

50/51° NORD

UNE DÉCENNIE DE CANCERS. UN GRAND MIEUX ET DE NOUVELLES QUESTIONS À TRAITER.



Dresser le bilan d'une décennie de cancers, tel est l'objectif, certes ambitieux, d'une double étude réalisée par l'ORS. Nous aurions pu nous contenter d'exploiter des données, nous avons choisi de conduire une véritable enquête de terrain. Nous sommes allés à la rencontre de patients, les plus à même de témoigner des progrès, et avons écouté leur(s) histoire(s), leur(s) parcours. Cet ensemble d'entretiens a été complété par une analyse fine de l'évolution de la mortalité par cancers dans la région et les quinze territoires qui la composent. Car, au-delà des nouveaux cas de cancers, il est fondamental de regarder la létalité du cancer, le fait d'en mourir. L'accroissement des cas de cancers est un phénomène largement constaté et connu, l'évolution de la mortalité, autrement dit la létalité des cancers déclarés, l'est moins. Son analyse permet de soulever les bonnes questions. Comment se fait-il qu'il y ait une telle mortalité dans la région? Quels liens de causes à effets avec les inégalités sociales? Pourquoi les gens en meurent-ils davantage dans certains territoires? Comment d'autres se sont-ils améliorés? Il ressort de ces études un bilan largement positif en termes de prise en charge des patients, ainsi que de nettes améliorations dans certaines parties de la région. Néanmoins, la géographie des cancers laisse apparaître des évolutions très contrastées au niveau régional qui posent questions. Or, la situation régionale évoluera quand l'ensemble de ses parties progresseront.

RÉCITS DE PATIENTS

COMMENT AVONS-NOUS PROCÉDÉ ?

Dans le cadre de l'étude baptisée « Bilan d'une décennie de cancers »¹, pour le volet qualitatif, nous avons rencontré une cinquantaine de personnes atteintes de cancers, dans la région. Nous les avons écoutées lors d'entretiens semi-directifs, laissant une large part à l'expression libre et au dialogue. Et ce, avec l'aide des Espaces Ressources Cancers (ERC) et des Aires cancer, qui ont proposé aux patients de participer à l'étude.

« *Pouvez-vous nous raconter comment cela s'est passé pour vous ?* », c'est par cette question simple que chaque entretien a démarré. À la fin de la discussion, nous nous sommes assurés d'avoir abordé l'ensemble des points souhaités, depuis l'annonce du diagnostic jusqu'au ressenti du patient deux ans après. Et ce, sans interrompre la personne dans son récit. Au total, 46 entretiens ont été réalisés entre juin et décembre 2014. Les échanges ont duré entre une heure et demie et trois heures.

QUE DISENT LES PATIENTS ?

Du mieux dans de nombreux domaines

Une fois le patient en contact avec le système de soins, les diagnostics sont souvent rapides.

Une fois les premiers symptômes détectés par le patient, le diagnostic et la prise en charge qui s'en suivent interviennent dans les jours ou semaines qui suivent. La plupart du temps, le médecin ayant détecté ces premiers signes prend rendez-vous pour le patient ou l'aiguille vers un spécialiste ou un centre hospitalier.

La perception de la prise en charge médicale est positive.

Les patients la décrivent souvent comme « professionnelle », « technique » et « rassurante ». L'équipe médicale connaît son domaine d'intervention, une expertise qui constitue un gage de compétence pour les patients. En conséquence, les patients disent ne pas se poser de questions et suivre le « protocole » en toute confiance.

« *Souvenez-vous il y a vingt ans, les gens disaient qu'il fallait aller à Villejuif, aujourd'hui c'est terminé, c'est du passé, presque tous les patients se font soigner près de chez eux.* »

« *J'ai été très bien soignée.* »

Les traitements sont moins difficiles à supporter qu'il y a dix ans et ceux palliant les effets secondaires sont souvent qualifiés d'efficaces.

