

Un nouvel élan dans la lutte contre le cancer

À partir des enseignements du Plan cancer I (2003-2007), le gouvernement va élaborer un Plan cancer II (2009-2013). Objectif : poursuivre la lutte contre cette pathologie qui est devenue la première cause de mortalité en France, en impliquant davantage les médecins traitants.



Indéniablement, il y a eu un « avant » et un « après » Plan cancer. Un simple coup d'œil dans la rue suffit à le prouver : désormais, les fumeurs n'ont plus droit de cité dans les lieux publics, ni même dans les cafés et les restaurants. Ce programme « *a permis de lever certaines résistances à la mise en œuvre de mesures de santé publique comme l'interdiction de fumer dans les lieux publics* », notent les experts du Haut Conseil de santé publique (HCSP) dans leur évaluation, parue en janvier 2008. Le Plan cancer I comportait 70 mesures pour un financement

public de 600 millions d'euros. « *La grande nouveauté, c'est la transversalité : les 70 meures étaient réparties en six chapitres couvrant chacun un aspect important de la maladie : prévention, dépistage, soins, accompagnement social, formation et recherche* », affirme le Pr Dominique Maraninchi, président de l'Institut national du cancer (Inca), organisme spécialement créé pour l'occasion (lire l'encadré p. 25).

Prévention et dépistage : un grand bond en avant

Parmi les volets dont la mise en œuvre a été la plus aboutie : la

EN CHIFFRES

145 000

décès

Le nombre de décès dus aux cancers a fortement progressé entre 1970 et 2004. Le cancer est aujourd'hui la première cause de mortalité en France : il est responsable de plus de 145 000 décès en 2008.



“ Le Plan cancer II accordera une place plus importante au médecin traitant ”

POINT DE VUE de l'Ordre



“ Une formation continue de qualité en cancérologie ”

Dr Irène Kahn-Bensaude, présidente de la section Santé publique

« Le Plan cancer 2003-2007 a assurément permis des progrès importants : dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal, campagnes de prévention sur les dangers du tabagisme et de l'alcool pendant la grossesse... Le dispositif d'annonce, qui permet d'annoncer la maladie en présence du patient, en prenant son temps, fait partie d'une volonté de mieux prendre en compte les patients et d'améliorer les relations et le dialogue entre soignants et malades. La réunion de concertation pluridisciplinaire et le plan personnalisé de soins vont dans le même sens et sont des réussites de ce plan. Reste à généraliser ces dispositifs. Les actions de prévention pour une meilleure hygiène alimentaire ont aussi montré leur efficacité, comme le note le Haut Conseil de santé publique dans son évaluation du Plan cancer I : la consommation de fruits et de légumes s'est améliorée

et l'augmentation de l'obésité se stabilise chez les hommes et chez les enfants.

Il faut aussi développer des campagnes de prévention contre les méfaits de l'alcool avec la même ampleur que ce qui a été fait pour pointer les risques liés au tabagisme.

Le rapport du Pr Grünfeld, qui va inspirer l'élaboration du Plan cancer II, préconise une plus grande implication des médecins traitants. Ce qui semble pertinent car ce sont eux, les premiers, en ville, qui gèrent les effets secondaires et la vie quotidienne. Pour ce qui est d'une prise en charge « après cancer », elle devra se faire contre une rémunération et sur la base du volontariat, car les médecins traitants ne peuvent pas tout prendre en charge... Il faut aussi songer à une formation continue de qualité en cancérologie pour permettre aux médecins qui le souhaitent de disposer de tous les éléments pour effectuer un tel suivi. »

EN CHIFFRES

353000

nouveaux cas par an

Le nombre de nouveaux cas de cancers a été estimé, sur l'année 2008, à 353000.

(Source : rapport du Pr Grünfeld).

prévention primaire – de grandes avancées dans la lutte contre le tabagisme ont notamment vu le jour – et le dépistage organisé. La campagne concernant le cancer du sein a été généralisée dans toute la France en 2004. Et, depuis fin 2008, le dépistage organisé du cancer colorectal est effectif sur tout le territoire.

Humanisation

Pour ce qui est des soins, les progrès sont là également. « *Il y a eu de grandes avancées en matière d'humanisation, à travers le dispositif d'annonce*, commente Nicole Zernik, présidente d'Europa Donna France, une association qui rassemble les personnes concernées par le cancer du sein. *Et la mise en place de réunions de concertation*

pluridisciplinaires (RCP) a été très bénéfique. » Réunissant autour d'une table oncologue, chirurgien, anatomopathologiste, radiothérapeute et parfois médecin traitant, ces rencontres permettent de réfléchir ensemble au type de traitement le plus adapté au patient. Un programme personnalisé de soins, autre mesure du Plan cancer I, est alors proposé. Cela dit, ces outils demandent à être généralisés : il arrive encore qu'un cancer soit annoncé par téléphone ou dans un couloir d'hôpital...

