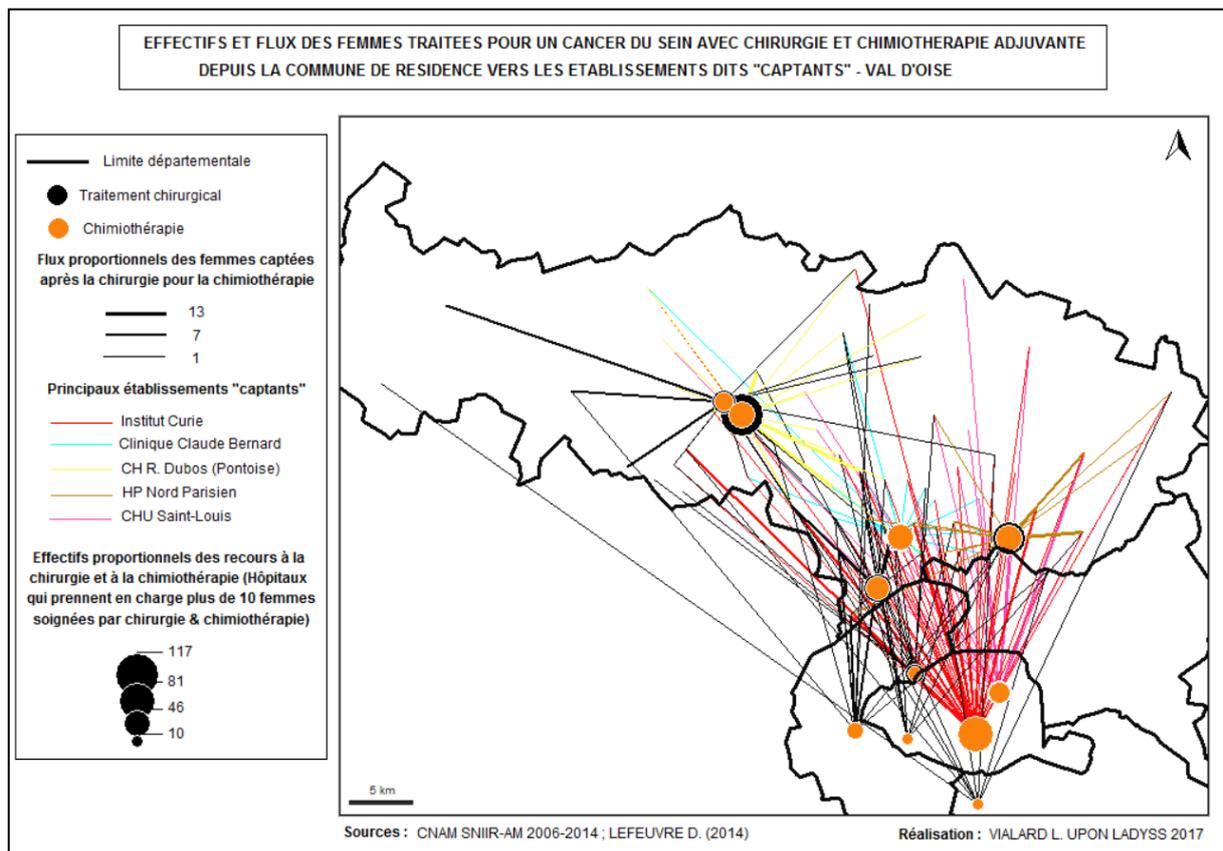


Un oncologue travaillant dans l'hôpital de Bligny nous a fait part d'une difficile collaboration entre les établissements de l'est et de l'ouest du département. Certaines femmes ne semblent pas être orientées vers cette offre de proximité par les établissements publics qui « revendiquent leur plus-value » (entretien réalisé le 12 mai 2016). Pendant notre entretien, il a cité l'exemple de plusieurs femmes qui ont découvert l'existence du service d'oncologie médicale à l'occasion d'un séjour en SRR entre deux cures. Quand les personnes s'aperçoivent qu'elles auraient pu réaliser leur chimiothérapie à quelques minutes en voiture de leur domicile, il n'est pas rare qu'elles viennent terminer leur traitement dans cet établissement. A travers cet exemple, nous pouvons mesurer concrètement le poids des réseaux informels entre les professionnels qui conditionne fortement l'adressage des femmes dans certains territoires.

Enfin, les femmes du département du Val d'Oise traitées pour un cancer du sein ne sont que 21% à fréquenter un hôpital unique tandis que 65% d'entre elles réalisent leur parcours de soins dans deux établissements différents. Au total, elles ne sont que 37% à être captées par l'établissement qui réalise la chirurgie, pour la chimiothérapie. L'Institut Curie capte notamment 21% des femmes pour leur chimiothérapie après la chirurgie. Toutefois, ce

sont principalement les établissements du département qui captent les femmes pour le traitement adjuvant, les hôpitaux privés pour 29% d'entre elles (Clinique Claude Bernard et Hôpital Privé Nord Parisien) et les établissements publics dans 22% des cas (CH de Pontoise et CH d'Argenteuil).

Carte n°37



A l'échelle des catégories spatiales de la typologie, 40% des femmes des communes-noyaux populaires et des centres urbains aisés réalisent l'ensemble de leur parcours dans un seul hôpital. L'Institut Curie de Paris représente le principal établissement captant pour les femmes issues des communes centrales aisées. En effet cet établissement assume 41% des chimiothérapies adjuvantes, même si ces prises en charge pourraient être organisées plus en proximité du domicile des personnes. De la même façon, les femmes des communes-noyaux populaires sont captées par l'Institut Curie pour leur chimiothérapie adjuvante dans 25% des cas et par l'IGR pour 24% d'entre elles.

En fonction des établissements auxquels les femmes s'adressent au début de leur parcours de soins, elles sont donc plus ou moins sujettes à être traitées dans un établissement unique pour l'ensemble de leur traitement, quand bien même ce dernier se situe loin de leur domicile. L'influence de ces effets de captation sur la qualité de vie peut

être plus ou moins importante selon la distance au centre de soins et des caractéristiques socio-démographiques des femmes. En effet, nous pouvons aisément imaginer que le cumul des déplacements dans le cadre du traitement adjuvant, serait particulièrement pénible pour les personnes qui résident en seconde couronne et qui sont soignées dans le centre de la région. De la même façon, le coût des déplacements quotidiens dans le cadre de la radiothérapie, dans l'éventualité d'un transport sanitaire non pris en charge par l'Assurance Maladie, pourraient représenter une charge importante pour les femmes issues de milieux sociaux défavorisés. Dans le paragraphe suivant, nous allons évoquer des situations révélatrices des difficultés vécues par les femmes soignées pour un cancer du sein et dont la distance au centre de soins a eu des effets délétères sur leur qualité de vie.

2) Quel vécu de la distance aux soins et de la captation pour le traitement adjuvant ?

La contrainte de la distance n'est pas sans poser problème pour les déplacements dans le cadre du traitement adjuvant. En effet, la fatigue induite par la chimiothérapie et le rythme quotidien du traitement par radiothérapie nécessitent souvent un transport médicalisé pour les personnes qui résident à distance de l'établissement de soins. Or, les compagnies d'ambulances et de taxis optimisent souvent les longs trajets en véhiculant simultanément plusieurs patients ce qui allonge énormément le temps de trajet :

« Le taxi me faisait faire le tour des Yvelines. Il prenait d'autres gens. Et puis une fois je me suis fait entre guillemets engueuler à la radiothérapie parce que je suis arrivée en retard, comme si j'y pouvais quelque chose » (Mme R., entretien réalisé le 3/03/2017).

Mme B. mettait 6 heures aller-retour depuis Provins pour se rendre en taxi à ses séances de radiothérapie dans un hôpital parisien (entretien réalisé le 6/03/2017). Parmi les femmes rencontrées en entretien, les deux seules personnes qui ont réalisé leur traitement dans l'hôpital le plus proche de leur domicile se sont félicitées du confort de la proximité. Mme M. s'est rendue à pied à ses séances de traitement puisque l'hôpital se situait à 600 mètres de chez elle :

« La proximité ça change tout. Ça change tout tout tout. J'ai des amies qui ont été opérées à Paris, dans des hôpitaux très bien mais quand on a une heure de transport pour aller faire 3 minutes de radiothérapie, euh...c'est tous les jours, c'est...c'est beaucoup quoi. On part euh ça nous fait quitter 3 heures la maison, pour 3 minutes hein » (Entretien réalisé le 15/02/2017)

Quant à Mme D., elle a pu continuer à travailler pendant la radiothérapie grâce à cette proximité (entretien réalisé le 18/03/2017). *Secundo*, la négociation des bons de transport avec les médecins généralistes et les professionnels hospitaliers semble particulièrement pénible pour les femmes concernées. En effet, le personnel médical est fortement incité par l'Assurance Maladie à limiter la prescription des transports médicalisés. Plusieurs patientes ont témoigné de la réticence croissante de la part des soignants pour leur délivrer des bons de transports. Dans ce contexte, se déplacer pour se soigner peut devenir une source de difficultés pendant le parcours thérapeutique et ce particulièrement dans les situations complexes. Nous y reviendrons dans le chapitre suivant.

De plus, nous avons déjà évoqué le fait que les stratégies de captation déployées par les établissements centraux qui disposent d'un plateau technique complet sont dénoncées par les hôpitaux périphériques. Certains professionnels et quelques femmes ont effectivement témoigné du fait que les établissements disposant des 3 agréments orientent souvent les patientes dans un autre hôpital pour le traitement adjuvant, seulement lorsque leurs services sont saturés. Un exemple intéressant recueilli en entretien suggère que les véritables raisons de l'orientation des femmes entre les établissements pour leur parcours de soins sont passées sous silence. Mme N. a très mal vécu ce qu'elle considère comme un « mensonge » de la part du chirurgien qui la suivait dans un CLCC. Ce dernier lui a proposé de réaliser la radiothérapie dans un établissement plus proche de son domicile, en lui expliquant qu'il connaissait très bien le professionnel du dit établissement et que ce dernier était très compétent. Toutefois lors de la consultation suivante, il lui a fourni un tout autre discours :

« Il me dit, « finalement, vous allez pouvoir faire la radiothérapie ici, on a eu une réunion avec les radiothérapeutes et en ce moment, y a pas mal de place ». En fait, c'était ça le truc, s'il y a pas assez de places, il vous recommande vivement d'aller ailleurs et qu'il y a des gens merveilleux, mais c'est parce qu'il y a pas la place en fait. Et là, y avait de la place, donc finalement, c'était pas merveilleux. Il aurait pu s'arrêter là » (Entretien réalisé le 24/08/2017).

Les logiques de concurrence et de captation auxquelles participent les soignants semblent globalement méconnues des femmes. Lorsqu'elles en prennent connaissance, elles peuvent se sentir en quelque sorte « trahies » par les professionnels qu'elles redécouvrent comme des stratèges soumis à une forte pression institutionnelle.

Toutefois, d'après l'enquête qualitative réalisée auprès des femmes atteintes d'un cancer du sein, les manœuvres engagées par les établissements pour garder les patientes

pendant toute la durée de la prise en charge ne sont pas l'unique raison à l'origine de ces phénomènes de « captation ». Il semble que ces dernières préfèrent généralement être suivies dans le même établissement pendant toute la durée du traitement. Même si certains médecins leur ont suggéré de se faire traiter à proximité de leur domicile, elles sont nombreuses à avoir décliné la proposition. L'appréhension de devoir se réadapter à de nouvelles équipes et la transmission des informations entre les professionnels soignants semblent être primordiales dans le choix de rester dans le même établissement pendant la totalité de la prise en charge. La question des croyances envers l'expertise des CLCC est également prégnante dans ce choix. *In fine*, les parcours de soins sont d'autant plus monocentriques quand les logiques de captation exercées par les établissements viennent se cumuler aux souhaits de femmes de rester dans un établissement unique pour l'ensemble du parcours.

Dans la dernière partie de chapitre, nous allons décrire les disparités observées dans les délais entre les différentes étapes du parcours. D'après nos résultats, les délais d'attente entre les différentes étapes du traitement semblent varier selon que les personnes sont plus ou moins captées par les établissements ou que leur parcours se déroule dans plusieurs hôpitaux.

V. DELAIS ENTRE LES ETAPES DU PARCOURS DE SOINS

De nombreuses recherches se sont intéressées à l'impact du temps d'accès au traitement adjuvant après la chirurgie, sur le pronostic du cancer du sein. Certaines d'entre elles n'ont pas trouvé de liens significatifs entre le délai de mise en œuvre de la chimiothérapie ou de la radiothérapie en post-opératoire, et le risque de rechutes ou la survie (Jara Sanchez et al., 2007 ; Benchalal et al., 2005). En revanche, la majorité de ces études a retrouvé un impact des délais de délivrance du traitement adjuvant sur le pronostic du cancer du sein. Selon une équipe anglaise, le taux de survie sans maladie et la survie globale diminuent pour les femmes dont le délai d'administration de la chimiothérapie post-opératoire dépasse 12 semaines (Lohrisch et al., 2006). De la même façon au-delà de 8 semaines d'attente pour l'initiation de la radiothérapie après la chirurgie, les risques de récurrence à 5 ans seraient plus importants (Huang et al., 2003). D'autres travaux ont estimé que cette limite de temps s'élevait à 12 semaines après la chirurgie (INCa et FNORS, 2011).

D'après une étude réalisée par l'INCa et ses partenaires dans plusieurs régions françaises, le délai médian d'accès à la radiothérapie après une chirurgie (en l'absence de chimiothérapie post-opératoire) était en moyenne de 55 jours en 2011 soit environ 7,8 semaines (*ibid.*). En Ile-de-France selon nos résultats, ce délai s'élevait à 52 jours entre 2012 et 2014 pour les femmes recevant le même type de traitement (environ 7,4 semaines). Concernant le délai d'accès à la chimiothérapie adjuvante, la médiane était de 41 jours soit environ 6 semaines, ce qui est bien plus court que les recommandations internationales. Les départements franciliens et les différentes catégories de communes issues de l'ISDU enregistrent toutefois des variations significatives par rapport à cette médiane.

1) Temps d'attente entre la chirurgie et la chimiothérapie adjuvante

A l'échelle des départements franciliens, le département de l'Essonne affiche le taux le plus élevé de délais supérieurs à la médiane régionale entre la chirurgie et la chimiothérapie adjuvante, soit 56% des délais supérieurs à 41 jours ($p < 0.01$). *A contrario*, les femmes du Val d'Oise n'enregistrent que 44% de délais supérieurs à cette médiane, soit le plus faible pourcentage des différents départements d'Ile-de-France ($p < 0.01$).

Il s'avère que le fait de réaliser la chimiothérapie adjuvante dans un ESPIC est significativement associé à un délai plus long que dans un établissement public ou privé ($p < 0.01$). Dans la régression logistique, il s'agit du facteur qui influence le plus lourdement les probabilités d'enregistrer un délai supérieur à la médiane régionale. Nous avons noté dans le précédent chapitre, que les femmes des départements des Hauts-de-Seine et de l'Essonne recouraient principalement aux soins dans les CLCC (qui sont des ESPIC). Cependant, dans ce modèle statistique, seuls les départements des Hauts-de-Seine et des Yvelines enregistrent un ratio significatif de délais supérieurs à la médiane, comparativement au Val d'Oise (respectivement 1,5 [IC95% : 1.2 ; 1.9] et 1,4 fois plus [IC95% : 1.1 ; 1.8])³⁰. En d'autres termes, quel que soit le statut de l'établissement de prise en charge, les femmes des Yvelines et des Hauts-de-Seine enregistrent globalement de plus longs temps d'attente entre la chirurgie et la chimiothérapie adjuvante, que les femmes du Val-d'Oise.

Dans le département du Val d'Oise, les personnes prises en charge dans le secteur public pour la chimiothérapie enregistrent 70% de délais inférieurs à 41 jours. Un élément important à souligner dans ces résultats est que le fait d'être captée pour la chimiothérapie

³⁰ Cf. annexe n°12, partie 14, pour les résultats de la régression logistique.

après une chirurgie est associé à de plus longs délais entre ces deux étapes du traitement. Or nous avons précédemment montré que les femmes du Val d'Oise étaient particulièrement peu captées pour l'ensemble de leur prise en charge. Les différences observées dans les délais d'attente à l'échelle de ces départements sont donc certainement liées à ce phénomène.

Au niveau des catégories de communes de notre typologie, nous pouvons également noter que les habitantes des communes-noyaux et des communes périurbaines résidentielles socialement populaires enregistrent des délais significativement plus élevés en comparaison des femmes résidant dans l'hypercentre de la région. En effet, elles affichent respectivement 1,3 et 1,6 fois plus de délais supérieurs à la médiane que les femmes résidant dans les communes hypercentrales (IC 95% = [1.1 ; 1.5] et [1.1 ; 2.2])³¹. Nous avons également expliqué dans le paragraphe précédent, que les femmes résidant dans les communes-noyaux socialement populaires étaient particulièrement captées pour l'étape de la chimiothérapie après la chirurgie. Les disparités observées dans les délais entre les femmes issues des communes hypercentrales et ces communes-noyaux sont sans doute en partie liées à ces variations dans le volume de parcours captés. Toutefois, les résultats observés à l'échelle des communes périphériques socialement populaires interrogent nécessairement sur l'équité d'accès aux soins, en termes de délais d'accès à la chimiothérapie adjuvante. Quand bien même le temps d'attente n'excède pas les délais préconisés par les textes de référence, la situation pourrait se détériorer dans l'éventualité où l'accès aux soins devait se dégrader dans ces territoires périphériques. Dans le paragraphe suivant, nous allons nous intéresser aux variations spatiales existantes dans les temps d'attente entre la chirurgie et la radiothérapie adjuvante.

2) Temps d'attente entre la chirurgie et la radiothérapie adjuvante

Le délai entre la chirurgie et la radiothérapie semble également s'allonger en fonction du statut de l'établissement de recours : quand 58% des femmes qui réalisent leur radiothérapie dans un ESPIC sont prises en charge dans un délai supérieur à 52 jours suivant la chirurgie, elles sont 46% dans les structures privées à enregistrer de tels délais et 40% dans les hôpitaux publics ($p < 0.01$). Toutes choses égales par ailleurs, les femmes qui réalisent le traitement par radiothérapie dans un ESPIC enregistrent 1,3 fois plus de délais

³¹ Cf. annexe n°12, partie 15, pour les résultats de la régression logistique.

supérieurs à la médiane régionale, que celles qui l'effectuent dans un établissement public [IC95% : 1.1 ; 1.6]³². De plus, à l'instar du délai entre la chirurgie et la chimiothérapie, les femmes captées pour l'étape de la radiothérapie enregistrent un délai globalement plus long que les personnes qui fréquentent plusieurs établissements ($p < 0.01$; reste significatif dans la régression logistique). Nous pouvons toutefois rappeler que les phénomènes de captation pour l'étape de la radiothérapie ne sont pas entièrement décrits, car nous ne pouvons pas localiser l'ensemble des professionnels et des établissements.

Comme nous l'avons expliqué précédemment, 40% des femmes du département de l'Essonne sont captées pour l'étape de la radiothérapie (dans 65% des cas par l'IGR). Par conséquent, 62% d'entre elles sont prises en charge dans un délai supérieur à 52 jours ($p < 0.01$). Les femmes du Val-de-Marne connaissent globalement le même type d'attraction vis-à-vis de l'IGR et la part des délais plus longs que la médiane est significativement plus élevée ($p < 0.05$). Une fois tous les facteurs pris en compte dans une régression logistique, les femmes de l'Essonne enregistrent 2,3 fois plus de délais supérieurs à la médiane que celles des Yvelines [IC95% : 1.8 ; 3].

Les femmes du département du Val d'Oise enregistrent également une part élevée de délais supérieurs à 52 jours entre la chirurgie et la radiothérapie adjuvante (environ 55%). Contrairement aux résultats enregistrés à l'échelle régionale et dans les départements de l'Essonne et du Val-de-Marne, les habitantes du Val d'Oise qui ne sont pas captées pour la radiothérapie enregistrent des délais plus longs que les personnes soignées dans un seul hôpital ($p < 0.01$). Or, les femmes de ce département sont globalement peu captées après la chirurgie et elles recourent particulièrement peu à l'offre publique de radiothérapie. Ce phénomène pourrait expliquer que 38% des femmes du département entament leur radiothérapie au moins 10 semaines après la chirurgie ($p < 0.01$). Toutes choses égales par ailleurs, elles enregistrent 3,1 fois plus de délais supérieurs à la médiane régionale que les habitantes des Yvelines [IC95% : 2.3 ; 4].

Dans les départements des Yvelines et des Hauts-de-Seine, les délais de prises en charge entre la chirurgie et la radiothérapie adjuvante apparaissent plus courts. En effet, les pourcentages respectifs de délais qui dépassent 52 jours entre ces deux étapes du traitement s'élèvent respectivement à 40% et 42%, soit les pourcentages les plus faibles

³² Cf. annexe n°12, partie 16, pour les résultats de la régression logistique.

parmi les départements franciliens ($p < 0.01$). De la même façon, pour les femmes résidant dans les centres urbains résidentiels socialement aisés, la part des délais supérieurs à la médiane régionale entre la chirurgie et la radiothérapie est la plus faible des différentes classes spatiales (42% ; $p < 0.01$). Il s'avère que les femmes de ces différents territoires sont principalement prises en charge à l'Institut Curie de Saint-Cloud et de Paris. Or, parmi les CLCC franciliens, les délais d'attente entre la chirurgie et le traitement adjuvant sont globalement plus courts à l'Institut Curie de Paris et de Saint-Cloud qu'à l'IGR ($p < 0.01$). Les délais entre l'étape chirurgicale et le traitement adjuvant par radiothérapie, apparaissent donc plus courts pour les femmes prises en charge dans les deux CLCC de l'Institut Curie.

Au final, il semblerait qu'en fonction des capacités d'absorption de la demande par les différentes structures de soins, les délais soient plus ou moins importants entre l'étape de la chirurgie et la radiothérapie adjuvante, en l'absence de chimiothérapie.

CONCLUSION

Dans ce chapitre, nous avons constaté que les soins reçus par les femmes dépendent fondamentalement de l'hôpital où elles sont prises en charge au début de leur parcours, et de la façon dont ce dernier s'organise entre les différents établissements intervenants. Nous faisons donc l'hypothèse, à partir des travaux produits par l'école de Darmouth, que les variations observées dans les traitements reçus dépendent principalement de mécanismes « sensibles à l'offre de soins ». A l'exception des communes-noyaux socialement populaires et du département de la Seine-Saint-Denis dont certaines spécificités socioterritoriales semblent exister dans les modes de prise en charge, les disparités observées dans les soins reçus par les femmes dépendent essentiellement des pratiques des établissements consultés. Par ailleurs, les recours vers ces hôpitaux dépendent de la localisation des communes dans la métropole, vis-à-vis de l'hôpital attractif.

A partir de ces différents éléments, nous pouvons compléter la qualification de l'ajustement entre les deux roues du modèle de l'accès aux soins, en fonction des territoires.

- *Pour les Yvelines, l'Essonne, les Hauts-de-Seine, le Val-de-Marne et les catégories de communes socialement aisées de l'Ouest parisien :*

- La disponibilité du traitement chirurgical et du traitement adjuvant pour les femmes soignées d'un cancer du sein infiltrant, semble principalement dépendre des choix thérapeutiques réalisés par les équipes soignantes. Lorsque les femmes résidant dans les communes périurbaines socialement aisées, dans les Yvelines et dans les Hauts-de-Seine reçoivent davantage un traitement chirurgical associé à de la radiothérapie, les femmes de l'Essonne et du Val-de-Marne sont plutôt traitées par chimiothérapie. Ces contrastes correspondent probablement à des protocoles thérapeutiques différents selon les établissements de recours, qui sont principalement l'Institut Curie et l'IGR. Pour les femmes de ces différents territoires, la chirurgie ambulatoire apparaît particulièrement disponible, ainsi que l'HAD plus particulièrement dans les Yvelines, les Hauts-de-Seine et les communes périurbaines socialement aisées.

- En revanche, pour ces départements et catégories de communes, la commodité de prise en charge n'est sans doute pas optimale du fait de l'importante captation exercée par les centres de lutte contre le cancer. En effet, les femmes doivent potentiellement parcourir de

longues distances pour venir se faire soigner, tout au long des différentes étapes du parcours de soins. Toutefois, les équipes qui assument l'ensemble du parcours de soins connaissent parfaitement le dossier médical des femmes. Cet aspect semble beaucoup rassurer les femmes rencontrées en entretien pendant notre étude, ce qui participe à la commodité de la prise en charge selon leur point de vue. Enfin, les délais d'accès au traitement adjuvant sont globalement plus longs que la médiane régionale pour les femmes de ces différents territoires. Cependant, parce que l'Institut Curie de Saint-Cloud permet d'accéder plus rapidement à ce traitement adjuvant pendant la période étudiée, les femmes résidant dans les Yvelines, les Hauts-de-Seine et les communes périurbaines socialement aisées, apparaissent moins concernées par ces longs temps d'attente.

- L'acceptabilité des soins pourrait être moins satisfaisante dans le cas où les prises en charge seraient standardisées à l'excès dans les centres de lutte contre le cancer. Les possibilités de personnalisation du parcours sont éventuellement plus rares dans le contexte des services dont les flux de patientèle sont très importants.

○ *Pour le Val d'Oise et la Seine-et-Marne :*

- L'innovation en cancérologie est globalement peu disponible. Les femmes sont effectivement peu orientées en ambulatoire ou en HAD pour l'étape de la chirurgie. Ce résultat est dû au fait que les femmes de ces deux départements sont peu prises en charge dans les CLCC.

- La commodité d'accès au traitement adjuvant apparaît plutôt bonne dans le cadre de la chimiothérapie car les délais enregistrés entre la chirurgie et l'administration de la première chimiothérapie sont particulièrement courts pour ces deux départements. En revanche, les délais d'accès à la radiothérapie sont plus longs et ce, particulièrement dans le Val d'Oise. L'accès à ce traitement pourrait donc être moins commode pour les personnes traitées par radiothérapie dans le cadre d'un cancer du sein.

- La capacité financière des femmes résidant dans le Val d'Oise est potentiellement entravée du fait de la part élevée, eût égard à la faible moyenne régionale, de dépassements d'honoraires qui leur sont facturés dans le cadre de la prise en charge du cancer du sein.

○ *Pour le département de la Seine-Saint-Denis, les communes-noyaux socialement populaires et les centres urbains socialement populaires :*

- Dans le département de la Seine-Saint-Denis spécifiquement, la chirurgie ambulatoire apparaît très peu disponible. Nous faisons l'hypothèse que ce constat résulte de pratiques propres aux professionnels qui prennent en charge les femmes de ce département.

Par ailleurs, l'HAD est également peu disponible dans ce département, comme dans les communes-noyaux socialement populaires et les centres urbains socialement populaires. Ce résultat est lié au fait qu'elles sont globalement peu prises en charge dans les CLCC.

- L'acceptabilité du traitement adjuvant pour les femmes soignées d'un cancer infiltrant et qui résident en Seine-Saint-Denis peut être particulièrement altérée étant donné la part élevée de chimiothérapie qu'elles reçoivent. Il en est de même pour les habitantes des communes-noyaux socialement populaires et des centres urbains socialement populaires. En effet, ce traitement est particulièrement pénible et source de nombreux effets indésirables.

D'ores et déjà, nous pouvons formuler l'hypothèse qu'il existerait bien des inégalités d'accès aux soins du cancer du sein en Ile-de-France. Dans le chapitre suivant, nous allons nous intéresser à la façon dont les caractéristiques individuelles des femmes façonnent la forme de leur parcours de soins. Comment parviennent-elles à s'adapter individuellement à l'environnement qu'elles rencontrent et de quelles façons ces interactions influencent-elles l'accès aux soins pendant le traitement du cancer du sein ? Dans le dernier chapitre, nous examinerons les combinaisons particulières qui font que dans certains environnements, professionnels et femmes sont pris dans un système d'actions qui donne lieu à des parcours de soins singuliers. A ce stade seulement, nous disposerons de tous les éléments pour évoquer l'existence d'inégalités sociales et / ou spatiales d'accès aux soins pendant le parcours thérapeutique du cancer du sein.

CHAPITRE 5 :

SITUATIONS INDIVIDUELLES COMPLEXES ET GESTION DES PARCOURS DE SOINS

INTRODUCTION

Comme nous l'avons déjà évoqué dans l'introduction générale, il n'existe aucune définition explicite de ce que constitue un cas complexe en onco-sénologie. Dans ce cadre, les professionnels intervenant sur les parcours de soins adoptent une définition de la complexité en fonction de leurs sensibilités et de leurs croyances propres. A travers l'enquête qualitative réalisée auprès des professionnels, nous avons effectivement observé qu'ils ne partageaient pas tous la même définition d'un parcours de soins complexe. Ils évoquent chacun une définition de la complexité qui oscille entre deux extrémités : d'une part celle liée à la vulnérabilité humaine de l'individu confronté à la maladie cancéreuse (dimension psychique du cancer, vie quotidienne pendant le parcours de soins, rupture avec l'emploi etc.), et d'autre part, la complexité proprement médico-sociale (maladie et facteurs de risque : âge, comorbidité, accompagnement social etc.).

En fonction de la posture qu'ils adoptent, certains conflits se manifestent autour de l'idéal de la prise en charge des femmes. Dans certains cas, les professionnels médicaux et paramédicaux peuvent s'opposer sur ces dimensions paradigmatiques. La dimension psychique du cancer est un exemple révélateur, car certains oncopsychologues et psychanalystes défendent son importance dans la possible émergence du cancer tandis que beaucoup de soignants ne croient pas à cette théorie. Dans un tout autre registre, les bénévoles de certaines associations ont eu l'occasion de s'entendre dire que leurs visites auprès des malades pendant leur hospitalisation, étaient plus encombrantes qu'utiles aux yeux du personnel (entretien avec une bénévole de la Ligue contre le cancer, 12/05/15).

Dans ce chapitre, nous avons essayé de rendre compte de la diversité des situations complexes en onco-sénologie. Nous nous intéresserons d'abord à la forme des parcours de soins considérés comme complexes en fonction des critères médico-sociaux disponibles dans la base de données du SNIIR-AM. Nous donnerons ensuite la parole aux femmes, qui témoignent d'une perception bien plus large de ce que signifie la complexité pendant leur parcours de soins.

I. SITUATIONS COMPLEXES ET CAS STANDARDS EN ONCO-SENOLOGIE

1) *Qu'est-ce qu'un cancer du sein « complexe » ?*

Le cancer du sein constitue une pathologie dont les lignes thérapeutiques sont globalement standards en France. De façon générale, les recours spécifiques auprès des plateaux techniques ultraspécialisés ne devraient concerner que certaines prises en charge exceptionnelles. D'après la circulaire de février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie, la complexité de la prise en charge en sénologie concernerait principalement l'accès à l'oncogénétique, à la chirurgie techniquement lourde et aux essais thérapeutiques (Circulaire DHOS / SDO, 2005). Les femmes diagnostiquées à un stade avancé et dont le traitement sort des standards thérapeutiques, sont plus susceptibles de recourir aux services particuliers des centres ultraspécialisés. Même si certains désaccords nourrissent encore les débats dans les arènes scientifiques, l'âge jeune des femmes au moment du diagnostic constituerait également un critère de sévérité du cancer du sein (Cluze et al., 2009). D'une part, les tumeurs sont souvent plus agressives pour les femmes âgées de moins de 40 ans. D'autre part, les risques de récurrence sont plus importants car ils s'étalent sur une plus longue période de temps (Kroman et al., 2000 ; Figueiredo et al., 2007). Ainsi, les référentiels nationaux et internationaux s'accordent à recommander certaines adaptations thérapeutiques et orientations particulières pour les femmes diagnostiquées jeunes d'un cancer du sein (Institut Curie & Institut Gustave Roussy, 2011 ; Goldhirsch et al., 2007).

La définition de la complexité qui est proposée dans ces différents textes reste donc exclusivement médicale. Toutefois, dans notre recherche, nous considérons les femmes comme étant potentiellement en situation complexe au regard de caractéristiques socio-démographiques plus larges. Notamment, les femmes particulièrement âgées pour qui le diagnostic de cancer du sein peut être source de difficultés dans leur orientation vers les soins. Comme l'a dramatiquement montré l'épisode de la canicule en 2003, l'isolement social qu'elles rencontrent (relativement aux autres classes d'âge) peut parfois limiter les possibilités de recours en cas de difficultés personnelles pendant le parcours (Bungener, 2004). Le 6^e rapport de l'Observatoire sociétal des cancers, consacré à la problématique du cancer des personnes âgées de plus de 75 ans, a également mis en évidence les problématiques spécifiques qu'elles rencontrent pendant leur parcours de soins, quand elles

sont socialement ou géographiquement isolées (Observatoire sociétal des cancers, 2017). De plus, il est démontré que la participation au dépistage du cancer du sein décline au-delà de 70 ans du fait d'un moindre suivi médical (Hirtzlin et al., 2012). Dans nos résultats, ce phénomène se traduit par des stades plus avancés au moment du diagnostic de cancer du sein pour les personnes âgées de plus de 75 ans : toutes choses égales par ailleurs, les femmes âgées de 75 ans ou plus présentent 1,9 fois plus de cancers avec des métastases extra-ganglionnaires au moment du diagnostic que les personnes âgées de 30 à 44 ans [IC95% : 1.66 ; 2.30]³³. Dans l'hypothèse d'un besoin singulier d'accompagnement social ou médical, nous pouvons postuler qu'une personne âgée isolée rencontrerait plus d'obstacles pour accéder aux soins qu'une personne plus jeune et plus mobile.

Enfin, nous avons consacré un paragraphe à l'influence du désavantage social sur la probabilité accrue de présenter un stade avancé au diagnostic dans le premier chapitre. Nous avons par ailleurs souligné dans le chapitre 3, la problématique d'une moindre mobilité et d'un accès aux soins spécialisés plus tributaire de l'offre de proximité parmi les personnes résidant dans les communes socialement désavantagées. A l'échelle des individus, nous considérons dans cette recherche que les femmes bénéficiaires de la CMU-C sont potentiellement les plus susceptibles de rencontrer des difficultés d'accès aux soins. En effet, il semble que ces dernières soient davantage diagnostiquées à un stade avancé que les autres femmes incluses dans l'analyse : toutes choses égales par ailleurs, les personnes qui sont bénéficiaires de la CMU-C présentent 1,8 fois plus de cancers diagnostiqués avec des métastases extra-ganglionnaires que les femmes qui n'en sont pas bénéficiaires [IC95% : 1.56 ; 2.18]. Outre les caractéristiques intrinsèques de la tumeur, la complexité médico-sociale de la prise en charge du cancer du sein dépend manifestement du stade au diagnostic, de l'âge et du niveau de désavantage social des femmes atteintes par cette pathologie. A l'échelle des communes et des départements franciliens, nous pouvons observer que les personnes dont la situation est potentiellement complexe au diagnostic ne sont pas représentées partout dans les mêmes proportions.

³³ Cf. annexe n°13, partie 1, pour les résultats de la régression logistique.

2) Répartition spatiale des cas complexes au moment du diagnostic

Les informations individuelles dont nous disposons dans le SNIIR-AM permettent de spatialiser les cas incidents considérés comme complexes au moment du diagnostic. Le même lissage que celui utilisé pour la cartographie communale de l'incidence a été appliqué pour réaliser la planche de cartes présentée sur la page suivante.

Sur la première carte, il apparaît que les femmes bénéficiaires de la CMU-C atteintes d'un cancer du sein entre 2012 et 2014 sont particulièrement représentées dans les arrondissements du nord de Paris, dans la moitié ouest de la Seine-Saint-Denis et du Val-de-Marne ainsi que dans le nord des Hauts-de-Seine. En seconde couronne, les communes du sud du Val d'Oise enregistrent également des taux élevés de bénéficiaires de la CMU-C parmi les cas incidents. Les villes nouvelles de Cergy-Pontoise et d'Evry et leurs périphéries affichent aussi des pourcentages importants. Les communes au nord de Mantes-la-Jolie ainsi que Trappes dans les Yvelines, les alentours de Fontainebleau, Provins et surtout la Ferté-sous-Jouarre en Seine-et-Marne sont également des territoires où les bénéficiaires de la CMU-C sont nombreuses d'après nos données. Ainsi, on s'aperçoit sans surprise que les communes-noyaux socialement désavantagées ainsi que les communes périurbaines qui ont tendance à s'appauvrir sont celles où les bénéficiaires de la CMU-C sont plus représentées ($p < 0.01$)

Tableau n°24 : Part des bénéficiaires de la CMU-C parmi les cas estimés incidents du cancer du sein – Catégories de communes de l'ISDU, période 2012-2014

Catégories de communes de résidence selon l'ISDU	Part des bénéficiaires de la CMU-C parmi les cas incidents de cancer du sein
Communes-noyaux socialement populaires	9,84
Communes périurbaines socialement populaires	7,55
<i>Moyenne francilienne</i>	6,57
Hypercentre	6,20
Communes de l'entre-deux	5,50
Centres urbains résidentiels socialement populaires	4,98
Communes périurbaines socialement aisées	4,44

Sources : CNAMTS, SNIIRAM 2006-2014 ; Lefevre, D., 2014

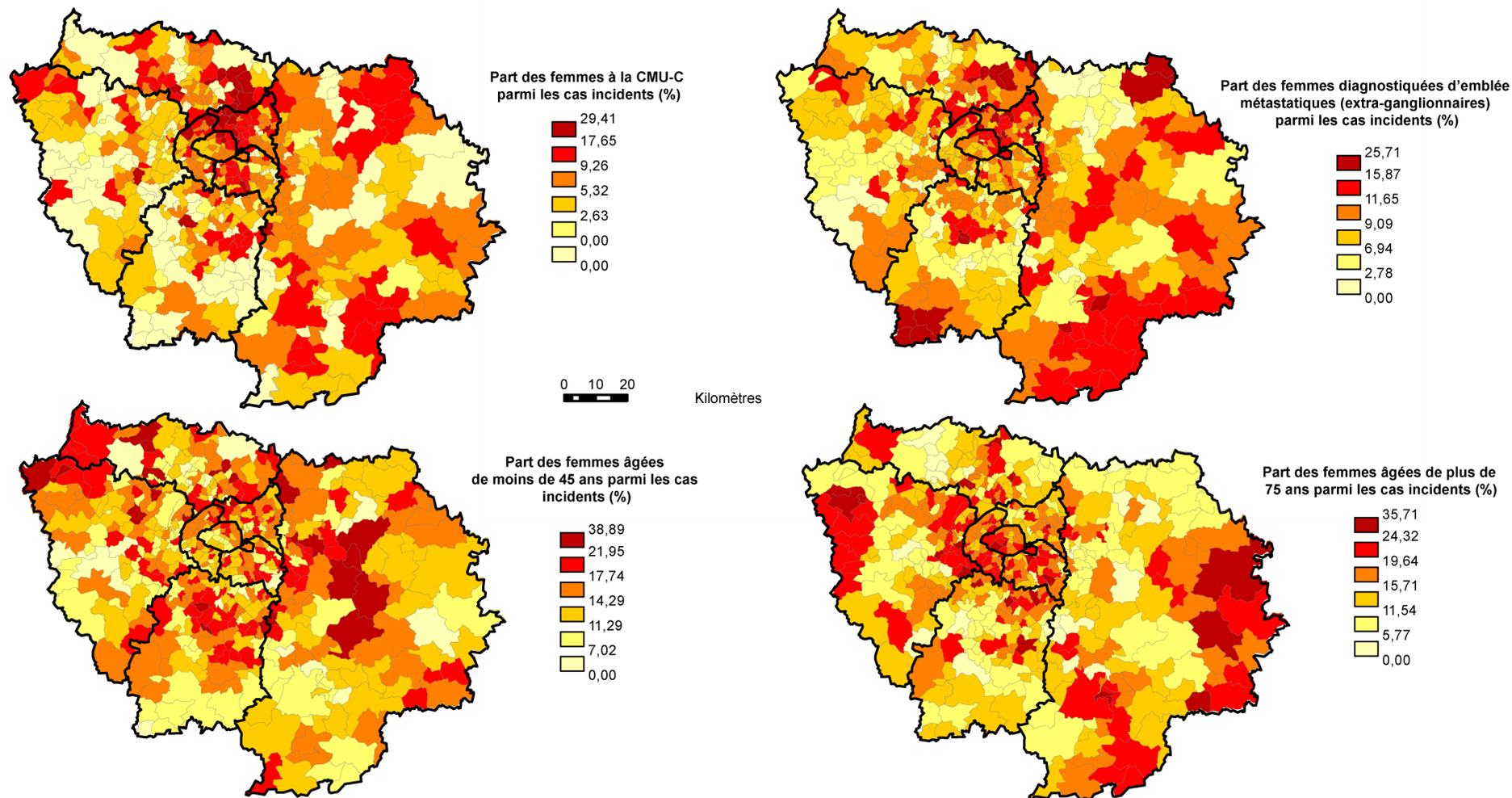
Exploitation : Vialard, UPON LADYSS, 2018

Planche de cartes n°1

Répartition spatiale des cas potentiellement complexes au moment du diagnostic de cancer du sein

Part des femmes jeunes, âgées, à la CMU-C ou diagnostiquées métastatiques

Communes de la région Ile-de-France - 2012/2014



Réalisation : VIALARD L. - LADYSS UPON 2018 [Discrétisation : Q6]

Sources : SNIIR-AM CNAM-TS 2006-2014

Fait avec Philcarto le 02/10/2018 / <http://philcarto.free.fr>

A l'échelle des communes de la région francilienne, la répartition des bénéficiaires de la CMU-C ne contribue qu'à hauteur de 9 % à la distribution des cancers diagnostiqués métastatiques d'emblée ($R^2 = 0.086$; $p < 0.01$)³⁴. Même si la relation statistique est très faible entre ces deux indicateurs, quelques communes apparaissent à la fois concernées par les stades avancés au diagnostic et les taux élevés de femmes à la CMU-C. En effet, on observe que le nord de Paris et des Hauts-de-Seine, le centre de la Seine-Saint-Denis et le sud du Val d'Oise présentent des pourcentages importants pour ces deux variables.

Inversement, les alentours de la ville de Domont dans le Val d'Oise, Trappes dans les Yvelines, Arpajon et les communes se situant au nord de l'Essonne affichent des taux élevés de stades avancés au diagnostic sans que la part des bénéficiaires de la CMU-C ne soit particulièrement élevée. Enfin, la Seine-et-Marne apparaît très concernée par les cancers diagnostiqués avec des métastases extra-ganglionnaires : le sud-est du département, la ville de Provins, de Châtres et le nord de la commune de Jouarre enregistrent des taux supérieurs à 12 % de cancers métastatiques d'emblée.

La répartition des femmes atteintes d'un cancer du sein avant 45 ans et après 75 ans recoupe partiellement les dynamiques socio-démographiques que nous avons décrites dans notre typologie. Les femmes de moins de 45 ans touchées par un cancer du sein sont plus présentes dans les communes socialement désavantagées où les familles et les jeunes sont plus nombreux : le 18^e arrondissement de Paris, l'ouest de la Seine-Saint-Denis et du Val-de-Marne en première couronne. En seconde couronne, les communes situées dans des espaces populaires et attractifs pour les familles et les jeunes enregistrent plus de cas incidents parmi les femmes âgées de moins de 45 ans : Marne-la-Vallée et l'ensemble du centre de la Seine-et-Marne jusqu'à Mormant, les communes de Sainte-Geneviève-des-Bois, de Brétigny-sur-Orge et leurs alentours dans l'Essonne, ainsi que le nord-ouest des Yvelines et du Val d'Oise. *A contrario*, les femmes âgées de plus de 75 ans concernées par un cancer du sein semblent plus représentées dans les communes des centres urbains et les communes périurbaines socialement aisées et vieillissantes, dans le sud et l'ouest immédiat de Paris. Les périphéries socialement mixtes des départements de la Seine-et-Marne (principalement autour de Fontainebleau et dans l'est), des Yvelines (autour de Rambouillet et de Mantes-la-Jolie) et du Val d'Oise affichent des taux élevés de cas incidents parmi cette classe d'âge.

³⁴ Cf. annexe n°13, partie 2, pour les résultats de la régression linéaire.

Dans les paragraphes suivants, nous allons décrire la façon dont ces caractéristiques individuelles que sont le stade au diagnostic, l'âge et le fait d'être bénéficiaire ou non de la CMU-C, influencent la forme des parcours de soins.

II. LE STADE AU DIAGNOSTIC : UN FACTEUR PREDICTIF DE LA FORME DU PARCOURS DE SOINS

Indépendamment des autres facteurs dont nous disposons dans la base de données du SNIIR-AM, le stade au diagnostic participe à une certaine structuration spatiale des flux de femmes vers les établissements de soins pour les différentes étapes thérapeutiques. La part des recours de proximité ainsi que le statut de l'établissement consulté varient significativement en fonction du type de cancer diagnostiqué au moment de l'entrée dans le parcours de soins. Dans cette partie, nous allons montrer que les parcours de soins des femmes atteintes d'un cancer métastatique extra-ganglionnaire sont très différents de ceux qui concernent les personnes dont le cancer est diagnostiqué *in situ*.