Un certain nombre de patients loue l'efficacité des traitements destinés à réduire les effets secondaires, que ce soit les nausées, les douleurs ou la fatigue. Les personnes soignées il y a une dizaine d'années et récemment évoquent une réduction de ces effets secondaires. Certains évoquent aussi la « chance » d'avoir bénéficié de thérapies ciblées, moins invasives que par le passé.

« *Quand bien même on voudrait oublier, on ne peut pas, la maladie est là, en nous, depuis ce jour où tout a basculé.* »

L'accompagnement global du patient a progressé en dix ans.

Les patients ayant eu un premier cancer il y a dix ans parlent d'une époque révolue et d'avancées « spectaculaires » dans la prise en charge, bien plus humaine aujourd'hui. L'amélioration se constate au niveau de l'accompagnement du patient et de la gestion de la douleur. Le travail réalisé par les Espaces Ressources Cancer est unanimement loué par les patients.

« *En venant à l'association, j'ai compris qu'il était important d'en parler, mais il m'a fallu du temps pour accepter l'idée et pour franchir le pas.* »

« *Cela fait du bien de venir dans un endroit qui n'est pas un établissement de soin.* »

« *Il faut voir des gens, des amis et aussi des professionnels en plus de la famille. Les proches ne peuvent pas tout porter tout seuls. C'est un puzzle dont il faut avoir toutes les pièces.* »

La mise au point des consultations d'infirmiers présentant les traitements est jugée très positivement.

Ces temps d'accompagnement consacrés aux patients sont pour eux l'occasion d'en savoir plus sur leur maladie et leurs traitements. Ces moments d'information et d'échanges leur permettent de se préparer, de se projeter, et ainsi de mieux appréhender la suite. Ce sont aussi des temps d'écoute qu'ils ne trouvent pas nécessairement auprès des chirurgiens et des oncologues.

« *C'est normal que mon généraliste ne soit pas à la pointe de tout, il n'est pas spécialiste, mais du coup, il ne sait pas répondre à toutes mes interrogations sur mon traitement ou ses effets.* »

1 - Poirier G. Bilan d'une décennie de cancers. Volet 1. Analyse de la mortalité. Loos : ORS Nord - Pas-de-Calais ; 96 p. Et Raimbault M, Garbe E et Lacoste O. Bilan d'une décennie de cancers. Volet 2. Entretiens auprès de patients et d'anciens patients. Loos : ORS Nord - Pas-de-Calais ; 90 p.

RÉCITS DE PATIENTS

Encore de nombreuses améliorations à apporter

Trop de diagnostics se font encore tardivement, c'est-à-dire à un stade avancé de la maladie, soit parce que le patient tarde à consulter, soit parce qu'il n'y a pas eu de signes l'alertant.

Le diagnostic par dépistage organisé n'a pas été majoritairement rapporté par les patients.

Lors de notre enquête, ce sont les signes cliniques, perçus ou ressentis par les patients, qui les ont conduits à rencontrer un professionnel de santé. On peut s'étonner du peu de diagnostics effectivement induits par les dépistages organisés.



En matière d'annonce, des améliorations peuvent encore être apportées.

Et ce, même si de nets progrès ont été constatés suite à l'instauration du dispositif d'annonce. L'observation met en évidence une prise de conscience de l'importance de ce moment clef pour le patient. Moment marquant son entrée dans le

processus de soins, qui, s'il est anodin pour les professionnels de santé, ne l'est jamais pour le patient. Encore trop de patients disent n'avoir pas bénéficié d'une annonce « humaine » et « claire », ne laissant pas de doute sur leur condition.

« Je ne donne pas cher de votre peau ».

Se soigner engendre des surcoûts et les inégalités sociales sont encore aggravées par la maladie.

