

Disparités régionales et socio-économiques dans le cancer du poumon (étude TERRITOIRE)

C. Chouaïd¹, D. Debieuvre², I. Durand-Zaleski³, J. Fernandes⁴,
A. Scherpereel⁵, V. Westeel⁶,
C. Blein⁷, A.-F. Gaudin⁸, N. Ozan⁸, B. Saitta⁷,
A. Vainchtock⁷, F.-E. Cotté⁸, P.J. Souquet⁹

*1 Centre Hospitalier Intercommunal Créteil, Créteil, France ; 2 Hôpital Général Emile Muller, Mulhouse, France
3 Urc Eco - Île-De-france, Aphp Hôtel Dieu, Inserm U1123, Paris, France ; 4 Oc Santé Group, Montpellier,
France ; 5 Hôpital Calmette, Lille, France ; 6 Hôpital Jean-Minjoz, Besançon, France ; 7 Heva, Lyon, France
8 Bristol-Myers Squibb, Rueil-Malmaison, France ; 9 Hospices Civils de Lyon, Lyon, France*

Conflits d'intérêts

Christos CHOUAID

Honoraires en tant que consultant et conférencier de la part de BMS

Contexte et objectifs

- Les inégalités dans l'accès aux soins par les patients atteints de cancer ont été identifiées dans de nombreux pays
- Ces inégalités sont des obstacles à un diagnostic rapide et à une prise en charge efficace
- Une meilleure compréhension de ces inégalités représente une priorité clé du 3^e plan national du cancer en France
- Les défis sont particulièrement pertinents dans le cancer du poumon, en raison de son incidence élevée, de son diagnostic souvent tardif et de la variété des protocoles de traitement disponibles

OBJECTIF : Décrire la prise en charge et les résultats de l'ensemble des patients atteints de cancer du poumon à l'hôpital en France en fonction des indicateurs géographiques et socio-démographiques

Méthodes (1)

- Données extraites de la **base PMSI**, répertoriant des données sur l'ensemble des séjours à l'hôpital, en centre de réadaptation et en hospitalisation à domicile
- Motifs d'hospitalisation identifiés à l'aide des codes de diagnostic issus de la classification des maladies CIM-10
 - Diagnostic principal (DP) / Diagnostic associé (DA)
 - Diagnostic associé significatif (DAS)
- **Incidence du cancer du poumon** : Ensemble des patients hospitalisés en 2011 avec séjour répertorié par le code CIM-10 C34 et sans séjour avec ce code dans les 5 années précédentes
- **Etat métastatique** : codes CIM-10 des maladies métastatiques (C77, C78 ou C79) OU Soins palliatifs OU Recours à la chimiothérapie coûteuse ('liste en sus')
- Données sur **les interventions chirurgicales, les actes médicaux et la chimiothérapie** relevées pour chaque séjour à l'hôpital

Population Source :
Ensemble des patients
hospitalisés en France en 2011

Cohorte : Ensemble des patients présentant
un cancer du poumon (métastatique / non-
métastatique au moment du diagnostic)

Suivi :
Décès (ou censuré
à 2 ans)

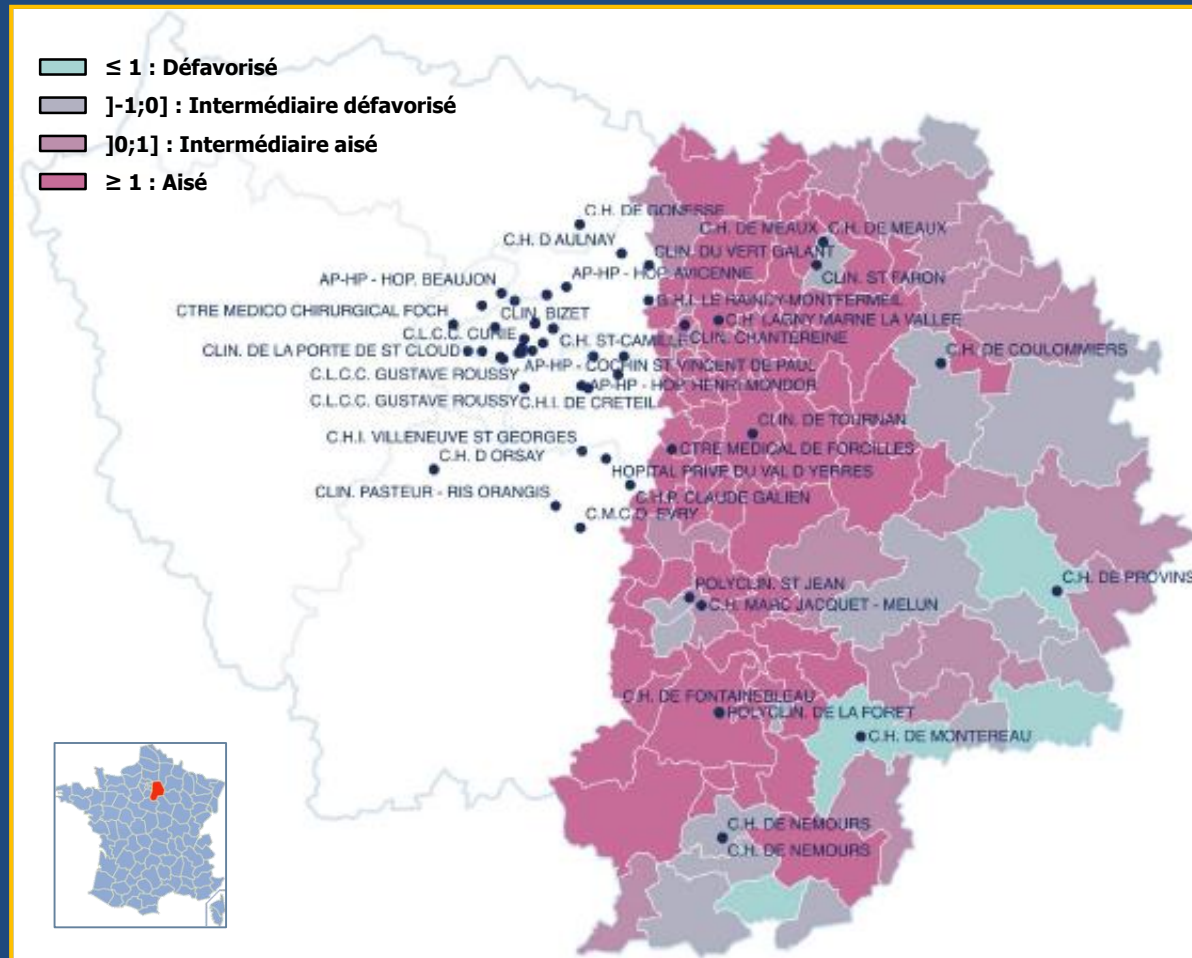
Méthodes (2)

