

MISE AU POINT

Pauvreté et cancer au début du troisième millénaire

Poverty and cancer at the beginning of the third millennium

María Claudia Milano

Chef de Section, Service d'Hépatogastroentérologie, Hôpital National Professeur A. Posadas, Buenos Aires (Argentine)
cmilano@intramed.net

*« Pourquoi ce ciel bleu que nous voyons tous,
N'est ni ciel, ni bleu ?
Quelle tristesse que tant de beauté ne soit pas vraie... »*
Tango

■ Résumé

L'étude ci-dessous constitue un recueil des principaux articles et publications concernant l'importance du contexte social, et plus particulièrement de la pauvreté, dans le diagnostic, le traitement et l'évolution des patients atteints de diverses pathologies, principalement oncologiques. À cela, s'ajoutent les expériences personnelles et institutionnelles observées au sein de milieux modestes en Argentine, pays plusieurs fois frappé par la crise. L'analyse de ces différents articles montre que les

classes les plus pauvres et les plus démunies tombent plus souvent malades, mettent plus de temps à recevoir un diagnostic, sont moins bien traitées et par conséquent, ont une espérance de vie moindre. Les conclusions visent en particulier l'accès à la santé, la disparité économique, la nécessité et l'urgence de politiques de santé dans les pays en voie de développement pour s'acheminer, depuis la médecine sociale, vers une médecine pour tous.

Mots-clés

Pauvreté ; Médecine sociale ; Cancer ; Accès aux soins

■ Abstract

The present work is a compilation of the major articles and publications referring to the importance of social context and poverty in particular, in the diagnosis, treatment and progress of patients carrying several pathologies, especially oncological ones. In addition, personal and institutional experiences developed within an impoverished environment in a country like Argentina, hit so many times by crisis, must be considered.

Results of several studies agree on the fact that the poorest and most unprotected classes fall more regularly ill, are later diagnosed, worse treated and, consequently, die earlier. Conclusions emphasize access to health care, economical disparities, and the urgent need of health policies in developing countries in order to progress from Social Medicine towards medicine for everyone.

Keywords

Poverty; Social Medicine; Cancer; Health care access

Il n'y a pas si longtemps que les revues de vulgarisation scientifique se sont penchées sur les effets de la pauvreté sur la santé. Mis à part quelques sociologues qualifiés de « gauchistes » ayant effectivement réfléchi sur le rôle de l'environnement, peu de

médecins semblent s'y être intéressés, alors qu'ils sont légion à avoir analysé les physiopathologies scientifiques ou la biologie moléculaire. Il est curieux par ailleurs de constater que ce sont les pays développés qui se soucient de cette problématique alors

que les pays du tiers monde (nommés avec indulgence « en voie de développement » pour ne pas tomber dans la discrimination) continuent à se voiler la face à grand renfort d'expressions du type : « s'il y a pénurie, surtout que ça ne se voit pas » ! De fait, certains auteurs latino-américains, au Chili par exemple, se sont faits les porte-paroles de ce bruit assourdissant qu'émet la pauvreté sur la santé publique [1]. On perçoit encore une certaine indifférence face à « tant de pauvreté » et même la persistance du fameux « occupe-toi de tes oignons » dont l'Amérique latine a durement fait l'expérience au cours des dictatures militaires qu'elle a subies.

L'indifférence et, si j'ose dire, la méconnaissance, nous ont rendus complices des plus grands des malheurs : l'orgueil et le mépris, aboutissant à la création de deux médecines, l'une pour les pauvres et l'autre pour les riches, ainsi qu'une certaine admiration pour l'étranger (très inculquée dans notre culture européanisée et à présent américanisée). Chacune de ces causes nous a empêchés de dénoncer, ou ne serait-ce que de décrire, ce qui se passe dans notre milieu et d'analyser ce qui advient dans d'autres.