1) Parcours de soins des femmes dont le cancer est métastatique au diagnostic

Nos résultats suggèrent qu'en Ile-de-France, les femmes diagnostiquées avec un cancer du sein métastatique extra-ganglionnaire dès le début de la prise en charge sont davantage prises en charge dans les établissements publics. En effet, 49 % d'entre elles recourent à la chirurgie dans les établissements publics à l'échelle de la région, *versus* 17% dans le secteur privé et 34% dans les ESPIC ($p < 0.01$). L'orientation vers les établissements publics concerne également presque la moitié des recours pour la chimiothérapie et environ un tiers des recours à la radiothérapie pour ces personnes ($p < 0.01$). Toutes choses égales par ailleurs, les femmes dont le cancer est métastatique extra-ganglionnaire au diagnostic font 2 fois moins appel à l'offre libérale pour réaliser leur radiothérapie comparativement aux personnes dont le cancer est diagnostiqué *in situ* [IC95% : 1.53 ; 2.72]³⁵.

Ces femmes ne se tournent pas systématiquement vers l'offre de soins de proximité pour la chirurgie. En effet, les femmes dont le cancer est métastatique extra-ganglionnaire sont 1,3 fois plus opérées dans un hôpital éloigné de leur domicile, que les femmes dont le

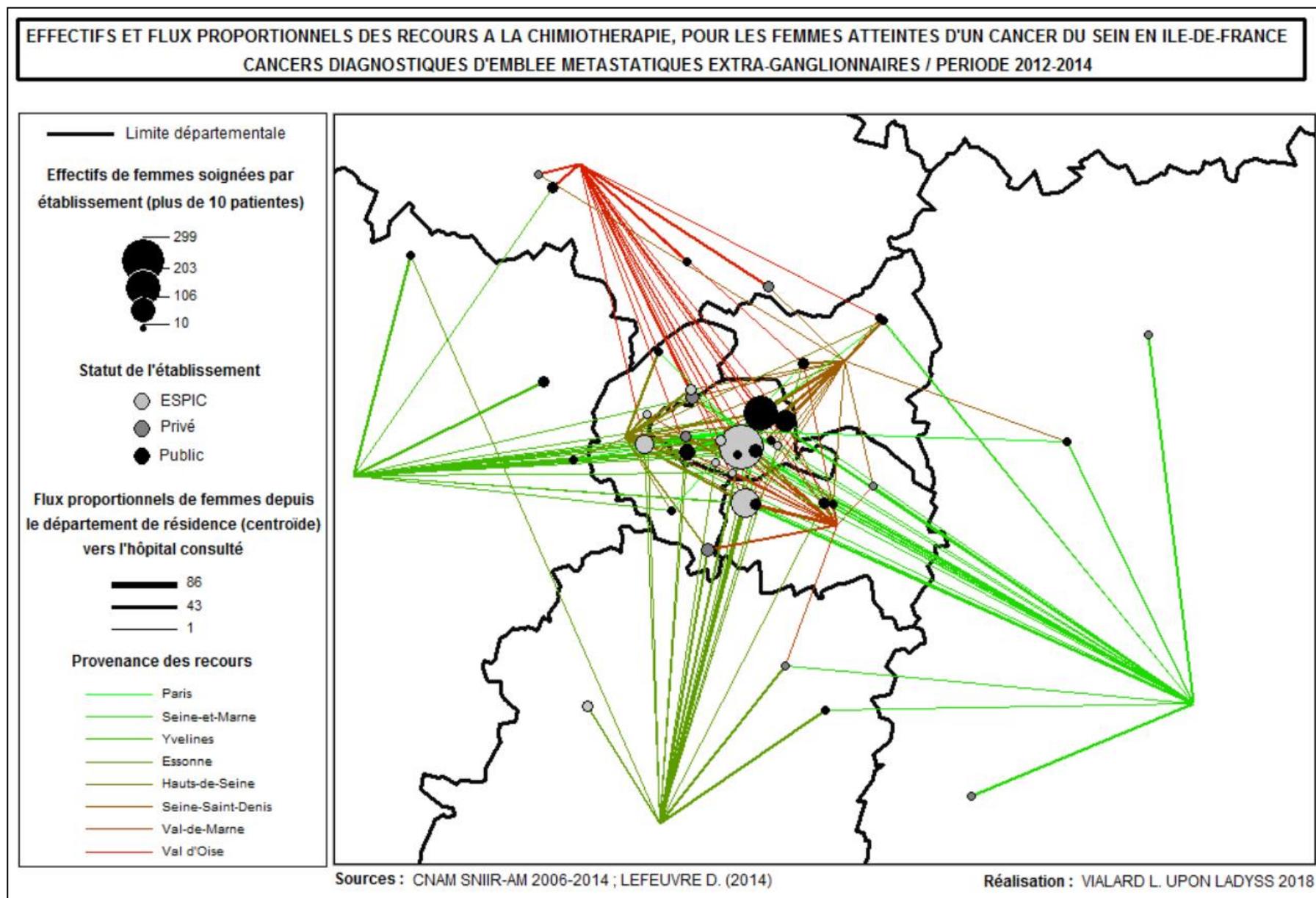
³⁵ Cf. annexe n°13, partie 3, pour les résultats de la régression logistique.

cancer est infiltrant [IC95% : 1.04 ; 1.59]³⁶. En revanche, pour le traitement adjuvant par chimiothérapie, elles enregistrent le taux le plus important de recours dans l'hôpital de proximité, soit 14% ($p < 0.01$). Mais l'effet du stade sur ces recours de proximité disparaît dans la régression logistique, au profit du statut de l'établissement consulté (davantage public).

Parmi l'ensemble des femmes dont le cancer est métastatique extra-ganglionnaire au diagnostic, les disparités de recours à l'offre la plus proche selon le lieu de résidence (repérées en population générale) disparaissent également : que ce soit pour la chirurgie ou la chimiothérapie, les femmes dont le cancer est métastatique extra-ganglionnaire au diagnostic qui résident dans l'Essonne ou dans les Yvelines ont autant de chances de recourir à l'offre de proximité que leurs homologues du Val d'Oise. De la même façon, les femmes diagnostiquées à un stade avancé et qui résident dans les communes-noyaux socialement populaires présentent la même probabilité d'être prise en charge en proximité de leur domicile que les résidentes des autres catégories de communes de l'ISDU.

D'après la carte présentée sur la page suivante, on s'aperçoit que les femmes dont le cancer est métastatique extra-ganglionnaire recourent beaucoup aux établissements parisiens de l'AP-HP, d'autant plus pour les femmes habitantes du département de la Seine-Saint-Denis : les CHU de Saint-Louis, Tenon et l'HEGP totalisent 17% des recours pour la chimiothérapie. L'Institut Curie comptabilise 18% des recours à la chimiothérapie et constitue, de loin, l'établissement le plus consulté par ces personnes. Les hôpitaux de proximité, notamment les structures publiques de seconde couronne, assument également une part importante des prises en charge pour la chimiothérapie. Nous avons déjà noté que de façon générale, les établissements publics étaient plus consultés dans le cadre de cette étape du traitement. Ce constat pourrait s'expliquer par la possibilité d'une prise en charge globale dans les centres hospitaliers généraux. Or, les cancers métastatiques diffus sont fréquemment synonyme d'une chimiothérapie néoadjuvante ou adjuvante ainsi que d'essais thérapeutiques (Institut Curie & Institut Gustave Roussy, op. cit.).

³⁶ Cf. annexe n°11, partie 1, pour les résultats de la régression logistique.



Les femmes souffrant de ce type de cancer sont celles qui enregistrent le taux le plus élevé de parcours dans un établissement unique, soit 42% ($p < 0.01$). Les établissements experts de l'AP-HP ou les CLCC sont effectivement en mesure d'assurer la prise en charge complète de ces cas médicalement complexes.

Etant donné que les femmes dont le cancer du sein est métastatique au diagnostic recourent peu à l'offre privée de soins, elles payent particulièrement peu de dépassements d'honoraires : toutes choses égales par ailleurs, elles ont 2,1 fois moins de chances de payer des dépassements que les femmes dont le cancer est *in situ* [IC95% : 1.63 ; 2.81]³⁷.

Comme ce type de cancer est généralement associé à une chirurgie plus lourde, les femmes diagnostiquées avec des métastases extra-ganglionnaires accèdent très peu à la chirurgie ambulatoire. En effet, elles sont peu intégrées à ce type de filière car l'intervention chirurgicale est souvent plus complexe : toutes choses égales par ailleurs, elles sont respectivement 9,7 fois [IC95% : 6.26 ; 14.97]³⁸ moins prises en charge en ambulatoire que les femmes dont le cancer est *in situ*. En revanche, elles sortent davantage en HAD après la chirurgie comparativement aux patientes dont le cancer est moins avancé, car les soins post-opératoires peuvent être longs ($p < 0.01$).

Il est intéressant d'observer que huit structures assument 50% des chimiothérapies pour les femmes dont le cancer est métastatique extra-ganglionnaire d'emblée tandis que seulement quatre hôpitaux drainent la moitié de ces traitements pour les personnes dont le cancer est métastatique axillaire. La gravité du pronostic pourrait expliquer l'orientation plus diversifiée des femmes dans le système de soins pour cette étape du traitement. Même si les recommandations nationales incitent les professionnels à adresser plus systématiquement ces femmes vers les services ultraspecialisés en oncologie, elles pourraient paradoxalement être orientées vers un grand nombre de référents et démultiplier les avis médicaux. Les médecins pourraient se montrer moins persuasifs vis-à-vis des femmes lorsqu'ils se confrontent à ce type de cas complexes. Finalement, l'orientation vers l'établissement référent pourrait être moins constante quand les femmes présentent un stade avancé au moment du diagnostic. Ce sont celles qui consultent le plus d'établissements différents pour la chimiothérapie mais qui enregistrent parallèlement la part la plus élevée de parcours dans un seul établissement.

³⁷ Cf. annexe n°12, partie 11, pour les résultats de la régression logistique.

³⁸ Cf. annexe n°12, partie 8, pour les résultats de la régression logistique.

2) Parcours de soins des femmes dont le cancer est *in situ* au diagnostic

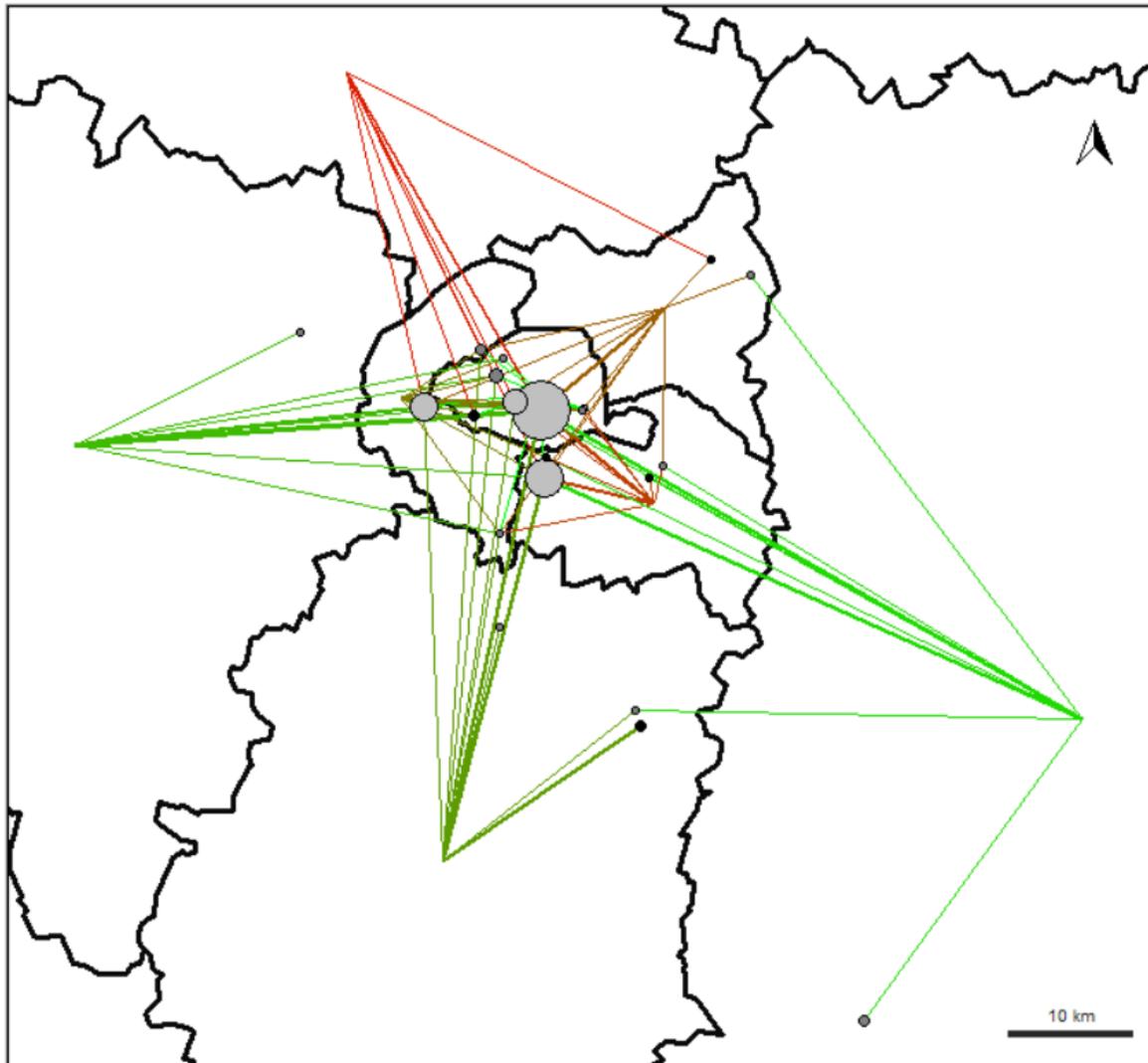
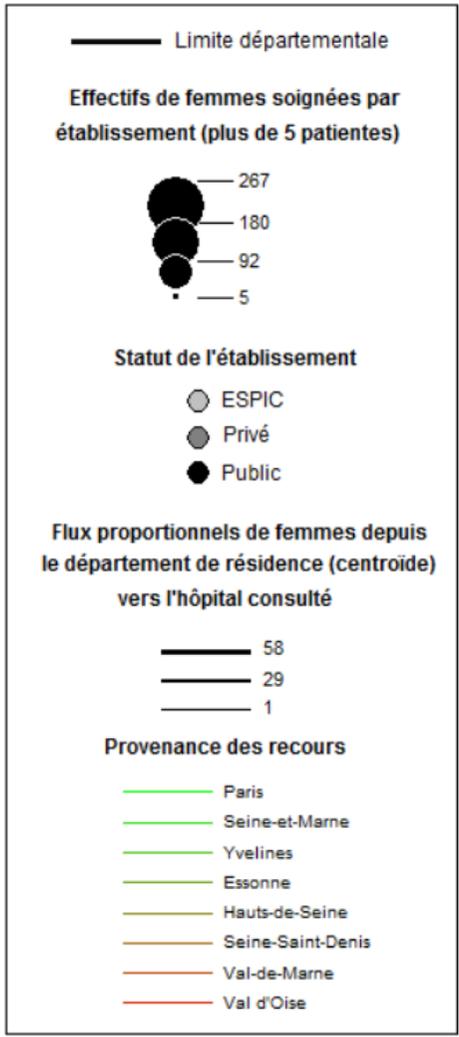
Les femmes dont le cancer est diagnostiqué *in situ* sont celles qui enregistrent systématiquement les recours les plus élevés dans les ESPIC, et donc dans les CLCC. En effet à l'échelle de la région, elles sont 71 % à recourir à la chirurgie dans les ESPIC, *versus* 17% dans les structures privées et 12% dans le secteur public ($p < 0.01$). L'Institut Curie et l'Institut Gustave Roussy totalisent 54% des interventions chirurgicales pour les femmes atteintes de ce type de cancer. La restriction des flux autour des 3 CLCC de la région, de la Clinique Oudinot (Saint-Jean-de-Dieu) et des établissements privés de l'ouest parisien est très nette sur la carte n°39 présentée sur la page suivante.

Les recours de proximité sont donc plus rares pour ces dernières, par rapport aux femmes atteintes de cancers plus avancés. En effet, les femmes souffrant d'un cancer *in situ* sont 1,5 fois plus opérées dans un autre établissement que celui situé au plus proche de leur domicile, comparativement aux personnes dont le cancer est infiltrant [IC95% : 1.09 ; 1.96]³⁹.

Pour l'étape de la radiothérapie, les professionnels libéraux réalisent 64% des prises en charge de ces femmes, ce qui constitue le pourcentage le plus important parmi les différents stades au diagnostic ($p < 0.01$). Ainsi, ce sont ces personnes qui enregistrent la part la plus élevée de dépassements d'honoraires. En effet, 2,5% des actes réalisés pendant leur parcours de soins sont facturés avec dépassements d'honoraires à l'échelle de la région *versus* moins de 0,5 % pour les femmes dont le cancer est infiltrant avec métastases extra-ganglionnaires ($p < 0.01$). Comme nous l'avons évoqué dans le paragraphe précédent, l'effet du stade précoce reste très significatif dans les régressions logistiques relatives au statut de l'établissement consulté. Nous pouvons noter que quasiment aucune femme diagnostiquée pour ce type de cancer ne reçoit de chimiothérapie, ce qui est tout à fait en phase avec les recommandations thérapeutiques. Enfin, environ 80% des femmes dont le cancer est *in situ* ont tendance à fréquenter deux établissements de soins pendant leur parcours ($p < 0.01$). De façon générale, le circuit de soins serait plus systématiquement organisé entre les CLCC qui s'occuperaient de la chirurgie tandis que les professionnels libéraux assumerait la phase de la radiothérapie.

³⁹ Cf. annexe n°11, partie 1, pour les résultats de la régression logistique.

**EFFECTIFS ET FLUX PROPORTIONNELS DES RECOURS A LA CHIRURGIE, POUR LES FEMMES ATTEINTES D'UN CANCER DU SEIN EN ILE-DE-FRANCE
CANCERS DIAGNOSTIQUES A UN STADE PRECOCE ET LOCALISE (IN SITU) / PERIODE 2012-2014**



Sources : CNAM SNIIR-AM 2006-2014 ; LEFEUVRE D. (2014) Réalisation : VIALARD L. UPON LADYSS 2018

Par ailleurs, puisque les cancers *in situ* font très souvent l'objet d'une mastectomie partielle, les femmes sont plus systématiquement opérées en ambulatoire. Elles affichent un taux de chirurgie en ambulatoire de plus de 30% *versus* 6% pour les femmes dont le cancer est métastatique axillaire ($p < 0.01$). Inversement, elles sont 4,8 fois moins prises en charge en HAD que les personnes dont le cancer est métastatique axillaire [IC95% : 3.38 ; 6.74]⁴⁰. Le stade reste le facteur le plus influent dans la régression logistique.

Il peut sembler paradoxal que le nombre d'établissements consultés pour l'étape de la chirurgie et de la chimiothérapie soit plus élevé parmi les femmes dont le cancer est avancé. Comme nous l'avons déjà mentionné plus haut, la circulaire de février 2005 prévoit que les cas complexes de cancer du sein soient traités dans certains établissements experts en particulier (Circulaire DHOS / SDO, *op.cit.*). Or, ce sont surtout les femmes souffrant d'un cancer du sein *in situ* qui présentent des flux essentiellement restreints autour des CLCC. Les croyances envers l'expertise des CLCC seraient-elles plus prégnantes parmi les femmes souffrant d'un cancer *in situ* ? Dans le premier chapitre du manuscrit, nous avons évoqué le fait que les personnes qui enregistrent un niveau d'éducation élevé et qui bénéficient de revenus importants sont celles qui participent généralement plus au dépistage du cancer du sein (au dépistage organisé et particulièrement au dépistage individuel) (Duport et al., 2008). Elles sont donc généralement diagnostiquées à un stade plus précoce que les personnes socialement vulnérables (Orsini et al., 2016). D'autres travaux ont mis en évidence le fait que les mobilités des personnes dont le niveau d'éducation ou les revenus sont faibles, apparaissent plus restreintes (Vallée, 2012). Ainsi, les femmes dont le cancer est diagnostiqué *in situ* pourraient bénéficier d'un réseau social et spatial plus large et seraient davantage soumises à l'attractivité des centres experts. Concernant la phase de la radiothérapie, elles seraient plus orientées vers l'offre privée de proximité par ces services ultraspécialisés, étant donné qu'elles ne constituent pas des cas complexes nécessitant une surveillance rapprochée. De plus, elles sont potentiellement plus en mesure de couvrir les éventuels dépassements d'honoraires facturés par les professionnels libéraux.

A contrario, les professionnels de santé pourraient se montrer plus hésitants dans l'orientation des femmes dont le cancer est d'emblée métastatique au diagnostic. Lorsque le pronostic vital est engagé, les soignants et les soignées ont tendance à multiplier les avis

⁴⁰ Cf. annexe n°12, partie 9, pour les résultats de la régression logistique.

médicaux. En effet, environ 14,5% des femmes dont le cancer est métastatique au diagnostic consultent plus de deux établissements de soins pendant leur parcours thérapeutique *versus* 3% pour les personnes dont le cancer est diagnostiqué *in situ* ($p < 0.01$). Finalement, les ramifications des réseaux informels entre les acteurs soignants ainsi que la diffusion contrastée des croyances envers l'expertise pourraient varier selon le stade au diagnostic. En Ile-de-France, ces circuits semblent influencer fortement la forme des parcours de soins, aux dépens de la législation qui organise théoriquement les parcours en cancérologie. Dans la partie suivante, nous allons nous intéresser à l'effet de l'âge des femmes sur les circuits de soins qu'elles ont tendance à emprunter.

III. ÂGE ET ORIENTATION VERS LES SOINS

Comme pour le stade au diagnostic, l'âge des femmes affectées par un cancer du sein constitue un élément central dans les postures adoptées par les professionnels de soins. En effet, le fait d'être particulièrement jeune (moins de 45 ans) ou âgée (plus de 75 ans) suscite des attitudes et des orientations spécifiques pendant la prise en charge thérapeutique.

1) Des recours aux soins en proximité dans le secteur privé pour les personnes âgées

Tout d'abord, il semblerait que plus les femmes vieillissent et plus elles recourent à l'offre privée pour la chirurgie. Par conséquent elles font d'autant moins appel à l'offre proposée par les ESPIC qu'elles avancent en âge. A l'échelle de la région, 29% des femmes de plus de 75 ans sont opérées dans une structure privée tandis qu'elles sont 20% avant 45 ans. A l'inverse, ces dernières affichent un taux de recours dans les ESPIC d'environ 50% pour la chirurgie *versus* 42% pour les femmes de plus de 75 ans ($p < 0.01$). Les contrastes sont encore plus marqués dans le cadre des recours à la chimiothérapie : 51% des femmes de moins de 45 ans reçoivent leur chimiothérapie dans un ESPIC tandis qu'elles sont environ 35% parmi les personnes âgées de plus de 75 ans ($p < 0.01$). Enfin, les recours à la radiothérapie en libéral augmentent également de façon significative en fonction de l'âge des femmes. Ainsi, toutes choses égales par ailleurs, les personnes de moins de 45 ans sont 1,3 fois moins opérées dans les structures privées que les femmes de plus de 75 ans [IC 95% : 1.18 ; 1.45]. Elles sont 1,8 fois moins prises en charge dans le secteur privé pour la chimiothérapie [IC 95% : 1.56 ; 2.16] et 1,7 fois moins en libéral pour la radiothérapie [IC

95% : 1.46 ; 1.89]⁴¹. Le statut de l'établissement consulté par les femmes diffère donc significativement en fonction de leur âge.

Toutefois, il est surprenant de noter que les femmes âgées de plus de 75 ans assument moins de dépassements d'honoraires que les personnes très jeunes soignées pour un cancer du sein. En effet, quand bien même elles ont tendance à recourir davantage à l'offre privée pour la chirurgie et la radiothérapie, elles payent 2,2 fois moins de dépassements d'honoraires que les personnes de 30 à 44 ans [IC95% :1.89 ; 2.49]⁴². Les professionnels libéraux situés dans les Yvelines et la Seine-et-Marne, là où sont plus représentées les femmes particulièrement âgées dans la population étudiée, pourraient facturer peu de dépassements d'honoraires comparativement à leurs homologues du centre de la région. Par ailleurs, les personnes âgées de plus de 75 ans ont tendance à davantage se rendre dans les hôpitaux de proximité et notamment dans les départements périphériques.

En effet, tandis que les femmes de moins de 45 ans enregistrent un taux d'environ 12,5% de recours à la chirurgie de proximité, elles sont 20% parmi les personnes âgées de plus de 75 ans à se tourner vers ces établissements ($p < 0.01$). Une fois tous les facteurs pris en compte dans une régression logistique, les différences restent significatives⁴³. Ces disparités en fonction des classes d'âge sont du même ordre pour les recours de proximité dans le cadre de la chimiothérapie. Finalement, parmi les femmes âgées de plus de 75 ans, l'effet du département de résidence disparaît totalement en ce qui concerne les recours de proximité : quel que soit leur département de résidence en région Ile-de-France, les personnes âgées de plus de 75 ans incluses dans l'analyse ont autant de chances de recourir ou non à l'établissement de proximité. Cependant, les recours à la chirurgie de proximité dépendent de leur catégorie de communes de résidence selon l'ISDU : les femmes âgées de plus de 75 ans qui résident dans les communes-noyaux socialement populaires recourent plus à la chirurgie en proximité que leurs homologues d'autres catégories de communes (notamment des communes hypercentrales, des centres urbains résidentiels socialement populaires, des communes de l'entre-deux et des communes périurbaines socialement aisées). A l'instar des observations faites sur l'ensemble de l'échantillon, les recours en proximité pour la chirurgie, spécifiques aux résidentes des communes-noyaux socialement

⁴¹ Cf. annexe n°13, parties 3 et 4, pour les résultats de la régression logistique.

⁴² Cf. annexe n°12, partie 11, pour les résultats de la régression logistique.

⁴³ Cf. annexe n°11, partie 1, pour les résultats de la régression logistique.

populaires, sont également observées pour les personnes âgées de 75 ans ou plus qui habitent dans ces territoires.

D'après les cartes n°40 et n°41 présentées plus loin, on observe que les centres experts de l'AP-HP et les CLCC franciliens sont les établissements les plus consultés pour la chirurgie, quelle que soit la classe d'âge des femmes. Toutefois, les personnes de plus de 75 ans ont tendance à se faire opérer davantage dans les établissements de proximité situés dans leur département de résidence. La différence de parcours entre les femmes les plus âgées et les femmes les plus jeunes se retrouvent également au travers du nombre d'établissements fréquentés : tandis que 66 établissements assument l'essentiel des prises en charge chirurgicales des femmes de plus de 75 ans, ils ne sont que 49 pour les femmes de moins de 45 ans. A l'instar des personnes dont le cancer est *in situ* au moment du diagnostic, les femmes les plus jeunes se tournent vers un nombre plus restreint d'établissements pour la chirurgie du cancer du sein.

De plus, les femmes les plus jeunes se rendent davantage dans les établissements de Paris et du Val-de-Marne : elles sont presque 54% à se faire opérer dans un établissement parisien avant 45 ans, alors que ce chiffre s'élève à 45% après 75 ans. *A contrario*, les femmes de plus de 75 ans affichent des taux de recours plus élevés dans l'ensemble des départements de seconde couronne et en Seine-Saint-Denis ($p < 0.01$).

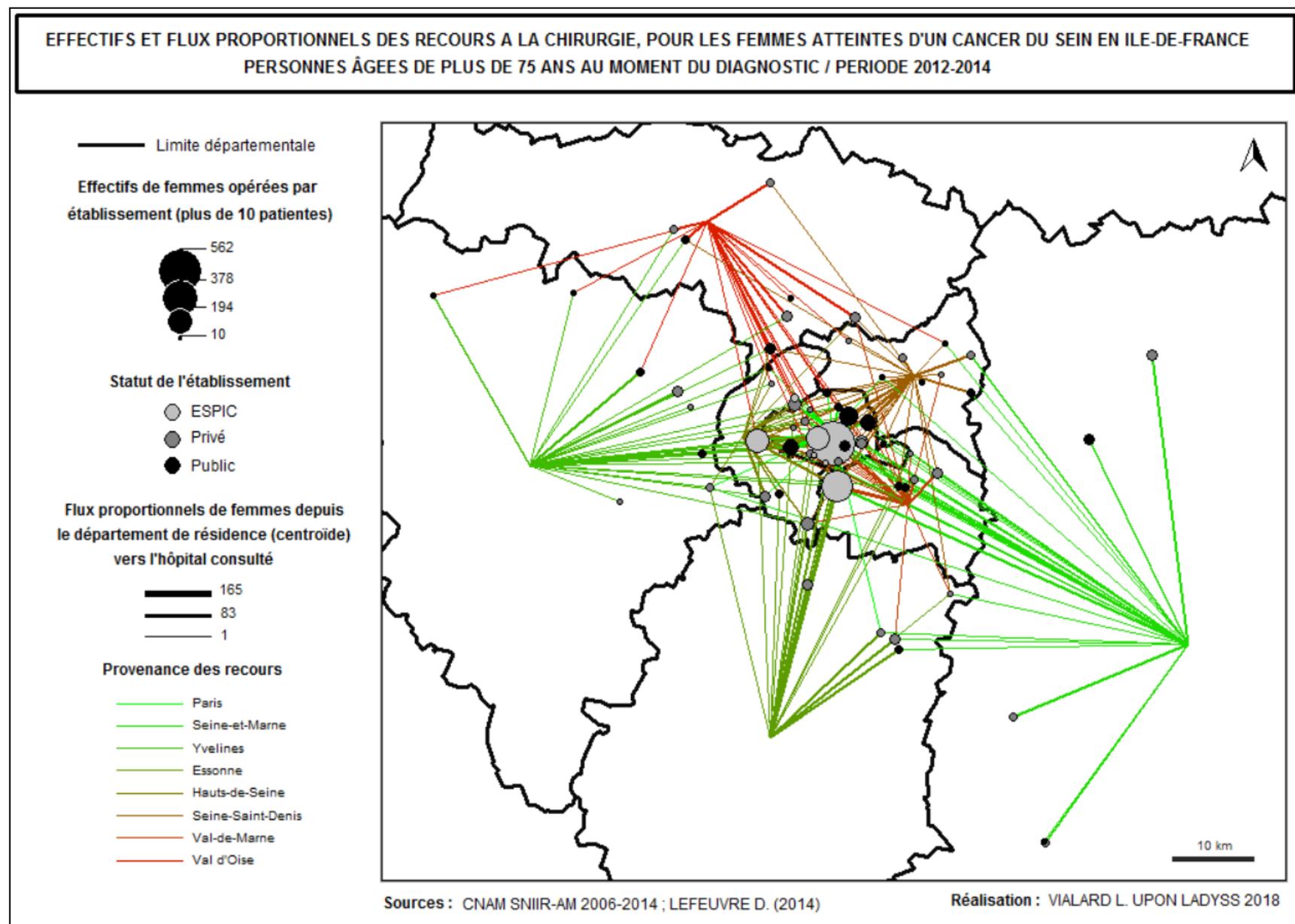
Tableau n°25 : Destination des recours à la chirurgie du cancer du sein, selon l'âge des femmes opérées – Période 2012-2014

Destination des recours à la chirurgie	Pourcentage parmi les femmes de moins de 45 ans	Pourcentage parmi les femmes de plus de 75 ans
Paris	53,98	45,13
Seine-et-Marne	2,27	4,77
Yvelines	1,92	5,15
Essonne	3,17	4,80
Hauts-de-Seine	12,36	13,15
Seine-Saint-Denis	2,18	4,84
Val-de-Marne	18,52	15,36
Val d'Oise	5,60	6,80

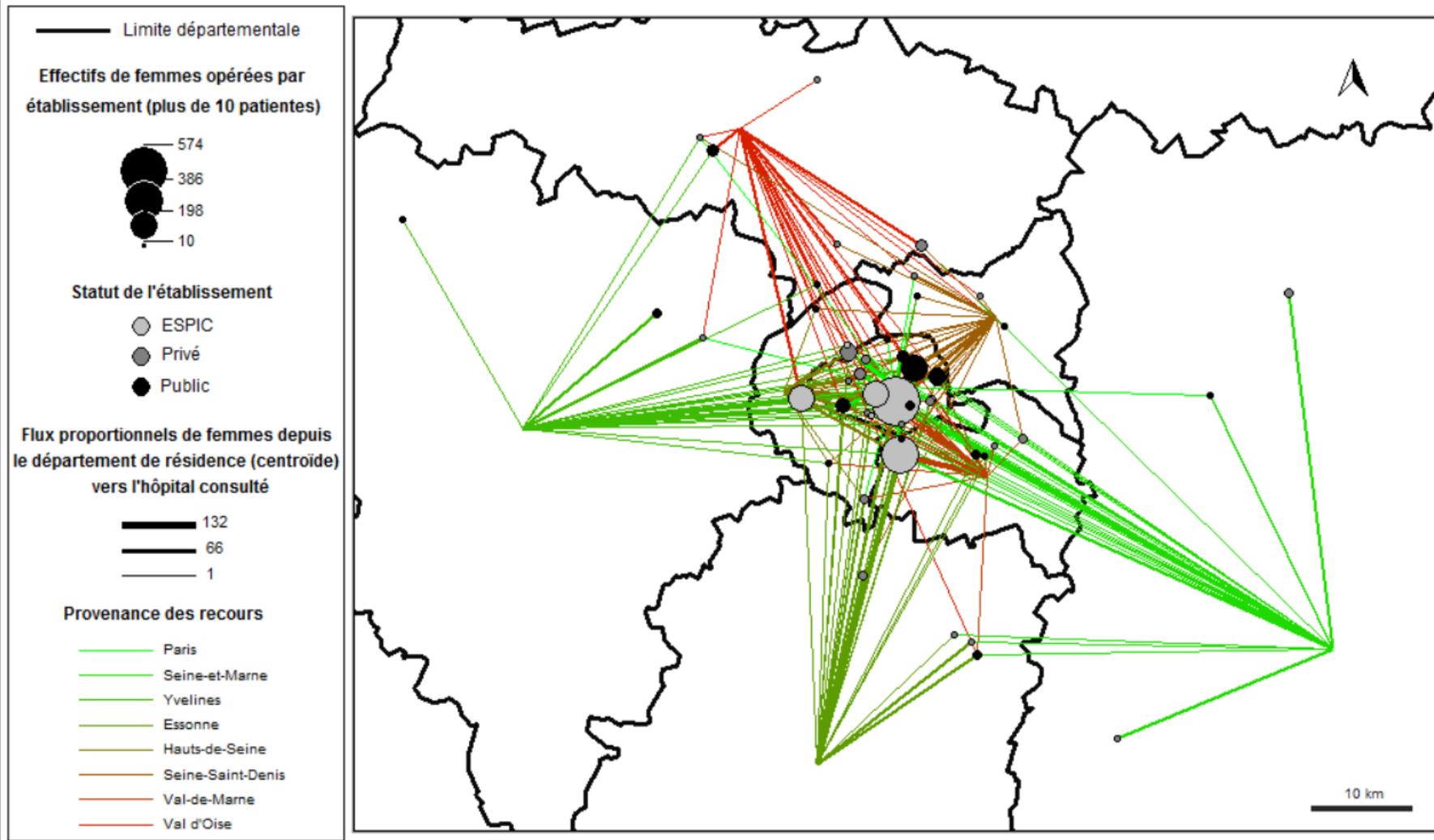
Sources : CNAMTS, SNIIRAM 2006-2014 ; Lefeuvre, D., 2014

Exploitation : Vialard, UPON LADYSS, 2018

In fine, quels que soient les parcours de soins empruntés par les femmes, les professionnels soignants semblent adapter les protocoles de soins en fonction de l'âge des personnes soignées pour un cancer du sein.



**EFFECTIFS ET FLUX PROPORTIONNELS DES RECOURS A LA CHIRURGIE, POUR LES FEMMES ATTEINTES D'UN CANCER DU SEIN EN ILE-DE-FRANCE
PERSONNES ÂGÉES DE MOINS DE 45 ANS AU MOMENT DU DIAGNOSTIC / PERIODE 2012-2014**



Sources : CNAM SNIIR-AM 2006-2014 ; LEFEUVRE D. (2014)

Réalisation : VIALARD L. UPON LADYSS 2018

2) Des parcours de soins adaptés à l'âge des personnes prises en charge

Derrière le stade au diagnostic, l'âge des femmes apparaît comme le facteur qui présage le plus du fait d'être opérée en ambulatoire : les femmes de plus de 75 ans sont 4,5 fois moins opérées en ambulatoire que les personnes âgées de 45 à 59 ans [IC95% : 3.63 ; 5.47]. Le même phénomène est retrouvé en ce qui concerne l'orientation en HAD après la chirurgie : plus les femmes vieillissent et moins elles sortent en HAD. Après 75 ans, elles sortent effectivement 1,3 fois moins en HAD qu'entre 30 et 44 ans [IC95% : 1.01 ; 1.62]. L'OR s'élève à 1,4 pour les personnes âgées de 60 à 74 ans [IC95% : 1.17 ; 1.74]⁴⁴. D'après ces résultats, les professionnels orienteraient moins les femmes âgées vers l'innovation chirurgicale. Ce constat est plutôt rassurant, dans le sens où ils prennent en compte le fait que les personnes âgées sont moins enclines à sortir de l'hôpital le jour même de l'intervention chirurgicale. En effet, elles sont souvent moins entourées à domicile et ne peuvent pas être surveillées en post-opératoire immédiat, ce qui constitue une contre-indication à la chirurgie ambulatoire. De plus, le retour précoce à domicile, si les soins sont encore importants, peut être plus difficile à gérer pour cette catégorie de femmes. Ainsi, les professionnels de soins s'adaptent particulièrement à leurs besoins spécifiques d'accompagnement.

Comme les femmes âgées se tournent davantage vers l'offre privée existante à proximité de leur domicile, elles recourent majoritairement à plusieurs établissements de soins pendant leur parcours thérapeutique : 60% des femmes de plus de 75 ans réalisent leur traitement dans 2 hôpitaux différents *versus* 43,5% pour les personnes de 30 à 44 ans ($p < 0.01$). Toutes choses égales par ailleurs, les personnes de plus de 75 ans sont 1,2 fois plus soignées dans plusieurs établissements comparativement aux femmes de 30 à 44 ans [IC95% : 1.05 ; 1.43]⁴⁵. Ainsi, les délais d'attente entre la chirurgie et le traitement adjuvant varient significativement en fonction des classes d'âge. Les femmes plus jeunes enregistrent des délais relativement longs entre la chirurgie et la radiothérapie adjuvante : les personnes de 30 à 44 ans enregistrent 1,4 fois plus de délais supérieurs à 52 jours (médiane régionale) comparativement aux femmes de plus de 75 ans [IC95% : 1.04 ; 1.78]⁴⁶. Cependant, on observe une situation inverse pour le temps d'accès à la chimiothérapie : plus les femmes

⁴⁴ Cf. annexe n°12, partie 9, pour les résultats de la régression logistique.

⁴⁵ Cf. annexe n°12, partie 12, pour les résultats de la régression logistique.

⁴⁶ Cf. annexe n°12, partie 16, pour les résultats de la régression logistique.

vieillissent et plus les délais sont longs ($p < 0.01$). Les femmes âgées de plus de 75 ans enregistrent 1,9 fois plus de délais supérieurs à 41 jours (médiane francilienne) entre la chimiothérapie et la chirurgie, que les personnes de 30 à 44 ans [IC95% : 1.48 ; 2.37]⁴⁷. Comme nous l'avons expliqué au début de ce chapitre, l'âge particulièrement jeune d'une personne au moment du diagnostic constitue un critère de gravité. Par conséquent, elles pourraient être prioritaires dans l'attribution des séances de chimiothérapie par le service de soins où elles sont prises en charge. Ainsi, ces différents éléments nous permettent d'aboutir à la conclusion que les professionnels soignants prennent en compte l'âge des personnes pour établir le calendrier des traitements et le mode de prise en charge chirurgicale.

Dans la partie suivante, nous allons nous intéresser aux parcours de soins des personnes bénéficiaires de la CMU-C d'après notre base de données. Nous verrons qu'à l'instar des personnes âgées et des femmes dont le stade est avancé au diagnostic, les femmes bénéficiaires de la CMU-C présentent des parcours de soins différents des autres personnes soignées pour un cancer du sein.

IV. DES RECOURS SPECIFIQUES AUX PERSONNES BENEFICIAIRES DE LA CMU-C ?

Dans cette partie, nous allons d'abord décrire la forme des parcours de soins, en termes de statut de l'établissement de recours et de temps d'accès théorique depuis le lieu de résidence des femmes. Dans le second paragraphe, nous nous intéresserons ensuite aux différences observées dans les modes de prise en charge ainsi que dans les soins reçus, en fonction du fait d'être bénéficiaire ou non de la CMU-C.

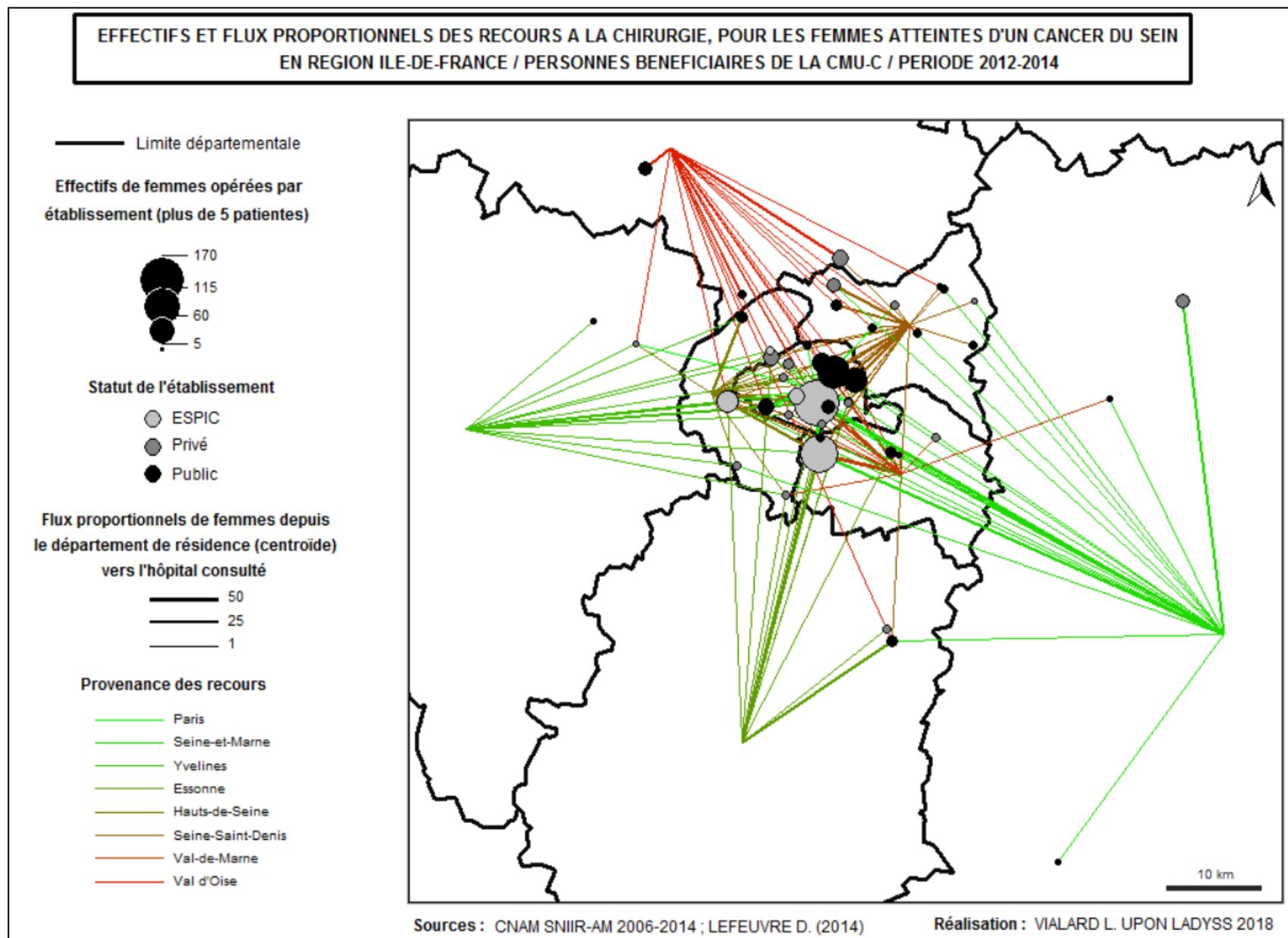
1) Des recours aux soins vers le secteur public pour les femmes bénéficiaires de la CMU-C

Tout d'abord, les femmes bénéficiaires de la CMU-C ont tendance à recourir davantage à l'offre publique de soins existante en région Ile-de-France. En effet, elles sont opérées dans une structure publique dans 42% des cas *versus* 26% pour les femmes non bénéficiaires de la CMU-C. Parallèlement, elles se tournent moins systématiquement vers l'offre proposée par les ESPIC, et donc par les CLCC : 37% d'entre elles sont opérées dans un ESPIC alors que 49% des femmes qui ne sont pas bénéficiaires de ce régime assurantiel se

⁴⁷ Cf. annexe n°12, partie 14, pour les résultats de la régression logistique.

tournent vers un ESPIC pour la chirurgie ($p < 0.01$). La part des recours dans le secteur privé varie de façon moins marquée entre ces deux groupes de population, et ils ne sont plus significatifs dans l'analyse multivariée. D'après la carte n°42 présentée sur la page suivante, les CHU parisiens, du département de la Seine-Saint-Denis et du Val-de-Marne tout autant que les centres hospitaliers publics du Val d'Oise et de l'Essonne drainent une partie importante des interventions chirurgicales des bénéficiaires de la CMU-C opérées d'un cancer du sein. Cependant, l'Institut Curie et l'Institut Gustave Roussy restent les deux établissements les plus consultés par ces dernières pour cette étape de leur parcours de soins. Les écarts sont globalement les mêmes pour l'étape de la chimiothérapie, mais ils apparaissent moins élevés dans le cadre de la radiothérapie : tandis que 26% des femmes bénéficiaires de la CMU-C se tournent vers l'offre publique pour la radiothérapie, ce pourcentage s'élève à 19% parmi les personnes qui n'en sont pas bénéficiaires ($p < 0.01$). Cependant, l'offre libérale de radiothérapie apparaît attractive de façon équivalente pour ces deux groupes de personnes (dans environ 44% des situations dans les deux cas).

