

50/51°
NORD

NOUVEAUX REGARDS SUR LE CANCER



L'approche que l'on peut avoir du cancer ne cesse d'évoluer. Maladie considérée comme présente depuis les origines mêmes de la vie sur Terre, le cancer est aussi une maladie de la modernité devenue très présente et bien plus fréquente au cours du XX^e siècle. Le cancer est devenu une maladie chronique, c'est l'une des principales évolutions du regard que l'on doit lui porter. De ce fait et à cause d'évolutions multiples la prise en charge change. Il est devenu logique, évident, d'adjoindre aux plans de lutte contre le cancer une forte volonté de structuration, d'organisation des soins et d'ouverture en direction de publics jusqu'alors sous-informés. Mais la nouveauté ne se limite pas là. D'autres champs tels que l'alimentation, l'environnement, l'activité physique, et bien sûr la santé au travail, sont eux aussi sollicités. C'est tout un faisceau de politiques publiques qui prennent les cancers pour cible, une conjonction de plans qui s'investissent au profit de la santé des populations. Les approches s'enrichissent : cancer ne rime plus avec condamnation mais avec guérison. Si le nombre de nouveaux cas de cancers s'est notablement accru, la mortalité quant à elle se réduit. Au cours des vingt-cinq dernières années, la mortalité par cancers s'est réduite en France de plus de 20 %, soit près d'un point de baisse par an. Les politiques de prévention s'assoient et jouent leurs rôles, l'offre de soins et ses professionnels de santé s'organisent plus encore. En France le deuxième plan Cancer se développe, dans le Nord – Pas-de-Calais le programme régional cancer 2011-2015, partagé entre l'Agence régionale de santé et le Conseil régional, met l'accent sur l'approche transversale de l'enjeu unique : les cancers.

INFORMER DES CHANGEMENTS DE R COORDONNER LE SYSTÈME RÉC

LES PUBLICS SOUS-INTÉGRÉS

C'est en touchant l'ensemble de la population et au premier chef, les milieux populaires, que l'on pourra réduire l'ampleur des inégalités sociales face à cette maladie. Elles ont pour origine des expositions aux risques très variables, des inégalités devant la prévention, un accès difficile à la formation et l'information. Pour cela, dans le Nord – Pas-de-Calais, des Espaces Ressources Cancers et les Aires Cancers ont été mis en place pour accompagner, informer les patients et leurs proches. La perte de chance sociale se combat par des projets locaux immergés dans les territoires, le plus possible adaptés aux populations les plus exposées. Il reste cependant encore beaucoup à faire : la participation aux dépistages des cancers reste encore nettement plus faible que la moyenne nationale.

LES MÉTIERS DE LA CANCÉROLOGIE : LE NOYAU ET LA PULPE

Là aussi de nouveaux moyens et des nouvelles approches se déploient. À l'innovation diagnostique et curative s'ajoutent de fortes innovations d'organisation. Il y a tout d'abord le noyau dur de la prise en charge mais qui ne reste que le noyau de la cellule. Il se compose des équipements techniques pour lesquels le Nord – Pas-de-Calais a beaucoup investi, mais il y a aussi et surtout les professions de santé rares, tels les oncologues, radiothérapeutes, professionnels du radiodiagnostic et de l'imagerie médicale. Ils ne sont que quelques dizaines, quelques centaines dans le Nord – Pas-de-Calais. Trop de jeunes diplômés s'installaient, jusqu'il y a peu, en dehors de leur inter-région d'origine¹. Il faut savoir les faire venir là où leur présence permet de traiter ceux qui le nécessitent.

Et puis il y a tous les autres professionnels, la pulpe du noyau du système régional ou local de prise en charge. Ceux qui vont lancer l'alerte et les premiers examens, qui vont suivre les malades durant leur traitement et lors de leurs rémissions, et même pendant leur guérison. Ce sont au total 38 000 professionnels de santé listés par l'ORS en 2005², c'est avec eux qu'il faut conduire des soins coordonnés. C'est aussi en s'appuyant sur les réseaux de cancérologie et tous ceux qui assurent, pour le bien du malade, un lien entre les établissements et les professionnels de proximité. Ce sont aussi les services d'hospitalisation à domicile, les postes d'infirmiers coordonnateurs, les unités de soins palliatifs, qui se sont développés et structurés, qui maillent la région et contribuent fortement à la prise en charge. C'est ainsi que les parcours des soins personnalisés fonctionneront d'autant plus et mieux.

