

Reproduction sur d'autres sites interdite
mais lien vers le document accepté :

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/281-obstacles-ressources-et-contrastes-dans-les-parcours-de-soins-complexes.pdf>

Obstacles, ressources et contrastes dans les parcours de soins complexes : le cas du cancer chez les personnes vivant avec un trouble psychique sévère

Coralie Gandré^{1,2}, Delphine Moreau³, Ibtissem Ben Dridi³ et Anna-Veera Seppänen¹
en collaboration avec le consortium Canopée

La surmortalité des personnes vivant avec un trouble psychique a été reconnue comme problème de santé publique depuis une dizaine d'années en France. Cependant, les actions concrètes pour lutter contre cette surmortalité demeurent limitées et nécessitent une meilleure compréhension des parcours de soins somatiques complexes pour cette population présentant un cumul de vulnérabilités. À partir de l'analyse des parcours pour cancer – reposant sur une double approche qualitative et quantitative – cette recherche met en évidence des inégalités pour les personnes vivant avec un trouble psychique, qui concernent en particulier l'accès aux examens diagnostiques recommandés, le délai entre le diagnostic et la mise en place des traitements, le caractère invasif et l'intensité des traitements, le suivi post-traitement et le risque de décès, tout en soulignant l'hétérogénéité des situations vécues. Les différences identifiées dans les parcours de soins peuvent être liées à des adaptations aux spécificités des personnes suivies et à leurs choix, mais aussi à des préconceptions sur les difficultés associées aux troubles psychiques, ou encore à une organisation inadaptée des soins que des politiques publiques seraient susceptibles d'améliorer.

Des recherches récentes ont objectivé la surmortalité des personnes vivant avec un trouble psychique dans le contexte national français. Leur espérance de vie à 15 ans est réduite en moyenne de treize ans pour les femmes et seize ans pour les hommes, avec des taux de mortalité prématurée quadruplés par rapport à la population générale. Contrairement aux idées reçues, cette mortalité prématurée n'est pas seulement imputable à un risque plus élevé de suicide mais, avant tout, à des motifs de décès similaires aux causes de mortalité les plus fréquentes en population générale (notamment les cancers et les maladies cardio-vasculaires) qui sont, chez ces personnes, associés à des taux de mortalité supérieurs (Coldefy et Gandré, 2018).

Bien que mise en évidence de longue date dans des contextes anglo-saxons, la surmortalité des personnes vivant avec un trouble psychique – et la nécessité d'améliorer leurs parcours de soins somatiques – n'a été reconnue comme problème de santé publique que depuis une dizaine d'années en France, mentionnée pour la première fois dans le plan national Psychiatrie et santé mentale 2011-2015. Cependant, les actions concrètes pour lutter contre cette surmortalité demeurent limitées. La question de la santé physique des personnes vivant avec un trouble psychique a longtemps été négligée et considérée comme moins prioritaire que leur santé mentale : un état de santé dégradé est encore souvent attribué aux conduites individuelles (sédentarité, alimentation déséquilibrée, addictions...) ou

directement imputé aux troubles psychiques (troubles de la perception du corps, anxiété sociale, désorganisation...) qui conduiraient les personnes affectées à ne pas identifier les symptômes pouvant alerter, à ne pas solliciter de soins, ou à ne pas suivre les prescriptions médicales.

Les travaux sur les mécanismes à l'œuvre dans cette surmortalité soulignent pourtant l'existence d'inégalités de santé résultant d'une combinaison de facteurs, qui ne sont pas uniquement liés à des compor-

1 Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes)

2 Hôpital universitaire Robert Debré

3 École des hautes études en santé publique (EHESP)

tements individuels ou aux conséquences directes des troubles psychiques (Gandré *et al.*, 2022). Des premières recherches sur les soins somatiques courants montrent en particulier que les personnes suivies pour un trouble psychique sévère en France ont un moindre recours aux soins de prévention et de spécialistes et plus d'hospitalisations évitables en comparaison avec des individus ne présentant pas ce type de trouble (Gandré et Coldefy, 2020). Cela suggère une insuffisante adaptation du système de santé à leurs besoins spécifiques. Bien que les personnes vivant avec un trouble psychique soient particulièrement exposées à la précarité, les facteurs économiques et sociaux – tels que mesurables dans les données disponibles – ne suffisent pas à eux-seuls à rendre compte des différences de prise en charge objectivées (Gandré et Coldefy, 2020). Par ailleurs, des comportements stigmatisants de la part de professionnels de santé somatique ou mentale sont rapportés dans la littérature (Le Glaz, 2021 ; Prouteau et Valery, 2021), pouvant retarder la recherche de soins ou l'orientation adéquate. Néanmoins, des interrogations demeurent quant aux obstacles et ressources rencontrés tout au long du parcours de soins somatiques des personnes vivant avec un trouble psychique et peuvent être éclairés par des travaux se centrant sur la prise en charge de pathologies spécifiques.

Dans ce contexte, le projet de recherche Canopée (Repères) s'appuie sur l'exemple du cancer, qui figure parmi les causes de décès les plus fréquentes chez les personnes vivant avec un trouble psychique, et pour lequel le taux de mortalité est doublé comparative-

ment à la population générale (Coldefy et Gandré, 2018). À partir de l'analyse des parcours de soins pour cancer, reposant sur une double approche qualitative et quantitative, cette recherche entend ainsi identifier ce qui permet de rendre compte d'éventuelles inégalités de santé au cours des prises en charge somatiques des personnes vivant avec un trouble psychique, les moments des parcours de soins où elles peuvent survenir, et ce qui facilite ou entrave ces parcours.

Un cumul de vulnérabilités

Si les troubles psychiques constituent en eux-mêmes un facteur de vulnérabilité, les personnes vivant avec ces troubles présentent également un cumul de difficultés au cœur des parcours de soins les plus complexes rencontrés dans le volet qualitatif. À l'échelle nationale, dans les données quantitatives, 97 760 femmes ont été traitées pour un cancer du sein incident en 2013 ou en 2014. Parmi elles, 1 581 sont suivies pour un trouble psychique sévère préexistant et sont caractérisées par une plus fréquente inclusion dans les régimes d'aides financières à l'accès aux soins pour les populations précaires (Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) : pour 16 % d'entre elles *versus* 6 % pour les autres femmes avec un cancer du sein incident) et une résidence dans des communes plus défavorisées. Ces indicateurs mobilisés dans l'ajustement pour saisir la vulnérabilité socio-économique ne permettent cependant pas d'évaluer l'isolement social, qui apparaît dans les entretiens

qualitatifs comme un facteur important dans les inégalités de parcours de soins – comme présenté ci-après. Les femmes suivies pour un trouble psychique préexistant cumulent par ailleurs également des vulnérabilités d'ordre médical car elles sont plus souvent atteintes de cancer du sein métastatique au diagnostic, et présentent davantage de comorbidités somatiques au moment où débute leur parcours de soins pour cancer.