Enfin, indépendamment des autres facteurs connus, les personnes bénéficiaires de la CMU-C ne sont pas significativement plus opérées dans les établissements théoriquement les plus proches de leur domicile, que les autres femmes soignées pour un cancer du sein. Cette relation n'est pas non plus significative pour l'étape de la chimiothérapie. Ce résultat peut sembler paradoxal avec le constat fait dans le chapitre précédent, à savoir que les parcours de soins ont tendance à s'organiser plus en proximité du domicile des personnes quand ces dernières résident dans les communes-noyaux socialement populaires. En effet, les femmes bénéficiaires de la CMU-C y sont particulièrement représentées (cf. tableau n°24 page 268). Ainsi, plus que le fait d'être à la CMU-C, il semblerait que ce soit le fait de résider dans cette catégorie de communes spécifiquement qui entraîne cette organisation des soins en proximité. Encore une fois, ce résultat montre qu'il existe manifestement un effet propre aux centres urbains denses et socialement populaires dans la structuration des parcours de soins en onco-sénologie. Dans le paragraphe suivant, nous allons voir que le fait d'être bénéficiaire de la CMU-C semble être synonyme d'une prise en charge particulière de la part des équipes soignantes.



2) Des pratiques soignantes spécifiques envers les personnes bénéficiaires de la CMU-C ?

Tout d'abord, puisque les personnes bénéficiaires de la CMU-C se tournent davantage vers l'offre publique de soins, elles payent particulièrement peu de dépassements d'honoraires : les femmes qui en sont bénéficiaires acquittent 3,9 fois moins de dépassements que les autres personnes soignées pour un cancer du sein [IC95% : 3.06 ; 5.04]⁴⁸. Néanmoins, une soixantaine d'actes leur ont été facturés avec des dépassements d'honoraires pendant la période étudiée.

Tableau n°26

Nombre d'actes facturés avec dépassements d'honoraires pour les femmes à la CMU-C	
< 50 euros	22
Entre 50 et 500 euros	36
Entre 500 et 1000 euros	10
Supérieur à 2000 euros	1

Sources : CNAMTS, SNIIRAM 2006-2014 ; Lefeuvre, D., 2014

Exploitation : Vialard, UPON LADYSS, 2018

Les dépassements concernent principalement les radiothérapeutes libéraux, même si quelques séances de chimiothérapie réalisées dans le secteur privé ont été surfacturées à hauteur de 50 euros. Le seul dépassement qui a excédé la somme de 2000 euros a été enregistré dans le cadre d'une reconstruction mammaire, réalisée également dans une structure privée.

Le fait d'être à la CMU-C n'influence aucunement les probabilités de sortir en HAD, avant ou après ajustement sur les facteurs de confusion. Cependant, toutes choses égales par ailleurs et indépendamment d'un éventuel stade avancé au diagnostic, les bénéficiaires de la CMU-C sont 1,5 fois moins prises en charge en ambulatoire que les femmes qui n'en sont pas bénéficiaires [IC95% : 1.21 ; 1.97]⁴⁹. Ce résultat pourrait traduire une certaine réticence de la part des chirurgiens à laisser sortir les bénéficiaires de la CMU-C en ambulatoire. Du fait d'éventuelles difficultés sociales ou familiales, les professionnels soignants pourraient appréhender le retour à domicile le jour même de l'intervention. Par ailleurs, nous avons observé dans le chapitre précédent que ce phénomène concernait également spécifiquement les résidentes du département de la Seine-Saint-Denis (cf. page

⁴⁸ Cf.annexen°12, partie 11, pour les résultats de la régression logistique.

⁴⁹ Cf. annexe n°12, partie 8, pour les résultats de la régression logistique.

241). D'après le témoignage d'un oncologue médical exerçant dans un hôpital public de ce département, la prise en charge en ambulatoire n'est pas du tout adaptée aux patientes qu'il reçoit. Le retour à domicile dans certains logements insalubres et peu confortables, peut être très problématique. Il évoque des « contextes psycho-sociaux » difficiles qui entraveraient les parcours de soins et notamment le repos nécessaire en post-opératoire immédiat (journée d'observation dans le service et entretien avec l'oncologue, le 26 janvier 2016). Sans forcément consulter les femmes au sujet de leurs préférences, les médecins auraient tendance à anticiper leurs besoins dans un souci d'optimisation de la qualité de la prise en charge. Dans ces contextes particuliers, ils pourraient taire l'information sur les différentes possibilités de traitement, dans une logique certes bienveillante mais relativement paternaliste (Fainzang, 2015).

D'après les résultats décrits dans les paragraphes précédents, nous pouvons distinguer très schématiquement deux types de profils de femmes atteintes d'un cancer du sein à l'échelle de la région francilienne : d'une part les femmes assez jeunes et éduquées, pour qui un cancer du sein est diagnostiqué à un stade précoce (*in situ* dans notre analyse). Ces dernières sont particulièrement attirées par l'offre proposée par les centres experts du centre de la région, notamment pour l'étape de la chirurgie. Elles réalisent majoritairement leur radiothérapie dans le secteur libéral, potentiellement en proximité de leur domicile. Mobiles et insérées dans un dense réseau social, ces femmes ont tendance à être opérées en ambulatoire et à payer beaucoup de dépassements d'honoraires pendant leur parcours de soins ; d'autre part les femmes âgées et / ou diagnostiquées à un stade avancé et / ou bénéficiaires de la CMU-C. A l'exception des femmes bénéficiaires de la CMU-C, ces personnes moins mobiles ont tendance à recourir à l'offre de soins de proximité, qu'elle soit publique ou privée. Elles sont globalement moins orientées vers les CLCC et accèdent particulièrement peu à la chirurgie ambulatoire. Potentiellement isolées socialement, ces femmes dont les protocoles thérapeutiques sont plus lourds pourraient rencontrer des difficultés d'accès aux soins de support et d'accompagnement pendant leur traitement. Toutefois, elles payent généralement peu de dépassements d'honoraires pendant leur parcours de soins. Enfin, où qu'elles résident en Ile-de-France (à l'exception des communes-noyaux socialement populaires), elles présentent des pratiques de recours aux soins relativement similaires selon les départements et les catégories de communes. Ainsi, les parcours de soins apparaissent *a priori* spatialement plus homogènes que ceux du reste de la

population soignée pour un cancer du sein. Dans le chapitre suivant, nous verrons cependant que les parcours de soins de ces femmes potentiellement vulnérables dépendent de l'organisation locale de l'offre de soins et des réseaux d'acteurs soignants au sein desquels elles sont intégrées.

Ces deux catégories de personnes, bien que dessinées à grands traits, correspondent aux deux extrêmes de la population francilienne qui cohabitent au sein de la région et que nous avons décrites dans le deuxième chapitre. A l'échelle de l'Ile-de-France, les pratiques des femmes éduquées, relativement jeunes et mobiles contrasteraient avec les parcours généralement plus complexes des personnes socialement et démographiquement minoritaires. Dans les communes qui concentrent davantage de femmes présentant une situation médico-sociale potentiellement compliquée, les recours aux soins s'organiseraient davantage en proximité. Les personnes à la CMU-C et / ou dont le stade est avancé au moment du diagnostic s'orienteraient préférentiellement vers le secteur public et le libéral pour la radiothérapie, tandis que les personnes âgées consulteraient davantage les établissements privés. Dans le dernier chapitre du manuscrit, nous discuterons de la spécificité de ces parcours de soins complexes à travers deux exemples particuliers. Mais avant de développer ces exemples, il est important de souligner que cette définition médico-sociale de la complexité est assez lointaine de la réalité vécue par les personnes soignées. En effet, les discours des femmes traduisent une diversité bien plus importante de parcours vécus comme complexes et particulièrement pénibles.

V. QUEL VECU DE LA COMPLEXITE PAR LES PERSONNES SOIGNEES ?

1) Le cancer du sein, une expérience systématiquement traumatisante

a) Une rupture inconditionnelle dans le parcours de vie

D'après les résultats de l'enquête qualitative réalisée auprès des femmes soignées pour un cancer du sein en Ile-de-France, la survenue de la maladie constitue une épreuve pénible qui fait violemment irruption dans le parcours de vie et ce, quel que soit l'environnement socio-spatial et les caractéristiques individuelles des personnes. L'annonce du cancer est décrite comme extrêmement traumatisante par la moitié des personnes de notre échantillon. Certaines femmes ont témoigné d'une période de sidération et d'effondrement au début de leur parcours de soins. Le diagnostic constitue effectivement le

moment concret où la mort fait irruption dans le domaine du possible et du conscient. Les personnes qui ont connu l'expérience du cancer parlent d'un avant et d'un après-cancer. Dans son ouvrage intitulé « les temps du cancer », M. Ménoret décrit très précisément cette « rupture biographique irréversible » au moment de l'annonce du cancer, et la réappropriation progressive du temps au fil du parcours de soins et après la maladie (Ménoret, 1999).

Pendant les entretiens, plusieurs femmes se sont également confiées sur la difficulté qu'elles ont eue à assumer socialement le statut de malade. Du jour au lendemain, elles ont basculé dans la catégorie des « cancéreux », ce qui a accentué leur sentiment de rupture biographique. Plusieurs d'entre elles évoquent par exemple un sentiment de déni à travers le fait d'avoir refusé d'échanger avec d'autres personnes atteintes d'un cancer pendant leur parcours de soins. Mme E. n'a pas voulu être emmenée à l'hôpital en ambulance pour que ses voisins ne voient pas qu'elle s'y rendait régulièrement. Mme F. et Mme M. refusent d'employer le terme de cancer pour parler de leur pathologie :

« J'ai du mal à le nommer, parce que bon, ça me saoule. Parce que c'est fort quand même comme mot. Mais bon... je trouve des subterfuges et tout le monde comprend » (Mme M., entretien réalisé le 28/08/17).

Par ailleurs, plusieurs femmes ont témoigné que la survenue de la maladie a transformé leurs relations familiales et amicales. Dans le cas de Mme X., son compagnon ne cessait de pleurer et il a pris ses distances avec elle au fur et à mesure du traitement. Mme R. a subi une double mastectomie, et l'ablation de ses deux seins a été très mal vécue par son mari. En revanche, pour Mme Y., l'annonce du cancer du sein lui a permis de se réconcilier avec sa mère avec qui les relations étaient difficiles auparavant. Finalement, plusieurs personnes évoquent le fait que la maladie a tendance à resserrer ou à l'inverse, à distendre les liens entre les gens. L'entourage peut parfois être plus affecté par la maladie que leur proche directement atteint.

La rupture biographique est d'autant plus pérenne que les soignants n'utilisent quasiment jamais le terme de guérison pour parler de l'aboutissement du parcours de soins des femmes. En effet, pendant les cinq premières années après la fin du traitement, ils ne parlent souvent même pas de rémission. Par conséquent, plusieurs personnes témoignent des difficultés qu'elles ont à se projeter dans l'avenir et à sortir psychologiquement de la maladie. Elles emploient régulièrement l'expression d'« épée de Damoclès » qui pèse au-dessus de leur tête. Pour certaines, les médecins sont considérés comme « avars de bonnes

nouvelles » (Mme B., entretien réalisé le 08/04/2016). La notion de rémission implique effectivement la possibilité d'une rechute, contrairement à la guérison qui est porteuse d'un sens plus définitif. Cette perspective irrigue le quotidien d'une perpétuelle incertitude sur le temps qu'il reste à vivre. La peur de la récurrence ou / et de la mort est presque systématiquement évoquée par les femmes et elle peut perdurer pendant de très nombreuses années :

« La mort s'est considérablement rapprochée. Ce n'est plus du tout pareil. Je le dis, j'ai vu la mort de près. Ce n'est plus du tout la même proximité. C'est beaucoup plus proche » (Mme L, entretien réalisé le 20/02/17).

b) Un sentiment diffus de solitude

Le mal-être lié à la survenue de la maladie et qui se poursuit dans l'après-cancer, particulièrement pour les femmes qui suivent un traitement hormonal, n'est absolument pas anecdotique. Le retour à la vie quotidienne et la reprise du travail sont des périodes qui contrastent avec l'accompagnement soutenu pendant le parcours hospitalier. Ces moments sont propices à la prise de conscience, et la grande majorité des femmes témoignent d'un profond sentiment de solitude pendant cette période de grands bouleversements.

Quand les effets secondaires de l'hormonothérapie tels que la fatigue ou les douleurs viennent se cumuler à ces remous intérieurs, elles peuvent s'enfoncer dans une période psychologiquement difficile :

« Après il n'y a plus rien, seulement les effets secondaires de l'hormonothérapie et la peur de la rechute » (Mme P., entretien réalisé le 15/02/17).

Mme B. pleure beaucoup en parlant de son sentiment d'isolement :

« Parce que le traitement, on est très très entourées (*pleurs*). Et puis après, vous voyez plus grand monde et tout est censé être redevenu normal, et ça l'est pas, donc, c'est ça le problème » (Entretien réalisé le 6/03/17).

L'entourage semble relativement démuné face au mal-être de leur proche, car il ne comprend pas pourquoi la personne souffre paradoxalement de « sa guérison » :

« J'ai quand même utilisé beaucoup d'énergie à essayer de me justifier, d'expliquer que j'avais changé et tout, mais c'est tombé à plat [...] Donc, je fais comme si. Je fais des efforts, je prends sur moi » (Mme H., entretien réalisé le 18/03/17).

Mme R. explique que son mari reste dans le déni de sa maladie, et qu'il fait comme si elle n'avait jamais été malade. Il continue de lui demander quel est le médicament qu'elle prend tous les soirs, qui n'est autre que l'hormonothérapie. L'ampleur de ce sentiment

d'isolement était frappante dans les discours recueillis pendant l'enquête qualitative. Dans son dernier rapport, l'Observatoire sociétal des cancers a mis en évidence un même sentiment d'abandon exprimé par les malades du cancer, après le parcours hospitalier (Observatoire sociétal des cancers, 2018). Les femmes rencontrées en entretien étaient généralement rassurées d'entendre que de nombreuses personnes témoignent du même ressenti après un cancer du sein.

Pendant cette période, la reprise de l'activité professionnelle ne facilite pas toujours un retour serein à la vie sociale, car le monde du travail peut être cruel envers les personnes moins productives. Les femmes reprennent souvent leur emploi dans un environnement adapté, à mi-temps thérapeutique ou par télétravail. Les collègues peuvent avoir du mal à réintégrer une personne quand sa manière de travailler s'est momentanément transformée. Mme E. témoigne de ce type de situation : quand elle a réintégré son équipe, ses collègues ont eu du mal à s'adapter à son nouvel emploi du temps. Cependant, il est important de noter que plusieurs femmes ont été touchées par la grande humanité de la part des équipes avec lesquelles elles travaillent. Mme B. avait par exemple intégré un nouveau service depuis 3 mois. Ses collègues, qui la connaissaient pourtant peu, lui ont écrit et sont venus la voir à l'hôpital.

Finalement, la rupture du parcours de vie entraîne un éclatement des repères préalables et un isolement parfois important des femmes en l'absence d'un entourage structurant. Par conséquent, nombreuses sont celles à avoir entamé une psychothérapie pendant la prise en charge, à l'hôpital ou en ville. Dans le dernier chapitre, nous reviendrons sur la particularité de l'accompagnement des femmes qui résident dans les franges de la région. Nous avancerons certaines hypothèses sur le fait que la rupture biographique que nous venons de décrire, pourrait être particulièrement marquée dans certains territoires périphériques de la région.

c) Quand les temporalités individuelles et institutionnelles se confrontent

La fragmentation du parcours thérapeutique du cancer entre plusieurs spécialités et l'accélération des prises en charge peuvent être la source de heurts entre les temporalités de l'institution soignante et de la personne soignée (Ménoret, *op.cit.*). D'après notre enquête, il existerait effectivement des points de friction entre ces deux rythmes, que les patientes peuvent plus ou moins amortir en fonction des ressources dont elles disposent.

Tout d'abord, le temps d'échanges que les médecins sont en mesure d'accorder à leurs patientes pendant les consultations ne correspond que rarement à leurs attentes. Mme R. et son mari sont sortis abasourdis de la première consultation avec le chirurgien qui, pour eux, a été beaucoup trop rapide :

« Ca s'est fait très très vite... En vingt minutes, on était ressortis. On avait attendu trois heures... au secours... Il a regardé. [...] On enlève tout. Voilà. Donc, il est sorti du bureau. On s'est regardés avec mon mari, on s'est dit : « On enlève tout... On enlève tout quoi ? » Mais, c'était texto comme ça. Donc il est re-entré et mon mari a dit : « Attendez, expliquez-nous « on enlève tout ... » « Bah, on enlève les deux seins, les ganglions et puis chimiothérapie, radiothérapie et dans neuf mois, c'est bon, reconstruction et c'est reparti. On est sortis de là ... » (Entretien réalisé le 8/09/17).

Dans cet exemple, la conception cadencée et standardisée du parcours de soins par le chirurgien se confronte au travail bien plus long et plus global de gestion de la trajectoire par le malade (Strauss et Baszanger, 1991), nécessaire au rétablissement d'une continuité dans le cycle de vie. Suite au rendez-vous avec le chirurgien, ce couple a directement pris contact avec leur médecin généraliste afin qu'il les oriente vers un deuxième avis.

De façon générale en onco-sénologie, le traitement se déroule selon plusieurs phases qui sont successivement gérées par un chirurgien, éventuellement un oncologue médical et souvent un radiothérapeute. Le professionnel référent du parcours est donc différent en fonction des étapes du traitement. Les soignants sont amenés à débattre des options thérapeutiques pendant ou en dehors des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP), et ils ne sont pas toujours d'accord entre eux. Quand les femmes perçoivent les hésitations des médecins qu'elles considèrent comme détenteurs du savoir, les conséquences sont globalement délétères. Le chirurgien de Mme B. n'était pas d'accord avec l'oncologue sur le choix de lui délivrer une chimiothérapie néoadjuvante, et il lui a fait part de son désaccord :

« Donc euh... je dis « O.K., je fais quoi ? Moi je ne suis pas médecin donc... Voilà » (Entretien réalisé le 15/03/17).

Son dossier a finalement été rediscuté en RCP, et elle n'a pas reçu de chimiothérapie. Cependant elle s'est ensuite posée une multitude de questions sur la pertinence du protocole de traitement du fait de ces hésitations :

« Parce qu'après, on se pose des questions quand même : Est-ce qu'il n'aurait pas mieux fait de me faire de la chimiothérapie ? Est-ce que je n'ai pas plus de risques de récurrence ? Quand on est patient quelque part, c'est un petit peu déstabilisant parce qu'on se dit, est-ce qu'ils font vraiment le bon choix quoi » (Mme B., *ibid.*).

Par ailleurs, la question du suivi après la phase aiguë du cancer du sein a été abordée par de nombreuses personnes, notamment pendant la période de l'hormonothérapie. Comme l'explique un gynécologue dans un document sur le suivi de l'hormonothérapie, le traitement hormonal du cancer du sein provoque des effets secondaires qui sont d'une « importance strictement médicale mineure [mais qui] contraste avec le très important retentissement sur la qualité de vie » des femmes (Flipo, 2009). Par exemple, les douleurs articulaires sont décrites comme extrêmement invalidantes pour de nombreuses personnes rencontrées en entretien. Mme M. se sent très diminuée à cause de douleurs situées essentiellement dans les genoux. Mme B. décrit un enfer qui a changé sa vie. Elle a dû arrêter ses activités sportives, et substituer la marche à la course. Elle est obligée de prendre régulièrement des anti-inflammatoires ainsi que des myorelaxants pour supporter les poussées douloureuses (entretien réalisé le 22/02/17). L'image de la « petite vieille » revient à plusieurs reprises dans les entretiens. Les troubles du sommeil, à type de cauchemars ou de réveils fréquents, entraînent une fatigue extrême dans la journée. Mme M. se sent par moment si fatiguée qu'elle pourrait presque « s'allonger par terre » lorsque cela lui arrive au travail (Mme P., entretien réalisé le 15 février 2017). Mme X. a même arrêté de sortir :

« La fatigue, la fatigue fait que j'abandonne pas mal de choses. [...] J'aimais bien sortir, voir des expositions, aller au cinéma, etc. Je ne fais plus tout ça. J'ai envie, à chaque fois que je vois... parce que l'on a un comité d'entreprise... à chaque fois que je vois, j'ai envie, j'ai envie » (Entretien réalisé le 22/08/18).

L'impact des traitements peut durer de nombreuses années après la fin de la phase aiguë du cancer. En effet, l'hormonothérapie est préconisée pendant au moins cinq années consécutives. Pendant cette période, la peur de la récurrence est très présente, et il est parfois difficile de distinguer les signes d'une rechute des effets secondaires de l'hormonothérapie. Dans ce contexte, la consultation de suivi est souvent attendue comme un exutoire pour les

femmes. Elles sont plusieurs à préparer leur liste de questions, en perspective de l'échange très attendu avec le personnel soignant.

Mais la question de l'accompagnement par un professionnel référent a émergé de plusieurs entretiens. Par exemple Mme Y., Mme N. et Mme H. considèrent que du point de vue « humain », le suivi n'est pas optimal car elles n'ont jamais le même interlocuteur :

« Quand vous appelez et que vous avez une petite question, on vous dit « Voyez ça avec votre oncologue référent ! » Ça m'est arrivé de dire « Mais c'est qui ? Parce qu'à ce rendez-vous-là, j'ai vu untel, une autre fois, un autre, une troisième fois, j'avais rendez-vous avec Monsieur machin, mais c'est Monsieur truc qui m'a reçu » (Mme Y., entretien réalisé le 3/03/17).

D'après les témoignages de ces personnes, le discours des professionnels est différent d'une consultation à une autre et l'évolution de leurs symptômes serait globalement mal évaluée.

Pour finir, il est important de noter toutefois que si des situations problématiques ont été mises en avant par les femmes interviewées, c'est aussi parce que les questions de l'entretien portaient sur les ressources et les difficultés qu'elles ont rencontrées pendant leur parcours de soins. Or, en termes de ressources, la totalité des personnes enquêtées a mis en avant les qualités relationnelles et d'accompagnement des professionnels soignants en oncologie. Il est vrai qu'au cours des entretiens, les professionnels de santé sont apparus très conscients du sentiment d'isolement souvent exprimé par les femmes. Autant que possible, ils essayent ainsi de s'adapter à la personne qui a besoin de temps pour intégrer psychiquement la maladie.

Au final, les 31 femmes rencontrées en entretien sont satisfaites de leur parcours de soins. Cependant, elles s'accordent globalement sur le fait que la prise en charge hospitalière a vocation à soigner le volet organique du cancer. Or, la rupture biographique engendrée par la survenue de la maladie dépasse largement la simple sphère somatique. Beaucoup d'entre elles ont fait appel à des soutiens thérapeutiques en dehors de la structure de soins pour répondre à des besoins d'ordre psychique et spirituel. Cette capacité à trouver un accompagnement en sus de ce qui est proposé à l'hôpital, dépend étroitement du pouvoir d'agir des femmes à l'échelle individuelle.

d) Celles qui s'adaptent et celles qui subissent l'organisation de l'institution hospitalière

L'irruption du cancer dans le parcours de vie, comme dans le cadre de toute autre maladie grave, entraîne généralement une certaine « obédience » envers les orientations et conseils prodigués par le corps médical. L'application des recommandations des professionnels experts du cancer semble être considérée comme la garantie d'une issue favorable de la maladie. En effet, quand les femmes ont confiance en l'équipe médicale qui les prend en charge, il semblerait qu'elles se laissent globalement guider dans le parcours de soins. Mme X. est infirmière et tenait particulièrement à être soignée dans un CLCC. Elle savait qu'elle pourrait bénéficier d'essais thérapeutiques et de soins de support qu'on ne lui proposerait pas forcément ailleurs que dans un grand centre. Comme elle avait une entière confiance en l'équipe du CLCC où elle a été traitée, elle s'est "laissée mener" et n'a pas cherché d'informations supplémentaires, notamment sur internet. Elle a pu poser les questions qu'elle voulait tout en restant attentive à ce qu'on lui faisait :

"Je me suis laissée complètement porter, en faisant attention quand même hein. Parce qu'un beau jour, on voulait me faire un truc qui n'était pas pour moi et j'ai dit non" (Mme X., entretien réalisé le 22/08/18).

Dans ce contexte, les femmes parviennent régulièrement à négocier les décisions médicales pour adapter le parcours de soins à leur projet de vie et à leurs désirs. Mme B. a réussi, malgré les réticences initiales de l'oncologue, à organiser sa première chimiothérapie avant des vacances prévues en Corse avec ses amis. Mme D., mère de deux enfants en bas-âge, a décidé de l'endroit où réaliser la radiothérapie pour faciliter son organisation familiale. Elle s'est renseignée elle-même pour bénéficier de ce traitement au plus proche de son domicile. Elle a donc « posé les conditions » de son parcours pour optimiser l'organisation des soins en fonction de sa vie personnelle (Mme D., réalisé le 24/04/17).

A contrario, certaines femmes ont davantage subi le parcours de soins organisé par les professionnels soignants, sans qu'elles n'aient osé poser de questions ou qu'on ne leur fournisse d'explications satisfaisantes. L'exemple de Mme B. est révélateur de ce type de profil. Il s'agit d'une femme divorcée qui a traversé seule l'épreuve du cancer du sein. Elle se décrit comme une personne peu loquace et qui manque de confiance en elle pour poser des questions aux médecins :

« Moi je suis quelqu'un en plus qui s'exprime pas facilement, c'est-à-dire que je ... je suis toujours un peu dans la réserve quoi... Donc c'est « excusez-moi d'exister, je peux poser une question ? » Quand vous les sentez accessibles, vous posez la question » (Mme B., entretien réalisé le 6/03/17).

Dans ce contexte, elle n'a pas trouvé de réponses satisfaisantes aux questions qu'elle se posait :

«Ça par contre, au premier cancer, c'est vrai qu'on n'a pas connaissance de tout ça. On nous donne aucun élément, de réunions, de staff et tout ça [...] on manque d'éléments médicaux d'explications. Je trouve que parfois, les médecins ne s'expliquent pas. Vous voyez, même la gravité de mon deuxième, je l'ai comprise dans la prise en charge, dans la rapidité » (Mme B., *ibid.*).

Dès lors que les femmes ne disposent pas d'un réseau familial ou amical qui leur permet de répondre à leurs interrogations via d'autres canaux, elles ne comprennent pas toujours les choix thérapeutiques faits par l'équipe soignante. Dans ce cas, elles suivent passivement les protocoles de soins sans pouvoir intervenir dans leur organisation et leur mise en œuvre.

Peu importe l'environnement socio-spatial ou les caractéristiques individuelles des femmes concernées, le cancer du sein « fait éclater l'identité [de la] personne en établissant une discontinuité entre le « moi » du passé et celui du présent » (Strauss et Baszanger, 1991). Lorsqu'elles rencontrent des difficultés pour s'adapter au rythme standardisé de l'institution soignante ou pour trouver un support en dehors de ce qui est proposé à l'hôpital, la rupture biographique peut être d'autant plus violente et la reconstruction de la trajectoire de vie d'autant plus difficile.

2) Un inégal accès aux ressources pour supporter le parcours de soins

La structure de la grille d'entretien conduisait les femmes à raconter leur parcours de soins, depuis le diagnostic jusqu'au jour de l'entretien (cf. annexe n°2). Les dimensions médicales, sociales et familiales du parcours étaient donc simultanément évoquées, par le biais d'un discours biographique. Certains parcours sont apparus plus complexes que d'autres, quand les ressources sont plus rares que les difficultés et que ces dernières touchent de multiples dimensions de la vie de la personne.

Comme nous l'avons expliqué précédemment dans ce chapitre, la complexité médicale du cancer du sein peut être liée à de multiples facteurs. Les femmes très jeunes, ou pour lesquelles le stade est avancé au diagnostic présentent des cancers qui sortent plus systématiquement des standards thérapeutiques. Ainsi, ces personnes risquent de recevoir des traitements lourds et de présenter des effets secondaires particulièrement aigus. La chimiothérapie du cancer du sein induit notamment d'importants effets secondaires. Les nausées et les vomissements, la perte d'appétit, l'alopécie, l'anémie et l'aplasie sont très

fréquents voire systématiques pour certains d'entre eux. La perte des cheveux, des cils et des sourcils ainsi que l'atteinte des téguments (perte des ongles, peau sèche) sont particulièrement mal vécues par les femmes. Par ailleurs, la repousse des cheveux n'est pas toujours identique à ce qu'elle était avant la chimiothérapie, ce qui peut modifier de façon importante l'apparence des femmes. Les conséquences de l'anémie (mucites, fièvres et infections) ont été problématiques pour beaucoup de personnes rencontrées en entretien. La douleur des aphtes a parfois entravé l'alimentation, tandis que les infections ont conduit à l'hospitalisation de plusieurs d'entre elles.

Lorsque l'environnement social et familial est fragile, il est facile d'imaginer combien ces effets secondaires sont encore plus difficiles à supporter. Un oncologue d'un centre hospitalier public de Seine-Saint-Denis nous a par exemple confié en entretien, qu'il ne pouvait pas administrer la dose habituelle de chimiothérapie à une femme qui vivait seule avec ses enfants au 10^e étage d'un immeuble sans ascenseur (entretien et observation en consultation, le 26/01/16). La fatigue et les effets non escomptés des traitements risquaient de trop fortement entraver la qualité de vie de cette dernière. Dans notre enquête qualitative, deux femmes interviewées présentaient des difficultés socio-économiques manifestes. L'exemple de Mme B. qui présentait une récurrence d'un premier cancer du sein lors de notre entretien, est particulièrement évocateur. Le jour de notre rencontre, elle était en arrêt de travail depuis 3 ans et ses indemnités journalières avaient donc été diminuées de moitié. Mère célibataire, elle a évoqué des fins de mois difficiles. Par ailleurs, le traitement de la récurrence a été particulièrement agressif dans son cas, d'autant plus compte tenu de son jeune âge. Elle a témoigné du fait qu'elle n'avait ni le temps ni l'argent pour aller chez le coiffeur et l'esthéticienne pendant la phase de la chimiothérapie. La situation de son couple était déjà compliquée avant la survenue du cancer et de la récurrence. De fait, parce qu'elle « ne ressemblait à rien » les choses ne se sont pas arrangées (Mme B., entretien réalisé le 6/03/17). Dans le cas de Mme F., elle a été diagnostiquée d'un cancer du sein après la naissance de sa fille. Grâce à ses parents et à une amie qui ont gardé son nouveau-né pendant le parcours thérapeutique, elle a pu se faire soigner. Sans ce soutien, elle n'aurait jamais pu supporter simultanément les effets secondaires des traitements et la naissance de son premier enfant. Issue d'un milieu socio-économique très modeste, elle n'avait aucun autre moyen de garde à sa disposition. En plus de ces difficultés, elle a été licenciée par son employeur au début de son parcours de soins.

En ce qui concerne Mme A. dont les enfants sont adultes, elle est employée municipale et gagne correctement sa vie. Mais elle a témoigné d'un grand isolement social avec son mari qui est très distant et ses enfants qui résident loin de chez elle. Son mal-être s'est amplifié depuis l'annonce et le traitement d'une récurrence de son cancer du sein. De plus, elle n'est pas parvenue à négocier d'aménagement de poste parce qu'elle n'a reçu qu'un traitement chirurgical sans traitement adjuvant. Elle souffre toutefois de douleurs séquellaires d'importantes complications chirurgicales.

Enfin, Mme D. n'a pas exprimé de difficultés économiques particulières à l'occasion de l'entretien, mais elle est mère de deux enfants en bas-âge. Elle n'a pas pu obtenir d'arrêt de travail en bonne et due forme au moment de son diagnostic, c'est pourquoi aucun moyen adapté de garde n'a été possible pendant le traitement. Quand elle était "dans le creux de la vague", elle déposait son fils aîné à la crèche pour rentrer se reposer et mettait son réveil pour le récupérer en fin de journée (entretien réalisé le 24/04/17). Elle a dû s'occuper de sa plus jeune fille pendant l'ensemble de son parcours de soins. Par ailleurs, elle réside en périphérie de la région francilienne, ce qui n'a pas facilité le recours à des aides spécifiques à proximité de son domicile pendant les périodes critiques. Nous reviendrons plus amplement sur l'expérience de ces quatre femmes, au moment où nous aborderons les parcours de soins des personnes issues des franges régionales dans le dernier chapitre du manuscrit.

CONCLUSION : LES PARCOURS COMPLEXES, UNE DIVERSITE DE COMBINAISONS DE FACTEURS SOCIAUX ET SPATIAUX

A l'aune des résultats présentés dans ce chapitre, nous pouvons alimenter le concept d'accès aux soins selon le schéma réalisé à partir de la théorie de R. Penchansky et J.W. Thomas (cf. schéma n°3 page 97). Les cinq dimensions de ce concept se déclinent d'autant plus finement à l'échelle des individus et le modèle que nous avons commencé à nourrir dans le chapitre précédent gagne davantage de profondeur :

- D'après les femmes rencontrées en entretien, la disponibilité des professionnels soignants pendant le parcours de soins est globalement limitée à la sphère somatique de la prise en charge du cancer. Même si de nombreux professionnels parviennent à adapter leurs pratiques et leur emploi du temps à la temporalité des personnes, elles ont particulièrement souligné ce problème pendant les entretiens.
- En termes d'acceptabilité, il existerait donc un hiatus entre une vision encore très médico-centrée et somatique de l'impact du cancer du sein dans la vie des individus, et une

approche plus globale de l'individu atteint de cancer. Nombreuses sont les femmes à avoir traversé des situations vécues comme complexes, malgré le fait qu'elles ne présentaient pas de critères médico-sociaux les prédisposant comme telles.

- Ainsi, beaucoup de femmes ont tendance à se tourner vers des ressources externes à l'hôpital, pour traverser l'épreuve de la maladie (soins de support tels que l'acupuncture, la socio-esthétique etc.). Or, ces ressources ont un coût, et l'accès à ces dernières dépend notamment de la capacité financière des femmes à les assumer.
- Malgré la hiérarchisation de l'offre de soins en ce qui concerne les prises en charge complexes, les femmes dont le cancer est diagnostiqué à un stade précoce sont celles qui se font majoritairement opérer dans les centres de lutte contre le cancer. La façon dont l'offre est organisée et l'orientation des femmes au sein du système de soins – *i.e.* la commodité d'après R. Panchansky et J.W. Thomas – semblent dépendre davantage des réseaux informels entre les professionnels et des pratiques individuelles, que du cadre législatif qui structure ce système.

A travers deux exemples spécifiques, le dernier chapitre de ce manuscrit nous permettra de préciser comment s'opère l'articulation entre les dynamiques métropolitaines à l'œuvre dans la région francilienne, l'organisation des parcours de soins et l'orientation des situations individuelles complexes dans ce cadre. Nous discuterons ainsi du poids des structures macrosociales et du pouvoir d'action des acteurs en présence, dans le constat d'un inégal accès aux soins entre les territoires considérés.

CHAPITRE 6 :

LES CONSTRUCTIONS SOCIOTERRITORIALES DU RECOURS AUX SOINS POUR LE CANCER DU SEIN EN ILE-DE-FRANCE

INTRODUCTION : BESOINS DE SOINS ET RECOURS AUX SOINS, QUELLE ADEQUATION EN FONCTION DES TERRITOIRES FRANCILIENS ?

Dans le précédent chapitre, nous avons constaté que les contrastes dans le risque de présenter un cancer du sein plus ou moins métastatique au moment du diagnostic apparaissent très marqués entre les territoires de la région (cf. planche de cartes n°1 page 269). Nous avons également évoqué le fait qu'indépendamment de leur lieu de résidence, les personnes bénéficiaires de la CMU-C étaient plus susceptibles d'être diagnostiquées à un stade avancé du cancer du sein (cf. chapitre 5, p.267). Ainsi, les besoins de soins hautement spécialisés tout autant que l'accès aux soins de support seraient particulièrement élevés parmi les femmes dont le cancer est diagnostiqué d'emblée métastatique, *a fortiori* pour les personnes bénéficiaires de la CMU-C. Rappelons qu'avec les personnes de plus de 75 ans, nous considérons dans cette recherche que ces femmes présentent des parcours de soins potentiellement plus complexes en termes de prises en charge.

A l'échelle des départements franciliens, le volume des cancers du sein métastatiques parmi les cas incidents, est inégal. En effet, le département du Val d'Oise enregistre plus d'un tiers des cas incidents diagnostiqués à un stade métastatique, tandis que le département de l'Essonne en compte moins d'un quart ($p < 0.01$).

Tableau n°27

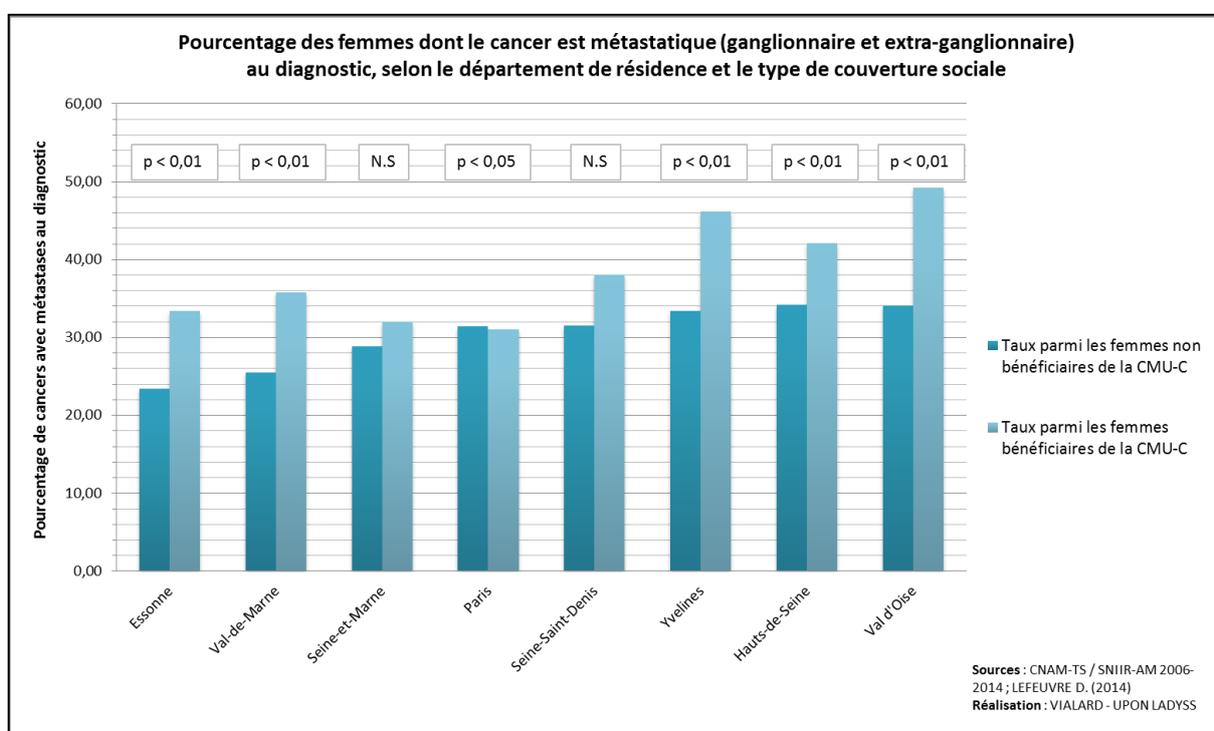
Part des cancers incidents diagnostiqués avec des métastases d'emblée (en %), selon les départements franciliens	
Val d'Oise	34,5
Hauts-de-Seine	34,5
Yvelines	33,2
Seine-Saint-Denis	30,9
Paris	30,4
ILE-DE-FRANCE	30,1
Seine-et-Marne	28,4
Val-de-Marne	24,4
Essonne	23,2

Sources : CNAMTS, SNIIRAM 2006-2014 ; Lefeuvre, D., 2014

Exploitation : Vialard, UPON LADYSS, 2018

De plus, les différences dans les pourcentages de cancers métastatiques au diagnostic entre les populations bénéficiaires ou non de la CMU-C sont très hétérogènes en fonction des départements. En effet, comme le montre le graphique présenté ci-dessous, les femmes bénéficiaires de la CMU-C qui résident dans le Val d’Oise affichent un taux de 15% supérieur aux personnes non-bénéficiaires habitantes du département ($p < 0.01$). Les écarts sont également très élevés entre les femmes bénéficiaires et non-bénéficiaires de la CMU-C dans les départements des Yvelines et des Hauts-de-Seine. Parmi les départements où les cancers métastatiques sont moins représentés, l’Essonne et le Val-de-Marne enregistrent un écart de 10% entre ces deux groupes de population ($p < 0.01$).

Graphique n°7

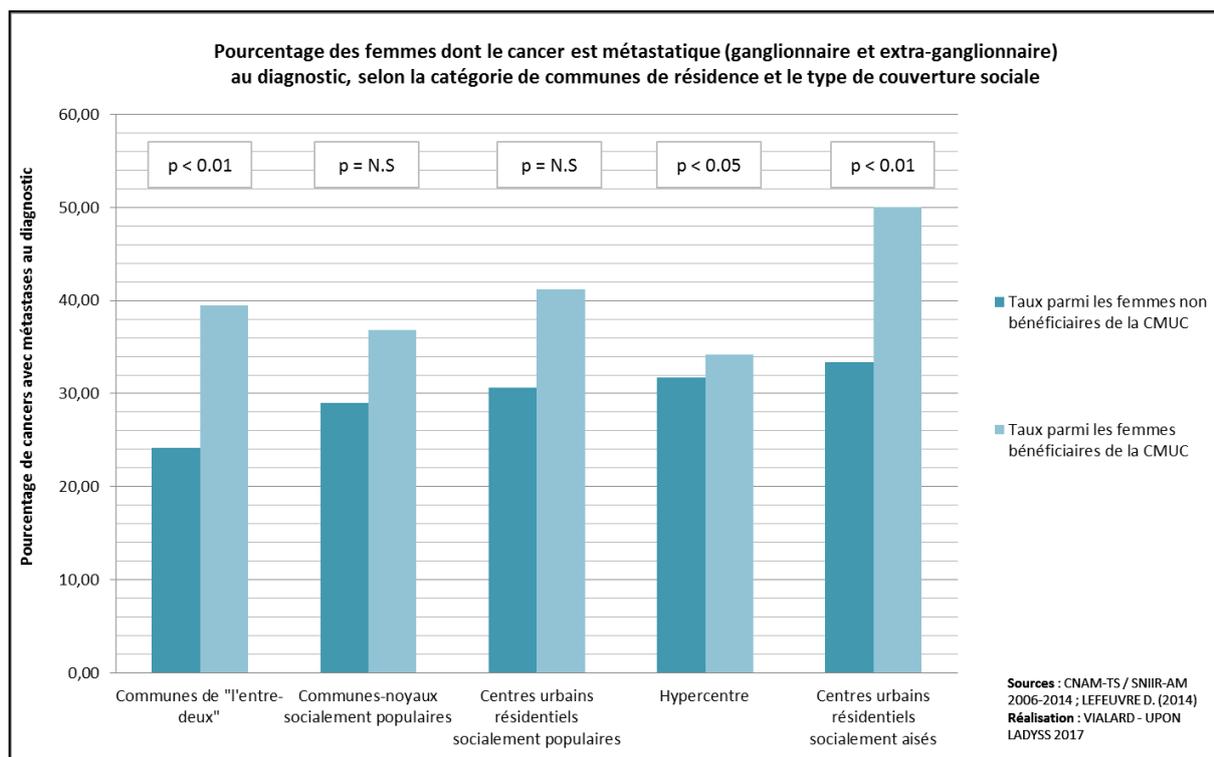


A l’échelle des catégories spatiales issues de la typologie (cf. graphique n°8 page suivante), seuls les centres urbains résidentiels socialement aisés enregistrent une part des cancers métastatiques significativement plus élevée que la moyenne francilienne. A l’inverse, les communes dites « de l’entre-deux » affichent une sous-représentation significative des cancers métastatiques au diagnostic ($p < 0.01$).