Ces dernières années, la préoccupation mondiale quant à l'influence des facteurs sociaux, éducatifs et économiques se voit reflétée dans la grande quantité de travaux publiés et dans les études établissant une corrélation entre lesdits travaux et les différentes pathologies causant la mort de millions de personnes. En outre, si la pauvreté a effectivement augmenté à l'échelon mondial, il semblerait parfois que sa condamnation ne se soit pas développée avec la même intensité. Depuis plus de 10 ans, cette pauvreté se maintient néanmoins dans les cercles les plus éloignés de la pratique scientifique et les plus proches de la problématique sociale. La conférence inaugurale du Congrès de Médecine Sociale qui s'est tenue en juin 2000 à La Havane, en constitue un parfait exemple. Au cours des allocutions, les principales problématiques actuelles portant sur l'individu et les sociétés nouvelles ont été exposées.

La mondialisation n'a pas seulement provoqué le chômage, mais elle a aussi généré d'immenses poches d'exclusion sociale et de pauvreté qui constituent de véritables *trous noirs* totalement inutiles au sein du réseau de production et de concurrence. Ce quart-monde se retrouve non seulement dans les pays « sous-développés », mais aussi à l'intérieur même des zones non reconquises par le capitalisme informatisé des pays développés. Les statistiques, terribles, montrent que « la fraction la plus pauvre du monde a réduit sa participation au budget mondial de 2,3 à 1,4 ces dix dernières années ; la fraction la plus riche est, elle, passée de 70 à 85 % sur la même période. En Afrique subsaharienne, vingt pays ont un revenu par tête inférieur à celui d'il y a vingt ans, tandis que dans certains pays d'Amérique latine, le revenu des 10 % les plus riches de la population représente 84 fois celui perçu par les 10 % les plus pauvres selon un rapport publié en 1999 par l'Organisation Panaméricaine de la Santé (OPS). D'après un rapport de l'UNICEF en 2000 [2], 69 % de la population d'Équateur est considérée comme pauvre depuis 1999. Se pose alors la question : « Quid du futur ? ». L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) prévoit que d'ici 20 ans, 26,4 millions

de personnes seront atteintes d'un cancer et que 17 millions en mourront. En 1999, lors de la réunion de l'American Society of Clinical Oncology (ASCO) en Floride, le problème de l'augmentation de la pathologie oncologique dans les pays pauvres a été soulevé. Le manque de professionnels spécialisés en oncologie, comme c'est le cas en Éthiopie, a aussi été souligné. Une autre question vient à l'esprit : « Quid des gouvernements ? ». Ils semblent être bien occupés, au point d'oublier que la vie des patients vaut vraiment bien peu de chose tel que l'exprimait Margaret Chan (OMS).

Que se passerait-il si, dans notre société médicale actuelle, tout un chacun prenait le temps de réfléchir sur la phrase écrite par Rudolf Virchow il y a près de trois siècles : « la médecine est une science sociale, les médecins sont les principaux protecteurs du pauvre et les problèmes sociaux devraient se résoudre complètement par eux » [3] ? C'est à ce moment-là que la médecine sociale est née, en 1848 plus précisément, année de grands mouvements révolutionnaires en Europe [4]. Pourquoi alors, en tant que médecins avec une nécessaire fonction de protection des patients, avons-nous laissé de côté l'aspect social alors même que divers travaux issus du monde entier (et plus particulièrement des pays développés) tentent d'élucider les facteurs empêchant l'accès aux soins médicaux ou à des traitements de meilleure qualité.

Notre pays, l'Argentine, a souffert à plusieurs reprises de dictatures, de crises alternant avec des « renaissances », de la sous-évaluation du travail, des faibles salaires et de l'inégalité sociale. Une des crises les plus proches date des années 2000-2001 où l'on a vu la problématique sociale prendre le pas sur notre travail médical quotidien et s'installer pour un temps nous paraissant « indéfini ». De problématique sociale, elle est devenue une « préoccupation médicale », ce qui nous a poussés depuis lors à effectuer dans le cadre de notre hôpital national, des travaux de recherche sur l'inégalité de l'accès à la santé et l'importance du milieu environnant. Nous poursuivons aujourd'hui encore ce travail d'intégration des sciences dites « molles » aux sciences « dures ». Ces réflexions nous ont incités à analyser, par exemple, les caractéristiques socio-économiques et éducatives des patients atteints du cancer de l'œsophage. Les résultats ont mis en évidence que 61 % de la population étudiée vivait sous le seuil de pauvreté et avait bénéficié de moins de 9 années d'études [5]. Le travail de Pincus [3] constitue une des études clés qui nous a guidés dans nos recherches depuis lors. En effet, il a étayé l'idée selon laquelle la disparité socio-économique a une grande influence sur la santé tandis que les mauvaises conditions sociales jouent un rôle déterminant dans l'évolution des maladies, bien plus que l'accès aux soins médicaux. Il serait plus efficace d'investir dans l'éducation et l'amélioration des conditions sociales que de se concentrer uniquement sur l'accès à la santé. Aucun investissement dans ce secteur ne serait rentable sans le soutien fort des médecins.