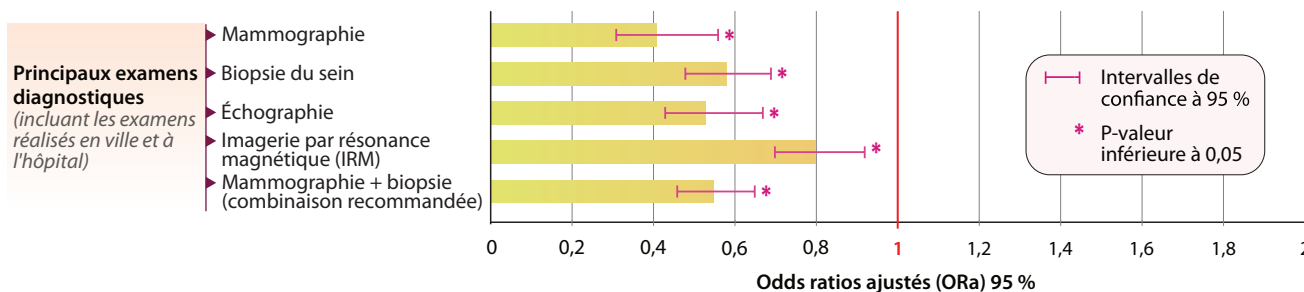
Un moindre recours aux examens diagnostiques recommandés et des délais pour la mise en place des traitements

Ainsi, des différences dans les parcours de soins pour cancer sont observables dès la phase diagnostique. Dans l'approche quantitative, les femmes avec un cancer du sein et un trouble psychique préexistant apparées (n=1 346) à trois témoins aux caractéristiques cliniques et socio-démographiques similaires apparaissent systématiquement moins susceptibles de bénéficier de tous les principaux examens diagnostiques (mammographie, biopsie du sein, échographie, IRM). Elles reçoivent un moins grand nombre d'examens diagnostiques au total et bénéficient moins fréquemment de la combinaison d'examens la plus recommandée (mammographie et biopsie du sein) que leurs témoins (graphique 1) – malgré la couverture financière de ces examens par l'Assurance maladie.

Par ailleurs, des diagnostics tardifs ou fortuits peuvent être attribués, dans les entretiens, à des plaintes – certes souvent peu spé-

G1

Association entre la présence d'un trouble psychique préexistant et le recours aux principaux examens diagnostiques du cancer du sein+



+ Après appariement et ajustement additionnel sur d'autres caractéristiques cliniques (indice synthétique de comorbidités somatiques), socio-économiques (statut vis-à-vis de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) et indicateur de défavorisation sociale FDep à la commune de résidence) lorsqu'elles sont significatives dans l'analyse univariée.

* Statistiquement significatif (p-valeur < à 0,05)

Champ : Femmes suivies pour un trouble psychique sévère préexistant, traitées pour un cancer du sein (de type invasif non métastatique avec ou sans envahissement ganglionnaire) incident en 2013 ou 2014 et ayant pu être appariées (n=1 346) avec trois femmes témoins sans trouble psychique sévère préexistant, et ces témoins.

Source : Système national des données de santé (SNDS).

Lecture : Les femmes avec un trouble psychique sévère préexistant traitées pour un cancer du sein ont globalement un moindre accès aux principaux examens diagnostiques que leurs témoins appariés sur l'âge, le département de résidence, le type de cancer du sein au diagnostic et son année d'incidence, et après prise en compte des variables d'ajustement.

[Télécharger les données](#)

cifiques (fatigue, maux de tête ou de ventre, prise ou perte de poids) qui n'ont pas donné lieu à des consultations ou examens dédiés. Ce phénomène est identifié dans la littérature sous le concept de « *diagnostic overshadowing* » (Gandré *et al.*, 2022) : la plainte somatique est comprise comme un symptôme du trouble psychique ou comme un effet de son traitement, sans toujours donner lieu à des examens complémentaires ou au suivi recommandé (analyse sanguine, prise périodique du périmètre abdominal, prise en charge de la douleur...). Un père rapporte ainsi la situation de son fils qui avait témoigné d'une fatigue très importante. Celle-ci avait été attribuée à son trouble psychique ou à des effets secondaires de ses traitements, ce qui avait retardé la prise de sang qui aurait orienté plus tôt vers le diagnostic de leucémie. Des personnes vivant avec un trouble psychique indiquent également que les traitements neuroleptiques ont des effets sur leur perception de la douleur, conduisant à l'exprimer de façon moins nette, et par la suite à ne pas alerter les soignants.

En outre, en s'appuyant sur les indicateurs de qualité des parcours de soins pour cancer du sein établis en France (encadré Source et méthode p. 6), les résultats quantitatifs

démontrent que les différences entre les femmes vivant avec un trouble psychique préexistant et leurs témoins sont très marquées pour les indicateurs de processus portant sur le diagnostic et son articulation avec les traitements. Ainsi, elles sont moins susceptibles de recevoir leur premier traitement pour cancer dans les délais adéquats à la suite des examens recommandés, et d'avoir une biopsie avant le premier traitement, même après prise en compte des facteurs d'ajustement (encadré Source et méthode p. 6) [tableau p. 4]. Ce point invite à questionner plus précisément les parcours de soins post-diagnostic.

ou tumorectomie) que leurs témoins, présentant pourtant le même type de cancer du sein au diagnostic (graphique 2).

Elles semblent également recevoir des traitements de moindre intensité puisqu'elles sont plus susceptibles d'avoir une prise en charge uniquement chirurgicale et moins susceptibles de recevoir une combinaison de traitements par chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie (incluant l'hormonothérapie) [graphique 2], pouvant pourtant limiter les pertes de chance et récidives.

Des modalités thérapeutiques différentes : un plus grand recours à des traitements invasifs et à des combinaisons de traitement de moindre intensité