¹ - ONDPS. Les métiers du diagnostic biologique du cancer : anatomie et cytologie pathologiques, biologie médicale, génétique. Paris : ONDPS, 2009 ; 89 p.
ONDPS - INCA. Mobilité, choix d'installation, modes d'exercice des jeunes oncologues et pathologistes. Paris : ONDPS - INCA, 2011 ; 11 p.

² - Lacoste O, Dupont J, Poirier G, Trédez G. Les systèmes locaux de prise en charge des cancers en Nord – Pas-de-Calais. Loos : ORS Nord – Pas-de-Calais, 2007 ; 186 p.

QU'EN EST-IL AUJOURD'HUI DANS LE NORD – PAS-DE-CALAIS ?

La surmortalité dans le Nord – Pas-de-Calais, qui atteint près d'un quart de plus que la moyenne nationale, reste très anormalement élevée. Un décès excédentaire sur deux provient aujourd'hui du Nord – Pas-de-Calais. Sur un total annuel de 10 000 décès, 2 043 ne surviendraient pas si la mortalité régionale était égale à celle de la France. Aucune partie de la région, aucune classe d'âge, aucun des deux sexes n'échappent à la règle. Pourtant des gains significatifs se sont produits au cours des vingt-cinq dernières années. La mortalité régionale s'est fort heureusement elle aussi réduite, exception faite des cancers de la prostate. Cependant cette baisse n'a pas été aussi forte. L'écart entre cette baisse régionale et la baisse nationale est mesuré par l'Indice comparatif d'évolution de la mortalité – ICEM – que l'ORS Nord – Pas-de-Calais a récemment mis au point. Celui-ci n'est que de 64,6, ce qui signifie que la baisse régionale a été d'un peu moins des deux tiers, bien que les deux territoires de santé de Métropole / Flandre Intérieure et du Littoral aient presque connu une baisse semblable à l'ensemble de l'Hexagone. Cette décroissance place l'amélioration du Nord – Pas-de-Calais au 18^e rang des régions, loin derrière l'Alsace qui s'est améliorée de près de 65 % plus vite que la France, mais cependant devant Poitou - Charentes et Languedoc - Roussillon.

ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ PAR CANCERS DANS LES RÉGIONS

| Région d'appartenance | ICEM prématurée (FM = 100) | Rang de l'ICEM prématurée |
|--------------------------------|----------------------------|---------------------------|
| Alsace | 164,6 | 1 |
| Île-de-France | 139,9 | 2 |
| Rhône - Alpes | 125,6 | 3 |
| Franche-Comté | 112,9 | 4 |
| Lorraine | 110,3 | 5 |
| Bretagne | 105,4 | 6 |
| Corse | 101,2 | 7 |
| Champagne - Ardenne | 94,6 | 8 |
| Provence - Alpes - Côte-d'Azur | 92,2 | 9 |
| Bourgogne | 91,0 | 10 |
| Haute-Normandie | 89,8 | 11 |
| Basse-Normandie | 88,0 | 12 |
| Picardie | 80,2 | 13 |
| Limousin | 77,6 | 14 |
| Pays-de-la-Loire | 76,5 | 15 |
| Aquitaine | 75,1 | 16 |
| Centre | 72,3 | 17 |
| Nord – Pas-de-Calais | 64,6 | 18 |
| Midi-Pyrénées | 64,2 | 19 |
| Auvergne | 59,5 | 20 |
| Poitou - Charentes | 52,1 | 21 |
| Languedoc - Roussillon | 50,1 | 22 |