- Données issues de l'**INSEE** pour la commune de résidence pour chaque patient hospitalisé en raison d'un cancer du poumon
- **Ruralité** classée sur la base du nombre d'habitants dans la commune
 - Rurale (< 2000 habitants)
 - Semi-rurale (2000 - 9999 habitants)
 - Semi-urbaine (10 000 – 99 999 habitants)
 - Urbaine ($\geq$ 100 000 habitants)
- Calcul de l'**Indice de Défavor Social**¹ de la commune basé sur
 - Le taux de chômage
 - Le revenu moyen des ménages
 - Le pourcentage de la population adulte diplômée (baccalauréat ou plus)
 - Le pourcentage d'ouvriers dans la population active
 - ➔ Divisé en quatre groupes (les plus défavorisés, les défavorisés, les privilégiés, les plus privilégiés)

¹Rey et al. BMC Public Health 2009, 9:33

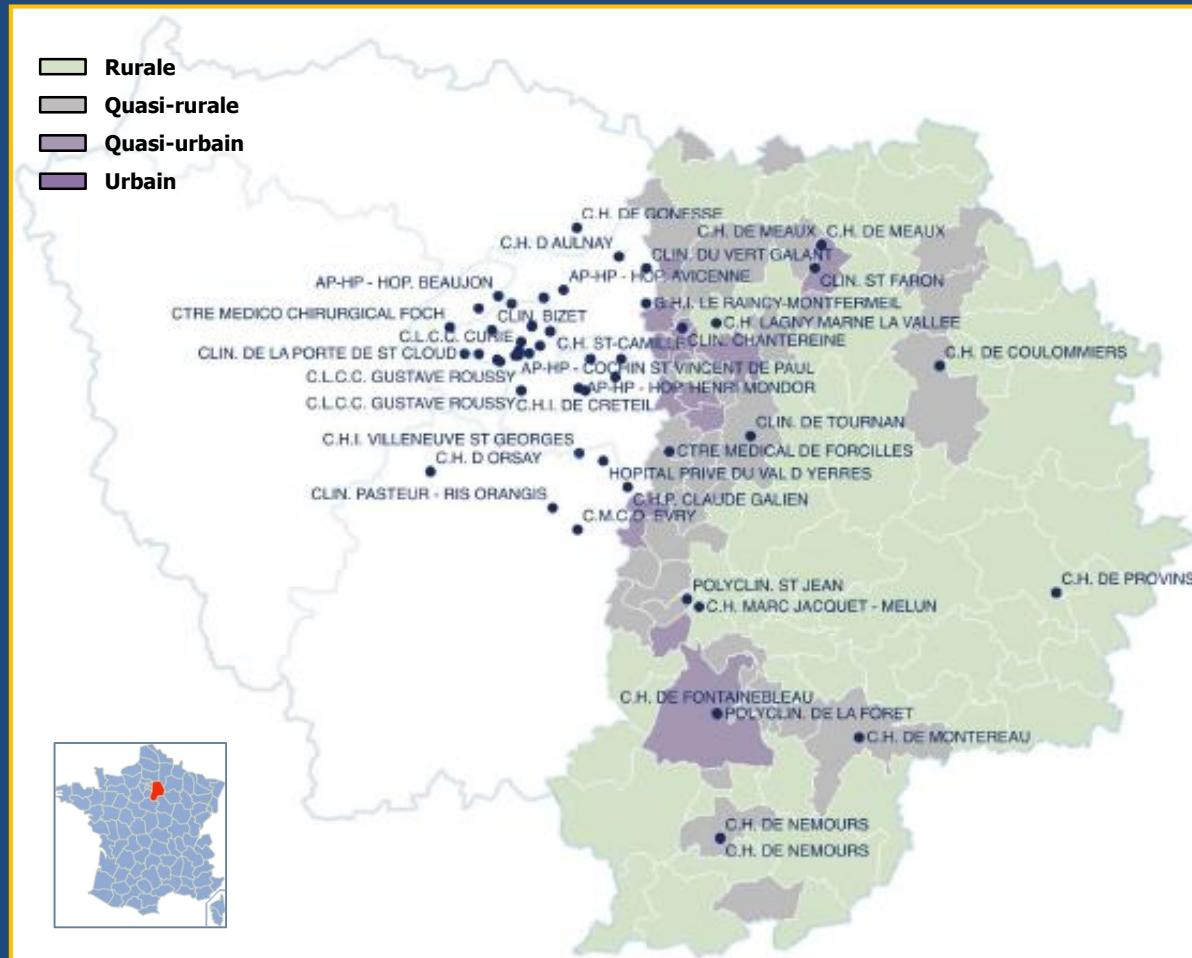
Méthodes (3)