Des disparités socio-économiques peuvent être décelées dans différents pays tels que l'Australie, la Belgique, le Danemark, la Finlande, l'Italie, le Japon, la Scandinavie, la Nouvelle-Zélande, la

Norvège, la Russie, l'Espagne, la Suisse, le Royaume-Uni ou encore les États-Unis. La plupart d'entre eux bénéficie d'un accès à la santé, mais pourtant il est démontré que les statuts économiques les plus faibles sont en corrélation directe avec certaines affections telles que maladies cardiovasculaires, pulmonaires, néoplasiques, etc.

Le travail de Pincus s'opposait alors à l'opinion qu'Andrulis formulait dans ses analyses publiées en 1998 [6]. L'auteur y précisait que l'accès aux soins médicaux constituait la pierre angulaire de l'amélioration de la santé publique. Il est clair que le fond du problème divisant nos deux articles réside dans l'importance du poids qu'ont ou qu'exercent les services médicaux par rapport aux autres facteurs déterminants de l'état de santé. Ainsi que l'a rapporté Julio Frenk dans ses observations [7], la qualité et la couverture des services de santé sont partie intégrante de la définition du développement et constituent un des principaux indicateurs du bien-être social. Améliorer les conditions sociales, promouvoir des conduites saines et favoriser un meilleur accès aux soins ne sont ni des concepts ni des actions alternatives ou exclusives, mais bien des stratégies synergiques visant à une meilleure santé publique.

Si l'on se recentre sur les maladies oncologiques, le phénomène se répète. Lorsque nous avons commencé à travailler sur ce sujet, nous avons tout d'abord regardé « l'extérieur » (les études internationales) avant d'analyser « l'intérieur », en l'occurrence notre propre expérience avec les patients atteints de néoplasies du larynx. Il se révèle très difficile (voire impossible) d'établir s'il s'agit ici de cause ou de conséquence puisque nous pourrions tout aussi bien déduire que les différences sociales sont en réalité un frein à « l'accès aux soins » que ce soit d'un point de vue théorique, universel, équitable ou égalitaire. L'une des études portant sur les différences d'accessibilité aux traitements oncologiques et dont le retentissement a été particulièrement fort est celle de Bach *et al.* [8]. Ils y soutiennent que les différences entre blancs et noirs de même que le statut socio-économique, interdisent aux plus démunis (majoritairement la population noire et pauvre), l'accès au traitement chirurgical aux premiers stades de la maladie – quand une chirurgie curative est encore possible et les chances de survie encore élevées. Sur l'ensemble des patients analysés par Bach ($n = 10\,984$), 860 (soit 8 %) étaient noirs et 10 124 (soit 92 %) étaient blancs non Espagnols. La plus importante disparité se fondait sur des différences d'origines ethniques et salariales. Dans son étude, Bach montre que 76,7 % de la population blanche a eu accès à la chirurgie contre 64 % seulement de la population noire ($p \leq 0,001$). Imaginons à présent l'hypothèse d'un échantillon constitué de 1 000 patients blancs et de 1 000 patients noirs de plus de 65 ans possédant la couverture sociale Medicare gratuite. Sur les 76,7 % de patients blancs soignés par chirurgie, la survie à 5 ans serait de 42,9 % alors qu'elle ne serait que de 5,2 % pour les 23,3 % patients blancs restants non soignés par chirurgie. Autrement dit, 5 ans après le traitement, 341 patients blancs auraient survécu contre seulement 264 patients noirs. Ce qui nous amène à penser que, pour 1 000 patients noirs, plus de 77 décès seraient dus, dans la

