

Cancer

Synthèse documentaire

Cancer

Synthèse documentaire

Les auteurs

Julie DEBARRE

Avec l'aide de Mihaela DUMITRESCU

Remerciements

L'équipe de l'ORS remercie particulièrement Alice Manirakiza de l'ARS ainsi que les personnes suivantes pour leurs contributions et leurs conseils :

:

- Julien Chaslot-Denize, Pôle de santé de l'Envigne (Scorbé-Clairvaux - Lençloître)
- Dr Defossey, Madame Ingrand, Pr Ingrand, registre des cancers Poitou-Charentes
- Dr Ferru, oncologie médicale du CHU de Poitiers
- Pr Karayan-Tapon, Chef de Service de Cancérologie Biologique et Coordinatrice de la Plateforme Hospitalière de Génétique Moléculaire des Cancers (INCa)
- L'équipe du Réseau Onco Poitou-Charentes, en particulier Dr Dominique Marouby et Dr Claire Morin-Porchet,
- Pr Millot, de l'Unité d'onco-hématologie pédiatrique du CHU de Poitiers,
- Madame Vallée, assistante sociale CARSAT Centre Ouest.

Sommaire

CONTEXTE DE L'ETUDE	5
Objectif	6
Méthodologie de travail	6
PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS	7
I. GENERALITES	9
I.1. Définition	9
I.2. Etiologie des cancers	9
II. L'AMPLEUR DU PROBLEME	10
II.1. Epidémiologie des cancers	10
II.1.1. Situation épidémiologique internationale et nationale	10
II.1.2. Situation épidémiologique régionale	12
II.2. Le coût social et économique du cancer	16
II.2.1. Impact sur la vie des personnes	17
II.2.2. Le coût pour la société	17
II.2.3. Les dépenses pour la lutte contre le cancer : plus d'un milliard d'euros	20
II.2.4. Les dépenses pour la famille et les aidants naturels	22
Les dépenses de la prise en charge du cancer en Poitou-Charentes	22
III. LES STRATEGIES DE LUTTE CONTRE LE CANCER	23
III.1. Les politiques de lutte contre le cancer	23
III.1.1. La lutte contre le cancer à l'échelle internationale	23
III.1.2. La lutte contre le cancer en Europe	23
III.1.3. La lutte contre le cancer en France	23
III.1.4. La lutte contre le cancer en Poitou-Charentes	25
III.2. La prévention primaire des cancers	27
III.3. La prévention secondaire : dépistage et détection précoce des cancers	27
III.3.1. Le dépistage organisé du cancer du sein	28
Bénéfices et limites	29
Perspectives	32
III.3.2. Le dépistage organisé du cancer colorectal	34
Bénéfices et limites	34
Perspectives	36
III.3.3. Vers le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus	37
III.3.4. Détection précoce du cancer de la prostate	38
III.3.5. Détection précoce du cancer de la peau	39
III.3.1. Détection précoce des cancers de la cavité buccale	40
III.3.2. Recherche de technique de dépistage pour le cancer bronchopulmonaire	40
III.4. Prévention tertiaire	41
III.4.1. Les soins curatifs	41
La plateforme de génétique moléculaire des cancers	46

Les essais cliniques	46
Le programme AcSé	47
III.4.2. Les soins de support	48
III.4.3. Parcours de soins et coordination des acteurs	53
III.5. Organisation de la recherche	62
III.5.1. La recherche fondamentale	63
III.5.2. La recherche clinique	63
III.5.3. La recherche en prévention	64
IV. PRESERVER LA QUALITE DE VIE DU MALADE ET DE SES PROCHES	64
IV.1. Une qualité de vie altérée	65
IV.1.1. Une dégradation de l'état physique	65
IV.1.2. Une altération de l'état psychique et émotionnel	65
IV.1.3. Modifications des relations avec la famille et l'entourage	66
IV.2. Comment préserver la qualité de vie du malade et de ses proches tout au long de son parcours de santé ?	67
IV.2.1. A l'annonce du diagnostic	67
IV.2.2. Etre un acteur de ses soins grâce à l'accompagnement thérapeutique	67
IV.2.3. Avoir recours aux soins de support tout au long de la phase de traitement et dans l'après cancer	68
IV.2.4. Faciliter la vie à domicile	68
IV.2.5. Le recours aux soins palliatifs	68
IV.2.6. L'importance du soutien social	68
IV.3. Le ressenti des soignants	69
IV.4. Travailler pendant et après un cancer	70
IV.4.1. Une situation professionnelle dégradée 2 ans après le diagnostic	71
IV.4.2. Un parcours professionnel souvent interrompu	71
IV.4.3. Les ressources aidantes	73
IV.4.4. Synthèse et pistes d'amélioration	74
IV.5. Le retour au travail	75
V. BIBLIOGRAPHIE	77
VI. ANNEXES	83

Tables des tableaux

Tableau 1.	Coût économique du cancer en France (2004).....	17
Tableau 2.	Les dépenses des soins du cancer en France en 2011 et en 2013.....	20
Tableau 3.	Articulation du Plan cancer 2014-2019 avec les autres Plans de santé publique.....	25
Tableau 4.	Les composantes du PRS de l'ARS Poitou-Charentes et les objectifs proposés.....	26
Tableau 5.	Nombre de femmes dépistées et taux de participation standardisé au dépistage organisé du cancer du sein en 2014 par département en Poitou-Charentes et en France.....	31
Tableau 6.	Nombre de personnes dépistées et taux de participation standardisé* au dépistage organisé du cancer colorectal en 2012-2013** par département en Poitou-Charentes et en France ..	35
Tableau 7.	Les essais cliniques se déroulant en Poitou-Charentes en fonction du type de cancer et de la classe d'âge depuis 2010.....	47
Tableau 8.	Offre de soins palliatifs en Poitou-Charentes en 2015.....	52
Tableau 9.	Existence de tableaux par cancer professionnel et par facteurs d'expositions correspondants pour le régime général et agricole en 2015.....	59

Table des figures

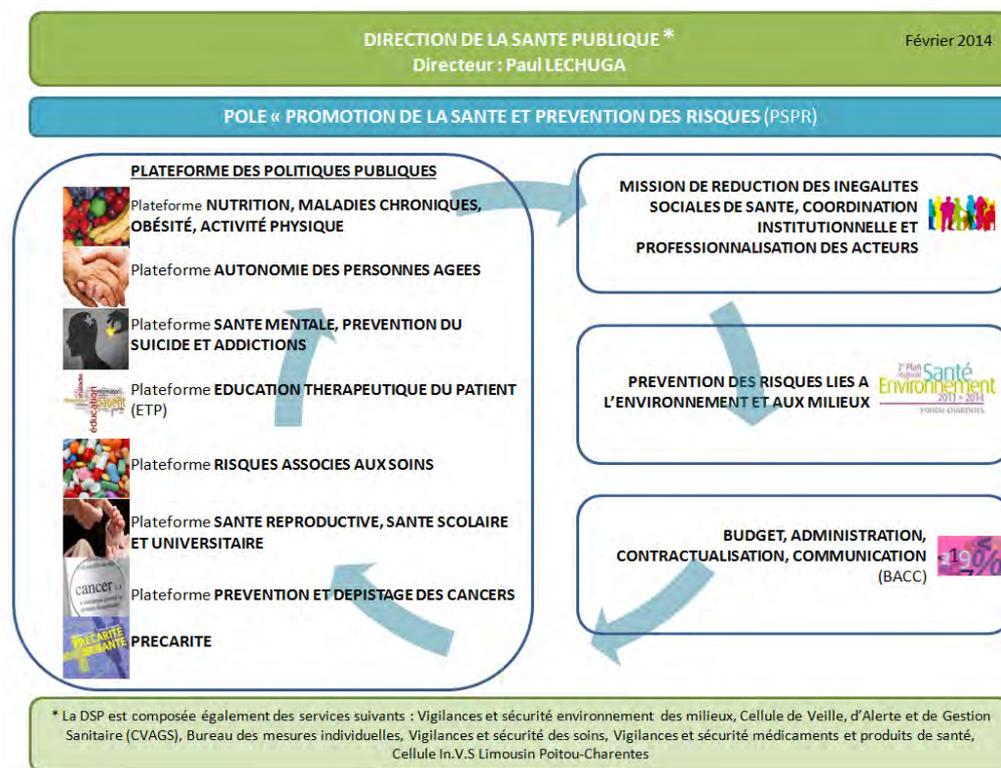
Figure 1.	Schéma d'organisation du pôle promotion de la santé et prévention des risques de l'ARS Poitou-Charentes en février 2014.....	5
Figure 2.	Nombre de cancers attribuables aux différents facteurs de risque en France (hors prédisposition génétique).....	10
Figure 3.	Taux de prévalence du cancer à 5 ans dans le monde en 2012 (pour 100 000 habitants)..	11
Figure 4.	Part des cancers dans le fardeau global des maladies en 2013 (%).....	11
Figure 5.	Evolution des taux standardisés d'incidence et de mortalité en France métropolitaine de 1980 à 2012 (taux pour 100 000 hab.).....	13
Figure 6.	Spécificités territoriales en termes de mortalité et d'incidence selon le sexe et la localisation cancéreuse.....	15
Figure 7.	Les coûts économiques du cancer.....	16
Figure 8.	Coût moyen de l'ALD cancer pour le régime général selon la tranche d'âge en Poitou-Charentes en 2009.....	19
Figure 9.	Les axes et les objectifs du Plan cancer 2014-2019.....	24
Figure 10.	Stratégie et taux de dépistage par mammographie parmi les femmes de 50 à 69 ans selon les pays de l'OCDE en 2003 et en 2013.....	29
Figure 11.	Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein de 2005 à 2014 en Poitou-Charentes et en France.....	31
Figure 12.	Taux de couverture du dépistage du cancer du sein (DO+DI) en Poitou-Charentes en 2009-2011 à l'échelle des cantons.....	32
Figure 13.	Taux de participation standardisé au dépistage organisé du cancer colorectal de 2009 à 2014 en Poitou-Charentes et en France.....	35
Figure 14.	Stratégie et taux de dépistage du cancer du col de l'utérus parmi les femmes de 20 à 69 ans selon les pays de l'OCDE en 2003 et en 2013.....	37
Figure 15.	Taux de recours au dosage du PSA dans la population du régime général en 2010 ou en 2008-2010.....	39
Figure 16.	Taux de recours annuel au dosage PSA chez les hommes du régime général de plus de 75 ans en 2010 (en %).....	39
Figure 17.	Localisation des établissements ayant une autorisation de traitement de cancer en Poitou-Charentes au 31 décembre 2014.....	42
Figure 18.	Répartition des séjours selon le mode de prise en charge principal regroupé des patients à l'admission en HAD en 2014 en Poitou-Charentes (en %).....	43
Figure 19.	La coordination ville-hôpital pour une meilleure prise en charge des patients sous chimiothérapie orale en Normandie.....	44
Figure 20.	Localisation du domicile du patient ayant eu recours à une chimiothérapie anti-cancéreuse en HAD en 2013.....	44
Figure 21.	Le top 5 des soins oncologiques de support les plus proposés.....	49
Figure 22.	Localisations des soins de support proposés par les Comités départementaux de la ligue nationale contre le cancer en 2014.....	50
Figure 23.	Localisation du domicile du patient ayant eu recours à des soins palliatifs en HAD en 2013.....	53
Figure 24.	La coordination des soins en cancérologie.....	55
Figure 25.	Organisation de la réunion de concertation en oncogériatrie (RCOG).....	58
Figure 26.	Temps d'accès théorique et réel en oncologie.....	60
Figure 27.	Récapitulatif des délais mesurés et des durées moyennes des principaux parcours de prise en charge* pour les cancers du sein, du poumon, du côlon et de la prostate en Poitou-Charentes (en vert) et dans l'ensemble des régions participantes en 2011-2012.....	62
Figure 28.	Les composantes de la notion de qualité de vie.....	64

Figure 29.	Les formes de la souffrance psycho-émotionnelle en fonction des périodes de la maladie	66
Figure 30.	Chiffres repères de l'étude VICAN 2	71
Figure 31.	Motivation des salariés atteints de cancer à poursuivre leur activité durant le traitement	71
Figure 32.	Pistes d'amélioration proposées par les malades	75
Figure 33.	L'accès aux dispositifs d'aide au retour à l'emploi.....	76

Contexte de l'étude

Cette synthèse s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre des politiques publiques de santé tel que préconisé dès 2014 par la Direction de la Santé publique de l'ARS Poitou-Charentes. L'objectif principal de cette nouvelle gouvernance est l'efficacité des actions en définissant au mieux les priorités, en simplifiant et clarifiant les schémas de prévention, en évitant la multiplication et la dispersion des intervenants et en développant la coordination des politiques publiques de prévention. Pour atteindre cet objectif, la Direction de la Santé Publique a mis en place des plateformes thématiques centrées sur des politiques publiques ciblées (cf. schéma ci-dessous).

Figure 1. Schéma d'organisation du pôle promotion de la santé et prévention des risques de l'ARS Poitou-Charentes en février 2014



Source : ARS Poitou-Charentes

Dans ce cadre, l'ORS a produit des synthèses documentaires sur différents thèmes ¹ afin d'aider à la définition des objectifs de la plateforme et de valoriser les connaissances disponibles:

Dans l'optique de la mise en place de la plateforme « prévention et dépistage des cancers », l'ORS propose la publication d'une synthèse documentaire adaptée à ce thème, suivant les lignes directrices figurant dans le schéma régional de prévention 2014, dans la feuille de route régionale du plan cancer 2014-2019 et le plan cancer national 2014-2019.

¹ Nutrition, maladies chroniques, obésité et activités physiques ; Santé mentale et prévention du suicide ; Addictions ; Autonomie des personnes âgées.

Objectif

L'objectif de cette synthèse est d'apporter une connaissance scientifique et actualisée aux membres de la plateforme de santé publique sur le cancer afin de pouvoir orienter des choix stratégiques et opérationnels.

Méthodologie de travail

- ✓ Mise en place d'une veille documentaire internationale, nationale et régionale :

Les recherches bibliographiques se sont appuyées sur un mot clé principal : le cancer avec des mots clés associés comme : déterminants, mortalité, coût, prévalence, morbidité, prévention, plans nationaux et régionaux. Le recueil bibliographique a principalement été fait sur internet à partir de différentes bases de données et sites internet : BDSP, Doc'CISMeF, Pub Med, INPES, INSEE, InVS, OMS, OFDT, Ministère de la santé, Drees, INSERM, ARS Poitou-Charentes, ORS Poitou-Charentes.

- ✓ Mise à jour des indicateurs disponibles et actualisation de l'état des connaissances.

Tout au long de l'élaboration de la synthèse, son contenu a été discuté et travaillé étroitement avec l'ARS. Des points d'étape ont été tenus.

Principaux enseignements

Cette synthèse documentaire sur les cancers en Poitou-Charentes dresse un panorama de la situation des cancers au niveau régional en termes d'épidémiologie, de charge financière mais également de prévention primaire, secondaire ou tertiaire, de soins et de recherche. En cohérence avec le dernier plan Cancer, la préservation de la qualité de vie tout au long du parcours de santé du patient est également abordée. Les contextes internationaux et nationaux sont également rappelés. Ce travail constitue un état des lieux des connaissances sur les enjeux liés au cancer, devant contribuer au pilotage stratégique régional de la politique publique de lutte contre les cancers

Une situation épidémiologique régionale défavorable

En France comme en Poitou-Charentes, les cancers sont le premier contributeur du fardeau global de l'ensemble des maladies et représentent un cinquième des incapacités et des décès. Avec près de 5 200 décès annuels, le Poitou-Charentes est en surmortalité par cancer par rapport à la France, surtout chez les hommes. Au niveau départemental, la Charente-Maritime concernant le cancer bronchopulmonaire et les Deux-Sèvres pour le cancer colorectal sont particulièrement impactés, au niveau de l'incidence comme de la mortalité. Cinq localisations cancéreuses engendrent près des deux tiers des années de vies ajustées sur l'incapacité (AVAI) : le cancer broncho-pulmonaire, le cancer du sein, colorectal, de la prostate et du pancréas. Les projections récentes tendent à montrer une relative stabilité de l'incidence et de la mortalité de ces localisations (hors cancer broncho-pulmonaire et pancréas dont l'évolution est incertaine). Le tabagisme, la consommation d'alcool et la nutrition sont les principaux facteurs de risque du cancer.

Un atout régional : le registre régional et général des cancers

Depuis 2008, la mise en place d'un registre régional des cancers couvrant toutes les localisations permet de fournir des **indicateurs de référence permettant de décrire la dynamique d'évolution des cancers à travers les données d'incidence**. Le registre joue un **rôle d'expert dans l'aide à l'évaluation des politiques publiques** en collaboration avec les autres structures régionales, et représente un **outil majeur dans le suivi du Projet Régional de Santé (PRS)** de Poitou-Charentes, par son inscription notamment dans le schéma régional de prévention et le schéma régional d'organisation des soins.

Une volonté de donner une place centrale à la prévention

Les mesures de lutte contre le cancer sont inscrites en France dans les plans cancers successifs, mais également dans les autres plans de santé publique qui l'impactent (notamment le PNSE3, le PPNS, le plan santé travail).

- La prévention primaire

Les priorités de l'action publique en matière de prévention des cancers en France sont bien identifiées : diminuer la consommation de tabac et d'alcool, promouvoir les bonnes pratiques alimentaires et les activités physiques, améliorer la protection et le suivi des travailleurs exposés aux agents cancérigènes, limiter l'impact des expositions aux polluants de notre environnement et de notre alimentation.

- Le volet dépistage

Cancer du sein

Le dépistage organisé du cancer du sein, recommandé par l'OMS et institué dans la plupart des pays de l'OCDE est géré en France par les structures départementales de gestion. En Poitou-Charentes, en 2013, le taux de participation régional était légèrement supérieur au taux national (56 % contre 52 %), et variable selon les départements (de 52 % dans la Vienne à 63 % en Deux-Sèvres) et selon les territoires (moins importants en zone rurale).

Cancer colorectal

Le dépistage du cancer colorectal est organisé depuis 2009 en France. Il est également proposé dans de nombreux pays, mais avec des techniques de détection ou des tranches d'âge différents. En Poitou-Charentes, son taux de participation est similaire à celui de la France et varie de 30 % en Charente à 39 % en Deux-Sèvres. Dès 2015, la mise en place du nouveau test de dépistage devrait permettre une hausse de la participation.

Cancer du col de l'utérus

Environ la moitié des pays de l'OCDE organisent des programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus, mais leur périodicité et les populations cibles peuvent varier. En France, dans les années à venir, ce dépistage, réalisé jusqu'à présent sur 13 départements, va être généralisé, représentant une mesure phare du dernier plan cancer.

Une organisation coordonnée des soins

Le Poitou-Charentes est doté d'un réseau régional du cancer (RRC), permettant la coordination des acteurs impliqués dans la prise en charge du cancer et d'un pôle régional de cancérologie, qui est un centre d'expertise au niveau des soins, de la coordination, de l'enseignement et de la formation. Le dossier communiquant en cancérologie (DCC), permettant le partage et la transmission des informations médicales entre professionnels de santé est fortement déployé en Poitou-Charentes. Au niveau territorial, des centres de coordination en cancérologie (3C) sont également implantés sur les territoires afin d'améliorer la qualité des pratiques au sein des 25 établissements de santé autorisés à prendre en charge des patients atteints de cancer (pour la chimiothérapie et/ou radiothérapie et/ou chirurgie). Par contre, le Poitou-Charentes est l'une des 5 régions non dotées de centre de lutte contre le cancer (CLCC).

Les soins de support à développer car souvent méconnus

Les soins de support, même s'ils sont encore méconnus, sont de plus en plus proposés, notamment le soutien psychologique. Malgré l'unité de soins palliatifs, les 11 équipes mobiles ainsi que les 2 réseaux de santé de soins palliatifs la région semble sous-dotée par rapport aux autres régions sur l'ensemble de la filière de soins palliatifs. L'hospitalisation à domicile est de plus en plus développée, même si son recours est plus faible en Poitou-Charentes qu'au niveau national. Au 1^{er} aout 2015, 3 programmes d'éducation thérapeutique sont développées sur les territoires, permettant d'accompagner au mieux les patients atteints de cancer. Cette démarche, ainsi que les 28 associations de patients recensées en Poitou-Charentes, est intégrée dans un enjeu important de préservation de la qualité de vie tout au long du parcours de santé du patient.

Une accélération des progrès médicaux et de la recherche

La recherche est structurée et financée en partie au niveau inter-régional par les cancéropôles. Trait d'union entre la recherche fondamentale et les soins, la recherche clinique est l'étape incontournable pour la mise au point de nouvelles stratégies diagnostiques, thérapeutiques et préventives, notamment par le biais d'essais cliniques (plus de 200 proposés en Poitou-Charentes depuis 2010) ou par la tumorotheque regionale.

Une pathologie coûteuse avec des inégalités fortes

Au niveau national comme au niveau régional, le cancer s'inscrit également dans un contexte de fortes inégalités sociales, notamment dans la prise en charge des soins. Le cancer est une pathologie coûteuse, avec près de 30 milliards d'euros estimés par an en France dont 15 milliards pour les soins et 1 milliard pour la lutte contre le cancer. Cette charge financière est différente selon la localisation cancéreuse, l'âge et la région d'habitation du patient.

I. Généralités

I.1. Définition

Le cancer est un terme général appliqué à un grand groupe de maladies qui peuvent toucher n'importe quelle partie de l'organisme. L'une de ses caractéristiques est la prolifération rapide de cellules anormales qui peuvent essaimer dans d'autres organes, formant ce qu'on appelle des métastases (OMS, 2015).

I.2. Etiologie des cancers

Le cancer apparaît à partir d'une seule cellule. La transformation d'une cellule normale en cellule tumorale est un processus passant par plusieurs étapes. Il y a classiquement une évolution vers une lésion précancéreuse puis vers une tumeur maligne. Ces modifications proviennent des interactions entre les facteurs génétiques propres au sujet et des agents extérieurs pouvant être classés en trois catégories:

- les **cancérogènes physiques**, comme le rayonnement ultraviolet et les radiations ionisantes;
- les **cancérogènes chimiques**, comme l'amiante, les composants de la fumée du tabac, l'aflatoxine (contaminant des denrées alimentaires) ou l'arsenic (polluant de l'eau de boisson);
- les **cancérogènes biologiques**, comme des infections dues à certains virus, bactéries ou parasites.

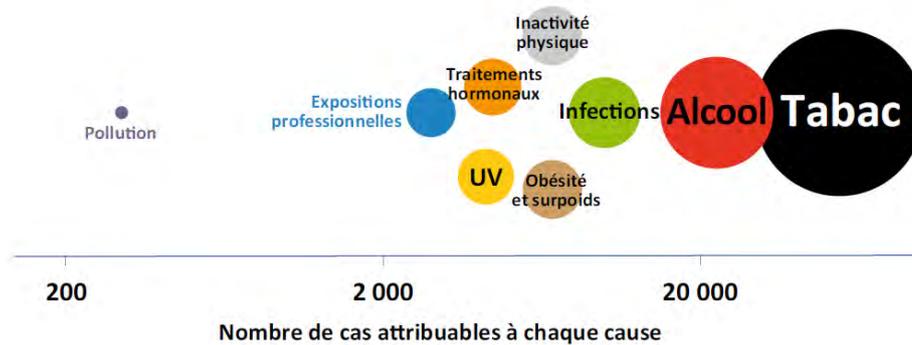
Le **vieillessement** est un autre facteur fondamental dans l'apparition du cancer. On observe en effet une augmentation spectaculaire de l'incidence avec l'âge, très vraisemblablement due à l'accumulation des risques de cancers spécifiques tout au long de la vie, conjuguée au fait que les mécanismes de réparation tendent généralement à perdre de leur efficacité avec l'âge.

Plus d'un cancer étudié sur deux est attribuable aux consommations de produits psychoactifs et deux sur cinq aux facteurs nutritionnels

Les facteurs à l'origine des cancers n'ont, à l'heure actuelle, pas tous été identifiés, mais on sait que moins de 10 % seraient corrélés avec la transmission d'une mutation génétique prédisposant au cancer. Le tabagisme, la consommation d'alcool, une mauvaise alimentation et la sédentarité sont les principaux facteurs de risque dans le monde. Effectivement, d'après certaines études, 43 % des cancers et 35 % des décès par cancer résulteraient de l'exposition à des facteurs de risque évitables (tabac, alcool, obésité,...). Ainsi, les experts considèrent que 4 cancers sur 10 pourraient être évités en modifiant certains comportements.

Certaines infections chroniques sont des facteurs de risque pour le cancer et ont une grande importance dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Le virus de l'hépatite B (HBV), le virus de l'hépatite C (HCV) et certains types de papillomavirus humain (HPV) augmentent respectivement le risque de développer un cancer du foie ou du col de l'utérus. L'infection à VIH accroît fortement le risque de développer un cancer comme celui du col de l'utérus.

Figure 2. Nombre de cancers attribuables aux différents facteurs de risque en France (hors prédisposition génétique)



Source : Inca, 2015 (1)

Les principaux facteurs de risque et de protection du cancer sont indiqués en annexe 2 avec les localisations cancéreuses correspondantes.

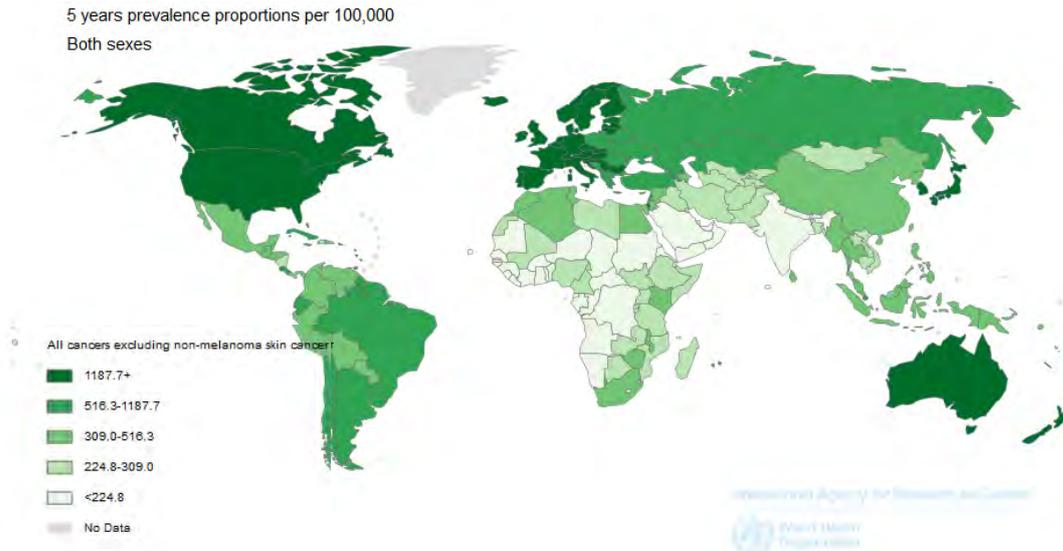
II. L'ampleur du problème

II.1. Épidémiologie des cancers

II.1.1. Situation épidémiologique internationale et nationale

Les cancers figurent parmi les principales causes de morbidité et de mortalité dans le monde; en 2012, on comptait approximativement 14 millions de nouveaux cas annuels et 8,2 millions de décès liés à la maladie.(2) En 2012, plus de 32 millions de personnes auraient déclaré un cancer au cours des 5 dernières années dans le monde, 30 % de ces personnes vivaient en Europe.(3)

Figure 3. Taux de prévalence du cancer à 5 ans dans le monde en 2012 (pour 100 000 habitants)

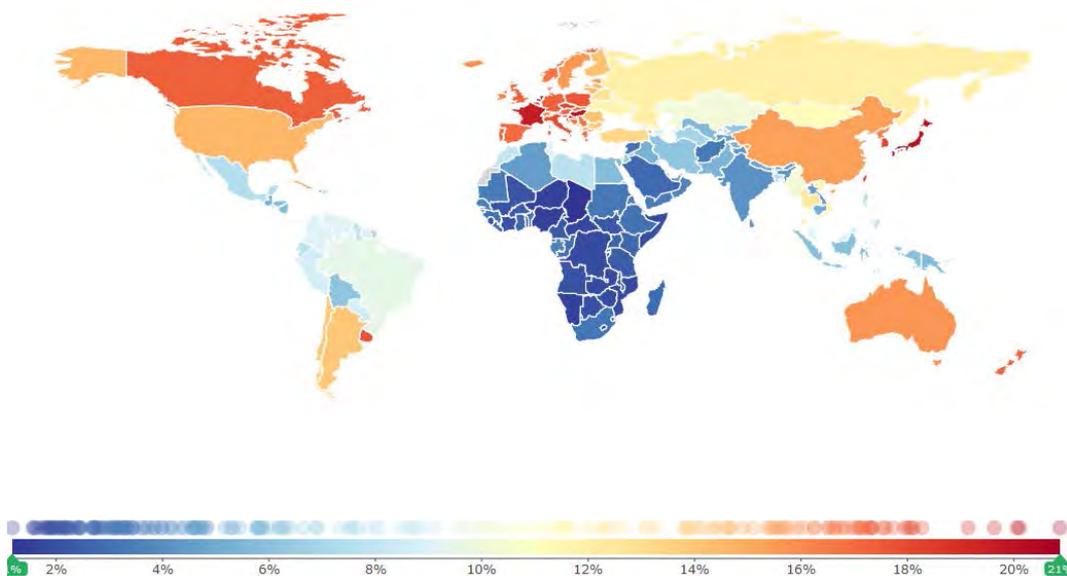


Source : Globocan 2012 (IARC) (3)

Les cancers sont le premier contributeur du fardeau global de l'ensemble des maladies

En 2013, en France, les cancers seraient responsables de 19,6 % [17,2-22,4] du fardeau global de l'ensemble des maladies en termes d'incapacité et de mortalité². Cette part est la 4^{ème} plus importante au niveau mondial derrière les Pays-Bas (21 %), le Japon et la Hongrie (20 %). On estime que 30 % des décès seraient dus au cancer en France (4^{ème} place derrière les Pays-Bas, la Corée du Sud et le Japon).

Figure 4. Part des cancers dans le fardeau global des maladies en 2013 (%)



Source : Institute for Health Metrics and Evaluation GBD 2013 © 2015 University of Washington

² Dernière estimation disponible sur : <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/> visité le 30.10.2015

Des cancers différents selon la zone géographique

Les disparités sont multiples selon le pays de résidence. Par exemple, près de 60 % de l'ensemble des cancers colorectaux surviennent dans la population des régions développées. Au niveau mondial, le nombre de nouveaux cas sur une période donnée varie donc de 1 à 10 fois. Le cancer de l'utérus, pour sa part, est le troisième cancer le plus fréquent chez les femmes dans le monde (530 000 nouveaux cas par an et 250 000 décès) alors qu'il est rare en Suisse (300 nouveaux cas et moins de 100 décès/année). Les causes de ces disparités sont multiples et complexes : exposition à différents facteurs environnementaux, habitudes de vie, inégalités d'accès à la santé, comme par exemple aux mesures de dépistage systématique ou à certains programmes de vaccination.³

La situation épidémiologique en France : état des lieux et projections

En France métropolitaine, en 2015, 385 000 cas et 150 000 décès par cancer sont enregistrés chaque année.

Chez l'homme, les nouveaux cas de cancer restent majoritairement représentés par les cancers de la prostate, du poumon et du colon-rectum. Le cancer du poumon occupe toujours le premier rang des causes de décès par cancer, devant les cancers du côlon-rectum et de la prostate.

Chez les femmes, le cancer du sein reste de loin le plus fréquent en terme d'incidence devant les cancers colorectaux et du poumon. Le cancer du sein est en tête de la mortalité par cancer, mais il est suivi de près désormais par le cancer du poumon, conséquence directe de la hausse de la consommation de tabac, devant le cancer colorectal.

Les projections de l'incidence et de la mortalité prévoient une stabilité des taux d'incidence pour le cancer du sein ainsi que pour le cancer du pancréas qui a connu une augmentation importante de l'incidence au cours de ces dernières années uniquement en France. Les autres cancers vont, selon les prévisions, prolonger les tendances récentes (4).

II.1.2. Situation épidémiologique régionale

Les données épidémiologiques par sexe et par localisation cancéreuse se situe en annexe 1 de ce document.

En Poitou-Charentes, le cancer est la première cause de décès avec plus de 5 200 décès annuels enregistrés. Chaque année, plus de 10 800 nouveaux cas de cancers sont diagnostiqués dans la région (5). On estime que plus de 98 800 picto-charentais de plus de 15 ans en vie en 2008 ont eu un diagnostic de cancer au cours de leur vie, soit 5,8 % de la population, et que plus de 55 395 personnes (3,3 %) l'ont eu au cours des 10 dernières années (6).

Une surmortalité par cancer en Poitou-Charentes

En 2009-2011, une surmortalité régionale par cancer est observée chez les hommes par rapport à la France avec un taux standardisé de 167 décès pour 100 000 habitants. Au niveau régional, les femmes présentent la même situation qu'au niveau national en terme de mortalité. Les surmortalités par cancer constatées concernent les lymphomes malins non hodgkiniens, les myélomes, les cancers broncho-pulmonaires, les cancers du système nerveux central, les cancers colorectaux (uniquement chez les hommes).

³ Dr Pierre Chappuis, responsable de l'Unité d'oncogénétique et de prévention des cancers aux Hôpitaux universitaires de Genève.

Une incidence masculine régionale des cancers moins élevée qu'au niveau national

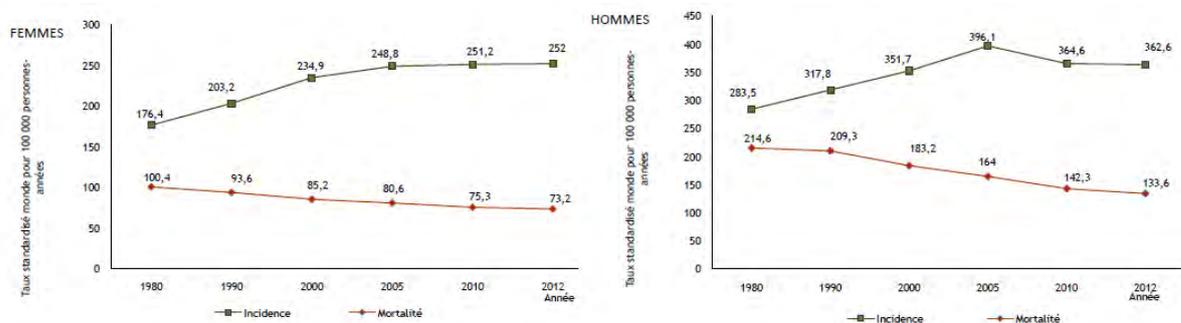
Chez les hommes, les taux standardisés d'incidence sont moins élevés en Poitou-Charentes qu'en France (494,7 contre 518,9 pour 100 000 habitants) alors que chez les femmes la situation régionale est identique au niveau national (5) (7).

Une augmentation de l'incidence combinée à une baisse de la mortalité

Au niveau national, comme au niveau régional, le nombre de nouveaux cas de cancers a considérablement augmenté entre 1980 et 2012, de 108 % chez l'homme et 111 % chez la femme. On estime que cette hausse est attribuable à l'augmentation du risque en lui-même (pour 43 % chez les hommes et 55 % chez les femmes) mais également à l'accroissement de la population (pour 31 % chez les hommes et 34 % chez les femmes) et au vieillissement de la population (pour respectivement 34 % et 23 %). Cependant, en 2005-2012, une diminution de l'incidence a été constatée chez les hommes (-1,3 %) et un ralentissement de l'augmentation chez les femmes (+0,2 % par an en moyenne).

Entre 1980 et 2012, le nombre de décès par cancer a augmenté de 11 % chez les hommes et de 20,3 % chez les femmes en France métropolitaine et de façon plus marquée en Poitou-Charentes (respectivement 40 % et 37 % sur cette même période). Cette augmentation constatée est attribuable à l'évolution démographique (augmentation et vieillissement) alors que le risque de décéder d'un cancer a diminué, particulièrement chez les hommes. Rapportés à la population et standardisés, les taux de mortalité ont diminué en moyenne de 1,5 % chez les hommes et de 1,0% chez les femmes entre 1980 et 2012. Ils sont toujours plus élevés chez les hommes que chez les femmes mais la mortalité diminue plus vite chez les hommes, liée essentiellement à la baisse de la consommation de tabac et d'alcool.(8)

Figure 5. Evolution des taux standardisés d'incidence et de mortalité en France métropolitaine de 1980 à 2012 (taux pour 100 000 hab.)