Indice de défaveur sociale en Seine-et-Marne



Méthodes (4)

Tranches d'unités urbaines en Seine-et-Marne

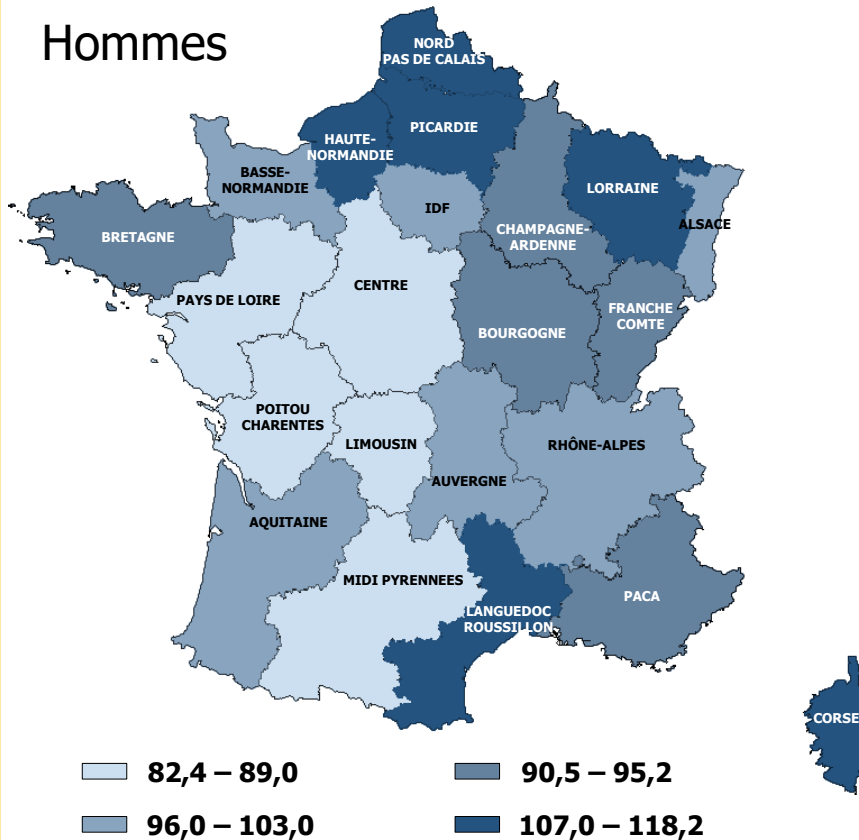


Incidence du cancer du poumon et survie à un an

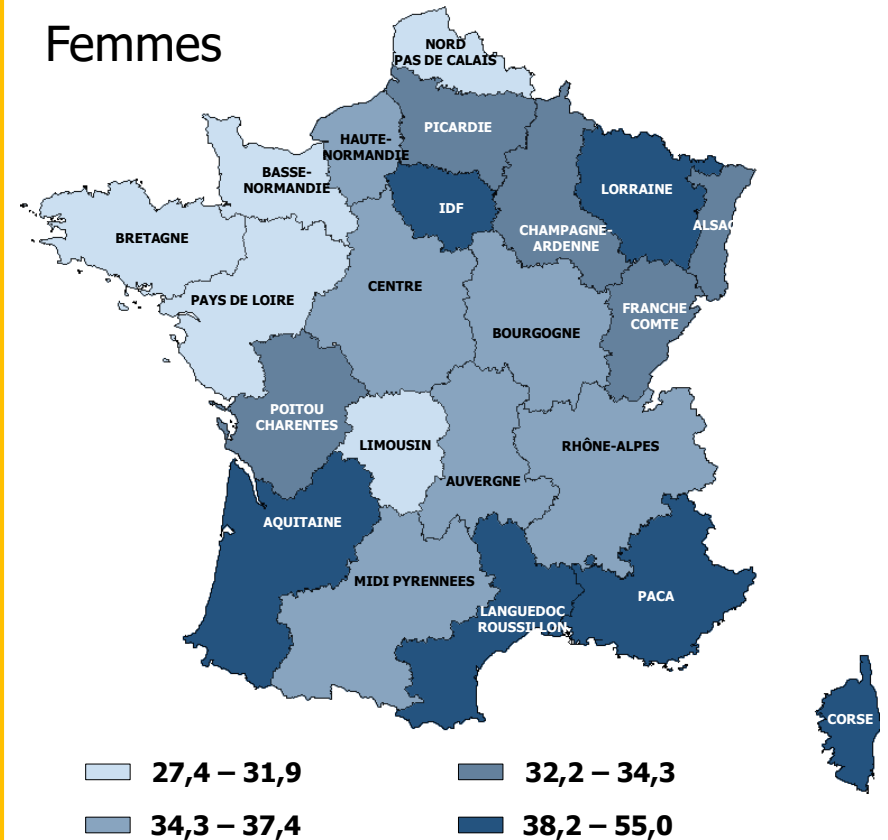
- 41 715 patients nouvellement diagnostiqués avec un cancer du poumon en France en 2011