Comme le montre le graphique ci-dessous, les taux de cancers métastatiques entre les femmes bénéficiaires et non-bénéficiaires de la CMU-C sont particulièrement importants pour ces deux catégories spatiales. Ils sont légèrement significatifs pour les communes de l’hypercentre de la région. Les effectifs de femmes bénéficiaires de la CMU-C sont trop

faibles dans les catégories de communes périurbaines c'est pourquoi les taux ne sont pas présentés sur ce graphique.

Graphique n°8



In fine, quel que soit le territoire considéré (excepté Paris), le fait d'être bénéficiaire de la CMU-C apparaît systématiquement synonyme d'un taux plus élevé de stade avancé au diagnostic. Néanmoins, en fonction des départements et des catégories de communes de l'ISDU, ce risque ne s'exprime pas dans la même mesure. Nous pouvons donc formuler l'hypothèse que les besoins de soins hautement spécialisés ainsi qu'en termes de soins de support, seraient plus importants pour les personnes atteintes de cancers métastatiques, les bénéficiaires de la CMU-C et les personnes très âgées. Dans ce chapitre, nous allons tenter d'évaluer si en fonction des territoires, les parcours de soins que suivent ces personnes en situation potentiellement complexes, répondent équitablement à ces besoins de soins.

Toute d'abord, bien que le ratio d'incidence soit significativement plus faible que la moyenne régionale (cf. carte n°5 page 65), le département du Val d'Oise présente une part importante de cancers diagnostiqués métastatiques d'emblée. De plus, les disparités en termes de stade avancé au diagnostic sont extrêmement marquées entre les femmes bénéficiaires et non-bénéficiaires de la CMU-C. Ainsi, la proportion des situations potentiellement complexes parmi l'ensemble des femmes soignées pour un cancer du sein, est certainement élevée dans le Val d'Oise. Par ailleurs, nous avons noté que les parcours de

soins avaient tendance à s'organiser en proximité, davantage auprès des structures publiques et privées du département. Enfin, la part des dépassements d'honoraires facturés pendant le parcours de soins est la plus importante d'Ile-de-France.

En parallèle, le département de l'Essonne dont le ratio d'incidence est le plus élevé de la région, enregistre une particulière sous-représentation des cancers métastatiques. Mais les écarts sont également très marqués entre les personnes bénéficiaires et non-bénéficiaires de la CMU-C. Les femmes résidant dans le département sont par ailleurs, plus systématiquement orientées vers l'offre proposée par les centres experts de Paris et de sa proche couronne.

Quelle peut être l'influence des différents types de filières de soins sur l'accès aux soins, notamment celui des personnes en situation potentiellement complexe ? Peut-il être entravé d'une quelconque façon ? Par ailleurs, est-il équitable pour tous et partout dans ces départements ? Dans la première partie de ce chapitre, nous discuterons du rôle de l'organisation spatialement différenciée des parcours de soins sur la qualité de l'accès aux soins, des femmes soignées pour un cancer du sein dans le Val d'Oise et dans l'Essonne. Afin de décrire précisément les différentes logiques spatiales qui orientent les parcours de soins dans ces départements, nous avons mobilisé deux échelles d'analyse en plus des catégories de communes issues de l'ISDU : l'échelle cantonale et l'exemple des deux villes nouvelles que sont respectivement Cergy-Pontoise et Evry Centre Essonne. Grâce à cette lecture multiscalair, nous serons en mesure de proposer une analyse détaillée des dynamiques sociales et spatiales qui façonnent les parcours de soins au sein de ces départements.

Dans la seconde partie du chapitre, nous allons comparer les possibilités d'accès aux soins des personnes habitant dans les communes résidentielles socialement aisées situées dans les franges internes et les pôles secondaires des Yvelines et du Val d'Oise, avec les recours aux soins des femmes issues des communes périurbaines socialement populaires des franges externes de la région francilienne (cf. croquis n°1 d'après F. Gilli, page 110). En effet, nous avons noté que les cancers métastatiques sont plus systématiquement diagnostiqués dans les départements et les communes de l'Ouest parisien. Les ratios d'incidence sont significativement plus élevés dans les Yvelines et les Hauts-de-Seine que la moyenne régionale. De plus, les femmes bénéficiaires de la CMU-C habitant dans ces deux départements et dans les centres urbains résidentiels socialement aisés, enregistrent des taux de cancers métastatiques encore plus élevés que les personnes qui n'en sont pas bénéficiaires. Ensuite, les personnes âgées de plus de 75 ans et soignées pour un cancer du sein

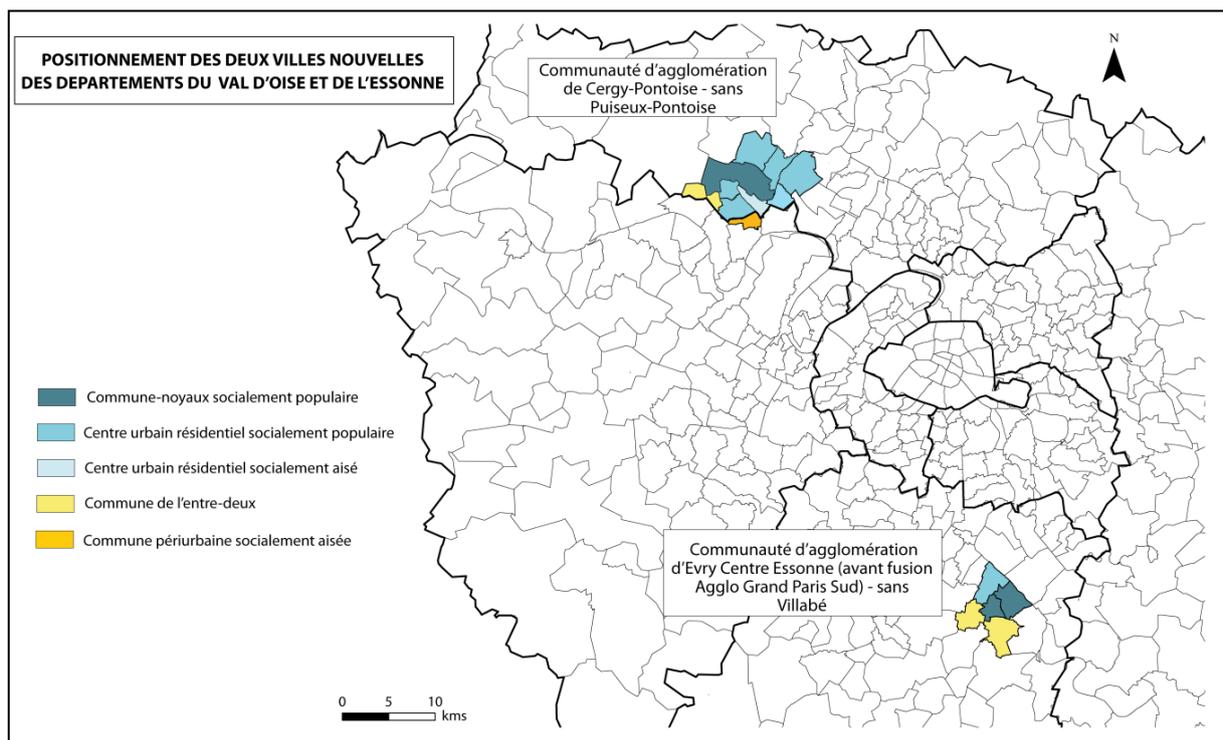
sont également plus représentées dans cette partie de la région. En d'autres termes, les parcours de soins potentiellement complexes existent également au sein de ces territoires socialement aisés. Par ailleurs, dans le 3^e chapitre, nous avons noté que les femmes qui résident dans le département des Yvelines sont majoritairement opérées à distance de leur domicile et dans les centres experts du centre de la région (cf. carte n°21 page 180). Pour l'étape de la chimiothérapie, le département semble divisé entre une moitié nord dont les femmes sont davantage prises en charge dans les établissements de proximité et une moitié sud, dont les recours sont plus orientés vers les CLCC de l'Institut Curie de Paris et de Saint-Cloud (cf. carte n°24 page 197). Enfin, nous savons également que la distance géographique peut compliquer la commodité d'accessibilité à l'hôpital (cf. 4^e chapitre, partie 4, page 254). Dans ce cadre, l'accès aux soins de support et à un accompagnement social adapté peut-il être problématique pour les personnes en situation complexe et qui résident dans les franges régionales de l'ouest de l'Île-de-France ? Comment s'organisent, en parallèle, les parcours de soins des personnes vulnérables qui habitent dans les périphéries régionales socialement plus populaires dans l'est de la région, et moins directement connectées à l'hypercentre ?

Les cas des communes de « l'entre-deux », des centres urbains résidentiels socialement aisés et populaires auraient été intéressants à approfondir. De la même façon, les départements du Val-de-Marne et des Hauts-de-Seine présentent des spécificités qui auraient sans doute méritées d'être creusées. Toutefois, nous avons choisi de nous concentrer sur deux exemples spécifiques qui ont fait l'objet de constats particulièrement intéressants tout au long du manuscrit. A partir des exemples mobilisés, il s'agira de compléter le modèle théorique de l'accès aux soins proposé par R. Penchansky et J.W. Thomas avec les éléments relatifs aux constructions socioterritoriales des parcours de soins, collectés dans cette recherche (Penchansky et Thomas, 1981). Dans ce chapitre, l'ensemble des situations potentiellement complexes (âge supérieur à 75 ans, bénéficiaire de la CMU-C ou stade métastatique extra-ganglionnaire au moment du diagnostic) a été agrégée en une catégorie unique, pour obtenir suffisamment d'effectifs à une échelle fine.

I. L'EXEMPLE DES DEPARTEMENTS DU VAL D'OISE ET DE L'ESSONNE

Les départements du Val d'Oise et de l'Essonne sont deux départements périphériques de la région, non directement voisins avec la capitale. Situés respectivement au nord-ouest et au sud de Paris, ils comptent plusieurs ensembles de communes-noyaux et des centres urbains résidentiels socialement populaires limitrophes avec les départements de la première couronne. Ces deux circonscriptions administratives ont connu le développement similaire des villes nouvelles à la fin des années 1960, conçues *ex nihilo* comme des centres urbains secondaires qui devaient structurer la périurbanisation de l'agglomération parisienne (Imbert et al., 2011). D'après le recensement de 2014, la communauté d'agglomération de Cergy-Pontoise qui regroupe 13 communes comptait environ 200 000 habitants. La ville nouvelle d'Evry Centre Essonne représente un ensemble de 6 communes et comptait plus de 500 000 habitants en 2005.

Carte n° 43



Réalisation : Vialard L. / UPOND - LADYSS / 2016

Sources : recensement INSEE 1990 et 2012 ; IAU ; BPE INSEE 2014 ; STIF 2015 ; BD Carto IGN ; SIRENE 2011 à 2014 ; Observatoire des territoires.

Ces deux pôles urbains secondaires sont principalement constitués de communes socialement populaires (communes-noyaux et centres urbains résidentiels), de quelques communes de l'entre-deux et dans le cas de Cergy-Pontoise, de deux communes

socialement plus aisées. Ils accueillent de nombreux services de l'Etat, et disposent chacun d'un hôpital public et de cliniques habilités pour les prises en charge des femmes atteintes d'un cancer du sein. En effet, à Cergy-Pontoise se trouvent un centre hospitalier public et un établissement privé, la Clinique Sainte-Marie, située à Osny. Deux structures privées de soins existent également dans la ville d'Evry Centre Essonne : la clinique de l'Essonne et la clinique du Mousseau (CMCO). Le centre hospitalier public Sud Francilien se trouve dans une commune limitrophe de la ville nouvelle, à Corbeil-Essonnes (cf. 2^e chapitre, cartes n°12 page 117, n°14 page 119 et n°16 page 121).

Comparativement au département du Val d'Oise, l'Essonne compte davantage de personnes résidant dans des centres urbains denses et socialement aisés. Les femmes qui habitent dans les communes-noyaux socialement populaires y sont moins nombreuses. Toutefois, au sein de la communauté d'agglomérations d'Evry Centre Essonne, plus de 80% des femmes de notre échantillon résident dans des communes-noyaux ou des centres urbains résidentiels socialement défavorisés. Ce chiffre dépasse 90% dans le cas de la ville nouvelle de Cergy-Pontoise. Ainsi, le taux des femmes bénéficiaires de la CMU-C est plus élevé dans le Val d'Oise que dans l'Essonne, mais il est équivalent pour les deux villes nouvelles (cf. tableau n°28 page suivante).

Les espaces plus périphériques de ces deux départements sont assez semblables, avec un mélange relativement équilibré de communes résidentielles périurbaines, socialement aisées et vieillissantes ou socialement désavantagées où les habitants ont tendance à s'appauvrir. Comme nous avons déjà pu l'observer au travers des disparités dans les taux d'incidence de cancers métastatiques, les femmes du département du Val d'Oise sont plus nombreuses à présenter un cancer métastatique au moment du diagnostic. Ces disparités se retrouvent également à l'échelle de Cergy-Pontoise et d'Evry Centre Essonne. Toutefois, les femmes diagnostiquées d'un cancer du sein dans la ville nouvelle d'Evry Centre Essonne présentent légèrement plus de métastases extra-ganglionnaires que les habitantes de Cergy-Pontoise, *i.e.* le stade le plus avancé d'après les données à notre disposition. De plus, la part des personnes âgées de plus de 75 ans souffrant d'un cancer du sein est plus importante dans l'Essonne, d'autant plus dans la ville nouvelle d'Evry Centre Essonne comparativement à Cergy-Pontoise.

Tableau n°28 : Présentation des profils des femmes incluses dans l'analyse comparée des départements du Val d'Oise et de l'Essonne – Période 2012-2014

	VAL D'OISE	ESSONNE
<i>Effectifs de femmes soignées pour un cancer du sein (2012-2014)</i>	1 855	2 417
Pourcentage des femmes résidant dans les différentes catégories de communes		
<i>Communes-noyaux socialement populaires</i>	29,76	18,54
<i>Centres urbains résidentiels socialement populaires</i>	49,38	42,95
<i>Centres urbains résidentiels socialement aisés</i>	1,13	9,89
<i>Communes de "l'entre-deux"</i>	8,57	15,31
<i>Communes périrubaines résidentielles socialement aisées</i>	10,03	9,31
<i>Communes périrubaines résidentielles socialement populaires</i>	1,13	4,01
Pourcentage des parcours de soins potentiellement complexes		
<i>Effectifs (et pourcentage) de femmes bénéficiaires de la CMU-C</i>	122 (6,6%)	87 (3,6%)
<i>Effectifs (et pourcentage) de femmes présentant un cancer métastatique d'emblée au diagnostic</i>	651 (35,1%)	574 (23,7%)
<i>Effectifs (et pourcentage) de femmes âgées de plus de 75 ans</i>	287 (15,5%)	415 (17,2%)
	CERGY-PONTOISE	EVRY CENTRE ESSONNE
<i>Effectifs (et pourcentage) de femmes bénéficiaires de la CMU-C</i>	15 (6,8%)	13 (6,1%)
<i>Effectifs (et pourcentage) de femmes présentant un cancer métastatique d'emblée au diagnostic</i>	80 (36,2%)	44 (20,7%)
<i>Effectifs (et pourcentage) de femmes présentant un cancer métastatique extra-ganglionnaire au diagnostic (stade le plus avancé)</i>	21 (9,5%)	24 (11,32%)
<i>Effectifs (et pourcentage) de femmes âgées de plus de 75 ans</i>	20 (9%)	37 (17,4%)

Sources : CNAMTS, SNIIRAM 2006-2014 ; Lefeuvre, D., 2014

Exploitation : Vialard, UPON LADYSS, 2018

Par conséquent, la part des situations complexes parmi l'ensemble des cas incidents oscille entre 27% pour l'Essonne et 29% pour le Val d'Oise ($p = N.S.$). Cette différence est plus marquée entre la ville nouvelle d'Evry Centre Essonne (29,7%) qui concentre légèrement plus de situations potentiellement complexes au moment du diagnostic, que Cergy-Pontoise (22,9% ; $p < 0.05$).

Dans la partie suivante, nous allons décrire la forme des parcours de soins dans les départements de l'Essonne et du Val d'Oise, à l'échelle des cantons et des catégories de communes de l'ISDU. Nous verrons que les logiques spatiales qui sous-tendent ces parcours sont très différentes, au sein d'espaces qui présentent pourtant des caractéristiques relativement similaires d'après l'ISDU.

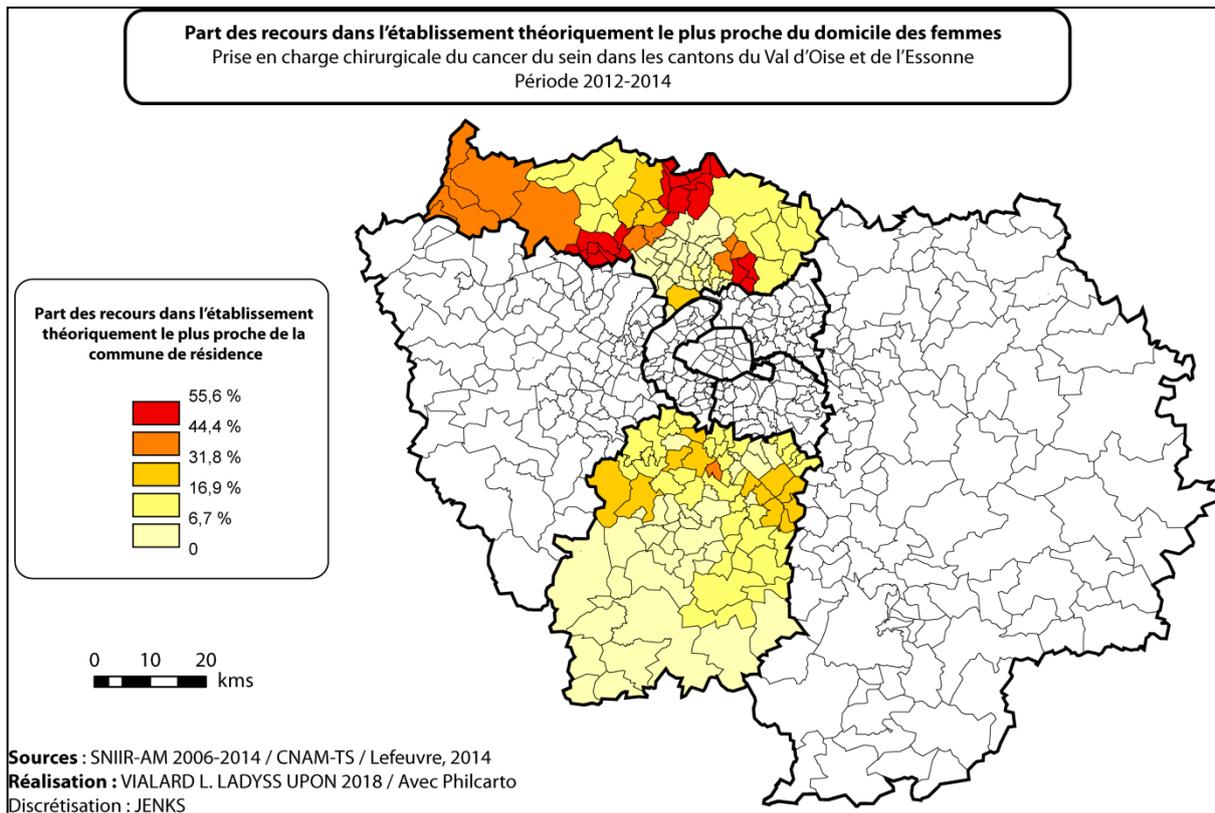
1) Des parcours de soins qui suivent une logique spatiale différente

Dans le 3^e chapitre, nous avons décrit les contrastes dans l'organisation départementale des parcours de soins des femmes résidant dans le Val d'Oise et dans l'Essonne. En bref, pour toutes les étapes du parcours de soins, les femmes soignées pour un cancer du sein qui résident dans le Val d'Oise sont principalement prises en charge dans les hôpitaux privés et les cabinets libéraux de radiothérapie situés au sein du département voire au plus proche de leur commune de résidence. Dans le département de l'Essonne, les personnes soignées pour un cancer du sein sont davantage orientées vers les CLCC de Paris et du Val-de-Marne pour l'ensemble de leur parcours de soins. De plus, elles sont plus nombreuses à être captées par ces centres experts pour le traitement adjuvant. Ainsi, l'attraction des structures locales de soins n'est pas la même selon le département. Dans cette partie, nous allons voir qu'elle varie également à l'intérieur de ces deux départements, entre les différents cantons et les catégories de communes issues de notre typologie.

a) Des contrastes majeurs à l'échelle des cantons des deux départements

La carte n°44 (page suivante) présente les recours de proximité dans le cadre de la chirurgie du cancer du sein. Pour le département du Val d'Oise, elle montre très nettement que les cantons situés à proximité de l'Hôpital de Pontoise, de la Clinique Conti (dans le nord du Val d'Oise) et de l'Hôpital privé Nord Parisien à Sarcelles enregistrent une part élevée de recours à la chirurgie en proximité. Ces établissements apparaissent donc particulièrement attractifs pour les femmes opérées d'un cancer du sein, qui résident dans ces espaces. Les cantons de l'ouest du département enregistrent également plus de 30% de recours à la chirurgie dans l'hôpital théoriquement le plus proche de la commune de résidence des femmes. A l'inverse, les recours de proximité sont globalement rares dans l'Essonne. Quelques cantons aux alentours d'Evry et d'Orsay affichent des taux de recours dans l'établissement théoriquement le plus proche, supérieurs à 17%. Toutefois, en règle générale, les femmes ont tendance à se faire opérer plus à distance de leur domicile.

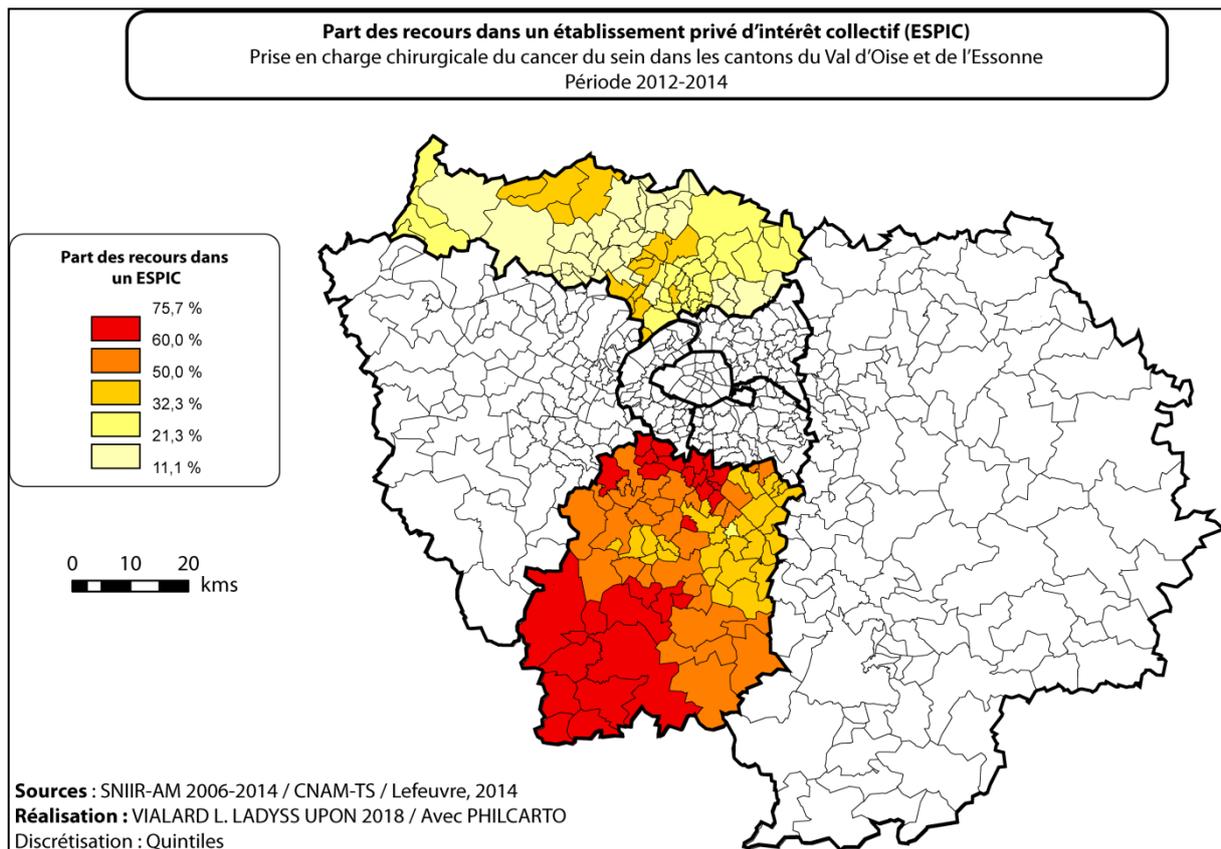
Carte n°44



La distribution cantonale des recours à la chirurgie dans les ESPIC – *i.e.* majoritairement les CLCC - vient appuyer ce constat.

Comme le montre la carte n°45 présentée page suivante, les femmes issues des cantons situés au sud du département de l'Essonne recourent massivement à la chirurgie dans les ESPIC. A l'instar des cantons limitrophes de la première couronne à l'ouest du département, les femmes sont prises en charge à plus de 60%, dans les ESPIC pour l'étape chirurgicale du traitement du cancer du sein. A l'inverse, autour de la commune d'Evry et des cantons situés au centre de l'Essonne, les recours vers les ESPIC ne dépassent pas 50%. En comparaison, les résidentes du Val d'Oise se tournent très peu vers ces établissements pour la chirurgie. Seules les femmes qui habitent au centre du département, autour de la commune de Villiers-Adam, ont tendance à se rendre davantage dans les ESPIC pour cette étape du parcours. Idem pour les femmes résidant dans le nord du Val d'Oise dans le parc du Vexin, qui se tournent davantage vers ce type de structures de soins pour la chirurgie. En définitive, l'orientation des femmes dans le système de soins et l'attraction des hôpitaux locaux apparaissent très différentes entre les cantons de ces deux départements.

Carte n°45



La répartition des cas potentiellement complexes au moment du diagnostic au sein de ces cantons ne semble pas expliquer les différents types de recours. En effet, la distribution cantonale des cas complexes n'est pas significativement associée à la structure spatiale des recours à la chirurgie vers les ESPIC ou vers l'établissement situé théoriquement au plus proche du domicile des femmes (les coefficients de détermination ne sont pas significatifs dans les régressions linéaires). L'analyse proposée à l'échelle des catégories de communes de l'ISDU dans le paragraphe suivant, permet d'apporter des précisions au sujet de ces observations.

b) Des disparités d'attraction des établissements en fonction des catégories de communes

D'après le tableau présenté ci-dessous, nous pouvons constater que les cas considérés comme complexes au moment du diagnostic ne se concentrent pas dans les mêmes proportions au sein des différentes catégories de communes de l'ISDU, situées respectivement dans l'Essonne et dans le Val d'Oise. Les personnes en situation complexe se répartissent de façon relativement homogène dans les différentes classes de communes de l'Essonne. En effet, tandis que la part des cas complexes s'élève à 21,7% dans les communes périurbaines socialement populaires, les centres urbains résidentiels socialement populaires enregistrent un taux de 29,6% ($p = N.S.$). En comparaison, les disparités apparaissent bien plus marquées entre les catégories de communes du Val d'Oise. Quand 14,3 % des femmes résidant dans les communes périurbaines socialement populaires présentent une situation potentiellement complexe au moment du diagnostic, elles sont 33,5% parmi les habitantes des communes-noyaux socialement populaires et 44,9% dans les centres urbains résidentiels socialement aisés ($p < 0.01$). Précisons toutefois que les effectifs de femmes habitant dans ce dernier groupe de communes sont particulièrement faibles dans le Val d'Oise.

Tableau n°29

Part des cas complexes au moment du diagnostic, en fonction des catégories de communes selon l'ISDU		
	Essonne	Val d'Oise
Effectifs de cas complexes	645	537
Part des cas complexes parmi les cas incidents	26,7	29,0
Communes-noyaux socialement populaires	26,3	33,5
Centres urbains résidentiels socialement populaires	29,6	29,7
Centres urbains résidentiels socialement aisés	22,6	42,9
Communes de l'entre-deux	22,7	18,2
Communes périurbaines socialement aisées	27,1	21,0
Communes périurbaines socialement populaires	21,7	14,3
<i>p-value</i>	<i>N.S.</i>	<i>p < 0,01</i>

Sources : CNAMTS, SNIIRAM 2006-2014 ; Lefevre, D., 2014

Exploitation : Vialard, UPON LADYSS, 2018

Contrairement au constat fait dans le précédent chapitre au sujet des recours en proximité pour les personnes en situation complexe à l'échelle de l'Île-de-France, les parcours de soins de ces femmes ne semblent pas s'organiser systématiquement dans

l'établissement théoriquement le plus proche de leur domicile pour la chirurgie, dans les catégories de communes où elles sont plus représentées.

Tout d'abord, que ce soit pour le département de l'Essonne ou du Val d'Oise, les recours de proximité pour la chirurgie sont particulièrement élevés dans les communes-noyaux socialement populaires. La part respective de cas complexes au diagnostic dans les communes-noyaux du Val d'Oise et de l'Essonne n'est pas la plus élevée des différentes catégories de communes, mais elle est relativement importante. Ce résultat corrobore les observations réalisées dans le chapitre précédent, à l'échelle de la région.

Toutefois, dans les deux départements comparés, les femmes qui habitent les centres urbains résidentiels socialement populaires enregistrent une part élevée de cas potentiellement complexes au diagnostic. Or, pour l'étape de la chirurgie, les parcours de soins n'ont pas tendance à s'organiser auprès de l'offre de proximité.

Eu égard aux faibles taux de recours en proximité au sein du département, les femmes résidant dans les communes périurbaines socialement aisées de l'Essonne se tournent également davantage vers l'offre de proximité. Ce constat résulte probablement du fait que les situations complexes y sont particulièrement représentées. A l'inverse, dans le département du Val d'Oise, peu de cas potentiellement complexes sont diagnostiqués parmi les femmes résidentes des communes périurbaines socialement populaires. Cependant, ces dernières recourent dans presque 45% des cas, à l'offre chirurgicale située au plus proche de leur domicile.

Tableau n°30 :

Recours au plus proche de la commune de résidence (%) pour la chirurgie du cancer du sein (Période 2012-2014)		
	ESSONNE (p < 0,05)	VAL D'OISE (p < 0,01)
Communes-noyaux socialement populaires	14,0	34,5
Centres urbains résidentiels socialement populaires	8,9	13,9
Communes de "l'entre-deux"	10,0	25,9
Communes périurbaines résidentielles socialement aisées	14,7	20,5
Communes périurbaines résidentielles socialement populaires	9,5	44,4
Moyenne du département	11,4	27,8

Sources : CNAMTS, SNIIRAM 2006-2014 ; Lefevre, D., 2014

Exploitation : Vialard, UPON LADYSS, 2018

N.B. : Les effectifs de femmes résidant dans les centres urbains résidentiels socialement aisés du Val d'Oise sont très faibles, et aucune d'entre elles ne recourt à la chirurgie dans l'établissement théoriquement le plus proche de son domicile, c'est pourquoi nous n'avons pas présenté cette catégorie de communes dans le tableau.

In fine, tous les cas de figures sont possibles. Dans les différentes catégories de communes des départements de l'Essonne et du Val d'Oise, le pourcentage de femmes soignées d'un cancer du sein et qui présentent une situation potentiellement complexe au moment du diagnostic, ne présage en rien du volume des recours en proximité pour l'étape de la chirurgie. L'attraction des structures locales de soins et la coordination des acteurs à l'échelle des départements interviennent possiblement dans les différences observées. Selon l'ampleur de ces dynamiques, les femmes recourent inégalement à l'offre de proximité et se tournent davantage vers l'offre de soins située en dehors de leur département de résidence.

En effet, la part des recours à la chirurgie dans les établissements situés en dehors du département est plus élevée dans l'Essonne. Les femmes habitant dans les centres urbains résidentiels socialement aisés ou populaires (en bordure de première couronne) sortent significativement plus du département pour les recours à la chirurgie, que les personnes qui résident dans les communes plus périphériques de « l'entre-deux ». Les femmes des communes périurbaines résidentielles socialement aisées ou populaires sont également plus soignées en dehors du département comparativement aux habitantes des communes de « l'entre-deux » ($p < 0.01$). Quand bien même ces communes se situent particulièrement loin du centre de la région et que la concentration des cas complexes est inégale, les femmes y résidant se dirigent massivement vers Paris et sa première couronne pour se faire opérer. A l'inverse, les femmes des communes-noyaux socialement populaires et de « l'entre-deux » restent significativement plus dans les hôpitaux du département.

Tableau n°31 :

Recours hors département (%) pour la chirurgie du cancer du sein (Période 2012-2014)		
	ESSONNE ($p < 0,01$)	VAL D'OISE ($p = N.S$)
Communes-noyaux socialement populaires	58,6	42,6
Centres urbains résidentiels socialement populaires	73,7	45,4
Centres urbains résidentiels socialement aisés	78,1	55,0
Communes de "l'entre-deux"	56,6	39,5
Communes périurbaines résidentielles socialement aisées	68,0	35,5
Communes périurbaines résidentielles socialement populaires	67,9	50,0
Moyenne du département	67,2	44,7

Sources : CNAMTS, SNIIRAM 2006-2014 ; Lefeuvre, D., 2014

Exploitation : Vialard, UPON LADYSS, 2018

Dans le Val d'Oise, résider dans les centres urbains denses en proximité de la première couronne ou dans les communes périurbaines socialement aisées ou populaires, n'est pas significativement corrélé au fait d'être plus ou moins opérée dans le département. Quel que soit le type d'espaces urbains où résident les femmes et le pourcentage de cas complexes parmi les cas incidents, elles sont particulièrement prises en charge dans des structures localisées au sein du département.

Ainsi, nous pouvons voir se dessiner des clivages dans la destination des recours aux soins en fonction des catégories de communes de l'ISDU, qui ne se manifestent pas selon les mêmes modalités dans l'Essonne et le Val d'Oise. Dans le premier département, les dynamiques socio-spatiales à l'œuvre dans les communes de résidence des femmes sont peu corrélées à la part de situations complexes au moment du diagnostic, et au fait de recourir à la chirurgie dans l'établissement théoriquement le plus proche de leur domicile. En revanche, elles influencent beaucoup plus la probabilité d'être soignée en dehors du département. Les femmes des communes-noyaux socialement populaires et des communes de l'entre-deux sont moins systématiquement captées par les ESPIC, qui sont majoritairement des CLCC. Elles seraient davantage orientées vers les établissements essonniens. Les autres femmes en situation potentiellement complexe, issues des communes les plus proches de Paris ainsi que celles résidant dans les communes les plus périphériques du département, sont nettement plus attirées par les centres hospitaliers situés dans le Val-de-Marne et à Paris.

A l'inverse, dans le Val d'Oise, la catégorie de communes de résidence des femmes semble davantage corrélée au pourcentage de cas potentiellement complexes d'une part, et aux recours à la chirurgie en proximité d'autre part. Mais les taux de recours à la chirurgie en dehors du département ne varient pas significativement en fonction des types de communes de résidence. A l'exception des centres urbains résidentiels socialement populaires, les femmes se tournent beaucoup plus vers l'offre de proximité que leurs homologues de l'Essonne, particulièrement les personnes issues des communes-noyaux et des communes périurbaines socialement populaires.

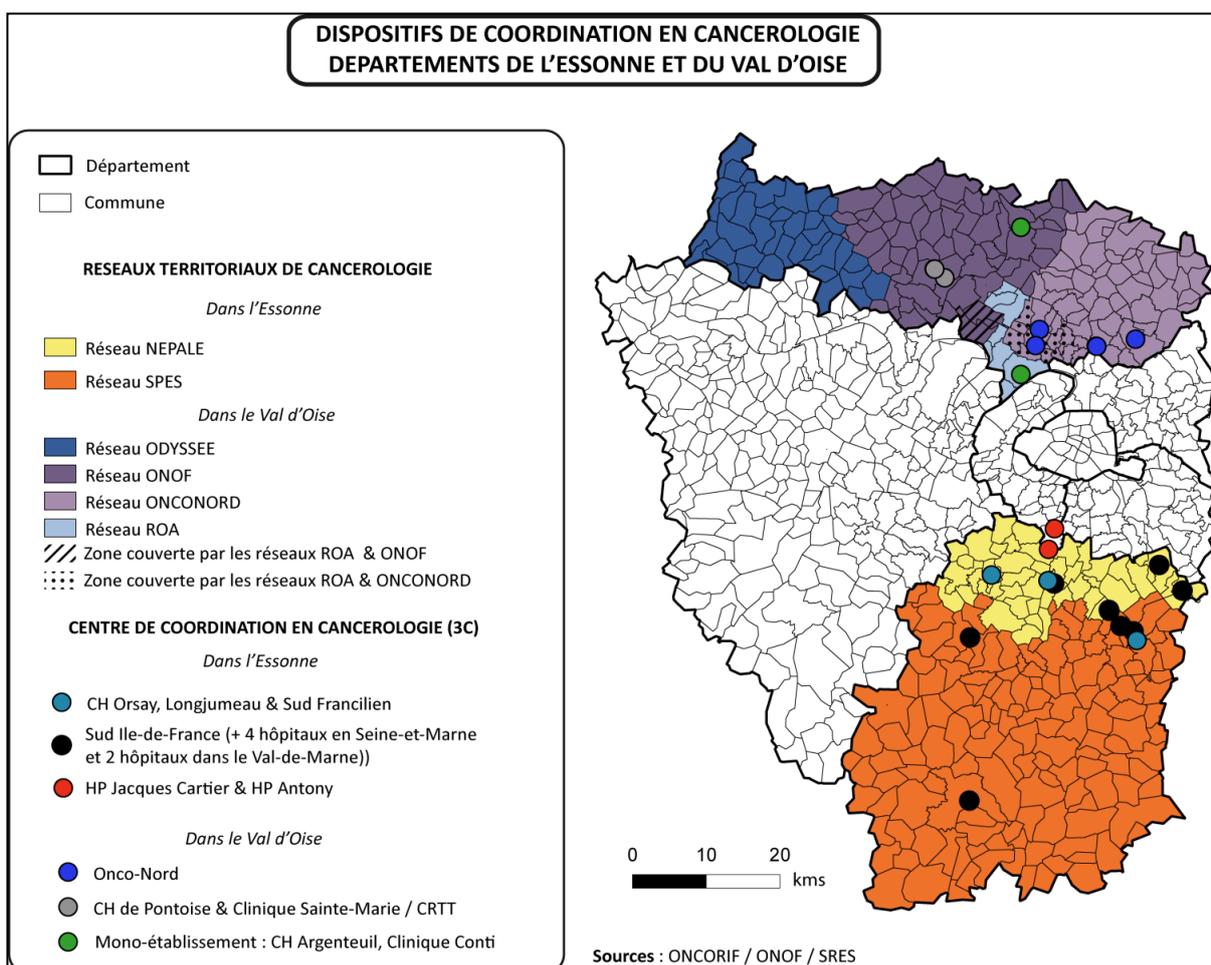
A partir de cette description, nous pouvons émettre l'hypothèse que d'une part, les réseaux d'acteurs investis dans la prise en charge du cancer du sein (formels ou informels) ne fonctionnent pas de la même façon dans le Val d'Oise et dans l'Essonne. D'autre part, l'organisation de ces réseaux d'acteurs dépend des dynamiques à l'œuvre dans les

communes de résidence des femmes, ce qui influence différemment la forme des parcours de soins.

2) Quel ancrage territorial des réseaux d'acteurs de la coordination en cancérologie ?

Depuis la mise en place des Plans cancer successifs, plusieurs dispositifs institutionnels de coordination en cancérologie ont été créés en France (cf. introduction générale, page 38) : les centres de coordination en cancérologie (3C) dont l'objectif est de promouvoir la concertation pluridisciplinaire au sein et entre les établissements habilités à traiter le cancer ; les réseaux territoriaux de cancérologie dont la vocation est d'améliorer la coordination entre les secteurs hospitalier et ambulatoire autour des prises en charge complexes. Le département du Val d'Oise compte actuellement 4 réseaux territoriaux de cancérologie, deux 3C multi-établissements et deux 3C mono-établissements (CH d'Argenteuil et Clinique Conti). Dans le cas de l'Essonne, deux réseaux territoriaux se partagent l'ensemble du département dont le réseau SPES qui couvre la majeure partie sud du territoire administratif.

Carte n°46



Par ailleurs, il existe un grand 3C dit « Sud Francilien », qui réunit également plusieurs hôpitaux de la Seine-et-Marne et du Val-de-Marne. Les CH d'Orsay, de Longjumeau et Sud Francilien constituent un 3C d'hôpitaux publics. Enfin l'Hôpital privé Jacques Cartier travaille en collaboration avec l'Hôpital privé d'Antony et ils appartiennent tous deux à l'entreprise « Ramsay - Générale de Santé ».

Depuis la publication d'un guide méthodologique sur l'organisation des réseaux de santé par la Direction générale de l'offre de soins en 2012 (DGOS, 2012), les réseaux territoriaux du département de l'Essonne ont été profondément reconfigurés. A partir de cette date, l'Agence régionale de santé (ARS) a remanié l'attribution des fonds à destination des réseaux, pour permettre d'en fusionner certains en plates-formes plurithématiques. Dorénavant, ces plates-formes assument des missions de coordination sur plusieurs thématiques : la cancérologie, la gérontologie et les soins palliatifs. Dans ce cadre, le réseau « Essononco », qui assumait la coordination en cancérologie pour l'ensemble du département, a été dissout en 2017. Depuis, d'autres réseaux déjà existants assurent la coordination des parcours complexes autour de ces trois thématiques.

Dans le département du Val d'Oise, les réseaux territoriaux n'ont pas été touchés par ces remaniements. En effet, les réseaux Onco-nord et ONOF sont nés en 2001, tandis que le réseau Odyssee a été créé en 2006. Le réseau ROA est porté par l'hôpital d'Argenteuil et il a été créé dès l'année 2004. Ainsi, l'ancrage de ces réseaux dans le paysage sanitaire du Val d'Oise est probablement plus profond. D'après un entretien réalisé avec la coordinatrice du réseau ONOF, le fonctionnement de la structure serait particulièrement synergique. En effet, le centre hospitalier de Pontoise, le CHI d'Eaubonne-Montmorency ainsi que les deux cliniques privées Sainte-Marie et Conti, sont adhérents du même réseau. Par ailleurs, ces établissements sont membres du conseil d'administration et s'organisent conjointement autour d'un même projet de coopération. Les informations au sujet des patientes qui reçoivent une chirurgie dans un établissement et des séances de radiothérapie dans un autre, sont partagées via un dossier médical numérique. Les professionnels de la ville et de l'hôpital partagent ainsi les informations médico-sociales nécessaires à l'accompagnement des patients pendant leur parcours thérapeutique. L'organisation du dossier médical partagé au sein du réseau traduit donc une particulière maturité, basée notamment sur l'ancienneté et l'expérience de la structure. De plus, même s'il existe très probablement des limites à la coopération, la confiance qui semble se créer entre les établissements adhérents au réseau

et le secteur ambulatoire, apparaît comme étant la clé de voute de cette dynamique collective (entretien réalisé le 29 novembre 2017).

Dans le cas de l'Essonne, les relations entre les établissements de soins ne semblent pas si chaleureuses. Un médecin directeur d'un hôpital public du département nous a expliqué que la coopération entre les structures y est particulièrement difficile. D'après son expérience, les hôpitaux publics comme privés ont tendance à jouer pour leur propre camp sans chercher à faciliter la circulation des patientes entre eux. Le phénomène serait particulièrement prégnant entre les établissements de l'est et de l'ouest du département, malgré l'existence du 3C :

« Dans le cadre du réseau Essononco et du 3C, l'Ouest et l'Est [du département] ne collent pas. Dans notre zone, on arrive à s'organiser à 4 ou 5 structures mais pas à l'échelle du département. Le [secteur] public se la joue perso, l'offre privée vers Evry également. En plus avec la restructuration des plates-formes plurithématiques par l'ARS, on va devoir retrouver un autre support pour le 3C, ce qui n'est pas sans poser problème » (Entretien réalisé le 12/05/16).