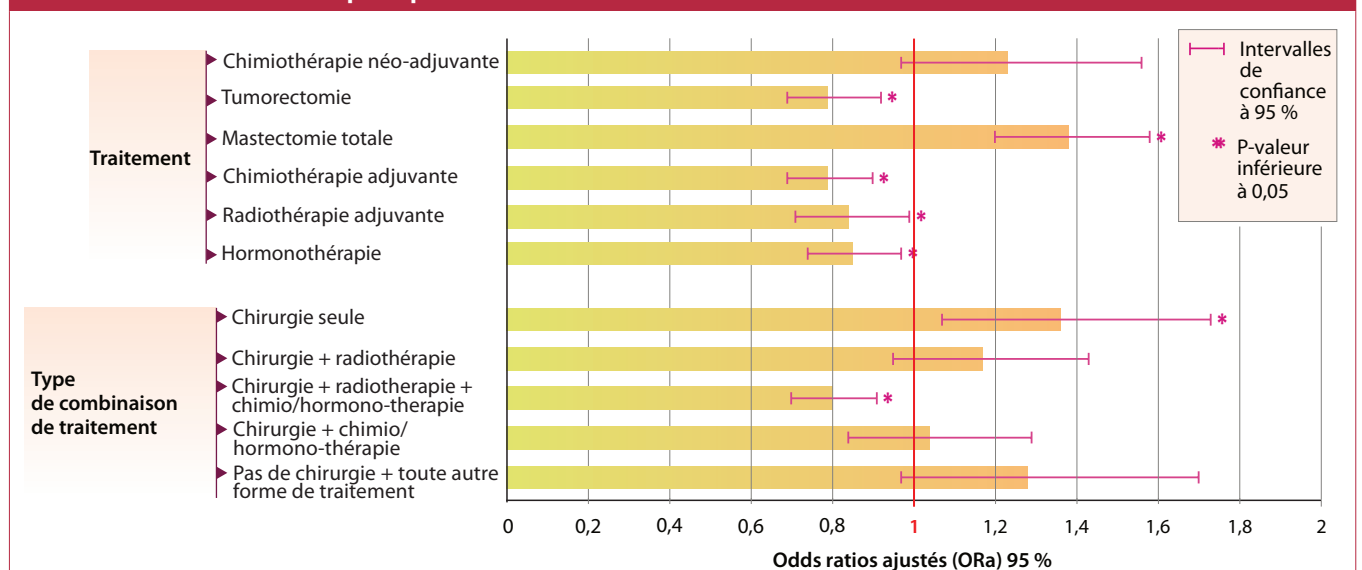
En termes de soins reçus, l'exemple du cancer du sein, retenu dans l'approche quantitative, suggère le recours à des traitements plus invasifs pour les femmes vivant avec un trouble psychique car elles sont plus susceptibles de subir des mastectomies totales et moins susceptibles de bénéficier de chirurgies conservatrices (tout type de mastectomie partielle

REPÈRES

Ce travail s'inscrit dans le cadre du projet de recherche « Cancers chez les personnes suivies pour un trouble psychique sévère : quelles difficultés dans les parcours de soins ? (Canopée) ». Il est coordonné par l'Irdes, mené en collaboration avec l'École des hautes études en santé publique (EHESP), le Groupe hospitalier universitaire (GHU) Paris Psychiatrie et Neurosciences et les universités de Nantes et Nanterre. Il a été financé dans le cadre de l'appel à projets 2019 : « Projets libres de recherche sur le cancer en sciences humaines et sociales, épidémiologie et santé publique » de l'Institut national du cancer (Inca). Il a déjà fait l'objet de publications (Gandré *et al.*, 2022 ; Seppänen *et al.*, 2023).

G2

Association entre la présence d'un trouble psychique préexistant et le recours aux principaux traitements du cancer du sein et à leurs combinaisons+



+ Après appariement et ajustement additionnel sur d'autres caractéristiques cliniques (indice synthétique de comorbidités somatiques), socio-économiques (statut vis-à-vis de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) et indicateur de défavorisation sociale FDep à la commune de résidence) et de lieu de traitement (type d'établissement où la majorité de la prise en charge pour cancer du sein a été réalisée) lorsqu'elles sont significatives dans l'analyse univariée.

* Statistiquement significatif (p-valeur < à 0,05)

Champ : Femmes suivies pour un trouble psychique sévère préexistant, traitées pour un cancer du sein (de type invasif non métastatique avec ou sans envahissement ganglionnaire) incident en 2013 ou 2014 et ayant pu être appariées (n=1 346) avec trois femmes témoins sans trouble psychique sévère préexistant, et ces témoins.

Source : Système national des données de santé (SNDS).

Lecture : Les femmes avec un trouble psychique sévère préexistant traitées pour un cancer du sein ont globalement un moindre accès aux chirurgies conservatrices et des traitements de moindre intensité que leurs témoins appariés sur l'âge, le département de résidence, le type de cancer du sein au diagnostic et son année d'incidence, et après prise en compte des variables d'ajustement.

[Télécharger les données](#)

T

Indicateurs de qualité des parcours de soins pour cancer du sein pour les femmes avec ou sans trouble psychique préexistant

Indicateur de qualité des parcours	Avec trouble psychique % (n/d)	Sans trouble psychique % (n/d)	Seuil cible [∞]	Seuil d'alerte [∞]	Analyse multivariée + ORa (avec vs. sans trouble psychique) [IC 95%]
Indicateurs de diagnostic (processus)					
Proportion de femmes ayant eu le premier traitement (chirurgie, chimiothérapie ou hormonothérapie) dans un délai inférieur ou égal à six semaines à compter de la date de la mammographie précédant le traitement#	39,1 (422/1 079)	46,5 (1 659/3 565)	≥ 90 %	< 80 %	0,75* [0,65-0,87]
Proportion de femmes ayant eu une biopsie dans un délai inférieur ou égal à deux semaines à compter de la date de la mammographie précédant le traitement#	62,7 (677/1 079)	66,1 (2 355/3 565)	≥ 90 %	< 80 %	0,91 [0,79-1,06]
Proportion de femmes ayant eu le premier traitement (chirurgie, chimiothérapie ou hormonothérapie) dans un délai inférieur ou égal à quatre semaines à compter de la date de la biopsie précédant le traitement#	34,8 (376/1 079)	41,5 (1 479/3 565)	≥ 90 %	< 80 %	0,78* [0,67-0,91]
Proportion de femmes ayant eu une biopsie du sein avant le premier traitement (chirurgie, chimiothérapie ou hormonothérapie)##	87,8 (1080/1 230)	92,1 (3 580/3 886)	> 98 %	≤ 95 %	0,65* [0,52-0,80]
Indicateurs de diagnostic et traitement (processus)					
Proportion de femmes opérées pour un carcinome du sein invasif sans envahissement ganglionnaire ayant eu une exérèse du ganglion sentinelle sans curage axillaire	24,3 (263/1 083)	26,2 (849/3 245)	> 95 %	< 90 %	0,82* [0,67-0,99]
Indicateurs de traitement (processus)					
Proportion de femmes ayant eu une radiothérapie après chirurgie conservatrice du sein	91,8 (780/850)	94,2 (2 676/2 840)	> 95 %	< 90 %	0,79 [0,58-1,09]
Proportion de femmes ayant eu une radiothérapie adjuvante dans un délai inférieur ou égal à douze semaines à compter de la date de la chirurgie	82,1 (536/653)	85,0 (1 659/1 952)	> 95 %	< 90 %	0,88 [0,69-1,11]
Proportion de femmes ayant eu une chimiothérapie adjuvante dans un délai inférieur ou égal à six semaines à compter de la date de la chirurgie	47,3 (185/391)	50,6 (703/1 390)	> 90 %	< 85 %	0,86 [0,69-1,08]
Proportion de femmes dont le délai entre la fin de la chimiothérapie adjuvante et le début de la radiothérapie est inférieur à six semaines	74,9 (250/334)	77,5 (907/1 171)	> 95 %	< 90 %	0,90 [0,68-1,20]
Indicateurs de traitement (résultats)					
Proportion de femmes ayant eu une reprise chirurgicale carcinologique mammaire après chirurgie première conservatrice du sein	17,0 (149/875)	14,2 (405/2 848)	< 10 %	> 20 %	1,22 [0,99-1,49]
Indicateur de suivi (processus)					
Proportion de femmes ayant réalisé une mammographie annuelle après traitement du cancer du sein	52,5 (604/1 151)	58,5 (2 155/3 682)	> 98 %	< 95 %	0,81* [0,71-0,93]