- 52,7 % au stade métastatique au moment du diagnostic (21 974 patients)
- Survie à un an à partir du diagnostic : 54,2 %
 - Patients métastatiques : 39,3 %
 - Patients non-métastatiques : 70,8 %

Incidence Régionale

Hommes



Femmes

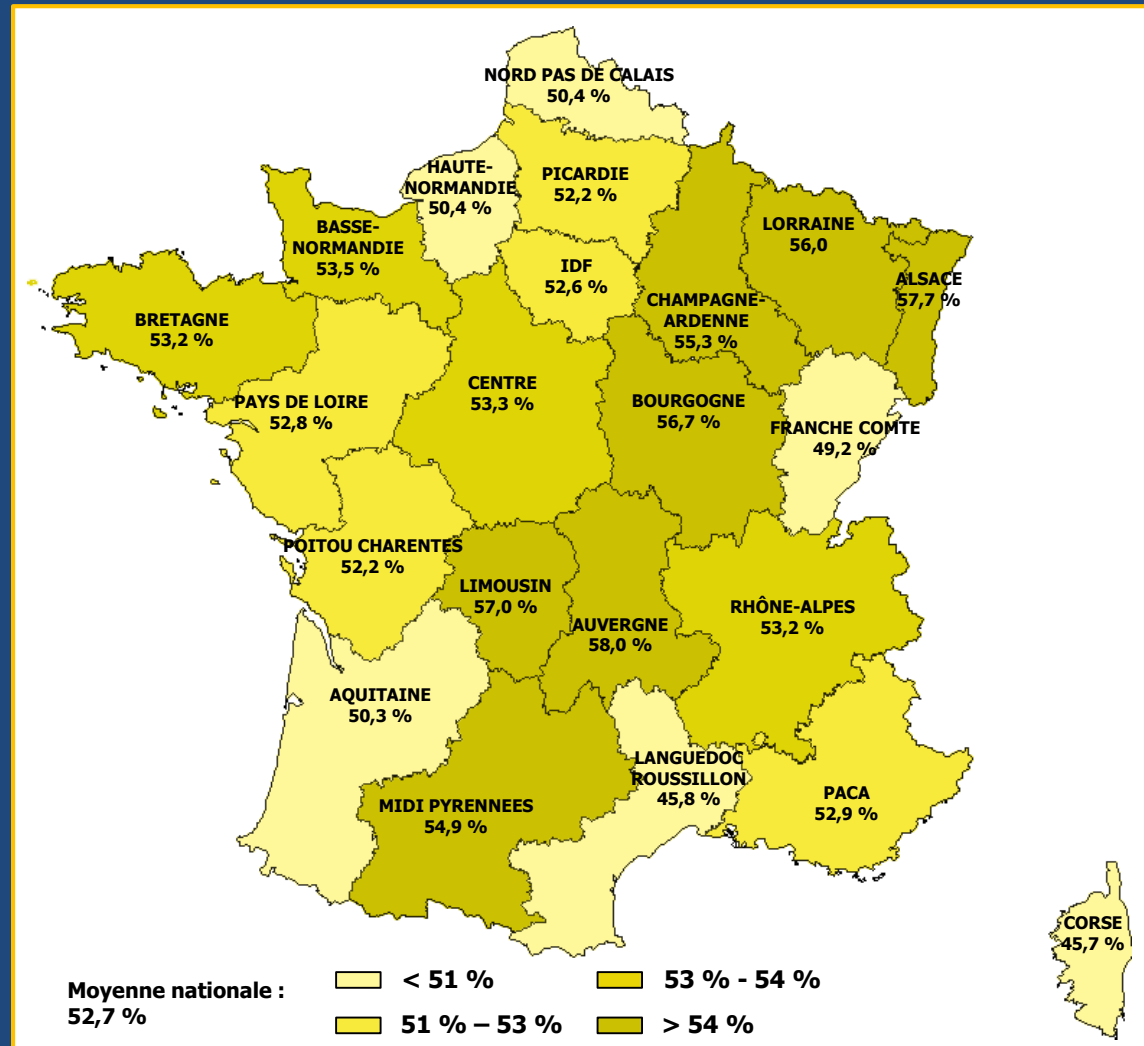


Incidence régionale normalisée par quartile (cas / 100 000 personnes)