Les dépassements d'honoraires, les traitements pour atténuer les effets secondaires, ou cacher les stigmates de la maladie restent en grande partie à la charge du patient. Les personnes ayant une mutuelle assurant une prise en charge optimale sont souvent celles qui ont un statut socio-économique élevé. À l'inverse, pour les personnes sans emploi, ou en situation de précarité, la maladie constitue alors une double peine. Non seulement le revenu diminue, mais des frais sont occasionnés par la maladie et les traitements. En dix ans, la situation semble ne pas avoir beaucoup évolué en la matière.

« Heureusement que j'ai des légumes dans mon jardin, car sans ça, je ne sais pas comment je ferais ».

Le cancer est encore une maladie invalidante.

Malgré le recul de la mortalité et les avancées thérapeutiques, la maladie reste très lourde et génératrice de séquelles à plus ou moins long terme.

« J'allais bien quand on m'a annoncé mon cancer, ce sont les traitements qui m'ont rendu malade, et ont provoqué cette fatigue chronique ».

Il n'existe pas forcément de bienveillance vis-à-vis des malades.

Les médecins et les infirmiers ont souvent été décrits comme les plus bienveillants, mais dès que les traitements sont terminés, le patient dit souvent souffrir de solitude. Corollaire des avancées thérapeutiques, une certaine désinvolture est souvent ressentie, de l'entourage comme du monde extérieur. Or, aussi trivial que cela puisse paraître, ne pas mourir du cancer ne signifie pas en guérir. Il existe tout un panel de maladies et des niveaux de gravité extrêmement variables. Les principales séquelles des traitements étant la douleur et la fatigue chronique qui peuvent durer des mois, voire des années après la fin des traitements.

« Ça va, tu as fini ta chimio, tu es guéri, tu n'es plus malade ».

« Le malade n'est plus regardé comme une personne, mais juste comme quelqu'un d'affaibli. Et ce, notamment du fait de reportages télévisés racoleurs ».

« Le plus compliqué, c'est avec les proches. Ils ne le vivent pas en même temps que nous, et pas comme nous. Au moment des traitements, on est sous cloche, c'est après que c'est difficile ».

Plus largement, le regard de la société sur la maladie n'a pas ou très peu évolué.

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, la maladie garde une connotation très grave, souvent mortelle. De nombreuses croyances persistent et dans certains milieux, la peur de la contagion existe encore. La maladie fait encore très peur et entraîne un mal-être ou une gêne chez la population « périphérique » des patients.

Le manque d'accompagnement psychologique reste un fait majoritaire.

Beaucoup de personnes disent ne pas avoir l'occasion de consulter un psychologue. Plusieurs cas ont été recensés : cela ne leur a pas été proposé, cela leur a été proposé une seule fois, au moment de l'annonce par exemple, et devant un refus, cela ne leur a plus été proposé. Or, on observe que de nombreux patients sont d'abord réticents, avant d'accepter l'idée de se faire aider. Et l'on sait aussi qu'un des moments les plus « critiques » psychologiquement est la fin des traitements, car il laisse le patient seul face à la reprise de la vie quotidienne.

RÉCITS DE PATIENTS

« Pour moi, le cancer a été moins grave que la dépression qui en a découlé ».

« J'ai commencé à être mal une fois rentrée chez moi, et quand j'ai eu mon rendez-vous de suivi six mois

après ma mastectomie, j'étais déjà très mal, mais je n'ai pas osé en parler et le rendez-vous a été tellement rapide avec le chirurgien. Et puis, je sentais que ce n'était pas le lieu ni le moment pour ça ».

Le retour au travail reste rare.

Et ce, car il n'est possible que lorsqu'un ensemble de conditions est réuni. Il faut que la médecine du travail donne son accord, que la place dans l'entreprise soit disponible, que l'employeur accepte de reprendre le salarié dans les conditions légales, et que la confiance en soi nécessaire pour assurer des responsabilités professionnelles soit là.

« Cela fait tellement longtemps que je ne travaille plus, je ne sais pas où me situer, ni malade, ni guéri, plus au travail... ».