Des progrès indéniables, donc, mais aussi des efforts à poursuivre, note la Cour des comptes dans son rapport paru en juin 2008. La lutte contre l'alcool doit bénéficier de campagnes de même ampleur que celles qui ont été mises en place

Initiative

Dépistage du cancer colorectal : l'Adémas 69 sur tous les fronts

Comment informer un public le plus large possible sur le dépistage organisé du cancer colorectal ? C'est la question que s'est posée l'Association pour le dépistage organisé des cancers dans le Rhône (Adémas 69), en mars 2008, lors du lancement de la campagne dans ce département. « *Nous avons du mal à mobiliser de nombreuses personnes lors de nos réunions d'information. Le public n'aime pas trop entendre parler du cancer, qui fait peur*, explique le Dr Patricia Soler-Michel, un des deux médecins coordonnateurs d'Adémas 69. *Se rendre sur les marchés permet d'aller à la rencontre d'un large public, en particulier*

des personnes âgées de 50 à 74 ans, ce qui correspond à la cible de ce dépistage. » L'association mobilise des partenaires : le Kiosque Info Cancer de Lyon et le Bus Info Santé, qui est cofinancé par le Conseil général et l'Assurance maladie. De mars à juin 2008, le bus sillonne les routes du Rhône et fait étape dans les marchés de dix villes, situées aussi bien en milieu rural qu'en zone urbaine. À chaque halte, une équipe se charge d'interpeller les passants. Plusieurs infirmières travaillant auprès des personnes âgées ou handicapées pour le compte du Conseil général viennent prêter main-forte aux équipes de l'Adémas 69, du Kiosque Info



Cancer et du Bus Info Santé. « *La conversation avec les patients a pu apporter des informations et dédramatiser le dépistage, qui est souvent perçu comme désagréable*, observe le Dr Soler-

pour la prévention du tabagisme. Quant à l'information et à la lutte contre les cancers professionnels, elles restent les parents pauvres de la prévention.

Un rôle accru pour le médecin traitant

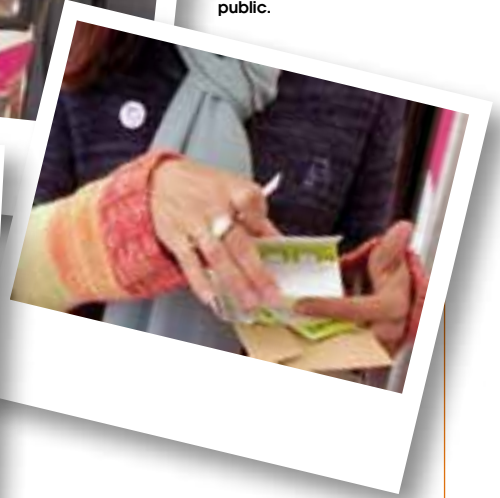
Missionné par le président de la République en octobre 2008, le Pr Jean-Pierre Grünfeld a édité des recommandations pour l'élaboration du Plan cancer II, qui s'étalera de 2009 à 2013. Dans son rapport, rendu public en mars dernier, le Pr Grünfeld, néphrologue à l'hôpital Necker, à Paris, estime qu'il faut accorder une place plus importante au médecin traitant. En effet, les patients restant le plus souvent au domicile, c'est le généraliste qui gère les effets secondaires des

L'INCA : UNE AGENCE DÉDIÉE À LA LUTTE CONTRE LE CANCER

La naissance de l'Institut national du cancer (Inca) était l'une des mesures prioritaires du Plan cancer I. Agence scientifique placée sous la tutelle des ministères de la Santé et de la Recherche, l'Inca coordonne l'ensemble des acteurs de la lutte contre le cancer en France. Il apporte une information adaptée à la population, aux personnes malades et aux professionnels. Il veille aussi à assurer un continuum entre les soins et la recherche. L'Inca a engagé plusieurs actions de communication en direction du grand public, notamment la campagne « Deux Millions de héros ordinaires », en 2007, chargée de modifier le regard de l'opinion sur le cancer.



Dans le Rhône, l'Association pour le dépistage des cancers s'est rendue sur les marchés du département pour sensibiliser le grand public.



Michel. Certains se sont décidés à sauter le pas, en demandant une invitation par téléphone à l'Adémas 69. » Une fois munis de cette invitation, les patients pouvaient se rendre chez leur médecin traitant qui leur remettait un test Hemocult. Un réflexe d'autant plus facile que la quasi-totalité des médecins généralistes du département (1 256, soit 91 %) a bénéficié d'une formation sur le sujet. Mises en place par l'Adémas 69 et les

organismes de FMC, ces sessions se sont étalées d'octobre 2007 à juin 2008.