Source : Les cancers en France en 2014 (8) d'après (7)

Près de 60 % du fardeau global des cancers concernent les cancers broncho-pulmonaire, du sein, colorectal, de la prostate et du pancréas.(9)

Les 5 principales localisations cancéreuses occasionnant le plus d'années de vie ajustées sur l'incapacité (AVAI), ainsi que les risques associés sont :

1-Le cancer broncho-pulmonaire (20 % de l'ensemble des AVAI) : il entraîne en Poitou-Charentes près de 1 000 décès annuels. Tous sexes confondus, la région est en surmortalité par rapport à la France, notamment en Charente-Maritime, aussi bien chez les hommes que chez les femmes, alors que les Deux-Sèvres sont en sous-mortalité (figure 5). Avec plus de 500 nouveaux cas annuels en Charente-Maritime, une sur-incidence est observée sur ce département. Le tabac est responsable de 70 % de ces cancers, suivi par les expositions environnementales (14 %), une faible alimentation en fruits (12 %) et les expositions professionnelles (4 %).(9)

2-Le cancer du sein (13 % des AVAI, un tiers des AVAI féminines) : il s'agit du cancer le plus prévalent en Poitou-Charentes (20 500 picto-charentaises de plus de 15 ans en vie en 2008 ont eu un diagnostic de cancer du sein au cours de leur vie).

3-Le cancer colorectal (12 % des AVAI) : il représente le 2^{ème} cancer le plus meurtrier et le 2^{ème} en terme de prévalence. En tenant compte de la structure par âge et par sexe de la population, il y a plus de décès par cancer colorectal en Poitou-Charentes qu'en France chez les hommes, principalement en Deux-Sèvres et en Vienne. De plus, en Deux-Sèvres, le taux d'incidence est supérieur à celui de la France. Les causes attribuables à ce cancer sont essentiellement alimentaires, avec particulièrement une faible consommation en lait et en calcium (20 %), en fibre (11 %) et une alimentation riche en viande transformée (10 %). L'alcool (6,5 %) et le tabac (7 %) ont également un impact important sur ce cancer.

4-Le cancer de la prostate (8 % de l'ensemble des AVAI et 15 % des AVAI masculines) : il correspond au 1^{er} cancer prévalent et 2^{ème} cancer entraînant le plus de décès chez les hommes. Il existe une sous incidence régionale, qui se retrouve également en Charente et Charente-Maritime.

5-Le cancer du pancréas (5 % des AVAI) : entraînant près de 300 décès annuels, autant chez les hommes que chez les femmes. Ce cancer est caractérisé par une faible prévalence mais également un taux de survie faible. Il est associé à plus de 70 % à la consommation de tabac ainsi qu'au fait d'avoir un indice de masse corporelle élevée.

Un fardeau différent selon le sexe

Chez les **hommes**, la part des localisations dans le fardeau global des cancers est par ordre décroissant, le cancer broncho-pulmonaire (27 %), le cancer de la prostate (15 %), le cancer colorectal (12 %), le cancer du foie (6 %) et le cancer du pancréas (5 %) et de la vessie (4,5%) ;

Chez les **femmes**, il s'agit par ordre décroissant, du cancer du sein (29 %), du cancer broncho-pulmonaire (13 %), du cancer colorectal (12,5 %), du cancer du pancréas (6 %) et du cancer des ovaires (5 %).

La Charente-Maritime, particulièrement touchée par l'incidence et les décès par cancer

Une surmortalité régionale et une sur-incidence par cancer toutes localisations confondues se retrouvent chez les hommes ainsi qu'en Charente-Maritime (chez les hommes et chez les femmes). Décliné par localisation cancéreuse, le territoire picto-charentais offre plusieurs spécificités répertoriées dans la figure suivante :

Figure 6. Spécificités territoriales en termes de mortalité et d'incidence selon le sexe et la localisation cancéreuse

	Poitou-charentes			Charente			Charente-Maritime			Deux-Sèvres			Vienne			
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	
broncho-pulmonaire			🚩				🚩	🚩	🚩	🚩	🟢	🟢	🟢	🟢		🟢
colorectal	🚩									🚩	🚩	🚩	🚩			🚩
Prostate		🟢			🟢			🟢							🚩	
SNC	🚩		🚩					🚩	🚩	🚩						
Lymphome malin non hodgkinien	🚩		🚩					🚩	🚩	🚩						
Vessie						🟢				🚩						
Rein										🚩		🚩				
Estomac	🟢		🟢		🟢		🟢		🟢	🟢		🟢				
Myélome	🚩		🚩											🚩		🚩
Thyroïde		🟢	🟢						🚩			🚩				
Lèvre-Bouche-pharynx									🚩							🚩
Mélanome peau									🚩							
Toutes localisations	🚩		🚩	🟢	🟢		🚩	🚩	🚩	🚩	🟢	🟢	🚩	🟢	🟢	

Sources : Inserm CépiDc, Insee, Registre (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17)

Exploitation ORS et Registre Poitou-Charentes

Légende	
	Sous-mortalité par rapport à la France
	Surmortalité par rapport à la France
	Sous-incidence par rapport à la France
	Sur-incidence par rapport à la France

- En Charente, peu de spécificités apparaissent avec néanmoins moins de cas incidents qu'au niveau national : il y a moins de nouveaux cas de cancer de la prostate et de la vessie qu'au niveau national et une sous-mortalité par cancer de l'estomac chez les femmes
- Le département de la Charente-Maritime est en surmortalité et en sur-incidence par cancer, avec principalement :
 - Une surmortalité et une sur-incidence par cancer broncho-pulmonaire chez les hommes comme chez les femmes,
 - Une surmortalité féminine et une sur-incidence par cancer du système nerveux central
 - Une surmortalité féminine par lymphomes malins non hodgkinien (LMNH)
 - Une sous-mortalité par cancer de l'estomac chez les hommes
 - Moins de cas de cancer de la prostate qu'au niveau national
 - Une sur incidence par cancers des VADS, de la vessie, de la thyroïde et du mélanome de la peau.
- Les Deux-Sèvres sont en sous-mortalité féminine mais en sur-incidence par cancer par rapport à la France:
 - Une sous-mortalité par cancer broncho-pulmonaire chez les hommes comme chez les femmes,
 - Une sous-mortalité par cancer de l'estomac et de la vessie chez les hommes
 - Mais une surmortalité et une sur-incidence masculine par cancer colorectal

- Une surmortalité masculine par LMNH et par cancer du rein
 - Une sur incidence par cancer de la thyroïde.
- La Vienne est en surmortalité masculine par cancer colorectal, de la prostate et du myélome. Plus de cas de cancer des lèvres-bouche et pharynx y sont enregistrés alors que moins de cas de cancer broncho-pulmonaire n'y sont répertoriés qu'en France.

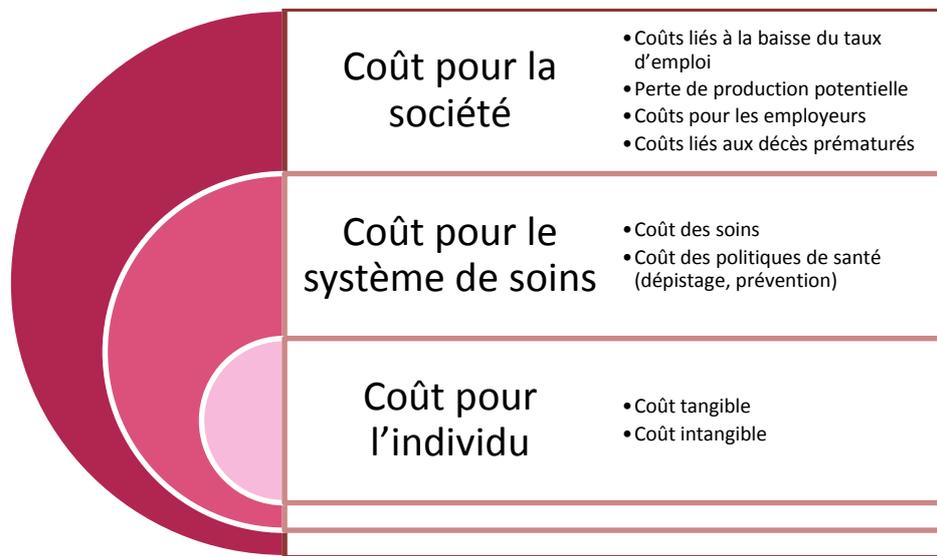
Un risque de second cancer chez les personnes atteintes de premier cancer augmenté de 36 % par rapport au risque en population générale (18)

Le risque de développer un second cancer varie en fonction de la localisation du premier cancer. Ce risque est d'autant plus grand que le premier cancer est associé à la consommation de tabac et d'alcool.

II.2. Le coût social et économique du cancer

Dans la littérature, plusieurs classifications du coût économique du cancer sont disponibles :

Figure 7. Les coûts économiques du cancer



Source : Le coût économique du cancer au Québec en 2008 (19)

Le fardeau d'une pathologie englobe non seulement les pertes causées par les décès, mais aussi les pertes causées par l'incapacité précédant le décès. Ainsi, la réduction des coûts et des dépenses est possible seulement en réduisant les taux de mortalité et le nombre des années dues à l'incapacité.

Pour décrire le fardeau global des maladies et calculer les pertes économiques, l'OMS utilise un indicateur appelé DALY (*the disability- adjusted life year*) ou AVAI (années de vie sans incapacité) qui représente la perte de l'équivalent d'une année vécue en pleine santé. En fonction de l'économie de chaque pays, le DALY a un coût spécifique.

Près de 200 millions AVAI et 30 milliards d'euros pour le cancer en Europe

L'OMS a estimé que dans la région européenne plus de 195 millions d'AVAI ont été perdues à cause du cancer ce qui représente plus de 38 000 AVAI pour 100 000 habitants (20) alors qu'en France, les maladies non transmissibles, cancer inclus, ont provoqué la perte de près de 16 000 AVAI pour 100 000 personnes et de plus de 11 000 AVAI pour 100 000 habitants en Poitou-Charentes (9) .

D'après un article de *Lancet Oncology*, en 2009, pour l'Union européenne, le cancer a représenté 126 milliards d'euros dont 51 milliards pour les soins, soit 102 euros par habitant. Pour la France, cela a représenté la même année 17 milliards d'euros, soit 0,9 % de son PIB. À noter que les 4 pays les plus peuplés de l'Union (Allemagne, France, Italie et Royaume-Uni) représentent les 2/3 de la dépense totale (21).

Le coût du cancer en France en 2004

Une étude de l'Inca, parue en 2007, évalue pour la première fois l'ensemble des coûts de la maladie en France (22) à 30 milliards d'euros en 2004. Les différents coûts sont indiqués dans le tableau suivant :

Tableau 1. *Coût économique du cancer en France (2004)*

Types de coûts	Evaluation (en k€ sauf #1)
1. Impact de la maladie sur la vie des personnes	
- Années potentielles de vie perdues	env. 2 300 000
2. Le coût des soins*	10 886 190
- Soins en établissements de santé	7 184 885
- Soins de ville	3 701 305
3. Pertes de production	
- Pertes de productivité par les agents économiques du fait d'arrêts maladie, évaluées par la méthode « coûts de friction »	527 811
- Pertes de production potentielle du fait de la mortalité par cancer, évaluées par la méthode « Flux de Revenus Actualisés »	16 921 070
4. Politiques de prévention primaire participant à la lutte contre les cancers*	120 000
- Tabac	46 000
- Alcool	63 000
- Nutrition/exercices physiques	11 000
5. Dépistages organisés*	247 900
- Cancer du sein	194 200
- Cancer colorectal	53 700
6. Recherche publique*	670 000
- Subventions de l'Etat aux organismes de recherche et aux universités	324 000
- Subventions de l'Assurance Maladie aux établissements de santé	302 000
- Contrats publics de recherche fléchés cancer	44 000

(*) Coûts pour l'Etat et l'Assurance Maladie

Source : *Analyse économique des coûts du cancer en France (22)*

II.2.1. Impact sur la vie des personnes

La survenue de la maladie a un impact important sur la vie des individus et leurs proches : les traitements sont lourds et détériorent la qualité de vie des malades. Et trop souvent encore, la maladie entraîne la mort. En 2002, on a recensé environ 153 000 décès dus au cancer en France et 5 200 en Poitou-Charentes. Ils ont souvent lieu à un âge précoce et représentent, dans l'ensemble, environ 2 300 000 années potentielles de vie perdues (200 000 en Poitou-Charentes(9)) par rapport à l'espérance de vie moyenne.

II.2.2. Le coût pour la société

Le cancer entraîne également une perte de revenu économique disponible pour la collectivité. Celle-ci est composée de deux éléments, le coût des soins et les pertes de production dues à l'impact de la maladie sur l'offre de travail. Le coût réel des soins pour la société est encore plus important, puisqu'il comprend également certaines dépenses incombant directement aux patients ou encore tous les soins prodigués par les proches aux patients.

II.2.2.1. Les dépenses pour les soins

En 2013, le régime général a dépensé plus de **15 milliards d'euros** pour les soins du cancer, représentant environ 10 % de la dépense totale de soins (23). En moyenne, la prise en charge d'une personne atteinte de cancer a coûté un peu plus de **8 729 euros** par personne et par an en 2009, soit 15 % de coût supplémentaire par rapport au coût moyen d'une prise en charge pour une pathologie reconnue en ALD. L'hospitalisation publique et privée représentait 57 % de cette somme et les soins de ville 42 %.

Tableau 2 : Dépenses moyennes pour tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique pour une personne, en France en 2009

Types de dépenses annuelles moyennes	Dépenses pour une personne (euros)	Pourcentage
Honoraires médicaux et dentaires	926	10,6 %
Auxiliaires médicaux	386	4,4 %
Pharmacie	1 496	17,1 %
Biologie	194	2,2 %
LPP	268	3,1 %
Transports	392	4,5 %
Autres soins de ville	14	0,2 %
Total soins de ville	3 676	42,1%
Moyen court séjour	972	11,1 %
Psychiatrie	NS	NS
Autres (conventions internationales, établissements non conventionnés)	15	0,2 %
SSR	99	1,1 %
Total hospitalisation privée	1 093	12,5%
Moyen court séjour	3 598	41,2 %
Psychiatrie	91	1,0%
SSR	271	3,1%
Total hospitalisation publique	3 960	45,4%
Total général	8 729	100%

Source : CNAMTS (SNIIRAM, PMSI MCO) (24)

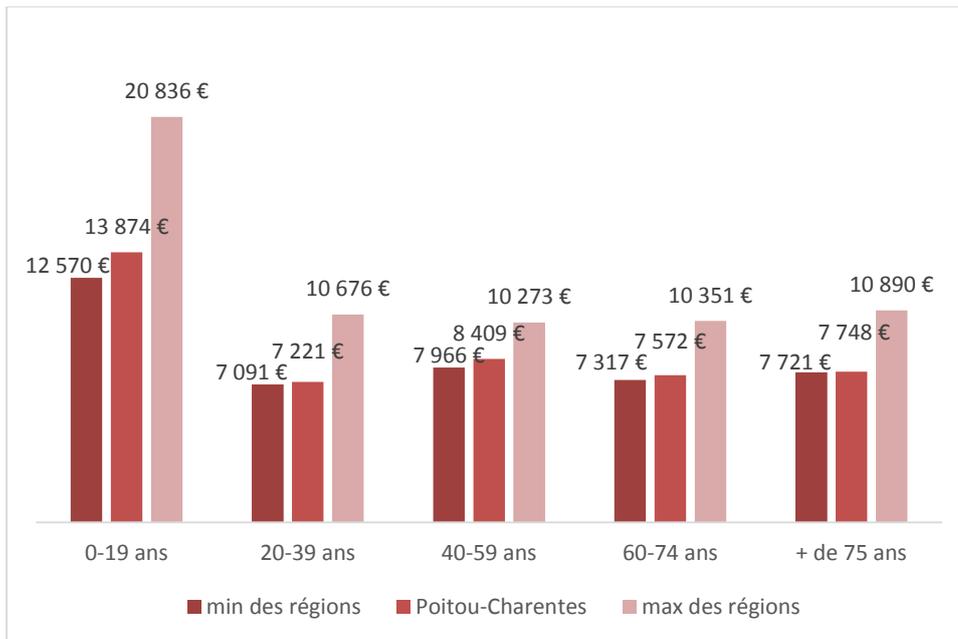
Des différences de coûts selon la localisation cancéreuse

En 2009, plus d'un quart de l'ensemble des charges du cancer a concerné le cancer du sein avec plus de 3 milliards d'euros dépensés pour plus de 500 000 personnes en ALD. Les cancers de la prostate et colorectal totalisent près d'un milliard et demi (13 % des dépenses totales) et un peu plus d'un milliard pour le cancer broncho-plumonaire (9,5 %). Pour les autres types de cancers, l'assurance maladie a dépensé moins de 5 % pour chaque forme tumorale.

Des différences de coûts selon la tranche d'âge et la région

Le coût moyen individuel de l'ALD cancer est plus important pour les moins de 20 ans avec près de 14 000 euros par an et par individu en Poitou-Charentes. Sur le territoire national, ce coût moyen est différent selon la région, allant de 12 600 € en Aquitaine à 20 900 € en région Centre. Pour les autres tranches d'âge, le coût moyen est moindre, allant de 7 500 € en Pays de la Loire à 10 500 € en Corse (7 700 € en Poitou-Charentes) (figure 9).

Figure 8. Coût moyen de l'ALD cancer pour le régime général selon la tranche d'âge en Poitou-Charentes en 2009



Sources : CNAMTS (SNIIRAM, PMSI MCO) (24)

Les remboursements des soins de ville

Par le biais du dispositif des ALD, les soins de ville coutent près de 3 700 € en moyenne par an et par malade. Ce prix moyen est variable selon le type de cancers, les leucémies myéloïdes nécessitant un remboursement à hauteur de 12 000 € par personne affectée. Pour les myélomes multiples et autres tumeurs, la somme moyenne dépasse 8 000 € par personne, alors que pour le mélanome, les tumeurs de la thyroïde et du testicule les sommes allouées sont inférieures à 2 000 euros par personne. C'est le remboursement des médicaments qui occasionne le plus de dépense avec une moyenne de 1 500 € par personne et par an.

Le coût des hospitalisations

Les hospitalisations dus à un cancer coutent en moyenne 4 150 € par an et par malade. Ce montant moyen va de 1500 € pour un cancer de la thyroïde à 13 200 € pour une leucémie myéloïde.

Evolution des dépenses de soins entre 2011 et 2013

Entre 2011 et 2013, les dépenses liées aux soins ont légèrement augmenté. Le coût de la prise en charge a presque doublé de 4,6 milliards à 8,6 milliards. Le coût des molécules anticancéreuses utilisées reste stable, mais une légère augmentation de la prescription des thérapies ciblées peut être observée. Les dépenses pour les molécules délivrées en officine et remboursées sont elles aussi en augmentation d'une centaine de millions d'euros. (Tableau 4)

Tableau 2. *Les dépenses des soins du cancer en France en 2011 et en 2013*

	2011	2013
Dépenses de l'Assurance maladie	14,5 milliards €	-
Les dépenses pour la prise en charge	4,6 milliards €	8,67 milliards €
dont chirurgie	40 %	31 %
dont chimiothérapie	24 %	22 %
dont radiothérapie	11 %	8 %
dont soins palliatifs	-	12 %
Molécules anticancéreuses	1,46 milliards €	1,47 milliards €
Dont Thérapies ciblées	66 %	71 %
Molécules délivrées en officine et remboursées	779 millions €	879 millions €

Source : *Observatoire sociétal des cancers 2013 (pour 2011) (25) et Inca 2014 (pour 2013) (8)*

II.2.2.2. Les pertes de production

Les **pertes de production dues à l'impact de la maladie sur l'offre de travail** sont également importantes. Le coût, pour les employeurs, des arrêts maladie liés à un cancer est de l'ordre de 500 millions d'euros. Sont pris en compte le coût engendré par l'arrêt temporaire ou définitif du travail (nombre et durée des arrêts de travail) et de sa perte de production.

La valeur de la **production potentielle perdue du fait de la mortalité par cancer** est, elle, de l'ordre de 17 milliards d'euros et représente plus de la moitié du coût global du cancer. Les pertes de production potentielle (calculée sur 50 années) dues à la mortalité par cancer en France en 2002 sont variables d'un sexe à l'autre (9,9 milliards pour les hommes et 7 milliards pour les femmes), et d'une localisation cancéreuse à l'autre. Le cancer broncho-pulmonaire totaliserait plus de 3,7 milliards d'euros, suivi du cancer du sein (1,6 milliards), et du cancer des tissus lymphatiques (1,3 milliards).

II.2.3. Les dépenses pour la lutte contre le cancer : plus d'un milliard d'euros

L'État, l'Assurance Maladie, ou encore les collectivités locales, ont investi environ **1,1 milliard d'euros** en 2004 pour renforcer la capacité à lutter contre la maladie : 250 millions d'euros dans le dépistage des cancers, afin de diagnostiquer plus tôt et ainsi améliorer le pronostic vital; 120 millions d'euros dans la prévention de comportements individuels à risque (tabac, alcool) et la promotion d'une hygiène de vie permettant de réduire les risques de survenue de la maladie; et 670 millions d'euros dans la recherche scientifique.

Par ailleurs, d'après les comptes nationaux de la santé publiée par la Drees en 2013 (26), le budget alloué à la prévention a augmenté de 16 % entre 2004 et 2013, tous domaines confondus. Les dépenses pour le dépistage du cancer se sont rapprochées de 200 millions euros. En matière de vaccination, y compris la vaccination contre le Papillomavirus, les dépenses ont dépassé 100 millions euros. Pour la lutte contre les addictions y compris le tabac 87 millions euros ont été dépensés en 2013.

Les dépenses des politiques de prévention primaire : 120 millions d'euros

En 2004, au total 120 millions d'euros ont été utilisés dans la prévention de comportements individuels à risque et la promotion d'une hygiène de vie permettant de réduire les risques de survenue de la maladie – actions qui participent également à la prévention d'autres maladies et qui ne sont donc pas entièrement attribuables à la lutte contre le cancer ;

En 2004, pour la **lutte contre la consommation d'alcool, l'Etat a dépensé près de 63 millions euros**. Au total, 67 % de cette somme a été attribué à des organismes pour l'aide à l'arrêt, 21 % pour des actions locales, 9 % (soit 5 millions d'euros) pour informations auprès du public et 1,8 million dans la logistique et la recherche (dont production d'étude épidémiologiques).

Pour cette même année, la **lutte contre le tabagisme** a coûté un peu plus de **46 millions euros**. Les campagnes d'information auprès du public ont constitué 35 % du montant total de cette enveloppe, les dispositifs d'aide à l'arrêt 29 %, les actions locales (24 %), la surveillance de l'application des lois a représenté plus de 3,6 millions et la logistique et la recherche 1,6 million.

Les dépenses pour les politiques d'éducation pour la nutrition et l'hygiène de vie sont estimées à **11 millions d'euros**. Les campagnes d'information auprès du public représentent près des deux tiers de ce montant, les actions locales (40 %) et la logistique et la recherche 175 700 euros.

Les dépenses pour le dépistage organisé : 250 millions d'euros

En 2004, le dépistage organisé du cancer du sein coûte **195 millions d'euros** pour une participation de 36 %, soit un coût moyen de 134 € par personne dépistée. Si l'objectif de 70 % de participation était atteint, on estime ce coût total à 326 millions d'euros. Le coût moyen du dépistage individuel est de la même façon estimé à 103 € par personne (22).

De la même manière, les dépenses du dépistage organisé du cancer colorectal sont estimées à **54 millions d'euros** pour une participation de 33 %, soit un coût moyen de 81 € par personne dépistée. Cependant cette évaluation a été réalisée en 2004, ce dépistage n'était pas encore généralisé sur l'ensemble du territoire français.

Dans les recommandations de l'HAS concernant le dépistage du col utérin (27), les auteurs montrent que si les dépenses relatives au dépistage du cancer du col augmenteraient de 9,4 %, le coût du traitement des lésions précancéreuses et des cancers diminuerait de 6,6 %.

Recherche publique : 670 000 euros

La recherche scientifique a joué un rôle essentiel dans la lutte contre le cancer au cours de ces dernières décennies. De nombreuses disciplines sont impliquées : la biologie, qui étudie les mécanismes de la tumorigénèse et permet d'imaginer des stratégies thérapeutiques, l'épidémiologie qui permet de suivre les incidences de différentes tumeurs et d'identifier les facteurs de risque, la recherche clinique et médicale qui teste de nouvelles thérapies et améliore les pratiques, les sciences humaines et sociales qui éclairent la mise en place de politiques de prévention ou encore l'organisation des soins.

En France, en 2004, le coût de la recherche contre le cancer est de 670 000 euros, soit près de 16 fois moins que le budget consacré aux soins. Les subventions de l'état représentent la moitié de cette somme auprès des organismes de recherche (33 %) ou à la recherche universitaire (16 %). Les subventions de l'assurance maladie aux établissements hospitaliers en représentent 45 % et les contrats de recherche 7 %.

II.2.4. Les dépenses pour la famille et les aidants naturels

La notion de restes à charge, difficilement quantifiable

Dans son rapport de 2013, l'observatoire des cancers (25) fait l'état des lieux des « **restes à charge** » qui représentent la totalité des frais de santé qui ne sont pas remboursés aux usagers comme par exemple :

- dépassements d'honoraires
- tickets modérateur
- franchises médicales (dans la limite de 50 € par an)
- forfait de 1 € sur chaque consultation de médecin
- forfait de 18 € sur les actes lourds (montant supérieur à 120 € par acte)
- forfait journalier de 18 € en cas d'hospitalisation.

Selon le dispositif d'observation pour l'action sociale (DOPAS) 2013, 47 % des répondants ont déclaré avoir subi un reste à charge dans les 12 mois précédant l'enquête. Parmi ceux-ci, 46 % déclaraient qu'il s'agissait d'un soin de confort, 30 % de dépassement d'honoraire et 26 % de prothèse.

Une étude québécoise (19) a mis en évidence des coûts supplémentaires supportés par les familles et les aidants naturels de l'ordre de **185 € par mois** en moyenne, coût qui couvrent les différents besoins des familles dont un membre est atteint de cancer (orientation et aide, équipements, garde enfants, transport, entretien ménager, repas).

Les dépenses de la prise en charge du cancer en Poitou-Charentes

Une étude effectuée (28) en Poitou-Charentes montre que le coût moyen (en 2010) de la prise en charge d'un cancer du sein à la fin de la première année de suivi est de **15 273 euro** (\pm 5 056 euros) dont 87 % correspondait à la prise en charge hospitalière et 17 % les soins de ville.

La réalisation de la radiothérapie augmentait les dépenses de la prise en charge de 6 429 euros, la chimiothérapie de 5 446 euros et l'hormonothérapie de 2 677 euros.

Pour réaliser des économies, des améliorations ont été proposées par les auteurs :

- Uniformiser le coût des consultations en limitant ou en diminuant les dépassements d'honoraires
- Développer la chirurgie ambulatoire avec une diminution prévue de la durée moyenne de séjour de 20 %, donc diminuer les dépenses pour l'assurance maladie.
- Préférer la chimiothérapie en hospitalisation à domicile si la situation du patient le permet
- Développement de la radiothérapie hypo-fractionnée et de la radiologie interventionnelle
- Faciliter l'accès aux soins de support afin d'améliorer la qualité de vie et ainsi diminuer les coûts de la prise en charge du cancer
- Négocier le prix des molécules avec l'industrie pharmaceutique.

III. Les stratégies de lutte contre le cancer

III.1. Les politiques de lutte contre le cancer

III.1.1. La lutte contre le cancer à l'échelle internationale

La lutte contre le cancer, maladie qui touche l'ensemble des pays au niveau international, nécessite une coordination mondiale et une mise en place d'actions concertées. L'OMS propose un « Plan d'action pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020 »⁽²⁹⁾ dont les objectifs principaux sont : la réduction de la mortalité prématurée et l'amélioration de la qualité de vie.

La réduction de la morbidité et des décès prématurés nécessite l'application efficace des interventions préventives et curatives déjà existantes, mais aussi l'intervention sur les politiques publiques dans d'autres secteurs que celui de la santé. Chaque membre doit prendre des mesures multisectorielles pour offrir des ressources adéquates, pour garantir un accès universel et l'équité et pour prendre en compte tous les âges de la vie. De plus, chaque état doit assurer une cohérence des politiques établies dans les différents domaines qui ont une incidence sur le cancer.

L'Union internationale contre le cancer (UICC)

L'INCa est membre de l'organisation non gouvernementale UICC, qui se consacre à la lutte mondiale contre le cancer et compte environ 350 membres dans une centaine de pays. Les domaines d'activités de l'UICC comprennent le transfert des connaissances (dont un programme finançant des bourses), l'aide au renforcement des structures des pays et le développement au niveau mondial d'un plaidoyer pour la lutte contre le cancer. L'UICC organise la Campagne mondiale de lutte contre le cancer et le Congrès mondial sur le cancer.

III.1.2. La lutte contre le cancer en Europe

La lutte contre le cancer est une des priorités de la politique européenne de santé publique depuis 1985. Trois programmes d'action successifs intitulés « L'Europe contre le cancer » ont ainsi été mis en œuvre entre 1987 et 2002. En juin 2009, la Commission européenne a adopté une Communication pour un Partenariat européen de lutte contre le cancer. Cette communication a été présentée en réponse à l'impact croissant du cancer dans nos sociétés et aux inégalités qui existent en termes d'incidence et de taux de survie au sein et entre les États membres. L'EPAAC (*European Partnership for Action Against Cancer*) a pour objet d'aider les États membres à coordonner leurs actions dans la lutte contre le cancer dans quatre grands domaines : **promotion de la santé et dépistage, diffusion des bonnes pratiques en matière de soins, coordination de la recherche, et informations et données comparables**. Ce partenariat a été renouvelé en 2014 *via* une nouvelle action conjointe, appelée CANCON (*Cancer Control Joint Action*).

III.1.3. La lutte contre le cancer en France

En France, face aux enjeux de santé publique du cancer, les gouvernements successifs ont, depuis 2003, soutenu la mise en place des Plans cancer.

Les deux premiers Plan cancer (2003-2007) (30) et (2009-2013) (31)

Le premier Plan Cancer (2003-2007) a jeté les bases de l'organisation de l'offre de soins et a développé la prévention et le soutien à la recherche. Tout en consolidant les acquis du Plan précédent, le Plan cancer 2009-2013 a impulsé un nouvel élan, en accélérant le transfert des avancées de la recherche au bénéfice des malades. Il a aussi ouvert de nouveaux chantiers, tels que l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes et la réduction des inégalités de santé face au cancer.

Nécessité d'un troisième plan cancer en 2013

Le document « *Les recommandations pour le troisième Plan cancer* »(32) soulignait :

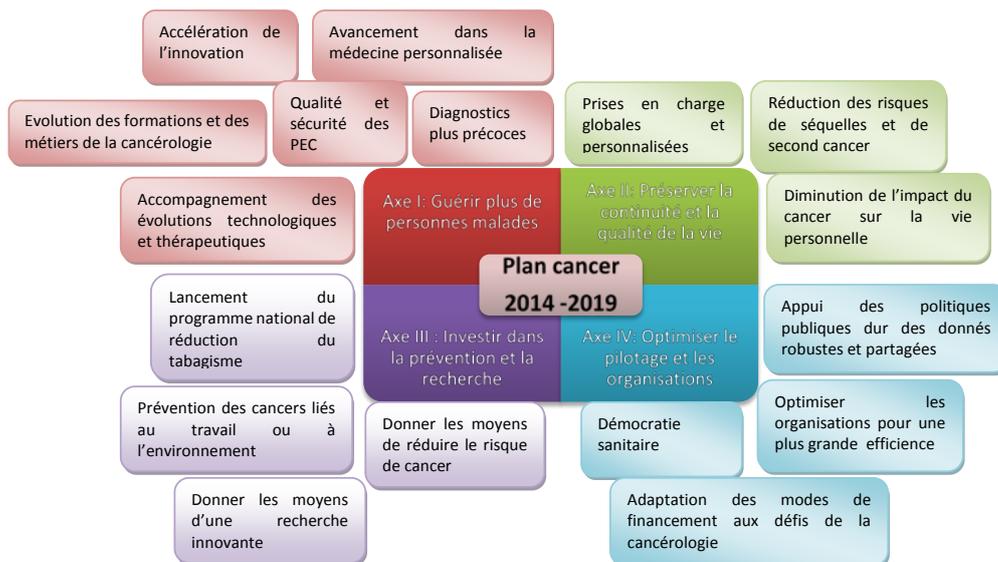
- Le Haut Conseil de Santé Publique dispose de peu d'indicateurs pour mesurer les effets du deuxième Plan cancer
- Les principaux facteurs de risque sont connus, mais les mesures de prévention ne sont pas marquées d'où une progression des facteurs de risque
- La politique de lutte contre le tabac est un échec car les politiques de lutte contre le tabac sont discontinues et insuffisantes en termes de prévention et non regroupées au sein d'un plan spécifique
- Maintien de l'inégalité sociale et des inégalités de santé liées au cancer
- La généralisation des dépistages est déjà acquise, mais les taux de participation et les taux de couverture sont inférieurs aux taux nécessaires à leur efficacité et à la réduction des inégalités

Le troisième Plan cancer 2014 – 2019 (33)

La France a mis en place un troisième plan cancer 2014 -2019 (34), construit autour de 4 axes et 17 objectifs.

Tandis que le deuxième plan cancer se proposait plutôt d'améliorer les connaissances concernant le cancer, le troisième plan cancer se propose de réduire l'impact socio-sanitaire et économique du cancer par une prise en charge globale et intégrée.

Figure 9. Les axes et les objectifs du Plan cancer 2014-2019



D'après le plan cancer 2014-2019 (33) Réalisation ORS Poitou-Charentes

Le plan cancer 2014-2019 s'articule avec les autres plans de santé publique qui l'impactent ou auxquels il s'associe (tels que le PNSE3, le PNNS, le Plan santé au travail 3...).