La dissolution du réseau Essononco ne semble pas avoir facilité la coopération entre les hôpitaux du département. Toutefois, il semble que la problématique préexistait à la parution des nouvelles recommandations de la DGOS sur l'organisation de la coordination au sein des réseaux de santé. Dans ce cadre, nous pouvons formuler l'hypothèse que la difficile coopération des professionnels et des établissements dans l'Essonne ne leur permet pas de « résister » efficacement à l'attraction exercée par les CLCC et les centres experts parisiens. Les réseaux informels entre les professionnels de santé seraient plus déterminants sur l'adressage des femmes dans le système de soins, que les structures instituées de coopération. Néanmoins, nous avons relevé deux exceptions dans les recours infra-départementaux qui concernent les communes-noyaux socialement populaires et les communes de « l'entre-deux ». Dans le premier cas, les recours de proximité et infra-départementaux pourraient s'expliquer par l'important niveau de désavantage social des populations résidentes (cf. 3^e chapitre, page 188). Dans le second cas, les pistes explicatives sont moins évidentes. Il est intéressant d'observer toutefois que le CH de Bligny se trouve au cœur des communes de « l'entre-deux » situées dans le centre du département. De plus, cette structure est particulièrement militante dans la revendication d'une « expertise de proximité » notamment pour l'étape de la chimiothérapie. Dans ce cadre, nous pouvons supposer que les professionnels ambulatoires et hospitaliers y exerçant sont plus sensibles à

l'expertise de l'offre locale, et qu'ils orienteraient ainsi plus systématiquement les femmes vers l'offre chirurgicale du 3C. De la même façon, les femmes résidant dans les communes situées autour d'Evry se rendent davantage dans les hôpitaux de la ville nouvelle.

D'après nos résultats, l'offre de soins dans le Val d'Oise apparaît globalement plus coordonnée et plus solidement ancrée dans les pratiques d'orientation des médecins et des femmes souffrant d'un cancer du sein. Les 3C et les réseaux territoriaux de cancérologie y sont organisés avec des établissements géographiquement proches ce qui participe certainement à faciliter la communication. Cependant, les centres urbains résidentiels socialement populaires localisés dans le centre du département enregistrent des recours de proximité plus faibles et les femmes se tournent légèrement plus vers les ESPIC pour la prise en charge chirurgicale. Même si nous ne sommes pas en mesure d'expliquer précisément les raisons de ce constat, nous pouvons observer que les périmètres d'intervention des réseaux de cancérologie ont tendance à se superposer dans cette zone (cf. carte n°46 page 318). Ainsi, la coordination éventuellement moins efficace des acteurs soignants pourrait conduire à des recours aux soins plus excentrés du lieu de résidence des femmes.

En définitive les habitantes du Val d'Oise soignées pour un cancer du sein semblent globalement moins attirées par les centres experts parisiens que leurs homologues du département de l'Essonne, à l'exception des centres urbains socialement populaires. L'organisation des réseaux d'acteurs soignants participe probablement à l'existence de ces disparités, davantage que la proportion de cas complexes parmi les cas incidents de cancer du sein. Là où les réseaux seraient moins solidement structurés, les femmes seraient davantage orientées vers l'offre des CLCC pour la prise en charge du cancer du sein. Dans le paragraphe suivant, nous allons comparer les parcours de soins des femmes qui résident dans les villes nouvelles de Cergy-Pontoise et d'Evry Centre Essonne. A cette échelle, nous nous intéresserons plus spécifiquement aux parcours de l'ensemble des femmes soignées pour un cancer du sein, et plus spécifiquement à ceux que poursuivent les femmes en situation potentiellement complexe. Cette comparaison est intéressante, car elle permet de nuancer les constats réalisés à l'échelle méso spatiale dans le paragraphe précédent. En effet, les mêmes données sont comparées à l'échelle de deux territoires dont les caractéristiques historiques et sociales sont très semblables.

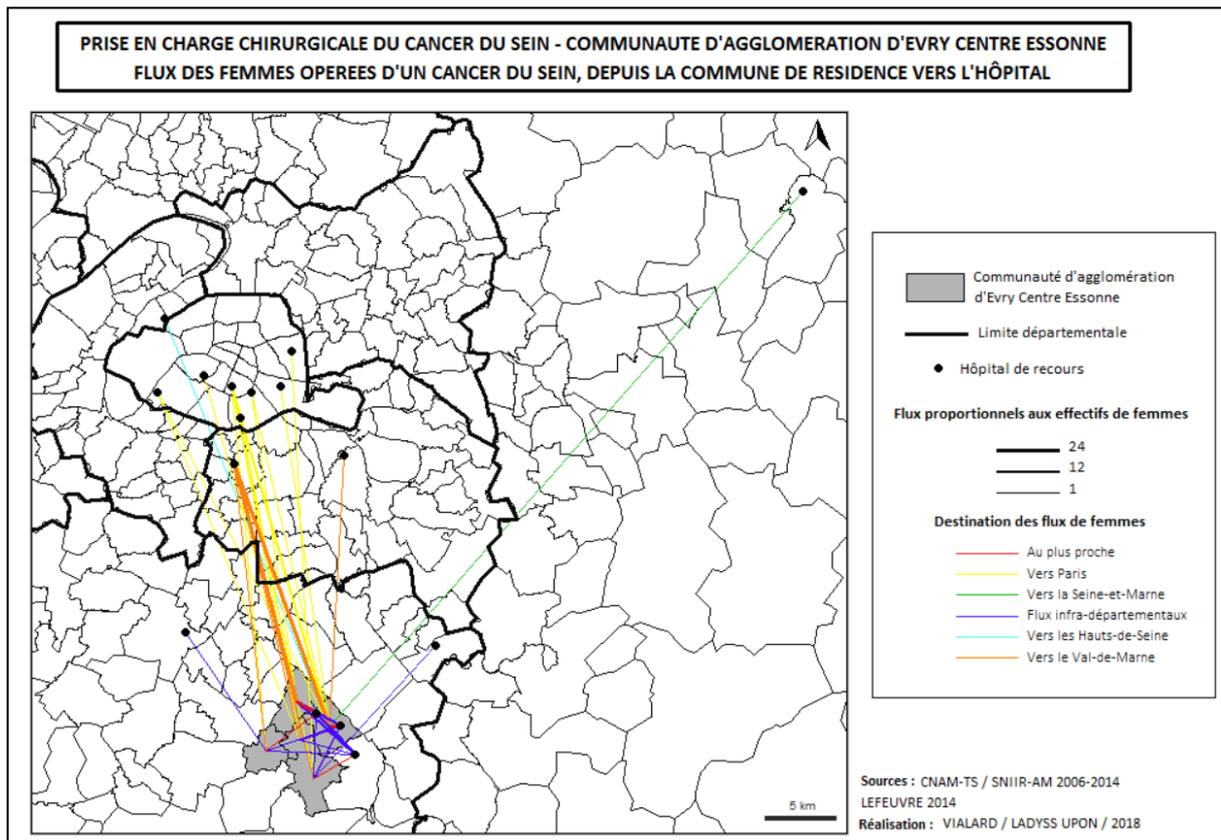
3) L'exemple des parcours complexes dans les villes nouvelles

Comme le montre la carte n°43 page 308, les villes nouvelles de Cergy-Pontoise et d'Evry Centre Essonne sont principalement constituées de communes socialement populaires, que ce soit des communes-noyaux ou des centres urbains résidentiels situés autour de ces noyaux urbains. Quelques communes de l'entre-deux font également partie de ces ensembles urbains. Enfin, à Cergy-Pontoise, les villes de Pontoise et de Maurecourt (localisée dans les Yvelines) présentent des profils socioéconomiques plus favorisées. Ainsi, comme nous l'avons précisé plus haut, la part des femmes qui présentent une situation potentiellement complexe au diagnostic parmi les cas incidents de cancer du sein, s'élève à presque 30% à Evry Centre Essonne et à 23% à Cergy-Pontoise.

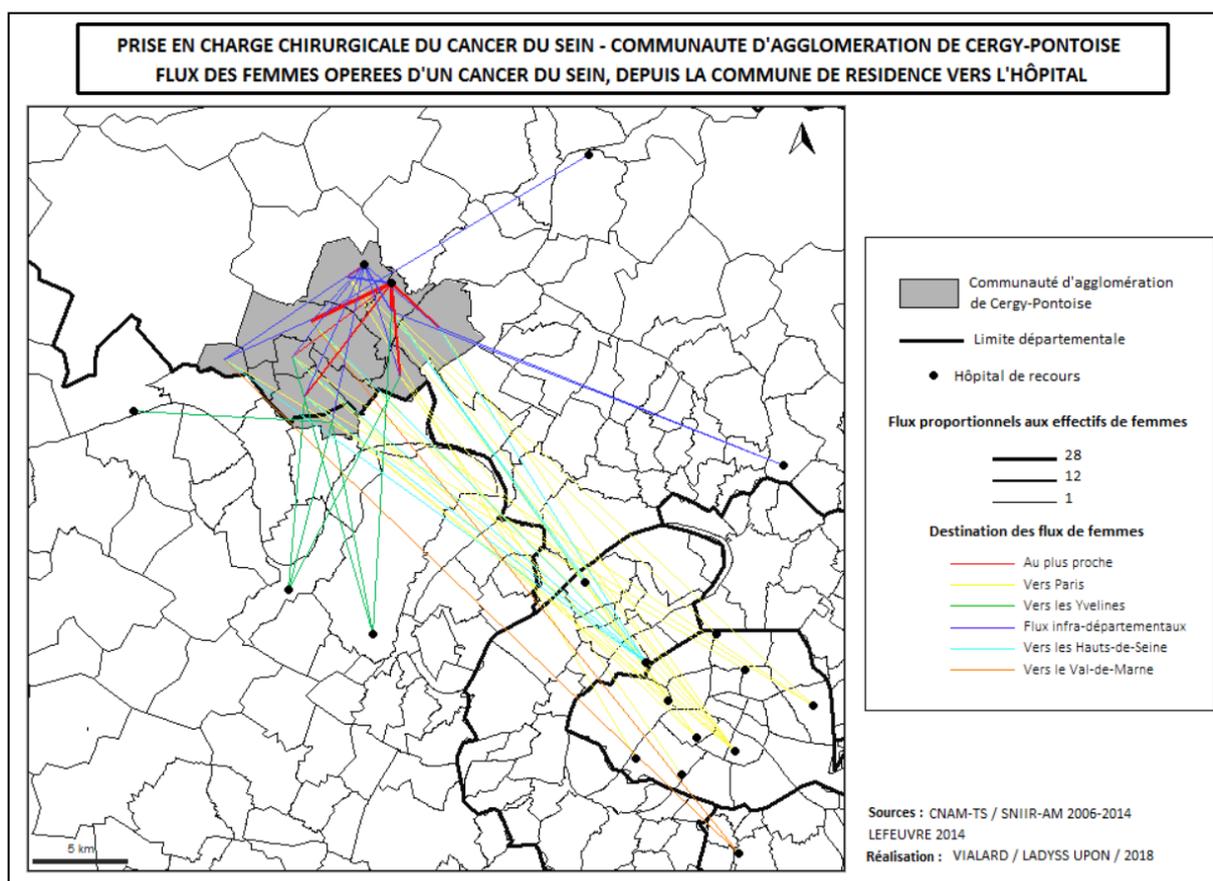
D'après les données à notre disposition, les recours à la chirurgie du cancer du sein se déroulent plus systématiquement dans les hôpitaux de proximité pour les habitantes des deux villes nouvelles, par rapport à l'ensemble des femmes des départements comparés. En effet, tandis que 47% des femmes de Cergy-Pontoise sont opérées dans l'hôpital théoriquement le plus proche de leur commune de résidence, elles sont 21% à être prises en charge en proximité dans le cas de la ville nouvelle d'Evry Centre Essonne. Ces taux sont respectivement deux fois plus importants que ceux enregistrés à l'échelle du Val d'Oise et de l'Essonne.

De plus, les femmes opérées d'un cancer du sein et habitant la ville nouvelle d'Evry Centre Essonne sont plus systématiquement prises en charge dans un établissement du département. En effet, tandis que les recours infra-départementaux représentent 21% des prises en charge chirurgicales dans l'Essonne, ils constituent 34% des recours à la chirurgie pour les habitantes de la ville nouvelle ($p < 0.01$).

Les deux cartes présentées ci-après indiquent que les hôpitaux consultés ne sont pas forcément les plus proches de la commune de résidence des femmes, même s'ils sont majoritairement situés sur le territoire des villes nouvelles. La clinique du Mousseau, le CH Sud Francilien et la clinique de l'Essonne drainent 53% des interventions chirurgicales des femmes qui habitent Evry Centre Essonne. L'IGR constitue toutefois une structure particulièrement consultée par ces dernières puisqu'elle assume 28% des recours à la chirurgie des habitantes de cette ville nouvelle.



A Cergy-Pontoise, le CH de Pontoise et la clinique Sainte-Marie drainent 67% des prises en charge chirurgicales des habitantes soignées pour un cancer du sein (cf. carte n°48 page suivante). La présence d'une offre diversifiée de soins dans ces centres urbains socialement défavorisés, facilite manifestement l'accessibilité directe à la chirurgie du cancer du sein.

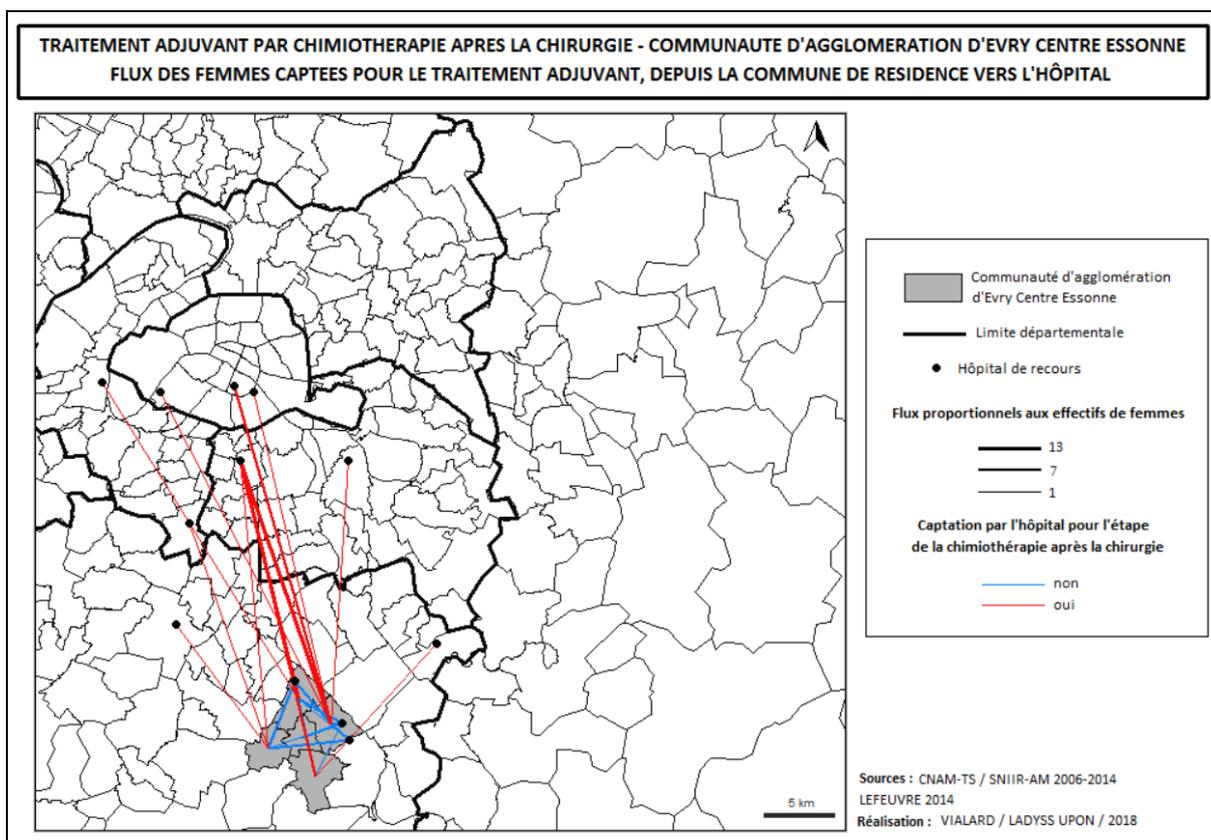


Dans le cas des parcours de soins potentiellement complexes à Evry Centre Essonne, les recours à la chirurgie dans les établissements locaux sont encore plus élevés : le CH Sud Francilien et la clinique du Mousseau assument respectivement 29% et 34% des chirurgies soit environ 64% des interventions chirurgicales des femmes concernées. A Cergy-Pontoise, le pourcentage des recours dans les hôpitaux locaux pour les femmes en situation complexe, est équivalent à celui enregistré en population générale (63%). Le CH de Pontoise et la Clinique Sainte-Marie sont les structures de soins les plus consultées pour la chirurgie, par les femmes en situation vulnérable qui résident dans cette ville nouvelle. En définitive, dans des centres urbains socialement défavorisés où l'offre de soins est directement disponible, les femmes en situation de complexité recourent de façon plus systématique à cette dernière pour l'étape de la chirurgie.

Lorsque les femmes résidant dans l'Essonne entament un traitement adjuvant par chimiothérapie, nous avons vu qu'elles étaient captées dans environ 70% des cas par l'établissement qui réalise la chirurgie (cf. chapitre 4, partie 4, page 252). Néanmoins, le pourcentage de femmes captées pour la chimiothérapie après la chirurgie apparaît moins élevé dans la ville nouvelle d'Evry Centre Essonne. En effet, le taux de captation pour le

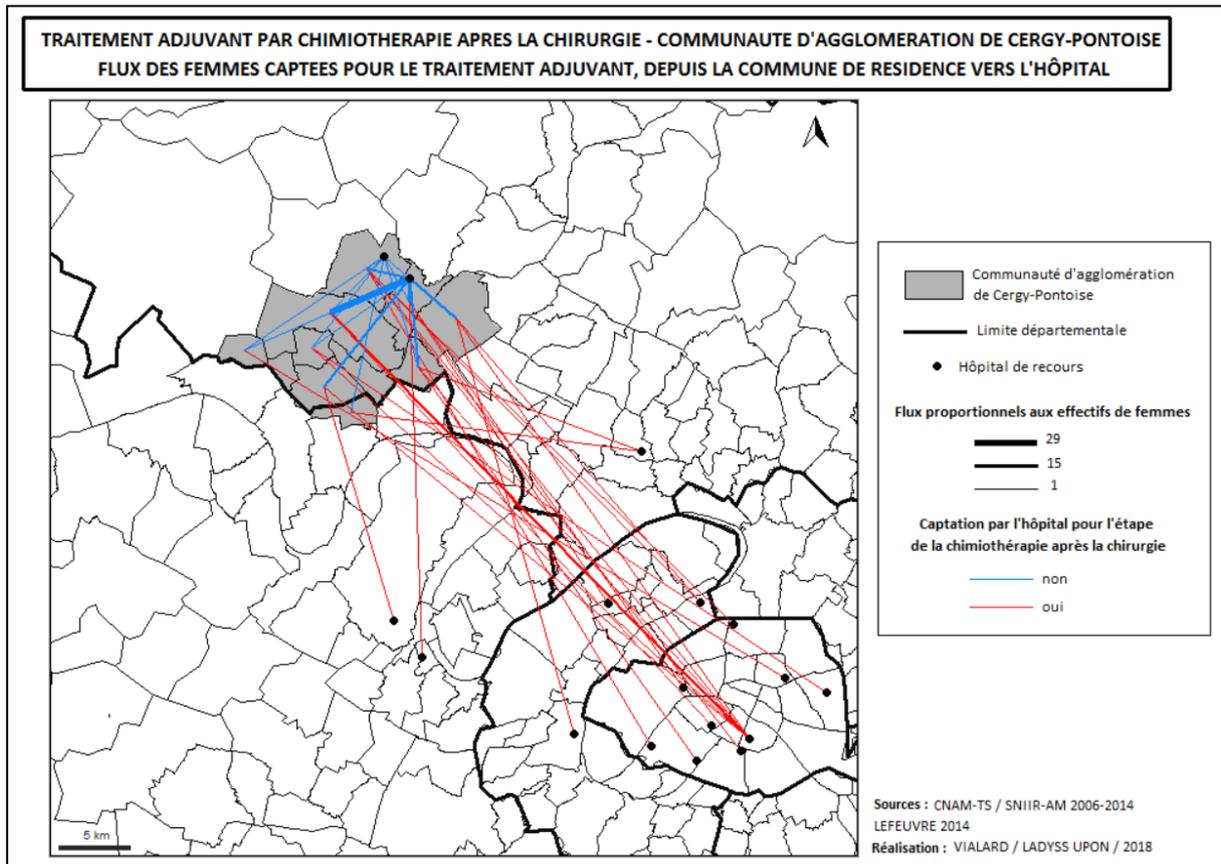
traitement adjuvant s'élève à 48%. Les personnes concernées sont principalement captées par l'IGR après l'intervention chirurgicale.

Carte n°49



Les femmes qui ne sont pas captées par l'établissement qui assume la chirurgie réalisent principalement leur chimiothérapie au CH Sud Francilien, à la clinique du Mousseau ou à la clinique Pasteur qui se trouve à Ris-Orangis. Les habitantes de la ville nouvelle dont le parcours de soins est potentiellement complexe présentent les mêmes pourcentages, vers les mêmes établissements.

Pour le département du Val d'Oise, le taux de captation pour la chimiothérapie adjuvante est particulièrement faible puisqu'il s'élève à 37% (cf. chapitre 4, partie 4, page 253). Toutefois, les résidentes de Cergy-Pontoise enregistrent un taux encore plus bas puisque la part des femmes captées pour la chimiothérapie adjuvante ne représente que 25% de l'ensemble des personnes qui reçoivent une chimiothérapie après la chirurgie. La majorité d'entre elles sont captées par l'Institut Curie.



Contrairement à la ville nouvelle d'Evry, les personnes en situation de complexité qui habitent Cergy-Pontoise sont significativement plus captées par l'Institut Curie. Par conséquent elles sont moins prises en charge dans les établissements locaux. En effet, quand bien même les effectifs sont faibles, les femmes en situation potentiellement complexe et qui résident à Cergy-Pontoise enregistrent un taux de captation de 35%, soit le même chiffre qu'à l'échelle du département ($p < 0.01$).

Comme nous l'avons déjà expliqué dans le 3^e chapitre, les délais d'attente entre l'étape de la chimiothérapie et la chirurgie sont globalement plus longs lorsque les femmes réalisent le traitement adjuvant dans un ESPIC plutôt que dans les secteurs public ou privé. De la même façon, les temps d'attente sont plus systématiquement supérieurs à 41 jours (médiane francilienne) quand les femmes sont captées par l'établissement qui réalise la chirurgie. Ainsi, 61% des femmes du Val d'Oise enregistrent un délai d'attente inférieur à 41 jours car elles sont principalement prises en charge par des établissements publics et privés situés dans le département. Ce pourcentage s'élève à 44% pour le département de l'Essonne, car les femmes sont davantage soignées et captées par les CLCC et les centres experts.

Les résidentes de la ville nouvelle de Cergy-Pontoise enregistrent une part encore plus élevée de délais inférieurs à 41 jours. En effet, étant donné qu'elles sont particulièrement peu captées par les établissements situés en dehors du département et qu'elles sont majoritairement soignées dans les hôpitaux locaux, 91% des délais entre la chirurgie et la chimiothérapie adjuvante sont inférieurs à 41 jours ($p < 0.01$). A l'inverse, les délais enregistrés entre la chimiothérapie et la chirurgie ne sont pas significativement différents entre la ville nouvelle d'Evry Centre Essonne et l'ensemble du département de l'Essonne. Puisque les habitantes de la ville nouvelle sont captées dans presque 50% des cas pour la chimiothérapie adjuvante, les délais sont plus longs entre ces deux étapes du traitement.

Enfin, que ce soit pour Cergy-Pontoise ou pour Evry Centre Essonne, les femmes recourent davantage à l'offre de radiothérapie libérale (potentiellement locale) qu'à l'échelle des deux départements ($p < 0.01$). En effet, 85% des femmes qui habitent à Cergy-Pontoise et qui reçoivent de la radiothérapie sont prises en charge dans une structure libérale. Nous faisons l'hypothèse qu'elles se tournent principalement vers la clinique Sainte-Marie. Dans le cas d'Evry Centre Essonne, le taux de recours à l'offre libérale de radiothérapie s'élève à 81% tandis qu'il ne dépasse pas 55% à l'échelle du département de l'Essonne. Nous postulons que les femmes de cette ville nouvelle, sont majoritairement prises en charge à la clinique Pasteur qui se trouve à Ris-Orangis. Les taux de recours à la radiothérapie libérale sont légèrement plus élevés pour les femmes en situation complexe mais la différence est toutefois minime ($p = N.S.$).

Tableau n°32 – Part des recours à la radiothérapie en libéral, dans l'Essonne et le Val d'Oise

RECOURS A LA RADIOTHERAPIE EN LIBERAL	EFFECTIFS	POURCENTAGE
Essonne	847	54,6
Evry Centre Essonne : tous les parcours	109	81,3
Evry Centre Essonne : parcours complexes	23	82,1
Val d'Oise	955	78,2
Cergy-Pontoise : tous les parcours	122	84,7
Cergy-Pontoise : parcours complexes	24	88,9

Sources : CNAMTS, SNIIRAM 2006-2014 ; Lefevre, D., 2014

Exploitation : Vialard, UPON LADYSS, 2018

Enfin, la part des actes facturés avec dépassements d'honoraires est inférieure à 1% dans les deux villes nouvelles. A l'échelle du Val d'Oise, ce taux s'élevait pourtant à environ 5%. Ainsi, il semblerait que la proximité des structures de soins publiques et les pratiques spécifiques des professionnels libéraux situés dans ces ensembles de communes socialement

populaires, permettent de limiter les dépassements d'honoraires facturés aux habitantes soignées pour un cancer du sein.

Dans cette partie, la comparaison des deux départements que sont l'Essonne et le Val d'Oise nous a permis d'aboutir à quelques enseignements. Tout d'abord, les dynamiques socio-spatiales à l'œuvre dans les communes de résidence des femmes ne sont pas synonymes d'une égale concentration des cas complexes selon le département. Les contrastes sont particulièrement importants entre les communes périurbaines les centres urbains dans le département du Val d'Oise.

De plus, dans le département du Val d'Oise, les femmes résidant dans les communes-noyaux et les communes périurbaines socialement populaires recourent davantage à la chirurgie dans les établissements directement accessibles. Cette situation ne se retrouve pas aussi clairement dans le cas de l'Essonne. Pour ce département, les femmes résidant dans les différentes catégories de communes (à l'exception des communes-noyaux socialement populaires et des communes de « l'entre-deux ») sont massivement captées par l'offre chirurgicale proposée par les CLCC. La difficile coordination des acteurs soignants à l'échelle de ce département, constitue une explication probable.

Cependant, comme l'a montré l'exemple des deux villes nouvelles, la densité et la proximité d'une offre diversifiée semble limiter les effets de captation par les hôpitaux centraux, indépendamment des réseaux de coordination. Dans des centres urbains dont les profils sociaux des habitants sont globalement défavorisés, les femmes atteintes d'un cancer se tourneraient plus systématiquement vers l'offre disponible en proximité. A Cergy-Pontoise comme à Evry Centre Essonne, les femmes ont tendance à recourir aux soins dans les structures présentes sur le territoire des villes nouvelles, *a fortiori* pour les personnes dont la situation est potentiellement complexe au moment du diagnostic. Elles enregistrent ainsi des délais globalement plus courts entre la chirurgie et la chimiothérapie adjuvante, ainsi que de moindres dépassements d'honoraire qu'à l'échelle des départements comparés. Notons toutefois que les femmes en situation potentiellement complexe à Cergy-Pontoise sont davantage captées par les centres experts pour le traitement adjuvant, que leurs homologues du département du Val d'Oise. Pour ces parcours complexes, nous pouvons imaginer que les besoins spécifiques de soins pour la chimiothérapie nécessitent une prise en charge dans un centre expert. Ainsi, les femmes seraient plus systématiquement captées pour cette étape du traitement par l'Institut Curie. Ce système d'adressage serait par

ailleurs, assez logiquement en phase avec les recommandations de la circulaire de février 2005 sur les recours en cancérologie. Cette dernière incite les établissements à référer les situations médicales complexes vers les centres experts.

Dans la partie suivante, nous allons décrire les parcours de soins dans les franges de l'ouest et de l'est de la région francilienne. Cet exemple permet d'apporter d'autres éléments sur les logiques socio-spatiales à l'origine des disparités observées dans les parcours de soins et les inégalités vécues par les femmes pendant leur prise en charge.

II. LES PARCOURS DE SOINS DU CANCER DU SEIN DANS LES FRANGES REGIONALES

Dans cette partie, nous avons isolé les communes périurbaines socialement aisées et populaires appartenant aux pôles et aux franges internes des Yvelines et du Val d'Oise, ainsi que les communes périurbaines socialement populaires des franges externes, localisées en Seine-et-Marne (cf. carte en annexe n°10). En comparant les parcours de soins des femmes résidant dans ces franges spatialement opposées par rapport au centre de la région, nous souhaitons observer s'ils s'organisent différemment en fonction du tropisme des espaces vers la capitale et des dynamiques socio-spatiales qui les traversent. Précisons toutefois qu'au sein des franges régionales de l'est de l'Ile-de-France, la part des situations potentiellement complexes au moment du diagnostic parmi les cas incidents de cancer du sein, est significativement plus élevée que dans les franges de l'ouest de la région. La différence équivaut à environ 10% entre ces deux zones, tandis qu'elle n'est pas significative à l'échelle de ces deux catégories de communes périurbaines en Ile-de-France.

Tableau n°33 : les situations complexes vis-à-vis du cancer du sein, dans les périphéries franciliennes – Période 2012-2014

Part des situations potentiellement complexes au moment du diagnostic		
	%	<i>p-value</i>
Communes périurbaines socialement aisées	23,4	p = N.S.
Communes périurbaines socialement populaires	25	
Franges de l'ouest de l'Ile-de-France	19	p < 0,05
Franges de l'est de l'Ile-de-France	28,1	

Sources : CNAMTS, SNIIRAM 2006-2014 ; Lefevre, D., 2014

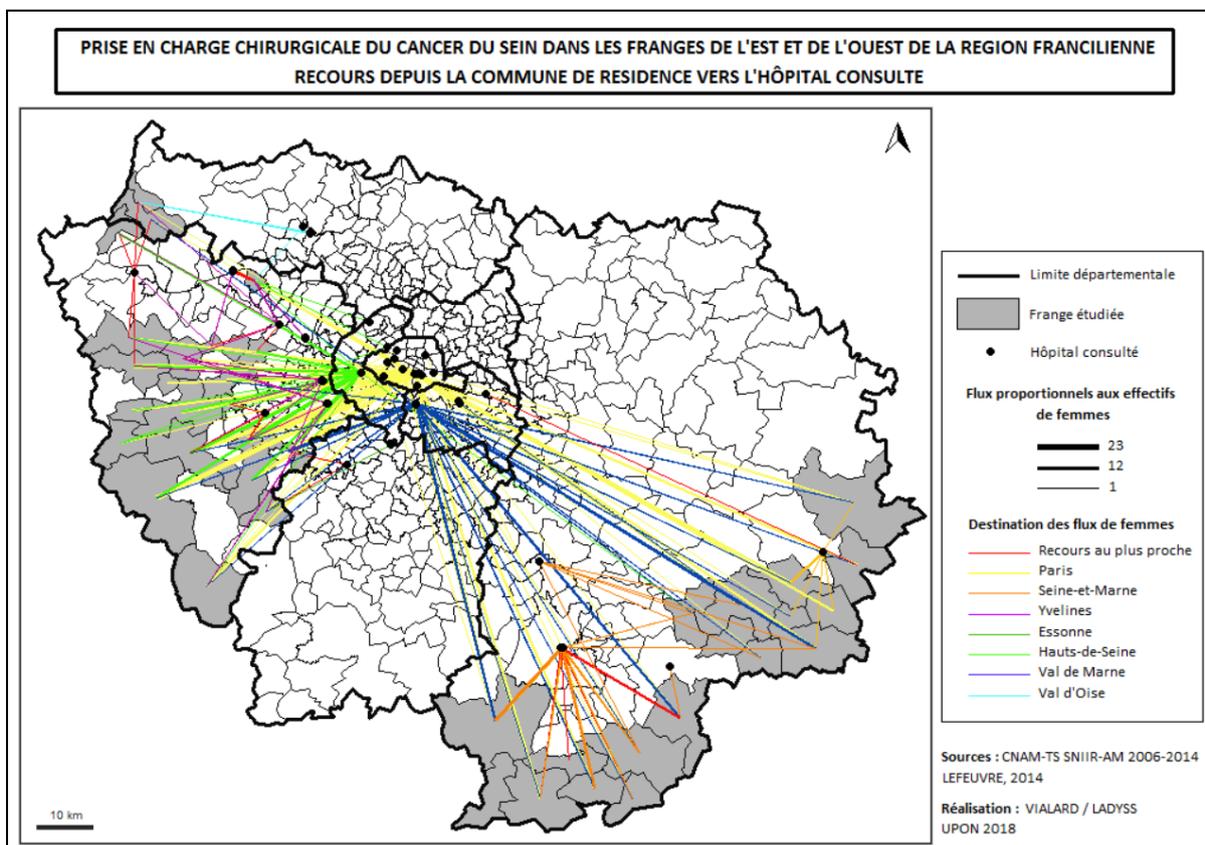
Exploitation : Vialard, UPON LADYSS, 2018

1) Quels parcours de soins dans les franges régionales de l'ouest et de l'est francilien ?

A l'échelle de la région, les femmes résidant dans les communes périurbaines socialement populaires recourent légèrement plus à la chirurgie dans l'établissement théoriquement le plus proche (16,1%) que les personnes qui habitent les communes périurbaines socialement aisées (14,2%). Cependant, au sein des communes de ces deux catégories situées dans les franges régionales, les taux de recours en proximité sont bien inférieurs ($p < 0.01$). En effet, ils concernent 8,6 % des femmes qui habitent dans les franges et les pôles localisés dans les Yvelines ou le Val d'Oise, et 9,6 % des personnes résidant dans les franges externes de la Seine-et-Marne. Les taux de recours en proximité sont légèrement plus élevés pour les personnes dont le parcours de soins est potentiellement complexe (respectivement 15% et 13%) mais les effectifs sont trop faibles pour que les différences soient significatives. Ainsi, dans les franges régionales, les établissements situés en proximité de la commune de résidence des femmes apparaissent particulièrement peu attractifs pour la chirurgie.

La carte n°51 présentée ci-dessous, montre toutefois qu'il existe des forts contrastes dans les recours infra-départementaux entre l'ouest et l'est de l'Île-de-France.

Carte n°51



Tout d'abord, dans le cas des franges externes situées à l'est de la région, la polyclinique de la Forêt et le centre hospitalier public localisés à Fontainebleau drainent 25% des chirurgies des femmes qui habitent dans les franges de la Seine-et-Marne, particulièrement celles qui sont situées au sud du département. Les cliniques privées de Saint-Brice à Provins, et de Saint-Jean à Melun assurent également 15% des prises en charge pour la chirurgie des habitantes des franges externes. Au total, ce sont 40% des femmes qui résident dans ces territoires qui sont opérées dans le département de la Seine-et-Marne. Toutefois, les CLCC de Paris et du Val-de-Marne drainent environ 47% des chirurgies du cancer des femmes soignées pour un cancer du sein, particulièrement celles qui habitent dans les communes localisées entre Provins et Fontainebleau.

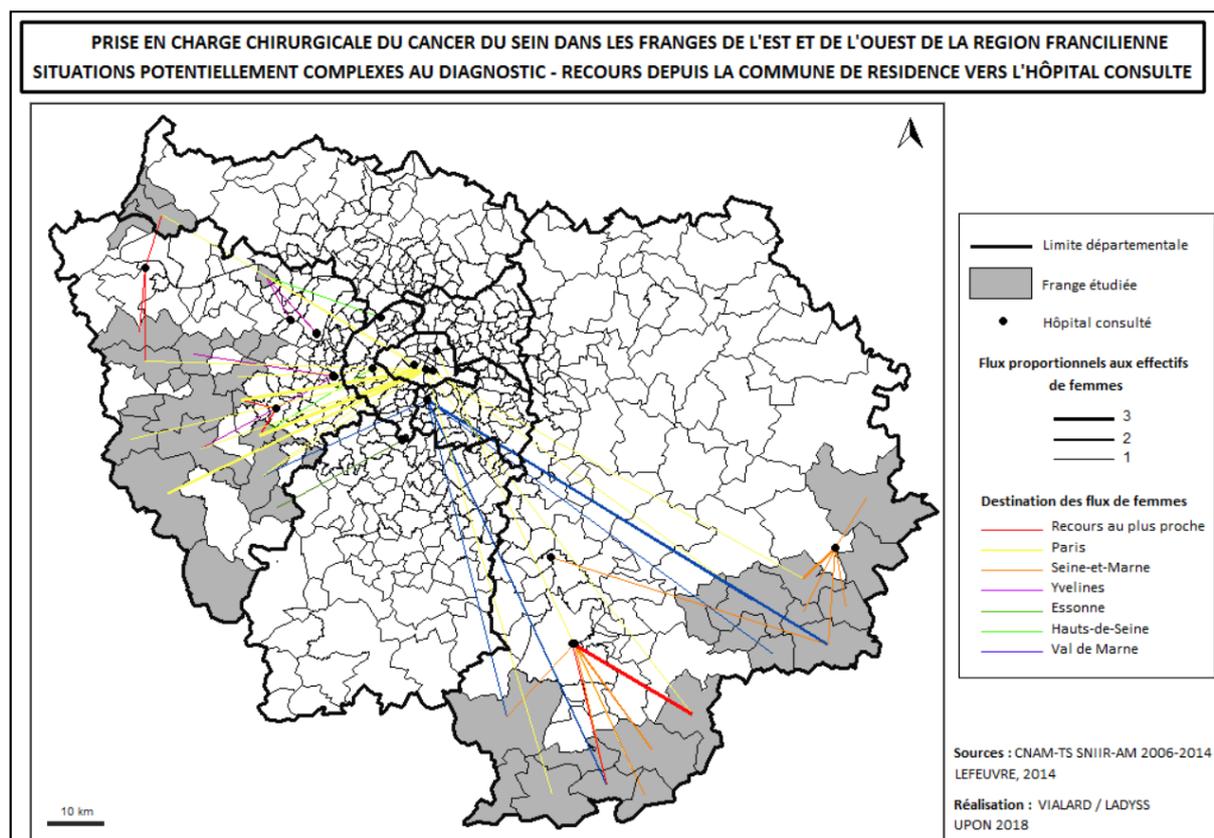
En comparaison, les établissements situés dans les départements des Yvelines et du Val d'Oise apparaissent moins attractifs pour les femmes des franges et des pôles situés dans l'ouest de la région. Quelques établissements, notamment les hôpitaux de Mantes-la-Jolie et de Trappes, polarisent légèrement les recours à la chirurgie des femmes qui résident dans les communes situées aux alentours. Cependant, seulement 19% des femmes qui habitent dans ces territoires sont opérées dans leur département de résidence. En effet, 65% d'entre elles sont prises en charge dans un CLCC de l'Institut Curie (Paris et Hauts-de-Seine) ou à l'IGR, pour l'étape chirurgicale du parcours de soins. Etant donné que le CLCC de Saint-Cloud était particulièrement avant-gardiste en ce qui concerne l'orientation en HAD pendant notre période d'étude (cf. 4^e chapitre, partie 2, page 237), les femmes qui habitent les franges de l'Ouest parisien sont prises en charge en HAD dans 18% des cas après la chirurgie. Ce taux ne s'élève qu'à 4% en ce qui concerne les résidentes des franges de l'est de la région ($p < 0.01$). Elles sont également davantage opérées en ambulatoire que leurs homologues résidant en Seine-et-Marne (13 % *versus* 6,6% ; $p = 0.05$).

Les personnes qui présentent une situation potentiellement complexe au diagnostic dans ces franges régionales, enregistrent des taux de recours infra-départementaux significativement plus élevés ($p < 0.01$). Tandis que 60% des femmes qui habitent dans les franges externes de l'est de l'Île-de-France et qui présentent une situation complexe au diagnostic recourent à la chirurgie dans le département de la Seine-et-Marne, leurs homologues des franges internes et des pôles de l'ouest de la région enregistrent un chiffre de 32%.

D'après la carte n°52 présentée page suivante, la polarisation des parcours de soins complexes par les établissements situés en Seine-et-Marne apparaît nettement. Nous

pouvons également distinguer les recours plus orientés vers Paris et l'IGR des habitantes des territoires situés entre Fontainebleau et Provins. Enfin pour les franges et pôles urbains de l'ouest de la région, l'hôpital privé de Trappes et le CH de Mantes-la-Jolie sont les deux établissements localisés dans le département des Yvelines, qui assument davantage les prises en charge chirurgicales des femmes en situation potentiellement complexe. Les recours à la chirurgie, pour les femmes dans de telles situations qui résident dans le sud du département, restent majoritairement polarisés par l'Institut Curie de Paris.

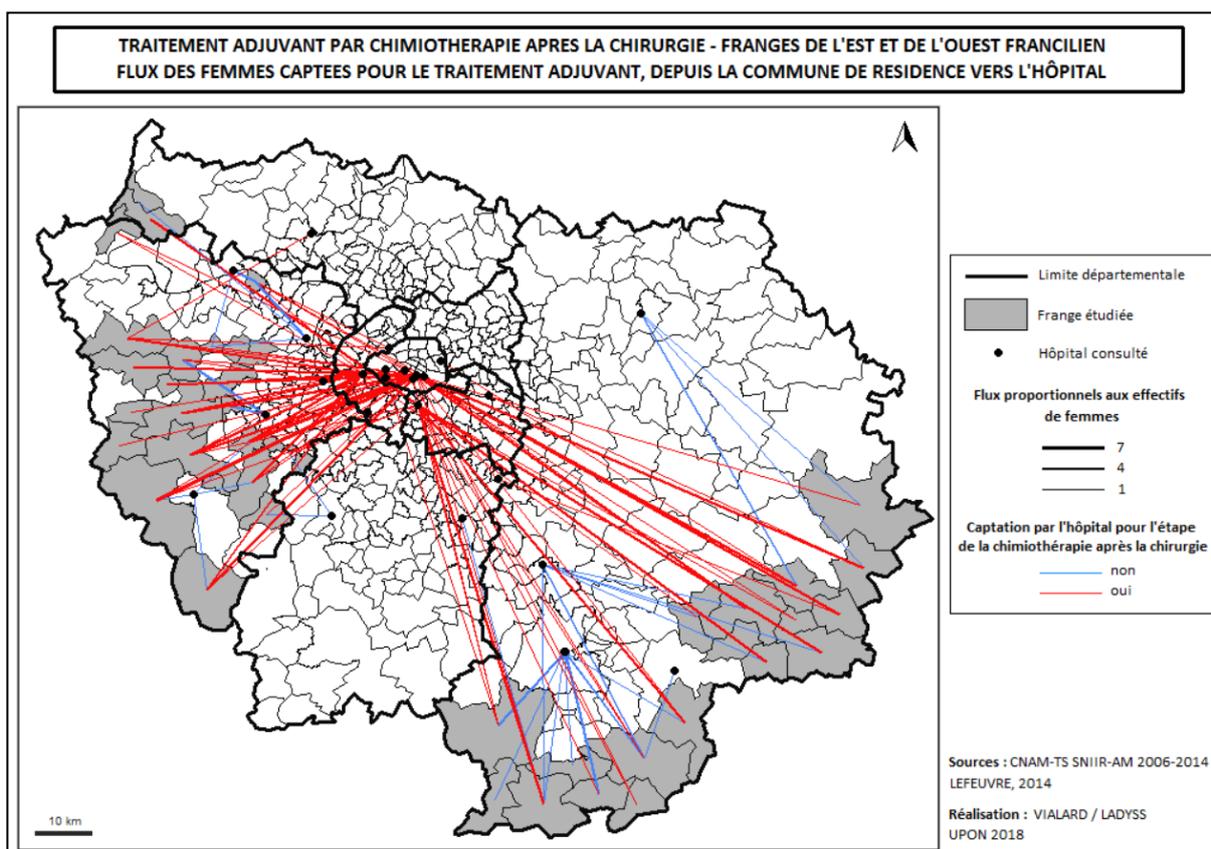
Carte n°52



Dans le cadre de la chimiothérapie adjuvante, les habitantes des franges régionales se tournent très peu vers l'établissement théoriquement le plus proche de leur domicile. En effet, les recours en proximité ne s'élèvent qu'à 6% pour cette étape du parcours de soins. Toutefois, les hôpitaux localisés dans le département de la Seine-et-Marne apparaissent relativement attractifs, pour les femmes qui résident dans les franges externes et qui reçoivent une chimiothérapie. En effet, parmi les habitantes des communes périurbaines socialement populaires en Ile-de-France, 78% des femmes qui reçoivent une chimiothérapie sont captées par l'établissement qui réalise la chirurgie ($p < 0.05$). Or, dans les franges externes localisées en Seine-et-Marne dont les communes appartiennent majoritairement à cette catégorie de communes de l'ISDU, les femmes ne sont captées que dans 55% des cas

pour la chimiothérapie adjuvante ($p < 0.01$). Comme le montre la carte présentée ci-dessous, les femmes captées pour cette étape de la prise en charge, sont presque exclusivement soignées à l'Institut Curie (pour les communes situées entre Fontainebleau et Provins) ou à l'IGR (pour les communes situées dans le sud de la Seine-et-Marne). Les établissements situés à Fontainebleau (Polyclinique de la Forêt et CH de Fontainebleau), la polyclinique Saint-Jean à Melun, la clinique Saint-Faron à proximité de Meaux ainsi que le CH de Montereau assument environ 45% des chimiothérapies des femmes résidentes de ces franges.