plupart des cas, à l'impossibilité de proposer un traitement efficace à visée curative. Comme on pouvait s'y attendre en découvrant ces chiffres qui tiennent compte du stade de la maladie, de l'accessibilité aux soins, du statut socio-économique, de l'âge et des maladies co-existantes, les possibilités d'accès à une résection chirurgicale pour les patients noirs s'avèrent bien moindres. Cependant, si tous recevaient le même traitement, on estime que la différence caractérisée par le seuil de survie à 5 ans demeurerait de 33 % (341 pour 1 000 blancs et 308 pour 1 000 noirs). Force est de constater que nous ne sommes pas tous égaux face à la maladie ! Nombre de décès pourraient être évités si les différences entre pauvres et riches se limitaient à une disparité économique et non par un suivi inapproprié ou insuffisant des patients, comme le rappelle Ellis *et al.* [9].

Une longue expérience en Hôpital public nous incite à réfléchir sur la prise en considération de l'éducation et du nombre d'années d'études. Quelle n'a pas été notre surprise en découvrant dans un article rédigé par des auteurs **taïwanais** que parmi les facteurs de protection contre le cancer de la prostate, on mentionnait les fruits, les légumes, certaines vitamines, mais aussi un seuil de 9 années d'études qui constitue un élément important dans la détection, le diagnostic, le suivi et l'évolution de la maladie [10].

Un autre concept latino-américain enraciné dans les mœurs consiste à retarder le moment de la consultation... au point qu'un cancer gastrique en Argentine est généralement qualifié de « early » lorsqu'il est diagnostiqué avant la consultation de 8 h du matin et non en rapport avec son stade ! Même si les pourcentages élevés de détection précoce se retrouvent presque exclusivement dans les pays occidentaux, notons qu'en Angleterre, le retard de diagnostic dans les cas de cancers gastro-œsophagiens constitue un problème sanitaire important [11]. Dès 1997, Martin *et al.* dénonçaient le temps trop long pour parvenir à un diagnostic, à partir de l'apparition des symptômes jusqu'à la confirmation histologique voire chez certains patients, jusqu'à la chirurgie. Les résultats de cet article confirment que sur 115 patients atteints d'un cancer gastrique, le retard de diagnostic s'élève à environ 17,1 semaines ; 17,3 dans les cas des patients atteints d'un cancer de l'œsophage (au nombre de 61). Il faut souligner que 25 % d'entre eux ont souffert d'un retard de 39 semaines en ce qui concerne la confirmation du diagnostic et allant jusqu'à 43 semaines pour ce qui est de la chirurgie. Le retard de diagnostic est analysé selon 4 intervalles de temps :

- 1) le temps écoulé entre les premiers symptômes et la consultation médicale ;
- 2) le temps écoulé entre la consultation et l'endoscopie, la radiologie ou la consultation à l'hôpital ;
- 3) les délais pour obtenir un rendez-vous de consultation ;
- 4) le temps nécessaire pour établir un diagnostic histologique définitif.

Pour les patients adressés directement à l'hôpital, le diagnostic a été établi en l'espace de 4 semaines pour 70 patients, et de 8 semaines pour 88 autres. Dans ce contexte, 17 patients seulement ont souffert d'un retard de diagnostic de 33 semaines en

moyenne. Rappelons par ailleurs que le temps de duplication pour un cancer gastrique précoce est compris entre 1,5 et 10 ans alors que dans le cas d'un cancer avancé il est de 2 mois à un an. Si le diagnostic était réalisé rapidement, comme c'est le cas pour une tumeur palpable du sein où la ponction est pratiquée le jour même de la consultation, les Britanniques pourraient résoudre ce problème sanitaire.

Le problème des iniquités sociales est un sujet de préoccupation depuis déjà plusieurs années en Angleterre. Les travaux de Blaxter [12] mettent en évidence l'impact des salaires et des différences sociales. En analysant sur le même plan, le niveau éducatif et socio-économique, la profession, l'état civil (marié, célibataire, divorcé), il ressort que les catégories les plus démunies (personnes âgées, sans emploi, mères seules, etc.) tombent plus souvent malades et vont moins chez le médecin. Évidemment, ces différents temps d'attente augmentent avec les années et plus on descend géographiquement sur le globe, plus on est pauvre et moins on a accès à la santé. L'hémisphère sud ressent davantage les effets des disparités... « et pourtant il existe » comme l'écrivait le poète uruguayen Mario Benedetti dans son poème « Le Sud existe aussi ».