Tableau 3. *Articulation du Plan cancer 2014-2019 avec les autres Plans de santé publique*

	Plan national santé environnement (PNSE 3) 2015-2019 (35)	✓ Mieux comprendre et prévenir les cancers en lien avec des expositions environnementales
	Programme national de réduction du tabagisme (PNRT) 2014-2019(36) <i>(mesure 10 du plan cancer)</i>	✓ Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabagisme ✓ Aider les fumeurs à arrêter de fumer
	Programme national pour la sécurité des patients 2013-2017	✓ Rendre le patient acteur de sa sécurité ✓ Améliorer la déclaration et la prise en compte des événements indésirables graves associés aux soins ✓ Renforcer la sécurité du patient dans les essais cliniques
	Programme national d'amélioration de la politique vaccinale 2012-2017	✓ Faciliter la vaccination en allant notamment vers les lieux de vie ✓ Inciter à la vaccination
	Programme National Nutrition Santé 2011-2015 (37) Avec Plan Obésité 2010-2013 et le programme national pour l'alimentation	✓ Prévenir la dénutrition et les troubles nutritionnels induits par les maladies chroniques comme le cancer
	Plan d'actions stratégiques – Politique de santé pour les personnes placées sous mains de justice (2010-2014)	✓ Prévention et dépistage des cancers en milieu carcéral
	Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014	✓ Prévention et dépistage de l'infection à HPV et VHB ✓ Elargir la couverture vaccinale ✓ Prévoir des actions spécifiques pour les populations défavorisées
	Plan santé au travail (PST3) 2010- 2014 (38)	✓ Développer des actions de prévention des risques cancérigènes professionnels ✓ Améliorer les connaissances sur les expositions professionnelles

III.1.4. La lutte contre le cancer en Poitou-Charentes

Le Projet régional de santé (PRS)

Le projet régional de santé est composé de :

- **Plan stratégique** qui fixe les priorités et les objectifs de santé pour la région
- **Schémas** qui contiennent les dispositions déclinant les priorités
- **Programmes** qui proposent des actions concrètes déclinant les schémas

Tableau 4. Les composantes du PRS de l'ARS Poitou-Charentes et les objectifs proposés

Composante du PRS	Objectifs
1. Plan stratégique	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer l'espérance de vie en bonne santé - Développer un système de santé de qualité, accessible et efficient
2. Les schémas	
a) Schéma régional de prévention	<ul style="list-style-type: none"> - Réduire les inégalités sociales de santé - Diminuer la mortalité prématurée - Améliorer l'espérance de vie en bonne santé - Prioriser pour prévenir - Fédérer les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé au sein de plateformes de politiques publiques favorables à la santé - Mener une politique de lutte contre le cancer axée sur la prévention de la maladie et de ses conséquences - Impliquer de façon plus effective la population dans le processus décisionnel -
b) Schéma régional d'organisation des soins (volet hospitalier)	<ul style="list-style-type: none"> - Réduire les inégalités territoriales - Améliorer l'accès aux soins par une meilleure adhérence du personnel médical et une organisation territoriale qui répond à la quasi-totalité des besoins - Améliorer la qualité et la sécurité des soins - Rendre plus visible l'organisation des Centres de Coordination en Cancérologie (3C) - Mettre à disposition des référentiels validés et mettre en place une traçabilité des pratiques - Améliorer l'efficacité en optimisant le maillage des PEC - Assurer la pérennisation de l'organisation
c) Schéma régional d'organisation des soins (volet ambulatoire)	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la coordination des soins - Renforcer la couverture territoriale des réseaux - Favoriser la coopération professionnelle - Favoriser la mutualisation et l'harmonisation des pratiques - Permettre à toute personne de la région d'accéder à une offre de premier recours en santé quelle que soit la situation géographique
d) Schéma régional d'organisation médico-sociale pour personnes âgées	<ul style="list-style-type: none"> - Bénéficier d'une coordination gériatrique - Couvrir les territoires qui ne disposent pas de réseau - Bénéficier des services d'un SSIAD et des accompagnements spécialisés - Bénéficier d'une HAD - Mettre en place des structures d'aide aux aidants
3. Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)	<ul style="list-style-type: none"> - Réduire les inégalités sociales de santé - Améliorer la santé des personnes les plus démunies et éloignées du système de santé - Actions coordonnées de prévention et d'éducation pour la santé - Favoriser un accès effectif à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité
4. La feuille de route régionale	<ul style="list-style-type: none"> - met en évidence les grandes lignes de la politique de lutte contre le cancer en Poitou-Charentes autour des quatre axes structurants du Plan cancer 3 et contient les actions à mettre en place en fonction des priorités nationales et de celles régionales (cf. annexe 3)

Source : ARS (39)

III.2.La prévention primaire des cancers

La prévention primaire des cancers, maladies multifactorielles, repose sur l'identification et la connaissance de leurs facteurs de risque.

Les priorités de l'action publique en matière de prévention des cancers en France sont bien identifiées :

- en premier lieu diminuer la consommation de tabac,
- puis réduire la consommation régulière d'alcool,
- promouvoir les pratiques alimentaires et les pratiques d'activité physique de la population,
- améliorer la protection et le suivi des travailleurs exposés aux agents cancérigènes,
- mieux comprendre l'impact des expositions sur le long terme aux polluants de notre environnement et de notre alimentation.

Une prévention efficace des cancers passe notamment par une meilleure prise en compte du poids respectif des différents facteurs de risque de cancer et des actions qui peuvent être mises en place pour réduire les risques de survenue de cancer. Les professionnels de santé ont un rôle déterminant à jouer auprès des patients par leur implication dans les actions de prévention (ex. : accompagnement au sevrage), et pour contribuer à contrecarrer les idées reçues afin d'apporter un discours clair sur les sujets de prévention qui font débat (1).

La prévention du cancer du col de l'utérus

La prévention du cancer du col de l'utérus repose sur la combinaison de deux démarches complémentaires :

- Le dépistage par frottis du col utérin pour les femmes entre 25 et 65 ans qu'elles soient vaccinées ou non ; (cf III.3 Vers le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus)
- Une vaccination contre les papillomavirus humains (HPV) pour toutes les jeunes filles âgées de 11 à 14 ans, et en rattrapage chez les jeunes filles de 15 à 19 ans non encore vaccinées.

En 2011, à 17 ans, 47 % des jeunes picto-charentaises ont reçu 3 injections du vaccin contre le papillomavirus, alors que selon l'InVS, le taux de couverture vaccinale serait de 29,9 % au niveau national.(40)

III.3.La prévention secondaire : dépistage et détection précoce des cancers

Concept général

Un diagnostic précoce du cancer permet d'améliorer l'efficacité de la prise en charge en intervenant avant l'extension des cellules cancéreuses. Il peut être consécutif à une action de :

- **Dépistage** : il a pour objectif de mettre en évidence une anomalie liée à la présence possible d'un cancer en l'absence de symptôme ou de signe clinique objectif.
- **Détection précoce** : elle s'appuie sur la recherche et l'identification précoces de symptômes ou de signes cliniques suggestifs de cancer (signes d'alerte), à des stades où les personnes ne viennent habituellement pas spontanément se faire soigner.

Le dépistage et la détection précoce s'adressent à une population *a priori* bien portante. Ils correspondent à la prévention secondaire du cancer.

En France, les programmes nationaux de dépistage organisé des cancers sont financés par les pouvoirs publics (État et Assurance maladie) sur l'ensemble du territoire depuis 2004 pour le cancer du sein et 2008 pour le cancer colorectal. En complément, plusieurs départements ont mis en place à titre expérimental des programmes pilotes de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus chez la femme de 25 à 65 ans.

En dehors de ces programmes, des dispositifs de détection précoce de certains cancers sont également soutenus (notamment pour les cancers de la peau) et un dépistage opportuniste de certains cancers est parfois réalisé à l'initiative des professionnels de santé.(6)

Organisation du dépistage organisé

La coordination nationale du dépistage organisé des cancers en France est placée sous la responsabilité du ministère de la santé. L'Institut national du cancer (INCA) et la DGS assurent le pilotage de ces programmes.

Le Comité de pilotage régional des cancers est l'instance qui a la responsabilité de la mise en place des programmes de dépistages au niveau départemental. La **structure de gestion** (ou centre de coordination des dépistages) est l'instance opérationnelle dont le fonctionnement et les attributions sont fixés par voie réglementaire (cahier des charges). Elle assure l'organisation locale du dépistage à l'échelle d'un ou plusieurs départements. Son statut doit être à but non lucratif et indépendant des intérêts privés.

Les missions d'une structure de gestion :



- assurer l'interface avec les médecins traitants et les radiologues,
- participer à l'information, la sensibilisation et l'invitation des femmes de la population cible,
- assurer le suivi du processus de dépistage (information, organisation de la seconde lecture, envoi des résultats des tests de dépistage aux patientes et à leur médecin, transmission des données épidémiologiques...),
- assurer la qualité du dispositif en lien avec les différents professionnels impliqués,
- constituer et gérer les fichiers des personnes concernées ainsi que la collecte des données pour le pilotage et l'évaluation du programme de dépistage.

Ces structures sont financées par l'Etat et par l'Assurance Maladie.

III.3.1. Le dépistage organisé du cancer du sein

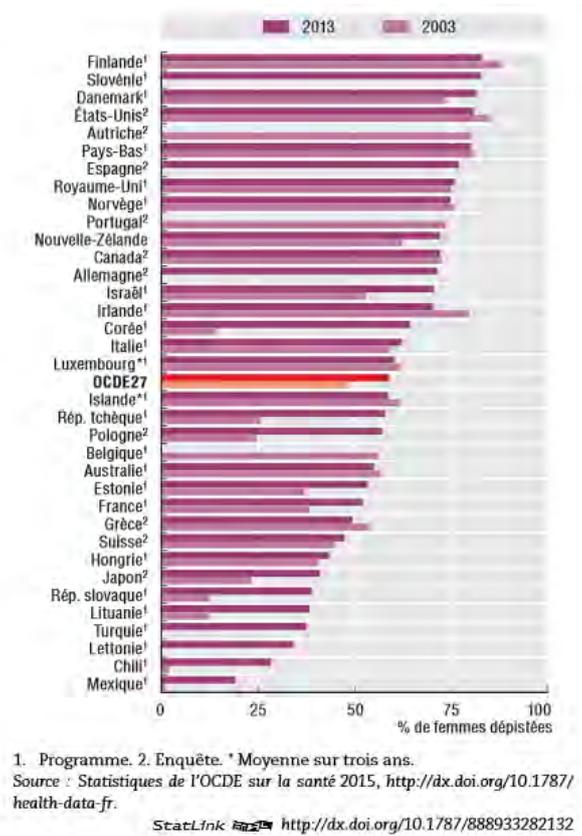
III.3.1.1. Les stratégies de dépistage au niveau mondial

La plupart des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) ont mis en place des programmes de dépistage du cancer du sein, même si la périodicité et les groupes de population cible varient d'un pays à l'autre. En raison des récents progrès des traitements et des inquiétudes relatives aux résultats faux positifs, au surdiagnostic et aux traitements excessifs, les recommandations en matière de dépistage du cancer du sein ont été réévaluées ces dernières années. Compte tenu des récentes conclusions de la recherche, l'OMS recommande un dépistage par mammographie organisé dans la population, si les femmes sont en mesure de prendre des décisions éclairées fondées sur les avantages et les risques de la mammographie.

En 2013, les taux de dépistage allaient de moins de 20 % au Mexique à plus de 80 % en Finlande, en Slovénie, au Danemark et aux États-Unis. La couverture du dépistage a considérablement augmenté dans les pays où elle était faible il y a 10 ans. La couverture a été plus que multipliée par 10 au Mexique et au Chili, plus que multipliée par quatre en Corée et multipliée par trois en République slovaque et en Lituanie. À l'inverse, les pays où les taux de dépistage étaient les plus élevés au début des années 2000 ont connu une certaine réduction de la couverture, notamment la Finlande, les États-Unis, les Pays-Bas, l'Irlande et

la Norvège. En Irlande, le programme de dépistage, qui a été commencé sur une base progressive en 2000, a achevé son déploiement national en 2009 mais il est encore trop tôt pour évaluer l'évolution de la couverture dans le temps. En France, le taux de participation a augmenté de près de 40 % en 10 ans, même s'il reste en 2013 inférieur à la moyenne des pays de l'OCDE (52 % contre 58,8 %) (41).

Figure 10. Stratégie et taux de dépistage par mammographie parmi les femmes de 50 à 69 ans selon les pays de l'OCDE en 2003 et en 2013



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015 (41)

III.3.1.2. Principes et recommandations

En France, le programme organisé de dépistage du cancer du sein repose sur l'invitation systématique de l'ensemble des **femmes de 50 à 74 ans**, sans facteur de risque significatif autre que leur âge (femmes dites à risque moyen), à bénéficier tous les deux ans d'un examen clinique des seins ainsi que d'une mammographie de dépistage par un radiologue agréé (centre privé ou public). Les structures de gestion départementales du dépistage organisé sont chargées d'inviter la population concernée et de veiller au bon déroulement du suivi.

Il s'agit d'un programme national instauré par les pouvoirs publics et généralisé à l'ensemble du territoire, au début de l'année 2004. Les femmes à risque élevé ou très élevé de cancer ne sont pas éligibles à ce dépistage et doivent bénéficier d'un suivi spécifique (suivi gynécologique, examens spécifiques, consultation d'oncogénétique pour les risques très élevés).

Bénéfices et limites

La revue des principales évaluations et études menées au niveau international au cours de ces 5 dernières années sur la question des bénéfices et des limites de ce dépistage permet de tirer les enseignements suivants(42) :

- une **réduction de la mortalité par cancer du sein dans la population cible de l'ordre de 15 à 21 %**;

- le risque de décès par cancers radio-induits liés aux mammographies serait, pour la population ciblée, de l'ordre **de 1 à 20 cas pour 100 000 femmes participant régulièrement au programme.**;
- les faux-positifs (**surdiagnostics**) concernerait **entre 1 et 19 % des cancers diagnostiqués chez les personnes participant au dépistage**;
- La **démarche d'assurance qualité** de l'évaluation qui l'accompagne permette de proposer un dépistage de qualité.

Les autorités sanitaires et la plupart des sociétés savantes considèrent, au vu de ces nouvelles estimations, que la balance bénéfiques/risques à un niveau populationnel est en faveur du dépistage organisé

Une étude régionale menée par le registre général des cancers de Poitou-Charentes, en partenariat avec les structures de gestions, a mis en exergue une meilleure survie à 5 ans des femmes de 50 à 74 ans atteintes d'un cancer du sein ayant été dépistées dans le cadre du dépistage organisé. D'autre part, concernant les cancers de l'intervalle diagnostiqués au cours des 24 mois, ceux-ci ont également une forme moins avancée et de meilleurs diagnostics que les cancers détectés hors du cadre du Do (43) .

Bénéfices du DO par rapport au DI

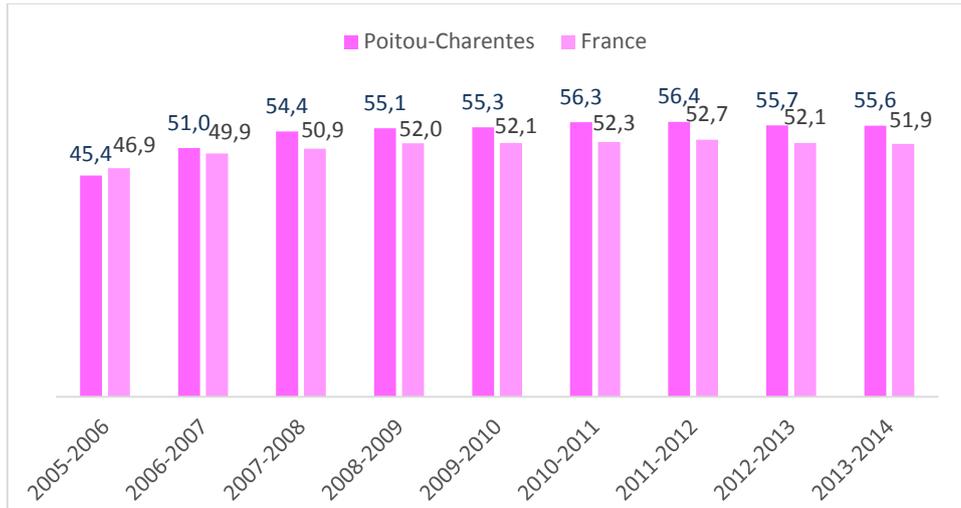
Relativement à une démarche de détection individuelle (DI), laquelle ne fait pas l'objet d'un recueil spécifique ni d'évaluation, **la participation au programme de dépistage organisé permet de bénéficier de garanties supérieures en termes de qualité et de performance :**

- ✚ **Système d'invitation systématique des femmes de la tranche d'âge ciblé et prise en charge à 100 % par l'assurance maladie ;**
- ✚ **Examen clinique des seins proposé lors de la visite de dépistage pour minimiser le risque de ne pas détecter un cancer radio-occulte ;**
- ✚ **seconde lecture systématique des mammographies considérées comme normales ou bénignes par un second radiologue indépendant du premier : en 2010, 6,2 % des cancers dépistés ont été détectés par la seconde lecture ;**
- ✚ **agrément et formation spécifique des radiologues ;**
- ✚ **bilan diagnostique immédiat en cas de mammographie positive, pour minimiser le délai d'une éventuelle prise en charge et éviter une attente angoissante ;**

III.3.1.3. Les taux de participation

Après une progression régulière depuis 2004, le taux de participation national au programme de dépistage organisé (DO) stagne depuis 2008. En Poitou-Charentes, le taux de participation au DO a toujours été plus élevé qu'au niveau national (*figure 1*). En 2014, près de 83 000 femmes ont été dépistées, représentant un taux de participation régional de 56 %, variant de 52 % (Vienne) à 63 % (Deux-Sèvres) (*tableau 1*). L'objectif de 65 % fixé à l'échéance 2013 par le plan cancer 2009-2013(31) n'a donc pas été atteint dans les départements.

Figure 11. Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein de 2005 à 2014 en Poitou-Charentes et en France



Sources : Institut de veille sanitaire - Données issues des structures départementales du dépistage organisé du cancer du sein

Tableau 5. Nombre de femmes dépistées et taux de participation standardisé au dépistage organisé du cancer du sein en 2014 par département en Poitou-Charentes et en France

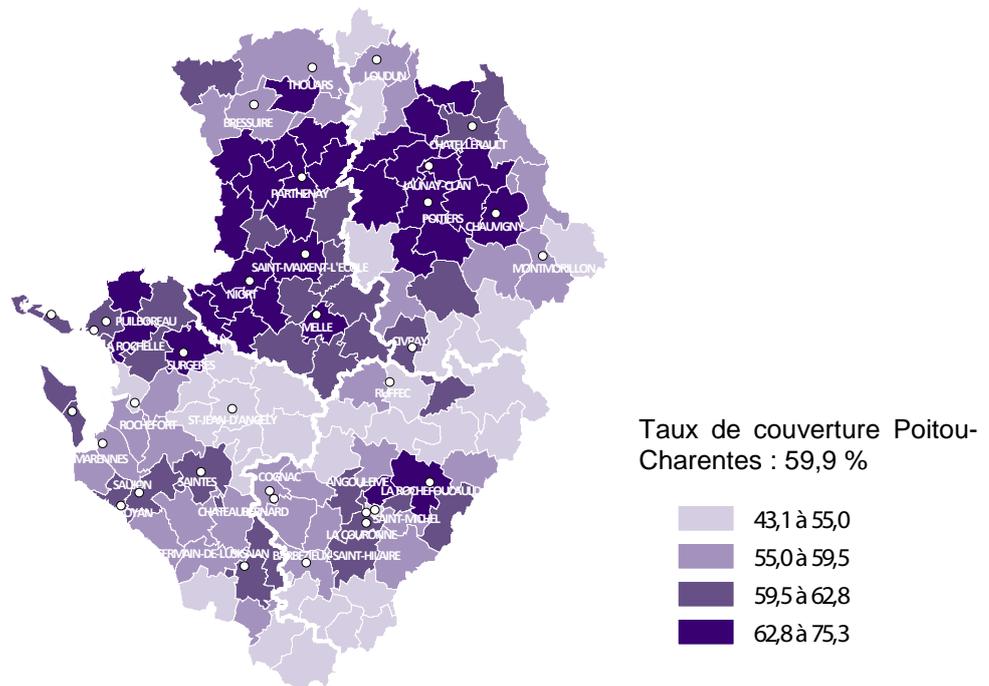
	Nombre de femmes dépistées	Taux de participation standardisé*
Charente	17 515	58,3 %
Charente-Maritime	30 072	52,9 %
Deux-Sèvres	18 341	62,9 %
Vienne	16 953	51,9 %
Poitou-Charentes	82 881	55,8 %
France entière	2 520 980	52,0 %

* standardisation sur la population française 2009 (Projections de population Insee [scénario central] 2007-2042)

Sources : Institut de veille sanitaire - 10 avril 2015 - Données issues des structures départementales du dépistage organisé du cancer du sein

Les recommandations européennes considèrent que le taux de couverture du dépistage (organisé et individuel) est acceptable à partir de 70 % de participation. Or, ce taux a été estimé en 2009-2011 à 60 % en région Poitou-Charentes (44), dont 12 % dans le cadre d'une démarche individuelle, variable selon les cantons (figure 3).

Figure 12. Taux de couverture du dépistage du cancer du sein (DO+DI) en Poitou-Charentes en 2009-2011 à l'échelle des cantons



Sources : Assurance maladie (RG, MSA, RSI), 2009-2011 (44) Exploitation : ORS Poitou-Charentes

Perspectives

- **Poursuite de la migration des mammographies vers la technologie numérique**

En 2013, 92 % des mammographies étaient réalisées en technologie numérique contre 83 % en 2011 (8). Les mammographies numériques permettent un examen plus rapide, une compression plus faible des seins, une dose de rayonnement plus faible (sous réserve d'un contrôle continu technique) mais également des avantages organisationnels (facilité de stockage et de transmission des images (notamment pour la 2^{ème} lecture), utilisation de logiciels d'aide à la détection) malgré un coût économique plus important (45).

- **Suivi des femmes présentant des risques aggravés de cancer du sein**

Les recommandations de la HAS de 2014 (46) font le bilan sur la recherche de stratégies efficaces, sûres et efficaces pour les femmes ayant un risque élevé voire très élevé d'avoir un cancer du sein. Ces femmes sont exclues du dispositif du dépistage organisé, dans la mesure où elles relèvent d'un suivi personnalisé.

- **Vers la tomosynthèse ?**

La tomosynthèse est une nouvelle technologie d'imagerie du sein permettant de générer une image tridimensionnelle (3D). Cet examen permettrait un meilleur diagnostic et un meilleur taux de détection, en diminuant les examens complémentaires, mais en émettant plus de radiations (47). Cette technologie prometteuse est en cours d'évaluation.

Comment améliorer la participation au DO ?

Une étude de l'ORS Poitou-Charentes parue en 2012(44), basée sur une analyse d'entretiens d'une part auprès des femmes ne participant pas au DO et d'autre part auprès des structures de gestion de la région ainsi que d'une analyse de la littérature préconise un certain nombre de recommandations, classées selon 3 niveaux d'intervention (environnemental, organisationnel et individuel) :

Au niveau environnemental

 Faciliter l'accessibilité des cabinets de radiologie : par exemple, avec l'utilisation des cars de ramassage ou de mammobiles (48) (mammographes mobiles). Ces besoins sont principalement ressentis en Charente, en Deux Sèvres et en Vienne. Le temps de trajet nécessaire pour rejoindre le cabinet de radiologie semble être le principal frein à la réalisation de la mammographie plutôt que le coût, comme le montre les conclusions de l'expérimentation du remboursement partiel des frais de transport en sud Vienne d'août 2013 à mars 2015 (projet Mammotrans86) (49).

 Renforcer l'implication des professionnels de santé (mesure 1.5 du plan cancer 2014-2019 (33) : par le biais de formation, de supports d'information, d'outils « facilitateur » pour le professionnel de santé. Une étude récente conclue que le principal levier à activer pour faire basculer les utilisateurs du DI vers le DO pourrait être l'implication plus importante des gynécologues dans le DO (50).

Au niveau organisationnel

 Mettre à disposition une information complète, précise, actualisée et accessible sur les recommandations, les modalités ainsi que les bénéfices et limites du dépistage(33),

 Avoir une communication ciblée, en particulier vis-à-vis d'une population précaire

 Développer la communication, notamment auprès de la presse locale

 Améliorer les conditions d'accueil dans les cabinets de radiologie,

Au niveau individuel

 Travailler sur les représentations liées au cancer (peur, traitement, ...),

 Limiter les freins financiers : notamment en prenant en charge le transport, l'archivage numérique ou le tiers payant du remboursement de l'échographie

 Former des « accompagnateurs santé »(48) ou des « femmes relais »(44) au niveau local afin de limiter le sentiment d'être seul.

III.3.2. Le dépistage organisé du cancer colorectal

III.3.2.1. Les stratégies de dépistage au niveau mondial

Un nombre croissant de pays ont mis en place un dépistage systématique gratuit du cancer colorectal, ciblant les individus entre 50 et 60 ans. En raison notamment des incertitudes relatives au rapport coût-efficacité des dépistages, les pays utilisent des procédés différents (test de recherche de sang occulte dans les selles, coloscopie et sigmoïdoscopie flexible). Divers procédés sont également disponibles dans le cadre du programme de dépistage dans certains pays. Dans la plupart des pays qui pratiquent le test de recherche de sang occulte dans les selles, un dépistage est proposé tous les deux ans. La périodicité du dépistage est moins élevée pour la coloscopie et la sigmoïdoscopie flexible, en général tous les dix ans, ce qui rend difficile la comparaison de la couverture des dépistages d'un pays à l'autre (41).

III.3.2.2. Principes et recommandations

En France, depuis 2009, le programme de dépistage organisé du cancer colorectal proposé par les pouvoirs publics est généralisé à l'ensemble du territoire. Il s'adresse aux **femmes et aux hommes âgés de 50 à 74 ans à risque moyen de cancer colorectal**, qui sont invités, tous les deux ans, à consulter leur médecin traitant pour réaliser un test de recherche de sang occulte dans les selles. Cette tranche d'âge est particulièrement ciblée puisque près de 95 % de ces cancers surviennent après 50 ans (7). Dix-huit millions de personnes sont concernées en France tous les deux ans par ce dépistage. En cas de test positif, une coloscopie doit être réalisée. Les structures de gestion départementales du dépistage organisé sont chargées d'inviter la population concernée et de veiller au bon déroulement du suivi. L'arrêté du 23 septembre 2014 paru au J.O. (51) permet l'introduction du test immunologique dans le dispositif du dépistage organisé.

Bénéfices et limites

Le premier intérêt du dépistage du cancer colorectal est son impact sur la mortalité. Plusieurs études internationales (6) ont établi que l'organisation d'un dépistage du cancer colorectal, permettait de réduire de 15 % la mortalité par cancer colorectal dans la population cible⁴. La majorité des cancers détectés dans le cadre du programme de dépistage est donc de bon pronostic. Lorsque le cancer colorectal est détecté à un stade précoce (stade I, atteinte superficielle de la paroi intestinale), le taux de survie à 5 ans dépasse 90 %(6). De plus, en favorisant une détection précoce du cancer colorectal, le dépistage permet au patient de bénéficier de traitements moins lourds. Il a donc un impact sur sa qualité de vie.

Outre les risques liés à l'anesthésie, le risque de complications graves suite à une coloscopie (dont perforations intestinales et hémorragies sévères) existe mais reste rare : de l'ordre de **3 pour 1 000 coloscopies réalisées**. Ces complications sont fortement corrélées à l'âge des patients et sont quatre fois plus fréquentes chez les patients de plus de 79 ans que chez les 50-74 ans. Le risque de décès est estimé à **1 pour 10 000 coloscopies réalisées** avec un risque accru à partir de 75 ans, soit au-delà de la tranche d'âge concernée par le programme de dépistage organisé.

III.3.2.3. Les taux de participation

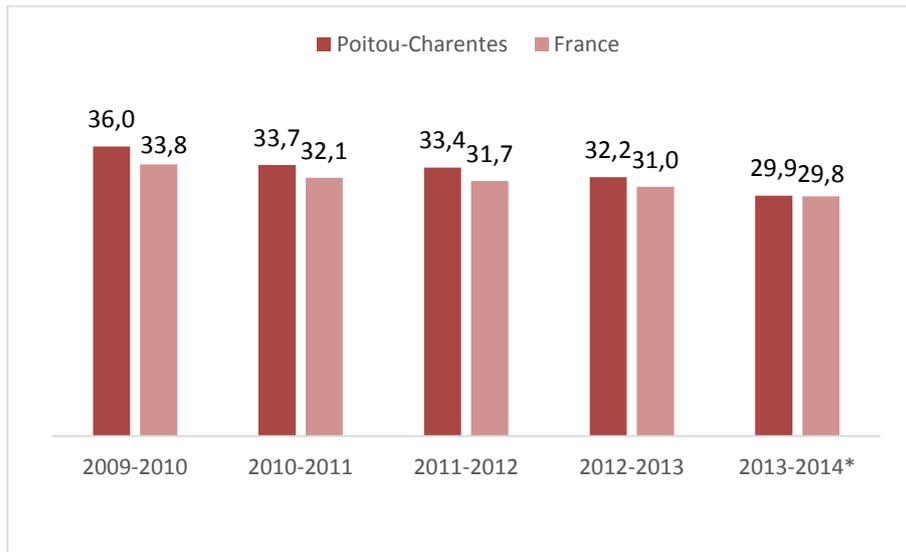
Les taux de participation national et régional au programme de dépistage organisé (DO) ont régulièrement diminué depuis 2009. En Poitou-Charentes, le taux de participation au DO a toujours été plus élevé qu'au niveau national (*figure 4*). En 2012-2013, plus de 153 000

⁴ sous réserve d'un taux de participation compris entre 50 % et 60 % et d'un taux de réalisation de la coloscopie, suite à un test positif, de 85 % à 90 %

personnes ont été dépistées, représentant un taux de participation régional de 32 %, variant de 30 % (Charente) à 39 % (Deux-Sèvres) (figure 5). Cette participation reste inférieure aux recommandations européennes d'au moins 45 % (8). En Poitou-Charentes, comme au niveau national, le taux de participation est plus élevé chez les femmes (34 %) que chez les hommes (30 %).

Sur la période 2012-2013, plus de 153 000 tests ont été réalisés au niveau régional dont 4 275 se sont révélés positifs, ce qui représente un taux de détection de 2,8 % (2,2 % au niveau national).

Figure 13. Taux de participation standardisé au dépistage organisé du cancer colorectal de 2009 à 2014 en Poitou-Charentes et en France



Sources : Institut de Veille Sanitaire - Données issues des structures départementales du dépistage organisé du cancer colorectal

* Avertissement pour 2013-2014 : Les différences départementales des taux de participation s'expliquent en partie pour cette année, par la mise en œuvre différenciée de la directive nationale du 6 octobre 2014, invitant les structures de gestion des dépistages organisés des cancers à anticiper l'arrêt de la distribution des tests au gaïac à partir du début du mois de novembre 2014.

Tableau 6. Nombre de personnes dépistées et taux de participation standardisé* au dépistage organisé du cancer colorectal en 2012-2013** par département en Poitou-Charentes et en France

	Nombre de personnes dépistées	Taux de participation standardisé*
Charente	29 099	29,7 %
Charente-Maritime	56 755	31,2 %
Deux-Sèvres	35 137	38,9 %
Vienne	32 162	30,5 %
Poitou-Charentes	153 153	32,2 %
France entière	4 924 609	31,0 %

Sources : Institut de Veille Sanitaire - 25 février 2014 - Données issues des structures départementales du dépistage organisé du cancer colorectal

* standardisation sur la population française 2009 (Projections de population Insee [scénario central] 2007-2042)

** données 2013-2014 non représentées ici du fait de la sous estimation de la participation due au changement de test de dépistage

Perspectives

La mise en place du nouveau test de dépistage

L'action 1.6 du plan cancer 2014-2019 (33) prévoit l'optimisation du dépistage organisé du cancer colorectal par le déploiement du test immunologique et la parution au JO de l'arrêté l'a rendu possible (51). Ce test repose sur la détection de la présence d'hémoglobine humaine dans les selles grâce à l'utilisation d'anticorps. Son déploiement a été décidé à la suite de l'avis favorable de la Haute Autorité de santé (HAS, 2008) et au rapport de l'INCa (INCa, 2011) précisant les modalités de migration vers ces tests immunologiques. La mise à disposition des tests immunologiques est effective depuis mai 2015 en France. La lecture est centralisée par le laboratoire Cerba.

Les tests immunologiques permettent de détecter des saignements plus faibles que ceux détectés par les tests au gâïac. Cela entraîne un nombre plus important de coloscopies et une détection plus grande de cancers ainsi que d'adénomes avancés. Ce gain en sensibilité concerne davantage les lésions précancéreuses et les cancers de stade débutant, ce qui répond à l'objectif de prévention et de réduction des cancers affiché par le plan cancer 2014-2019. Enfin, du fait de sa performance accrue et d'une forme plus simple d'utilisation du test immunologique, il est attendu que l'introduction du test immunologique ait un impact sur son acceptabilité par la population et donc sur la participation au programme. Une étude hollandaise publiée en 2008 rapportait ainsi un gain de 13 % de la participation au dépistage pour les personnes ayant réalisé un test immunologique par rapport à celles ayant réalisé le test au gâïac (52).

Améliorer l'organisation du dépistage

D'après les propositions de l'assurance maladie, il faudrait renforcer le rôle du médecin traitant et améliorer la qualité et la sécurité des coloscopies. (23)

Comment améliorer la participation au DO?

Certaines actions (53) favorisant l'adhésion au dépistage du cancer colorectal sont les mêmes que celles du cancer du sein :

- ☆ Renforcer le **dialogue** entre médecin et patient
- ☆ Développer la **communication** sur le DO : presse locale, communication ciblée
- ☆ Mettre à disposition une **information** complète, précise, actualisée et accessible sur les recommandations, les modalités ainsi que les bénéfices et limites du dépistage (33),
- ☆ Travailler sur les représentations liées au cancer (peur, traitement, ...),
- ☆ Former des « accompagnateurs santé »(48) ou des « femmes relais » (44) au niveau local afin de limiter le sentiment de solitude.

Certaines initiatives locales peuvent également augmenter la participation au dépistage du cancer colorectal, comme par exemple, l'implication des pharmaciens dans la délivrance des tests de dépistage. C'est le cas dans le Finistère depuis 2004 (54), et ce système est également en cours de réflexion en Charente (55).

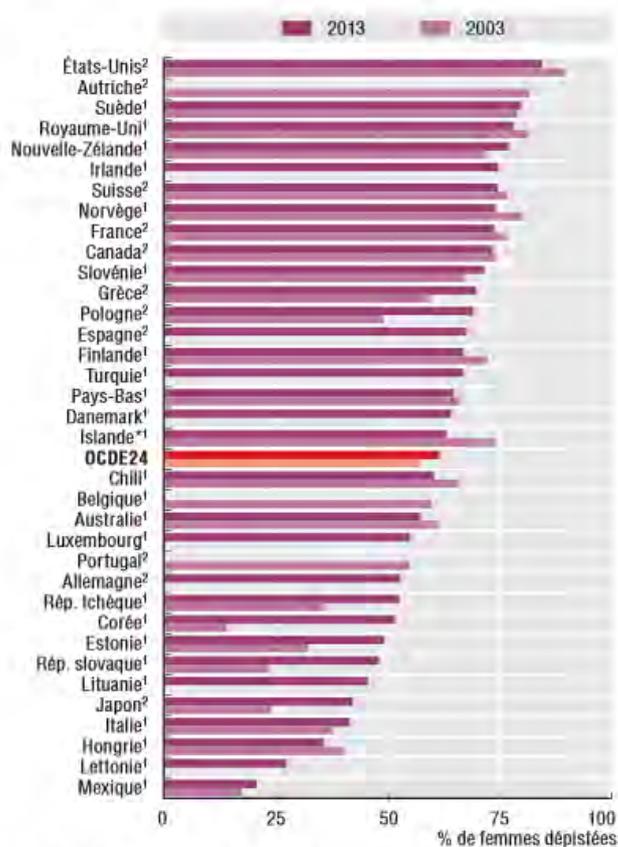
III.3.3. Vers le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus

III.3.3.1. Les stratégies de dépistage au niveau mondial

Les pays ont adopté des politiques différentes en ce qui concerne la prévention et le diagnostic précoce du cancer du col de l'utérus. Environ la moitié des pays de l'OCDE organisent des programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus, mais leur périodicité et les groupes cibles peuvent varier. Certains pays dans lesquels le cancer du col de l'utérus est moins fréquent, comme Israël et la Suisse, n'organisent pas de programmes de dépistage, mais les femmes appartenant au groupe d'âge concerné peuvent bénéficier gratuitement d'un test de cytologie vaginale (PAP) tous les trois ans

En 2013, les taux de dépistage du cancer du col de l'utérus allaient de 20,7 % au Mexique à 84,5 % aux États-Unis et ont augmenté de 57,0 % à 61,1 % en moyenne dans les pays de l'OCDE au cours de la dernière décennie. La hausse a été particulièrement importante en Corée où le programme de dépistage a été déployé à l'échelle nationale dans le milieu des années 2000. Dans environ la moitié des pays, la couverture du dépistage a cependant diminué, ce qui peut être associé à la mise en place de la vaccination contre le PVH (papillomavirus humain) à la fin des années 2000. En France, en l'absence de dépistage organisé par cancer du col de l'utérus en 2013, le taux de participation a été estimé par enquête ou par consultation, révélant un taux de participation de 74 %, supérieur à celui de la moyenne des pays OCDE (62 %).(41).