+ Après appariement et ajustement additionnel sur d'autres caractéristiques cliniques (indice synthétique de comorbidités somatiques), socio-économiques (statut vis-à-vis de la CMU-C et de l'ACS et indicateur de défavorisation sociale FDep à la commune de résidence) et de lieu de traitement (type d'établissement où la majorité de la prise en charge pour cancer du sein a été réalisée, sauf pour les indicateurs de diagnostic) lorsqu'elles sont significatives dans l'analyse univariée.

Calculé pour les femmes ayant bénéficié d'une mammographie et d'une biopsie

Calculé pour les femmes ayant bénéficié d'une mammographie

* p-valeur < 0,05

n : numérateur ; d : dénominateur

∞ Dans le cadre de la définition nationale des indicateurs de qualité des parcours de soins, une cible à atteindre et un niveau d'alerte ont été définis par les experts (Houzard *et al.*, 2022).

Champ : Femmes suivies pour un trouble psychique sévère préexistant, traitées pour un cancer du sein (de type invasif non métastatique avec ou sans envahissement ganglionnaire) incident en 2013 ou 2014 et ayant pu être appariées (n=1 346) avec trois femmes témoins sans trouble psychique sévère préexistant, et ces témoins. Certains indicateurs concernent une sous-population spécifique de ce champ, précisée dans la définition de l'indicateur.

Source : Système national des données de santé (SNDS).

Lecture : Les seuils cibles consensuels ne sont atteints pour aucun des indicateurs de qualité des parcours de soins pour cancer du sein chez les femmes avec un trouble psychique sévère préexistant (les pourcentages en rouge soulignent que le seuil d'alerte est atteint et ceux en orange sont compris au-delà du seuil d'alerte mais n'atteignent pas le seuil cible). Néanmoins, cela est également observé pour leurs témoins appariés sur l'âge, le département de résidence, le type de cancer du sein au diagnostic et son année d'incidence. Après prise en compte des variables d'ajustement, une moindre qualité moyenne des soins est observée pour les femmes avec un trouble psychique pour tous les indicateurs de qualité des soins, mais des différences statistiquement significatives avec leurs témoins ne sont observées que pour les indicateurs en lien avec le diagnostic et le suivi post-traitement.

[Télécharger les données](#)

La moindre intensité des prises en charge pour cancer chez les femmes vivant avec un trouble psychique pourrait cependant en partie s'expliquer par des facteurs cliniques non mesurables dans les données mobilisées, tels que le grade du cancer, son sous-type histologique, la présence de certains biomarqueurs, etc. qui peuvent jouer un rôle important dans le choix de recourir ou non à certains traitements dans un contexte où les connaissances ne cessent d'évoluer. Par ailleurs, concernant les indicateurs de qualité des parcours de soins pour cancer du sein, si ceux relatifs aux traitements reçus sont plus éloignés des seuils cibles idéals pour les femmes avec un trouble psychique préexistant (tableau), ces seuils ne sont pas non plus atteints ni pour les témoins ni en population générale, y compris sur des données plus récentes publiées par l'Inca (Houzard *et al.*, 2022). Enfin, dans l'analyse quantitative, les contrastes les plus marqués avec les témoins sont observés pour les indicateurs en lien avec la phase diagnostique, discutés précédemment, ou de suivi post-traitement, plutôt que pour les indicateurs de traitement eux-mêmes pour lesquels les différences ne sont dans l'ensemble pas statistiquement significatives (tableau).

Le recours à des traitements plus invasifs et la moindre combinaison de traitements pourraient être corrélés. Ainsi, la radiothérapie est une composante obligatoire de la prise en charge en cas de recours à une chirurgie conservatrice mais n'est pas toujours indiquée après une mastectomie totale, plus fréquente chez les femmes avec un trouble psychique. Cela questionne cependant l'équité des soins reçus en lien avec la nature plus invasive de cette opération et interroge la façon dont s'ordonnent les priorités du point de vue des médecins quand il s'agit de femmes en situation de handicap. Les professionnels pourraient minorer les conséquences d'une mastectomie totale pour cette population et l'enjeu de préserver un attribut associé à la féminité, au sein d'une balance « bénéfice-risque » où l'enjeu vital est mis au regard des difficultés perçues associées à d'autres modalités de prises en charge. Ainsi, le choix de stratégies thérapeutiques différentes peut être associé à certaines inquiétudes exprimées par des médecins lors des entretiens concernant la capacité des personnes vivant avec un trouble psychique à gérer de multiples rendez-vous médicaux ou à supporter des examens ou traitements pénibles. D'autres recherches ont montré que des inquiétudes relatives à l'observance des traitements chez certaines populations spécifiques de patients peuvent conduire certains professionnels de santé à ne pas leur proposer une chimiothérapie, une hormonothérapie ou une radiothérapie du fait de la planification que ces

traitements requièrent (Loretti, 2021). Des inquiétudes sont également exprimées quant aux effets secondaires des traitements du cancer chez les personnes avec un trouble psychique – qu'elles soient isolées à domicile ou qu'une hospitalisation paraisse compliquée en termes de durée, de crainte de comportements perturbants de la personne ou de risque de décompensation de la maladie psychique (encadré 1 p. 6).

Un sur-risque de mortalité spécifique associé à ces parcours de soins non optimaux

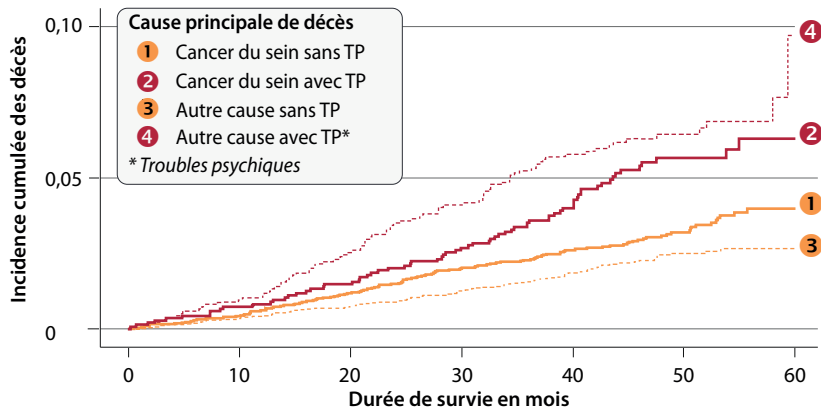
Le caractère non optimal des parcours de soins pour cancer du sein observé dans les analyses quantitatives chez les femmes avec un trouble psychique préexistant (moindre

intensité des approches diagnostiques et curatives, délais élevés entre diagnostic et traitement, recours à des formes de chirurgie plus invasives, moindre suivi post-traitement...) s'accompagne d'une surmortalité par cancer en comparaison à leurs témoins ; et ce en prenant en compte leur risque compétitif accru de décéder d'autres causes – du fait de la sur-incidence des principales pathologies chroniques dans cette population (Gandré et Coldefy, 2020) [graphique 3], soutenant un rôle de ces différentes dimensions des parcours de soins sur les pertes de chance.