Carte n°53



A l'échelle de l'ensemble des communes périurbaines socialement aisées en Ile-de-France, 73% des femmes sont captées pour l'étape de la chimiothérapie, par l'établissement qui assure la chirurgie ($p < 0.01$). Contrairement aux franges externes situées dans l'est de la région, les habitantes des franges et des pôles de l'ouest parisien enregistrent un taux de captation plus élevé. En effet, elles sont massivement captées après la chirurgie pour le traitement adjuvant, car 82% d'entre elles réalisent l'étape de la chimiothérapie dans l'établissement où elles ont été opérées. Ces dernières sont principalement captées par l'Institut Curie de Paris et de Saint-Cloud qui assurent 63% des prises en charge. Les établissements situés dans le département des Yvelines n'assument que 16% des parcours

de soins pour l'étape de la chimiothérapie adjuvante. En définitive, les femmes issues des franges externes sont moins captées pour le traitement adjuvant comparativement à l'ensemble des communes périurbaines socialement populaires, tandis qu'on observe le phénomène inverse dans le cas des franges et des pôles de l'Ouest parisien. En effet, les femmes sont d'autant plus captées pour la chimiothérapie, comparativement à l'ensemble des personnes qui résident dans les communes périurbaines socialement aisées ou populaires. Enfin, malgré d'importantes disparités dans les lieux de recours et dans les taux de captation entre les franges régionales comparées, il n'existe aucune différence significative dans les délais d'attente entre l'étape de la chirurgie et la chimiothérapie.

Les femmes en situation potentiellement complexes sont globalement moins captées pour l'étape de la chimiothérapie. En effet, dans les franges de l'Ouest parisien, le taux de captation pour le traitement adjuvant s'élève à 33% pour ce groupe de personnes en particulier. La différence est donc très importante, même si les effectifs de cas potentiellement complexes sont peu nombreux ($p < 0.01$). Dans le cas des franges externes, elles ne sont que 41% à être captées après la chirurgie pour l'étape de la chimiothérapie mais l'écart est moins significatif ($p < 0.05$). Quand bien même elles peuvent être opérées dans les CLCC du centre de la région, les femmes en situation complexe sont plus régulièrement adressées dans des établissements situés en proximité de leur domicile, pour le traitement adjuvant.

Enfin, pour les recours à la radiothérapie, nous avons déjà observé que les résidentes des communes périurbaines socialement aisées recouraient particulièrement peu à l'offre libérale de radiothérapie (54%) et qu'elles se tournaient plus qu'ailleurs, vers les CLCC pour cette étape du parcours (35%) (cf. tableau n°15, page 212). Les femmes qui habitent dans les communes périurbaines socialement populaires font majoritairement appel aux spécialistes libéraux pour la radiothérapie adjuvante (73% d'entre elles).

A l'échelle des franges régionales, les contrastes sont encore plus marqués. En effet, seulement 34% des femmes issues des franges et des pôles de l'Ouest parisien sont traitées en libéral pour la radiothérapie adjuvante. A l'inverse, elles sont presque 57% à poursuivre leur parcours dans un CLCC du centre de la région, pour cette étape du traitement. Dans les franges externes de l'est de l'Ile-de-France, ce sont 80% des habitantes soignées pour un cancer du sein qui se tournent vers les cabinets libéraux de radiothérapie ($p < 0.01$). Toutefois, les personnes en situation complexes recourent un peu plus à l'offre libérale dans les franges et les pôles de l'ouest de la région. En effet, le taux de recours à l'offre libérale

augmente de 6% soit un total de 40% de recours aux praticiens libéraux de radiothérapie ($p < 0.01$). Dans les franges externes, les femmes en situation potentiellement complexe se tournent vers ce type d'offre dans 89% des cas ($p < 0.01$).

En définitive, les hôpitaux théoriquement les plus proches des communes situées dans les franges régionales n'apparaissent pas particulièrement attractifs pour les femmes soignées pour un cancer du sein. Néanmoins, les contrastes sont majeurs dans les recours infra-départementaux entre les franges de l'ouest et de l'est de la région. Les personnes résidant dans les franges externes se tournent beaucoup plus vers l'offre de soins située en Seine-et-Marne, que leurs homologues de franges internes et des pôles urbains des Yvelines et du Val d'Oise. Qu'elles habitent dans l'est ou dans l'ouest de la région, les personnes en situation potentiellement complexe au moment du diagnostic se tournent davantage vers les établissements situés dans leur département de résidence. Toutefois, les disparités restent très marquées entre les deux zones comparées, en termes de recours infra-départementaux pour l'étape de la chirurgie.

Pour la réalisation du traitement adjuvant, les femmes issues des franges internes et des pôles urbains situés dans l'Ouest parisien sont massivement captées par les CLCC régionaux, à l'instar des personnes résidant dans les communes localisées entre Fontainebleau et Provins. Cependant, comme pour la chirurgie, les femmes qui présentent une situation potentiellement complexe au moment du diagnostic sont globalement moins captées pour le traitement adjuvant. En effet, elles sont plus systématiquement soignées dans leur département de résidence. Nous pouvons supposer que les équipes médicales, parce qu'elles anticipent les éventuelles difficultés liées au déplacement vers l'hôpital pour un traitement lourd et régulier, orienteraient plus systématiquement les femmes en situation de complexité vers l'offre implantée dans leur département de résidence (Fainzang, 2015). Dans le cas où les personnes sont captées par un établissement situé à distance de leur domicile, les femmes ont témoigné de problématiques particulières pendant les entretiens.

2) Distance aux soins et traitement adjuvant : quel impact de la captation dans les franges régionales ?

Dans le précédent chapitre, nous avons évoqué le cas de quatre femmes rencontrées en entretien, dont les situations médicales, sociales et / ou familiales sont particulièrement complexes. Du fait de leur isolement social ou de difficultés financières exacerbées par l'irruption de la maladie dans la vie familiale, ces personnes ont témoigné de parcours de soins difficiles et d'un manque d'accompagnement pour faire face à ces difficultés. En effet, d'après leur témoignage, elles ont particulièrement peu été orientées vers les soins de support (cf. Chapitre V, partie V, page 298).

Le point commun entre ces 4 femmes est qu'elles résident à distance de la structure hospitalière où elles sont prises en charge, dans les franges externes de l'est de la région Ile-de-France. Dans l'enquête qualitative réalisée auprès des femmes atteintes d'un cancer du sein, nous n'avons pas rencontré de personnes qui résident dans les franges et les pôles urbains de l'ouest de la région dont la situation est apparue potentiellement complexe. Toutefois, ces quatre exemples sont très révélateurs de la façon dont la distance géographique aux soins contribue à accentuer les difficultés de gestion du parcours de soins de l'individu, lorsqu'elles existent.

Dans le cas de Mme B. dont la situation économique et familiale est particulièrement difficile, elle habite à 45 minutes en voiture de l'hôpital où elle réalise son traitement. Une récurrence de cancer du sein lui a été diagnostiquée quelques mois avant notre rencontre, pour laquelle elle est soignée dans un établissement parisien. Elle n'a pas son permis de conduire et elle était dans l'incapacité de prendre les transports en commun au moment de notre entretien. Les multiples allers retours à Paris dans le cadre de ses soins ne sont pas sans poser problème, avec un enfant en bas-âge et un compagnon absent. De plus pendant l'entretien, elle a exprimé une certaine appréhension à être soignée à Paris car elle ne se sent pas y appartenir.

D'après son discours, il semblerait que l'angoisse de devoir « monter à la capitale » pour se soigner se cumule aux contraintes pratiques qu'elle rencontre pour se déplacer.

« La difficulté pour moi de me déplacer sur Paris, c'est que je vis tout le temps les choses seule entre guillemets. Même si j'ai une amie qui m'accompagne, souvent quand elle peut... en chimio, voilà. [...] Mais si vous voulez, le fait d'être de Provins et d'arriver à Paris, c'est comme si je quittais ... si j'allais je ne sais pas où quand je viens à Paris. C'est un décalage énorme ... quand on monte à la capitale... le fait d'être sur la Francilienne, c'est comme si on partait à Marseille, vous voyez.... Y a un tel décalage que ... ça change quoi. [...] Moi, je suis originaire du Loiret, de la campagne, Paris pour nous c'est... voilà quoi. On ne prend pas les transports en commun comme vous.» (Entretien réalisé le 6/03/17).

Cet exemple est particulièrement intéressant, et montre combien les pratiques spatiales des habitants des franges externes de l'Île-de-France ne sont pas tournées vers la métropole parisienne. Dans ce cadre, être soignée à Paris devient potentiellement source d'angoisse et de difficultés car les domaines inconnus à apprivoiser, tant du point de vue médical que spatial, se multiplient d'autant plus. En termes d'accès aux soins de support pendant le traitement, elle n'a pu bénéficier que d'une séance de socio-esthétique pendant les trois années de traitement car les transports médicalisés ne sont pas pris en charge pour ce type de prestations :

« C'est vrai que ça fait trois ans que je viens à l'hôpital X, que je vis maladie, je dors cancer, je mange cancer ... C'est une prise en charge qui a complètement pris place dans ma vie, que c'est que ça. Un jour, je cherchais à acheter des bonnets de chimiothérapie et la dame en bas m'a dit « Écoutez, moi, j'en vends pas mais j'en ai quelques-uns qu'on m'a donnés ». Elle m'a fait essayer et me demande si j'ai fait l'atelier « Belle et bien ». J'ai dit que non, « c'est quoi ? » Elle m'a dit « On vous propose du maquillage, deux heures de soins » Je rêvais de ça quoi. On se tape que des trucs de misère et là on me propose du bien-être. J'ai dit « Ça se passe comment ? » « Vous prenez rendez-vous. » J'ai été maligne, si je n'avais pas eu de rendez-vous ce jour-là, je n'aurais pas pu participer à cet atelier, comment je viens ? Je ne vais pas dire au VSL, emmenez-moi quoi. Du coup, j'ai réussi à avoir un rendez-vous avec la psychiatre [le même jour] » (Entretien réalisé le 6/03/17).

Enfin, elle a témoigné d'une préoccupation majeure dans l'éventualité où la prise en charge des transports sanitaires devait lui être refusée. En effet, elle envisage d'interrompre le traitement curatif si une telle situation se produisait :

« Mais de plus en plus... je le demande plus à l'hôpital X, ils ne veulent pas. Et je trouve que c'est très compliqué pour nous les gens qui habitons loin comme ça, parce que moi perso, je suis toujours dans la culpabilité de me dire... déjà de demander à mon médecin des bons de transport. Bon, il me le fait, c'est lui qui m'a envoyée là. Mais je trouve que pour nous les gens qui habitons loin comme ça, on n'a pas cette facilité de venir [...] Vous savez que j'en suis arrivée à me dire que si mon médecin... vous voyez là je dois négocier avec le radiothérapeute les bons de transport... s'il me les accepte pas, je vais annuler mes soins. J'en suis là quoi » (Entretien réalisé le 6/03/17).

Pour Mme B., le fait d'être soignée à Paris apparaît comme un gage de qualité de la prise en charge. Toutefois, les contraintes pratiques et psychiques qu'engendre cette prise en charge semblent particulièrement pénibles à gérer dans son quotidien, déjà lourd de nombreuses difficultés.

Dans le cas de Mme F., elle a été diagnostiquée d'un cancer du sein à la fin de sa première grossesse, avant même d'avoir 30 ans. Comme Mme B., elle dispose de très faibles ressources financières. Elle a été orientée vers un établissement de l'AP-HP, à l'occasion d'une consultation avancée réalisée par un oncologue parisien dans l'établissement hospitalier de la ville où elle réside. Ainsi, elle a réalisé l'ensemble de ses soins à Paris, ce qui a entraîné un manque d'accompagnement dans la gestion de sa vie quotidienne pendant le traitement. En effet, elle ne savait pas à qui s'adresser pour demander de l'aide, à proximité de son domicile :

« Parce que l'on arrive, on sait rien, finalement. On nous annonce ça, et puis on sait pas ... si on a le droit à quelque chose. On sait pas vraiment comment ça va se passer. Et comme on est pas au courant de ce que l'on pourrait avoir le droit... je sais pas quoi chercher, je suis restée sur ce que j'avais le droit à l'hôpital » (Entretien réalisé le 16/03/17).

Après plusieurs demandes auprès de son oncologue, elle a finalement été adressée à une assistante sociale à Paris. Cette dernière l'a ensuite orientée vers la structure compétente au plus proche de chez elle. Cependant, elle estime avoir été orientée trop tardivement dans son parcours de soins, auprès des professionnels adéquats. Elle a dû composer en amont avec les moyens à sa disposition. Pendant l'entretien, elle a insisté sur le fait qu'elle n'a pas eu accès aux soins de support ni à un accompagnement adapté notamment parce qu'elle

habitait particulièrement loin de l'hôpital référent. En effet, les centres hospitaliers situés à Paris et en première couronne ne connaissent pas systématiquement les professionnels médico-sociaux et de soins de support qui exercent en périphérie de la région. Dans ce cadre, l'orientation des femmes en situation potentiellement complexe n'apparaît pas forcément adéquate.

De la même façon, Mme D. qui a également été soignée dans un CLCC localisé dans le centre de la région, n'a pas été orientée vers les organismes existants à proximité de son domicile, notamment le réseau territorial de cancérologie. Du fait de la distance aux soins et de contraintes familiales, elle a dû interrompre le suivi psychologique avec le professionnel hospitalier qui la suivait, sans trouver d'alternative à proximité de son domicile:

« A Huguenin ils disent « Bah si vous avez besoin, y a la maison des patients et voilà ». Mais ce n'est pas organisé dans le parcours des gens, et chacun doit chercher les ressources auxquelles il peut accéder en fonction de son emploi du temps » (Entretien réalisé le 24/04/17).

Enfin, Mme A., qui souffre d'importantes douleurs résiduelles de la chirurgie et d'un mal-être global en lien avec une récurrence de cancer du sein, habite à la lisière de la région Ile-de-France. Dans ce cadre, elle rencontre de particulières difficultés pour accéder aux services des réseaux territoriaux de cancérologie. En effet, elle réside dans une zone à la limite de deux réseaux territoriaux, ce qui fait qu'elle est obligée de se tourner vers le département du Loiret pour accéder aux soins de support. Or ses activités personnelles et professionnelles se trouvent en Ile-de-France, ce qui complique énormément les possibilités de recours à ces soins. Comme dans le cas de Mme B., les soins accessibles pour Mme A. ne se situent pas dans la zone où elle a l'habitude de vivre et de se déplacer. Dans ce cadre, elle n'a pas fait appel aux professionnels dont elle aurait pourtant fondamentalement besoin pour mieux vivre l'épreuve du cancer.

L'exemple de ces 4 femmes, résumé sur le schéma présenté sur la page 341, met en lumière les différentes configurations de facteurs à l'origine de parcours potentiellement complexes. En fonction de l'ampleur des problématiques psycho-sociales et de la gravité médicale du cancer, la distance géographique participe à plus ou moins compliquer la gestion du parcours de soins par les femmes soignées pour un cancer du sein.

Dans cette partie, nous avons observé que les femmes résidant dans les franges et les pôles de l'Ouest parisien étaient massivement captées par les hôpitaux situés dans le centre la région, pour le traitement adjuvant. Les personnes qui résident dans les franges externes

localisées entre Fontainebleau et Provins sont également particulièrement captées par l'Institut Curie et l'IGR, pour l'étape de la chimiothérapie. Ainsi, ces femmes sont plus susceptibles de rencontrer de telles problématiques. Toutefois, nous pouvons supposer que les femmes issues des franges internes et des pôles urbains des Yvelines disposent davantage de ressources locales, dans des communes périurbaines qui sont globalement socialement aisées. Le fait qu'elles soient davantage prises en charge en HAD pour la chirurgie du cancer du sein, est un exemple qui va dans le sens de cette hypothèse, à savoir que les réseaux de soins sont potentiellement plus denses dans cette partie de la région. Dans le cas des franges externes situées entre Fontainebleau et Provins, *i.e.* le lieu de résidence de Mme B., le cumul des difficultés que rencontrent les femmes particulièrement vulnérables, serait d'autant plus difficile à gérer pendant le parcours de soins. Même si nous n'avons pas pu collecter d'éléments nous permettant de confirmer cette hypothèse pendant notre recherche, nous pouvons supposer que les personnes issues de ces franges dont la situation est complexe et qui sont prises en charge dans les établissements situés dans leur département de résidence, sont potentiellement mieux orientées vers les professionnels de soins de support implantés localement.

**Des parcours complexes dans les franges régionales de l'Est parisien :
exemples à partir d'une enquête auprès de volontaires des SEINTINELLES**

Mme B.

Médicalement : diagnostic tardif ; importantes complications chirurgicales ; douleurs chroniques ; fatigue ; récurrence ; effets secondaires de la chimiothérapie

Familialement : divorcée mais s'est remise en couple pour son fils qui a fait une importante dépression après la séparation ; conflits avec son mari donc s'occupe seule de ses deux enfants ; psychiquement fragile car seule face à la maladie

Economiquement et professionnellement : en arrêt de travail depuis 3 ans donc les indemnités ont été divisées par deux ; se dirige vers une invalidité car incapacité à reprendre son activité professionnelle d'assistante de vie dans un foyer pour adultes handicapés ; faibles ressources financières

Spatialement : habite à 90 kms du CLCC où elle est prise en charge ; temps de trajet très longs (2h - 3h aller) ; Pbs de prescription des bons de transports ; ne peut pas accéder aux soins de support ; angoissée de devoir « monter à la capitale » pour se soigner.

Mme F.

Médicalement : très jeune ; diagnostic tardif ; fatigue ; effets secondaires de la chimiothérapie

Familialement : a été diagnostiquée juste après la naissance de son premier enfant donc gestion du nouveau-né en même temps que les soins ; deuil de l'allaitement

Economiquement et professionnellement : licenciement économique pendant le parcours de soins ; congé maternité avant l'arrêt maladie donc pbs de remboursements pour la garde de l'enfant ; faibles ressources financières

Spatialement : habite à 90 kms de l'hôpital où elle est prise en charge ; temps de trajet très longs ; Pbs de prescription des bons de transports ; ne peut pas accéder aux soins de support en dehors des séances de soins curatifs

Mme D.

Médicalement : jeune ; fatigue ; effets secondaires de la chimio ; porteuse du BRCA ; 2 cancers du sein ; va subir une double mastectomie préventive ; antécédents familiaux ++

Familialement : mère de deux jeunes enfants, dont une fille en bas âge au moment du deuxième cancer ; congé parental demandé avant le congé maladie donc problèmes de prise en charge de la garde des enfants

Professionnellement : retour à l'emploi à plein temps à la fin de son deuxième cancer ; difficile gestion de sa fatigue et de sa famille

Spatialement : habite à 70 kms de l'hôpital où elle est prise en charge ; temps de trajet très longs ; ne peut pas accéder aux soins de support : a arrêté le suivi psychologique entamé à l'hôpital

Mme A.

Médicalement : complications chirurgicales ; beaucoup d'incertitudes médicales pendant son parcours ; récurrence ; vécu très difficile de la récurrence ; ne se sent pas bien suivie pour sa deuxième prise en charge

Familialement : mari peu empathique ; enfants partis de la maison, sa fille est partie à l'étranger donc vit mal l'éloignement

Professionnellement : a demandé à passer en «longue maladie» car elle va psychiquement très mal. Mais comme elle n'a pas reçu de chimiothérapie, la médecine du travail refuse de le lui accorder sans preuves de complications médicales

Spatialement : habite à 70 kms de l'hôpital où elle est prise en charge ; temps de trajet très longs ; n'a pas été suivie par un psychologue car n'a reçu que de la chirurgie au 2e cancer ; ne sait pas vers qui se tourner dans son secteur géographique

CONCLUSION

Grâce aux éléments collectés dans cette recherche et aux deux exemples présentés dans ce chapitre, nous allons compléter le modèle de l'accès aux soins formulé par R. Penchansky et J.W. Thomas (cf. schéma n°3 page 97).

A l'échelle du Val d'Oise et de l'Essonne, nous avons observé que les parcours de soins poursuivaient une logique spatiale très différente. La localisation de ces deux départements vis-à-vis des établissements attractifs, entraîne des disparités majeures dans la structure des parcours de soins. Dans le Val d'Oise, plusieurs établissements implantés localement apparaissent particulièrement attractifs pour les femmes soignées pour un cancer du sein, ce qui n'est pas le cas dans l'Essonne. Pour ce département, les femmes se tournent massivement vers les CLCC de Paris et du Val-de-Marne. Ces flux sont particulièrement importants pour les personnes qui résident dans les communes situées en bordure de la première couronne et en périphérie du département. Nous faisons l'hypothèse que l'organisation des réseaux territoriaux de cancérologie joue potentiellement un rôle dans l'existence de ces disparités. A la lumière de ces éléments, nous pouvons postuler qu'il existe une inégale commodité d'accès aux soins entre les femmes du Val d'Oise et de l'Essonne (à l'exception des personnes qui sont davantage soignées dans le département, *i.e.* les habitantes des communes-noyaux socialement populaires et des communes de l'entre-deux), concernant l'accès à la chirurgie et au traitement adjuvant. De plus, nous faisons l'hypothèse que l'accessibilité géographique aux soins de support est plus difficile dans l'Essonne, du fait de la fragilité des réseaux territoriaux de cancérologie. En effet, les femmes seraient potentiellement peu orientées vers les professionnels de soins implantés localement, *a fortiori* pour les femmes résidant dans les communes périurbaines qui sont majoritairement soignées à l'IGR.

Toutefois, dans le cas des villes nouvelles étudiées dans ce chapitre, nous avons observé que les femmes étaient davantage soignées dans les établissements situés en proximité de leur lieu de résidence. Dans ces centres urbains denses et socialement populaires, la forte disponibilité des établissements hospitaliers facilite l'accessibilité géographique aux soins pendant le parcours. De plus, la prise en charge locale de ces femmes favorise potentiellement l'acceptabilité du parcours de soins, notamment dans l'éventualité où elles présentent une situation médico-sociale complexe. Dans l'hypothèse

où la proximité de la prise en charge serait souhaitable pour la gestion des parcours complexes, nous aboutirions au constat d'une certaine équité d'accès aux soins pour les femmes résidant dans les villes nouvelles de Cergy-Pontoise et d'Evry Centre Essonne.

Par ailleurs, comme nous l'avons largement évoqué tout au long du manuscrit, les personnes issues des communes-noyaux socialement populaires localisées dans le département de la Seine-Saint-Denis sont particulièrement orientées vers Paris pour l'ensemble de leur parcours de soins. Dans ce cadre, la commodité d'accès aux soins et l'accessibilité aux soins de support seraient entravées. De plus, leur faible capacité financière ne leur permettrait pas de recourir aux soins de support en ville, auprès de professionnels libéraux existants à proximité de leur domicile. Ce problème de « fuites » des parcours de soins vers Paris est problématique pour ce département, car les femmes soignées pour un cancer du sein présentent globalement des profils socioéconomiques défavorisés, à plus forte raison pour les personnes en situation potentiellement complexe au moment du diagnostic. Quand bien même il existe une dense offre de soins à proximité immédiate des habitantes de ce département, elles rencontrent potentiellement des difficultés en lien avec la distance géographique vis-à-vis de l'établissement où elles sont prises en charge. Lorsque leur situation sociale et familiale vient d'autant plus compliquer la gestion du parcours de soins, leur orientation vers un établissement parisien serait source d'un inégal accès aux soins.

De plus, dans les départements de l'Essonne et du Val d'Oise, les femmes qui présentent une situation complexe au moment du diagnostic sont moins représentées dans les communes périurbaines socialement populaires. Dans le Val d'Oise, ces dernières sont toutefois particulièrement orientées vers l'offre de proximité, ce qui n'est pas le cas dans l'Essonne. La qualité de l'accès aux soins est donc potentiellement inégale, que ce soit en termes de commodité, d'accessibilité géographique aux soins de support et de capacité financière pour assurer le coût de ces soins si elles y recourent en ville, ou d'acceptabilité du parcours de soins. Néanmoins, ce constat ne serait vrai que si la disponibilité des ressources locales dans ces communes périurbaines et l'offre proposée par les établissements locaux permettaient de répondre aux besoins des femmes. Dans l'éventualité où les ressources en soins de support y seraient rares, les habitantes des communes périurbaines de l'Essonne qui sont soignées dans le centre de la métropole, auraient finalement un meilleur accès à ces dernières.

Enfin, l'exemple des franges régionales va dans le sens de ce constat. Les personnes résidant dans les franges externes situées entre Provins et Fontainebleau sont davantage prises en charge dans les CLCC, que les autres personnes résidant dans ces périphéries de l'Est francilien. Nous pouvons supposer, à l'instar de Mme B., qu'elles rencontreraient d'importantes problématiques d'accompagnement social, à plus fortes raisons lorsqu'elles cumulent de nombreuses difficultés dans leur vie personnelle. A l'inverse, lorsque les femmes sont prises en charge dans les établissements du département, l'orientation vers un accompagnement social adapté serait plus aisée. En effet, en Seine-et-Marne, les communes où se situent les établissements consultés par les femmes correspondent à des centres urbains relativement denses. Les professionnels de soins de support et médico-sociaux sont donc potentiellement présents, à une distance raisonnable de leur domicile.

Dans le cas des franges internes et des pôles de l'ouest de l'Île-de-France, les femmes sont probablement moins sujettes à des difficultés financières, car elles résident principalement dans des communes périurbaines socialement aisées. De plus, ces espaces sont globalement bien connectés au centre de la région, ce qui signifie que l'accessibilité géographique aux soins ainsi que la commodité d'accès sont sans doute facilitées. Toutefois, les femmes captées par les CLCC pour l'ensemble de leur parcours de soins peuvent également rencontrer des problèmes dans la coordination de leur parcours de soins et l'orientation vers des professionnels de soins de support exerçant à proximité de leur domicile. Indépendamment de leur niveau social, les personnes en situation complexe pourraient rencontrer de particulières difficultés d'accès aux soins de support dans ces franges et ces pôles de l'Ouest parisien.

Ces exemples nous ont permis de montrer comment les parcours de soins des femmes soignées pour un cancer du sein, se structurent selon des dynamiques sociospatiales qui opèrent à différentes échelles. Depuis l'échelle des départements jusqu'aux individus investis dans la prise en charge, ces parcours se construisent territorialement en fonction de caractéristiques sociales et politiques propres à chacun des espaces considérés. De ces dynamiques spécifiques découle un ajustement singulier des deux roues du modèle de R. Penchansky et J.W. Thomas (cf. schéma n°3 page 97). En fonction des besoins et des caractéristiques des femmes prises en charge, de la capacité de l'offre de soins et des professionnels à répondre à cette demande, les constructions

socioterritoriales des parcours de soins en Ile-de-France autorisent certaines combinaisons de pouvoirs et de résistances, propices ou non à un juste accès aux soins.

CONCLUSION GENERALE

Au début de cette thèse, une oncopsychologue rencontrée en entretien nous avait fait part de son scepticisme vis-à-vis du projet de recherche, tant les pratiques sociales et spatiales des individus sont bouleversées dès lors qu'ils prennent conscience du diagnostic de cancer. Parce qu'elle rend possible l'éventualité d'une mort prochaine, la maladie cancéreuse fait imploser les certitudes et les habitudes des personnes qui s'y confrontent. Cet éclatement identitaire, source de pratiques incertaines et irrégulières, n'autoriserait aucune lecture sociale de l'organisation des parcours de soins. Elle a terminé notre échange en aboutissant au fait que cette recherche échappait à son travail.

A travers ce témoignage se cristallise l'éternel dilemme des sciences sociales, à savoir celui des rapports entre l'action des individus et les structures sociales dans l'analyse des faits sociaux. La théorie sociale, particulièrement en France, s'est construite au sein d'une communauté scientifique divisée entre les partisans d'une approche individualiste et ceux en faveur d'une analyse des déterminants structureaux (Cuin, 2002). Sans entrer dans le fond du débat, précisons toutefois que la géographie n'est pas étrangère à cette discussion théorique. D'une certaine façon, le déterminisme des milieux naturels sur l'organisation des activités humaines tel qu'il a été pensé par Vidal de la Blache, prend position pour une approche structuraliste qui postule que les individus sont contraints d'agir dans un cadre qui les domine. Depuis les années 1960, le concept de territoire est devenu prépondérant en géographie, et sa vertu principale est qu'il accorde aux acteurs un pouvoir central dans l'aménagement de leur environnement. Le sens propre du concept de territoire réside dans le politique, ou l'idée d'un ordre social négocié et enraciné dans l'espace. Ces formes spatiales des rapports sociaux peuvent présenter des régularités à travers le temps, et sont porteuses de ce que A. Giddens appelle des « propriétés structurelles [...], qui permettent que des pratiques sociales similaires persistent dans des étendues variables de temps et d'espace, et qui donnent à ces pratiques un caractère "systémique" » (Giddens, 1987).

Ce cadre d'analyse a guidé notre recherche. Toutefois, à l'ambition initiale d'apporter un éclairage sur les processus inégalitaires à l'œuvre face aux cancers du sein, de leur survenue jusqu'au décès, nous avons dû restreindre notre champ d'analyse à la phase de la prise en charge hospitalière. Dans notre recherche, nous avons refusé d'entrer dans une lecture analytique des déterminants de l'incidence et de la mortalité par cancer du sein. En effet, les propriétés structurelles qui construisent territorialement l'ordonnement de ces faits de santé s'inscrivent dans un temps long et inaccessible à la recherche sur le temps d'un

travail de doctorat, et dans le cadre d'une démonstration empirique. Ainsi, nous nous sommes concentrés sur la période du parcours de soins du cancer du sein, et avons voulu tester l'hypothèse de l'existence d'un certain ordre spatial dans le déroulement des parcours de soins du cancer entre les différents territoires franciliens. Lorsqu'il s'agit de se soigner et d'être soigné d'une pathologie potentiellement létale, l'existence de déterminants socio-territoriaux des parcours de soins n'a rien d'évident. A l'issue de cette recherche, cette hypothèse se confirme toutefois. En effet, nous avons montré qu'il existe des configurations territoriales singulières de l'accès aux soins du cancer du sein en Ile-de-France, qui se construisent selon des dynamiques multiscalaires.

L'intérêt d'une approche géographique des parcours de soins en cancérologie

Tout d'abord, la particularité de notre objet de recherche – *i.e.* l'accès aux soins dans le cadre du parcours de soins du cancer du sein - est que la disponibilité de l'offre de soins est régentée par l'Etat, selon des modalités institutionnelles extrêmement normées. Les établissements autorisés à prodiguer des soins en cancérologie doivent répondre à des critères de qualité et de sécurité spécifiques, ce qui participe à une certaine standardisation des parcours de soins. Dans l'espace francilien, les lieux d'implantation des établissements spécialisés sont le produit de l'histoire et des luttes intestines qui ont accompagné le développement de la cancérologie en région parisienne. En fonction des agréments dont elles disposent, les structures de soins n'héritent pas toutes de la même mission. Elles se livrent donc une cruelle bataille pour attirer les femmes qui sont atteintes d'un cancer du sein, et elles déploient des stratégies expertes pour trouver un équilibre avec le concurrent voisin. Or, parce que les centres ultraspecialisés, bénéficiant d'une image d'excellence sont localisés dans des territoires attractifs et stratégiques du centre de la région, il existe une certaine constance dans l'orientation des parcours de soins vers ces hôpitaux centraux en Ile-de-France. De plus, la confiance envers l'excellence de ces grands centres semble très largement répandue dans l'ensemble des territoires franciliens. Ces représentations collectivement partagées, par les femmes autant que les professionnels de santé, instaurent également une certaine régularité dans les flux de personnes vers ces établissements, où la distance *versus* la proximité ne constituent pas un facteur prépondérant pour une large partie des femmes résidant en Ile-de-France. Toutefois, les personnes dont la situation est complexe au moment du diagnostic (personnes âgées, bénéficiaires de la CMU-C et / ou

dont le stade est métastatique au diagnostic) sont globalement moins soumises à ces dynamiques d'attraction. Sont-elles moins systématiquement orientées vers ces centres experts par les professionnels qui anticipent leurs éventuelles difficultés (Fainzang, 2015) ? Sont-elles personnellement moins empreintes de ces représentations ? Toujours est-il que les femmes dont la situation est potentiellement complexe au moment du diagnostic en Ile-de-France, sont moins systématiquement orientées vers les centres de lutte contre le cancer et les CHU de l'AP-HP⁵⁰. Ce résultat est cependant à nuancer en fonction des soins nécessaires. Les établissements publics, moins distants du domicile des femmes, gagnent en attractivité pour cette étape du parcours de soin. Dans le cadre de ce traitement lourd, synonyme de fatigue et de nombreux effets indésirables, les femmes peuvent raisonnablement choisir l'option d'être traitées dans un établissement plus proche de leur lieu de résidence. Ce rapprochement se confirme également pour l'étape de la radiothérapie, souvent assurée par des spécialistes libéraux.

A l'échelle des départements, d'autres dynamiques participent plus finement à la construction des propriétés structurelles de l'accès aux soins du cancer du sein en Ile-de-France. En fonction de la position des départements vis-à-vis des grands centres de cancérologie, les femmes sont inégalement attirées par ces derniers. Dans les départements de l'Ouest parisien où le réseau urbain est plus directement connecté à la capitale, elles se tournent plus fréquemment vers les hôpitaux centraux dont la réputation est attrayante. Dans le nord et l'est de Paris, les établissements périphériques assument une part plus importante des parcours de soins. Selon notre analyse, la proportion de femmes prises en charge dans ces établissements périphériques dépend de la capacité de résistance de ces derniers vis-à-vis de la concurrence des grands pôles franciliens de cancérologie. A travers l'exemple comparatif de l'Essonne et du Val d'Oise, nous avons montré que cette capacité de résistance dépend très probablement de la faculté des acteurs locaux à créer des alliances. De cet équilibre négocié dépendent leur survie et leur compétitivité qui leur permettront de continuer à se développer et à innover. Dans le cas inverse, les établissements et les professionnels se replient essentiellement sur la prise en charge des personnes en situation complexe, socialement vulnérables, ce qui ne leur permet pas d'espérer une activité suffisante et pérenne. Le cas de l'Essonne est révélateur de ce

⁵⁰ Ce résultat ne se vérifie pas systématiquement pour les femmes bénéficiaires de la CMU-C.

phénomène, car la majorité des femmes résidentes de ce département de seconde couronne sont prises en charge dans les CLCC, autant pour la chirurgie que pour la chimiothérapie, au détriment de l'offre de soins du département.

La construction de l'indice synthétique des dynamiques urbaines a permis de prendre en compte simultanément les propriétés sociales et spatiales des communes de résidence des femmes soignées pour un cancer du sein. Plus que des environnements socialement favorables ou défavorables à la santé, nous avons souhaité décrire comment ces communes participent ou non des dynamiques réticulaires du réseau métropolitain, pour caractériser les possibilités de mobilité des femmes et leur plus ou moins forte imprégnation de pratiques de recours aux soins orientées vers Paris. Cet outil a permis de confirmer les résultats de différentes études montrant le rôle du désavantage social local dans la construction des inégalités d'accès aux soins. Les habitantes des communes socialement désavantagées recourent plus fréquemment aux soins dans les établissements situés en proximité. En effet, nous avons fait ce constat pour les recours à la chirurgie et à la chimiothérapie des résidentes des communes-noyaux socialement populaires, soignées pour un cancer du sein. Les causes à l'origine d'un tel constat sont probablement en lien avec la disponibilité locale d'une offre de soins suffisamment dense et les pratiques propres aux professionnels de ces territoires, qui orienteraient plus volontiers qu'ailleurs, leur patientèle vers cette offre locale jugée adaptée à leurs besoins (Fainzang, 2015). Dans le cas de ces communes localisées au sein de Cergy-Pontoise et d'Evry-Centre-Essonne, les femmes recourent majoritairement à l'offre de soins présente sur les territoires des villes nouvelles, et ce d'autant plus qu'elles se trouvent dans une situation complexe au moment du diagnostic. Cependant, les situations de désavantage social ne s'accompagnent pas systématiquement d'un recours aux soins dans la proximité, comme nous le montre l'exemple du département de la Seine-Saint-Denis qui, malgré un classement majoritaire de ces communes dans la catégorie «communes-noyaux socialement populaires», se caractérise par des recours des femmes massivement attirées par l'offre publique de soins parisienne. Dans cette situation particulière, la proximité spatiale avec la capitale compense les profils sociaux populaires des communes dans lesquelles elles résident.

Dans les communes périurbaines socialement désavantagées, les femmes ont également tendance à se tourner, plus que la moyenne francilienne, vers l'offre de chimiothérapie située au plus proche de leur lieu de résidence. Toutefois, le fait que ces

communes soient localisées en marge du réseau métropolitain, induit un autre phénomène. Nous avons effectivement observé un net clivage entre les parcours de soins des femmes qui se font soigner dans les hôpitaux périphériques, et celles qui se tournent vers Paris pour bénéficier de l'excellence des centres experts. A mesure que ces communes socialement populaires s'éloignent du cœur de la métropole parisienne, les pratiques de recours aux soins seraient d'autant plus clivées entre les femmes qui sont orientées vers l'offre locale préjugée plus adaptée à leur profil, et celles qui ont les moyens de se déplacer vers les centres particulièrement réputés. Pour ces dernières, les contraintes géographiques, économiques et sociales sont parfois importantes pour accéder aux soins, *a fortiori* aux soins de support. L'exemple de Mme B. a illustré le fait que dans certaines situations complexes, la distance aux soins peut également être synonyme d'une importante distance sociale avec la capitale et ses habitants. Dans ces territoires en décroissance, les pratiques spatiales des femmes sont probablement peu connectées au réseau métropolitain et dans ce cadre, se faire soigner à Paris symbolise un autre bouleversement des repères, en plus de celui déjà engendré par la maladie. Dans les communes périphériques de l'Ouest francilien, les femmes sont également susceptibles de présenter des situations médico-sociales complexes. Pour ces dernières, les recours aux soins fréquents vers les CLCC dans cette partie de la région, peuvent également être source d'importantes difficultés, quand bien même l'environnement social local est plus favorisé.

Sous l'effet simultané de dynamiques socio-spatiales régionales, départementales et locales qui orientent leur parcours de soins, les femmes n'accèdent pas aux mêmes types de soins en fonction des territoires où elles vivent. Nous avons mis en lumière des disparités spatiales dans les séquences de traitement des femmes traitées pour un cancer infiltrant. D'autres disparités existent également pour l'accès à l'innovation chirurgicale, le paiement des dépassements d'honoraires et les délais d'accès au traitement adjuvant. Enfin, nos résultats ont permis de montrer l'existence d'inégalités territoriales d'accès aux soins de support et de qualité de vie pendant la maladie, lorsque les femmes résident à distance du centre de soins et qu'elles y sont prises en charge pour l'ensemble de leur parcours de soins. Ces inégalités d'accès aux soins concerneraient davantage les femmes qui résident dans des communes aux profils sociaux défavorisés ou dont le parcours de soins est complexe au moment du diagnostic.

Limites et apport méthodologique de la recherche

Dans ce travail, le recueil des témoignages auprès des personnes malades et des professionnels a eu lieu avant la modélisation des parcours de soins à l'échelle de l'ISDU. Or, le temps nous a manqué pour engager *a posteriori*, une enquête approfondie auprès des femmes soignées pour un cancer du sein et qui résident dans les territoires exemplaires mobilisés dans la recherche. Notamment, il aurait été particulièrement intéressant de s'attarder sur le cas des communes-noyaux socialement populaires qui présentent une structure différente des parcours de soins entre la Seine-Saint-Denis et le reste de la région. De la même façon, peu de professionnels de seconde couronne ont finalement été rencontrés en entretien, comparativement aux professionnels des hôpitaux situés à Paris et en première couronne. Par conséquent, les résultats des deux enquêtes qualitatives sont globalement peu mobilisés dans la thèse, car nous n'avons pas collecté suffisamment de données en lien avec les hypothèses issues de la modélisation des parcours de soins.

De plus, certaines analyses statistiques n'ont pas été réalisées suffisamment en amont de la finalisation du manuscrit. Dans le 6^e chapitre, il aurait pourtant été très instructif de comparer la structure spatiale des parcours de soins entre les personnes dont la situation est complexe au moment du diagnostic et celles dont la situation est considérée comme standard. Ainsi, nous aurions pu analyser précisément le rôle respectif des caractéristiques sociales individuelles et des dynamiques territoriales dans l'organisation des parcours de soins.

Toutefois, cette recherche propose une lecture géographique des parcours de soins du cancer du sein qui est inédite à notre connaissance. Tout d'abord, grâce à une riche et précieuse collaboration avec l'Institut national du cancer, des estimations communales qui se rapprochent de l'incidence du cancer du sein ont été réalisées. Avant les travaux publiés par l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France en 2016, aucune recherche n'avait encore proposé de telles estimations à cette échelle. A partir de ces nouveaux cas estimés de cancer du sein, les parcours de soins ont été modélisés selon la méthode que D. Lefevre a développée dans sa thèse (Lefevre, 2014). Ainsi, les flux de femmes vers les établissements hospitaliers ont pu être décrits et comparés entre les territoires franciliens. La prise en compte simultanée des caractéristiques individuelles des femmes renseignées dans le SNIIR-AM et des dynamiques territoriales grâce à l'ISDU, constitue également une

innovation. Grâce à cette lecture individuelle et collective des parcours de soins, cette thèse a alimenté le champ des connaissances sur l'orientation différenciée des femmes dans le système de soins, selon leur profil médico-social et les dynamiques à l'œuvre dans leur environnement de résidence.

Cependant, nous avons largement insisté sur l'écueil de considérer l'environnement de résidence comme la juste maille spatiale d'analyse dans la recherche sur les inégalités de santé. Quand bien même l'ISDU mobilise des indicateurs dynamiques, nous avons proposé une lecture des parcours de soins à la lumière d'un découpage communal statique. Par conséquent, la démonstration exposée dans le dernier chapitre souffre particulièrement du manque de données qualitatives qui nous auraient permis d'entendre la voix des acteurs en présence dans les territoires exemplaires. Ces propositions de recherche méritent d'être approfondies, tout autant dans le cadre de notre démonstration empirique que du point de vue théorique, dans le champ de la géographie.

Substituer une logique de santé publique aux mécanismes de la concurrence qui régissent l'orientation des femmes dans le système de soins

L'analyse proposée dans cette recherche fait finalement émerger plusieurs interrogations fondamentales sur l'organisation des soins en oncologie. Nous avons montré que les logiques de concurrence sont principalement à l'origine de l'orientation des femmes vers les établissements de soins dans le domaine du cancer du sein. En effet, la confiance conférée aux centres ultraspecialisés par le corps médical s'est développée autour de leur capacité à investir dans le champ de la recherche et à proposer des traitements innovants. De la même façon, les femmes reçoivent les échos de la performance de ces établissements par le biais des professionnels de santé ou de leur entourage, et également à travers les classements des hôpitaux dans certains journaux nationaux. De plus, les flux de femmes soignées pour un cancer du sein en Ile-de-France s'organisent selon les équilibres négociés entre les établissements, qui sont tributaires d'un système de certification en oncologie et de tarification inflationnistes en termes d'effectif d'actes pratiqués.

A l'exception du traitement adjuvant où les recours aux soins suivent sensiblement plus une logique de besoins des femmes, les principaux ressorts de l'organisation des parcours de soins en Ile-de-France ne semblent pas liés à un objectif de santé publique. Malgré la promulgation de la circulaire au sujet de la hiérarchisation de l'offre de soins à

l'échelle des régions françaises en 2005, les établissements ne respectent pas tous les compétences et les missions qui leur sont théoriquement dévolues (Circulaire DHOS / SDO, 2005). Ce phénomène met en péril l'équilibre de la balance entre la juste répartition spatiale de l'offre de soins et l'équité d'accès à des soins de qualité. D'une part, les compétences et l'expertise des centres ultraspecialisés situés dans les grandes agglomérations sont renforcées parce qu'ils aspirent la majorité des flux de femmes. D'autre part, les petites structures de soins sont menacées de disparaître tout autant que leur expertise risque de s'amoinrir au fur et à mesure que la file active de patientes se raréfie.