Figure 14. Stratégie et taux de dépistage du cancer du col de l'utérus parmi les femmes de 20 à 69 ans selon les pays de l'OCDE en 2003 et en 2013



1. Programme. 2. Enquête. * Moyenne sur trois ans.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933282124>

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015 (41)

III.3.3.2. Principes et recommandations en France

Le Plan cancer 2014-2019 a inscrit dans son action 1.1 la généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus *via* un programme national de dépistage organisé. Son objectif est d'augmenter le taux de couverture du dépistage dans la population cible de 50-60 % à 80 % et de le rendre plus accessible aux populations les plus vulnérables ou les plus éloignées du système de santé. La généralisation au plan national doit permettre de réduire l'incidence et le nombre de décès par cancer du col de l'utérus de 30 % à 10 ans (33).

Le dépistage du cancer du col de l'utérus repose actuellement sur une analyse cytologique après frottis cervico-utérin (FCU). La HAS recommande depuis 2010 pour les femmes de 25 à 65 ans un FCU tous les 3 ans après deux FCU normaux à un an d'intervalle. Cet examen de dépistage permet à la fois de dépister les lésions précancéreuses et les cancers à un stade permettant plus facilement la guérison. Chaque année, 3 000 cas de cancers sont diagnostiqués, et des lésions précancéreuses sont identifiées chez plus de 31 000 femmes. Pourtant, parmi les femmes concernées, beaucoup échappent à toute forme de dépistage, principalement parmi les populations les plus vulnérables. Tous les ans, plus de 1 100 femmes décèdent de ce cancer, sachant qu'il a été démontré l'impact du niveau socio-économique sur la mortalité.

En France, le dépistage organisé a concerné jusqu'ici 13 départements, couvrant 13 % de la population cible des femmes de 25 à 65 ans. Suite aux incitations et relances auprès de femmes n'ayant pas réalisé de frottis au cours des 3 dernières années, le taux de couverture du dépistage a augmenté de 13 points dans ces départements. (56)

A titre indicatif, en Poitou-Charentes, du 1^{er} juillet 2011 au 30 juin 2013, 258 024 frottis ont été réalisés sur 2 ans⁵ auprès de femmes de plus de 15 ans affiliées aux 3 principaux régimes d'assurance maladie (régime général, agricole et des indépendants), soit un taux de couverture estimé de 34 % (une femme a pu faire plusieurs frottis sur la même période) (40).

L'auto-prélèvement vaginal en milieu sec est une méthode qui pourrait être utilisée pour atteindre les femmes non dépistées malgré les sollicitations et relances du DO (56).

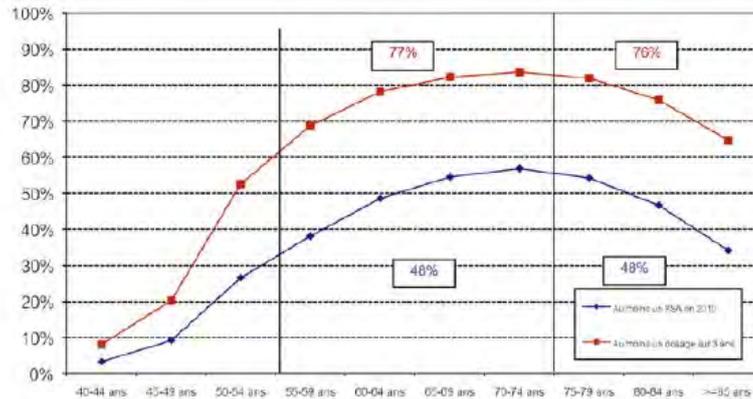
III.3.4. Détection précoce du cancer de la prostate

En France, comme dans d'autres pays, le dépistage systématique du cancer de la prostate par dosage PSA (*Prostate Specific Antigen*) n'est pas recommandé. En effet, il ne semble pas réduire la mortalité, induit *a contrario* des examens de confirmation (biopsies) et des traitements dont les effets secondaires sont nombreux sans pouvoir apporter la preuve d'un bénéfice pour tous les patients (57). Dans les faits, plus des trois quarts des hommes de plus de 55 ans ont fait au moins un dosage de PSA à titre de dépistage sur une période de 3 ans (2008-2010) et ce taux reste identique après 75 ans (76 %) (*figure 16*).

Les pratiques de dépistages sont très variables sur le territoire, avec des taux annuels de recours au dépistage du PSA variant du simple au double selon les départements. Ce recours est particulièrement élevé en Charente-Maritime et dans le Sud de la France, chez les assurés de plus de 75 ans. (*figure 17*) (58)

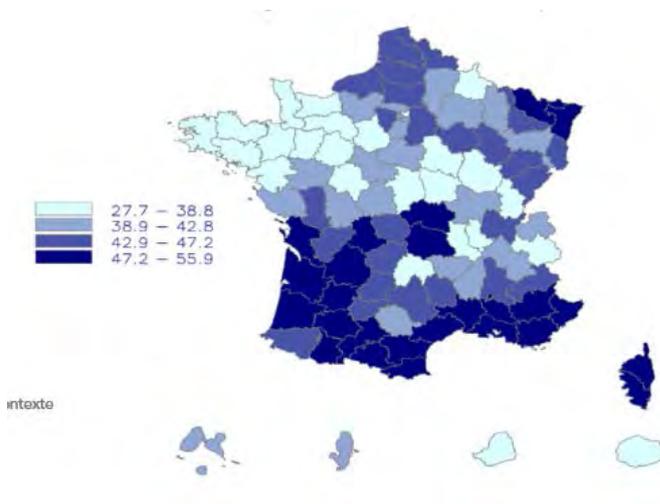
⁵ Les données d'assurance maladie ne sont conservées que sur une période de 2 ans.

Figure 15. Taux de recours au dosage du PSA dans la population du régime général en 2010 ou en 2008-2010



Source : CNAMTS (58)

Figure 16. Taux de recours annuel au dosage PSA chez les hommes du régime général de plus de 75 ans en 2010 (en %)



Source : CNAMTS (SNIIRAM) (58)

III.3.5. Détection précoce du cancer de la peau

De tous les cancers de la peau, le mélanome cutané est celui de plus mauvais pronostic, en particulier s'il est diagnostiqué à un stade avancé. La détection précoce permet le diagnostic de mélanomes cutanés à un stade curable. De nombreux professionnels de santé, comme les médecins généralistes, peuvent y contribuer (59). La détection précoce du mélanome repose sur un examen visuel, à l'œil nu dans un premier temps, de l'ensemble de la peau, qui vise à repérer les taches pigmentées ou grains de beauté atypiques pouvant faire suspecter un cancer. S'il repère une tache ou un grain de beauté suspect, en accord avec le patient, une surveillance ou une exérèse, sous anesthésie locale, peuvent être proposées. Dans ce dernier cas, l'examen anatomo-cytopathologique de la lésion permet de confirmer ou d'infirmer le diagnostic de mélanome. De façon générale, la fréquence de la surveillance cutanée doit être évaluée avec son médecin. Pour les personnes présentant un ou plusieurs facteurs de risque, il est recommandé d'effectuer un auto-examen de la peau une fois par trimestre et de se faire examiner par un dermatologue une fois par an.

Une journée nationale de prévention et de dépistage gratuit de ces cancers est organisée tous les ans au mois de mai par le syndicat national des dermatologues-vénéréologues (SNDV), avec le soutien de l'Institut national du cancer. En 2012, 14 300 personnes se sont fait

examiner à l'occasion de cette journée par un des 590 dermatologues bénévoles : 33 cas de mélanomes ont été diagnostiqués.

III.3.1. Détection précoce des cancers de la cavité buccale

Environ 95 % des cancers de la cavité buccale sont des carcinomes épidermoïdes. Le tabac et l'alcool en sont les principaux facteurs de risques. Les chirurgiens-dentistes ont ainsi un rôle primordial à jouer dans la détection précoce des cancers de la cavité buccale. L'examen clinique et histologique, permet, en effet, de détecter précocement l'existence des lésions précancéreuses et cancéreuses de la cavité buccale. Le rôle du chirurgien-dentiste est d'autant plus important qu'il est le premier à pouvoir repérer en amont certains signes d'alerte. Les médecins traitants peuvent également jouer un rôle déterminant dans cette détection en pratiquant un examen de la bouche et en orientant, en cas de suspicion, vers un spécialiste.

Dans la région Nord-Pas-de-Calais, un projet de détection précoce spécifique du cancer des Voies aérodigestives supérieures a été mis en place par les médecins ORL et Gastro-entérologues, suite à un constat de situation épidémiologique préoccupante (60).

III.3.2. Recherche de technique de dépistage pour le cancer bronchopulmonaire

Actuellement, aucun examen de dépistage, que ce soit la radiographie thoracique, le scanner thoracique faible dose, la cytologie sur expectorations (niveau de preuve 1A), la fibroscopie bronchique ou les études de génétique n'a permis une amélioration de la mortalité par cancer bronchique, bien que certaines études avec le scanner ne soient pas encore terminées (NLST et Nelson). Le scanner thoracique faible dose semble détecter plus de cancers bronchiques et plus particulièrement de stade précoces et donc potentiellement curables. La fibroscopie en auto-fluorescence semble être un examen très sensible pour le dépistage des lésions précancéreuses. La radiographie thoracique et la cytologie des expectorations sont deux examens moins sensibles en termes de dépistage. L'avenir du dépistage réside peut-être dans les progrès de la biologie moléculaire et de la génétique. Le dépistage des cellules tumorales circulantes est aussi une voie à explorer. L'association du PET (Tomographie par Emission de positons) au scanner thoracique peut également améliorer la sensibilité du dépistage (61). Dernièrement, une équipe médicale niçoise a mis au point un nouveau processus prometteur de détection avec une simple analyse de sang. (62)

Les inégalités face au dépistage

Face à la combinaison du dépistage organisé et du dépistage individuel, les choix des personnes dépistées (participation, suivi) diffèrent selon des facteurs socio-économiques selon le niveau d'éducation, ainsi que selon la localisation géographique.

Effectivement, plus le niveau socio-économique d'un territoire est faible, plus la participation est basse (63). Les caractéristiques socio-culturelles et communautés d'appartenance peuvent également avoir une influence dans la décision des individus à participer (ou pas) au dépistage. La complexité des comportements, et des profils idéal-typiques associés, est connue depuis plus de dix ans (64). L'offre de soins ne semble pas impacter de façon sensible la participation au dépistage organisé des cancers. Les caractéristiques du médecin généraliste ont en revanche une influence sur la participation au dépistage organisé (65). D'autre part, l'accessibilité de l'information est également un élément clé de lutte contre les inégalités. Les documents d'information ont alors été traduits et adaptés aux populations spécifiques. Des renforts médiatiques ont été organisés et diffusés largement sur des médias notamment auprès radios étrangères.

III.4.Prévention tertiaire

Le terme de « soins » ne fait pas référence aux seuls actes thérapeutiques, mais aussi à l'ensemble des actes par lesquels on veille au bien-être d'une personne. Le cancer est une maladie complexe qui nécessite une telle prise en charge. Pour cela, une coopération des acteurs impliqués dans la prise en charge est nécessaire.

Pour couvrir l'ensemble du territoire de la région, les différentes structures impliquées dans le soin du cancer s'organisent en réseau et sur deux niveaux : un niveau régional et un niveau territorial.

Au niveau régional, les structures et acteurs impliquées sont :

- Le **Réseau Régional du Cancer** ayant comme but l'harmonisation des pratiques et la coordination des acteurs impliqués dans la prise en charge du cancer
- Le **Pôle régional de cancérologie** : qui exerce des missions régionales hautement spécialisées (expertise, recherche clinique, innovation, soins de cancérologie complexes)

Au niveau territorial, les structures et acteurs impliquées sont :

- Les **établissements de santé** qui proposent une offre diagnostique et une offre thérapeutique
- Les **Centres de Coordination en Cancérologie (3C)** qui mettent à la disposition des professionnels des référentiels, des protocoles validés et actualisés par le Réseau Onco Poitou-Charentes, qui organisent des Réunions de concertation pluri professionnelle et qui s'assure de la mise en place du dispositif d'annonce et du programme personnalisé de soins .
- Les **médecins traitants et autres professionnels libéraux**
- Les **établissements** associés qui assurent la prise en charge de proximité.

Le Poitou-Charentes est l'une des cinq régions non dotées de centre de lutte contre le cancer (CLCC). Exclusivement dédiés à la lutte contre le cancer, les CLCC assurent des missions de soins, de recherche et d'enseignement, avec la volonté permanente d'accroître la qualité et l'accessibilité aux soins.

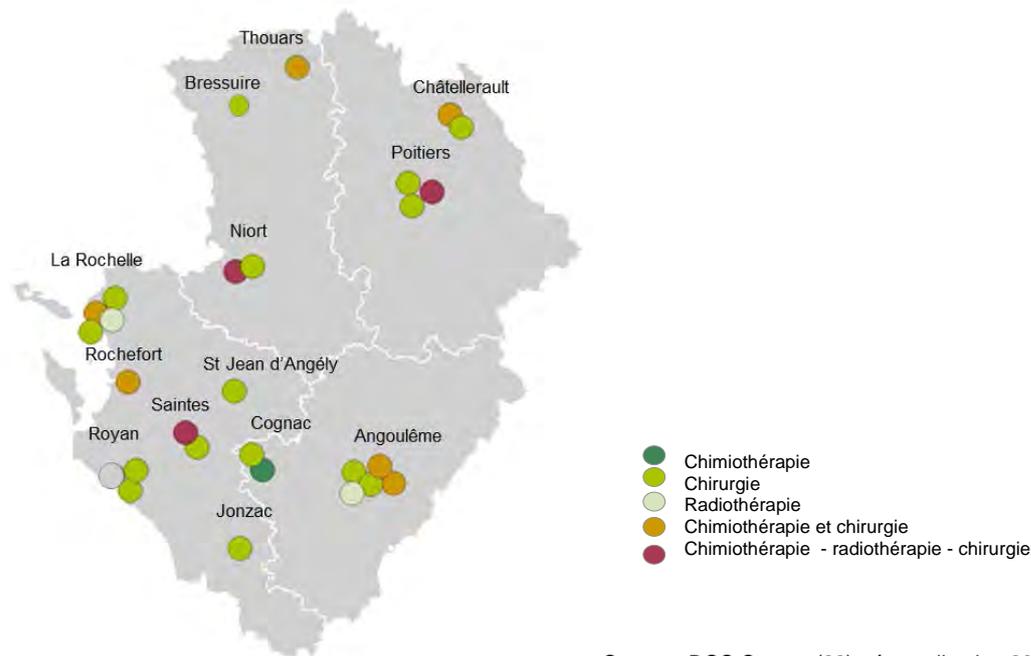
III.4.1. Les soins curatifs

III.4.1.1. Organisation des soins

Les établissements de santé et les dispositifs d'autorisations de traitement du cancer en Poitou-Charentes

Le dispositif d'autorisations spécifique au traitement du cancer a été mis en place pour garantir le même niveau de sécurité, de qualité et d'accessibilité sur l'ensemble du territoire. En 2015, 25 établissements de santé sont autorisés en Poitou-Charentes par l'Agence régionale de santé à prendre en charge des patients atteints de cancer conformément au dispositif d'autorisation. Selon l'autorisation obtenue, ils peuvent intervenir pour la chimiothérapie (10 établissements), pour la radiothérapie (5 établissements), ou la chirurgie (22 établissements).

Figure 17. Localisation des établissements ayant une autorisation de traitement de cancer en Poitou-Charentes au 31 décembre 2014



Source : BOS Cancer (66), réactualisation 2015⁶



Le Plan cancer 2014-2019 prévoit de faire évoluer le périmètre du dispositif des autorisations de traitement du cancer, afin de prendre en compte notamment les évolutions dans les techniques de prises en charge et l'accès à l'innovation (action 2.6). Les critères d'agrément seront également révisés, pour s'adapter à l'état de l'art des différentes disciplines et améliorer notamment l'orientation des situations complexes (action 2.5). Cette évolution sera l'occasion de consolider l'encadrement des pratiques en intégrant, lorsque cela le justifie, les modes de prise en charge non encore soumis à autorisation.

III.4.1.2. Hospitalisation à domicile

Le développement de l'hospitalisation à domicile (HAD), prescrit par le médecin de l'hôpital, est aujourd'hui une réelle demande des patients et de leur entourage. Les soins à domicile peuvent être effectués soit directement par une infirmière libérale, soit dans le cadre d'un dispositif coordonné de soins ou d'hospitalisation à domicile avec les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD).

La prise en charge d'un cancer à domicile peut nécessiter de mettre en place des techniques de soins spécifiques. La possibilité d'offrir ce type de soins diffère selon le territoire et selon les soins offerts : de la chimiothérapie à domicile ou des soins palliatifs.

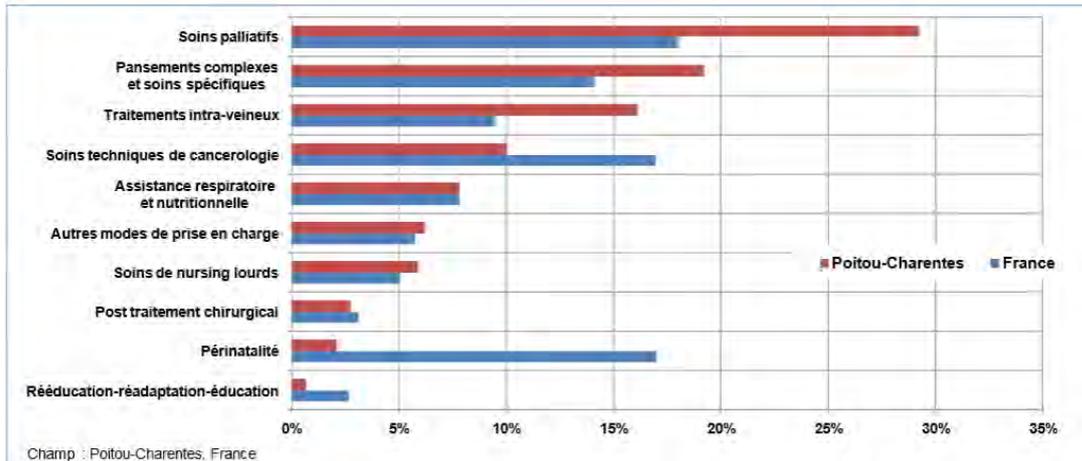
Les structures d'HAD indépendantes peuvent assurer la prise en charge de proximité dans le traitement du cancer, dont les chimiothérapies, à condition d'être associées à un établissement de santé autorisé à exercer l'activité de soins du cancer (circulaire N°DHOS/O3/2006/506 du 1er décembre 2006).

⁶ Réactualisation sur www.e-cancer.fr

L'HAD en Poitou-Charentes

En 2014, 2 500 patients ont été hospitalisés à domicile tous motifs confondus. Le taux de recours à l'HAD est plus faible en Poitou-Charentes que dans l'ensemble du pays, même s'il a augmenté de plus de 60 % entre 2009 et 2014. Les soins palliatifs constituent le premier mode de prise en charge et concernent très majoritairement des patients atteints d'un cancer (80 %). Les soins techniques de cancérologie, comprenant la surveillance post-chimiothérapie et la chimiothérapie cancéreuse) ont connu la plus forte croissance (5 fois plus de séjours et 4,5 fois plus de journées qu'il y a 5 ans). Ces soins représentent aujourd'hui 9 % de l'activité globale de l'HAD, ce qui est moins que sur l'ensemble du territoire français (16 %) (67).

Figure 18. Répartition des séjours selon le mode de prise en charge principal regroupé des patients à l'admission en HAD en 2014 en Poitou-Charentes (en %)



Sources : ATIH PMSI-HAD 2014

Exploitation : ARS Poitou-Charentes, Cosa (67)

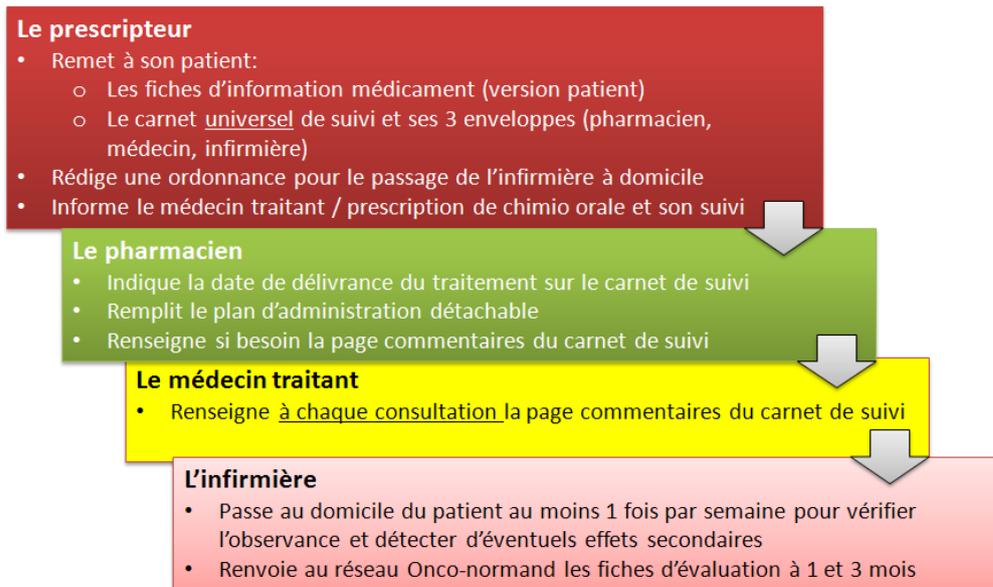
La chimiothérapie orale

La chimiothérapie par voie orale utilise les molécules anticancéreuses sous forme de comprimés ou de solutions buvables que le patient peut prendre chez lui. Ce type de chimiothérapie est à privilégier lorsque les conditions médicales le permettent (68) et est souvent préféré par les patients.

Le plus important désavantage de la chimiothérapie orale s'avère être **l'observance**. Les patients considèrent qu'ils sont suffisamment observant, mais, en pratique, l'observance est bien plus faible avec des erreurs de dosages ou de modifications de l'horaire de prise du traitement. Pour cette forme de chimiothérapie, l'implication active du **pharmacien** est essentielle.

De nombreux outils de coordination sont à disposition des professionnels sur le site du Ministère de la Santé, parmi eux le carnet de coordination proposé par le réseau Onco Normandie et l'Omédit de Haute Normandie (figure 20) et le formulaire de liaison ville-hopital du CH Aix les Bains.

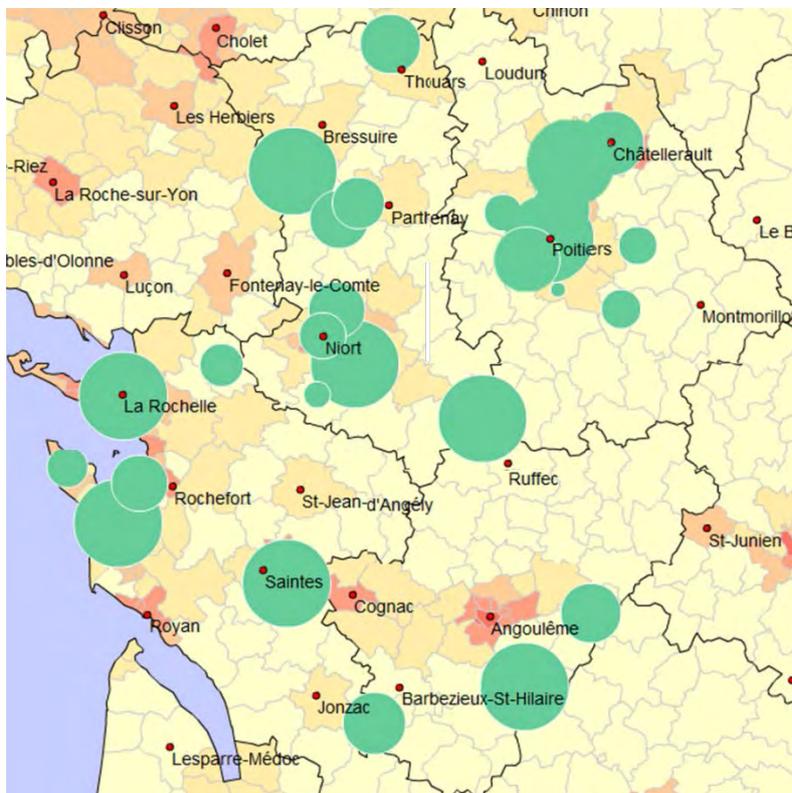
Figure 19. La coordination ville-hôpital pour une meilleure prise en charge des patients sous chimiothérapie orale en Normandie



Source : Réseau Onco Normand⁷

Afin d'avoir accès à la chimiothérapie orale, le domicile du patient doit être proche d'un service hospitalier.

Figure 20. Localisation du domicile du patient ayant eu recours à une chimiothérapie anti-cancéreuse en HAD en 2013



Source : PMSI HAD 2013

Note : Pour les établissements de Melle et de Parthenay, il s'agit des données de 2011. Aucune donnée disponible pour St Maixent et Châtelleraut.

⁷ <http://www.reseau-onco-normand.org/fr/professionnels/coordination-ville-hopital/chimiotherapie-orale>

III.4.1.3. Education thérapeutique du patient (ETP)

Selon l'OMS, « *L'ETP vise à aider les patients à **acquérir** ou **maintenir** les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique* »

Au 1^{er} aout 2015, 3 programmes d'éducation thérapeutique pour les patients atteints de cancer ont été autorisés par l'agence régionale de santé Poitou-Charentes :

- Un programme à destination **des patients sous chimiothérapie** a été mis en place au Centre hospitalier de Saintonge, à Saintes. 5 séances sont mises en œuvre et définissent des priorités d'apprentissage. Les effets du programme portent sur la connaissance de la maladie, sur le traitement au quotidien, sur les problèmes de peau liés à la chimio, sur l'alimentation et sur le recours aux soins. Autorisé le 26 novembre 2014, 30 malades ont déjà bénéficié d'un bilan éducatif partagé et la moitié d'entre eux est déjà venue au premier atelier.
- Un programme inter-établissement porté par le CHU de Marseille et proposé dans 5 établissements en France (dont le CHU de Poitiers) « **bien gérer sa thérapie orale au quotidien** ». Après une information sur le déroulement du programme, un plan personnalisé de soins est proposé, alternant entre atelier collectif et individuel. Au total, entre 270 et 370 patients ont participé à cet ETP en France, dont 40 en Poitou-Charentes.
- Le pôle de santé de l'Envigne Scorbé-Clairvaux (86) propose un programme d'ETP **sur l'accompagnement des patients atteints de cancer et leur entourage**. Autorisé depuis juillet 2015, ce programme s'adresse à toutes les personnes adultes atteintes de cancer de 18 ans et plus, ainsi qu'à leurs proches. Après un bilan individuel avec un professionnel de santé, des ateliers collectifs ou individuels sont proposés sur le « cancer et ses représentations », « l'accueil aux aidants », « les traitements du cancer et ses effets indésirables et leur gestion », « l'alimentation et la nutrition » et « l'activité physique et le cancer » ainsi que des séances hebdomadaires d'activité physique et de relaxation. Une participation de 25 personnes par an est attendue.

Deux autres programmes d'ETP concernent les stomies et sont mis en place en Deux-Sèvres (CH de Niort et SSR Le Logis des Francs à Cherveux). Ils ne sont pas développés ici car ne sont pas spécifiques au cancer, la stomie résulte souvent d'affections chroniques invalidantes (maladies inflammatoires chroniques, malformations congénitales,...).

III.4.1.4. Médecine libérale

Doté de longue date d'une organisation de soins spécifiquement dédiée, le cancer se présente aujourd'hui comme une pathologie relevant majoritairement, sinon essentiellement d'une intervention médicale spécialisée. Devenant pour un certain nombre de localisation curable au fil des avancées médicales, le cancer acquiert un statut de pathologie chronique. Cette pathologie nécessite alors à la fois des actes techniques spécialisées et des formes de soutien à la personne. Différentes réformes en cours, dont le Plan Cancer, suggèrent ainsi que face au cancer, le rôle des médecins généralistes peut être défini autrement que de façon résiduelle dans une perspective d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des prises en charge des patients.

Une étude indique que le médecin généraliste est surtout présent en amont de l'annonce. Le choix de la stratégie thérapeutique étant fait, les médecins généralistes « passent alors la main » aux oncologues pour la mise en place des différents traitements et de « la reprendre » pour la période de rémission et de guérison. Ces généralistes se disent au final exclus du suivi de 15 % de leurs patients la première année et de 7 % la seconde année. Ils revendiquent alors un besoin de collaboration aussi bien au niveau technique que informationnel afin de suivre leur patients de manière optimale. (69)

III.4.1.5. Les thérapies ciblées

La plateforme de génétique moléculaire des cancers

Les 28 plateformes génétiques françaises réalisent des tests moléculaires innovants pour l'ensemble de la région. L'identification des marqueurs spécifiques aux divers types de cancer donne la possibilité d'accéder à une thérapie ciblée. Les thérapies ciblées utilisent des molécules innovantes qui ciblent spécifiquement une protéine ou un mécanisme impliqué dans le développement de la tumeur.

Le CHU de Poitiers accueille le seul centre de génétique somatique de la région Poitou-Charentes. Cette plateforme peut assurer la totalité des tests génétiques recommandés par l'INCa concernant les cancers les plus fréquents dans la région (cancer du côlon, cancer du col utérin, cancer du poumon). Par conséquent, les patients atteints de cancer, surtout des cancers fréquents ont à leur disposition tous les tests génétiques disponibles actuellement en France. Seul le test des clonalités des lymphomes est actuellement réalisé à Tours ou à Bordeaux. Un nouveau test pour la mise évidence de la mutation des gènes BRCA-1 et 2 sera disponible à partir de 2015 ou 2016.

Les tests génétiques effectués concernent plusieurs types de cancer :

- ✓ onco-hématologie : leucémie myéloïde ou lymphoïde aigue et chronique, lymphomes, syndrome myélodysplasique et les syndromes myéloprolifératifs
- ✓ autres types de cancer : estomac, tumeurs stromales gastro-intestinales (GIST), cancer du côlon héréditaire non polyposique (spectre HNPCC), poumon, sein, col utérin, mélanomes, gliomes et glioblastomes.

Les prélèvements sont adressés au laboratoire par les établissements de santé privés ou publics.

La participation de la plateforme génétique à des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) classique est rare, mais la plateforme a mis en route des RCP moléculaires ayant comme but l'inclusion précoce des patients dans des essais cliniques. De plus, les professionnels des sites de Niort, Angoulême et La Rochelle ont été informés des nouveautés en matière de tests génétiques dans le cadre de séances de formation.

En 2012, la plateforme de génétique moléculaire de Poitiers a réalisé 8 700 tests moléculaires et a suivi 7 100 patients (40).

Les centres labellisés de phase précoce (CLIP²)

La création de 16 « centres labellisés INCa de phase précoce » (CLIP²) a été initiée en 2010, dont un à Bordeaux. Il s'agit de centres investigateurs spécialisés dans les essais précoces de nouveaux médicaments, provenant de laboratoires pharmaceutiques, de sociétés de biotechnologies, mais également de laboratoires académiques. Ils bénéficient d'un soutien logistique et financier de l'Institut en vue de se hisser au plus haut niveau international de qualité dans la réalisation d'essais cliniques de phase précoce. Le Centre national de gestion des essais de produits de santé (CeNGEPS), la Fondation ARC pour la recherche sur le cancer, l'Institut Lilly et les industries de la santé (ARIIS/LEEM) se sont associés à cette démarche, en apportant un soutien financier à la structuration des CLIP² en 2010.

Les essais cliniques

Les essais cliniques ont pour but l'évaluation de nouveaux traitements du cancer. En effet, avant de proposer de nouveaux traitements à tous les patients concernés, il faut s'assurer qu'ils sont efficaces et bien tolérés.

En France, près de 2 000 essais cliniques sont proposés et répartis sur le territoire à partir de 2010, 131 pour les enfants et 1 936 pour les adultes ou les seniors.

Les établissements de santé de Poitou-Charentes participent à 229 essais cliniques concernant la thérapie anticancéreuse : 29 pour les enfants, 207 pour les adultes et 185 pour les séniors. Les plus nombreux essais cliniques portent sur les leucémies et lymphomes, le cancer colorectal, le cancer de la prostate et le cancer des voies aéro-digestives supérieures (tableau suivant). En 2012, 331 patients ont été inclus dans un essai clinique en Poitou-Charentes (40).

La plupart de ces essais cliniques sont proposés en Vienne, au CHU de Poitiers.

Tableau 7. *Les essais cliniques se déroulant en Poitou-Charentes en fonction du type de cancer et de la classe d'âge depuis 2010*

	Poitou-Charentes	Charente	Charente-Maritime	Deux-Sèvres	Vienne
Sang- Hématologie	78	2	6	-	74
Colon et rectum	21	-	4	4	17
Prostate	18	-	-	-	18
VADS et ORL	16	-	2	-	15
Appareil génital féminin	15	1	2	3	13
Appareil respiratoire	15	1	8	1	9
Sein	14	4	3	2	13
Système nerveux	13	-	1	-	12
Appareil digestif (hors cancer colorectal)	11	1	2	1	10
Autres	9	-	3	2	6
Appareil urinaire	9	-	-	-	9
Foie et voies biliaires	9	-	-	-	9
Sarcomes	8	-	-	-	8
Métastases	7	-	1	-	6
Peau-Mélanomes	3	-	-	-	3
Système endocrinien	2	-	-	-	2

Source : Inca⁸

Exploitation ORS Poitou-Charentes

Le programme AcSé

L'objectif de ce programme est de proposer à des patients atteints de cancers en situation d'échec thérapeutique, des thérapies ciblant les mutations génétiques présentes dans leur tumeur, solides ou hématologiques, indépendamment de l'organe concerné. Il permet ainsi l'accès, pour les patients susceptibles d'en bénéficier, aux molécules innovantes de façon sécurisée et sur l'ensemble du territoire grâce à leur participation à un essai clinique.

⁸ <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Le-registre-des-essais-cliniques/Le-registre-des-essais-cliniques>

III.4.2. Les soins de support

Traduit de l'anglais « supportive care », les « soins de support » sont définis comme l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie. Ils se font en association avec les traitements spécifiques contre le cancer.

III.4.2.1. Concept et définition

Les soins de supports répondent à des besoins qui peuvent survenir pendant la maladie et lors de ses suites. Il s'agit donc de l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades, parallèlement aux traitements spécifiques lorsqu'il y en a, tout au long des maladies graves".

Cette approche globale de la personne malade suppose que l'ensemble des acteurs de soins impliqués en cancérologie prenne en compte la dimension des soins de support dans la prise en charge de leurs patients, y compris en terme de continuité des soins.

Le projet de soins vise donc à assurer la meilleure qualité de vie possible aux patients, sur les plans physique, psychologique et social, en prenant en compte la diversité de leurs besoins, ceux de leur entourage et ce, quel que soit leurs lieux de soins.

Les soins de support ne sont pas une nouvelle spécialité mais se définissent comme une organisation coordonnée de différentes compétences impliquées conjointement aux soins spécifiques oncologiques dans la prise en charge des malades.

III.4.2.2. Les différents soins de support proposés

Le Réseau Onco Poitou-Charentes a édité un guide de repérage des besoins en soins de support en oncologie, rempli par les soignants en présence du patient. Le but est d'identifier les besoins en soins de support pour chaque patient⁹. Ces différents soins proposés peuvent se répartir en 4 catégories :

1- Les soins complémentaires :

- ✓ **La prise en charge de la douleur** du début de la prise en charge jusqu'à la fin de la vie (lors des soins palliatifs) ;
- ✓ **L'odontologie** : Les soins bucco-dentaires sont des soins spécifiques suite aux traitements de radiothérapie et/ou chimiothérapie, tout particulièrement les traitements des mucites (brûlures des muqueuses dues à certains traitements de radiothérapie ORL ou de chimiothérapie) et les prothèses spécifiques à la radiothérapie ORL ;
- ✓ **La psycho-oncologie** : elle a pour objet la prise en compte des dimensions psychologiques, psychiatriques, comportementales, familiales et sociales en relation à un cancer. La psycho-oncologie est exercée par des psychiatres et des psychologues auprès des personnes atteintes de cancer, pendant le traitement et après (s'intéressant à la réinsertion, au devenir, aux séquelles éventuelles). Elle peut aussi aider à prendre en charge des comportements à risque, ou à accompagner des démarches de prévention comme en oncogénétique ;
- ✓ **La diététique** par notamment le biais des ateliers d'alimentation. Il peut être difficile de conserver un bon appétit lorsque l'on est atteint d'une pathologie cancéreuse. Adapter son alimentation aux difficultés rencontrées contribue au bien-être de la personne malade en améliorant la tolérance des traitements et donc la qualité de vie ;
- ✓ **La kinésithérapie** : La masso-kinésithérapie (rééducation) dans le cadre de la cancérologie est orientée de manière à récupérer et / ou maintenir les différentes fonctions en

⁹ Téléchargeable sur <http://www.onco-poitou-charentes.fr/files/publications-ropc/outils-aide/conseils-de-nutrition.pdf>

prenant en compte les différents traitements et leurs conséquences potentielles (fatigue, douleur...).