En outre, concernant les parcours de soins conduisant à un décès, des cas de fin de vie par cancer peu accompagnés chez des personnes vivant avec un trouble psychique sont rapportés lors des entretiens, le système de santé n'étant pas toujours en mesure d'ap-

G3

Mortalité par cause chez les femmes traitées pour cancer du sein avec ou sans trouble psychique préexistant



Analyse multivariée ⁺	Analyses de sensibilité ⁺			
	(1)		(2)	
HRa (avec vs. sans trouble psychique) IC 95 %	HRa (avec vs. sans trouble psychique) IC 95 %	HRa (avec vs. sans trouble psychique) IC 95 %	HRa (avec vs. sans trouble psychique) IC 95 %	
1,39 1,03-1,87	1,46 1,05-1,94	1,50 1,14-1,99		

+ Ajustée sur l'indicateur synthétique de comorbidités somatiques et le type d'établissement ayant réalisé la majorité de la prise en charge pour cancer du sein – qui sont statistiquement significatifs dans les analyses univariées.

(1) en considérant tous les décès avec une cause initiale correspondant à un cancer (quel que soit son type) comme évènement principal.

(2) en considérant également les décès où le cancer du sein est rapporté en cause associée parmi les évènements principaux.

Champ : Femmes suivies pour un trouble psychique sévère préexistant, traitées pour un cancer du sein (de type invasif non métastatique avec ou sans envahissement ganglionnaire) incident en 2013 ou 2014 et ayant pu être appariées (n=1 346) avec trois femmes témoins sans trouble psychique sévère préexistant, et ces témoins. 424 décès se sont produits sur la période de suivi : 180 chez des femmes avec un trouble psychique (13 % d'entre elles) et 244 chez leurs témoins (6 % d'entre eux). L'appariement avec les causes de décès a été possible pour 90 % de ces décès. Le temps de suivi médian pour les survivantes et les femmes avec des données censurées (données observées jusqu'en 2017) est de quatre ans. Le temps de survie médian pour les femmes décédées par cancer du sein ou d'une autre cause initiale atteint deux ans, à la fois pour les femmes avec un trouble psychique et leurs témoins.

Source : Système national des données de santé (SNDS).

Lecture : Dans l'analyse de risques compétitifs, l'incidence de la mortalité spécifique par cancer du sein est plus importante pour les femmes avec un trouble psychique préexistant que pour leurs témoins – tout au long de la durée de suivi, tout comme l'est l'incidence de la mortalité par autre cause initiale.

[Télécharger les données](#)

porter une réponse aux personnes souhaitant mourir chez elles mais n'ayant pas le soutien social demandé pour la mise en place d'une hospitalisation à domicile. Ainsi, les inégalités dans les parcours pour cancer se manifestent jusque dans leurs étapes ultimes.

Des formes de stigmatisation persistantes dans les parcours de soins ?

La réaction première d'un certain nombre de professionnels d'oncologie lors des entretiens a été de dire qu'ils suivaient peu de personnes vivant avec un trouble psychique en soin. Cela pourrait indiquer que, ne les identifiant pas, ils ne les traitent pas différemment des autres patients, mais les résultats sont plus complexes. S'ils ne pouvaient parfois évoquer qu'une ou deux situations, celles-ci ne concernaient pas toujours des troubles psychiques, incluant parfois des situations de démence, de handicap intellectuel, ou encore des dépressions réactionnelles au cancer, marquant une

certaine confusion quant à ce qui relève ou non d'un trouble psychique. En revanche, lorsque les équipes d'oncologie identifient qu'un patient a un trouble psychique, elles tendent à le percevoir comme source de difficultés (de compréhension, d'observance, voire d'opposition à certaines modalités de soins) dans la prise en charge, impliquant pour eux un surcroît de travail et parfois un découragement, voire un rejet – à la suite de rendez-vous manqués par exemple. Un onco-

logue mentionne que : « *Chez les patients schizophrènes, tous les gestes invasifs sont problématiques et il est beaucoup plus compliqué de les traiter* ». Il n'est ainsi pas rare au cours des entretiens que des soignants tendent à généraliser des difficultés associées aux troubles psychiques : absence aux rendez-vous, comportements jugés perturbants dans les unités de soin, ou complexité à réaliser certains gestes ou examens. Lorsqu'ils surviennent effectivement, ces « écarts » à la conduite

SOURCE ET MÉTHODE

Schéma d'étude

Cette recherche repose sur un schéma d'étude mixte avec un processus itératif. L'interrogation à grande échelle de données quantitatives de consommation de soins est mobilisée pour objectiver l'existence ou non d'inégalités de santé dans les parcours de soins pour cancer. Elle est complétée par une approche qualitative socio-anthropologique basée sur des entretiens semi-dirigés pour caractériser les difficultés auxquelles font face les personnes vivant avec un trouble psychique dans ces parcours, et notamment comprendre quand et comment s'établissent les inégalités de santé objectivées quantitativement, en prenant en compte la pluralité d'acteurs, leurs interactions, et les différents espaces jouant un rôle dans la fabrique de ces inégalités (Loretti, 2021).