Source : INSERM. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

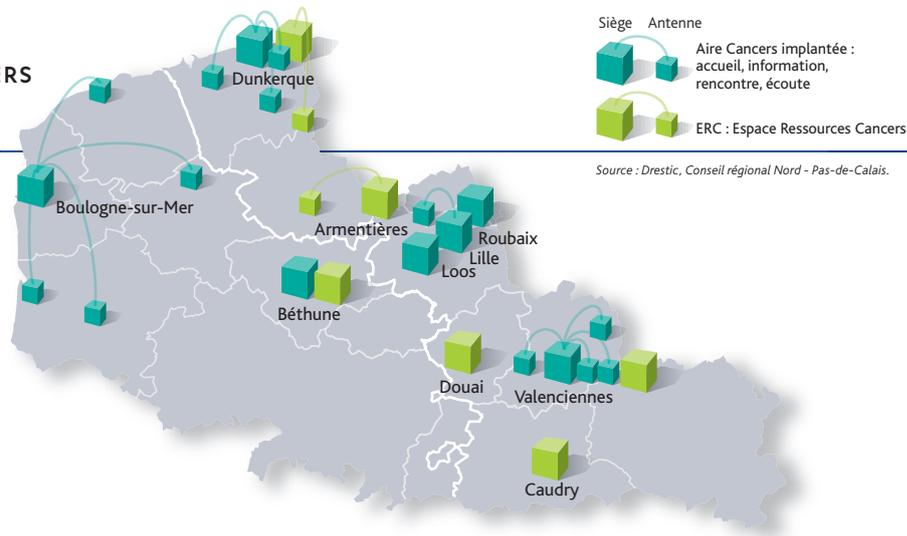
REGARDS, RÉDUIRE LES INÉGALITÉS, RÉGIONAL DES PROFESSIONNELS

ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ PAR CANCERS DANS LE NORD – PAS-DE-CALAIS

| ICEM - mortalité avant 65 ans 1982-2007 Baisse nationale = 100 | Ensemble des tumeurs | Cancer de la prostate (Hommes) | Cancer du sein (Femmes) | Cancer des voies aérodigestives supérieures |
|--|-------------------------|-----------------------------------|----------------------------|---|
| Nord – Pas-de-Calais | 64,6 | -24,1 | 49,9 | 84,7 |
| Artois-Douaisis | 23,6 | -5,1 | 84,7 | 76,6 |
| Hainaut-Cambrésis | 49,3 | -229,6 | 2,5 | 83,3 |
| Littoral | 85,6 | -7,7 | -44,5 | 85,8 |
| Métropole-Flandre intérieure | 99,2 | 94,2 | 87,2 | 100,2 |

Source : INSERM, Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

ESPACE RESSOURCES CANCERS ET AIRES CANCERS EN NORD – PAS-DE-CALAIS



3 questions à :

Dr Sophie TAÏEB

Radiologue – Centre Oscar Lambret – Lille

Au cours des cinq dernières années, avez-vous l'impression que l'attitude des personnes atteintes de cancers ait évolué ?

Il y a une modification du comportement depuis les années SIDA, se confirmant ces dernières années : on est passé de : « faut-il dire la vérité au patient ? » à « comment la dire ? » ; à, une fois qu'elle est dite, « comment je discute avec le patient pour l'informer des possibilités thérapeutiques et tenir compte de ses préférences dans l'établissement du plan de soins (à options thérapeutiques égales voire même à options thérapeutiques inégales) ? ». Certaines patientes choisissent la chimio et d'autres non.

Au cours des cinq dernières années, quelles ont été les évolutions les plus notables dans la prise en charge des cancers dans le Nord – Pas-de-Calais ?

Je ne sais pas répondre à cette question mais, à mon avis, seuls les indicateurs d'incidence, de mortalité, et de stade TNM³ lors de la

découverte d'un cancer sont pertinents mais comme on n'a pas de registre (c'est un vœu pieux depuis plus de quinze ans), cela est difficile à obtenir. Par exemple en 1995, la moyenne de taille d'un sarcome des parties molles était de 15 cm, actuellement 7 cm. De même on a les chiffres TNM pour les cancers du sein avec le dépistage. Ce qui me paraît intéressant (politiquement) est de comparer la baisse des indicateurs de gravité entre 97 et 2002 (années de péréquation positive) à ce qui se passe depuis 2002 où fin de la péréquation positive.

À votre sens, vers quelle évolution de la prise en charge serait-il utile et intéressant de conduire l'organisation régionale des soins en cancérologie ?

Mise en place de registres par localisations tumorales afin d'avoir des outils d'évaluation et conduire les actions de santé publique : exemple si on avait le TNM des cancers ORL de la région, les actions éducatives envers les médecins généralistes pour qu'ils regardent dans la bouche des patients seraient plus faciles à mener.

3 - Classification internationale des cancers en différents stades selon la taille de la tumeur, la présence d'adénopathies et de métastases.

3 questions à :

Pr Jean-Pierre PRUVO

Professeur de Radiologie, Responsable du Pôle imagerie du CHU de Lille

Au cours des cinq dernières années, avez-vous l'impression que l'attitude des personnes atteintes de cancers ait évolué ?

« Durant leur suivi en scanner et en IRM, les patients nous disent combien ils apprécient la possibilité d'avoir plus facilement accès aux nouvelles techniques d'imagerie. Ils se rendent bien compte que les résultats des examens accélèrent les décisions thérapeutiques suite aux réunions de concertation pluridisciplinaire dont ils sont informés plus rapidement. »

Au cours des cinq dernières années, quelles ont été les évolutions les plus notables dans la prise en charge des cancers dans le Nord – Pas-de-Calais ?