2- Le confort et l'accompagnement

✓ **Socio-esthétique** : ensemble de soins esthétiques prodigués aux personnes fragilisées par la maladie. Ces soins favorisent le processus de guérison par la communication, le mieux-être, le confort du patient dans le cadre d'une meilleure qualité d'hospitalisation. La socio-esthétique répond à un besoin de restauration de l'image de soi pour les personnes ayant subi des traitements pouvant porter atteinte à leur intégrité corporelle, notamment les mastectomies (70). Ces soins, gratuits, sont proposés dans les services et souvent, en dehors de l'hôpital, dans les locaux de la Ligue contre le cancer.

✓ **Activité physique adaptée**

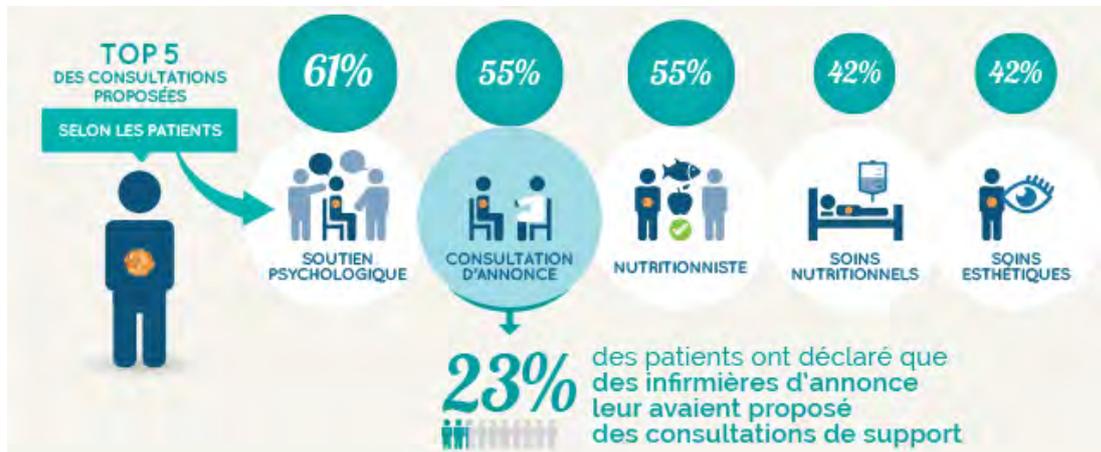
✓ **Activités autour de la détente et de la relaxation** : sophrologie, séances de relaxation, art thérapie

La Ligue contre le cancer, propose des soins esthétiques et des séances d'activité physique encadrées par des professeurs spécialisés et dédié aux personnes en cours de traitement, en rémission ou guéries. Pour le moment, **Apeseo** est expérimenté sur 6 sites : Annonay, Bordeaux, Brest, Montpellier, Nantes et Saint-Etienne.

3- **L'aide sociale** : Un(e) assistant(e) social(e) peut informer, orienter, accompagner le malades et ses proches selon leurs besoins : pour des aides à domicile comme pour des droits (pension d'invalidité, congé de solidarité familiale, ...).

Les soins de support les plus proposés

Figure 21. Le top 5 des soins oncologiques de support les plus proposés



Source : 2^{ème} Baromètre des soins oncologiques de support (71)

Réalisé auprès de plus de 700 médecins et 1 500 malades, le 2^{ème} Baromètre des Soins Oncologiques de Support permet de dresser un état des lieux sur les soins de support proposés en France. Ainsi, selon les médecins interrogés, 81% des établissements de santé ont mis en place des organisations dites de Soins de Support. Soutien psychologique, Consultation d'annonce, nutritionniste, soins palliatifs sont parmi les consultations les plus souvent proposées (98 %).

Cette étude met également en évidence le décalage entre la perception des oncologues sur les Soins de Support et celle des patients. Effectivement, seulement 23 % des patients ont déclaré que des infirmières d'annonce leur avaient proposé des consultations de Soins de Support. Si le plan cancer prévoit que la consultation d'annonce doit être systématiquement proposée, pour autant, seuls 55 % des patients affirment se l'être vu proposer ; 49 % en ont bénéficié. « Cette différence de perception entre les médecins et les patients sur la consultation d'annonce est probablement dû à une mauvaise compréhension des patients de

ce terme, qui leur est proposé au moment choc de l'annonce de leur maladie », explique le Dr Florian Scotté, oncologue à l'Hôpital Georges-Pompidou et Secrétaire général de l'Association Francophone pour les soins oncologiques de support (AFSOS).

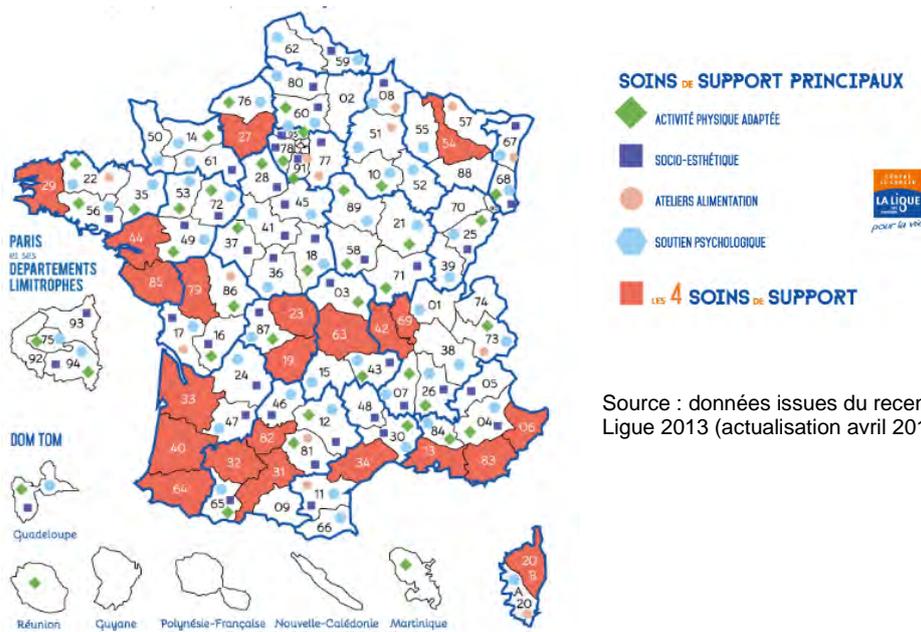
Des soins de support proposés tardivement dans la prise en charge.

Les soins de supports sont essentiellement proposés au stade palliatif. **87 % des médecins ont déclaré proposer systématiquement des traitements à ce stade contre 36 % lors du diagnostic.** « Or les patients doivent être accompagnés à tous les stades de leur maladie, puis lors de leur guérison. Les soins de support doivent être discutés très tôt dans la prise en charge du malade, dès la consultation d'annonce, et avec leur entourage. Aux Etats-Unis, c'est ce qu'on appelle le "early palliatif care". Mais les malades qui sont guéris et qui reprennent une vie professionnelle ont pu garder des séquelles de leur traitement, et là aussi les soins de support ont toute leur place », explique le Dr Florian Scotté.

Une méconnaissance des soins de support

Les patients ont très peu connaissance des soins de support (34 % des patients en avaient entendu parler (72)). En général, ces soins ne sont pas remboursables en totalité, par conséquent ils restent inaccessibles à la majorité des malades ou à leur famille.

Figure 22. Localisations des soins de support proposés par les Comités départementaux de la ligue nationale contre le cancer en 2014



Source : données issues du recensement Espace Ligue 2013 (actualisation avril 2014) (70)

III.4.2.3. Les équipes intervenantes

Les soins de support sont assurés par des équipes multidisciplinaires œuvrant dans des lieux de soins et en ville (médecin traitant qui coordonne les acteurs de proximité, assistante sociale, diététicien, médecin de la douleur, kinésithérapeute, psychologue ou encore socio-esthéticienne, etc.). L'étude VICAN 2 montre que 31 % des malades se sont vus proposer un psychologue, 21 % une infirmière et 15 % une assistante sociale. Les soins de support étaient proposés surtout si le stade du cancer était avancé ou si le malade était jeune ou une femme (72).

III.4.2.4. Les soins palliatifs

Définition

Les soins palliatifs définis par le groupe de travail de l'ANAES en 2002 se traduit par : « Les soins palliatifs sont des soins actifs, continus, évolutifs, coordonnés et pratiqués par une équipe pluri-professionnelle au travers de différentes structures de soins au sein des établissements de santé, à domicile et dans les établissements et services médicaux-sociaux ». L'offre de soins palliatifs est organisée de manière graduée et adaptée aux besoins des patients.

Ils ont pour objectif, dans une approche globale et individualisée, de prévenir ou de soulager les symptômes physiques, dont la douleur, mais aussi les autres symptômes, d'anticiper les risques de complications et de prendre en compte les besoins psychologiques, sociaux et spirituels, dans le respect de la dignité de la personne soignée. Les soins palliatifs cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables et se refusent à provoquer intentionnellement la mort. Selon cette approche, le patient est considéré comme un être vivant et la mort comme un processus naturel.

Les soins palliatifs s'adressent à toute personne quel que soit l'âge, atteinte d'une maladie grave évolutive ou mettant en jeu le pronostic vital ou en phase avancée et terminale, ainsi qu'à ses proches.

Soins palliatifs à domicile

Les soins palliatifs peuvent également se dérouler à domicile, par le biais notamment des équipes mobiles en soins palliatifs et des équipes des HAD. Effectivement, les soins palliatifs représentent 25 à 30 % de l'activité des structures d'HAD, tant au regard du nombre de séjours que du nombre de journées réalisés (73).

L'organisation des soins palliatifs

L'organisation des soins palliatifs est cadrée par la circulaire DGOS du 25 mars 2008 autour de 4 dispositifs :

- Les **unités de soins palliatifs (USP)** : unités spécialisées qui ont une activité spécifique et exclusive en soins palliative. Elles assurent une triple mission de soins, de formation et de recherche. L'USP est une structure spécialisée qui accueille de façon temporaire ou permanente toute personne atteinte de maladie grave, évolutive, mettant en jeu le pronostic vital, en phase avancée ou terminale, lorsque la prise en charge nécessite l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire ayant des compétences spécifiques. Cette unité à vocation régionale permet un accueil personnalisé du patient dans les situations les plus complexes.
- **Les lits identifiés de soins palliatifs** qui se situent dans des services qui sont confrontés à des fins de vie ou des décès fréquents, mais dont l'activité n'est pas exclusivement consacrée aux soins palliatifs. L'individualisation de LISP au sein d'un service ou d'une unité de soins permet d'optimiser son organisation pour apporter une réponse plus adaptée à des patients qui relèvent de soins palliatifs et d'un accompagnement, comme à leurs proches.
- **L'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP)** offre les services d'une équipe spécialisée en soins palliatifs aux personnes malades, à leurs proches et aux équipes soignantes. Les membres de l'équipe mobile de soins palliatifs interviennent comme consultants dans les différents services de soins sur demande du patient, de sa famille, des membres de l'équipe, du médecin du service, toujours après accord du chef de service. Ces équipes mobiles travaillent en étroite collaboration avec l'USP.
- Les **réseaux de soins palliatifs** permettent d'une part, le respect du désir des patients en ce qui concerne le choix du lieu de vie, du lieu de soin et d'autre part,

d'optimiser le fonctionnement du système de santé en développant des complémentarités. Le réseau de soins palliatifs a pour objectif de mobiliser et de mettre en lien les ressources sanitaires et sociales sur un territoire donné autour des besoins des personnes.

Une région sous dotée en soins palliatifs

En Poitou-Charentes, il existe :

- une **unité de soins palliatifs (USP)** avec 10 lits, située au CHU de Poitiers. Cette unité a accueilli 1 706 patients en 2012. (74)
- 157 lits de soins palliatifs sont identifiés (dont 25 en soins de suite et de réadaptation (SSR) répartis sur 29 établissements hospitaliers. En 2012, 4 668 patients ont occupé ces lits. (74)
- 11 équipes mobiles de soins palliatifs rattachés à un établissement hospitalier (75).
- deux réseaux de santé en soins palliatifs: ALISPAD (79) qui intervient uniquement dans le sud des Deux-Sèvres et le réseau SPAD-RVH (17) sur La Rochelle et Saintes avec deux équipes (75).

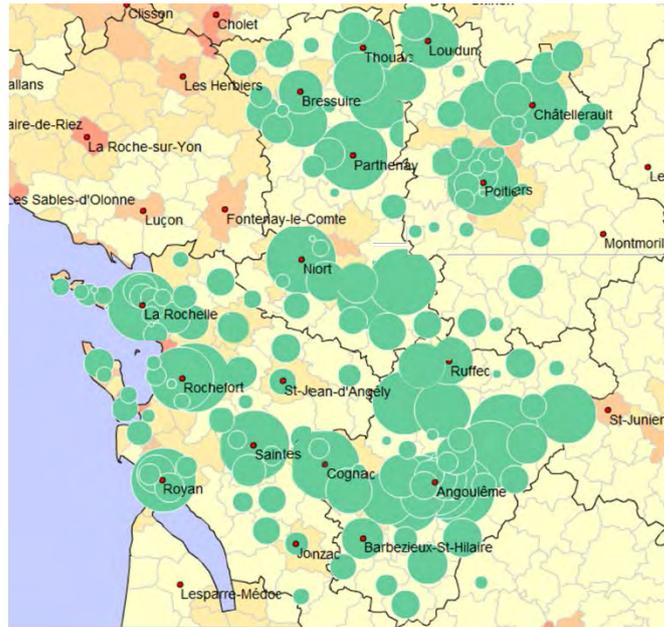
Tableau 8. Offre de soins palliatifs en Poitou-Charentes en 2015

	Charente	Charente-Maritime	Deux-Sèvres	Vienne
Lits disponibles Unité de soins palliatifs (USP)				10
Lits identifiés soins palliatifs (LISP)	37	40	38	42
Equipe mobile de soins palliatifs (EMSP)	3	4	2	2
Réseaux de soins palliatifs		1	1	

Source : SROS (ARS) (75)

Un article paru en 2015 sur les inégalités régionales dans l'offre de soins palliatifs à l'hôpital, rapporte que 3 régions (l'Aquitaine, la Haute-Normandie et le Poitou-Charentes) apparaissent déficitaires sur l'ensemble de la filière de soins palliatifs (lits d'unités de soins palliatifs, lits identifiés de soins palliatifs et équipes mobiles). Les personnes en fin de vie qui séjournent à l'hôpital ont donc une accessibilité réduite aux lits de soins palliatifs. Alors que l'Aquitaine et la Haute-Normandie disposent d'un réseau de santé en soins palliatifs bien implantés, en Poitou-Charentes, la Charente, le nord Deux-Sèvres et la Vienne ne sont pas du tout couverts par ces réseaux (74).

Figure 23. Localisation du domicile du patient ayant eu recours à des soins palliatifs en HAD en 2013



Source : PMSI HAD 2013

III.4.3. Parcours de soins et coordination des acteurs

III.4.3.1. Dispositifs et outils du parcours de soins

Le Dispositif d'annonce, instauré lors du premier plan cancer, a comme objectif d'assurer au malade les meilleures conditions d'annonce du diagnostic dans quatre temps.

Pendant le temps médical, l'oncologue propose le traitement et remet au patient un programme personnalisé de soins établi lors de la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire. Les trois derniers temps concernent la consultation soignante au cours de laquelle les besoins individuelles du patient et de son entourage sont repérés, l'accès aux compétences en soins de support et l'articulation avec la médecine de ville.

Tous les établissements de santé devraient l'assurer, mais, en pratique très peu de patients en bénéficient réellement. 98 % des cancérologues affirment que la consultation d'annonce est proposée dans leur établissement, alors que seuls 55 % des patients disent se l'être vu proposer et 49 % disent en avoir effectivement bénéficié(71). L'étude VICAN 2 montre que le taux des patients ayant bénéficié d'une consultation d'annonce s'améliore et il est monté de 34 % en 2008 à 62 % en 2010. En 2012, seulement 48% des patients ont bénéficié d'une consultation d'annonce et cela dépend surtout de la localisation du cancer, ainsi que de sa gravité.

Dans notre région, une étude (76) menée en 2012 auprès de 25 établissements de la région par le Réseau Onco Poitou-Charentes indiquait la situation suivante :

- Tous les établissements assuraient l'intégration du patient dans le dispositif d'annonce et les professionnels avaient suivi des formations spécifiques au sujet du diagnostic d'annonce
- Tous les établissements proposaient la présence des proches lors des consultations
- cinq établissements ne disposaient pas d'une salle spécifique de concertation
- dix établissements ne communiquaient pas systématiquement le programme personnalisé de soins à leurs patients
- Seulement six établissements réalisaient l'évaluation périodique du dispositif d'annonce.

Les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) regroupent des professionnels de santé de plusieurs disciplines qui se réunissent pour prendre la décision thérapeutique la plus adaptée à la situation clinique du patient. Au moins trois médecins de spécialités différentes sont nécessaires pour qu'une RCP soit considérée valable. Les RCP peuvent avoir lieu dans le cadre d'un seul établissement, entre plusieurs établissements, entre les réseaux cancer ou dans le cadre des Centres de coordination en cancérologie. En 2012, sur 11 080 nouveaux patients atteints de cancer, près de 8 000 patients ont fait l'objet d'un passage en RCP, soit un taux d'exhaustivité de 71 %, en constante augmentation (58 % en 2008) (77).

Le Dossier Communicant de Cancérologie (DCC)

Créé dans le cadre du plan cancer 2003-2007 en 2006, le DCC s'est progressivement déployé sur le territoire grâce au réseau Onco-Poitou-Charentes, en concertation avec les tutelles régionales. Ce DCC permet la transmission et le partage des informations médicales entre professionnels de santé afin d'améliorer la coordination des soins et garantir la continuité de la prise en charge en cancérologie.

Le DCC est l'outil métier destiné à faciliter le partage des données médicales des patients entre les professionnels de santé du réseau régional de cancérologie, y compris les médecins traitants, quel que soit le lieu où le patient est pris en charge. Son accès est sécurisé, soit par un identifiant couplé à un mot de passe, soit par une Carte Professionnelle de Santé (CPS). En Poitou-Charentes, le déploiement du DCC a commencé en 2009, avec l'informatisation des fiches RCP qui a fortement augmenté, passant de 20 % à 81 % entre 2009 et 2013. Sur cette période, 462 médecins se sont connectés au DCC (40).

Le programme personnalisé de soins (PPS) permet de formaliser la prise en charge thérapeutique et il est remis au patient lors de la consultation d'annonce. Il intègre aussi un volet social qui permet une identification précoce des besoins et difficultés du patient et la mise en place précoce de l'accompagnement social.

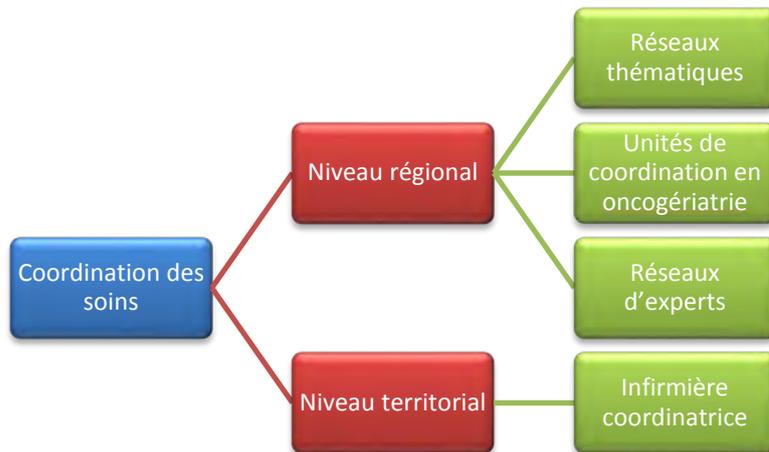
Le programme personnalisé de l'après cancer (PPAC) prend le relais du PPS à la fin des traitements actifs. Nouveauté du plan cancer 2009-2013, ce programme est établi avec le médecin traitant et contient les éléments du suivi global du patient, du suivi social et de l'accès aux soins de support et l'identification des relais de proximité nécessaires à la poursuite du suivi. La continuité des soins va permettre au patient d'intégrer la vie quotidienne et de prendre en compte tous ses besoins pour améliorer la qualité de vie post-thérapeutique.

III.4.3.2. Coordination des acteurs du parcours de soins

Une prise en charge de qualité en dehors de l'établissement de santé implique dans un premier temps le maintien de la continuité des soins à l'aide du dossier communicant de cancérologie et d'une articulation réelle et efficace entre les acteurs.

Tout aussi importante est la coordination des soins, non seulement au niveau régional mais aussi au niveau territorial (*figure suivante*).

Figure 24. La coordination des soins en cancérologie



Source : Réseau Onco Poitou-Charentes :(78)

Les **acteurs** impliqués dans la coordination des soins au niveau régional sont :

- Les réseaux d'experts dont fait partie **le réseau Onco Poitou-Charentes** qui se propose de promouvoir et d'améliorer la qualité en cancérologie, d'uniformiser les pratiques dans la région et d'informer les professionnels et les patients.
- **L'unité de coordination en oncogériatrie** dont le siège se trouve à Poitiers et qui a comme but l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer
- Les **réseaux de gérontologie** qui ont comme but de favoriser le maintien à domicile en intervenant auprès des personnes dont la situation nécessite une coordination des soins
- Les **réseaux thématiques** comme le réseau ALISPAD de soins palliatifs situé dans le sud du département de Deux Sèvres

Au niveau territorial, **l'infirmière coordinatrice (l'infirmière du service d'oncologie)** joue le rôle principal. Elle fait la liaison entre les acteurs prenant en charge le malade et représente un point de référence pour tout professionnel prenant en charge le malade. De plus, elle met en contact le patient avec les professionnels de l'hospitalisation à domicile, avec les professionnels libéraux ou avec les associations de bénévoles.

Le dispositif Asalée

Coopération pluri-professionnelle entre médecins généralistes et infirmiers, ce dispositif fonctionne depuis 2003 en Poitou-Charentes. Les actions d'Asalée sont intégrées au cabinet de certains praticiens, afin de s'adapter à l'évolution de la demande de soins, notamment à la place grandissante des maladies chroniques. Asalée correspond aussi à l'évolution du métier de médecin généraliste qui nécessite de plus en plus de travailler en équipe. L'avantage principal d'un tel dispositif est de fournir un panel de soins plus diversifié et un meilleur suivi des patients, centré sur la patientèle du cabinet qui répond à des pathologies notamment le diabète, facteurs de risque cardio-vasculaires, troubles de la mémoire, BPCO et qui **facilite les dépistages** (cancers du sein, colon, utérus).¹⁰

¹⁰ Pour en savoir plus : <http://www.generaliste-en-france.fr/33/asalee.html>

III.4.3.3. Prise en charge des populations spécifiques

Parcours de santé chez le jeune de moins de 18 ans

Chaque année, près de 2 500 nouveaux cas de cancers en France sont recensés chez les enfants et adolescents de moins de 18 ans. En 2012, 66 cas de cancers étaient diagnostiqués chez les mineurs en Poitou-Charentes (40).

La prise en charge de ces cancers s'effectue dans des centres spécialisés en cancérologie pédiatriques identifiés au sein de chaque région. En Poitou-Charentes, l'unité d'oncologie pédiatrique a ouvert le 15 septembre 2009 sur le site du CHU de Poitiers. Cette unité est d'une capacité de 6 lits d'hospitalisation traditionnelle et de 2 places de jour. Elle est placée sous la responsabilité du Pr Frédéric Millot. Toutes les semaines, cette unité participe aux Réunions de Concertation Pluridisciplinaire inter-régionales en oncologie pédiatrique, organisées avec les CHU de Poitiers, Nantes, Tours, Angers, Rennes et Brest.

L'unité d'oncologie pédiatrique du CHU de Poitiers prend en charge chaque année 30 à 40 enfants et adolescents de la région Poitou-Charentes, âgés de moins de 18 ans, atteints d'une hémopathie maligne (leucémie, lymphome) ou bénigne, d'une tumeur ou d'un déficit immunitaire.



Améliorer le parcours de soins pour les enfants, les adolescents et les jeunes adultes atteints de cancer, par rapport à la prise en charge, l'accompagnement et le maintien du lien social, l'accès à l'innovation, et la préparation de l'après cancer est l'un des objectifs du plan cancer (33) ainsi que de la feuille de route Poitou-Charentes [mesure 2.13 (79)].

Parcours de santé chez la personne âgée

L'oncogériatrie est le rapprochement de deux spécialités, la cancérologie et la gériatrie. Cette pratique vise à garantir à tout patient âgé atteint de cancer un traitement adapté à son état grâce à une approche multidisciplinaire et multiprofessionnelle.

Les unités de coordination en oncogériatrie

Les unités de coordination en oncogériatrie ont notamment pour objectifs d'améliorer la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer et de rendre accessible ce dispositif sur l'ensemble du territoire. A la suite des appels à projets INCa/DGOS lancés depuis 2009, le déploiement national s'est achevé avec 24 unités de coordination en oncogériatrie (UCOG)¹¹ et quatre antennes d'oncogériatrie. Ainsi, l'UCOG Poitou-Charentes, reconnue par l'INCa dès septembre 2011, a été chargée fin 2012 d'assurer pour l'antenne d'oncogériatrie (AOG) de la région Centre les missions relatives aux volets « recherche », « formation » et « information ».

Les 4 missions définies pour ces UCOG sont :

- mieux adapter les traitements des patients âgés atteints de cancer par des décisions conjointes oncologues-gérialtres ;
- promouvoir la prise en charge de ces patients dans la région afin de la rendre accessible à tous ;
- contribuer au développement de la recherche en oncogériatrie, notamment en impulsant des collaborations interrégionales ;
- soutenir la formation et l'information en oncogériatrie.



L'actuel Plan Cancer (2014-2019) (33) poursuit les actions déjà engagées pour la prise en charge des personnes âgées. Il assure l'évolution des formations et des pratiques professionnelles et structure la recherche clinique en oncogériatrie. Il prévoit ainsi 3 actions principales visant à garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge des personnes âgées.

¹¹ www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Oncogeriatrie

Une prise en charge spécifique

Compte tenu de la grande hétérogénéité de la population âgée, une prise en charge spécifique est proposée à tous les patients âgés de 75 ans et plus pour lesquels un cancer vient d'être diagnostiqué. En 2012, un tiers des patients pris en charge pour un cancer avaient 75 ans ou plus en Poitou-Charentes (40). Pour optimiser leur prise en charge et proposer un programme personnalisé de soins, tous médecins (chirurgiens, oncologues médicaux, radiothérapeutes, hématologues...) peut demander une consultation d'évaluation gériatrique standardisée (EGS).

Afin d'orienter au mieux les patients vers cette consultation, une étape de screening est nécessaire. Elle permet de dépister les patients dits « intermédiaires » pour lesquels l'évaluation gériatrique apportera une aide à la prise en charge oncologique.

Le dépistage gériatrique en oncologie

Le **FOG (Filtre Onco Gériatrique)**, utilisé en Poitou-Charentes, est un algorithme décisionnel simple élaboré par l'équipe d'oncogériatrie du CHU de Poitiers en 2006 et ayant fait l'objet d'une publication dans le *Journal of Geriatric Oncology* (80).

Le FOG permet d'évaluer 5 facteurs de risque (FDR) : autonomie, dénutrition, dépression, cognition et comorbidités. La consultation d'expertise gériatrique est systématiquement proposée pour les patients avec 1 à 3 facteurs de risque et à la liberté du consultant pour les patients avec 4-5 facteurs de risque. Il peut être renseigné directement sur la fiche informatisée de RCP. Le score est alors calculé automatiquement. A titre indicatif, en 2014, 521 FOG étaient remplis dans le DCC en Poitou-Charentes alors qu'elles étaient 292 de janvier à novembre 2013 (40).

D'autres outils existent, comme le **G8 (Oncodage)** validé par l'INCa¹².

L'évaluation oncogériatrique et le parcours de soins

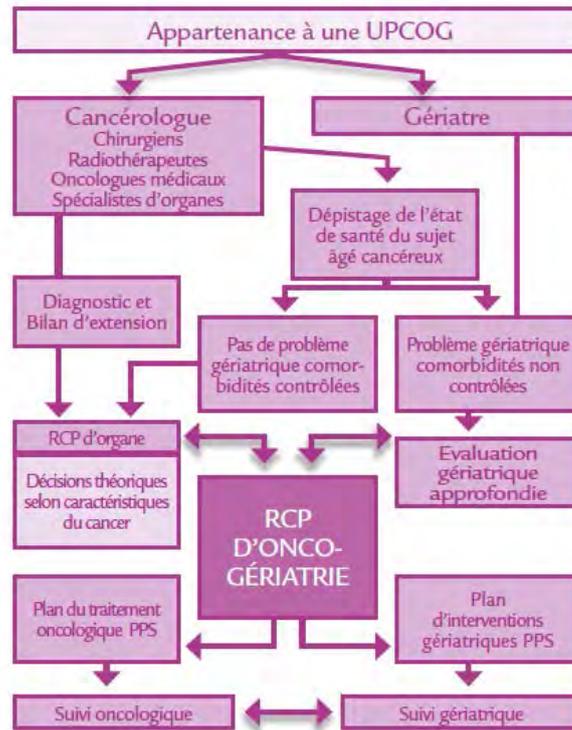
L'étape de *screening* décrite plus haut permet une première appréciation du degré de fragilité du patient et l'orientation vers une évaluation plus approfondie si nécessaire. L'évaluation gériatrique standardisée (EGS) repose sur l'exploration de la situation de la personne âgée par un interrogatoire, une série de tests et un examen clinique complet.

Elle permet d'apprécier l'état fonctionnel d'un patient, son degré d'indépendance dans les gestes et activités de la vie quotidienne, son état psychique, cognitif et son état de nutrition. Elle explore également l'équilibre du patient et recherche la notion de chutes. Les antécédents du patient et ses pathologies en cours sont par ailleurs recueillis, ainsi que les traitements pris par le patient, afin de rechercher d'éventuelles interactions, précautions d'emploi, ou contre-indications au traitement du cancer. L'environnement social du patient est enfin étudié, notamment pour identifier les personnes de l'entourage (conjoint, enfants, amis) susceptibles de l'aider dans la vie quotidienne. Cette appréciation permet de mettre en place un plan de soins comprenant d'éventuelles aides extérieures.

Les constats et propositions issus de l'évaluation gériatrique sont adressés au médecin traitant et aux spécialistes référents. L'échange entre oncologue et gériatre permet de décider du traitement du cancer le plus adapté à la pathologie du patient, à sa fragilité éventuelle, en tenant compte de sa volonté et de son avis. Les décisions finales sont le plus souvent validées lors de la RCP suivante.

¹² www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/ONCODAGE-Outil-de-depistage-geriatrique-en-oncologie

Figure 25. Organisation de la réunion de concertation en oncogériatrie (RCOG)



Source : INCA 2009 (81)

Les consultations d'oncogériatrie en Poitou-Charentes

Dans la région, 9 centres hospitaliers (CH) proposent des consultations en oncogériatrie :

- En Charente, au CH d'Angoulême,
- En Charente-Maritime, au CH de La Rochelle, de Rochefort, de Saintonge et de Jonzac,
- En Deux-Sèvres, au CH de Niort et du Nord Deux-Sèvres,
- En Vienne, au sein du Pôle Régional de Cancérologie (PRC) du CHU de Poitiers et au CH de Montmorillon.

Pour en savoir plus : <http://ucog.onco-poitou-charentes.fr/presentation>

Le parcours de santé pour les cancers liés à une exposition professionnelle

Le code de la Sécurité sociale définit comme maladie professionnelle et donc comme cancer professionnel, tout cancer résultant d'une exposition plus ou moins prolongée à certains produits ou procédés lors de l'activité professionnelle¹³. En France, l'InVS estime que 4 à 8,5 % des cancers seraient attribuable à des expositions d'origine professionnelle (82).

La reconnaissance d'un cancer professionnel

Un cancer est reconnu comme professionnel et indemnisable s'il figure dans l'un des tableaux de maladies professionnelles du code de la Sécurité sociale. Pour chaque maladie professionnelle, les critères de reconnaissance y sont indiqués et donnent droit à une indemnisation financière de la victime et de sa famille en réparation du préjudice subi, quel que soit l'organe concerné (cf. tableau 3). Si les conditions du tableau ne sont pas remplies ou si le cancer ne figure dans aucun tableau, il peut sous certaines conditions, être reconnu comme maladie professionnelle par le comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP). La déclaration en maladie professionnelle doit être réalisée auprès de la caisse d'assurance maladie avec un certificat médical du médecin traitant (83).

¹³ Art. L. 461-1 du code de la Sécurité sociale

Tableau 9. *Existence de tableaux par cancer professionnel et par facteurs d'expositions correspondants pour le régime général et agricole en 2015*

Localisation cancéreuse	Exposition
Cancer hépatique	Arsenic et composés minéraux, virus des hépatites A, B, C, D et E
Leucémie	Benzène, rayonnement ionisants
Mésothéliome primitif	Poussière d'amiante
Sarcome	Arsenic et ses composés minéraux, rayonnements ionisants, chlorure de vinyle monomère
Tumeur cérébrale	N-méthyl N'nitro N-nitrosoguanidine ; N-éthyl N'nitro N-nitrosoguanidine ; N-méthyl N-nitrosourée ; N-éthyl N-nitrosourée.
Cancer cutané	Arsenic et ses composés minéraux, suies de combustion des produits pétroliers, goudrons de houille, huiles de houille, brais de houille et suies de combustion du charbon, dérivés suivants du pétrole
Cancer ORL	Poussières de bois, l'acide chromique et les chromates et bichromates alcalins ou alcalinoterreux ainsi que par le chromate de zinc, par les opérations de grillage des mattes de nickel, l'aldéhyde formique et ses polymères
Cancer urinaire	amines aromatiques et leurs sels, les goudrons de houille, les huiles de houille, les brais de houille et les suies de combustion du charbon, l'arsenic et ses composés minéraux
Cancer broncho-pulmonaire et pleural	Poussière d'amiante, arsenic et ses composés minéraux, les rayonnements ionisants, les goudrons de houille, huiles de houille, brais de houille et suies de combustion du charbon, l'acide chromique et les chromates et bichromates alcalins ou alcalinoterreux ainsi que par le chromate de zinc, poussières ou de vapeurs renfermant des arseno-pyrites aurifères, les opérations de grillage des mattes de nickel, au travail au fond dans les mines de fer, poussières ou fumées renfermant du cadmium, poussières de cobalt associées au carbure de tungstène avant frittage, le bis (chlorométhyle) éther

Source : INRS¹⁴

La prise en charge de la maladie et des soins

Lorsque la maladie est reconnue comme maladie professionnelle, la prise en charge est de 100 % pour les soins médicaux liés à la maladie professionnelle. De plus, une rente peut être accordée en fonction du taux d'incapacité reconnu.

Des indemnités spécifiques pour les travailleurs de l'amiante

Les personnes exposées au cours de leur vie professionnelle à l'inhalation de poussières d'amiante peuvent, sous certaines conditions, cesser leur activité dès 50 ans. Dans le cadre de ce dispositif spécifique, parfois qualifié de « préretraite amiante », elles perçoivent une « allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante » (ATA). Cette allocation peut être complétée par une autre indemnité versée par le fond d'indemnisation des victimes de l'amiante (www.fiva.fr).