Approche quantitative

La phase quantitative de la recherche se centre sur les personnes vivant avec un trouble psychique sévère et persistant, relevant du champ des maladies chroniques, et préexistant au diagnostic du cancer, soit : les troubles psychotiques et les troubles maniaques et bipolaires. Elle a reposé sur la mobilisation des données du Système national des données de santé (SNDS) qui incluent les consommations de soins facturés à la Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam) ainsi que les dates et causes de décès. Ces données ont permis de sélectionner, à l'échelle nationale, les personnes traitées pour cancer et suivies antérieurement pour un trouble psychique sévère – identifié *via* les Affections de longue durée (ALD), les motifs d'hospitalisation et la prescription répétée de médicaments psychotropes dans le cadre d'une cartographie médicalisée des pathologies chroniques mise à disposition dans le SNDS (Cnam, 2018) – ainsi que de construire leurs parcours de soins. Afin d'étudier une population homogène en termes de recommandations de prise en charge, l'exemple du cancer du sein a été retenu – étant le cancer le plus prévalent et responsable du plus grand nombre de décès chez les femmes françaises. Celles présentant le type de cancer du sein le plus fréquent (carcinome du sein invasif non métastatique avec ou sans envahissement ganglionnaire), incident en 2013 ou 2014, ainsi qu'un trouble psychique sévère préexistant (cas) ont été apparées à trois femmes (témoins), sans trouble psychique, ayant le même âge, vivant dans le même département, et présentant le même sous-type de cancer du sein incident au diagnostic lors de la même année. L'accès aux différents examens diagnostiques et traitements et leur combinaison, ainsi que la conformité des parcours de soins avec les Indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) du cancer du sein – développés par l'Institut national du cancer (Houzard *et al.*, 2022), ont ensuite été comparés entre les cas et les témoins, en incluant un ajustement additionnel sur des caractéristiques cliniques (indicateur synthétique de comorbidités somatiques MRMI (Cnam, 2018)), socio-économiques (inclusion ou non dans les dispositifs de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de

l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) et quintile de l'indicateur de défavorisation sociale FDep de la commune de résidence) et du lieu de soins (type d'établissement ayant réalisé la majorité de la prise en charge pour cancer : centre de lutte contre le cancer, centre hospitalier universitaire ou général, établissement privé à but lucratif ou non). Enfin, une analyse de la mortalité par cancer du sein a été réalisée entre les cas et les témoins jusqu'en 2017, en tenant compte du risque compétitif de décès lié à une autre cause dans la population d'étude (Seppänen *et al.*, 2023). Les résultats des différentes analyses multivariées sont présentés en termes d'odds ratio ajustés (ORa) ou de hazards ratio ajustés (HRA).

Approche qualitative

L'approche qualitative croise dans une approche compréhensive les perspectives de personnes traitées pour un trouble psychique et un cancer (sans se limiter au cancer du sein), de proches et de soignants situés à différents points des parcours de soins, principalement à Paris et Rennes, afin d'identifier les difficultés rencontrées dans ces parcours et les ressources mobilisées ou mobilisables. Les enquêtés ont été contactés *via* des Centres de lutte contre le cancer (CLCC), des établissements spécialisés en santé mentale, des associations de personnes concernées ou de proches, des groupes d'entraide mutuelle et le bouche-à-oreille. 62 entretiens ont été réalisés, avec 42 professionnels de santé (oncologues, psychiatres, infirmiers et aides-soignants, infirmiers en pratique avancée en psychiatrie, oncologie et maladie chronique, et médecins généralistes, pouvant intervenir dans des services de psychiatrie ou d'oncologie, parfois spécifiquement dans des positions de coordination des soins) ; 14 personnes touchées par un trouble psychique et un cancer (10 femmes et 4 hommes, entre 41 et 72 ans, une majorité avec des troubles bipolaires, mais certains sans caractérisation diagnostique précise de leur trouble psychique, ou ayant pu recevoir plusieurs diagnostics au cours de leur vie, par exemple schizophrénie et troubles bipolaires, et avec des types de cancer variés), et 6 proches aidants (conjointes, parents, sœur). Il ne s'agissait pas de croiser différents points de vue autour de cas, mais de recueillir et étudier une diversité de situations de soins. De fait, cette approche multifocale a permis d'analyser des situations de personnes avec des rapports contrastés au soin (ayant ou non un médecin traitant, réalisant les examens préconisés ou pas, suivies ou non en psychiatrie – publique ou libérale – au moment du cancer), avec des caractéristiques sociales variées (niveau d'étude, rapport à l'emploi, insertion sociale, organisation de l'aide autour d'elles...). Des *focus groups* ont par ailleurs été menés en amont avec 4 pairs-aidants, 3 également concernés par un trouble psychique et un cancer et pour l'une une maladie somatique chronique, afin d'échanger sur leurs vécus et les hypothèses de la recherche.

E1

Une décision de ne pas mettre en œuvre des traitements curatifs

Une situation rapportée par une oncologue concernait monsieur B., un homme accompagné à domicile par une équipe de psychiatrie et ayant été diagnostiqué avec un cancer de la vessie. Outre sa schizophrénie, relativement « stabilisée », monsieur B. présentait des troubles cognitifs importants. La médecin rapportait que malgré ses explications répétées, il ne comprenait ni ne retenait les informations données concernant son cancer et sa prise en charge. Elle estimait son cancer « curable », mais il lui semblait problématique d'engager des traitements qui impliquaient une chimiothérapie avec des effets secondaires potentiellement lourds, d'une part, du fait qu'il ne pouvait y donner son consentement, ne les comprenant pas et ne pouvant en mesurer les conséquences, d'autre part, en raison de son isolement social. L'équipe de psychiatrie ne paraissait pas pouvoir assurer un accompagnement suffisant pour « gérer » les effets secondaires du traitement anticancéreux à domicile, et une hospitalisation dans un service d'oncologie faisait craindre aux différents soignants une possible décompensation de sa schizophrénie. Si l'oncologue avait pu s'entretenir avec l'équipe d'accompagnement à domicile, elle n'avait pas réussi à échanger directement avec le psychiatre qui le suivait. Le traitement curatif n'a finalement pas été mis en œuvre ; seuls des soins palliatifs ont été engagés, ce qui ne semble pas être un cas isolé (Fond *et al.*, 2021). Cette situation montre les effets d'un cumul de vulnérabilités, associées aux troubles psychiques, mais qui ne s'y réduisent pas, sur la décision d'engager un traitement curatif du cancer, ainsi que les écueils de la coordination des différentes équipes de soin.

attendue d'un « bon patient » tendent à faire l'objet d'un jugement moral plutôt qu'à appeler à une adaptation du soin – dans un contexte où les soignants témoignent globalement d'un manque de temps et de conditions du soin dégradées.

Or, les situations recueillies s'avèrent contrastées lorsqu'on les analyse : certaines personnes ont un trouble relativement stabilisé, et parfois sont aguerries dans l'organisation de leurs soins (prise de rendez-vous, gestion des traitements médicamenteux et des effets secondaires, relations aux professionnels) *via* leur expérience du soin en santé mentale ; elles peuvent alors avoir des parcours de soins « classiques » pour leur cancer ; d'autres personnes présentent des vulnérabilités cumulées (trouble psychique plus actif, précarité, isolement...) et rencontrent souvent davantage d'obstacles dans leur parcours de soins, lequel nécessiterait des adaptations. Une soignante raconte par exemple que les traitements avaient tardé à être mis en place pour un patient à qui des messages téléphoniques avaient été laissés, mais qui ne savait pas utiliser son répondeur – exemple d'une problématique de littéracie technologique non spécifique aux troubles psychiques, mais pouvant y être associée.