Caractéristiques des patients

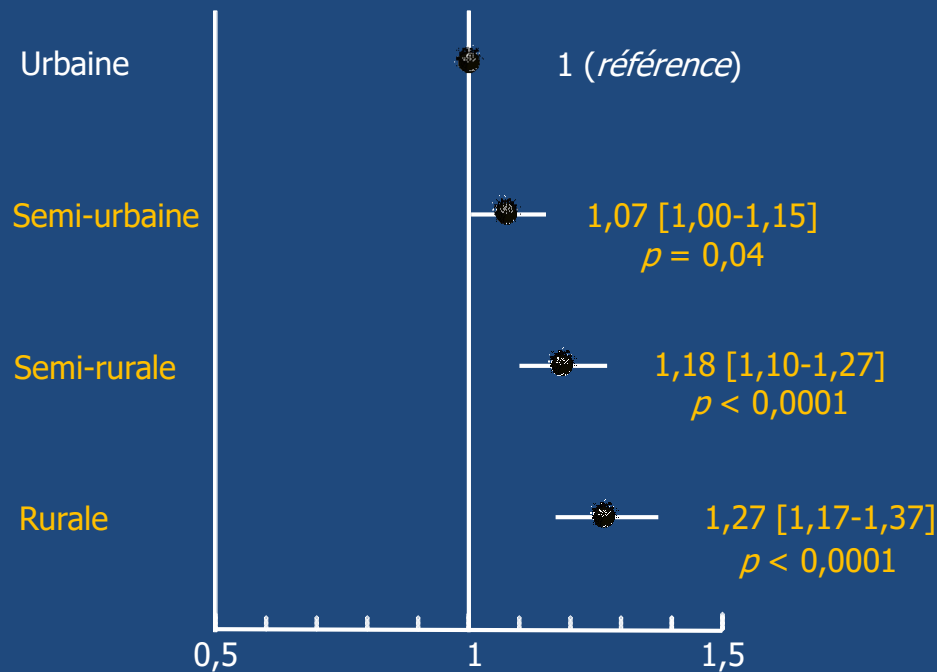
Au moment du diagnostic	Ensemble des patients (N = 41 715)	Patients métastatiques (N = 21 974)	Patients non-métastatiques (N = 19 741)	p-value
Age moyen (ET)	66,4 ± 11,9	65,9 ± 12,0	66,8 ± 11,9	P < 0,0001
Sexe (homme)	29 959 (71,8 %)	15 659 (71,3 %)	14 270 (72,3 %)	P < 0,05
Comorbidités				
Hypertension	10 821 (25,9 %)	5544 (25,2 %)	5277 (26,7 %)	P < 0,001
Diabètes	4767 (11,4 %)	2494 (11,3 %)	2273 (11,5 %)	P = 0,60
Insuffisance rénale	1736 (4,2 %)	887 (4,0 %)	849 (4,3 %)	P = 0,18
BPCO	7323 (17,6 %)	3262 (14,8 %)	4061 (20,6 %)	P < 0,0001
Type d'hôpital (1^{er} séjour)				
Hôpital local	15 274 (36,6 %)	9188 (41,8 %)	6086 (30,8 %)	P < 0,0001
Hôpital universitaire	10 569 (25,3 %)	5240 (23,8 %)	5329 (27,0 %)	P < 0,0001
Hôpital privé	10 330 (24,8 %)	4445 (20,2 %)	5885 (29,8 %)	P < 0,0001
Autres	5542 (13,3 %)	3101 (14,1 %)	2441 (12,4 %)	P < 0,0001