¹⁴ Consulté le 10/09/2015 sur <http://www.inrs-mp.fr/mp/cgi-bin/mppage.pl?>

III.4.3.4. Les temps d'accès et les délais de prise en charge

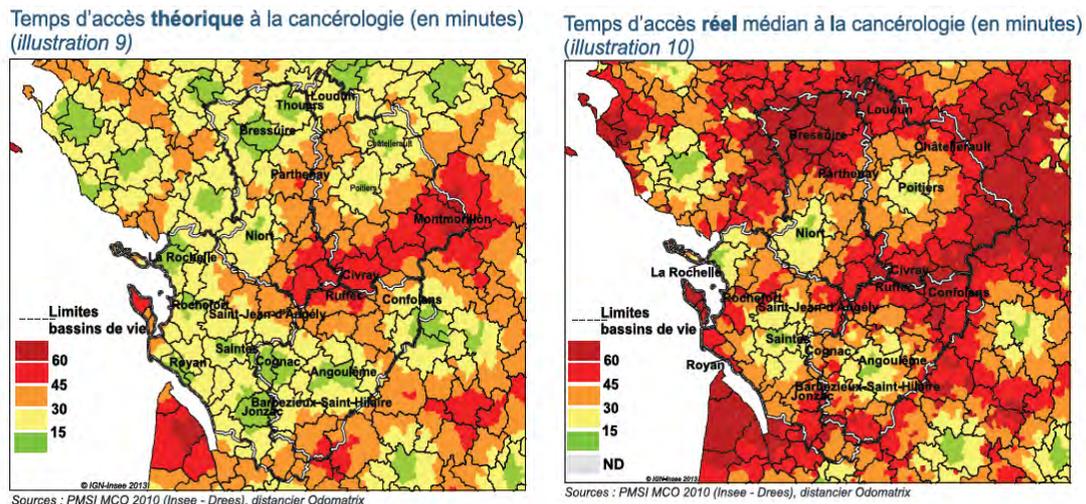
Le temps d'accès

Le temps d'accès est appelé «théorique» quand on part du principe que chaque patient se rend à l'hôpital le plus proche. Les trajets réels reposent sur l'analyse des séjours réellement observés dans la base PMSI-MCO (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information - Médecine Chirurgie Obstétrique).

En Poitou-Charentes, cinq pôles concentrent les deux tiers des séjours en hôpital pour cancérologie (Poitiers, Niort, La Rochelle, Saintes et Angoulême).

En Sud-Vienne, la différence entre les trajets théoriques et les trajets réels est faible. La moitié des séjours sont localisés à plus de 35 minutes du domicile du patient. Ce temps médian est peu différent pour tous les territoires de santé sauf pour les Deux-Sèvres (temps médian à 42 minutes), en raison d'une zone mal pourvue au nord du département. L'installation d'un nouvel établissement dans cette zone devrait améliorer la situation et permettre de réduire les déplacements (84) répétés des patients et de leur famille.

Figure 26. Temps d'accès théorique et réel en oncologie



Le délai d'accès au diagnostic et aux traitements

La mesure des délais d'accès au diagnostic et au traitement apparait comme un élément de la qualité de la prise en charges des patients atteints de cancer et peut s'avérer être un marqueur d'inégalités d'accès aux soins. L'étude pilotée par l'INCa et réalisée par les ORS et les réseaux régionaux de cancérologie (RRC) dans les régions volontaires a permis de dresser un état des lieux des délais de prise en charge les plus représentatifs du parcours de soins pour les cancers du sein, du poumon, du côlon et de la prostate. Ces délais observés sont comparables à ceux rapportés dans la littérature (85), (86), (87).

Le plus long parcours de soins : la prise en charge pour un cancer du sein

Nombre de cas inclus : 2530 cas dans 8 régions – en Poitou-Charentes : 301

Deux parcours de prise en charge ont été distingués :

- Un **parcours chirurgical sans chimiothérapie postopératoire** (76 % des cas) d'une durée moyenne de trois mois et demi entre la date de la mammographie et le début de la radiothérapie. Par rapport à l'ensemble des régions, la durée de ce parcours de soins est légèrement plus élevée en Poitou-Charentes que dans l'ensemble des régions étudiées, principalement pour l'accès à la chirurgie (27 contre 23 jours) ou à l'accès de la proposition thérapeutique (17 contre 15 jours).

- Un **parcours chirurgical avec chimiothérapie postopératoire** (24 % des cas) d'une durée moyenne de sept mois entre la date de la mammographie et le début de la radiothérapie. Par rapport à l'ensemble des régions, la durée de ce parcours de soins est légèrement plus élevée en Poitou-Charentes que dans l'ensemble des régions étudiées, principalement entre la chirurgie et la radiothérapie.

85 jours en moyenne pour un cancer de la prostate et 40 jours en cas de surveillance

Nombre de cas inclus : 4 207 cas dans 11 régions – en Poitou-Charentes : 344

L'étude des délais de prise en charge des cancers de la prostate faisait apparaître **trois « parcours »** de prise en charge différents :

- Le **parcours chirurgical** pour la moitié des cas. La durée totale de ce parcours est de **85 jours** en moyenne avec un écart de 4 jours en plus en Poitou-Charentes que dans l'ensemble des régions étudiées. Le délai d'accès à la chirurgie est allongé en Poitou-Charentes (53 j contre 45 j).
- Le **parcours avec traitement non chirurgical** (24 %). Sa durée totale est également de **85 jours** (contre 73 jours dans les autres régions). L'accès au premier traitement non chirurgical est allongé dans la région (9 j d'écart). Le traitement est une radiothérapie externe dans 45 % des cas, une hormonothérapie (41 %), une curiethérapie (11 %) ou des ultrasons focalisés dans moins de cinq cas.
- enfin, le troisième type de parcours concerne le **parcours avec surveillance seule**, c'est-à-dire que la prise en charge est définie par une surveillance régulière du dosage de PSA associée au toucher rectal. Un quart des patients relève de cette prise en charge. Sa durée est estimée à **40 jours**.

Un parcours de prise en charge de 2 mois en moyenne pour le cancer du poumon

Nombre de cas inclus : 1 945 cas dans 8 régions – en Poitou-Charentes : 309

La durée totale du parcours de soins est de 57 jours en moyenne soit environ 2 mois, elle est plus élevée en Poitou-Charentes que dans l'ensemble des régions (52 jours), principalement au niveau d'accès au premier traitement (chirurgie ou chimiothérapie) (4 jours d'écart en moyenne).

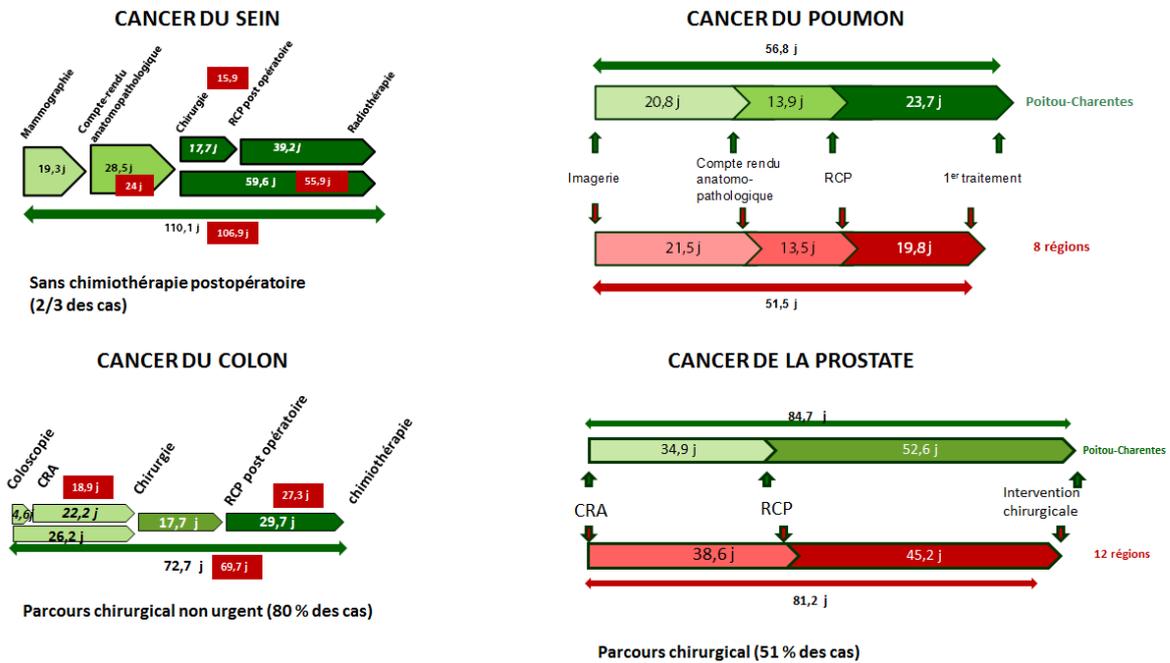
Entre 28 jours et 73 jours en moyenne pour une prise en charge du cancer du côlon, variable selon le type de parcours

Nombre de cas inclus : 3 248 cas dans 11 régions – en Poitou-Charentes : 347

L'étude des délais de prise en charge des cancers du côlon faisait apparaître trois « parcours » de prise en charge différents :

- le premier, qui regroupe la majorité des cas (80 %) se caractérise par un **traitement chirurgical en dehors d'une situation d'urgence**. La durée totale de ce parcours de soins classique est de **deux-mois et demi**, soit 3 jours de plus que dans les autres régions, principalement du fait d'un temps allongé entre le compte rendu anatomopathologique et la chirurgie et entre la RCP postopératoire et la chimiothérapie.
- le second regroupe les personnes pour lesquelles la découverte du cancer s'est faite au cours **d'une intervention chirurgicale en urgence** devant un tableau d'occlusion, de perforation ou d'hémorragie digestive basse. Du fait des effectifs, seul le parcours des 11 régions ont été analysés. La durée de ce parcours de prise en charge a été estimée à **45 jours**.
- enfin, la durée du **parcours non chirurgical** a été évaluée à **28 jours**, soit environ 1 mois.

Figure 27. Récapitulatif des délais mesurés et des durées moyennes des principaux parcours de prise en charge* pour les cancers du sein, du poumon, du côlon et de la prostate en Poitou-Charentes (en vert) et dans l'ensemble des régions participantes en 2011-2012



Source : Etudes sur les délais ORS Poitou-Charentes INCa, FNORS, ORS Poitou-Charentes, Réseau Onco Poitou-Charentes (85), (86), (87)

* dans ces schémas, les délais moyens de chaque étape sont représentés. La durée totale moyenne du parcours de soins n'est pas égale à la somme des durées moyennes de chacune des étapes, celles-ci n'étant pas calculées sur un nombre identique de personnes du fait d'une disponibilité variable des données nécessaires au calcul des délais.

CRA : Compte rendu anatomo-pathologique.

Cette étude a permis de mettre en évidence des temps d'accès allongé en Poitou-Charentes par rapport aux autres régions, notamment le temps d'accès à la chirurgie pour les quatre localisations. Par ailleurs, l'allongement des délais semble avoir un impact sur les pronostics des cancers du sein et du poumon (6).

III.5.Organisation de la recherche



Créés en 2003, soutenus par l'INCa depuis 2005 et labellisés en 2011, sept **cancéropôles** contribuent à structurer la recherche au plan régional (Ile-de-France, PACA) ou interrégional, en accord avec la politique de soutien à la recherche de l'INCa. Ils ont ainsi pour objectif de stimuler la recherche et de favoriser le transfert des résultats aux patients.

Aujourd'hui, les cancéropôles renforcent la recherche en cancérologie sur le territoire national à travers un réseau composé de plus de 2 000 équipes de recherche, 32 universités et plus d'une centaine de partenaires industriels. Les régions se sont, pour la plupart, associées aux cancéropôles et contribuent à leur financement.

III.5.1. La recherche fondamentale

La recherche fondamentale axée sur la biologie du cancer permet d'accroître la compréhension de l'oncogenèse, de l'évolution et de la progression du cancer. En effet, grâce au développement de nouvelles technologies, notamment moléculaires, et à l'évolution des concepts et des modèles, la biologie tient aujourd'hui une place essentielle dans la recherche sur le cancer.

Les connaissances produites par la recherche fondamentale en biologie contribuent aux avancées diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques de la prise en charge du cancer. Elles ouvrent de nouvelles perspectives en termes de progrès pour les traitements, la prévention des mécanismes de résistance et le développement d'outils par la mise en place de projets multidisciplinaires impliquant aussi la physique, les mathématiques ou l'informatique.

Les tumorothèques

Les tumorothèques sont des bibliothèques d'établissements de santé, également appelées « biothèques » ou « biobanques », où les échantillons biologiques sont enregistrés, cryoconservés, puis selon des conditions précises et définies juridiquement, mis à la disposition de médecins et de scientifiques pour des examens cliniques ou des études de recherche.

La tumorothèque du CHU de POITIERS, placée sous la responsabilité du Pr Pierre LEVILLAIN, a été labellisée le 9 juillet 2004. Elle assure la cryopréservation et l'annotation de tissus cancéreux prélevés lors des gestes opératoires et fait partie du réseau des Tumorothèques du Grand Ouest (RTGO).

Très rapidement la tumorothèque de POITIERS a affirmé sa vocation régionale en mettant en place les bases d'un réseau associant actuellement les Centres Hospitaliers de LA ROCHELLE et de NIORT qui adressent leurs prélèvements tumoraux congelés et annotés à POITIERS. L'objectif est de mettre progressivement cette plateforme à la disposition de l'ensemble des établissements autorisés de la région Poitou-Charentes, contribuant ainsi à améliorer l'égalité d'accès à des soins de qualité.

Fin 2010, la tumorothèque comptait 10 494 tubes, correspondant à 5 233 dossiers de patients, en augmentation régulière depuis la labellisation (3000 tubes fin 2005, 4850 tubes fin 2006, 6500 tubes fin 2007, 7865 tubes fin 2008, 9230 tubes fin 2009).

III.5.2. La recherche clinique

La recherche clinique vise à découvrir les moyens d'améliorer la prise en charge et le traitement des cancers, notamment par le biais des essais cliniques (*Cf. IV.3.1.5*). Suivant les programmes de recherche, ces essais peuvent porter sur de nouveaux médicaments ou associations de médicaments contre la maladie ou ses effets secondaires, de nouvelles façons de les administrer ou de nouvelles techniques de traitement, de diagnostic, de prise en charge ou de prévention. Ils permettent aux patients d'accéder, précocement et sans risque, partout sur le territoire, à des traitements innovants et adaptés à leur pathologie.

Les efforts déployés depuis plusieurs années par l'Institut pour développer et mieux valoriser ces essais cliniques, auprès des industriels français et étrangers comme des associations de malades, se sont traduits par une augmentation continue de l'inclusion de patients (+104 % depuis 2008).

Des moyens d'information sont également développés pour associer plus largement les patients et le public aux problématiques touchant à la recherche clinique.

III.5.3. La recherche en prévention

En matière de prévention, les axes de développement et leviers d'action identifiés consistent à :

- développer la recherche fondamentale sur les changements de comportement ;
- développer une recherche interventionnelle sur les changements de comportement ;
- mieux outiller les acteurs de la santé publique pour l'aide à la décision.

Dans ce cadre, l'Institut national de cancer et ses partenaires, ainsi que la Fondation ARC pour la recherche sur le cancer, l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales (ANRS) et la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), ont uni leurs efforts pour soutenir et promouvoir la recherche en prévention, notamment sur les cancers.

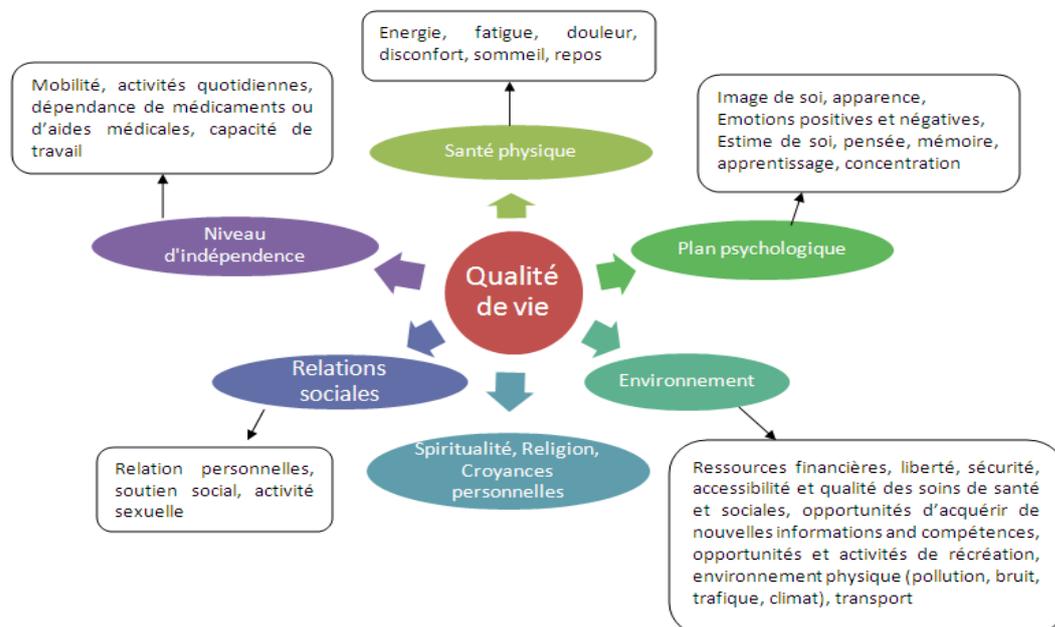
IV. Préserver la qualité de vie du malade et de ses proches

Concept et généralités

La prise en charge d'un patient atteint de cancer ne doit pas être limitée au seul traitement médical. Une attention aussi importante doit être accordée à l'ensemble des facteurs impliqués dans la qualité de vie du malade.

En 1993, l'OMS donne la définition de la qualité de vie comme étant « l'ensemble des perceptions des individus concernant leur positionnement dans la vie, dans le contexte culturel et le système de valeurs dans lesquels ils vivent, strictement lié à leurs but, souhaits, standards et préoccupations ». C'est un concept complexe qui réunit des aspects concernant l'état de santé de la personne, l'état psychologique, le niveau d'indépendance, les relations sociales, les croyances personnelles et sa position envers les éléments essentiels de son environnement. C'est une notion individuelle, car chaque malade ressent ses propres besoins qui sont différentes des autres malades.

Figure 28. Les composantes de la notion de qualité de vie



D'après (80):

IV.1. Une qualité de vie altérée

IV.1.1. Une dégradation de l'état physique

La dégradation de l'état physique commence par l'installation des douleurs chroniques et de la fatigue, parfois extrême, accompagnés par des signes et des symptômes liés au type et localisation de la tumeur, ainsi qu'au traitement administré.

Une étude montre que 44 % des malades ont eu des douleurs dès leur diagnostic et presque 20 % des survivants ont des douleurs chroniques à plus de 2 ans de l'annonce du diagnostic (88). La fatigue marquante, accompagnée de douleurs et d'insomnies a été déclarée surtout chez les patients sous radiothérapie, chez les patients ayant des métastases et sans emploi.

Les effets secondaires

La thérapie anticancéreuse est toxique pour les gonades et peut avoir aussi d'autres effets comme : les anomalies de la puberté, défaut de qualité interne des gamètes et impact toxique sur les futures grossesses. Cependant, le nombre des médecins prescrivant un traitement en faveur de la préservation de la **fertilité** est très faible ainsi que le recours aux services spécialisés. En effet, 68 % des hommes comme des femmes ont déclaré au cours de l'étude VICAN 2 que l'équipe ne leur avait proposé aucune technique de préservation de la fertilité (72).

La **sexualité** reste toujours un sujet peu abordé par l'équipe soignante. Parmi les malades interrogés pendant l'étude VICAN 2, seulement 18 % ont parlé sur ce sujet avec leur équipe soignante, dont 17 % à leur propre initiative. Le retentissement de la maladie sur la vie sexuelle persistait sous la forme de la diminution de la libido pour 53 % des malades et la disparition de la libido pour 22 % des malades (72).

Il existe d'autres effets secondaires des traitements anticancéreux et en particulier de la chimiothérapie à court terme (notamment des nausées, vomissements, douleurs dans la bouche, diarrhée, perte de l'appétit, des troubles respiratoires, une perte de poils et de cheveux (alopécie)) et à long terme (fatigue persistante, troubles de l'audition)

IV.1.2. Une altération de l'état psychique et émotionnel

En fonction de l'étape du parcours de soins, la souffrance psycho-émotionnelle peut prendre plusieurs formes cliniques (*cf figure suivante*).

Les études ont montré qu'entre 10 et 20 % des personnes atteintes de cancer sont à risque de dépression surtout pour les personnes âgées. Pendant la maladie, 53 % des malades consomment des psychotropes (majoritairement des anxiolytiques) d'après l'étude VICAN 2 (72). Deux ans après la fin du traitement, 41 % des malades conservaient leur thérapie antidépressive ou anti anxieuse.

Figure 29. Les formes de la souffrance psycho-émotionnelle en fonction des périodes de la maladie



Inspiré du « Vivre pendant et après un cancer », INCa (89)

IV.1.3. Modifications des relations avec la famille et l'entourage

La maladie impacte également la vie de famille des personnes touchées qui doivent elles aussi, apprendre à vivre avec la maladie et composer avec les nouvelles contraintes.

Le retour au sein de la famille après une hospitalisation implique l'adaptation à la vie avec une maladie chronique : le management de la maladie, assurer les tâches quotidiennes, familles et relations sociales et l'image de soi. La nouvelle vie amène des questions existentielles comme le retour au travail, retrouver la vie de couple, gérer l'angoisse, retrouver une autonomie ou l'accompagnement optimisé dans des situations de soins à domicile.

La dualité de la famille comme facilitateur et barrière a déjà été décrite (89). Les relations positives avec leur famille, époux et amis améliorent l'état psycho-social et de la qualité de vie. Les conjoints offrent un support tangible et émotionnel pour faciliter le développement de la capacité du malade de dépasser les déficits physiques et les difficultés de santé mentale.

Tout événement négatif ayant lieu dans la famille (décès, maladie) a aussi un fort impact sur la qualité de vie des patients atteints de cancer. Quand la famille ne peut pas assurer les besoins d'une manière appropriée, des décisions thérapeutiques défavorables peuvent être prises et un déclin de l'état fonctionnel et émotionnel peut se produire.

Les besoins des patients et de leur conjoint augmentent avec leur âge et varient au cours de la maladie, les patients ayant un stade avancé ont besoin d'encore plus d'aides.

L'altération de la qualité de vie de l'entourage

La famille éprouve des expériences similaires au malade, voir pires, accompagnée par une forte angoisse et une inquiétude amplifiée. La peur de la maladie renvoie à sa propre mort et à la crainte d'être eux-mêmes atteints de cancer plus tard.

L'entourage familial essaie de faire face à la situation à l'aide du déni, de la minimalisation de leurs propres besoins ou par la colère, ceci pouvant aller jusqu'à l'installation d'une dépression. Près de huit personnes sur dix citent la présence des proches comme facilitateurs d'aide pour faire face à la maladie.

La prépondérance de l'enjeu médical fait que la question sociale est souvent négligée par les malades comme elle l'est par la société ou par l'équipe de soins. Les répercussions ne tardent pas à se montrer : aggravation de la précarité socio-économique, impossibilité de maîtriser leur environnement, inadaptation sociale et isolement social suite à la détresse émotionnelle et installation de la dépression ou/et stigmatisation sociale.

La discrimination ressentie

L'étude VICAN montre que 9 % des patients ont été l'objet des attitudes de rejet ou de discrimination liées directement à leur maladie. Les discriminations varient en fonction de la localisation du cancer. La majorité des malades ont été discriminés par des membres de la famille, mais aussi par des amis proches. Un nombre réduit de malades ont été discriminés à leur travail par une pénalisation du salaire.

IV.2. Comment préserver la qualité de vie du malade et de ses proches tout au long de son parcours de santé ?

La qualité de vie peut être améliorée ou préservée par la mise en route d'un dispositif d'accompagnement permettant le soutien psychique et la planification de la prise en charge des effets secondaires, des soins de support, des interventions médicales liées à la reconstruction (par exemple, des prothèses mammaire) ou de la reprise d'emploi ou des études.

IV.2.1. A l'annonce du diagnostic

La préservation de la qualité de vie globale doit commencer dès le moment de l'annonce du diagnostic et doit être construite sur *l'anticipation* des difficultés spécifiques aux personnes atteintes de cancer : physiques, psychologiques et sociales.

L'annonce du diagnostic a été jugé « brutale » par 18 % des personnes interrogées et « trop brutale » par 6 % d'entre elles. Ce ressenti est plus fréquent lorsque l'annonce n'a pas été faite par un médecin ou pas en « face à face », mais ne dépend pas de la localisation de la pathologie ou de sa gravité (72). Le stress de l'annonce du diagnostic peut persister jusqu'à la fin du traitement, voir post traitement, d'où la nécessité d'une consultation adaptée et de mettre en œuvre des moyens de préservation de la qualité de vie.

IV.2.2. Etre un acteur de ses soins grâce à l'accompagnement thérapeutique

L'accompagnement thérapeutique, que ce soit à travers un programme d'ETP ou par un accompagnement des soignants, permet notamment de pouvoir développer ses capacités d'adaptation, de gérer ses émotions. C'est ce qu'on appelle *l'empowerment* du patient (90).

L'empowerment peut être défini comme: "*un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci*" (Charte d'Ottawa, 1996).

Lorsqu'une personne apprend qu'elle est atteinte d'une maladie grave, elle est projetée d'emblée dans une situation qui est potentiellement aliénante à double titre : d'une part, elle est confrontée à la nécessité de devoir apprendre à vivre avec une maladie qui devient plus ou moins incapacitante ; d'autre part, elle se retrouve, parfois pour le reste de sa vie, aux prises avec un système de soins représenté par des personnes soignantes qui, en prenant des décisions pour elle et en réalisant des actes sur elle, peuvent mettre la personne malade en position d'obéissance passive. Plutôt qu'une plus grande adhésion au traitement, il est maintenant courant d'entendre que l'éducation thérapeutique vise *l'empowerment* du patient, c'est-à-dire le processus par lequel un patient augmente sa capacité à identifier et satisfaire ses besoins, résoudre ses problèmes et mobiliser ses ressources, de manière à avoir le sentiment de contrôler sa propre vie. Cette définition ainsi que celle de la promotion de la santé, met l'accent sur la notion de contrôle ou de maîtrise comme finalité du processus d'*empowerment*.(91)

IV.2.3. Avoir recours aux soins de support tout au long de la phase de traitement et dans l'après cancer

Les soins de support ont comme but de diminuer les conséquences de la maladie et du traitement et, ainsi d'améliorer la qualité de vie. Ils ont des nombreux bénéfices non seulement sur le plan physique, mais aussi sur le plan psychique et des relations sociales :

- diminuer les douleurs et les effets indésirables des traitements spécifiques du cancer,
- réduire le risque d'affection psycho-psychiatrique comme la dépression et l'anxiété et lutte contre l'isolement.

Les soins de support redonnent aux patients la possibilité de continuer leurs activités habituelles pendant et après le cancer. Par exemple, en Poitou- Charentes, La ligue contre le cancer a mis en place des ateliers spéciaux pour les personnes atteintes de cancer : « Aide à la reprise du travail », « Atelier de gym » et « Atelier de sophrologie ». D'autres ateliers peuvent être envisagées et mis en place: peinture, musique, nutrition.

Les résultats d'une enquête parue en 2012 ont permis d'identifier un fort besoin pour les proches d'être secondés dans certaines situations comme accomplir les soins médicaux (82 %), s'impliquer dans une aide de la vie quotidienne (76 %), apporter un soutien financier (64 %), apporter un soutien administratif (47 %) ou accorder une écoute (45 %) (25).

IV.2.4. Faciliter la vie à domicile

Le développement de l'hospitalisation à domicile (HAD) est aujourd'hui une réelle demande des patients et de leur entourage. Pour que ce retour à domicile soit serein et pleinement bénéfique, il suppose une mobilisation importante de la part de l'entourage et de l'équipe médicale. Dans la majorité des cas, la préparation du retour à domicile est réalisée durant une hospitalisation dans le service qui a suivi le patient depuis le début de sa pathologie.

IV.2.5. Le recours aux soins palliatifs

Une étude canadienne (92) récente a mis en évidence que les soins palliatifs précoces augmentent la qualité de vie. Les soins palliatifs sont d'habitude assimilés à la notion de phase terminale de la maladie, mais peuvent également donner un état de bien-être aux patients à tout point de leur parcours en oncologie, en contrôlant les symptômes, en prévenant la souffrance et soulageant. Les études montrent que les soins palliatifs ont amélioré un nombre de symptômes physiques et psychologiques comme la douleur, la fatigue, la dépression et l'anxiété.

IV.2.6. L'importance du soutien social

L'état de bien-être émotionnel est fortement lié non seulement à la famille mais aussi au soutien social et spirituel (93). Plusieurs espaces spécialisés existent permettre aux malades et aux proches de s'informer sur le cancer, les traitements, les démarches sociales et d'exprimer son ressenti face à la maladie.

La mesure de la qualité de vie à plusieurs moments du parcours de soin influence positivement le pronostic vital du malade, tous cancers confondus et améliore la qualité de la relation soignant-soigné. Une évaluation rigoureuse peut s'avérer tout de même difficile à réaliser compte tenu des spécificités de chaque malade, même ayant à disposition des échelles validées au niveau mondial.

Les associations de patients

A ce jour, en Poitou-Charentes, 28 associations à destination des personnes atteintes de cancer et à leur entourage ont été recensés dans la région Poitou-Charentes (*liste non exhaustive en annexe 4*).

Parmi elles, cinq s'adressent aux malades atteints de tout type de cancer, 19 sont spécialisées dans l'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'un type spécifique de cancer et 5 sont spécialisées dans les soins palliatifs.

Elles ont comme but de rompre l'isolement qui entoure les personnes atteintes de cancer, d'être toujours à leur écoute et de les accompagner dans leurs démarches variées, mais aussi offrir un soutien psycho-social.

Une association départementale : La ligue contre le cancer

www.ligue-cancer.net

La Ligue contre le cancer est structurée en comités départementaux et comprend 5 missions principales:



- Le financement de projets de recherche
- Information et sensibilisation pour lutter efficacement contre le cancer
- Amélioration de la qualité de vie des personnes malades et de leurs proches
- Le changement les mentalités face au cancer
- L'engagement à l'échelle internationale.

pour la vie

Les comités départementaux proposent des ateliers (relaxation, soins esthétiques, sport adapté,..), des groupes de parole ou des visites de malades à domicile.

Autres sites



Oncodéfi

Site d'information à destination des personnes déficientes intellectuelles sur la prévention et le dépistage des cancers. www.oncodefi.org

IV.3. Le ressenti des soignants

Dans le milieu médical, de plus en plus de médecins, surtout ceux exerçant dans le milieu hospitalier, sont sensibles au sujet de la qualité de vie. Leur nombre est insuffisant, moins de 50 % des médecins évaluant la qualité de vie avant de prescrire un traitement anticancéreux. A l'opposé, peu de médecins considèrent que la qualité de vie ne doit pas être un objet de préoccupation médicale.

Certains médecins souhaitent incorporer plus largement l'évaluation de la qualité de vie dans leur pratique courante et sont aussi ouverts à l'étude approfondie de cette thématique. Une étude marseillaise (94) effectuée sur un échantillon de 51 médecins du réseau régional d'oncologie thoracique montre que un pourcentage important (67 %) de médecins avaient inclus un patient dans des essais cliniques évaluant la qualité de vie. De plus, 80 % des médecins considéraient que la qualité de vie pouvait faire le sujet d'un essai clinique.

IV.4. Travailler pendant et après un cancer

Le cancer atteint majoritairement des personnes de plus de 65 ans. Cependant, chaque année, un nombre important de personnes qui apprend sa maladie va se trouver confronté à une vraie difficulté : conjuguer traitement de la maladie et activité professionnelle. Or les contraintes du monde du travail et la fragilité induite par la maladie, notamment cancéreuse, sont 2 réalités qui ne se comprennent pas toujours.

La problématique de l'entrée, du maintien, du retour, voire de la sortie définitive d'une activité professionnelle va plus ou moins rapidement s'imposer aux personnes malades avec des conséquences très différentes selon l'âge, la profession, le type de cancer (25).

Rappel des droits d'un salarié atteint d'une maladie grave (95)

Le salarié atteint d'une maladie grave¹⁵ (sida, cancer, insuffisance cardiaque grave...) bénéficie de dispositifs tenant compte de son état de santé. De même, quelle que soit la maladie du salarié, le principe de non-discrimination (article L1132-1CT) en raison de l'état de santé doit être respecté par l'employeur.

- **autorisations d'absence** : Tout salarié atteint d'une maladie grave, telle que définie ci-dessus, bénéficie d'autorisations d'absence pour suivre les traitements médicaux rendus nécessaires par son état de santé.

- **aménagements de poste** : A l'issue des périodes de suspension du contrat de travail consécutives à une maladie ou un accident, si le salarié est déclaré par le médecin du travail inapte à reprendre l'emploi qu'il occupait précédemment, l'employeur est tenu de lui proposer un autre emploi approprié à ses capacités, compte tenu des conclusions écrites du médecin du travail et des indications qu'il formule sur l'aptitude du salarié à exercer l'une des tâches existantes dans l'entreprise et aussi comparable que possible à l'emploi précédemment occupé, au besoin par la mise en œuvre de mesures telles que mutations, transformations de postes de travail ou aménagement du temps de travail.

- **temps partiel thérapeutique** : Après un arrêt total de travail, le salarié peut bénéficier - temporairement - d'une reprise de travail à temps partiel pour motif thérapeutique, couramment appelée « temps partiel thérapeutique » ou « mi-temps thérapeutique ». L'objectif est de permettre au salarié de se réadapter progressivement au travail, avant reprise complète. Les modalités de reprise à temps partiel (durée, horaires...) sont à déterminer entre l'employeur et le salarié. L'employeur le rémunère alors en fonction des heures travaillées, tandis que la caisse de Sécurité sociale peut verser des indemnités journalières pour les périodes non travaillées¹⁶.

- **protection contre le licenciement** : La maladie ne constitue pas en soi un motif de licenciement, mais les absences répétées ou la maladie prolongée perturbant la marche de l'entreprise, peuvent constituer une cause réelle et sérieuse de licenciement. L'inaptitude physique constatée par le médecin du travail, peut également, au terme d'un processus particulier, conduire au licenciement du salarié.

- **protection des salariés exposés à des risques** : Le respect des règles prescrites dans chaque profession et le recours au droit de qui permet au salarié de se retirer d'une situation professionnelle dont il a un motif raisonnable de penser qu'elle présentait un danger grave et imminent pour sa vie ou pour sa santé.

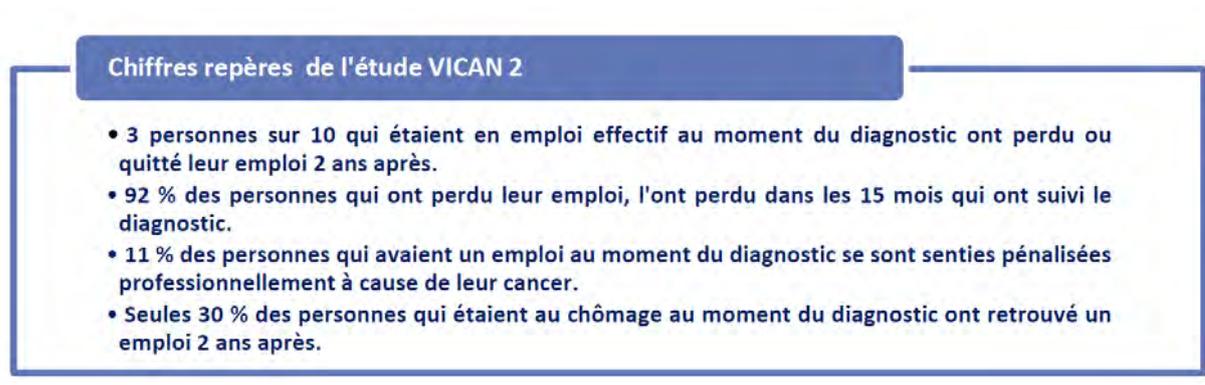
¹⁵ Cette liste figure à l'article D. 322-1 du [Code de la Sécurité sociale](#).