« J'étais le premier cas de cancer, ils ne savaient pas comment s'y prendre, et ils n'ont pas beaucoup cherché, j'ai dû faire des recherches moi-même ».

« J'ai dû insister pendant des semaines, mais j'ai fini par dire au médecin du travail : vous voulez que je reste chez moi en attendant la mort ? Mon travail c'est primordial pour moi ».

« Je suis chef de service, on m'a demandé d'être efficace et on m'a prévenue qu'il n'y aurait pas d'aménagement ».

« Par où recommencer quand on n'est plus le même ? On ne peut pas reprendre notre vie où on l'a laissé, donc où ? »

La marginalisation touche encore de nombreux malades.

De nombreuses personnes, et notamment des femmes, se retrouvent sans activité, ni revenu, ni lien social (en dehors des structures de soins) à la suite de leurs traitements. Ces patients, qui ne se sentent reconnus qu'en qualité de malades, sont souvent très isolés et se marginalisent au fil des mois et années.

« Je ne pouvais pas sortir dans la rue, j'avais l'impression que c'était écrit sur mon front ».

« À l'hôpital, j'ai une place, j'existe, mais pas dans la société, qui ne sait plus quoi faire de moi, de nous ».

La préservation de la fertilité reste exceptionnelle, notamment pour des raisons de temps.

Il s'agit d'une technique complexe qui nécessite un certain délai. Or, pour les personnes atteintes de cancers, le temps est parfois compté. Dans certains cas, les traitements doivent démarrer au plus vite pour éviter un développement de tumeur ou une propagation de la maladie à d'autres organes. Les femmes en bénéficient le moins du fait de techniques complexes, voire expérimentales. Pour les hommes, la technique est éprouvée et nettement plus rapide.

Le cancer devient une maladie chronique

Si l'on prend du recul sur le bilan étape par étape du vécu des patients, on observe une tendance de fond : le cancer est largement passé d'une maladie mortelle à une maladie chronique. Les progrès thérapeutiques ont été considérables durant les dernières années. Et la morbidité de la maladie a ainsi largement reculé.

Conséquences de cette évolution : bien plus de personnes vivent désormais avec un cancer ou guéries d'un cancer. D'autres sont en traitement de long terme, certains le sont depuis une quinzaine d'années. Effet induit par cette évolution : de nombreuses personnes souffrent des conséquences des traitements : douleurs et fatigues chroniques, difficultés cognitives, perte de confiance en soi.

Autres évolutions : les traitements se font davantage en ambulatoire, et moins à l'hôpital, avec un patient bien plus soigné chez lui qu'il y a dix ans. Par conséquent, le rôle de l'environnement du patient devient de plus en plus important : le lieu de vie, la proximité ou non d'un CHRU² ou d'un centre de soins spécialisé dans le cancer, l'environnement familial, social, la situation professionnelle. Et le besoin d'accompagnement et de soins de support est de ce fait très important. Or, malgré les recommandations du plan cancer, les soins de support ne peuvent actuellement être proposés à domicile.



2 - Centre Hospitalier Régional Universitaire.

ANALYSE DE L'ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ PAR CANCERS

À L'INTÉRIEUR DU NORD – PAS-DE-CALAIS ET PAR TYPE DE CANCER, QU'EST-CE QUE ÇA DONNE ?

De fortes disparités à l'intérieur de la région.

La mortalité par cancers entre 2000 et 2011 reste plus lourde dans la région que dans le reste de la France. Néanmoins, on observe de réels écarts à l'intérieur du Nord – Pas-de-Calais. Une hétérogénéité qui nous fait dire qu'il n'y a pas de fatalité régionale. Pour preuve, les indicateurs de mortalité varient significativement selon les types de cancers : sein, poumon, voies aérodigestives, intestins. Ils sont aussi très différents selon les territoires de la région, baptisés dans le langage de l'ARS « zone de proximité ». Certaines progressent, parfois mieux que la moyenne nationale, quand d'autres, pourtant voisines, stagnent, ou régressent.