Diagnostic au stade métastatique

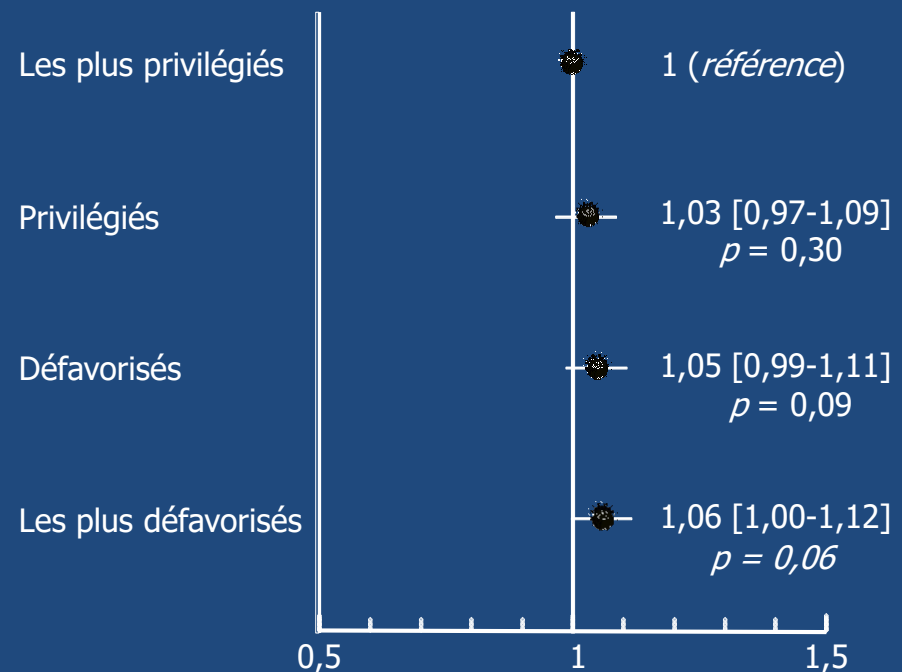


Diagnostic au stade métastatique

Ruralité

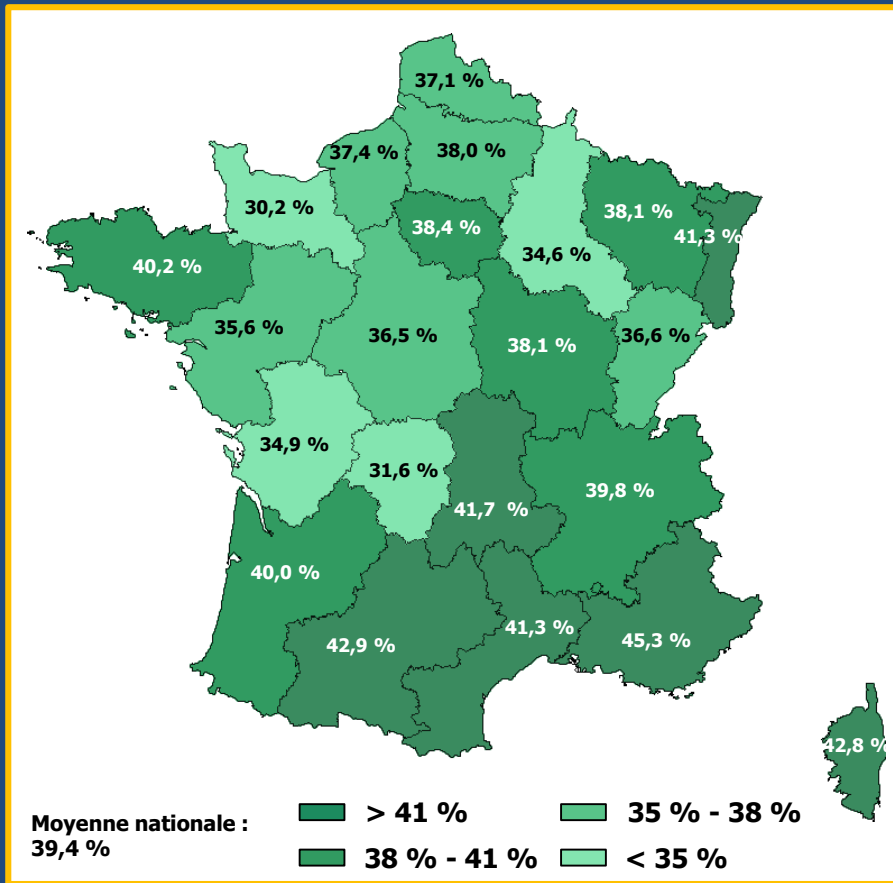


Défaveur sociale

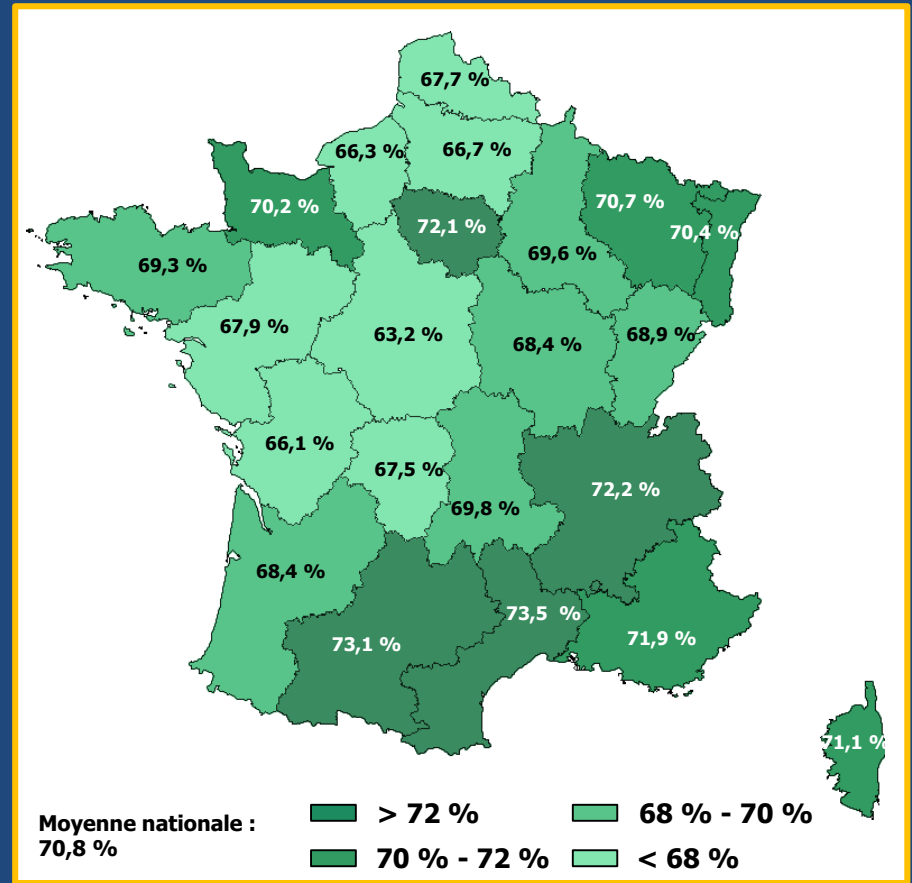


Odds ratios [IC 95 %] ajustés pour l'âge, le sexe et les comorbidités

Survie à un an ajustée pour l'âge, le sexe et les comorbidités



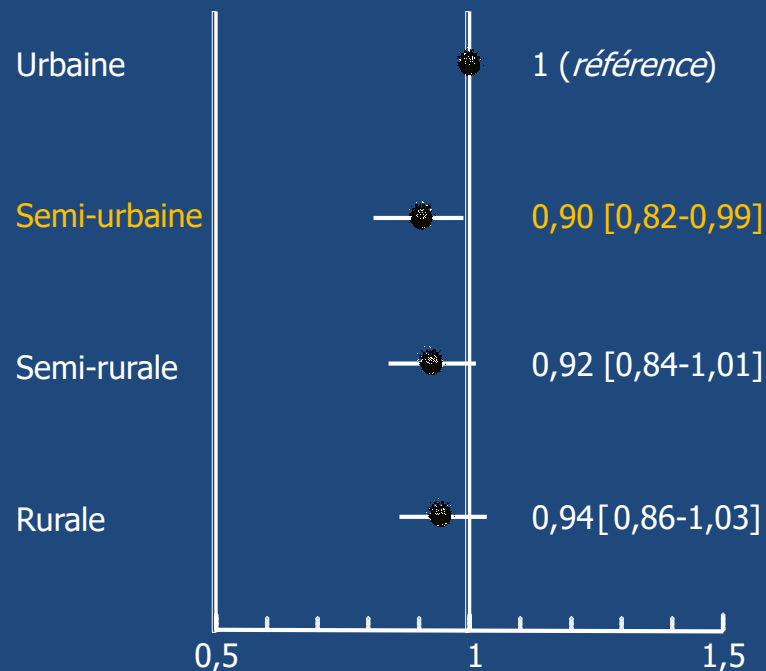
Métastases au moment du diagnostic



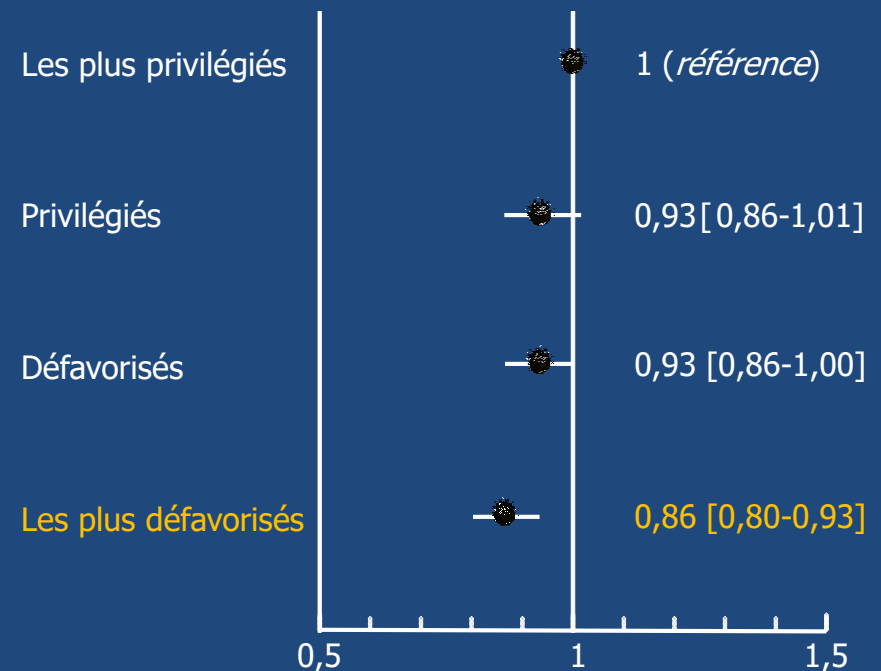
Sans métastase au moment du diagnostic

Survie à un an : Métastases au moment du diagnostic

Ruralité



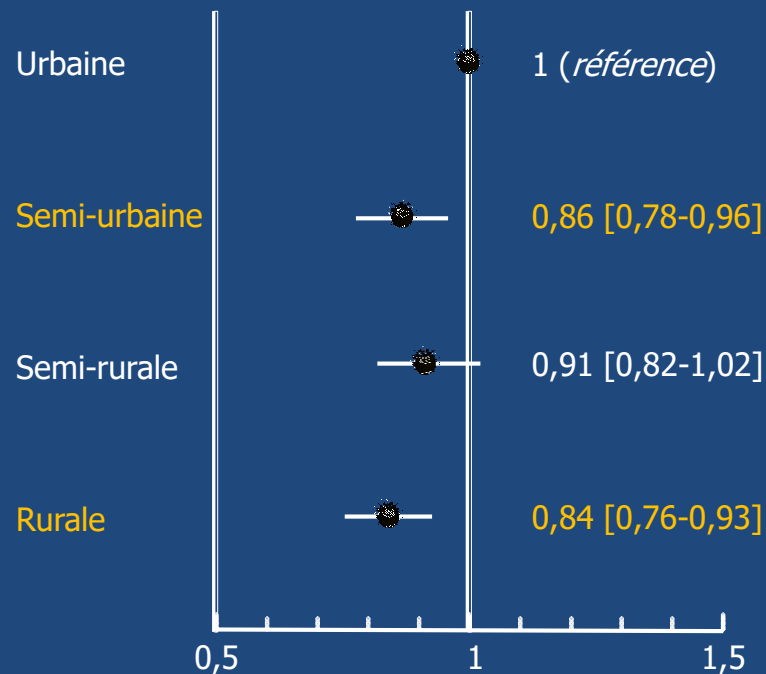
Défaveur sociale