¹⁶ Pour en savoir plus : www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-medicale/vous-etes-en-arret-de-travail-pour-maladie/la-reprise-du-travail.php

IV.4.1. Une situation professionnelle dégradée 2 ans après le diagnostic

D'après l'enquête VICAN 2 (72), la situation professionnelle des personnes avec un cancer s'est dégradée au cours des 2 ans après le diagnostic. Effectivement, le taux d'activité en 2012 des personnes en activité en 2010 est de 77 % pour ceux ayant un cancer et de 94 % pour la population générale. Pour les personnes en activité en 2010, le taux de chômage deux ans après est 2 fois plus important chez les personnes ayant un cancer (6 %) que la population générale (3 %).

Figure 30. Chiffres repères de l'étude VICAN 2



Source : Observatoire sociétal des cancers (25), INCA - Etude VICAN 2 (72)

IV.4.2. Un parcours professionnel souvent interrompu

Environ une personne traitée sur deux à moins de 65 ans et la plupart occupent encore une activité au moment du diagnostic. Cependant, trois mois après l'annonce de la maladie, seulement **24 % des personnes travaillent encore** et 75 % après 5 ans. Ces taux varient cependant selon les caractéristiques cliniques (localisation, traitement), démographiques (sexe, âge) et sociales (statut devant l'activité, niveau d'études). Près d'un tiers des personnes exerçant une activité d'exécution perdent leur emploi dans les deux ans, alors que les cadres le conservent à plus de 80 %. Globalement, les individus dont la maladie est de moindre gravité et dont la situation socio-économique est la plus favorable sont les plus favorisés.

Dans l'enquête « les salariés et le cancer », pour plus de la moitié des salariés atteints de cancer et continuant à travailler, les deux principales motivations à poursuivre leur activité professionnelle est la volonté de ne pas s'enfermer dans la maladie et « pour ne rien changer ».

Figure 31. Motivation des salariés atteints de cancer à poursuivre leur activité durant le traitement



Source : enquête « les salariés et le cancer » (25)

L'interruption ou la perte d'emploi s'expliquent par la maladie elle-même, les traitements ou encore la vulnérabilité psychologique des patients. La fatigue, la douleur, les troubles du sommeil, l'anxiété, la dépression sont autant de symptômes fréquents pendant ou après le traitement. Ils altèrent la productivité et nécessiteraient l'aménagement du poste de travail. La discrimination ou la perte d'estime de soi sont également des freins à la reprise d'une activité normale.

Les salariés à temps partiel et les professionnels indépendants : contraints à travailler pendant les traitements

Pour bénéficier d'indemnités journalières en cas d'arrêt de travail pour maladie, les salariés travaillant sous le régime général et agricole doivent justifier soit d'une durée minimum de travail, soit d'un montant minimum de cotisations. Cette situation fait d'ailleurs l'objet d'une action dans le nouveau plan cancer¹⁷.

Pour la première fois, la situation des professionnels indépendants¹⁸ fait l'objet d'une étude dont les premiers résultats sont publiés dans le rapport de l'Observatoire sociétal des cancers : Dans le cas des professionnels libéraux, les cotisations pour indemnités journalières en cas de maladie ne sont pas obligatoires ; ils ne perçoivent donc pas d'indemnités de ce type lorsqu'ils n'ont pas cotisé. Dans tous les cas, en l'absence de souscription d'une assurance volontaire pour ce risque, les indemnités sont insuffisantes pour compenser la perte de revenus. De plus, il n'existe pas, pour les indépendants, de dispositifs formels d'aménagement du travail lorsque la maladie survient. D'après l'étude IndepCan, aucun des professionnels interrogés ne s'est arrêté de travailler pendant la totalité de la durée des traitements de son cancer.(25)

¹⁷ Action 9.8. Permettre un meilleur accès aux revenus de remplacement en cas d'arrêt maladie (33)

¹⁸ Les professionnels indépendants sont les artisans, commerçants et professionnels libéraux relevant du régime social des indépendants (RSI). En 2013, on comptait près de 172 000 ressortissants du RSI (cotisants et ayants droits) en Poitou-Charentes : 67 013 artisans et 70 825 commerçants, 46 % d'entre eux sont encore actifs (<https://www.rsi.fr/votre-caisse-rsi/poitou-charentes/nous-connaître/nos-chiffres-cles.html>).

IV.4.3. Les ressources aidantes



Le service social de la CARSAT

Le service social de la CARSAT Centre-Ouest propose, à partir de signalements de médecins ou d'assistantes sociales et pour tout arrêt de travail de plus de 3 mois, plusieurs offres de services aux personnes affiliées au régime général :

- Des **actions collectives** : à travers des réunions d'informations collectives, des interventions sociales d'intérêt collectif ou des groupes de paroles. En 2012, 2 465 personnes en ont bénéficiés en Poitou-Charentes.
- Des **actions individuelles** en cas de signalements de partenaires (médecins, assistantes sociales, ...) avec des interventions sociales d'aide à la personne. En 2012, 11 963 personnes en ont bénéficiés en Poitou-Charentes. Ces interventions concernaient dans 30 % des cas à une aide à l'autonomie, 28 % des cas au maintien dans l'emploi, pour 20 % à des informations sur les droits de protection sociale (97).

www.carsat-centreouest.fr/carsatpubv2/index.php/2013-10-25-12-23-00/en-cas-de-difficultes/missions

Les services de santé au travail

Implantés au plus près des entreprises, les Services de Santé au Travail sont les acteurs essentiels dans le diagnostic et la prévention des effets délétères du travail sur la santé. Assurant également le suivi médical des salariés, le médecin du travail tient compte du poste de travail du salarié pour envisager les conditions de sa reprise, lors d'une visite de pré-reprise. Cet entretien va permettre d'identifier les difficultés potentielles auxquelles le salarié va être confronté à la reprise de son travail et les aménagements qui pourraient être envisagés (mi-temps thérapeutique, aménagement des horaires, etc.).

www.prstpoitoucharentes.fr/?p=710



Cancer@Work est une association loi de 1901 créée en juin 2012 dont les missions visent à favoriser l'insertion, le maintien dans l'emploi et la qualité de vie professionnelle des personnes touchées par un cancer. www.canceratwork.com

L'Espace de rencontre et d'information (ERI®) est un lieu d'accueil, d'écoute, d'échange



et d'orientation. Situé au sein du pôle régional de cancérologie au CHU de Poitiers, c'est un lieu ouvert, accessible à tous et sans rendez-vous, tenu par une personne non soignante qualifiée d'accompagnateur en santé sous double tutorat médical et psychologique.

Les personnes malades et les proches peuvent trouver des informations accessibles et compréhensibles sur :

- la maladie et ses traitements ;
- les différentes ressources disponibles en dehors de l'hôpital, tels que les divers services proposés par les associations de soutien et d'entraide et/ou par les organismes d'État ;
- les possibilités de soutien psychologique au domicile, à l'hôpital, ainsi que les coordonnées de groupes de parole ;
- les droits des personnes malades ;

À partir de septembre, le comité de la Ligue contre le cancer de la Vienne met en place trois nouveaux ateliers gratuits pour les patients suivis en cancérologie, avec le soutien de l'espace de rencontres et d'information du pôle régional de cancérologie du CHU : **atelier d'aide à la reprise du travail** (98), **atelier gym après cancer** et **atelier de sophrologie**.

REMAIDE – Accompagner le patient pour favoriser le Retour et le MAIntien Dans l'emploi en Essonne

La CRAMIF, le réseau Onco Essononco, et La Ligue contre le Cancer ont mis en place une action d'aide au retour et au maintien dans l'emploi intitulée « Remaide ». Cette action a pour objectif de vous proposer un accompagnement personnalisé visant à la réassurance (reprise de confiance en soi à la fois physique et psychique). L'accompagnement repose essentiellement sur des ateliers répondant aux problématiques suivantes :

- gestion de la fatigue liée au cancer,
- troubles de la mémoire et de la concentration,
- difficultés liées à la confiance en soi et l'image de soi,
- informations sociales et dispositifs d'aide au retour à l'emploi.

www.essononco.net

IV.4.4. Synthèse et pistes d'amélioration

Même si une majorité de personnes malades s'arrête de travailler pendant la période des traitements, il n'empêche que pour certains le parcours professionnel est marqué par une succession d'arrêts de travail et de reprises, compte tenu de l'évolution de la maladie ou de la nécessité économique.

Le cancer est une réalité dans le monde du travail, qui impacte la personne malade elle-même comme son entourage professionnel. Les personnes atteintes de cancer sont de plus en plus nombreuses dans le monde du travail. Pour diminuer l'impact de la maladie sur le parcours professionnel des personnes malades, 3 pistes d'amélioration ont été identifiées à travers les témoignages recueillis dans l'enquête VICAN, en cohérence avec les actions 9.4, 9.5, 9.6 et 9.7 du plan cancer 2014-2019 (33).

Figure 32. Pistes d'amélioration proposées par les malades

1. Limiter les ruptures dans le parcours professionnel

Soit en testant à titre expérimental la mise en place d'un dispositif qui fonctionnerait sur le mode du «congé de présence parentale», à savoir un nombre de jours de congés, indemnisés sous certaines conditions, à prendre sur une durée maximale de 3 ans, et ré-évaluable tous les 6 mois. Ce congé offrirait la possibilité aux personnes atteintes d'un cancer qui le souhaitent de conserver une activité professionnelle tout en leur permettant de suivre des protocoles de soins ou de suivi, de réaliser des examens réguliers, de faire face à des moments de fatigue intense, incompatibles avec une activité professionnelle.

Soit en favorisant le recours au dispositif «périodes de professionnalisation» pour les personnes en arrêt maladie de longue durée, en particulier celles qui ne peuvent revenir vers leur poste de travail (et pas seulement à celles reconnues handicapées). En effet, dans le cas d'un changement de poste, d'un reclassement, voire d'une reconversion, les personnes malades se sentent moins bien préparées à la reprise, plus fragilisées par un poste auquel elles doivent s'adapter alors même qu'elles se sentent encore dans un état de santé vulnérable et qu'elles n'ont pas toujours eu le temps de faire le deuil de leur situation professionnelle antérieure.

2. Mieux anticiper la reprise professionnelle

En informant les personnes malades de leurs droits, comme des dispositifs existants.

Une meilleure compréhension des mécanismes de compensation de la perte du travail et des conséquences à long terme des différentes possibilités (invalidité, mise à la retraite, etc.) doit aussi être une composante de l'information à délivrer. Des dispositifs existent aujourd'hui pour mûrir les choix professionnels, mais restent insuffisamment connus, en particulier la visite de pré-reprise. Il faut aussi que le médecin du travail, pierre angulaire de la reprise, soit sollicité à temps.

En accompagnant les personnes malades dans cette reprise, y compris au moment et après la reprise (soutien psychologique, coachings, tutorat par les collègues, etc.). En amont de la reprise, les ateliers «vie professionnelle / reprise d'emploi», proposés par les CARSAT et la Ligue contre le cancer, devraient pouvoir être développés.

3. Sensibiliser les employeurs et les institutions chargées d'accompagner les personnes dans le retour à l'emploi (Pôle emploi, Cap emploi)

Sur l'accueil d'une personne en longue maladie : meilleure information sur les conséquences du cancer pour lever les tabous, information sur les acteurs et dispositifs à même d'aider les employeurs dans la réintégration de leurs salariés...

Source : Observatoire sociétal des cancers (96), INCA - Etude VICAN 2 (72)

IV.5. Le retour au travail**Les difficultés rencontrées**

Après les traitements, le retour à la vie professionnelle est souvent attendu comme le signe d'un retour à « une vie normale ». Mais les personnes malades sous-estiment souvent les difficultés auxquelles elles vont se heurter lors de cette reprise, ou dans les mois qui suivent notamment la fatigue et le suivi médical mais également la réaction de la hiérarchie ou des collègues, la charge de travail, l'évolution dans l'organisation de l'entreprise...

D'après une étude réalisée en janvier 2014 (96), lors de la reprise du travail, après les traitements, les salariés concernés rapportent deux principales difficultés :

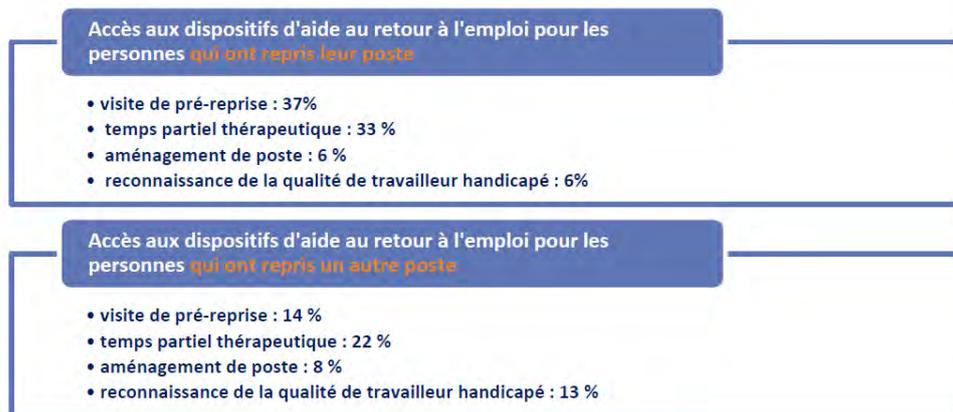
- La fatigue, les effets secondaires des traitements pour 47 %
- Les difficultés de concentration et de mémoire pour 26 %.

Les dispositifs d'aide à la réinsertion

Plusieurs dispositifs peuvent améliorer le retour à l'emploi après un cancer. En amont de la reprise du travail, la visite de pré-reprise avec le médecin du travail peut prévoir des mesures d'adaptation du poste et/ou du temps de travail. Il peut être alors décidé un aménagement de poste particulier ou un aménagement du temps de travail (temps partiel thérapeutique). Si l'état de santé le nécessite, une reconnaissance en qualité de travailleur handicapé (RQTH) peut être faite, permettant des aides financières et des formations professionnelles (99).

Ces différents dispositifs sont détaillés dans l'encadré en page 70.

Figure 33. L'accès aux dispositifs d'aide au retour à l'emploi



Source : Ligue contre le cancer - DOPAS 2013 (96)

Charte du droit à l'oubli

Le « droit à l'oubli » pour les anciens malades du cancer est entériné aujourd'hui par la signature d'un avenant à la convention AERAS (« s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé »).

Le « droit à l'oubli » est un engagement du Plan cancer 2014-2019 particulièrement important pour les malades. Il se concrétise aujourd'hui par la signature d'un avenant à la convention AERAS (« s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé ») entre la ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, le ministre des Finances et des Comptes publics, les fédérations professionnelles de la banque, de l'assurance et de la mutualité et les associations de malades et d'usagers de la santé. Le dernier avenant apporte un nouveau principe, celui de la non-déclaration de son cancer par un emprunteur lors d'une demande de prêt, dans deux cas de figure :

- pour un emprunteur dont le cancer a été diagnostiqué avant et jusqu'à l'âge de quinze ans révolus et dont les traitements sont terminés depuis 5 ans : cela permet aux enfants devenus adultes de réaliser des projets financiers relativement jeunes ;
- pour un emprunteur dont le protocole thérapeutique est achevé depuis plus de quinze ans, quel que soit le cancer dont il a été atteint.

Le droit à l'oubli s'applique immédiatement à partir de la signature de cet avenant. Les emprunteurs répondant à l'un des deux critères n'ont donc plus à déclarer leur antécédent de cancer sur le premier questionnaire de santé accompagnant la demande de prêt.

V. Bibliographie

1. La prévention primaire des cancers en France. INCa; 2015.
2. World Cancer Report 2014 - WHO - OMS -. IARC; 2014 p. 630.
3. Globocan 2012 : estimated cancer incidence, mortality and prevalence Worldwide in 2012. Disponible sur: <http://globocan.iarc.fr/Pages/Map.aspx>
4. Léone N, Voirin N. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2015. Rapport technique. InVS. Novembre 2015. p. 62. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2015/Projection-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-France-metropolitaine-en-2015>
5. Cancers infiltrants tous sexes confondus. région Poitou-Charentes, année 2011. [Internet]. registre des cancers Poitou-Charentes. Disponible sur: http://medphar.univ-poitiers.fr/registre-cancers-poitou-charentes/documents_registre/incidence/2011/tous_sexes_latex.pdf
6. Les cancers en France. Edition 2013. INCa; 2014. 256 p.
7. BINDER-FOUCARD F, BELOT A, DELAFOSSE P. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Etude à partir des registres des cancers du réseau Francim. Partie 1 : Tumeurs solides. InVS; 2013 p. 122 p.
8. Les cancers en France. Edition 2014. INCa; 2015. 242 p.
9. DEBARRE J, GIRAUD J, PUBERT M, ROBIN S. Estimation du fardeau global des cancers en Poitou-Charentes. Résultats des indicateurs d'Années de vie ajustées sur l'incapacité (AVAI) relatifs au cancer. ORS Poitou-Charentes; A paraître p. 32 p.
10. DEFOSSEZ G. Epidémiologie des cancers en Poitou-Charentes sur la période 2008-2012. 1ère journée scientifique du registre général des cancers de Poitou-Charentes; 2015 déc 3; Poitiers.
11. DEFOSSEZ G, DEBARRE J, BOUFFARD B, GIRAUD J, INGRAND P. Incidence et mortalité des cancers en Poitou-Charentes. Le cancer colorectal. Registre des cancers Poitou-Charentes, ORS Poitou-Charentes; 2012 déc p. 4.
12. DEFOSSEZ G, DEBARRE J, BOUFFARD B, GIRAUD J, INGRAND P. Incidence et mortalité des cancers en Poitou-Charentes. Le cancer du sein. Registre des cancers Poitou-Charentes, ORS Poitou-Charentes; 2012 déc p. 4.
13. DEFOSSEZ G, DEBARRE J, BOUFFARD B, GIRAUD J, INGRAND P. Incidence et mortalité des cancers en Poitou-Charentes. Le cancer de la prostate. ORS Poitou-Charentes, registre des cancers Poitou-Charentes; 2013 janv p. 4 p.
14. DEFOSSEZ G, DEBARRE J, BOUFFARD B, GIRAUD J, INGRAND P. Incidence et mortalité des cancers en Poitou-Charentes. Le cancer broncho-pulmonaire. Registre des cancers Poitou-Charentes, ORS Poitou-Charentes; 2013 avr p. 4.
15. DEFOSSEZ G, DEBARRE J, BOUFFARD B, GIRAUD J, INGRAND P. Incidence et mortalité des cancers en Poitou-Charentes. Le cancer du col de l'utérus. Registre des cancers Poitou-Charentes, ORS Poitou-Charentes; 2013 juin p. 4.
16. DEFOSSEZ G, DEBARRE J, BOUFFARD B, GIRAUD J, INGRAND P. Incidence et mortalité des cancers en Poitou-Charentes. Les lymphomes malins non hodgkiniens. Registre des cancers Poitou-Charentes, ORS Poitou-Charentes; 2013 août p. 4.
17. DEFOSSEZ G, DEBARRE J, BOUFFARD B, GIRAUD J, INGRAND P. Incidence et mortalité des cancers en Poitou-Charentes. Myélome multiple et maladies

- immunoprolifératives. Registre des cancers Poitou-Charentes, ORS Poitou-Charentes; 2013 août p. 4.
18. Jégu J, COLONNA M, Daubisse-Marliac L. The effect of patient characteristics on second primary cancer risk in France. *BMC Cancer*. 2014;14(1):94.
 19. BOUCHER, P. Le coût économique du cancer au Québec en 2008. 2010 avr.
 20. The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy – European Union and Free Trade Association Regional Edition. Institute for Health Metrics and Evaluation. Disponible sur: <http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/publications/policy-report/gbd-eu-report>
 21. Luengo-Fernandez R, Leal J. Economic burden of cancer across the European Union: a population-based cost analysis. *Lancet Oncol*. nov 2013;14(12):1142-3.
 22. Institut National du Cancer. (I.N.C.). Paris. FRA. Analyse économique des coûts du cancer en France : impact sur la qualité de vie, prévention, dépistage, soins, recherche. Paris: INC; 2007 mars p. 144 p.
 23. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance maladie pour 2016. Caisse nationale Assurance Maladie des travailleurs salariés; Juillet 2015. p. 181. Disponible sur: http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cnamts_rapport_charges_produits_2016.pdf
 24. ameli.fr - Coût des ALD en 2009 dans la population du régime général. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/cout/cout-des-ald-en-2009.php>
 25. Rapport 2013 de l'Observatoire sociétal des cancers. Ligue nationale contre le cancer; 2013 p. 142 p.
 26. Comptes nationaux de la santé 2013. Edition 2014 [Internet]. DREES; 2014. p. 247. Disponible sur: http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/comptes_sante_2013_edition_2014.pdf
 27. Doumont D, Deccache C. Prévention et dépistage du cancer du col de l'utérus : quelles recommandations pour quelle efficacité, tour d'horizon des pays européens et/ou anglo-saxons. Aperçu général de la situation européenne et anglo-saxonne. UCL-RESO; 2010. p. 40. Disponible sur: https://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/DT_cancer_col_10_1ere_partie_fin.pdf
 28. Boinot L, Guignet J, Tapin O, Ingrand P, Jaffre A, Mathoulin-Pélissier S, et al. Déterminants des coûts du cancer du sein en Poitou-Charentes du diagnostic à la fin de la première année de suivi. *J Gest Déconomie Médicales*. 2010;28(2):51.
 29. Projet de plan d'action pour la lutte contre les maladies nontransmissibles (2013-2020). OMS; 2013 janv p. 43.
 30. Plan cancer 2003-2007. Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer; 2003 p. 44.
 31. Plan cancer 2009-2013. INCA; 2009 fev p. 136 p.
 32. Professeur VERNANT. Recommandations pour le troisième Plan cancer. 2013 juill.
 33. Plan cancer 2014-2019. 2014 févr p. 150.
 34. Plan cancer 2014-2019 Feuille de route régionale Poitou-Charentes.

35. Santé environnement. 3ème plan national 2015-2019. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. p. 106. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNSE3_v_finale.pdf
36. Programme national de réduction du tabagisme. 2014-2019. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Septembre 2014. p. 55. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNSE3_v_finale.pdf
37. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Programme national nutrition santé 2011-2015. Juillet 2011.66 p. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf
38. Plan Santé au travail 2010-2014. Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique; 2009. 50p. Disponible sur: http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/PST_2010-2014.pdf
39. ARS Poitou-Charentes. Vue d'ensemble du PRS. Disponible sur: http://www.ars.poitou-charentes.sante.fr/fileadmin/POITOU-CHARENTES/Votre_Sante/PRS/20111220_VueEnsemblePRS.jpg
40. Suivi du plan cancer 2009-2013 en Poitou-Charentes. ORS Poitou-Charentes, registre des cancers Poitou-Charentes, Réseau Onco Poitou-Charentes; A paraître.
41. OCDE. Panorama de la santé 2015. Éditions OCDE; 2015. Disponible sur: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2015_health_glance-2015-fr
42. Bénéfices et limites du programme de dépistage organisé du cancer du sein. Quels éléments en 2013? INCA; 2013 p. 18.
43. INGRAND P. Evaluation des programmes de dépistage organisé. 1ère journée scientifique du registre général des cancers de Poitou-Charentes; 2015 déc 3; Poitiers.
44. DEBARRE J, VAIL E, GIRAUD J, BOUFFARD B, BOUNAUD V. Dépistage organisé du cancer du sein. Freins et leviers à la participation. ORS Poitou-Charentes; 2012 juin p. 92 p. Report No.: 141.
45. Place de la mammographie numérique dans le dépistage organisé du cancer du sein. Synthèse et perspectives. Haute Autorité de Santé; 2006 oct p. 6.
46. Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage. Volet 2. recommandations en santé publique. HAS; 2014 mars p. 90 p.
47. Point sur la tomosynthèse en dépistage du cancer du sein. Programme québécois de dépistage du cancer du sein.; 2014.
48. BERNIER M. Les résultats du dépistage du cancer du sein. Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé; 2004 juin p. 83 p.
49. Tournoux-Facon C. MAMMOTRANS86 : l'aide au transport du lieu de résidence au centre de radiologie favorise-t-elle la réalisation de la mammographie de dépistage pour les populations rurales éloignées géographiquement? DOCVIE; 2015 p. 20.
50. Kalecinski j., Regnier-Denois V. Dépistage organisé ou individuel du cancer du sein? Attitudes et représentations des femmes. Santé Publique. avr 2015;27(2):213-20.
51. Arrêté du 23 septembre 2014 portant introduction du test immunologique dans le programme de dépistage organisé du cancer colorectal. JORF n°0230 oct 4, 2014 p. 16186.
52. VAN ROSSUM L, VAN RIJN A. Random comparison of gaïac and immunochemical fecal occult blood tests for colorectal cancer in a screening population. Gastroenterology. 25 mars 2008;(135):82-90.

53. Dépistage et prévention du cancer colorectal. Actualisation du référentiel des pratiques de l'examen périodique de santé (EPS). HAS; 2013 juin.
54. COQ-CHODORGE C. Cancer : dépister est-il toujours utile? Monit Pharm. 16 févr 2013;cahier 1(2970):33.
55. DEBARRE J, GIRAUD J, BOUFFARD B, ROBIN S. Expérimentation de la participation des pharmaciens au dispositif de dépistage organisé du cancer colorectal. Choix des cantons charentais pour l'expérimentation : description et méthodologie. ORS Poitou-Charentes; p. 19. Report No.: 160.
56. Duport N. Pathologie cervico-utérine : dépistage et surveillance des lésions précancéreuses et cancéreuses. InVS. 20 mai 2014;13-14-15.
57. Cancer de la prostate : identification des facteurs de risque et pertinence d'un dépistage par dosage de l'antigène spécifique prostatique (PSA) de population d'hommes à haut risque? Haute Autorité de Santé; 2012 févr p. 80 p.
58. Propositions de l'Assurance Maladie sur les charges et produits pour l'année 2013. Caisse nationale Assurance Maladie des travailleurs salariés. Juillet 2012. 131p. Disponible sur: http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cnamts_rapport_charges_produits_2013.pdf
59. rapport d'orientation : facteurs de retard au diagnostic du mélanome cutané. HAS, InCA; 2012 juill p. 34.
60. Cancers des Voies-Aéro-Digestives Supérieures (VADS) | Site URPS Médecins libéraux Nord Pas-de-Calais. Disponible sur: <http://www.urps5962ml.fr/thematiques/sant%C3%A9-publique/actions-de-sp/cancers/d%C3%A9pistage-cancers-vads/d%C3%A9pistag>
61. Clément-Duchêne C, Guillemin F, Paris C, Régent D, Martinet Y. Les protocoles de dépistage du cancer bronchique : limites et conséquences. Rev Mal Respir. avr 2010;27(4):314-28.
62. Dépister le cancer du poumon grâce à une prise de sang ? Le Monde.fr. Disponible sur: http://www.lemonde.fr/sante/article/2014/11/01/avancee-majeure-dans-le-depistage-du-cancer-du-poumon_4516446_1651302.html
63. Pornet C. 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. BEH. 2012;35-36-37:413-5.
64. Bertolotto F. Facteurs sociaux de l'absence de participation aux campagnes de dépistage organisé du cancer du sein. BEH. 2003;(2):24-5.
65. Le Breton J, Journy N, Attali C, Le Corvoisier P, Brix Z, Bastuji-Garin S, et al. Improving participation in colorectal cancer screening: targets for action. Prev Med. nov 2012;55(5):488-92.
66. DEBARRE J, ROBIN S. Bulletin d'observation en santé. Le cancer en Poitou-Charentes. ORS Poitou-Charentes; 2010.
67. L'hospitalisation à domicile (HAD) en Poitou-Charentes [Internet]. Cellule observation statistique et analyse (CoSA), ARS. Octobre 2015. 12 p. Report No.: 13. Disponible sur: http://www.ars.poitou-charentes.sante.fr/fileadmin/POITOU-CHARENTES/Votre_ARS/etudes_et_publications/201511_Com_stat_13_HAD.pdf
68. Recommandations. Critères d'éligibilité des patients à une chimiothérapie anticancéreuse à domicile. ANAES. Septembre 2003. 28 p. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/anaes_recommandations_chimioth_351rapie-2.pdf

69. Bungener M, Demagny L, Holtedahl K, Letourmy A. La prise en charge du cancer : quel partage des rôles entre médecine générale et médecine spécialisée ? Prat Organ Soins. 2009;40(3):191.
70. Cancer du sein. Se reconstruire après une mastectomie [Internet]. Observatoire sociétal des cancers; 2015. 132 p.
71. Conférence de presse: Présentation du deuxième baromètre SOS (Soins oncologiques de Support). 2014.
72. La vie deux ans après un diagnostic de cancer - De l'annonce à l'après-cancer - Ref : ETUDVICAN14 | Institut National Du Cancer. INCA. Mai 2014. 452 p. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/La-vie-deux-ans-apres-un-diagnostic-de-cancer-De-l-annonce-a-l-apres-cancer>
73. Aubry R. Etat des lieux du développement des soins palliatifs en France en 2010. Comité national de suivi du développement des soins palliatifs. Avril 2011. 66p. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Etat_des_lieux_du_developpement_des_soins_palliatifs_en_France_en_2010.pdf
74. Morin L, Aubry R. Accessibilité de l'offre de soins palliatifs à l'hôpital en France : de fortes inégalités entre régions. Médecine Palliat. 2015;(14):142-51.
75. ARS Poitou-Charentes. Schéma régional d'organisation des soins hospitaliers. 2015 p. 243.
76. Réseau Onco Poitou-Charentes. Accompagnement des professionnels de santé dans le cadre de l'audit clinique ciblé portant sur le Dispositif d'Annonce (DA) des cancers. 2012.
77. DEFOSSEZ G. Evaluation de l'exhaustivité de passage en RCP des nouveaux patients atteints de cancer. [Internet]. Journée scientifique du registre général des cancers de Poitou-Charentes. 3 décembre 2015. Poitiers. Disponible sur: http://medphar.univ-poitiers.fr/registre-cancers-poitou-charentes/documents_registre/Journ%C3%A9e%20du%20registre%20-%202015/_01_matin_surveillance/04_exhaustivite_rcp.pdf
78. PERRET Elise. Rapport de stage: L'organisation territoriale et la coordination de la prise en charge des patients atteints d'un cancer à leur sortie de l'établissement. Réseau Onco Poitou-Charentes; 2011 août.
79. Feuille de route régionale. Plan cancer 2014-2019. ARS Poitou-Charentes; 2015 juin p. 22.
80. Valero S, Migeot V. Who needs a comprehensive geriatric assessment? A French Onco-Geriatric Screening tool (OGS). J Geriatr Oncol. avr 2011;2:130-6.
81. Albrand G. Etat des lieux et perspectives en oncogériatrie. INCA; 2009 mai p. 381.
82. Imbernon E. Estimation du nombre de cas de certains cancers attribuables à des facteurs professionnels en France. InVS; 2003 avr p. 28.
83. Cancers professionnels : pourquoi et comment déclarer en maladie professionnelle? INCa; 2015.
84. INSEE Poitou-Charentes. En Poitou-Charentes, cinq pôles concentrent les deux tiers des séjours en hôpital. Décimal. N° 339. avr 2014;
85. DEBARRE J, GIRAUD J. Etude des délais de prise en charge des cancers du côlon et de la prostate en Poitou-Charentes. ORS Poitou-Charentes; A paraître p. 63. Report No.: A paraître.
86. DEBARRE J, GIRAUD J. Etude des délais de prise en charge des cancers du sein et du poumon en Poitou-Charentes. ORS Poitou-Charentes; 2013 avr p. 60. Report No.: 144.

87. INCa. Délais de prise en charge des quatre cancers les plus fréquents 2011-2012. 2013 juin p. 42.
88. GREEN R. Carmen. Cancer -Related Chronic Pain. Cancer. 1 mai 2011;
89. INCa. Vivre pendant et après un cancer [Internet]. Société canadienne du cancer. Disponible sur: <https://www.cancer.ca/fr-ca/about-us/our-research/our-researchers/dr-camilla-zimmermann/?region=ns>
90. Bagot J-L, Tourneur-Bagot O. Pertinence de l'éducation thérapeutique dans le cancer du sein. Psycho-Oncol. déc 2010;4(S1):21-5.
91. Aujoulat I. L'empowerment des patients atteints de maladie chronique. Auto-détermination, auto-efficacité, sécurité et cohérence identitaire. Thèse de doctorat en santé publique. Université Catholique de Louvain; 2007. Disponible sur: <http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/THESEaujoulat-BibliothequeUCL-Version2.pdf>
92. Dre Camilla Zimmermann [Internet]. Société canadienne du cancer. Disponible sur: <https://www.cancer.ca/fr-ca/about-us/our-research/our-researchers/dr-camilla-zimmermann/?region=ns>
93. KA'OPUA I. Lana Sue. Spiritually Based Resources in Adaptation to Long-Term Prostate Cancer Survival: Perspectives of Eldery Wives. Health and Social Work. Volume 32, Number 1. févr 2007;
94. Barlési F. et al. Qualité de vie: attitudes et perceptions des médecins d'un réseau régional des soins en oncologie thoracique. Santé publique 2006, volume 18, nr 3.
95. David A. Prévention, sécurité, santé au travail de A à Z! Le manuel de Référence. Prévention. 2011. 456 p.
96. Rapport 2013 de l'Observatoire sociétal des cancers. Ligue nationale contre le cancer;
97. Rapport d'activité. CARSAT Service social. 2012. CARSAT Centre Ouest; 2013 p. 34.
98. Hausseguy S. Travailler après un cancer, une évidence pour ces guerrières. La Nouvelle République. 17 déc 2015. Disponible sur: <http://www.lanouvellerepublique.fr/Vienne/Actualite/Sante/n/Contenus/Articles/2015/12/17/Travailler-apres-un-cancer-une-evidence-pour-ces-guerrieres-2568106>
99. Préparer, anticiper et accompagner le retour au travail après un cancer. Fondation ARC, Institut Curie; 2014.
100. GROSCLAUDE P, REMONTET L, BELOT A. Survie des personnes atteintes de cancer en France 1989-2007. Etude à partir des registres des cancers du réseau Francim. InVS, INCA, Francim; 2013 févr p. 409.