Des choix thérapeutiques différents pour des personnes avec un trouble psychique ne sont pour autant pas systématiquement la marque d'une stigmatisation. Pour certains, ils étaient rapportés soit à des demandes explicites des personnes (dont des refus opposés aux soins proposés – qui pouvaient continuer d'être discutés par la suite par les soignants ou les proches, pour s'assurer de la compréhension de la situation, de la persistance dans les choix, ou pour chercher des solutions alternatives – encadré 2), soit à des évaluations de situations que les soignants décrivaient comme relevant d'une « balance bénéfices-risques » et de choix éthiques. Mais cette évaluation elle-même peut inclure des projections et des préjugés sur ce que la personne est capable de comprendre ou de supporter, ou inclure dans la situation de la personne l'absence de ressources complémentaires publiques ou privées pour aider dans ce moment de besoin spécifique (pour accompagner à des rendez-vous, suivre un agenda complexe, aider à domicile...) et renforcer ainsi une situation d'inégalité (Loretti, 2021).

A contrario, certaines personnes présentant un trouble psychique sont parfois perçues comme des « malades modèles » ou sont très soutenues par les équipes de soins, en oncologie ou en psychiatrie (voir un exemple dans l'encadré 2). A l'opposé d'une stratégie théra-

E2

Une personne très active dans ses soins et le fort soutien d'une équipe de psychiatrie

Le parcours de soin de Madame M., aujourd'hui décédée d'un cancer du pancréas et qui avait une « psychose non étiquetée », est rapporté par sa sœur. Prenant soin de sa santé, Madame M. avait consulté son médecin traitant dès l'apparition de symptômes, ce qui avait donné rapidement lieu à un diagnostic et un traitement. Aussi impliquée que soit sa sœur, leurs relations conflictuelles ne permettaient à cette dernière que d'apporter une aide ponctuelle. L'équipe de psychiatrie qui suivait madame M. s'est alors progressivement investie - l'accueillant en hospitalisation non pas tant pour son trouble psychique qu'à un moment où elle ne pouvait rester seule à domicile car elle était très affaiblie, et l'accompagnant à ses rendez-vous en oncologie. Après une chirurgie (palliative), Madame M. a refusé de s'engager dans un traitement curatif : elle s'était informée sur son cancer, les traitements et son pronostic et avait pu échanger à plusieurs reprises sur cette décision avec l'équipe en cancérologie, en psychiatrie et avec sa sœur.

peutique de moindre intensité, une situation a d'ailleurs été citée par plusieurs professionnels d'un établissement à propos d'une personne qui n'avait pas de trouble psychique mais une déficience intellectuelle : ils s'interrogeaient alors sur le risque éthique inverse d'un acharnement thérapeutique par « peur de stigmatiser une personne qui a une déficience », comme l'explicite un médecin d'un service de soins de support, notamment face à sa mère en demande de soins – à un moment où la personne ne pouvait plus s'exprimer.

Mais malgré cette situation évoquée, le risque paraît plus grand de formes de stigmatisations discrètes et persistantes, comme la non-attention à une plainte qui conduit à un diagnostic retardé, des choix thérapeutiques moins optimaux au regard de représentations sur les troubles psychiques parfois non réévaluées dans la situation singulière de la personne, ou encore par défaut d'aides adaptées ou de concertation entre intervenants.

Une certaine déstigmatisation inattendue et paradoxale lors du parcours de soins pour cancer

A côté de ces formes de stigmatisation persistantes est cependant apparu de façon inattendue un sentiment de déstigmatisation vécu par les personnes avec un trouble psychique lors de la prise en charge du cancer et ce, à plusieurs niveaux. Au niveau social tout d'abord, celles qui rapportent cet effet expriment le sentiment que le cancer est perçu, contrairement aux troubles psychiques, comme une maladie visible, attestée par des résultats biologiques ou d'imagerie. Le statut de malade apparaît alors plus légitime : la personne n'est plus jugée « coupable » ou responsable de sa maladie, ce qui amène l'une d'elles à indiquer que « *le cancer est un moindre mal par rapport à l'atteinte psychiatrique* ». Elles perçoivent également une déstigmatisation du côté des professionnels de santé qui apparaissent comme « bienveillants » en cancérologie, notamment parce que ces derniers ne les abordent pas uniquement *via* le prisme de leur trouble psychique. Les structures onco-

logiques sont dépeintes comme des lieux de prise en charge plus dignes (une femme parle de « *cocon* »), par contraste avec leur expérience des structures psychiatriques où certaines ont pu faire l'expérience de cadres d'hospitalisation dégradés mais aussi parfois de ce qu'elles percevaient comme des formes de mépris – même si certaines identifient la psychiatrie comme une ressource pour le suivi de leur trouble psychique. Ce résultat est d'autant plus paradoxal qu'il entre en dissonance avec la manière dont le cancer a pu être décrit comme une maladie stigmatisante, « honteuse », associée à une culpabilité et source d'isolement social ou familial dans d'autres travaux (étude CORSAC sur la coordination des soins ambulatoires durant la phase thérapeutique initiale du cancer, <https://annevega.wordpress.com/current-projects/corsac/>). Cette déstigmatisation apportée par une maladie somatique telle que le cancer se retrouve cependant dans d'autres situations de stigmatisation liées à une maladie première (sida) ou à une autre caractéristique sociale (être sans domicile fixe) [Benoist, 2016]. Ici, être confronté au cancer permet de trouver une nouvelle place sociale, plus légitime, par contraste avec des expériences de stigmatisation antérieures liées au trouble psychique.

L'importance de l'entourage ou de professionnels disponibles pour l'accompagnement et la coordination des parcours

Un facteur important des différenciations de parcours émergeant des entretiens est la question des ressources dont disposent les personnes pour leur accompagnement et la coordination des soins. La présence de proches et, à défaut, de professionnels pouvant, si nécessaire, prendre les rendez-vous, les rappeler ou les accompagner lors de ceux-ci, s'est avérée cruciale. Cela apparaît dans tous les parcours de personnes suivies pour des pathologies graves, mais est *a fortiori* important pour des personnes avec un trouble psychique, qui peuvent, pour certaines, avoir des difficultés à se souvenir de rendez-vous, s'orienter dans

une prise en charge complexe, se déplacer, supporter des environnements stressants, etc. Celles-ci sont par ailleurs plus à risque d'être isolées ou en situation de précarité, et, à défaut de proches, dépendent du bon vouloir ou de la disponibilité des professionnels qui les suivent, lorsqu'un accompagnement est déjà engagé. C'est aussi un facteur qui intervient dans la demande d'un deuxième avis ou d'une prise en charge par une équipe de soins plus éloignée du domicile. De plus, il apparaît dans nombre de situations des obstacles à la communication et à la concertation entre professionnels de cancérologie et de psychiatrie, qui sont souvent souhaitées par les uns (d'un côté ou de l'autre) mais qui rencontrent refus ou non-réponse des autres. Toutefois, des équipes dédiées se développent, qui peuvent faciliter les parcours à certains points nodaux de l'intersection entre soins somatiques et soins psychiatriques : équipes de soins somatiques en psychiatrie qui vont faciliter l'accès à un médecin traitant, aux dépistages systématiques, aux spécialistes et éventuellement aider à la communication entre professionnels de psychiatrie et d'oncologie ; ou encore psychiatres intervenant dans des structures de cancérologie, pouvant aider à la compréhension d'une situation ou à la recherche de solutions face à une difficulté, ou encore infirmières en pratique avancées avec une mission de coordination de situations complexes. Mais ces ressources dédiées ne sont pas présentes dans toutes les structures ni toujours connues des patients et des professionnels.