Au total, près de 2 700 personnes ont été sensibilisées sur les marchés, dont la majeure partie avait entre 50 et 74 ans. « Mais il est important de toucher aussi les jeunes : n'étant pas encore concernés, ils sont souvent plus réceptifs, commente Patricia Soler-Michel. Ils seront ainsi sensibilisés le jour venu. De plus, ils jouent souvent un rôle de

relais auprès de leurs parents. »

Les premiers résultats (qui sont très préliminaires) indiquent, pour la période d'avril-mai 2008, un taux de participation de 30 % dans le Rhône. Ce qui est un bon résultat pour un département urbain qui débute dans le dépistage organisé.

+ D'INFOS :

www.ademas69.asso.fr
Tél. : 04 72 84 65 30

LES DÉPISTAGES ORGANISÉS

• **Le dépistage du cancer du sein est généralisé sur tout le territoire depuis 2004.**

Toutes les femmes de 50 à 74 ans reçoivent tous les deux ans un courrier les invitant à passer une mammographie. De 20 % de femmes qui avaient participé au dépistage organisé avant 2003, les statistiques sont passées à 52 % à la fin du Plan cancer I. « 12 000 cancers du sein sont dépistés par ce biais chaque année ; ils sont le plus souvent petits, et le pronostic est bon, car ils peuvent être traités à temps », indique le Pr Maraninchi, président de l'Inca. Selon l'Assurance maladie, le taux de dépistage du cancer du sein serait de 70 %, en incluant le dépistage individuel. Ces résultats cachent néanmoins des disparités très importantes d'une région à l'autre, et même au sein d'un même département. En 2007, les taux de participation par département allaient de 26,4 % à Paris à 71,2 % dans le Cher.

• **Fin 2008, la totalité des départements métropolitains ont mis en place un programme de dépistage du cancer colorectal.** Toutes les personnes âgées de 50 à 74 ans sont concernées. « Ce dépistage passe par le généraliste, qui remet lui-même le test aux patients répondant aux critères d'inclusion. Le médecin traitant est rémunéré de façon forfaitaire en fonction du nombre de tests distribués et lus dans les centres agréés », rappelle le Dr Cyrille Massyn de l'Inca.

traitements : nausées, fatigues, dépression... Mais n'est-ce pas trop charger la barque des médecins traitants, encore une fois ? « En tant que citoyenne, j'aurais tendance à répondre qu'on ne peut pas tout leur demander, avoue Nicole Zernik. Mais en tant que présidente d'Europa Donna France, je pense qu'il est important de les impliquer... Les généralistes ont, en moyenne, dans leur patientèle, 3 à 4 nouvelles personnes atteintes d'un cancer chaque année, selon l'Inca. Il semble possible de suivre ces patients de plus près, contre une rémunération, bien entendu. »

Coordination ville-hôpital

Ceci implique d'abord une meilleure transmission des informations entre les spécialistes hospitaliers et les médecins de ville. Or celle-ci fait encore souvent défaut... « Nous préparons un dossier communiquant de cancérologie », explique le Dr Cyrille Massyn, responsable de l'information auprès des professionnels à l'Inca. Il s'agit d'un outil informatique, qui pourrait être intégré dans le DMP, et qui permettra au médecin traitant d'être informé en temps réel et

D'AUTRES MARGES DE PROGRÈS...

Parmi les autres pistes proposées par le Pr Grünfeld :

- inciter les généralistes à faire la promotion du dépistage organisé, qui est de meilleure qualité que le dépistage individuel : assurance qualité des mammographies, examen clinique systématique, double lecture, clichés supplémentaires si besoin, bilan diagnostique en cas d'image suspecte ;
- renforcer la « fidélisation » par les médecins traitants des patients tentés d'abandonner trop tôt les dépistages organisés parce qu'ils se sentent hors de danger ;
- améliorer les formations initiale et continue des médecins en cancérologie.

d'être mieux à même d'assurer la prise en charge du patient. »

S'il faut réfléchir aux modes d'implication possibles des généralistes pendant le traitement, « l'après-cancer » est aussi une période importante à prendre en compte. « Après six à neuf mois très chargés, pendant lesquels les femmes n'ont pas eu le temps de penser, une fois les soins terminés, les personnes atteintes du cancer du

sein se sentent tout d'un coup abandonnées, raconte Nicole Zernik. Or les séquelles des traitements, l'angoisse de la rechute, la dépression peuvent apparaître. Aussi avons-nous mentionné l'importance d'un « dispositif de sortie » incluant des soins de support, assurés par le médecin généraliste, un psychologue, une assistance sociale... ».