VI. Annexes

ANNEXE 1. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES : LES CANCERS EN POITOU-CHARENTES	84
ANNEXE 2. LES PRINCIPAUX FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION DU CANCER.	89
ANNEXE 3. ARTICULATION DU PLAN CANCER AVEC LA FEUILLE DE ROUTE REGIONALE	91
ANNEXE 4. LISTE DES ASSOCIATIONS DE PATIENTS.....	94

Annexe 1. Données épidémiologiques : les cancers en Poitou-Charentes

		Fardeau global des cancers 2012			Incidence 2011			Prévalence estimée en 2008					Mortalité 2009-2011			Survie nette après le diagnostic	
		rang AVAI	% des AVAI	Part APVP (%)	rang	nb cas	Tx incidence std (•)	rang prévalence totale	nb cas estimés (partielle à 10 ans)	Tx prévalence partielle à 10 ans (%)	nb cas estimés (prev.totale)	Tx prévalence totale (%)	rang	nb dc moyen	Tx mortalité std (•)	à 5 ans (%)	à 10 ans (%)
broncho-pulmonaire	H	1	26,6%	95,5%	2	844	68,7	5	1 511,4	0,19	2 004,9	0,25	1	753,3	61,50	13,0	9,0
	F	2	12,8%	95,1%	3	296	22,6	9	524,0	0,06	585,1	0,07	3	235,0	16,50	18,0	12,0
	E	1	20,5%	95,4%	3	1 140	44,0	4	2 035,4	0,12	2 590,0	0,16	1	988,3	37,40	14,0	9,0
	75 ans et +				4	306		10	506,2	0,25	633,0	0,32	2	329			
Sein	H	19	0,3%	39,2%	19	19	1,4						17	6,7	0,50	nd	nd
	F	1	29,1%	58,7%	1	1 562	120,9	1	12 031,1	1,43	20 591,1	2,41	1	365,7	22,90	86,0	76,0
	E	2	13,1%	58,9%	1	1 581	64,0	1	12 031,1	0,75	20 591,1	1,26	3	372,0	12,60	nd	nd
	75 ans et +				3	410		2	3 110	1,55	6 534,2	3,26	4	178			
colorectal	H	3	11,6%	77,7%	3	736	53,8	2	3 434,5	0,41	5 687,8	0,67	3	347,7	23,9*	56,0	48,0
	F	3	12,5%	76,7%	2	542	30,6	2	2 968,5	0,34	5 164,0	0,58	2	270,3	12,20	57,0	52,0
	E	3	12,0%	77,2%	2	1 278	41,0	2	6 403,1	0,37	10 851,7	0,62	2	618,1	17,30	56,0	50,0
	75 ans et +				1	624		3	3 127,20	1,56	6 010,4	3,0	1	397			
Prostate	H	2	14,9%	46,0%	1	1 803	138,1	1	13 932,0	1,64	17 741,4	2,08	2	349,3	20,60	84,0	70,0
	75 ans et +				2	565		1	6 177,30	3,08	8 695,5	4,33	3	276			
Pancréas	H	5	4,6%	95,0%	11	146	11,5	17	140,3	0,02	-	-	5	155,3	11,4	6,0	4,0
	F	4	5,6%	95,3%	8	136	7,6	14	135,3	0,02	-	-	4	139,0	7,3	7,0	5,0
	E	4	5,1%	95,1%	9	282	9,5	15	275,7	0,02	-	-	4	294,2	9,2	6,0	4,0
	75 ans et +				7	116		-	96,1	0,05	-	-	5	157			

		Fardeau global des cancers 2012			Incidence 2011			Prévalence estimée en 2008					Mortalité 2009-2011			Survie nette après le diagnostic	
		rang AVAI	% des AVAI	Part APVP (%)	rang	nb cas	Tx incidence std (•)	rang prévalence totale	nb cas estimés (partielle à 10 ans)	Tx prévalence partielle à 10 ans (%)	nb cas estimés (prev.totale)	Tx prévalence totale (%)	rang	nb dc moyen	Tx mortalité std (•)	à 5 ans (%)	à 10 ans (%)
Foie et voies biliaires (VB) hépatiques	H	4	6,1%	95,2%	10	151	12,0	16	292,2	0,04	-	-	4	189,0	13,9	11 (foie), 20 (VB)	4 (foie), 16 (VB)
	F	8	3,5%	94,8%	16	53	3,4	18	71,0	0,01	-	-	6	69,3	3,5	12 (foie), 15 (VB)	6 (foie), 14 (VB)
	E	5	4,9%	95,1%	12	204	7,5	13	363,2	0,02	-	-	5	258,3	8,3	11 (foie), 17 (VB)	5 (foie), 15 (VB)
	75 ans et +				14	62		-	113,2	0,06	-	-	6	131			
SNC	H	9	3,8%	96,4%	14	94	8,0	15	146,5	0,02	395,0	0,05	12	78,0	6,6*	18,0	12,0
	F	5	4,1%	95,4%	15	66	5,0	15	125,7	0,02	345,4	0,04	8	50,7	3,8	20,0	15,0
	E	6	4,0%	96,0%	14	160	6,4	16	272,2	0,02	740,4	0,05	10	128,7	5,1*	19,0	13,0
	Moins 15 ans					6							1	3			
	75 ans et +				15	51		19	30,2	0,02	123,0	0,06	16	39			
Leucémie aiguës	H	8	4,0%	77,8%	17	64	5,4	18	116,9	0,02			14	56,0	3,9	19 (LAM) ⁽¹⁾	15 (LAM)
	F	6	3,9%	78,6%	17	45	3,5	16	111,2	0,01			11	45,7	2,6	20 (LAM)	18 (LAM)
	E	7	3,9%	78,1%	16	109	4,4	17	228,1	0,02			14	101,6	3,2	19 (LAM)	16 (LAM)
	Moins 15 ans					10							1	3			
	75 ans et +				16	40		-	29,3	0,01	-	-	12	59			
Lymphome malin non hodgkinien	H	10	3,5%	75,4%	7	234	19,1	7	967,7	0,12	1 699,3	0,21	9	94,0	6,6*	59,0	43,0
	F	7	3,6%	74,1%	6	202	12,8	6	828,8	0,10	1 432,4	0,17	5	76,0	3,5	58,0	44,0
	E	8	3,6%	74,8%	5	436	15,7	5	1 796,5	0,11	3 131,7	0,19	6	170,1	4,9*	59,0	13,0
	75 ans et +				6	173		7	587,9	0,29	1 117,3	0,56	8	108			

(1) LAM : Leucémie aiguës myéloïdes

		Fardeau global des cancers 2012			Incidence 2011			Prévalence estimée en 2008					Mortalité 2009-2011			Survie nette après le diagnostic	
		rang AVAI	% des AVAI	Part APVP (%)	rang	nb cas	Tx incidence std (•)	rang prévalence totale	nb cas estimés (partielle à 10 ans)	Tx prévalence partielle à 10 ans (%)	nb cas estimés (prev.totale)	Tx prévalence totale (%)	rang	nb dc moyen	Tx mortalité std (•)	à 5 ans (%)	à 10 ans (%)
Vessie	H	6	4,5%	68,6%	5	321	22,7	4	1 402,7	0,17	2 756,1	0,32	6	120,7	8,0	53,0	43,0
	F	16	1,7%	77,8%	14	68	3,4	12	261,8	0,03	461,4	0,05	13	42,3	1,6	44,0	40,0
	E	9	3,3%	70,8%	6	389	12,1	8	1 664,4	0,10	3 217,4	0,18	7	163,0	4,4	51,0	42,0
	75 ans et +				5	207		5	807,5	0,40	1 859,1	0,93	7	112			
VADS	H	7	4,5%	81,9%	4	337	29,6	3	1 268,6	0,16	5 571,2	0,68	7	101,7	8,6	91 (L), 33 (TC), 54 (GS) (2)	88 (L), 20 (TC), 47 (GS)
	F	17	1,6%	77,3%	10	104	8,6	10	421,9	0,05	1 024,0	0,12	15	25,0	1,6	93 (L), 46 (TC), 69 (GS)	89 (L), 34 (TC), 61 (GS)
	E	10	3,2%	80,9%	4	441	18,5	7	1 690,4	0,10	6 595,2	0,39	11	126,7	4,9	91 (L), 34 (TC), 61 (GS)	89 (L), 21 (TC), 54 (GS)
	75 ans et +				11	87		4	360,6	0,18	2 446,6	1,22	17	38			
Rein	H	12	3,2%	75,8%	6	239	20,4	6	1 120,7	0,14	1 708,5	0,21	10	85,3	6,1	65 ⁽³⁾	54,0
	F	9	2,3%	74,1%	9	112	7,9	8	577,0	0,07	919,6	0,11	11	45,7	2,2	65,0	58,0
	E	11	2,8%	75,2%	7	351	13,9	6	1 697,7	0,10	2 628,1	0,16	9	131,0	4,0	65,0	56,0
	75 ans et +				10	95		8	612,9	0,31	1 067,4	0,53	11	76			
Estomac	H	13	2,6%	88,8%	8	156	12,1	11	371,5	0,05	785,5	0,09	11	84,3	6,1*	23,0	19,0
	F	11	2,1%	89,8%	13	73	4,1	13	214,2	0,02	379,4	0,04	10	47,7	2,4	27,0	20,0
	E	12	2,4%	89,2%	11	229	7,8	12	585,7	0,03	1 164,9	0,07	8	132,1	4,1	25,0	19,0
	75 ans et +				8	103		12	279,0	0,14	623,8	0,31	10	77			

(2) (L) : lèvres, (TC) : tête et cou, (GS) : glandes salivaires ⁽³⁾ hors données de survie sur les voies urinaires

		Fardeau global des cancers 2012			Incidence 2011			Prévalence estimée en 2008					Mortalité 2009-2011			Survie nette après le diagnostic	
		rang AVAI	% des AVAI	Part APVP (%)	rang	nb cas	Tx incidence std (•)	rang prévalence totale	nb cas estimés (partielle à 10 ans)	Tx prévalence partielle à 10 ans (%)	nb cas estimés (prev.totale)	Tx prévalence totale (%)	rang	nb dc moyen	Tx mortalité std (•)	à 5 ans (%)	à 10 ans (%)
Œsophage	H	11	3,4%	93,8%	12	113	9,3	12	241,1	0,03	653,4	0,08	8	99,7	7,9	12,0	7,0
	F	18	1,0%	93,7%	18	18	1,3	19	62,4	0,01	106,6	0,01	17	20,0	1,3	15,0	9,0
	E	13	2,3%	93,8%	15	131	5,0	14	303,5	0,02	760,0	0,04	12	119,7	4,4	12,0	7,0
	75 ans et +				17	39		17	87,5	0,04	300,5	0,15	15	43			
Myélome	H	14	2,0%	76,7%	13	109	7,9	14	383,8	0,05	531,3	0,06	13	68,7	4,4*	41 ⁽⁴⁾	21,0
	F	12	2,1%	74,8%	12	82	4,5	11	326,4	0,04	448,5	0,05	9	48,0	2,2	40,0	20,0
	E	14	2,1%	75,9%	13	191	6,0	10	710,1	0,04	979,9	0,06	13	116,6	3,1*	41,0	21,0
	75 ans et +				9	96		15	311,9	0,16	453,1	0,23	9	81			
Mélanome	H	15	1,6%	73,4%	9	154	12,8	8	899,9	0,12	1 314,5	0,17	16	33,0	2,70	82,0	76,0
	F	14	1,8%	60,4%	7	163	13,7	5	1 139,4	0,14	1 994,9	0,24	16	21,3	1,40	88,0	83,0
	E	15	1,7%	67,1%	8	317	13,1	3	2 039,3	0,13	3 309,4	0,21	15	54,4	2,0	85,0	80,0
	75 ans et +				12	86		9	539,2	0,27	936,6	0,47	18	24			
Thyroïde	H	18	0,4%	26,6%	16	66	6,7	13	363,2	0,05	587,0	0,08	18	3,7	0,3	88,0	81,0
	F	15	1,8%	7,5%	5	210	21,8	4	1 210,0	0,15	2 085,9	0,26	19	4,0	0,2*	95,0	92,0
	E	16	1,1%	11,9%	10	276	14,4	9	1 573,4	0,10	2 672,9	0,17	17	7,5	0,2*	93,0	90,0
	75 ans et +				20	13		16	154,8	0,08	366,4	0,18	20	5			
Larynx	H	16	1,5%	76,3%	15	72	6,1	9	584,2	0,07	1 300,5	0,16	15	34,0	2,8	53,0	40,0
	F	19	0,3%	81,6%	19	7	0,6	17	77,9	0,01	148,5	0,02	18	5,0	0,4	58,0	50,0
	E	17	1,0%	77,0%	17	79	3,2	11	662,1	0,04	1 449,0	0,08	16	39,0	1,5	53,0	41,0
	75 ans et +				19	16		14	165,2	0,08	523,6	0,26	19	13			

⁽⁴⁾ uniquement pour myélome multiple et plasmocytome

		Fardeau global des cancers 2012			Incidence 2011			Prévalence estimée en 2008					Mortalité 2009-2011			Survie nette après le diagnostic	
		rang AVAI	% des AVAI	Part APVP (%)	rang	nb cas	Tx incidence std (•)	rang prévalence totale	nb cas estimés (partielle à 10 ans)	Tx prévalence partielle à 10 ans (%)	nb cas estimés (prev.totale)	Tx prévalence totale (%)	rang	nb dc moyen	Tx mortalité std (•)	à 5 ans (%)	à 10 ans (%)
Corps de l'utérus	F	10	2,2%	57,7%	4	213	14,4	3	1 361,0	0,16	2 753,3	0,31	7	61,4	3,40	72,0	68,0
	75 ans et +				13	70		6	489,4	0,40	1 400,9	1,14					
Col de l'utérus	F	13	2,1%	71,2%	11	97	8,8	7	650,5	0,08	2 150,4	0,26	14	36,7	2,90	65,0	58,0
	75 ans et +				18	17		13	95,4	0,08	622,0	0,51					
Testicule	H	17	0,5%	37,6%	18	55	6,8	10	487,6	0,07	1 160,8	0,17	19	3,3	0,4	95,0	93,0
Toutes localisations	H		100,0%	80,1%		6 238	494,7		29 785,0	3,62	53 797,0	6,41		3 161,7	231,9*		
Toutes localisations	F		100,0%	75,1%		4 638	335,1		25 609,0	3,04	45 041,0	5,28		2 054,0	114,9		
Toutes localisations	E		100,0%	77,9%		10 876	406,8		55 395,0	3,32	98 837,0	5,82		5 215,8	166,8*		

Sources : **AVAI** : ORS Poitou-Charentes (9) ; **incidence** : Registre des cancers Poitou-Charentes ¹⁹ ; **prévalence estimée** : INCa 2013 (8) exploitation ORS Poitou-Charentes ; **mortalité** : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS Poitou-Charentes ; **survie** : Inca, InVS (100)

Notes :

Tx incidence ou mortalité std (•) : nombre de nouveaux cas (ou de décès) sur 100 000 individus si la population régionale avait la même structure d'âge et de sexe que la population européenne. Ce taux est exprimé pour 100 000 personnes-années.

Les rangs indiqués correspondent au classement des localisations cancéreuses par sexe et par indicateur. Par exemple, le cancer broncho-pulmonaire est la 1^{ère} localisation dans le fardeau global des cancers et de la mortalité par cancer chez les hommes et le 2^{ème} en termes d'incidence.

¹⁹ Données disponibles sur : <http://medphar.univ-poitiers.fr/registre-cancers-poitou-charentes/100-infos-registre/331-incidence-depreg-2>

Les principaux facteurs de risque et de protection du cancer.

Principaux facteurs de risque reconnus et localisations de cancers correspondants (hors milieu professionnel)

TABLEAU 1. PRINCIPAUX FACTEURS DE RISQUE RECONNUS* ET LOCALISATIONS DE CANCERS DANS LESQUELS ILS SONT IMPLIQUÉS	
FACTEUR DE RISQUE	LOCALISATION DES CANCERS
Alcool ^d	cavité buccale, larynx, oesophage, pharynx, sein, colorectal, foie
Infections	
<i>Helicobacter pylori</i>	estomac
Papillomavirus humains	col de l'utérus, pharynx, anus
Virus d'Epstein Barr	lymphome de Burkitt
Virus de l'hépatite B et C	foie
Obésité et surpoids ^d	colorectal, oesophage , pancréas, rein, endomètre, sein (après la ménopause), foie, vésicule biliaire, ovaire, hématopoïétiques
Pollution atmosphérique ^a	poumon
Radon	poumon
Soleil et UV artificiels	mélanome , cancers cutanés
Tabac	poumon, cavité buccale, pharynx, larynx, vessie , cavité nasale, sinus, oesophage, estomac, foie, pancréas, côlon, rectum, rein, leucémie myéloïde, col de l'utérus, ovaire, sein
Traitements hormonaux de la ménopause-contraceptifs oraux ¹	endomètre ^c , sein, ovaire
Viandes rouges /charcuteries ^b	côlon-rectum
<p>*à l'exclusion des facteurs de risque professionnels Sources: CIRC 2007 (5); a IARC, 2013 (6); b World Cancer Research Fund International – WCRF (www.wcrf.org). c Grosse Y et coll 2009; d Rapport INCa nutrition et cancers, 2015 En gras: les organes dont le facteur de risque a une très forte association (>35 %) 1. Regroupement fait par le CIRC. Seuls les contraceptifs oraux de première et seconde génération ont été pris en compte. Il a été constaté une augmentation réelle, mais faible du risque de cancer du sein diminuant après l'arrêt du traitement, et que les femmes sous contraceptifs oraux estroprogestatifs présentent un risque moindre d'être atteintes d'un cancer de l'ovaire et d'un cancer de l'endomètre</p>	

Source : Inca, 2015 (1)

Principaux facteurs de risque reconnus et localisations de cancers correspondants en milieu professionnel

TABLEAU 2. PRINCIPAUX FACTEURS DE RISQUE RECONNUS EN MILIEU PROFESSIONNEL	
FACTEUR DE RISQUE	LOCALISATION DES CANCERS
Amiante	mésothéliome, poumon
Amines aromatiques	vessie
Arsenic	poumon, vessie, peau
Benzène	leucémie
Cadmium	poumon
Chlorure de Vinyle ^a	angiosarcome hépatique et carcinome hépatocellulaire
Chrome	nez et sinus, poumon
Formaldéhyde	nasopharynx
Hydrocarbures polycycliques aromatiques, goudron, bitume	larynx, poumon, vessie
Huiles minérales	peau
Industries du caoutchouc	vessie, leucémie
Nickel	nez et sinus, poumon
Pesticides arsenicaux ^a	foie, peau, poumon
Organochlorés, organophosphorés, carbaryl, toxaphène, atrazine ^d	Lymphome malin non hodgkinien
Peintures	poumon, vessie
Poussières de bois et du cuir	nez et sinus
Rayons X ^b , rayons gamma ^b	leucémie, sein, poumon, vessie, rein, os, thyroïde
Silice	poumon
Trichloréthylène ^c	rein

Source : CIRC 2007 (5); a CIRC Monographie 97, 2007; b CIRC Monographie 100C, 2012; c IARC Monographs: The known causes of human cancer by organ site (updated 12.2014); d www.inrs-mp.fr/mp/cgi-bin/mppage.pl?tabkey=IAB_RA59

Source : Inca, 2015 (1)

Principaux facteurs de protection reconnus du cancer

TABLEAU 3. FACTEURS PROTECTEURS DE CANCERS	
FACTEUR PROTECTEUR	LOCALISATION DES CANCERS DIMINUÉS
Activité physique	sein, côlon, endomètre, poumon
Allaitement	sein
Fibres alimentaires	côlon-rectum
Fruits et légumes	cavité buccale, pharynx, larynx, œsophage, estomac, poumon (fruits)

Source WCRF : www.wcrf.org - Rapport INCa nutrition et cancers, 2015

Source : Inca, 2015 (1)

Articulation du Plan cancer avec la feuille de route régionale

Plan cancer 2014-2019	Feuille de route régionale Actions à mettre en place sur le terrain
Axe I. Guérir plus de personnes malades	
Favoriser les diagnostics plus précoces	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Réaliser un dépistage régulier du cancer du col utérin pour toutes les femmes de 25 à 65 ans ✓ Améliorer le taux de couverture vaccinale contre le Papillomavirus ✓ Assurer une prise en charge adaptée des femmes pour lesquelles on a mis en évidence une anomalie ✓ Evaluer la stratégie de lutte contre le cancer de col utérin ✓ Proposer la modalité de dépistage adaptée via le médecin traitant ✓ Accroître l'efficacité des programmes de dépistage du cancer du sein et du colon ✓ Lutter contre les inégalités d'accès et de recours aux programmes de dépistage ✓ Améliorer l'information des populations concernant le dépistage ✓ Développer et améliorer le transfert des innovations en matière de dépistage
Garantir la sécurité et la qualité des prises en charge	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Garantir un premier rendez-vous avec l'équipe la plus adaptée ✓ Développer une politique active de maîtrise des délais de prise en charge ✓ Réduire les inégalités territoriales et harmoniser les délais d'accès à l'IRM et à la TEP ✓ Garantir à chaque malade la proposition thérapeutique ✓ Assurer que chaque patient nécessitant une prise en charge complexe est adressé vers une équipe ayant les compétences et la capacité techniques adaptées ✓ Assurer aux adolescents et jeunes adultes, ainsi qu'aux personnes âgées une prise en charge tenant compte de leur spécificité et s'attachant au maintien du lien social ✓ Généraliser le dossier communiquant de cancérologie, le Programme personnalisé de soins, ainsi que le Programme personnalisé de l'après cancer et mobiliser les outils de communication numérique au service de la coordination ville- Hôpital ✓ Mettre à disposition des outils de bonnes pratiques pour l'organisation des parcours de soins en ambulatoire
Assurer l'accès aux innovations thérapeutiques	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Définir les bonnes pratiques d'utilisation des chimiothérapies orales pour accompagner les professionnels en ville et à l'hôpital ✓ Adapter les organisations à l'essor des chimiothérapies orales

- ✓ Impliquer le patient en développant l'éducation thérapeutique en cancérologie
- ✓ Inscrire dans la politique d'incitation tarifaire ou de contractualisation les actes ayant démontré leur bénéfice pour les patients et mettre en place des indicateurs de qualité et de sécurité de soins
- ✓ Soutenir la réorganisation des services pour le développement de la médecine ambulatoire
- ✓ Améliorer la lisibilité de l'offre en identifiant les équipes
- ✓ Garantir une offre adaptée en équipements de radiothérapie et réduire les délais d'accès
- ✓ Organiser un maillage territorial pour les équipements de haute technicité

Conforter l'avance de la France dans la médecine personnalisée

- ✓ Faire évoluer le dispositif d'oncogénétique
- ✓ Conforter l'accès aux tests moléculaires

Axe II. Préserver la continuité et la qualité de vie

Assurer des parcours personnalisés et coordonnés

- ✓ Garantir aux malades une orientation adéquate dès le diagnostic de cancer
- ✓ Adapter et renforcer le dispositif d'annonce
- ✓ Permettre à chacun de disposer du programme personnalisé de soins et de l'après cancer prenant en compte ses besoins
- ✓ Garantir au patient l'articulation entre l'hôpital et la ville à l'occasion de la consultation de fin de traitement
- ✓ Structurer sous la responsabilité des ARS une organisation territoriale mobilisant les acteurs sanitaires, sociaux et médicosociaux impliqués pour assurer une prise en charge globale et coordonnée
- ✓ Assurer une orientation adéquate vers les soins de support pour tous les malades
- ✓ Assurer une orientation adéquate vers les soins de support pour tous les malades
- ✓ Faciliter l'accès des personnes atteintes de cancer qui en ont besoin aux aides à domicile
- ✓ Mieux prendre en compte les besoins des aidants familiaux ou proches aidants
- ✓ Promouvoir l'accès à des solutions d'hébergement adaptées à l'évolution des prises en charge
- ✓ Ouvrir aux personnes atteintes de cancer les plus démunies l'accès à une offre élargie d'alternatives au domicile
- ✓ Rendre accessible aux malades et aux proches une information adaptée
- ✓ Soutenir des expériences de « patients ressources » bénévoles et d'évaluer l'apport

Réduire les risques de séquelles et de second cancer

- ✓ Assurer l'accès à la préservation de la fertilité
- ✓ Structurer le suivi de long terme des enfants et des adolescents
- ✓ Promouvoir chez les patients atteints de cancer l'activité physique et les comportements nutritionnels adaptés

Diminuer l'impact du cancer sur la vie personnelle	✓ Permettre un égal accès aux actes et aux dispositifs de reconstruction après un cancer
--	--

Axe III. Investir dans la prévention

Faire reculer le tabagisme	✓ Faire reculer le tabagisme
Donner à chacun les moyens de réduire son risque de cancer	✓ Aider les personnes à l'arrêt de la consommation excessive d'alcool
	✓ Développer l'éducation et la promotion de la nutrition et de la pratique physique
	✓ Faciliter pour tous et à tout âge la pratique de l'activité physique au quotidien
	✓ Améliorer la couverture vaccinale anti-VHB
	✓ Développer le dépistage des personnes exposées au risque d'hépatite B et C
Prévenir les cancers liés au travail ou à l'environnement	✓ Développer l'éducation à la santé en milieu scolaire
	✓ Soutenir la surveillance épidémiologique et la recherche pour améliorer les connaissances sur les cancers professionnels

Axe IV. Optimiser le pilotage et les organisations

Faire vivre la démocratie sanitaire	✓ Généraliser pour le cancer la participation des usagers dans les instances de pilotage, de gestion ou de production de soins ou de recherche
	✓ Identifier les expériences et les pratiques innovantes en termes de participation des usagers et des personnes malades
	✓ Apporter une formation spécifique aux représentants des usagers et à leurs interlocuteurs professionnels
Optimiser les organisations	✓ Structurer l'organisation territoriale de proximité autour de l'objectif de continuité et de globalité des parcours de prise en charge

Sources : InCA (33), ARS (79)

Liste des associations de patients

Associations générales	
	<p>La Ligue contre le cancer www.ligue-cancer.net</p> <p>Créée en 1918, la Ligue contre le cancer est une association loi 1901 reconnue d'utilité publique reposant sur la générosité du public et sur l'engagement de ses bénévoles et salariés formés grâce à une école de formation agréée pour répondre aux besoins des personnes concernées par le cancer.</p>
	<p>Association pour la Recherche sur le Cancer</p> <p>La Fondation ARC pour la recherche sur le cancer, reconnue d'utilité publique, est la première fondation entièrement dédiée à la recherche sur le cancer à l'échelon national.</p>
	<p>Jeunes Solidarité Cancer</p> <p>L'association Jeunes Solidarité Cancer a pour vocation d'aider les jeunes patients atteints de cancer ainsi que leurs proches, notamment par le biais d'un forum, de guides et de diverses actions.</p>
	<p>Tribu Cancer</p> <p>L'association Tribu Cancer a mis en place en 2007 un service "Mail de Nuit". L'objectif de ce service ouvert de 21h00 à minuit tous les soirs de la semaine (y compris le week-end et pendant les vacances) est de créer un lien la nuit, pour rompre l'isolement des personnes atteintes d'un cancer et de leurs proches.</p>
	<p>La maison du cancer</p> <p>la-maison-du-cancer.com est un site édité par l'association du même nom. Il est né d'un constat : les personnes touchées par un cancer ont du mal à trouver des réponses concrètes aux questions qu'elles se posent sur la façon de vivre le cancer au quotidien.</p>
Associations pour le cancer du sein	
	<p>Vivre Comme Avant</p> <p>Vivre comme avant est un mouvement de soutien et d'aide morale animé par des femmes bénévoles ayant toutes vécues la maladie et un recul de deux ans par rapport à celle-ci.</p>
	<p>Europa Donna</p> <p>Europa Donna Forum France est une association militante qui informe, rassemble et soutient les femmes dans la lutte contre le cancer du sein.</p>
	<p>Société Française de Sénologie et de Pathologie Mammaire</p> <p>Cette association, créée en 1977, a pour but de développer à l'échelle nationale nos connaissances se rapportant à la glande mammaire en vue de faire progresser le diagnostic, la prévention et les thérapeutiques de toute la pathologie bénigne ou maligne du sein. Elle a également pour objectif de développer la recherche fondamentale et clinique, de susciter des travaux et des publications,</p>

	d'organiser des réunions, de promouvoir un enseignement et de coordonner les nombreuses disciplines intéressées.
Associations pour le cancer de l'appareil digestif	
	Fédération des stomisés de France La Fédération des Stomisés de France est une association régie par la Loi de 1901, créée pour venir en aide aux patients stomisés, qu'ils soient porteurs d'une stomie digestive ou urinaire.
	HNPCC France L'association HNPCC France regroupe des familles confrontées à la maladie.
	Association Française des Patients du Gist L'association s'adresse à tous ceux qui sont, de près ou de loin, touchés par un GIST, et désirent en comprendre ses mécanismes pour pouvoir avancer et mieux se battre.
Associations pour le cancer ORL	
	Union des Associations Françaises de Laryngectomisés et Mutilés de la Voix L'UNION regroupe 23 associations régionales toutes animées par des bénévoles qui, avant d'être eux-mêmes réinsérés ont suivi toutes les étapes de ce processus. Leur objectif est d'inciter les futurs ou nouveaux opérés à surmonter l'épreuve à laquelle ils sont confrontés en suivant leur exemple et leurs conseils.
Associations pour le cancer de la prostate	
	Association de Patients porteurs d'un Cancer Localisé de la Prostate (APCLP) Cette association a pour vocation d'apporter une aide à la décision du choix de traitement proposé par son urologue et d'aider le patient tout au long du suivi de sa thérapie.
Association pour les tumeurs cérébrales	
	Association Glioblastome Michèle Esnault Association qui a comme but d'améliorer la relation chercheur-médecin-patient-famille, sur les tumeurs cérébrales.
Associations pour le cancer du sang et de la moelle osseuse	
	France Lymphome Espoir France Lymphome Espoir est une association de patients atteints d'un lymphome qui a pour objectif d'assister et d'informer tous ceux qui sont touchés par cette maladie, patients ou proches, sur l'état de ce type de cancer : origine, caractéristiques, évolution, traitements, résultats, recherches.
	Myeloma Euronet Réseau à but non lucratif de groupes d'entraide œuvrant en faveur de patients atteints de myélome multiple.
	Association Française des Malades du Myélome Multiple L'AF3M (Association Française des Malades du Myélome Multiple) est une association à but non lucratif, créée en 2007 par des personnes atteintes du myélome et leurs proches.

	<p>Cent pour sang la Vie !</p> <p>L'activité de cette association est axée sur le développement de la recherche, concentrée sur l'amélioration de la qualité de la prise en charge matérielle et psychologique des patients et de leurs familles, attachée à la participation au développement du registre français des donneurs volontaires de moelle osseuse et à la diffusion de l'information sur les leucémies, aux malades, à leurs familles ainsi qu'au plus grand nombre.</p>
	<p>Association de Soutien et d'Information à la Leucémie Lymphoïde Chronique</p> <p>L'Association de Soutien et d'Information à la Leucémie Lymphoïde Chronique et la maladie de Waldenström (SILLC) est destinée aux patients, à leur famille et à leurs proches et aux professionnels de santé.</p>
	<p>France intergroupe des Leucémies Myéloïdes Chroniques</p> <p>Cette association regroupe des médecins, biologistes, pharmaciens et autres acteurs du monde de la santé ayant pour intérêt commun l'amélioration des connaissances scientifiques et le traitement des Leucémies Myéloïdes Chroniques.</p>
<p>Associations pour le cancer de l'enfant</p>	
	<p>Association Petits Princes</p> <p>Association impliquée dans la réalisation des rêves des enfants gravement malades atteints de cancers, leucémies et maladies génétiques.</p>
	<p>Association Sparadrap</p> <p>L'association a comme buts de mieux informer et préparer les enfants et leurs parents à un soin, un examen de santé, une hospitalisation.</p>
	<p>Association Rêves</p> <p>En réalisant les vœux les plus fous des enfants malades, l'association leur permet de s'évader du quotidien et de vivre des expériences inoubliables qui les aident à reprendre confiance en l'avenir.</p>
	<p>A chacun son Everest</p> <p>A Chacun son Everest ! aide les enfants atteints de leucémie ou de cancer à « guérir mieux » grâce à l'ascension de « leur Everest ».</p>
<p>Associations pour les soins palliatifs</p>	
	<p>Union Nationale des Associations pour le Développement des Soins Palliatifs</p> <p>L'Union Nationale des Associations pour le développement des Soins Palliatifs regroupe des associations réparties sur une large part du territoire métropolitain, mais aussi outre-mer assurant une présence auprès des malades souffrant d'une pathologie potentiellement mortelle et auprès de leurs proches.</p>
	<p>Jusqu'A La Mort Accompagner La Vie (JALMALV)</p> <p>L'association agit au plan local et au plan national afin que le "mourant" soit reconnu comme une personne vivante jusqu'à son dernier souffle.</p>
<p>Vivre son deuil</p>	

	<p>Avec l'aide de professionnels du secteur sanitaire et social, engagés à titre bénévole, et de personnes ayant été confronté à la perte d'un être cher et souhaitant simplement faire partager leur vécu, leur expérience, leur ressenti face au deuil, nous nous engageons dans l'accompagnement et le soutien aux personnes touchées par le deuil.</p>
	<p>Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP) C'est une société savante pluridisciplinaire associant professionnels (libéraux, hospitaliers, enseignants universitaires) et bénévoles dont l'objectif est de favoriser le développement et l'accès aux soins palliatifs.</p>

Source : Réseau Onco-Poitou-Charentes

Cancer

Synthèse documentaire

Introduction et objectif

Cette synthèse s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre des politiques publiques de santé tel que préconisé aujourd'hui par la Direction de la Santé publique de l'ARS Poitou-Charentes, et est marquée également par la réforme territoriale. L'objectif de cette synthèse est d'apporter une connaissance scientifique et actualisée aux membres de la plateforme afin de pouvoir orienter des choix stratégiques et opérationnels.

Matériel et méthodes

Elaborée en concertation avec les professionnels en cancérologie de la région, elle s'appuie sur les éléments bibliographiques disponibles et vise à faire un état de la connaissance épidémiologique, des orientations stratégiques nationales et régionales en matière de promotion de la santé, de prévention et de prise en charge, de la recherche et à recenser les ressources régionales existantes. Le fil conducteur étant le parcours de santé et la qualité de vie.

Résultats

En 2015, près de 100 000 personnes aurait déjà eu un cancer en Poitou-Charentes. Avec près de 10 800 nouveaux cas et 5 200 décès par an, les cancers sont le premier fardeau global de l'ensemble des maladies en Poitou-Charentes. En surmortalité par cancer, la région possède des spécificités territoriales, avec notamment une surmortalité et une sur incidence des cancers broncho-pulmonaires et des cancers du système nerveux central en Charente-Maritime, une surmortalité et une surincidence des cancers colorectal en Deux-Sèvres. Au niveau de la prévention, les taux de dépistage organisé régionaux sont légèrement supérieurs au niveau régional mais reflètent des disparités territoriales avec des zones faiblement couvertes notamment au centre de la région.

Non dotée de centre de lutte contre le cancer (CLCC), la région possède un pôle régional de cancérologie, un réseau régional de cancer, un registre général des cancers de la région Poitou-Charentes, de centres de coordination en cancérologies et une plateforme de génétique moléculaire. L'organisation régionale des soins est organisée autour de 25 établissements de santé intervenant dans la radiothérapie, la chimiothérapie et/ou la chirurgie des cancers. La chimiothérapie orale est de plus en plus développée, engendrant des coûts moins élevés et permettant un maintien de la qualité de vie. Par rapport aux besoins, les soins palliatifs sont sous dotés, surtout en Charente, nord-Deux-Sèvres et Vienne. Les soins de support se développent mais selon une étude récente, ne sont pas assez proposés aux patients. Les outils favorisant un parcours de soins coordonné (dispositif annonce, DCC, RCP, PPS, PPAC) se déploient sur le territoire régional. Des parcours de santé spécifique existent au niveau régional pour les mineurs et pour les personnes âgées. Les cancers d'origine professionnelle peuvent être reconnus et indemnisés par l'Assurance Maladie. Trois programmes d'éducation thérapeutique sont proposés aux patients de Vienne et de Saintes et 28 associations de patients ont été recensées sur la région.

La qualité de vie du patient doit être prise en compte tout au long de son parcours de santé. Des dispositifs et des ressources aidantes existent afin de permettre à la personne atteinte de cancer de pouvoir travailler pendant ses traitements médicaux, si son état de santé le permet.

Au niveau de la recherche, le CHU de Poitiers est équipée d'une tumorotheque, répertoriant plus de 10 000 échantillons de tumeur. Les établissements de santé de la région proposent près de 230 essais cliniques concernant la thérapie anticancéreuse. Les coûts financiers engendrés par le cancer sont à hauteur de ceux des maladies cardiovasculaires, soit 30 milliards d'euros en 2007.

Discussion et conclusion

Cet état des lieux met en exergue les forces et faiblesses de la région ainsi que des disparités territoriales et des inégalités dans le parcours de santé. Certaines propositions d'actions ou d'améliorations sont proposées.

Mots-clés

Cancer, Epidémiologie, Prévention, Prise charge, Offre soins, Ressource, Plan, Programme, Facteur risque, Facteur socioculturel, Facteur socioéconomique, Prévalence, Mortalité, Dépistage, Plan national contre le cancer, Poitou-Charentes

Pour nous citer

DEBARRE J. Cancer en Poitou-Charentes. Synthèse documentaire. ORS Poitou-Charentes. Février 2016. Rapport n°175. 97 p.