Dans ce cadre, les inégalités d'accès à des soins de qualité menacent particulièrement les femmes qui résident dans les périphéries régionales et ce, pour deux raisons. *Primo*, elles risquent de ne pas accéder aux soins spécialisés dont elles pourraient avoir besoin, si elles sont systématiquement orientées vers les établissements périphériques en baisse d'activité. En effet, rappelons que la CNAM a démontré que les femmes opérées dans un établissement dont le seuil chirurgical est tout juste équivalent à la limite légale ont 1,8 fois plus de risque de décéder de leur cancer, que celles qui sont opérées dans un hôpital dont l'activité dépasse 150 chirurgies par an [IC95% : 1.67 ; 2.03] (CNAM-TS, 2018). Nous pouvons également suggérer l'hypothèse que les femmes dont le cancer est métastatique au moment du diagnostic et qui pourraient prétendre à l'inclusion dans des essais thérapeutiques, ont potentiellement moins de chance d'y accéder si elles sont prises en charge dans ces structures périphériques. *Secundo*, elles risquent de ne pas bénéficier d'un accompagnement opportun et de subir inutilement le poids de la distance si elles sont systématiquement orientées vers les centres ultraspecialisés, à plus forte raison si elles sont âgées ou socialement désavantagées. L'exemple d'un centre hospitalier situé dans le centre de l'Essonne, spécialisé dans l'administration des chimiothérapies anticancéreuses, constitue un exemple tout à fait révélateur de l'utilité des structures de soins dans les périphéries régionales. Cet hôpital permet effectivement aux femmes d'accéder aux protocoles standards de chimiothérapie, tout autant qu'elles bénéficient d'un accompagnement social personnalisé et d'une orientation vers les soins de support existants localement (extrait d'entretien réalisé avec le directeur médical d'un CH de seconde couronne – 12/06/2016). Ces structures périphériques autorisées pour certains traitements anti-cancéreux jouent donc un rôle primordial dans la chaîne de l'accès aux soins, particulièrement dans les territoires peu densément peuplés. Pour que l'équilibre de l'accessibilité géographique et de

la qualité des soins soit possible, il faudrait que les établissements se coordonnent dans leurs missions respectives. Cela suggère que les professionnels soient en mesure de faire circuler l'information et l'expertise, ce qui bouleverse les pouvoirs respectifs dont ils disposent sur les parcours de soins des femmes. Pour rompre avec ces logiques de concurrence, l'Etat aura sans doute un rôle à jouer dans l'incitation au respect de la circulaire sur la hiérarchisation des recours aux soins en onco-sénologie.

BIBLIOGRAPHIE

ADAY, L., ANDERSEN, R., 1974. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res*, 9, 208-220.

AGENCE REGIONALE DE SANTE D'ILE-DE-FRANCE (ARS IDF), 2017. Tableau de bord du dépistage organisé en Ile-de-France. Lien URL : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-03/Cancer-sein-tableaux-de-bord-2014-2015.pdf>. Consulté le 8 mai 2018

ARS IDF, 2017. Bilan, Projet régional de santé d'Ile-de-France, schéma d'organisation des soins.

AKINYEMIJU, T.F., GENKINGER, J.M., FARHAT, M., WILSON, A., GARY-WEBB, T.L., TEHRANIFAR, P., 2015. Residential environment and breast cancer incidence and mortality: A systematic review and meta-analysis. *BMC Cancer*, 15/191. DOI : 10.1186/s12885-015-1098-z

ALEXANDRE, H., CUSIN, F., JUILLARD, C., 2010. L'attractivité résidentielle des agglomérations françaises. *Observateur de l'immobilier*, 3-66. <hal-00672601>

AMBROGGI, M., BIASINI, C., DEL GIOVANE, C., FORNARI, F., CAVANNA, L., 2015. Distance as a barrier to cancer diagnosis and treatment : review of the literature. *The Oncologist*, 20, 1378-1385. DOI : 10.1634/theoncologist.2015-0110

BALLARD-BARBASH, R., HUNSBERGER, S., ALCIATI, M.H., BLAIR, S.N., GOODWIN, P.J., MCTIERNAN, A., WING, R., SCHATZKIN, A., 2009. Physical activity, weight control, and breast cancer risk and survival: Clinical trial rationale and design considerations. *J Natl Cancer Inst*, 101, 630 – 643. DOI : 10.1093/jnci/djp068

BANDERA, E.V., MAKARINEC, G., ROMIEU, I., JOHN, E.M., 2015. Racial and Ethnic Disparities in the Impact of Obesity on Breast Cancer Risk and Survival: A Global Perspective. *Adv Nutr*, 6, 803–819. DOI : 10.3945/an.115.009647

BARDES, J., 2017. Promouvoir le dépistage organisé du cancer du sein et réduire les inégalités socio-territoriales de santé. Un guide pour l'action à l'attention des élus et acteurs locaux. Synthèse réalisée avec le soutien financier de l'ARS IDF, le partenariat entre l'association Élus, santé publique & territoires et l'Université Paris Nanterre et le soutien scientifique et matériel du laboratoire LADYSS

BARDIN, L., 1977. L'analyse de contenu, PUF, 314 p.

BARNETT, R., COPELAND, A., 2009. Providind Health Care. In: Brown, T., McLaffery, S., Moon, G. *A companion to health and medical geography*. Wiley-Blackwell, 497-520

BATIFOULIER, P., 2014. Capital santé. Quand le patient devient client. La Découverte, Paris

- BAUDET-MICHEL, S., 2015.** Explorer la rétraction dans l'espace : les services de soins dans le système urbain français. *L'Espace géographique*, Tome 44, p.369-380.
- BEGUIN, M., PUMAIN, D., 2010.** La représentation des données géographiques. *Statistique et cartographie*. Armand Colin, Coursus géographie.
- BELOT, A., VELTEN, M., GROSCLAUDE, P., BOSSARD, N., LAUNOY, G., REMONTET, L., BENHAMOU, E., CHERIE-CHALLINE, L., 2008.** Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2005. *Maladies chroniques et traumatismes*, Francim, INCa, INSERM, HCL, InVS
- BENCHALAL, M. LE PRISE, E., DE LAFONTAN, M., BERTON-RIGAUD, D., BELKACEMI, Y. et al., 2005.** Influence of the time between surgery and radiotherapy on local recurrence in patients with lymph node-positive, early-stage, invasive breast carcinoma undergoing breast-conserving surgery: results of the French Adjuvant Study Group. *Cancer*, 15 / 10, 240-250. DOI : [10.1002/cncr.21161](https://doi.org/10.1002/cncr.21161)
- BERGER, F., DOUSSAU, A., GAUTIER, C., GROS, F., ASSELAIN, B., REYAL, F., 2012.** Impact du statut socioéconomique sur la gravité du diagnostic initial de cancer du sein. *Rev Epidémiol Sante Publique*, 60/1, 19-29. DOI : [10.1016/j.respe.2011.08.066](https://doi.org/10.1016/j.respe.2011.08.066)
- BERGER, M., 2006.** Périurbanisation et accentuation des logiques ségrégatives en Île-de-France. *Hérodote*, 122, 198-211. DOI : [10.3917/her.122.0198](https://doi.org/10.3917/her.122.0198)
- BERGERON, H., CASTEL, P., 2010.** Captation, appariement, réseau : une logique professionnelle d'organisation des soins. *Sociologie du travail*, 52, 441-460. DOI : [10.1016/j.soctra.2010.09.001](https://doi.org/10.1016/j.soctra.2010.09.001)
- BERROIR, S., CATTAN, N., DOBRUSZKES, F., GUEROIS, M., PAULUS, F., VACCHIANI-MARCUZZO, C., 2017.** Les systèmes urbains français : une approche relationnelle. *Cybergeo : European Journal of Geography* [En ligne]. Espace, Société, Territoire, document 807, mis en ligne le 06 février 2017, consulté le 06 juillet 2019. URL : <http://journals.openedition.org/cybergeo/27945> ; DOI : [10.4000/cybergeo.27945](https://doi.org/10.4000/cybergeo.27945)
- BERROIR, S., MATHIAN, H., SAINT-JULIEN, T., SANDERS, L., 2007a.** Les pôles de l'activité métropolitaine. In : Saint-Julien, T., Le Goix, R., *La métropole parisienne : centralités, inégalités, proximités*, Belin
- BERROIR, S., MATHIAN, H., SAINT-JULIEN, T., SANDERS, L., 2007b.** Navettes et disjonction sociale dans une métropole multipolaire. In : Saint-Julien, T., Le Goix, R., *La métropole parisienne : centralités, inégalités, proximités*, Belin
- BERTOLOTTO, F., JOUBERT, M., LEROUX, M., RUSPOLI, S., ANCELLE-PARK, R., JESTIN, C., ALBI, N., SANCHO-GARNIER, H., 2003.** Facteurs sociaux de l'absence de participation aux campagnes de dépistage organisé du cancer du sein. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 4, 24-25

- BESSIN, M., 2009.** Parcours de vie et temporalités biographiques : quelques éléments de problématique. *Informations sociales*, 156, 12-21. <https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2009-6-page-12.htm>
- BIDOU-ZACHARIASEN, C., 1997.** La prise en compte de « l'effet de territoire » dans l'analyse des quartiers urbains. *Revue française de sociologie*, 38-1, 97-117
- BINDER-FOUCARD, F., BELOT, A., DELAFOSSE, P., REMONTET, L., WORONOFF, A.S., BOSSARD, N., 2013.** Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie I : tumeurs solides. InVS, Francim, INSERM, HCL, INCa
- BIRKMEYER, J.D., REAMES, B.N., MCCULLOCH P, CARR, A.J., CAMPBELL, W.B., WENNBERG, J.E., 2013.** Understanding of regional variation in the use of surgery. *The Lancet*, 382, 1121-1129. DOI : 10.1016/S0140-6736(13)61215-5
- BLOCH, M.A., HENAUT, L., 2014.** Coordination et parcours, la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social. Dunod, Paris
- BOINOT, L., GAUTRAU, G., DEFOSSEZ, A., DABAN, H., BOURGEOIS, V. et al., 2007.** Trajectoires hospitalières des patientes atteintes de cancer du sein en Poitou-Charentes. *Rev Epidemiol Sante Publique*, 55 / 2, 42-48. DOI : 10.1016/j.respe.2006.11.003
- BOURDIEU, P., 1986.** L'illusion biographique. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 62-63, 69-72. DOI : <https://doi.org/10.3406/arss.1986.2317>
- BRADLEY, C.J, GIVEN, C.W., ROBERTS, C., 2001.** Disparities in cancer diagnosis and survival. *Cancer*, 91, 178-188
- BRAY, F., MCCARRON, P., PARKIN, D.M., 2004.** The changing global patterns of female breast cancer incidence and mortality. *Breast Cancer Res*, 6, 229-239. DOI : 10.1186/bcr932
- BRUNET, R., 1989.** Redéploiements de la géographie. *Espaces temps*, 40-41, Géographie, état des lieux, débat transatlantique, 61-68. DOI : <https://doi.org/10.3406/espas.1989.3463>
- BRUNET, R., FERRAS, R., THERY, H., 1993.** Les mots de la géographie, dictionnaire critique. Montpellier-Paris, RECLUS, La Documentation Française, 3^e édition
- BUNGENER, M., 2004.** Canicule estivale : la triple vulnérabilité des personnes âgées. *Mouvements*, 32, 75-82. DOI : 10.3917/mouv.032.0075
- BURTON-JEANGROS, C., 2016.** Trajectoires de santé, inégalités sociales et parcours de vie. Berne : Swiss Academies Communications. <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:93526>
- CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAM-TS), 2018.** Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2019. Rapport « Charges & Produits » pour l'année 2019
- CALVEZ, M., SECHET, R., 2012.** La diversité des trajectoires socio-spatiales de soin dans les parcours de soins coordonnés. Une approche à partir d'une population en Affection de longue durée (ALD) : une approche à partir d'une population en Affection de longue durée

(ALD). Presses universitaires de Rennes. *Les parcours sociaux à l'épreuve des politiques publiques*, 43-55. URL : halshs-00746081

CARON F., 1990. Introduction : Paris et ses réseaux. In : CARON, F., DERENS, J., PASSION, L., CEBRON DE LISLE, P. (dir). Paris et ses réseaux : naissance d'un mode de vie urbain, XIXe-XXe siècles. Bibliothèque historique de la Ville de Paris

CASTEL, P., 2002. Normaliser les pratiques, organiser les médecins. La qualité comme stratégie de changement. Le cas des Centres de Lutte Contre le Cancer. Thèse de doctorat, Institut d'études politiques de Paris

CASTEL, P., 2005. Le médecin, son patient et ses pairs : une nouvelle approche de la relation thérapeutique. *Revue française de sociologie*, 46(3), 443-467. DOI : 10.3917/rfs.463.0443

CASTEL, P., HENAUT, L., MARCHAL, E., 2016. Travailler (sur) la concurrence. In : CASTEL, P., HENAUT, L., MARCHAL, E. (dir), Faire la concurrence. Retour sur un phénomène social et économique, Paris, Presse des Mines, Collection Sciences Sociales

CAUCHI-DUVAL, N., BERGOUIGNAN, C., 2011. Les spécificités démo-géographiques des territoires en France métropolitaine. Espace populations sociétés, en ligne, mis en ligne le 31 décembre 2013, consulté le 8 juin 2016. URL : <http://journals.openedition.org/eps/4635>. DOI : 10.4000/eps.4635

CAUCHI-DUVAL, N., CORNUAU, F., RUDOLPH, M., 2017. La décroissance urbaine en France : les effets cumulatifs du déclin. *Métropolitiques*, 26 avril. URL : <https://www.metropolitiques.eu/La-decroissance-urbaine-en-France,1093.html>

CENTRE INTERNATIONAL DE RECHERCHE SUR LE CANCER (CIRC), 2013. Dernières statistiques mondiales sur le cancer. Communiqué de presse n°223, 12 décembre

CENTRE D'ETUDES SUR LES RESEAUX, LES TRANSPORTS, L'URBANISME ET LES CONSTRUCTIONS PUBLIQUES (CERTU), 2006. Calculs d'accessibilité : impact des spécifications du réseau routier sur les calculs d'accessibilité. Données, sources, méthodes.

CERTU, 2007. Observation de la mobilité et des dynamiques urbaines : indicateurs d'accessibilité automobile aux équipements structurants des aires urbaines. Application à 10 aires urbaines.

CHAIX, B., 2009. Geographic life environments and coronary heart disease: a literature review, theoretical contributions, methodological updates and a research agenda. *Annu Rev Public Health*, 30, 81-105. DOI : 10.1146/annurev.publhealth.031308.100158

CHAIX B., MERLO J., CHAUVIN P., 2005. Comparison of a spatial approach with the multilevel approach for investigating place effects on health: the example of healthcare

utilization in France. *J Epidemiol Community Health*, 59/6, 517-526. DOI : 10.1136/jech.2004.025478

CHAIX, B., MERLO, J., EVANS, D., LEAL, C., HAVARD, S., 2009. Neighborhood in eco-epidemiologic research: delimiting personal exposure areas. A response to Riva, Gauvin, Apparicio and Brodeur. *Soc Sci Med*, 69, 1306-1310. DOI : 10.1016/j.socscimed.2009.07.018

CHAIX, B., MELINE, J., DUNCAN, S., JARDINIER, L., PERCHOUX, C. et al., 2013. Neighborhood environment, mobility and health: toward a new generation of studies in environmental research. *Rev Epidemiol Sante Publique*, 61, 3:S, 139-145. DOI : 10.1016/j.respe.2013.05.017

CHARVET, J.P., SIVIGON, M. (dir), 2011. Géographie humaine : questions et enjeux du monde contemporain. Ouvrage collectif, Armand Collin, U Géographies

CHEVALIER, J., 1974. Espace de vie ou espace vécu ? L'ambiguïté et les fondements de la notion d'espace vécu. *Espace géographique*, 1/3, 68. DOI : <https://doi.org/10.3406/spgeo.1974.1446>

CHLEBOWSKI, R.T., MANSON, J.E., ANDERSON, G.L., CAULEY, J.A., ARAGAKI, A.K. et al. 2013. Estrogen plus progestin and breast cancer incidence and mortality in the women's health initiative observational study. *J Natl Cancer Inst*, 105, 526–535. DOI : 10.1093/jnci/djt043

CIRCULAIRE DHOS / SDO n° 2005-101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie. NOR : SANH0530076C

CLERVAL, A., DELAGE, M., 2014. La métropole parisienne : une mosaïque sociale de plus en plus différenciée. *Métropolitiques*, 8 septembre. URL : <http://www.metropolitiques.eu/Lametropole-parisienne-une.html>

CLUZE, C., COLONNA, M., REMONTET, L., PONCET, E., SELIER, E. et al., 2009. Analysis of the effect of age on the prognosis of breast cancer. *Breast Cancer Res Treat*, 117, 121–129. DOI : 10.1007/s10549-008-0222-z

COLONNA, M., CHATIGNOUX, E., REMONTET, L., MITTON, N., BELOT, A., BOSSARD, N., GROSCLAUDE, P., UHRY, Z., 2015. Estimations de l'incidence départementale des cancers en France métropolitaine - 2008-2010, étude à partir des données des registres des cancers du réseau FRANCIM et des bases de données médico-administratives. InVS, Francim, HCL, INCa. Juin

COLONNA, M., MITTON, N., REMONTET, L., BOSSARD, N., GROSCLAUDE, P., UHRY, Z., 2013. Méthode d'estimation de l'incidence régionale des cancers à partir des données d'incidence des registres, des données de mortalité par cancer et des bases de données médico-administratives. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 43-44-45, 566-574

COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES DU SENAT, 2015. Audition de M. Martin Hirsch, directeur général de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP). Compte-rendu de la

réunion du mercredi 6 mai 2015. URL : <http://www.senat.fr/compte-rendu-commissions/20150504/soc.html>

CRAMB, S., MENGERSEN, K.L., TURELL, G., BAADE, P.D., 2012. Spatial inequalities in colorectal and breast cancer survival : premature deaths and associated factors. *Health Place*, 18/6, 1412-1421. DOI : 10.1016/j.healthplace.2012.07.006

CUI, Y., MILLER, A.B., ROHAN, T.E., 2006. Cigarette smoking and breast cancer risk: update of a prospective cohort study. *Breast Cancer Res Treat.*, 100, 3, 293-299. DOI: 10.1007/s10549-006-9255-3

CUIN, C.H., 2002. Le balancier sociologique français : entre individus et structures. *Revue européenne de sciences sociales*, en ligne, XL-124, mis en ligne le 01 décembre 2009, consulté le 1^e mai 2019. DOI : 10.4000/ress.591

CUMMINS, S., 2007. Investigating neighborhood effects on health: avoiding the « local trap ». *Int J Epidemiol*, 36/2, 355-357. DOI : 10.1093/ije/dym033

CUMMINS, S., CURTIS, S., DIEZ-ROUX, A.V., MACINTYRE, S., 2007. Understanding and representing 'place' in health research: a relational approach. *Soc Sci Med*, 65, 1825-1838. DOI : 10.1016/j.socscimed.2007.05.036

CUNNINGHAM-SABOT, E., FOL, S., GRASLAND, C., ROTH, H., VAN HAMME, G., 2010a. Shrinking cities et shrinking region. Définitions et typologies. In Baron, M., (dir), Cunningham-Sabot, E. (dir), Grasland, C. (dir), Rivière, D. (dir), Van Hamme, G. (dir). *Villes et régions européennes en décroissance : maintenir la cohésion territoriale. Information Géographique et Aménagement du Territoire*, Lavoisier, 67-93

CUNNINGHAM-SABOT, E., JAROSZEWSKA, E., FOL, S., ROTH, H., STRYJAKIEWICZ, T., et al. 2010b. Processus de décroissance urbaine. In Baron, M., (dir), Cunningham-Sabot, E. (dir), Grasland, C. (dir), Rivière, D. (dir), Van Hamme, G. (dir). *Villes et régions européennes en décroissance : maintenir la cohésion territoriale. Information Géographique et Aménagement du Territoire*, Lavoisier, 187-212

CUTCHIN, M.P., 2007. The need of the « new health geography » in epidemiologic studies of environment and health. *Health Place*, 13/3, 725-742. DOI : 10.1016/j.healthplace.2006.11.003

DAGUET, F., 2000. L'évolution de la fécondité des générations nées de 1917 à 1949 : analyse par rang de naissance et niveau de diplôme. *Population*, 6, 1021-1034. DOI : 10.2307/1534926

DALSTED, R.J., HOLGE-HAZELTON, B., KOUSGAARD, M.B., ANDERSEN, J.S., 2012. Informal work and formal plans: articulating the active role of patients in cancer trajectories. *Int J Integr Care*, 12

DEFOSSEZ, G., LE GUYADER-PEYROU, S., UHRY, Z., GROSCLAUDE, P., REMONTET, L. et al., 2019. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France

métropolitaine entre 1990 et 2018. Etudes à partir des registres des cancers du réseau FRANCIM, Résultats préliminaires. Santé Publique France, Francim, HCL, INCa

DEMAZIERE, D., SAMUEL, O., 2010. Inscrire les parcours individuels dans leurs contextes. *Temporalités* (en ligne)], 11, mis en ligne le 05 juillet 2010, consulté le 14 mai 2017, URL : <http://journals.openedition.org/temporalites/1167>

DEVAUX, M., SASSI, F., 2013. Social inequalities in obesity and overweight in 11 OECD countries. *Eur J Public Health*, 23, 464-469. DOI : 10.1093/eurpub/ckr058

DE ANGELIS, R., SANT, M., COLEMAN, M.P., FRANCISCI, S., BAILI, P. et al., 2014. Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EURO CARE 5 - a population-based study. *The Lancet Oncology*, 15, 23-34. DOI : 10.1016/S1470-2045(13)70546-1

DIEZ-ROUX, A., 2007. Neighborhoods and health : where are we and where do we go from here ? *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, Vol n°55/1, p.13-21

DIEZ-ROUX, A., MAIR, C., 2010. Neighborhoods and health. *Ann N Y Acad Sci*, 1186, 125-145. DOI: 10.1111/j.1749-6632.2009.05333.x

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE (DGS), DIRECTION DES HÔPITAUX (DH), 1998. 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

DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS (DGOS), 2012. Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? Guide méthodologique, octobre

DONZELOT, J., 2009. La ville à 3 vitesses. Collection Passage, éditions de la Villette

DUBOIS, J.B., GRENIER, J., 1996. Les marqueurs tumoraux : de la théorie à la pratique. Edition Espace 34, Collection Espace Science

DUMEZ, H., 2016, Méthodologie de la recherche qualitative, Les questions clés de la démarche compréhensive. 2^e édition, Vuibert, 245 p.

DUPORT, N., ANCELLE-PARK, A., BOUSSAC-ZAREBSKA, M., UHRY, Z., BLOCH, J., 2007. Facteurs d'adhésion au dépistage organisé du cancer du sein : étude FADO-sein. *Maladies chroniques et traumatismes*, Collection « dépistage des cancers », InVS

DUPORT N., SERRA D., GOULARD H., BLOCH, J., 2008. Quels facteurs influencent la pratique du dépistage des cancers féminins en France ? *Rev Epidemiol Santé Publique*, 56, 303-313. DOI : 10.1016/j.respe.2008.07.086

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES (DREES), 2014. Recueil d'indicateurs régionaux. Offre de soins et état de santé

ENTWISLE, B., 2007. Putting people into place. *Demography*, 44/4, 687-703

EXETER, D.J., BOYLE, P.J., FENG, Z., BOYLE, M., 2009. Shrinking areas and mortality: An artefact of deprivation effects in the West of Scotland? *Health Place*, 15 / 1, 399-401. DOI : <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2008.04.001>

FAINZANG, S., 2015. La relation médecins-malades : information et mensonge. *Ethnologies*, Presses Universitaires de France, 159 p.

FAYET, Y., 2014. Les territoires face aux cancers rares. Création d'une typologie de qualité territoriale pour l'étude des inégalités géographiques face aux cancers rares. Thèse de doctorat sous la direction de Jacques Bonnet, Lyon : Université Jean Moulin (Lyon 3)

FERLAY, J., SOERJOMATARAM, I., DIKSHIT, R., ESER, S. MATHERS, C., REBELO, M., PARKIN, D.M., FORMAN, D., BRAY, F., 2015. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int. J. Cancer*, 136, E359–E386. DOI : 10.1002/ijc.29210

FERLAY, J., STELIAROVA-FOUCHER, E., LORTET-TIEULENT, J., ROSSO, S., COEBERGH, J.W. COEBERGH, J.W., COMBER, H., FORMAN, D., BRAY, F., 2013. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012. *European Journal of Cancer*, 49, 1374–1403. DOI : 10.1016/j.ejca.2012.12.027

FIGUEIREDO, J.C., ENNIS, M., KNIGHT, J.A., MCLAUGHLIN, J.R., HOOD, N. et al., 2007. Influence of young age at diagnosis and family history of breast or ovarian cancer on breast cancer outcomes in a population-based cohort study. *Breast Cancer Res Treat*, 105, 69-80. DOI : 10.1007/s10549-006-9433-3

FISHER, E.S., WENNBURG, J.E., 2003. Health care quality, Geographic variations and the challenge of supply-sensitive care. *Perspectives in Biology and Medicine*, 46, 69-79. DOI : 10.1353/pbm.2003.0004

FLEURY, A., SAINT-JULIEN, T., FRANCOIS, J.C., RIBARDIERE, A., MATHIAN, H., 2012. Les inégalités socio-spatiales progressent-elles en Île-de-France ? *Métropolitiques*, 12 décembre 2012. URL : <https://www.metropolitiques.eu/Les-inegalites-socio-spatiales.html>

FLIPO, B., 2009. Surveillance, dépistage et traitement des effets secondaires de l'hormonothérapie des cancers du sein. Collège national des gynécologues et obstétriciens français, 33 journées nationales, 9 décembre, Paris. URL : http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2009_GM_219_flipo.pdf

FONDS CMU-C, 2017. Annuaire statistique. URL : https://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Annuaire_statistique_10-2017.pdf. Consulté le 02/05/2019

FRENK, J., 1992. The concept and measurement of accessibility. In: *Health services research, an anthology*, Pan American Health Organization, 534, 842-855

GASQUET, C., HOYEZ, A.C., 2015. Parcours et trajectoires dans le domaine de la santé. Quelques réflexions issues de l'analyse d'entretiens effectués auprès de femmes migrantes

enceintes ou ayant récemment accouché dans la ville de Rennes. *ESO Travaux et Documents*, 39. URL : hal-0157799

GENTIL, J., DABAKUYO, T.S., OUEDRAOGO, S., POILLOT, M.L., DEJARDIN, O., ARVEUX, P., 2012. For patients with breast cancer, geographic and social disparities are independent determinants of access to specialized surgeons. A eleven-year population-based multilevel analysis. *BMC Cancer*, 12/351. DOI: **10.1186/1471-2407-12-351**

GENTIL-BREVET, J., COLONNA, M., DANZON, A., GROSCLAUDE, P., CHAPLAIN, G., VELTEN, M., BONNETAIN, F., ARVEUX, P., 2008. The influence of socio-economic and surveillance characteristics on breast cancer survival: a French population-based study. *Br J Cancer*, 98, 217-244. DOI : 10.1038/sj.bjc.6604163

GHONCHEH, M., POURNAMDAR, Z., SALEHINIYA, H., 2016. Incidence and Mortality and Epidemiology of Breast Cancer in the World. *Asian Pac J Cancer Prev*, 17, Cancer Control in Western Asia Special Issue, 43-46. DOI : <http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2016.17.S3.43>

GHONCHEH, M., MIRZAEI, M., SALEHINIYA, H., 2015. Incidence and Mortality of Breast Cancer and their Relationship with the Human Development Index (HDI) in the World in 2012. *Asian Pac J Cancer Prev*, 16 (18), 8439-8443. DOI : <http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2015.16.18.8439>

GIDDENS, A., 1987. La constitution de la société. Eléments de la théorie de la structuration. PUF, Quadrige, 474 p.

GILLI, F., 2001. Essai de caractérisation de l'espace industriel du bassin parisien : les filières localisées au service de l'aménagement du territoire. Convention cadre n° 153/2000 et avenant n° 1/2001 pour des analyses statistiques et des études économiques sur le bassin parisien, Novembre-Décembre. URL : <http://gilli.ensae.net/IndusBP.pdf>

GILLI, F., 2002. Déplacements domicile-travail et organisation du Bassin parisien. *L'espace géographique*, 31, 289-305

GILLI, F., 2003. Le Bassin parisien, espace cohérent autour d'une vaste région urbaine. *INSEE Picardie*, 112s

GILLI, F., 2005. La région parisienne entre 1975 et 1999 : une mutation géographique et économique. *Economie et statistique*, 387, 3-33. DOI : <https://doi.org/10.3406/estat.2005.7177>

GILLI, F., 2008a. Paris, ville, capitale et métropole internationale. *La vie des idées.fr*, 29 octobre

GILLI, F., 2008b. Les nouveaux contours de la métropole parisienne. *La vie des idées.fr*, 5 novembre

GOLDBERG, M., CALDERON-MARGALIT, R., PALTIEL, O., ABU AHMAD, W., FRIEDLANDER, Y., HARLAP, S., MANOR, O., 2015. Socioeconomic disparities in breast cancer incidence and

survival among parous women: findings from a population-based cohort, 1964-2008. *BMC Cancer*, 15/921. DOI : 10.1186/s12885-015-1931-4

GOLDBERG, M., MELCHIOR, M., LECLERC A., LERT, F., 2003. Epidémiologie et déterminants sociaux des inégalités de santé. *Re Epidemiol Sante Publique*, 51, 381-401

GOLDHIRSCH, A., WOOD, W.C., BELBER, R.D., COATES, A.S., THÜRLIMANN, B. et al., 2007. Progress and promise : highlights of the international expert consensus on the primary therapy of early breast cancer. *Ann Oncol*, 18/7,1133–1144.DOI: :10.1093/annonc/mdm271

GOMEZ, S.L., GLASER, S.L., MCCLURE, L.A., SHEMA, S.J., KEALEY, M., KEEGAN, T.H., SATARIANO, W.A., 2011. The California Neighborhoods Data System: a new resource for examining the impact of neighborhood characteristics on cancer incidence and outcomes in populations. *Cancer Causes Control*, 22(4), p. 631 - 647. DOI : 10.1007/s10552-011-9736-5. Epub 2011 Feb 12

GOMEZ, S.L., SHARIFF-MARCO, S., DEROUEN, M., KEEGAN, T.H., YEN, I.H., MUJAHID, M., SATARIANO, W.A., GLASER, S.L., 2015. The impact of neighborhood social and built environment factors across the cancer continuum: current research, methodological considerations, and future directions. *Cancer*, 121, 2314-2330. DOI : 10.1002/cncr.29345

GRIMALDI, A., 2013. La santé écartelée : entre santé publique et business. Editions dialogues

GUEVEL, M, POMMIER, J., 2012. Recherche par les méthodes mixtes en santé publique : enjeux et illustration. *Santé Publique*, 24 / 1, 23-38. DOI :10.3917/spub.121.0023.

HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE (HCSP), 2009. Evaluation du Plan Cancer, rapport final. Janvier

HCSP, 2014. Evaluation de 10 ans de politique de lutte contre le cancer 2004-2014.

HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS), 2010. Place de l'IRM mammaire dans le bilan d'extension locorégionale préthérapeutique du cancer du sein : rapport d'évaluation technologique. Service évaluation des actes professionnels, mars

HAS, 2011. La participation au dépistage organisé du cancer du sein des femmes âgées de 50 à 74 ans en France. Situation actuelle et perspectives d'évolution. Synthèse et recommandations

HAS, 2012. Questions / réponses : parcours de soins. Mai

HAS, INCa, 2013. Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique : cancer du sein. Guide affections de longue durée, janvier

HARPER, S., LYNCH, J., SMITH, G.D., 2011. Social Determinants and the Decline of Cardiovascular Diseases: Understanding the Links. *Annu Rev Public Health*, 32, 39-69. DOI : 10.1146/annurev-publhealth-031210-101234

HAVARD, S., DEGUEN, S., BODIN, J., LOUIS, K., LAURENT, O., BARD, D., 2008. A small-area index of socioeconomic deprivation to capture health inequalities in France. *Soc Sci Med*, 67, 2007-2016. DOI : 10.1016/j.socscimed.2008.09.031

HEBERT-CROTEAU, N., BRISSON, J., LEMAIRE, J., LATREILLE, J., PINEAULT, R., 2005. Investigating the correlation between hospital of primary treatment and the survival of women with breast cancer. *Cancer*, 104, 1343-1348. DOI : 10.1002/cncr.21336

HERVOUET, L., 2012. Hôpital et médecine de ville face au cancer : les enjeux de la coordination de la prise en charge des malades atteints de cancer au sein de réseaux de santé. Thèse de doctorat en sociologie, Université Paris Descartes

HIATT, R., BREEN, N., 2008. The social determinants of cancer : a challenge for transdisciplinary science. *American journal of preventive medicine*, 35, 141-150. DOI : 10.1016/j.amepre.2008.05.006

HIRTZLIN, I., BARRE, S., RUDNICH, A., 2012. Dépistage individuel du cancer du sein des femmes de 50 à 74 ans en France en 2009. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 35-36-36, 410-412

HUANG, J., BARBERA, L., BROUWERS, M., BROWMAN, G., MACKILLOP, W., 2003. Does delay in starting treatment affect the outcomes of radiotherapy? A systematic review. *J Clin Oncol.*, 21 / 3, 555-563. DOI : 10.1200/JCO.2003.04.171

IMBERT, C., BRUNE, A., ROZENHOLC, C., 2011. Les villes nouvelles franciliennes : un exemple de périphéries urbaines en cours de maturation. *Espace, populations, sociétés*. 3, 591-602

INSEE FLASH ILE-DE-FRANCE, 2015. Des disparités de niveaux de vie fortes à Paris et dans les Hauts-de-Seine. N°5, juin

INSEE NORD-PAS-DE-CALAIS, 2013. L'attractivité des territoires du Nord-Pas-de-Calais, rapport d'étude.

INSEE RHONE-ALPES, 2010. Attractivité : sept familles de territoires en Rhône-Alpes. Etude réalisée en partenariat avec la région Rhône-Alpes, mai

JEDY-AGBA, E., McCORMACK, V., ADEBAMOWO, C., DOS-SANTOS-SILVA, I., 2016. Stage at diagnosis of breast cancer in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*, 4/12, e923-e935. DOI : 10.1016/S2214-109X(16)30259-5

BRUTEL, C., 2011. Un maillage du territoire français : 12 aires métropolitaines, 29 grandes aires urbaines. *INSEE Première*, 1333, Janvier

INSTITUT CURIE, INSTITUT GUSTAVE ROUSSY, 2011. Référentiels REMAGUS, Cancers du sein. Mis à jour en août. URL : <http://cstvn.free.fr/Downloads/Referentiels-REMAGUS-Juillet-2011.pdf>

INSTITUT NATIONAL DU CANCER (INCa), 2008. Atlas de la mortalité par cancer en France métropolitaine (évolution 1970-2004)

INCa, 2010. Le traitement du cancer dans les établissements de santé en France en 2010. Soins et vie des malades, mars

INCa, 2012. Le cancer du sein : état des lieux en 2012. Septembre

INCa, 2013. Les traitements des cancers du sein. Cancer info, octobre

INCa, 2016. Les cancers en France. Les données, épidémiologie

INCa, 2018. La vie cinq ans après un diagnostic de cancer. Juin

INCa, FNORS, 2011. Etude sur les délais de prise en charge des cancers du sein et du poumon dans plusieurs régions de France en 2011. Collection Etudes & expertises

INCa, INSERM, CNAM-TS, MSA, RSI, 2014. La vie deux après un diagnostic de cancer, de l'annonce à l'après-cancer. Collection Etudes & enquêtes, juin

INCa, Société française de sénologie et de pathologie mammaire (SFSPM), 2009. Prise en charge du carcinome canalaire *in situ*, questions d'actualité. Recommandations et référentiels

INCa, SFSPM, 2012. Cancer du sein infiltrant non métastatique, questions d'actualité. Recommandations professionnelles

JARA SANCHEZ, C., RUIZ, A., MARTIN, M., ANTON, A., MUNARRIZ, B. et al., 2007. 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 Res Treat.*, 101, 215-223. DOI : 10.1007/s10549-006-9282-0

JEDY-AGBA, E., MCCORMACK, V., ADEBAMOWO, C., DOS STANTOS - SILVA, I., 2016. Stage at diagnosis of breast cancer in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*, 4/12, 923-935. DOI : 10.1016/S2214-109X(16)30259-5

JEHANNIN-LIGIER, K., DANTONY, E., BOSSARD, N., MOLINIE, F., DEFOSSEZ, G., DAUBISSE-MARLIAC, L., DELAFOSSE, P., REMONTET, L., UHRY, Z., 2017. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2017. Rapport technique, Santé Publique France, Francim, HCL, INSERM, INCa

JOUFFE, Y., CAUBEL, D., FOL, S., MOTTE-BAUMVOL, B., 2015. Faire face aux inégalités de mobilité. *Cybergeo : European Journal of Geography* [En ligne], Espace, Société, Territoire, document 708, mis en ligne le 19 janvier 2015, consulté le 06 juillet 2019. URL : <http://journals.openedition.org/cybergeo/26697>. DOI : 10.4000/cybergeo.26697

JUVEN P.A., 2016. Une santé qui compte ? Les coûts et les tarifs controversés de l'hôpital public. Partage du savoir, PUF

- KATAPODI, M.C., PIERCE, P.F., FACIONE, N.C., 2009.** Distrust, predisposition to use health services and breast cancer screening: results from a multicultural community-based survey. *Int J Nurs Stud.* 47, 975-983. DOI : 10.1016/j.ijnurstu.2009.12.014
- KEARNS, R., MOON, G., 2002.** From medical to: novelty, place and theory after a decade of change. *Progress in Human Geography.* 26/5, 605-625. DOI : 0.1191/0309132502ph389oa
- KINGSMORE, D., SSEMWOGERERE, A., HOLE, D., GILLIS, C., 2003.** Specialisation and breast cancer survival in the screening era. *Br J Cancer,* 88, 1708-1712. DOI : 10.1038/sj.bjc.6600949
- KRIEGER, N., 2005.** Defining and investigating social disparities in cancer: critical issues. *Cancer Causes Control,* 16, p.5-14. DOI : 10.1007/s10552-004-1251-5
- KRIEGER, N., 2008.** Proximal, distal and the politics of causation: what's level got to do with it ? *Am J Public Health,* 98/2, 221-230. DOI : 10.2105/AJPH.2007.111278
- KROMAN, N., JENSEN, M.B., WOHLFAHRT, J., MOURIDSEN, H.T., ANDERSEN, P.K. et al., 2000.** Factors influencing the effect of age on prognosis in breast cancer: population based study. *BMJ,* 320, 474-479. DOI: 10.1136/bmj.320.7233.474
- KUO, T., MOBLEY, L., ANSELIN, L., 2011.** Geographic disparities in late-stage breast cancer diagnosis in California. *Health Place,* 17/1, 327-334. DOI : 10.1016/j.healthplace.2010.11.007
- LANCON, F., SANNINO, N. VIGUIER, J., 2012.** Connaissances, perceptions, attitudes et comportements des femmes et des médecins vis-à-vis du dépistage du cancer du sein, France, 2010. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire,* 35-36-37, 417-420
- LANG, T., KELLY-IRVING M., DELPIERRE, C., 2009.** Inégalités sociales de santé: du modèle épidémiologique à l'intervention. Enchaînements et accumulations au cours de la vie. *Rev Epidemiol Sante Publique,* 57, 429-435. DOI : 10.1016/j.respe.2009.06.008
- LAVILE D'EPINAY, C., BICKEL, J.F., CAVALLI, S., SPINI, D., 2005.** Le parcours de vie : émergence d'un paradigme interdisciplinaire. In *Parcours de vie : regards croisés sur la construction des biographies contemporaines,* Editions de l'Université de Liège, 187-210
- LE MONDE, 2012.** Tarifs médicaux : enquête sur les dépassements d'honoraires. Par CHASTAND, J.B., CLAVREUL, L., LECHENET, A. URL : https://www.lemonde.fr/sante/article/2012/04/10/enquete-sur-ces-consultations-au-prix-fort_1682940_1651302.html (consulté le 07/09/2018)
- LE POINT, 2017.** Hôpitaux et cliniques, Le Palmarès 2017. N°2346, 24 aout
- LEFEUVRE, D., 2014.** Analyse des trajectoires de soins des femmes atteintes d'un cancer du sein en 2010, à partir des bases médico-administratives françaises. Thèse de doctorat en médecine, spécialité santé publique et médecine sociale. Université Pierre et Marie Curie
- LEFEUVRE, D., LE BIHAN-BENJAMIN, C., PAUORTE, I. MEDIONI, J., BOUSQUET, P.J., 2017.** French Medico-Administrative Data to Identify the Care Pathways of Women With Breast Cancer. *Clin Breast Cancer,* 17, e191-e197. DOI : 10.1016/j.clbc.2017.01.008

- LEVY, J. (dir.), LUSSAULT, M. (dir.), 2013.** Dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés, nouvelle édition revue et argumentée. Belin
- LIU, Z., ZHANG, K., DU, X.L., 2016.** Risks of developing breast and colorectal cancer in association with incomes and geographic locations in Texas : a retrospective cohort study. *BMC Cancer*, 16/294. DOI : 10.1186/s12885-016-2324-z
- LOMBRAIL, P., 2007.** Inégalité de santé et d'accès secondaires aux soins. *Rev Epidemiol Sante Publique*, 55, 23-30. DOI : 10.1016/j.respe.2006.12.002
- LOMBRAIL, P., PASCAL, J., 2005.** Inégalités sociales de santé et accès aux soins. *Les Tribunes de la santé*, 8, 31-39. DOI :10.3917/seve.008.39
- LOHRISCH, C., PALTIEL, C., GELMON, K., SPEERS, C., TAYLOR, S. et al., 2006.** Impact on survival of time from definitive surgery to initiation of adjuvant chemotherapy for early-stage breast cancer. *J Clin Oncol*, 24 / 30, 4888-4894. DOI : 10.1200/JCO.2005.01.6089
- LUNDQVIST, A., ANDERSSON, E., AHLBERG, I., NILBERT, M., GERDTHAM, U., 2016.** Socioeconomic inequalities in breast cancer incidence and mortality in Europe—a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Public Health*, 26/5, 804–813. DOI : <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw070>
- LUSSAULT, M., 2009.** De la lutte des classes à la lutte des places. Paris, Grasset, Mondes vécus
- LUU, V.P., LE BIHAN-BENJAMIN, C., BOUSQUET, P.J., 2018.** La chirurgie ambulatoire dans le cancer – Evolution de 2010 à 2015. INCa, fiche d'analyse, avril
- MACINTYRE, S., ELLAWAY, A., CUMMINS, S., 2002.** Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them? *Soc Sci Med*, 55/1, 125-139
- MATTHEWS, S.A, YANG, T.C, 2013.** Space polygamy and contextual exposures: promoting activity space approaches in research on place and health. *Am Behav Sci*, 57/8, 1057-1081. DOI : 10.1177/0002764213487345
- MAYER, J.D., 2009.** Medical geography. In : Brown, T., McLaffery, S., Moon, G, *A companion to health and medical geography*. Wiley-Blackwell, 33-55
- MELTON, L.J. 3rd, BRIAN, D.D., WILLIAMS, R.L., 1980.** Urban-rural differential in breast cancer incidence and mortality in Olmsted County, Minnesota, 1935-1974. *Int J Epidemiol*, 9/2, 155-158
- MENORET, M., 1999.** Les temps du cancer. CNRS Editions, Collection CNRS-sociologie
- MENVIELLE, G., KUNST, A.E., VAN GILS, C.H., PEETERS, P.H., BOSHUIZEN, H. et al., 2011.** The contribution of risk factors to the higher incidence of invasive and in situ breast cancers in women with higher levels of education in the European prospective investigation. *Am J Epidemiol*, 173, 26–37. DOI : 10.1093/aje/kwq319