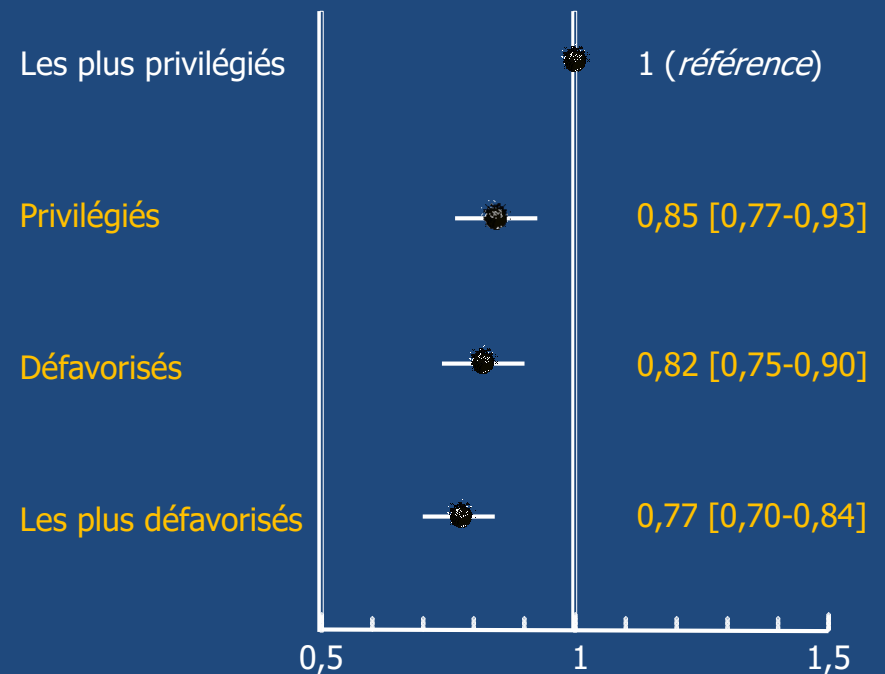
Odds ratios [IC 95 %] ajustés pour l'âge, le sexe et les comorbidités

Survie à un an : Sans métastase au moment du diagnostic

Ruralité



Défaveur sociale



Odds ratios [IC 95 %] ajustés pour l'âge, le sexe et les comorbidités

Conclusions et Perspectives

- Les bases de données médico-administratives fournissent des informations pertinentes sur les inégalités régionales et socio-démographiques de l'incidence et de la prise en charge du cancer du poumon en France.
- Les données d'incidence sont cohérentes avec celles d'autres sources (par exemple l'INCa, EUCAN)
- Il existe une grande variation régionale des taux d'incidence, en particulier chez les femmes (> deux fois).
- Vivre en milieu rural semble être associé à un risque plus élevé de diagnostic tardif au stade métastatique.
- Vivre dans des territoires socialement défavorisés semble être associé à un pronostic moins favorable (survie à un an).
- La nature de ces associations mérite de plus amples recherches afin de proposer des stratégies permettant d'assurer une égalité dans l'accès au soins.
- D'autres indices de la qualité des soins documentés dans la base de données restent à explorer (par exemple accès à une chimiothérapie onéreuse ou aux soins palliatifs).