Dans les pays en voie de développement, le retard de diagnostic en oncologie s'avère actuellement supérieur à 3 mois pour 47 % des patients, et le temps écoulé entre le premier symptôme et la confirmation du diagnostic, supérieur à 6 mois dans 63 % des cas [13]. La localisation des tumeurs dans le cas d'un cancer du sein, colorectal ou de la prostate, se heurte aux mêmes difficultés face à l'inégalité d'emploi, de salaires et de niveaux d'éducation. Les travaux menés par Donnelly montrent en effet qu'il existe une relation étroite entre la pénurie, la pauvreté, les conditions du bien-être (ou du mal-être) et l'évolution des tumeurs [14].

Qu'en est-il alors de l'inclusion de ces différents facteurs dans les protocoles de recherche ? Un article publié dans *American Surgery* révèle que les patients noirs participent moins souvent que les blancs aux essais cliniques (0,48 vs 0,67 $p < 0,05$). Il en est de même pour les groupes d'âge (les personnes âgées participent moins aux essais cliniques [15]). Aujourd'hui, les vaccins tels que celui contre le Papilloma Virus Humain (HPV) ou l'hépatite B constituent un moyen de protection face aux tumeurs cancérogènes du col de l'utérus ou à l'hépatocarcinome. En ce qui concerne le premier vaccin susmentionné, les disparités socio-économiques sont un facteur négatif dans l'injection des différentes doses du vaccin. L'analyse de Niccolai *et al.* montre que la majorité des adolescentes noires n'ont pas complété le processus de vaccination. Elles font partie des classes à faible pouvoir d'achat. Pendant 2 années, 55 % des adolescentes ont commencé un plan de vaccination, mais seules celles ayant un revenu supérieur à 75 000 dollars ont pu le compléter [16].

Il est impossible de citer toutes les études publiées au cours de ces quinze dernières années qui viennent renforcer ces idées, mais si nous reprenons le concept du « regard extérieur » pour « analyser l'intérieur », nous pouvons procéder à notre propre « autocritique » (exercice peu pratiqué parmi les médecins) et

transmettre notre expérience des patients atteints de cancer du larynx traités par la même équipe de médecins à l'Hôpital Posadas et à l'hôpital d'Haedo par des protocoles de chimiothérapie, radiothérapie et chimioradiothérapie au cours de ces dernières années. Sur un total de 161 patients, 98,14 % d'entre eux se situaient au-dessous du seuil de pauvreté et 55,8 % abandonnaient leur traitement en raison du coût intangible, autrement dit, non pas le coût lié au traitement, mais pris en charge par le patient (frais de transport, médicaments exceptionnellement non fournis par l'hôpital, heures de travail perdues, etc.) [17]. Cette étude montre aussi que les patients soumis au traitement complet, chimioradiothérapie incluse, dans les temps et aux doses adéquats, ont montré les mêmes réponses que dans n'importe quel centre de soin international. Par ailleurs, les patients qui ont abandonné soit le traitement soit les consultations ne l'ont pas fait pour des causes médicales ou de toxicité. Ceci nous a encouragés à œuvrer pendant un an pour accorder aux patients oncologiques un « ticket gratuit » ; une aide jusque-là inexistant dans notre pays et réservée aux handicapés. En nous appuyant sur la loi sur le handicap écrite dans notre Constitution, sommes ainsi parvenus, il y a 10 ans maintenant, à éliminer le coût du transport des causes possibles d'abandon de traitement. Cela peut paraître un détail de faible importance, mais dans le cas des patients atteints de cancer du larynx, cela représente, comme nous l'avons mentionné, 55 % des abandons de traitement (que l'on pourrait aussi classer parmi les facteurs d'inaccessibilité aux soins).