Expérimentations régionales

Comment, concrètement, mieux engager les médecins traitants dans le suivi des soins et dans « l'après-cancer » ? « Il n'est pas question d'imposer quoi que ce soit, répond le Pr Grünfeld. Parmi les médecins que j'ai auditionnés, 6 sur 10 souhaitent s'impliquer davantage dans cette prise en charge, et 4 sur 10 se disent submergés et incapables de faire face à une nouvelle mission. Je pense que nous devrions, pendant la durée du Plan cancer II, mener des expérimentations régionales, avec la participation des praticiens intéressés, sur une prise en charge appuyée, avec, par exemple, des consultations longues régulières. Il faudra recourir aux possibilités offertes par le décret d'avril 2009 sur des modes particuliers de rémunération¹. » Ces pistes de réflexion devraient se traduire par des mesures concrètes dans le Plan cancer II, dont l'élaboration était prévue fin juin. Pour un nouvel élan dans la lutte contre le cancer.

1. Décret n°2009-474 du 27 avril 2009.

Pour en savoir plus

- www.e-cancer.fr (site de l'Inca)
- www.hcsp.fr
- www.ccomptes.fr
- Europa Donna organise un colloque ouvert à tous sur « Les soins de support », au Sénat, le 28 septembre 2009. Entrée gratuite. Inscription sur www.europadonna.fr

POINT DE VUE extérieur



©Garc/Photo

“ Nous devons mieux prendre en charge l'après-cancer ”

Pr Dominique Maraninchi,
cancérologue, président de l'Institut national du cancer (Inca)

interview **Quelles sont les grandes avancées du Plan cancer I ?**

Pr D. Maraninchi : C'est la première fois qu'un plan global et interministériel incluant la prévention, le dépistage, l'organisation des soins, la recherche, la formation et l'accompagnement social a vu le jour. Cela a montré qu'il était possible de changer la prise en charge du cancer en France. Il y a eu une augmentation sans précédent du prix du tabac, l'interdiction de fumer dans les lieux publics, puis partout. Ces mesures vont permettre de diminuer la mortalité par cancer en France, et ce de manière irréversible. 450 000 réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) ont été organisées en 2008 et le plan personnalisé de soins a vu le jour. Quant au dispositif d'annonce, il est de plus en plus répandu.

Pour ce qui est des soins, nous avons déterminé les critères d'activité minimale, de qualité et de sécurité pour les établissements. Ce qui va entraîner une concentration des traitements du cancer dans un nombre plus restreint d'hôpitaux et de cliniques. Le nombre d'établissements autorisés à pratiquer la chirurgie du cancer du sein va ainsi passer

de 800 à 600. Cette année, les ARH (Agences régionales de l'hospitalisation) donnent les autorisations valables pour les cinq ans à venir.

Les établissements ont jusqu'à fin 2011 pour se mettre en conformité avec les différents critères.

Les médecins traitants ne sont-ils pas un peu exclus du dépistage organisé du cancer du sein ?

Pr D. M. : Aujourd'hui, les médecins traitants conventionnés, c'est-à-dire la très grande majorité d'entre eux, sont concernés : en effet, dans les négociations avec l'Assurance maladie, il est prévu un objectif d'augmentation du taux de dépistage organisé pour la patientèle de chaque généraliste.

Quels sont les points faibles du Plan cancer I auxquels il faut remédier ?

Pr D. M. : Il faut bien « calibrer » le calendrier, car la mise en œuvre de certaines mesures prend du temps. De plus, le Plan cancer I était très « hospitalo-centré », si je puis dire. Or 90 % de la vie des patients se déroule au domicile. Le prochain Plan

cancer va mettre l'accent sur la coordination ville-hôpital et la prise en compte du parcours de soins par le médecin traitant, pendant mais aussi après le traitement, à travers un « dispositif de sortie ». Rappelons que 60 % des personnes atteintes d'un cancer guérissent... La phase de réhabilitation, de réinsertion sociale voire de guérison nécessite un suivi et une surveillance, dans lesquels le médecin traitant, qui connaît bien le patient et sa famille, a un rôle à jouer. C'est lui qui, par des conseils de prévention adaptés à la personne et à son contexte, va contribuer à mieux limiter le risque de récurrence voire de survenue d'un autre cancer. Des référentiels de prise en charge pendant et après le traitement, destinés à être partagés par les généralistes, les spécialistes et les patients, devront être définis.

Nous n'avons pas assez tenu compte des problèmes de démographie médicale. Il faut donc proposer des mesures réalistes et cohérentes avec les effectifs des professionnels, l'évolution de leurs métiers et la réalité de leurs exercices sur le territoire. Nous allons travailler sur ce point avec l'Ordre des médecins.