Cancer du poumon, Valenciennes et Béthune progressent.

En 2010, la région reste la dernière au classement national en matière de mortalité par cancers broncho-pulmonaires (+ 34 %). Néanmoins, quelques petits miracles sont à souligner : les zones de proximité du Valenciennois, de Roubaix-Tourcoing, de Lille et de Béthune ont vu leur mortalité reculer bien plus vite que la moyenne nationale (deux fois plus rapidement pour Valenciennes). Les zones de Roubaix-Tourcoing et de Lille progressent aussi avec des baisses respectives de + 73 % et + 67 % que la baisse française. Ces territoires rattrapent ainsi la dynamique nationale. À l'inverse, la situation du territoire de Lens-Liévin est préoccupante. La mortalité y est toujours très élevée (+ 66 % par rapport à la moyenne) et elle a stagné pendant ces dix dernières années.

Cancers du sein, le Dunkerquois et le Douaisis s'améliorent.

Si la mortalité par cancers du sein reste importante dans la région (+ 28 %), elle se réduit depuis dix ans, au rythme de la moyenne nationale. Une dynamique qui n'est pas du tout homogène à l'intérieur

de la région. La baisse de la mortalité est bien plus rapide à Roubaix-Tourcoing, Dunkerque et dans le Calaisis (+ 91 %, + 100 % et + 133 %) que dans le reste de la France, ce qui laisse entrevoir des améliorations. Mais la mortalité continue de progresser dans le Boulonnais, l'Arrageois et le Montreuillois.

Cancers du côlon, une baisse de la mortalité bien moins rapide qu'au niveau national.

La mortalité a reculé de 11 % en France pour ce type de cancers. La baisse régionale a été 30 % inférieure à la moyenne nationale. À l'intérieur de la région, des disparités existent, même si la tendance est assez négative. Lille et l'Audomarois voient leur mortalité baisser, en ligne avec le reste de la France. En revanche, deux tiers des territoires régionaux affichent une baisse de la mortalité inférieure à cette moyenne française. La mortalité augmente même sans le Boulonnais et en Flandre intérieure.

Cancers de la gorge, les femmes très touchées.

Le cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS) tue encore davantage dans la région que dans le reste du pays. La région a néanmoins réduit l'écart avec la moyenne française en dix ans. Sa mortalité (pour les hommes) a baissé de 26,6 % quand la France affiche un recul de 15,9 %. Les zones de Lille, Roubaix-Tourcoing, de la Sambre-Avesnois et surtout de Calais tirent leur épingle du jeu. Dans ces territoires, la mortalité recule plus vite que dans le reste de la France. À l'inverse, les zones du Valenciennois, du Boulonnais, de l'Audomarois, de Lens-Hénin et du Douaisis sont préoccupantes. La mortalité y est importante et y recule moins qu'ailleurs.

Comment expliquer de tels écarts ?

Naturellement, la question se pose de comprendre pourquoi autant d'écarts et d'inégalités existent à l'intérieur de la région. Bien entendu, l'Observatoire Régional de la Santé Nord – Pas-de-Calais a déjà engagé la poursuite de ses travaux sur ces sujets.

MORTALITÉ PAR CANCERS : ÉCART PAR RAPPORT À LA BAISSE MOYENNE NATIONALE (1999-2010)

Un pourcentage positif décrit une décroissance plus rapide que la France.

Un pourcentage négatif indique une évolution plus lente que la France (voire une aggravation s'il est supérieur à 100).