« L'augmentation du nombre de scanners, d'IRM et de PET scanners a permis un diagnostic plus rapide, une décision thérapeutique et un suivi plus efficaces des cancers, ce qui a permis aux médecins la possibilité de mieux prendre en charge leurs patients qui ont beaucoup mieux compris leur maladie. Les médecins spécialistes

ont en effet pu partager avec les radiologues et les médecins nucléaires l'interprétation des images durant les réunions de concertation pluridisciplinaire dans des salles qui ont bénéficié de l'apport des nouvelles technologies de l'information grâce au déploiement des systèmes d'archivage et de partage des images dans les établissements. »

À votre sens, vers quelle évolution de la prise en charge serait-il utile et intéressant de conduire l'organisation régionale des soins en cancérologie ?

« Il faut poursuivre le déploiement des scanners, IRM et TEP-scanners dans la région car il existe encore des délais d'attente trop importants pour le diagnostic et le suivi des maladies cancéreuses. De même, les systèmes d'information, d'archivage et de partage des images doivent être déployés dans tous les établissements et communiquer entre eux dans le cadre d'un projet « région sans film ». Une amélioration de la communication des examens d'imagerie avec le médecin traitant est indispensable en intégrant l'examen d'imagerie et le compte rendu dans le dossier médical. »

3 questions à :

Cécile BOURDON

Vice-présidente du Conseil régional, santé et Plan anti-cancer

Au cours des cinq dernières années, avez-vous l'impression que l'attitude des personnes atteintes de cancers ait évolué ?

« Le plan anti-cancer régional, dont les caractéristiques principales s'illustrent par une élaboration collective et citoyenne et par une mobilisation forte des acteurs, déclinée sur tous les terrains de la région, a eu pour effet de lever en partie le tabou des cancers, de sensibiliser le grand public par des actions originales, redonnant confiance à une population qui n'ose pas consulter ou se faire dépister. Lors d'un séminaire de travail, il y a deux ans au Nouveau Siècle, nous en avons eu confirmation : de nombreuses personnes ont témoigné qu'un nouvel élan avait permis à des malades d'être mieux pris en charge, à d'anciens malades de s'engager au service de cette mobilisation, à des personnes atteintes de se sentir reconnues dans leur recherche de soins complémentaires. »

Au cours des cinq dernières années, quelles ont été les évolutions les plus notables dans la prise en charge des cancers dans le Nord – Pas-de-Calais ?

« Notre région a bénéficié, ces dernières années, des efforts que notre collectivité régionale a consentis avec l'appui de l'ARH, pour moderniser la plupart des plateaux techniques des hôpitaux. 260 équipements de pointe (IRM, scanner, ...) permettent aujourd'hui de réduire les délais d'attente, favorisant aussi la recherche et l'attractivité des équipes.

Par ailleurs, si le budget consenti nationalement à la prévention continue à être insuffisant en France, on peut se féliciter que de nombreuses actions sur cette priorité cancer sont nées et que, par exemple en Nord – Pas de Calais, un vrai réseau des ERC et des Aires Cancers se constitue.

Je crois aussi qu'il faut saluer l'engagement de tous les professionnels et ne pas oublier le travail des chercheurs qui est particulièrement prometteur. »

À votre sens, vers quelle évolution de la prise en charge serait-il utile et intéressant de conduire l'organisation régionale des soins en cancérologie ?

« L'image de la région a changé mais la mobilisation régionale reste fragile et nous craignons que les effets de la crise et les suppressions de postes ne renforcent les inégalités sociales et territoriales.

Je n'oublie pas que de nombreux patients vivent la souffrance de cette maladie, l'isolement de leur situation et des restes à charge trop élevés. Le Nord – Pas-de-Calais a donc besoin de l'état pour ne pas perdre cette efficacité recherchée en permanence par les professionnels.

Je suis optimiste car je constate les progrès médicaux, les avancées dans le domaine du partage des images, la volonté de faire exister une médecine personnalisée. Je sais aussi que dans l'annonce de la maladie, la qualité des soins, l'écoute et l'accueil, de nombreux progrès sont au rendez-vous et cette maladie tendant à devenir chronique, tous ces efforts sont très importants. »



RÉGION
Nord-Pas de Calais



OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ

235, avenue de la Recherche - B.P. 86 • 59373 LOOS CEDEX
Téléphone +33 (0)3 20 15 49 20 • Fax +33 (0)3 20 15 10 46
www.orsnpsc.org