* * *

Les résultats de cette recherche mettent en évidence des inégalités dans les parcours de soins pour cancer des personnes souffrant de trouble psychique qui concernent en particulier l'accès aux examens diagnostiques recommandés, le délai entre diagnostic et traitements, le caractère invasif et l'intensité des traitements, le suivi post-traitement et le risque de mortalité spécifique. Ces inégalités sont associées à des facteurs complexes qu'une approche combinée, quantitative et qualitative, permet d'éclairer. Les résultats quantitatifs objectivent en effet les différences de parcours de soins pour cancer entre personnes vivant avec et sans trouble psychique, tandis que les résultats qualitatifs mettent en évidence certains facteurs explicatifs et soulignent l'hétérogénéité des situations vécues par les personnes vivant avec un tel trouble, appelant à la vigilance contre toute tentation d'homogénéiser indûment ce groupe. Ainsi, les différences identifiées dans les stratégies thérapeutiques peuvent être liées au retard diagnostic initial, à des adaptations aux spécificités des personnes suivies, à leurs choix,

mais aussi à des préconceptions sur les difficultés associées aux troubles psychiques ou encore à une organisation inadaptée des soins.

Ces résultats suggèrent déjà des pistes d'action possibles, en soutenant une prise en charge globale des personnes vivant avec un trouble psychique en soins primaires (non centrée sur les troubles psychiques, avec la réalisation des dépistages systématiques) ou spécialisés. Elles gagneraient à s'appuyer sur les récents développements en cours en France – par exemple l'émergence des projets territoriaux de santé mentale visant à rapprocher les acteurs de la prise en charge, y compris somatique, des personnes vivant avec un trouble psychique à l'échelle locale. Elles pourraient également s'inspirer d'exemples étrangers – en s'appuyant sur le concept de "reverse integrated care" qui vise à offrir aux

personnes souffrant d'un trouble psychique sévère l'accès à des soins somatiques coordonnés *via* les offreurs de soins de santé mentale, et de sa traduction dans le modèle américain des *Medicaid Behavioral Health Homes* centré sur les personnes les plus défavorisées (Kennedy-Hendricks *et al.*, 2021). Cela invite ainsi à penser des parcours de soins qui soient accessibles et adaptés à chacun des usagers, en incluant ceux qui peuvent cumuler des vulnérabilités ou présenter des caractéristiques pour lesquelles l'organisation des soins s'avère inadaptée. ♦

Les autrices remercient les autres membres du consortium Canopée ayant contribué à cette recherche : Fabien Daniel et Magali Coldefy (Irdes), Sophie Houzard et Christine Le Bihan (Inca), Sylvie Morel (Université de Nantes) et Aurélien Troisoëufs (GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences).

POUR EN SAVOIR PLUS

- Benoist Y. (2016). « Tant qu'on a la santé... c'est pire ! L'amélioration paradoxale des conditions de vie de personnes sans-abri ». *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, n° 13.
- Cnam (2018). « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance maladie pour 2019. »
- Coldefy M. et Gandré C. (2018). « Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée ». *Questions d'économie de la santé*, n° 237, septembre.
- Fond G., Pauly V., Duba A., Salas S., Viprey M., Baumstarck K., Orleans V., Llorca PM., Lancon C., Auquier P., Boyer L. (2021). "End of Life Breast Cancer Care in Women with Severe Mental Illnesses". *Scientific Reports*.
- Gandré C., Coldefy M. (2020). « Moins de soins de prévention, de recours aux spécialistes et plus d'hospitalisations évitables chez les personnes suivies pour un trouble psychique sévère ». *Questions d'économie de la santé*, n° 250, septembre.
- Gandré C., Moreau D., Coldefy M., Ben Dridi I., Morel S. (2022). « Surmortalité des personnes vivant avec un trouble psychique : enseignements de la littérature et perspectives ». *Sante publique*, vol. 34, no. 5, 2022, pp. 613-619.
- Houzard S., Courtois E., Le Bihan C., Erbaul M., Arnould L., Barranger E., Coussy F., Couturaud B., Cutuli B., de Cremoux P., de Reilhac P., de Seze C., Foucaut AM., Gompel A., Honoré S., Lesur A., Mathélin C., Verzaux L., Bousquet PJ. (2022). "Monitoring Breast Cancer Care Quality at National and Local Level Using the French National Cancer Cohort". *Clinical Breast Cancer*.
- Kennedy-Hendricks A., Bandara S., Daumit GL., Busch AB., Stone E. M., Stuart E. A., Murphy K. A., McGinty EE. (2021). "Behavioral Health Home Impact on Transitional Care and Readmissions Among Adults with Serious Mental Illness". *Health Services Research*. Jun;56(3):432-439.
- Le Glaz A. (2021). *Psychose et cancer : étude des représentations de la psychose par les médecins somaticiens exerçant en oncologie et de leurs effets sur la prise en charge* [Thèse d'exercice]. *Ethique*. 2021. ffdumas-03550467f
- Loretta A. (2021). *La fabrique des inégalités sociales de santé*. Presses de l'EHESP.
- Prouteau A. & Valery KM. (2021). *Stigmatisation chez les professionnels de la santé mentale et facteurs associés—Revue de littérature*.
- Seppänen A.-V., Daniel F., Houzard S., Le Bihan C., Coldefy M., Gandré C. (2023). "Breast Cancer Care Pathways for Women with Preexisting Severe Mental Disorders: Evidence of Disparities in France?". *Journal of Clinical Medicine*. Jan 4;12(2):412.

IRDES INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ •
21, rue des Ardennes 75019 Paris • Tél. : 01 53 93 43 02 •
www.irdes.fr • Email : publications@irdes.fr •

Directeur de la publication : Denis Raynaud • **Éditrice** : Anne Evans • **Éditrice adjointe** : Anna Marek •
Relecteurs : Cécile Fournier et Sylvain Pichetti • **Infographiste** : Franck-Séverin Clérembault •
Assistant à la mise en page : Damien Le Torrec • **Imprimeur** : Addax (Montreuil, 93) •
Dépôt légal : Septembre 2023 • **Diffusion** : Suzanne Chriqui • **ISSN** : 1283-4769 (papier), 2498-0803 (PDF).