Zones de proximité du Nord – Pas-de-Calais	Ensemble des tumeurs Hommes et Femmes	Poumon Hommes	Sein Femmes	Intestin Hommes et Femmes	VADS et œsophage Hommes et Femmes
Arrageois	-37 %	79 %	-141 %	23 %	-13 %
Audomarois	-36 %	31 %	-3 %	4 %	-32 %
Béthune-Bruay	-41 %	49 %	-21 %	-55 %	-4 %
Boulonnais	-87 %	-50 %	-151 %	-174 %	-22 %
Calaisis	-8 %	-106 %	42 %	-16 %	38 %
Cambrésis	-9 %	44 %	-39 %	9 %	1 %
Douaisis	-18 %	-46 %	133 %	-84 %	-45 %
Dunkerquois	10 %	44 %	100 %	49 %	0 %
Flandre intérieure	40 %	14 %	44 %	-221 %	2 %
Lens-Hénin	-31 %	-97 %	-11 %	-69 %	-19 %
Lille	39 %	67 %	-27 %	6 %	17 %
Montreuillois	-47 %	-12 %	-191 %	-61 %	-6 %
Roubaix-Tourcoing	40 %	73 %	91 %	-59 %	20 %
Sambre-Avesnois	-23 %	-8 %	21 %	-109 %	22 %
Valenciennois	-33 %	101 %	6 %	-96 %	-21 %

Source : INSEE, RP 1999 et 2010 exploitation principale. INSERM, Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès-CépiDc. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.



Interview de **Franck Laureyns**, Directeur stratégie de l'hôpital de Douai et ancien directeur de la plate-forme santé du Douaisis (et ainsi de l'ERC) de 2007 à 2014.

Quelles sont, selon vous, les principales évolutions en matière de prise en charge du cancer depuis 10 - 15 ans ?

On a pu observer depuis quelques années une amélioration considérable des traitements, avec l'arrivée des thérapies ciblées, mais aussi des progrès en matière de qualité de vie des patients, avec une bien meilleure prise en charge des effets secondaires des traitements. Et c'est fondamental, car la non prise en compte des effets d'une chimiothérapie peut être synonyme de perte de chance pour un patient. Cela entraîne souvent un décalage voire une annulation des traitements, qui peuvent mettre en difficulté les patients. Il y a eu une véritable prise de conscience des praticiens sur la manière d'appréhender ces effets secondaires et les phases d'inter-cures au domicile du patient. Dans ces moments très anxiogènes, il peut y avoir une dégradation de l'état de santé des patients et des ré-hospitalisations. Or, on peut les éviter. En organisant avec les médecins traitants, en lien avec des infirmières libérales, la surveillance des patients, on arrive à des niveaux d'alerte assez fins, permettant de mieux gérer leur état de santé au domicile. On voit bien qu'une meilleure prise en charge des effets secondaires impacte la qualité de vie, le traitement et son efficacité. Selon moi, il faudrait encore mieux appréhender cette question en mettant en place un vrai plan d'investissement. Car c'est là que l'on retrouve la première inégalité. Le reste à charge de la gestion de certains effets secondaires reste très important pour certains patients qui, faute de moyens, y ont un recours moindre.

Vous plaidez pour un développement des soins de supports à domicile, pourquoi ?

En premier lieu, pour réduire ces inégalités d'accès au soin. Considérer que les soins de support doivent faire partie de la responsabilité seule des établissements est à mon sens une erreur. Le médecin traitant doit pouvoir coordonner des soins de support au domicile avec d'autres professionnels de santé permettant de maintenir les gens plus facilement à domicile, d'éviter des complications, et des réadmissions inappropriées. C'est d'ailleurs une des indications du plan cancer. Cela a un intérêt majeur dans notre région où les inégalités sociales sont criantes. Continuer à prendre en charge les patients à la fin de leurs traitements, en dehors de l'hôpital, permettrait de recréer de l'égalité sur la suite du parcours de soin. Par ailleurs, les gens sont souvent dans une autre phase de la maladie, et n'ont pas envie de recevoir leurs soins dans l'établissement où ils ont été traités. Le modèle économique est viable, des équipes mobiles pourraient se déplacer à domicile. Il faut changer de paradigme, on part vers une forme de maladie chronique et on ne doit plus la concevoir uniquement à l'hôpital mais aussi bien après, au domicile du patient. Aujourd'hui, l'Espace Ressources Cancers (ERC) est le seul dispositif qui permet un peu cela. Ne pas comprendre cela, c'est faire fi de notre structure sociodémographique. Par exemple, 26% des personnes habitant les quartiers prioritaires du Douaisis disent renoncer aux soins dans les 6 derniers mois, c'est inacceptable. Pour trois raisons : car le reste à charge est trop important, pour des questions de mobilité en santé et de délais des rendez-vous. Et en cancérologie, la question est encore plus aiguë.