Nous souhaiterions par conséquent que cette préoccupation qui est la nôtre se répercute dans d'autres centres hospitaliers ou que pour le moins, elle conduise à une prise de conscience plus large. Heureusement, le Dr Y. Karpolat, président de l'Académie des Sciences de Turquie, a rappelé cette préoccupation en exprimant son désir de voir les associations scientifiques – dont c'est le devoir – travailler en parallèle avec des organisations telles que les Nations Unies, l'UNESCO ou l'UNICEF sur les problèmes d'ordre international qui affectent l'ensemble de l'humanité tels que les soins, la santé, la nutrition ou la pauvreté.

Pour conclure, nous aimerions raviver l'image de Virchow pour que tous ensemble nous tirions de l'oubli le facteur du contexte social parce que « tout ce qui brille n'est pas d'or » et pour « ce ciel bleu que nous voyons tous »...

Je souhaiterais ici exprimer mes vifs remerciements à Nathalie Greff-Santamaría et Virginia Bargados pour leur aide dans la rédaction de cet article.

Aucun lien d'intérêt déclaré

■ Références

1. Goic A. The Alanam Statement on public health policy, *Rev Med Ch* 2010;138(12) 1550-60.
2. Conferencia Inaugural Congreso Latinoamericano de Medicina Social, La Habana, Cuba, Julio 2000, Salud : Comunicación Oral-Globalización de la Vida y de La Solidaridad, Edmundo Granda. Profesional Nacional de Recursos Humanos OMS/ OPS Ecuador.

3. Pincus T, Esther R, DeWalt D, Callahan L. Social conditions and self-management are more powerful determinants of health than access to care. *Annals of Intern Med* 1998;129:406-11.
4. García Juan César, *Pensamiento Social en Salud en América Latina*, Washington: OPS/OMS, 1994.
5. Gómez. W, García N, Milano MC et al. Variables Socio-económicas-educacionales en pacientes portadores de cáncer de esófago, presentado en el Congreso de Patología Esofágica, Cariló, Bs As, 2001.
6. Andrulis DP. Access to care is the centerpiece in the elimination of socio-economic disparities in health. *Ann Intern Med* 1998;129:412-6.
7. Julio Frenk, Medical care and health improvement: the critical link. *Ann Intern Med* 1998;129:419-20.
8. Bach P, Cramer L, Warren J, Begg C. Racial differences in the treatment of early-stage lung cancer. *N Engl J Med* 1999;341:1198- 1205.
9. Ellis L, Coleman MP, Rachet B. How many deaths would be avoidable if socioeconomic inequalities in cancer survival in England were eliminated? A national population-based study, 1996-2006. *Eur J Cancer* 2012;48(2):270-8, Epub 2011 Nov 15.
10. Sung J, Lin R, Pu Y, Chen H, Lai M. Risk factors for prostate carcinoma in Taiwan. *Cancer* 1999;86:484-91.
11. Martin I, Young S, Sue-Ling H, Johnston D. Delays in the diagnosis of oesophagogastric cancer: a consecutive case series. *BMJ* 1997;314:467-70.
12. Blaxter M.. Evidence on inequality in health from a National Survey. *Lancet* 1987;4:30-5.
13. Price AJ, Ndom P, Atenguena E, Mambou Nouemssi JP, et al. Cancer care challenges in developing countries. *Cancer* 2011 doi: 10.1002/cncr.26681.
14. 14. Donnelly DW, Gavin A. Socio-economic inequalities in cancer incidence - the choice of deprivation measure matters, *Cancer Epidem* 2011;35(6):e55-61. Epub 2011 Aug 15.
15. Al-Refaie WB, Vickers SM, Zhong W, Parsons H, Rothenberger D, Habermann EB. Cancer trials versus the real world in the United States, *Ann Surg* 2011;254(3):438-42; discussion 442-3.
16. Niccolai LM, Mehta NR, Hadler JL. Racial/Ethnic and poverty disparities in human papillomavirus vaccination completion. *Am J Prev Med* 2011;41(4):428-33.
17. Dra García N, Pogany C, Milano MC, et al. Factores sociales en pacientes con cáncer de laringe, presentado como Comunicación Oral, Congreso Argentino de Oncología Clínica, 1997.
18. Kanpolat Y., President, Turkish Academy of Sciences, The mission of academia in the age of science. *Prilozi* 2011;32(2):7-10.



Contraste

Crédit photographique : M. Martin Ghilino (Buenos Aires 2010)