- MENVIELLE, G., LECLERC, A., CHASTANG, J.F., LUCE, D., 2006.** Social inequalities in breast cancer mortality among French women: disappearing educational disparities from 1968 to 1996. *British Journal Cancer*, 94, 152-155. DOI : 10.1038/sj.bjc.6602907
- MENVIELLE G., REY G., JOUGLA E., LUCE, D., 2013.** Diverging trends in educational inequalities in cancer mortality between men and women in the 2000s in France. *BMC Public Health*, 2013, 13/823. DOI : 10.1186/1471-2458-13-823
- MENORET, M., 1999.** Les Temps du Cancer. Editions du CNRS, 237 P., CNRS SOCIOLOGIE, 2271056373. HAL-00929758
- MINELLI, L., STRACCI, F., CASSETTI, T., CANOSA, A., SCHEIBEL, M., SAPIA, I.E., ROMAGNOLI, C., LA ROSA, F., 2007.** Urban-rural differences in gynaecological cancer occurrence in a central region of Italy: 1978-1982 and 1998-2002. *Eur J Gynaecol Oncol*, 28/6, 468-472
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, 2007.** Décret n° 2007-388 du 21 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires)
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, 2016.** Mission Groupements Hospitaliers de Territoire, rapport de fin de mission. Co-écrit par J. HUBERT et F. MARTINEAU
- MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA COHÉSION SOCIALE, 2010.** Instruction DGOS/R3 no 2010-457 du 27 décembre 2010 relative à la chirurgie ambulatoire : perspectives de développement et démarche de gestion du risque. 17 décembre
- MISSION INTERMINISTERIELLE POUR LA LUTTE CONTRE LE CANCER, 2003.** Plan Cancer : 2003-2007
- MOBLEY, L., KUO, T., WATSON, L., GORDON BROWN, G., 2012.** Geographic disparities in late-stage cancer diagnosis: multilevel factors and spatial interactions. *Health Place*, 18/5, 978-990. DOI : 10.1016/j.healthplace.2012.06.009
- MONGIN, O., 2005.** La condition urbaine : la ville à l'heure de la mondialisation. Seuil, Points essais
- MORABIA, A., 2003.** Risque relatif et odds ratio. *Revue des Maladies Respiratoires*, 20, 5-C1, 757-759. DOI : RMR-11-2003-20-5C1-0761-8425-101019-ART16
- MORENCY, C., 2006.** Etude de méthode d'analyse spatiale et illustration à l'aide de micro données urbaines de la grande région de Montréal. *Les cahiers scientifiques du transport*, 49, 77-102
- NATIONAL CANCER INSTITUTE OF U.S. (NCI), 2018.** Cancer control continuum. Division of Cancer Control & Population Science (DCCPS). URL : <https://cancercontrol.cancer.gov/od/continuum.html>. Consulté le 28 mai 2018
- OBSERVATOIRE REGIONAL DE SANTE D'ILE-DE-FRANCE (ORS IDF), 2011.** Cancer du sein en Ile-de-France. *Bulletin de santé*, 17

- ORS IDF, 2015.** Estimations de la mortalité et de l'incidence par cancer du sein en Ile-de-France sur 2007-2010. Site internet consulté le 16 février 2016, mis en ligne le 5 juin 2016
- ORS IDF, 2016.** Cancers et inégalités territoriales en Ile-de-France, analyse spatiale. Rapport et enquête
- OBSERVATOIRE SOCIÉTAL DES CANCERS, 2014.** Cancer du sein, se reconstruire après une mastectomie. 4^e rapport, La Ligue contre le cancer
- OBSERVATOIRE SOCIÉTAL DES CANCERS, 2017.** Avoir un cancer après 75 ans : le refus de la fatalité. 6^e rapport, La Ligue contre le Cancer
- OBSERVATOIRE SOCIÉTAL DES CANCERS, 2018.** Après un cancer, le combat continue ! 7^e rapport, La Ligue contre le Cancer
- OR, Z., MOBILLION, V., TOURE, M., MAZOUNI, C. BONASTRE, J., 2017.** Variations des pratiques chirurgicales dans la prise en charge des cancers du sein en France. Questions d'économie de la santé, Irdes, n°226, mars
- OLIVE, F., GOMEZ, F., SCHOTT, A., REMONTET, L., BOSSARD, N., MITTON, N., POLAZZI, S., COLONNA, M., TROMBERT-PAVIOT, B., 2011.** Analyse critique des données de PMSI pour l'épidémiologie des cancers : une approche longitudinale devient possible. Rev Epidemiol Sante Publique, 59, 53-58. DOI : 10.1016/j.respe.2010.09.001
- ORSINI M., TRETARRE B., DAURES J.P., BESSAOUD, F., 2016.** Individual socioeconomic status and breast cancer diagnostic stages: a French case – control study. Eur J Public Health, 26/3, 445-450. DOI : 10.1093/eurpub/ckv233
- PAMPALON, R., HAMEL, D., GAMACHE, P., PHILIBERT, M.D., RAYMOND, G., SIMPSON, A., 2012.** An area-based material and social deprivation index for public health in Québec and Canada. Can J Public Health, 103, S17-S22
- PENCHANSKY, R., THOMAS, J.W., 1981.** The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. Med Care, 19:2, 127-140
- PERCHOUX, C., KESTENS, Y., THOMAS, F., VAN HULST, A., THIERRY, B., CHAIX, B., 2014.** Assessing patterns of spatial behavior in health studies: their socio-demographic determinants and associations with transportation modes (the RECORD Cohort Study). Soc Sci Med, 119, 64-73. DOI : 10.1016/j.socscimed.2014.07.026
- PERSSON, M., SIMONSSON, M., MARKKULA, A., ROSE, C., INGVAR, C., JERNESTRÖM, H., 2016.** Impacts of smoking on endocrine treatment response in a prospective breast cancer cohort. British Journal of Cancer, 115, 382-390. DOI:10.1038/bjc.2016.17
- PIERRU, F. 2017.** La concurrence est-elle une maladie chronique ? In : GRIMALDI, A. (Pr), CAILLE, Y., PIERRU, F., TABUTEAU, D., Les maladies chroniques. Vers la troisième médecine, Odile Jacob
- PINELL, P., 1992.** Naissance d'un fléau : histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940). Editions Métailié

- PIRES, A., 1997.** Echantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. In : Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives (Canada), La recherche qualitative, Enjeux épistémologiques et méthodologiques. Edition G. Morin, Montréal
- POLTON, D., RICORDEAU, P., 2011.** Le SNIIR-AM et les bases de données de l'Assurance Maladie en 2011. CNAM-TS, 30 mars
- PORNET C., DEJARDIN O., GUITTET L., QUERTIER, M.C., BOUVIER, V., LAUNOY, G., 2012.** 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, 35-36-37, 413-416.
- PRETECEILLE, E., 1995.** Division sociale de l'espace et globalisation : le cas de la métropole parisienne. Sociétés Contemporaines, 22-23, 33-67
- PUMAIN D., 1997.** Pour une théorie évolutive des villes. Espace géographique, n°26/2, 119-134. DOI : <https://doi.org/10.3406/spgeo.1997.1063>
- PUMAIN D., SAINT-JULIEN, T., (2010).** Analyse spatiale, les interactions. 2^e édition, Armand Colin
- RAYNAUD, J., 2015.** Inégalités d'accès aux soins, acteurs de santé et territoires. Economica, Anthropos
- REMONTET, L., BELOT, A., BOSSARD, N., 2009.** Tendances de l'incidence et de la mortalité par cancer en France et projections pour l'année en cours : méthodes d'estimation et rythme de production. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 38, 405-408
- REMONTET, L., MITTON, N., COURIS, C.M., IWAZ, J., GOMEZ, F. et al., 2008.** Is it possible to estimate the incidence of breast cancer from medico-administrative databases? Eur J Epidemiol, 23, 681-688. DOI : 10.1007/s10654-008-9282-y
- REMONTET, L., GROSCLAUDE, P., LAUNOY, G., MENEGOZ, F., EXBRAYAT, C et al. 2003.** Cancer incidence and mortality in France over the period 1978-2000. Rev Epidemiol Sante Publique, 51, 3-30
- REY, G., JOUGLA, E., FOUILLET, A., HEMON, D., 2009.** Ecological association between a deprivation index and mortality in France over the period 1997 - 2001: variations with spatial scale, degree of urbanicity, age, gender and cause of death. BMC Public Health, 22, 9:33. DOI : 10.1186/1471-2458-9-33
- REY, G., RICAN, S., JOUGLA, E., 2011.** Mesure des inégalités de mortalité par cause de décès - Approche écologique à l'aide d'un indice de désavantage social. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 8-9, 87-90
- RICAN, S., REY, G., LUCAS-GABRIELLI, V., BARD, D., ZEITLIN, J. et al., 2010.** Désavantages locaux et santé : construction d'indices pour l'analyse des inégalités sociales et territoriales

de santé en France et leurs évolutions. *Environnement, Risques & Santé*, 10 :3, 211-215. DOI :10.1684/ers.2011.0450

RICAN, S., SALEM, G., VAILLANT, Z., 2010. Dynamiques sanitaires des villes françaises. La documentation française, 12, DATAR

RICAN, S., VAILLANT, Z., BOCHATON, A., SALEM, G., 2014. Inégalités géographiques de santé en France. *Les Tribunes de la santé*. 43, 39-45. DOI : 10.3917/seve.043.0039

RICHARD, J.B., BECK, F., 2016. Tendances de long terme des consommations de tabac et d'alcool en France au prisme du genre et des inégalités sociales. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 7-8, 126-133

RICKETTS, T.C., 2009. Accessing health care. In : Brown, T., McLaffery, S., Moon, G, A companion to health and medical geography. Wiley-Blackwell, 521-539

RIOU, F., JARNO, P., 2000. Représentation et modélisation des trajectoires de soins. *ITBM-RBM*, 21 / 5, 313-317. DOI : 10.1016/S1297-9562(00)90062-7

ROBINSON, J., 2014. Les villes ordinaires : vers des études urbaines postcoloniales. In : GINTRAC, C. (dir), GIROUD, M. (dir). *Villes contestées : pour une géographie critique de l'urbain*. Les pairies ordinaires

ROBINSON, W.S., 1950. Ecological correlations and the behavior of individuals. *International Journal of Epidemiology*, 2009 (reprinted with permission), 38, 337-341. DOI : 10.1093/ije/dyn357

RONCAYOLO, M., 1990. La ville et ses territoires. Gallimard, Folio essais

RONCAYOLO, M., 2001. La ville aujourd'hui, mutations urbaines, décentralisation et crise du citoyen. Ouvrage collectif, Seuil, Points Histoire

ROSE MAGAZINE, 2018. « Mr Le Président, aujourd'hui je voudrais vous parler de l'envers du décor », par Christel. Article publié en ligne le 27 juillet, consulté le 17 août 2018. Lien URL : <http://www.rosemagazine.fr/magazine/temoignages/article/cancer-lettre-pr%C3%A9sident-malade>

RUTQVIST, L.E., BERN A., 2006. Socioeconomic gradients in clinical stage at presentation and survival among breast cancer patients in the Stockholm area 1977-1997. *Int J Cancer*, 119, 1433-1439. DOI : 10.1002/ijc.21949

SALEM, G., 1998. La santé dans la ville : géographie d'un petit espace dense, Pikine. Karthala – ORSTOM

SALEM, G., RICAN, S., JOUGLA, E., 1999. Atlas de la santé en France, Volume 1 : les causes de décès. John Libbey Eurotext, Paris

SALEM, G., RICAN, S., KÜRZINGER, M.L., 2006. Atlas de la santé en France, Volume 2 : comportements et maladies. John Libbey Eurotext, Paris

SALEM, G., RICAN, S., VAILLANT, Z., 2014. Géographie, santé, pathocénose. In : Fantini, B., Lambrich L. (dir.), Histoire de la pensée médicale contemporaine, Évolutions, découvertes, controverses, Le Seuil, 279-289

SANCHO-GARNIER, H., 2002. Quels objectifs pour quelles maladies : les cancers du sein dans le monde. 30^e journées de la SFSPM, La Baule, novembre. Lien internet (PDF) : http://documents.irevues.inist.fr/bitstream/handle/2042/34700/SFSPM_2008_22.pdf?sequence=1

SANTE PUBLIQUE FRANCE, 2017. Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein 2015-2016. Lien URL : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-du-sein/Indicateurs-d-evaluation/Taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2015-2016>. Données issues des structures départementales du dépistage organisé du cancer du sein. Consulté le 16 mai 2018

SANZ-BARBERO, B., REGIDOR, E., GALINDO, S., 2011. Impact of geographic origin on gynecological cancer screening in Spain. *Rev Saude Publica*, 45/6, 1019-1026

SASSEN, S., 2004. Introduire le concept de ville globale. *Raisons politiques*, 15, 9-23. DOI : 10.3917/rai.015.0009

SCHMOLL, C., BARON, M., GROZA, O., SALARIS, A., YSEBAERT, R., 2010. Vieillesse et migrations, réflexions à partir de la Basilicate et de la Bretagne. in Baron, M., (dir), Cunningham-Sabot, E. (dir), Grasland, C. (dir), Rivière, D. (dir), Van Hamme, G. (dir). *Villes et régions européennes en décroissance : maintenir la cohésion territoriale*. Information Géographique et Aménagement du Territoire, Lavoisier, 162-183

SHARP, L., DONNELLY, D., HEGARTY, A., CARSIN, A.E., DEADY, S., MCCLUSKEY, N., GAVIN, A., COMBER, H., 2014. Risk of Several Cancers is Higher in Urban Areas after Adjusting for Socioeconomic Status. Results from a Two-Country Population-Based Study of 18 Common Cancers. *J Urban Health*, 91/3, 510-525. DOI : 10.1007/s11524-013-9846-3

SENCEBE, Y., LEPICIER, D., 2007. Migrations résidentielles de l'urbain vers le rural en France : différenciation sociale des profils et ségrégation spatiale. *Espaces temps*, mai. URL : <https://www.espacestems.net/articles/migrations-residentielles-urbain-vers-rural-en-france/>

SOERJOMATARAM, I., PUKKALA, E., BRENNER, H., COEBERGH, J.W.W., 2008. On the avoidability of breast cancer in industrialized societies: older mean age at first birth as an indicator of excess breast cancer risk. *Breast Cancer Res Treat*, 11, 297-302. DOI : 10.1007/s10549-007-9778-2

SPIELMAN, S.E., YOO, E.H., 2009. The spatial dimension of neighborhood effects. *Soc Sci Med*, 68/6, 1098-1105. DOI: 10.1016/j.socscimed.2008.12.048

- STECK, J.F., 2006.** Qu'est-ce que la transition urbaine ? Croissance urbaine, croissance des villes, croissance des besoins à travers l'exemple africain. *Revue d'économie financière*, 86, Le financement de la ville, 267- 283. DOI : 10.3406/ecofi.2006.4212
- STRAUSS, A., BASZANGER, I., 1991.** La trame de la négociation. *Sociologie qualitative et interactionnisme, Logiques sociales*, l'Harmattan.
- TABUTEAU, D., 2017.** Les affections de longue durée. In : GRIMALDI, A. (Pr), CAILLE, Y., PIERRU, F., TABUTEAU, D., *Les maladies chroniques. Vers la troisième médecine*, Odile Jacob
- TATALOVICH Z., ZHU L., ROLIN A., LEWIS, D.R., HARLAN, L.C., WINN, D.M., 2015.** Geographic disparities in late stage breast cancer incidence: results from eight states in the United States, *Int J Health Geogr*, 14/31. DOI : 10.1186/s12942-015-0025-5
- TOWNSEND, P., 1987.** Deprivation. *Journal of Social Policy*, Colume 16, Issue 2, Avril, p.125-146. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0047279400020341>
- TRILLET-LENOIR, V., LECLERCQ, B., 2008.** Rapport sur les coopérations entre les centres hospitalo-universitaires et les centres de lutte contre le cancer, et recommandations pour un cahier des charges des pôles régionaux de cancérologie. Document établi à la demande de l'Institut National du Cancer
- TROMBERT PAVIOT, B., GOMEZ, F., OLIVE, F., POLAZZI, S., REMONTET, L. et al., 2011.** Identifying prevalent Cases of breast cancer in the french case-mix databases. *Methods Inf Med*, 50 / 2,124-130. DOI : 10.3414/ME09-01-0064
- VAGUET, A., RIVA, M., CHASLES, V., 2011.** Les risques pour la santé : spatialités et contingences. *Espace populations sociétés* (en ligne). Mis en ligne le 01 mars 2013. Consulté le 24 mars 2014. URL : <http://eps.revues.org/4309>
- VAILLANT, Z., 2006.** La Réunion, koman i lé ? *Territoires, santé, société*. PUF, Le Monde, Partage du savoir
- VALLEE, J., 2012.** L'influence croisée des espaces de résidence et de mobilité sur la santé. L'exemple des recours aux soins de prévention et de la dépression dans l'agglomération parisienne. *Bulletin de l'association des géographes français*, numéro spécial sur la géographie de la santé, 2, 269-275
- VALLEE, J., CADOT, E., GRILLO, F., PARIZOT, I., CHAUVIN, P., 2010.** The combined effects of activity space and neighbourhood of residence on participation in preventive health-care activities : the case of cervical screening in the Paris metropolitan area (France). *Health Place*, 16/5, 838-852. DOI : 10.1016/j.healthplace.2010.04.009
- VAN HULST, A., THOMAS, F., BARNETT, T.A., KESTENS, Y., GAUVIN, L. et al., 2012.** A typology of neighborhoods and blood pressure in the RECORD Cohort Study. *Journal of Hypertension* 30 / 7, 1336-1346. DOI : 10.1097/HJH.0b013e3283544863
- VIÑAS, J.M., LARCHER, P. DURIEZ, M., 1998.** Réseaux de santé et filières de soins. Le patient au centre des préoccupations. *Actualités et dossier en santé publique*, n°34, septembre.

WEDEN, M.M., BIRD, C.E., ESCARCE, J.J., LURIE, N., 2011. Neighborhood archetypes for population health research: is there no place like home? *Health Place*, 17, 289-299. DOI : 10.1016/j.healthplace.2010.11.002

WEN, X., WEN, D., YANG, Y., CHEN, Y., WEI, L., HE, Y., SHAN, B., 2018. Urban rural disparity in female breast cancer incidence rate in China and the increasing trend in parallel with socioeconomic development and urbanization in a rural setting. *Thoracic Cancer*, 9, 262-272. DOI : 10.1111/1759-7714.12575

WENBERG, J.E., 2002. Unwarranted variations in healthcare delivery: implications for academic medical centres. *British Medical Journal*, 325, 961-964

WILKINSON, R., PICKETT, K., 2013. Pourquoi l'égalité est meilleure pour tous ? Les petits matins

WU, A.H., GOMEZ, S.L., VIGEN, C., KWAN, M.L., KEEGAN, T.H.M. et al., 2013. The California Breast Cancer Survivorship Consortium (CBCSC): prognostic factors associated with racial/ethnic differences in breast cancer survival. *Cancer Causes Control*, 24, 1821-1836. DOI : 10.1007/s10552-013-0260-7

ZELEK, L., MAISSIAT, E., DESTABLE, M.D., MORERE, J.F., 2007. Diagnostic, bilan et prise en charge des cancers du sein: principes généraux. In : Morere, J.F., Apro, M.S., Penault-Llorca, F., Salmon, R. *Le cancer du sein*. Springer, Collection oncologie pratique, 37-54

TABLES DES MATIERES

Remerciements	4
Notes.....	6
Résumé.....	7
Abstract.....	8
Sommaire	9
Introduction générale.....	12
I. Genèse d'une problématique : des inégalités dans les parcours de santé du cancer du sein dans les Hauts-de-Seine aux inégalités d'accès aux soins en Ile-de-France	14
1) Un questionnement initial trop enraciné dans une approche statique des déterminants sociaux du cancer du sein.....	14
2) Du département des Hauts-de-Seine à la région Ile-de-France.....	16
II. Méthodologie	17
1) Cheminement méthodologique.....	17
2) Identifier les processus sociaux à l'origine d'éventuelles inégalités d'accès aux soins pendant le parcours thérapeutique du cancer du sein.....	18
3) Modéliser les parcours de soins des femmes soignées pour un cancer du sein ...	24
III. Cancer du sein et système de soins : l'organisation du parcours thérapeutique.....	33
1) La prise en charge du cancer du sein : présentation d'un parcours thérapeutique typique	33
2) Organisation du système de soins du cancer en France.....	36
IV. Plan général de la thèse.....	40
Chapitre 1 - Les disparités face au cancer du sein : état de l'art et perspectives de recherche.....	44
Introduction.....	45
I. Disparités socio-spatiales et cancer du sein : la redistribution des cartes.....	46
1) Le développement économique et social prédit-il l'incidence du cancer du sein ?	46
2) L'inflation mondiale du risque face au cancer du sein.....	48
3) Les disparités de mortalité par cancer du sein.....	50
4) Vers une redistribution sociale du risque de mortalité par cancer du sein dans les pays développés ?	52
II. Environnement urbain et cancer du sein : une équation incertaine	56
1) Fait urbain et incidence du cancer du sein.....	56

2) Distribution spatiale de la mortalité : entre facteurs de risque de l'incidence et facteurs pronostiques du cancer du sein	70
3) Comparaison entre les variations spatiales de l'incidence et de la mortalité à l'échelle des communes	76
4) Zoom sur le rôle de la participation au dépistage dans l'épidémiologie du cancer du sein	78
III. Etats des lieux de la recherche sur les risques face au cancer & perspectives	81
1) Avant-propos	81
2) Approche transversale des inégalités de santé et erreur écologique	84
3) L'environnement de résidence : une juste mesure de l'exposition au risque ?.....	85
4) L'environnement social et spatial progressivement pris en compte dans la recherche sur le cancer.....	87
5) « Passer du milieu aux lieux ».....	90
IV. Accès aux soins et parcours de soins : quels usages géographiques des concepts ?	94
1) Définir l'accès aux soins.....	94
2) Inégalités d'accès aux soins et cancer du sein : l'exemple de l'accès primaire aux soins	98
3) Le concept de parcours : un outil privilégié de l'étude de la géographie d'une maladie chronique.....	101
Conclusion	105
Chapitre 2 - L'accès aux soins pour la prise en charge du cancer du sein en région francilienne : l'effet de lieu comme une combinaison de facteurs	106
Introduction	107
I. Les inégalités d'accès aux soins : l'agencement spatial des faits sociaux plus que la composition sociale des espaces	108
1) La métropole parisienne : un espace économique multipolaire et concurrentiel	108
2) La distribution de l'offre spécialisée en onco-sénologie et son accessibilité : le reflet d'une organisation métropolitaine	114
3) Métropolisation et accentuation des polarités sociales en Ile-de-France.....	123
4) Environnements locaux et « effet de lieu ».....	126
II. Décrire les dynamiques urbaines des communes franciliennes	128
1) Méthodologie de construction de l'indice synthétique des dynamiques urbaines	128
2) Les pôles urbains centraux et secondaires.....	133
3) Les communes « de l'entre-deux ».....	138
4) Les communes périurbaines de la région francilienne.....	139
5) Les catégories spatiales exceptionnelles.....	144
III. Gestion du parcours de soins en onco-sénologie : des systèmes localisés d'interactions	149

1) A l'échelle des tutelles et des institutions soignantes : construire des filières de soins	150
2) A l'échelle des acteurs investis sur le parcours de soins : gérer la « trajectoire de la maladie » (Strauss et Baszanger, 1991)	162
Conclusion	170
Chapitre 3 - Des parcours de soins qui s'inscrivent dans les centralités métropolitaines	172
Introduction	173
I. Recours de proximité <i>versus</i> délocalisation des prises en charge chirurgicales	176
1) Disparités dans les recours de proximité entre les départements de la seconde couronne francilienne	177
2) Des contrastes moins marqués dans les recours de proximité en première couronne.....	182
3) Quelles variations spatiales des recours à la chirurgie en proximité à l'échelle des communes de l'ISDU ?.....	186
4) Le cas des communes-noyaux socialement populaires	188
II. Une offre publique de soins plus attractive pour l'étape de la chimiothérapie	193
1) Une importante augmentation des recours infra-départementaux pour la chimiothérapie adjuvante.....	193
2) La forte attractivité des établissements publics pour la chimiothérapie : l'exception essonnienne en seconde couronne	196
3) En première couronne : les CLCC restent très attractifs sauf pour le département de la Seine-Saint-Denis	200
4) De faibles disparités dans les recours de proximité en fonction des catégories de communes.....	203
5) Le clivage des recours à la chimiothérapie dans les communes périurbaines socialement populaires.....	206
III. Les radiothérapeutes libéraux : les plus consultés en Ile-de-France	210
IV. Les disparités spatiales des parcours de soins : entre représentations des acteurs, logiques concurrentielles et organisation métropolitaine	213
1) Les centres de lutte contre le cancer et les CHU parisiens : la doxa de l'excellence en oncologie.....	213
2) L'amalgame entre recours exceptionnels et parcours standards.....	216
Conclusion	219
Chapitre 4 - Des soins qui varient en fonction du type de parcours en Ile-de-France	224
Introduction	225
I. Variations spatiales dans les séquences de traitement : l'exemple des cancers infiltrants	226

1) Des disparités spatiales significatives dans le traitement chirurgical des cancers infiltrants.....	227
2) Mastectomie totale ou mastectomie partielle ?.....	228
3) Des variations spatiales dans les traitements adjuvants administrés pour les cancers infiltrants.....	230
4) Des choix thérapeutiques sensibles à l'offre de soins ?.....	235
II. Accès à l'innovation en chirurgie.....	237
III. Paiements de dépassements d'honoraires.....	243
IV. Parcours de soins monocentriques et effets de captation après la chirurgie.....	246
1) Répartition des prises en charge et concurrence entre les hôpitaux franciliens.....	246
2) Quel vécu de la distance aux soins et de la captation pour le traitement adjuvant ?.....	254
V. Délais entre les étapes du parcours de soins.....	256
1) Temps d'attente entre la chirurgie et la chimiothérapie adjuvante.....	257
2) Temps d'attente entre la chirurgie et la radiothérapie adjuvante.....	258
Conclusion.....	261
Chapitre 5 - Situations individuelles complexes et gestion des parcours de soins.....	264
Introduction.....	265
I. Situations complexes et cas standards en onco-sénologie.....	266
1) Qu'est-ce qu'un cancer du sein « complexe » ?.....	266
2) Répartition spatiale des cas complexes au moment du diagnostic.....	268
II. Le stade au diagnostic : un facteur prédictif de la forme du parcours de soins.....	271
1) Parcours de soins des femmes dont le cancer est métastatique au diagnostic...271	
2) Parcours de soins des femmes dont le cancer est <i>in situ</i> au diagnostic.....	275
III. Âge et orientation vers les soins.....	278
1) Des recours aux soins en proximité dans le secteur privé pour les personnes âgées.....	278
2) Des parcours de soins adaptés à l'âge des personnes prises en charge.....	284
IV. Des recours spécifiques aux personnes bénéficiaires de la CMU-C ?.....	285
1) Des recours aux soins vers le secteur public pour les femmes bénéficiaires de la CMU-C.....	285
2) Des pratiques soignantes spécifiques envers les personnes bénéficiaires de la CMU-C ?.....	288
V. Quel vécu de la complexité par les personnes soignées ?.....	290
1) Le cancer du sein, une expérience systématiquement traumatisante.....	290
2) Un inégal accès aux ressources pour supporter le parcours de soins.....	298
Conclusion.....	300

Chapitre 6 - Les constructions socioterritoriales du recours aux soins pour le cancer du sein en Ile-de-France.....	302
Introduction : besoins de soins et recours aux soins, quelle adéquation en fonction des territoires franciliens ?	303
I. L'exemple des départements du Val d'Oise et de l'Essonne	308
1) Des parcours de soins qui suivent une logique spatiale différente	311
2) Quel ancrage territorial des réseaux d'acteurs de la coordination en cancérologie ?	318
3) L'exemple des parcours complexes dans les villes nouvelles	322
II. Les parcours de soins du cancer du sein dans les franges régionales.....	329
1) Quels parcours de soins dans les franges régionales de l'ouest et de l'est francilien ?	330
2) Distance aux soins et traitement adjuvant : quel impact de la captation dans les franges régionales ?.....	336
Conclusion	342
Conclusion générale	346
Bibliographie	356
Tables des matières	377
Tables des figures et des illustrations.....	382

TABLES DES FIGURES ET DES ILLUSTRATIONS

TABLE DES CARTES :

Carte n° 1 - Répartition des entretiens réalisés auprès des professionnels de santé spécialisés en cancérologie en Ile-de-France	p.20
Carte n°2 - Répartition spatiale des femmes volontaires par département – Association Seintinelles	p.22
Carte n°3 - Taux d'incidence du cancer du sein dans le monde en 2012 (source : GLOBACAN 2012)	p.46
Carte n°4 - Taux d'incidence du cancer du sein dans les départements français. Période 2008-2010	p.57
Carte n°5 - Ratios standardisés d'incidence du cancer du sein dans les départements franciliens – Période 2010-2014	p.65
Carte n°6 - Incidence estimée du cancer du sein en Ile-de-France (période 2010 – 2014) – Communes et regroupements de communes recensant plus de 15 000 femmes âgées de plus de 15 ans en 2013	p.66
Carte n°7 – Le « Fdep » selon G. Rey et al. – Indice de désavantage social dans les communes franciliennes	p.69
Carte n°8 - Taux de mortalité par cancer du sein dans les départements français. Période 2011-2013	p.71
Carte n°9 – Ratios standardisés de mortalité par cancer du sein – communes (de plus de 15 000 habitants) et cantons franciliens (2004-2008)	p.74
Carte n°10 – Disparités d'incidence et de mortalité : superposition des cartes	p.77
Carte n°11 – Les communes-noyaux de la métropole parisienne selon S. Berroir et al. (2007a)	p.111
Carte n°12 – Répartition des hôpitaux habilités pour la chirurgie du cancer du sein en Ile-de-France, selon le statut de l'établissement et le type d'espace urbain où il est implanté ..	p.117
Carte n°13 – Accessibilité théorique en voiture aux structures franciliennes de soins habilités pour la chirurgie carcinologique mammaire (publiques et privées)	p.118
Carte n°14 – Répartition des hôpitaux habilités pour la radiothérapie en Ile-de-France, selon le statut de l'établissement et le type d'espace urbain où il est implanté	p.119
Carte n°15 – Accessibilité théorique en voiture aux structures franciliennes de soins habilités pour la radiothérapie (publiques et privées)	p.120
Carte n°16 – Répartition des hôpitaux habilités pour la chimiothérapie en Ile-de-France selon le statut de l'établissement et le type d'espace urbain où il est implanté	p.121
Carte n°17 – Accessibilité théorique en voiture aux structures franciliennes de soins habilités pour la chimiothérapie (publiques et privées)	p.121
Carte n°18 – Indice synthétique des dynamiques urbaines (ISDU) – Communes d'Ile-de-France (1990-2012)	p.147

Carte n°19 – Flux des recours à la chirurgie pour un cancer du sein pour les femmes du département du Val d’Oise	p.178
Carte n°20 – Flux des femmes résidant en Seine-et-Marne vers les établissements pour la chirurgie du cancer du sein	p.179
Carte n°21 – Flux des femmes résidant dans les Yvelines vers l’établissement pour la chirurgie du cancer du sein	p.180
Carte n°22 – Flux des recours à la chirurgie pour un cancer du sein pour les femmes du département de l’Essonne	p.181
Carte n°23 – Effectifs de recours à la chirurgie et flux vers l’établissement théoriquement le plus proche pour les femmes résidant dans les communes-noyaux socialement populaires	p.190
Carte n°24 – Flux des femmes résidant dans les Yvelines, vers les établissements de soins pour la chimiothérapie	p.197
Carte n°25 – Flux des recours à la chimiothérapie pour un cancer du sein, pour les femmes du département de l’Essonne.....	p.199
Carte n°26 – Flux des femmes résidant dans le Val-de-Marne, vers les établissements pour la chimiothérapie dans le cadre du traitement du cancer du sein	p.200
Carte n°27 – Flux des femmes résidant dans les Hauts-de-Seine, vers les établissements pour la chimiothérapie	p.201
Carte n°28 – Flux des femmes résidant en Seine-Saint-Denis, vers les établissements de soins pour la chimiothérapie	p.202
Carte n°29 – Flux de recours depuis la commune de résidence des femmes, vers les établissements pour la chimiothérapie – Communes périurbaines résidentielles socialement populaires qui s’appauvrissent	p.208
Carte n°30 – Effectifs et part des femmes prises en charge en ambulatoire pour la chirurgie du cancer du sein – Région Ile-de-France, période 2012-2014	p.239
Carte n°31 - Effectifs et part des femmes prises en charge en hospitalisation à domicile en post-opératoire pour un cancer du sein – Période 2012-2014	p.240
Carte n°32 – Quantité et montants des dépassements enregistrés dans le SNIIR-AM (hors activité libérale) dans les établissements franciliens – Actes médicaux et chirurgicaux pour un cancer du sein – 2012-2014	p.244
Carte n°33 – Hôpitaux disposant des 3 agréments pour le traitement du cancer du sein en Ile-de-France (chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie)	p.247
Carte n°34 – Effectifs et flux de femmes traitées pour un cancer du sein avec chirurgie et chimiothérapie adjuvante depuis la commune de résidence vers les établissements de soins dits « captants » - Val-de-Marne	p.250
Carte n°35 – Effectifs et flux de femmes traitées pour un cancer du sein avec chirurgie et radiothérapie adjuvante depuis la commune de résidence vers les établissements de soins dits « captants » - Val-de-Marne	p.251

Carte n°36 – Effectifs et flux de femmes traitées pour un cancer du sein avec chirurgie et chimiothérapie adjuvante depuis la commune de résidence vers les établissements de soins dits « captants » - Essonne	p.252
Carte n°37 – Effectifs et flux de femmes traitées pour un cancer du sein avec chirurgie et chimiothérapie adjuvante depuis la commune de résidence vers les établissements de soins dits « captants » - Val d’Oise	p.253
Planche de cartes n°1 - Répartition spatiale des cas potentiellement complexes au moment du diagnostic de cancer du sein. Part des femmes jeunes, âgées, à la CMU-C ou diagnostiquées métastatiques. Communes de la région Ile-de-France - 2012/2014	p.269
Carte n°38 – Effectifs et flux proportionnels des recours à la chimiothérapie, pour les femmes atteintes d’un cancer du sein en Ile-de-France – Cancers diagnostiqués d’emblée métastatiques extra-ganglionnaires – Période 2012-2014	p.273
Carte n°39 - Effectifs et flux proportionnels des recours à la chirurgie, pour les femmes atteintes d’un cancer du sein en Ile-de-France – Cancers diagnostiqués à un stade précoce et localisé (<i>in situ</i>) – Période 2012-2014	p.276
Carte n°40 - Effectifs et flux proportionnels des recours à la chirurgie, pour les femmes atteintes d’un cancer du sein en Ile-de-France – Personnes âgées de plus de 75 ans au moment du diagnostic – Période 2012-2014	p.282
Carte n°41 - Effectifs et flux proportionnels des recours à la chirurgie, pour les femmes atteintes d’un cancer du sein en Ile-de-France – Personnes âgées de moins de 45 ans au moment du diagnostic – Période 2012-2014	p.283
Carte n°42 - Effectifs et flux proportionnels des recours à la chirurgie, pour les femmes atteintes d’un cancer du sein en Ile-de-France – Personnes bénéficiaires de la CMU-C – Période 2012-2014	p.287
Carte n°43 – Positionnement des deux villes nouvelles des départements du Val d’Oise et de l’Essonne	p.308
Carte n°44 – Part des recours dans l’établissement théoriquement le plus proche du domicile des femmes – Prise en charge chirurgicale du cancer du sein dans les cantons du Val d’Oise et de l’Essonne – Période 2012-2014	p.312
Carte n°45 - Part des recours dans un établissement privé d’intérêt collectif (ESPIC) – Prise en charge chirurgicale du cancer du sein dans les cantons du Val d’Oise et de l’Essonne – Période 2012-2014	p.313
Carte n°46 – Dispositifs de coordination en cancérologie – Départements de l’Essonne et du Val d’Oise	p.318
Carte n°47 – Prise en charge chirurgicale du cancer du sein – Communauté d’agglomération d’Evry Centre Essonne- Flux des femmes opérées d’un cancer du sein, depuis la commune de résidence vers l’hôpital	p.323
Carte n°48 – Prise en charge chirurgicale du cancer du sein – Communauté d’agglomération de Cergy-Pontoise - Flux des femmes opérées d’un cancer du sein, depuis la commune de résidence vers l’hôpital	p.324

Carte n°49 – Traitement adjuvant par chimiothérapie après la chirurgie – Communauté d’agglomération d’Evry Centre Essonne - Flux des femmes captées pour le traitement adjuvant, depuis la commune de résidence vers l’hôpital	p.325
Carte n°50 – Traitement adjuvant par chimiothérapie après la chirurgie – Communauté d’agglomération de Cergy-Pontoise - Flux des femmes captées pour le traitement adjuvant, depuis la commune de résidence vers l’hôpital	p.326
Carte n°51 – Prise en charge chirurgicale du cancer du sein, dans les franges de l’est et de l’ouest de la région francilienne – Recours depuis la commune de résidence vers l’hôpital consulté	p.330
Carte n°52 - Prise en charge chirurgicale du cancer du sein, dans les franges de l’est et de l’ouest de la région francilienne – Situations potentiellement complexes au diagnostic – Recours depuis la commune de résidence vers l’hôpital consulté	p.332
Carte n°53 - Traitement adjuvant par chimiothérapie après la chirurgie – Franges de l’est et de l’ouest francilien - Flux des femmes captées pour le traitement adjuvant, depuis la commune de résidence vers l’hôpital	p.333

TABLE DES CROQUIS ET PROFILS DES CAH :

Croquis n°1 : L’organisation métropolitaine du bassin parisien – par Frédéric Gilli	p.110
Synthèse des profils n°1 – Les pôles urbains centraux et périphériques en Ile-de-France : profils des classes dans la CAH	p.137
Synthèse des profils n°2 – Les communes de l’entre-deux : profils de classe dans la CAH	p.139
Synthèse des profils n°3 – Les communes périurbaines de l’Ile-de-France : profils des classes dans la CAH	p.143
Synthèse des profils n°4 – Les deux catégories exceptionnelles de la typologie : profils des classes dans la CAH	p.145

TABLE DES ENCADRES :

Encadré n°1 - Accéder aux données du SNIIR-AM : emploi du temps & compétence	p.26
Encadré n°2 - Estimations de l’incidence et de la mortalité par cancer du sein : quelles données et quelles méthodes ?	p.58
Encadré n° 3 – L’indice de désavantage social « Fdep »	p.65
Encadré n°4 - Estimations de l’incidence du cancer du sein à l’échelle communale	p.67
Encadré n°5 : Méthode d’estimation des taux de mortalité par cancer du sein à l’échelle des communes d’Ile-de-France	p.75
Encadré n°6 - Extrait de la « lettre au Président de Christel » (Rose Magazine, 2018)	p.151
Encadré n° 7 - Journée d’observation dans un service de diagnostic rapide du cancer du sein – CLCC francilien, le 31 aout 2015	p.167

TABLE DES GRAPHIQUES :

Graphique n°1 - Variation des taux d'incidence en fonction du niveau de désavantage social à l'échelle des communes d'Ile-de-France	p.68
Graphique n°2 - Evolution de la mortalité par cancer du sein, entre les départements franciliens, entre 1996 et 2006	p.72
Graphique n°3 - Couverture mammographique pendant la campagne de dépistage 2014-2015	p.79
Graphique n°4 - Part des recours à la chirurgie du cancer du sein dans l'établissement théoriquement le plus proche de la commune de résidence des femmes – Départements de la seconde couronne francilienne	p.177
Graphique n°5 - Part des recours à la chirurgie du cancer du sein dans l'établissement le plus proche de la commune de résidence des femmes – Départements de Paris et de la première couronne francilienne	p.182
Graphique n°6 – Variations départementales dans les lieux de recours pour la chimiothérapie adjuvante : différences entre les taux de recours infra-départementaux et en proximité par rapport à l'étape de la chirurgie	p.194
Graphique n°7 – Pourcentage des femmes dont le cancer est métastatique (ganglionnaire et extra-ganglionnaire) au diagnostic, selon le département de résidence et le type de couverture sociale	p.304
Graphique n°8 – Pourcentage des femmes dont le cancer est métastatique (ganglionnaire et extra-ganglionnaire) au diagnostic, selon la catégorie de communes de résidence et le type de couverture sociale	p.305

TABLE DES SCHEMAS :

Schéma n°1 - L'organisation régionale de la cancérologie (Circulaire DHOS / SDO, 2005) ..	p.39
Schéma n°2 - Le modèle « éco-social » de N. Krieger	p.89
Schéma n°3 - Le concept d'accès aux soins : une approche géographique	p.97
Schéma n°4 - Schéma de synthèse des variables intégrées aux 3 dimensions de l'indice synthétique des dynamiques urbaines	p.131
Schéma n°5 - Les différentes perceptions de l'expertise médicale en onco-sénologie (à partir des entretiens qualitatifs réalisés auprès des professionnels de santé)	p.156
Schéma n°6 – Des parcours complexes dans les franges régionales de l'Est parisien : exemples à partir d'une enquête auprès de volontaires des SEINTINELLES	p.341

TABLE DES TABLEAUX :

Tableau n°1 - Description des caractéristiques des personnes rencontrées en entretien....	p.20
Tableau n°2 - Synthèse de l'évolution des disparités d'incidence et de mortalité par cancer du sein	p.55
Tableau n°3 - L'approche relationnelle de la santé (Cummins et al., 2007)	p.91
Tableau n°4 - Répartition de l'offre de soins de chirurgie du cancer du sein en Ile-de-France (Paris, 1 ^e et 2 ^e couronne)	p.116
Tableau n°5 - Répartition de l'offre de radiothérapie en Ile-de-France (Paris, 1 ^e et 2 ^e couronne)	p.118
Tableau n°6 - Caractéristiques des femmes intégrées dans l'analyse des parcours de soins (2012-2014)	p.175
Tableau n°7 - Statut de l'établissement de recours pour la chirurgie, selon le département de résidence des femmes	p.185
Tableau n°8 – Part des recours à la chirurgie du cancer du sein, en fonction de la distance depuis la commune de résidence des femmes – Catégories de communes selon l'ISDU	p.186
Tableau n°9 – Statut de l'établissement consulté pour la chirurgie du cancer du sein, en fonction de la catégorie de communes de résidence selon l'ISDU	p.187
Tableau n°10 – Part des recours à la chimiothérapie du cancer du sein, en fonction du temps théorique d'accès depuis la commune de résidence des femmes – Départements franciliens	p.195
Tableau n°11 – Départements de résidence et statut de l'établissement de recours pour la chimiothérapie	p.198
Tableau n°12 – Part des recours à la chimiothérapie du cancer du sein, en fonction du temps théorique d'accès depuis la commune de résidence des femmes – Catégories de communes selon l'ISDU	p.203
Tableau n°13 – Variations de recours vers les différents types d'établissements (selon le statut) entre l'étape de la chirurgie et de la chimiothérapie - Catégories de communes de l'ISDU	p.204
Tableau n°14 – Département de résidence et statut de l'établissement de recours pour la radiothérapie	p.210
Tableau n°15 – Catégorie spatiale de résidence et statut de l'établissement de recours pour la radiothérapie	p.212
Tableau n°16 – Part des mastectomies totales et partielles, parmi l'ensemble des exérèses mammaires reçues par les femmes atteintes d'un cancer infiltrant – Période 2012-2014	p.229
Tableaux n° 17 - Part des femmes ayant été traitées par chimiothérapie adjuvante parmi les cancers infiltrants selon les départements (en %) – Période 2012-2014	p.231
Tableau n°18 - Part des femmes ayant été traitées par chimiothérapie adjuvante parmi les cancers infiltrants selon les catégories de communes de l'ISDU (en %) – Période 2012-2014	p.231

Tableau n° 19 - Part des femmes ayant été traitées par radiothérapie adjuvante parmi les cancers infiltrants selon les départements (en %) – 2012/2014	p.234
Tableau n°20 - Part des femmes ayant été traitées par radiothérapie adjuvante parmi les cancers infiltrants selon les catégories de communes de l'ISDU (en %) – 2012-2014	p.234
Tableau n°21 - Qualité des soins reçus, selon les facteurs qui influencent leur utilisation d'après Fisher et Wennberg	p.236
Tableau n°22 - Effectifs des actes pratiqués avec dépassements d'honoraires et facturés aux femmes prises en charge pour un cancer du sein en Ile-de-France (2012-2014)	p.243
Tableau n°23 - Estimations du taux d'occupation des lits dans quelques établissements autorisés en cancérologie en Ile-de-France	p.249
Tableau n°24 - Part des bénéficiaires de la CMU-C parmi les cas estimés incidents du cancer du sein – Catégories de communes de l'ISDU, période 2012-2014	p.268
Tableau n°25 - Destination des recours à la chirurgie du cancer du sein, selon l'âge des femmes opérées (période 2012-2014)	p.280
Tableau n°26 - nombre d'actes facturés avec dépassements d'honoraires pour les femmes bénéficiaires de la CMU-C	p.288
Tableau n°27 - Part des cancers incidents diagnostiqués avec des métastases d'emblée (en %) selon les départements franciliens	p.303
Tableau n°28 – Présentation des profils des femmes incluses dans l'analyse comparée des départements du Val d'Oise et de l'Essonne – Période 2012-2014	p.310
Tableau n°29 – Part des cas complexes au moment du diagnostic, en fonction des catégories de communes de l'ISDU	p.314
Tableau n°30 – Recours au plus proche de la commune de résidence (en %) pour la chirurgie du cancer du sein – Période 2012-2014	p.315
Tableau n°31 – Recours hors département (en %) pour la chirurgie du cancer du sein (Période 2012-2014)	p.316
Tableau n°32 – Part des recours à la radiothérapie en libéral, dans l'Essonne et le Val d'Oise	p.327
Tableau n°33 - Les situations complexes vis-à-vis du cancer du sein, dans les périphéries franciliennes – Période 2012-2014	p.329