On observe de manière générale une hausse de l'incidence des cancers et une baisse de la mortalité. Cela n'est hélas pas vrai dans certains territoires de la région, quel est votre regard sur le sujet ?

On voit très bien qu'il y a une corrélation évidente entre un sous recours au dépistage et une hausse de la mortalité. Le premier indicateur réside dans les inégalités sociales et l'accès au soin. On voit des gens qui toussent du sang pendant des mois, qui vont chercher un sirop, et qui arrivent aux urgences avec un cancer broncho-pulmonaire de stade trois-quatre. Et ce sont quasi systématiquement des personnes fragiles. Il y a non seulement un problème de faible recours au soin, mais pire, de recours tardif au soin pour une partie de la population, sujet auquel il faut s'attaquer. Et pour cela, il faut réaliser des immersions dans les quartiers, et faire de la prévention de proximité. C'est de la dentelle, mais il n'y a que cela qui fonctionne. La prévention de masse seule peut engendrer certaines inégalités. Le cancer est trop grave, et constater cela sans agir est impensable. Le projet du Centre Hospitalier de Douai « l'hôpital hors les murs » vise à mettre des compétences en santé à disposition des acteurs locaux de la prévention, car ce sont eux qui sont en contact avec ces populations. Et ce, pour mieux repérer les pathologies, et proposer à ces personnes des circuits courts de prise en charge, sans dépassement d'honoraires. Il faut aussi prendre en compte les réalités culturelles du territoire, avec des populations d'origines maghrébines, italiennes ou polonaises qui ont chacune un rapport très différent à la maladie et au soin. Nous avons organisé une conférence avec des médecins et un imam où nous avons expliqué que les traitements pouvaient être compatibles avec le ramadan. Mais il a fallu aller chercher ces hommes et ces femmes dans les quartiers. On a les moyens d'agir mais il faut accepter l'idée d'adapter la prévention et la prise en charge. Il faut maintenir un minimum pour tous et concentrer nos efforts sur les populations les plus fragiles.

Avec un temps à l'hôpital de plus en plus réduit, l'environnement du patient semble compter de plus en plus, comment réduire les inégalités dans ce contexte ?

Bien sûr, l'environnement du patient est capital, notamment dans le développement de l'ambulatorio. Aujourd'hui, on rentre chez soi le jour de son opération pour un cancer. C'est encore plus anxiogène qu'avant, et cela mérite d'être préparé au mieux avec la médecine de ville et les proches, sans quoi cela sera contre-productif pour l'usager.

Enfin, comment qualifieriez-vous l'évolution du regard de la société sur la maladie ?

Hélas, je ne pense pas qu'il y ait eu d'avancées significatives. On a vu les choses évoluer sur d'autres maladies comme le diabète, mais le cancer reste encore très tabou. Souvent, on ne met pas de mot sur la maladie. L'environnement professionnel est très peu préparé à accueillir un collègue touché. Il y a un travail énorme à faire sur la vie après le cancer. Il faudrait informer bien davantage le grand public, et pas seulement les professionnels, pour que les choses changent. Il faut verbaliser sur les progrès, les taux de guérison, et sur le dépistage. C'est un cercle vicieux, c'est parce que les gens ont encore très peur qu'ils ne se font pas dépister.



RÉGION
Nord-Pas de Calais



OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ

235, avenue de la Recherche - 59120 LOOS
Téléphone +33 (0)3 20 15 49 20 • Fax +33 (0)3 20 15 10 46
www.orsnpdc.org