

Cycle de conférences

« Les jeudis de la sante en Comminges »

Cancer, de la prévention à la prise en charge

Conférence 3

Date et lieu : 14 novembre 2019, Boulogne sur Gesse

Intervenants :

Dr Antoine Khreiche, médecin Directeur Général au Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers en Occitanie (CRCDC-OC) ;

Pr Guy Laurent, PU-PH hématologue, chercheur à l'Institut universitaire du cancer Toulouse Oncopole et professeur à la Faculté de médecine de Toulouse Rangueil (Université Toulouse III - Paul Sabatier).

Animateur : Dr Hervé Bosc, médecin généraliste à la Maison de santé du Boulonnais.

Ce compte rendu a vocation de refléter la synthèse et la richesse des échanges dans la salle. Pour une vision complète des interventions, les présentations sont disponibles sur la page Web du cycle de conférences :

<https://www.commingespyrenees.fr/wp-content/uploads/2019/11/PPT-Conf%C3%A9rence-3-final-web.pdf>

Bienvenue

Le Dr Bosc, animateur de cette conférence, donne la bienvenue à l'ensemble de participants, en leur remerciant d'avoir répondu favorablement à cette invitation. Il remercie également la mairie de Boulogne sur Gesse pour l'accueil de cette manifestation dans ses locaux, ainsi qu'aux promoteurs et organisateurs du cycle de conférences pour cette initiative, qui favorise la rencontre professionnelle et les échanges sur des thématiques très diverses.

Ouverte depuis 2017, la maison de santé pluriprofessionnelle du Boulonnais développe des projets de santé sur son territoire d'action, en partenariat avec des multiples acteurs. Elle inscrit sa démarche dans une dynamique de collaboration entre les professionnels qui l'intègrent et contribue ainsi à garantir une offre de soins de qualité pour les habitants du territoire.

Le Dr Bosc souhaite dédier cette conférence au Professeur Louis Lareng, originaire des Hautes-Pyrénées et récemment décédé. Médecin et Professeur d'anesthésie réanimation à la Faculté de médecine de Toulouse, il fut le créateur du SAMU. Il était aussi président de la société européenne de télémédecine et e-S@nté, et membre du comité exécutif de la société internationale de télémédecine. Engagé également en politique, il fut conseiller municipal, puis Député et Conseiller régional.

Il présente ensuite et remercie les deux intervenants de cette conférence, et il expose le déroulement des interventions.

Dépistage des cancers en Occitanie. Nouvelle organisation régionale.

Le Dr Khreiche, médecin et Directeur Général du CRCDC en Occitanie, prend la parole pour remercier les assistants pour leur participation à cette conférence.

Il commence par faire une brève introduction sur l'histoire du dépistage organisé en France et sur l'organisation mise en place depuis l'année en cours : chaque région dispose d'une structure de gestion, sous forme d'association loi 1901, qui organise les campagnes en lien avec les sites territoriaux, afin d'harmoniser les pratiques et de mutualiser les ressources. Ensuite, il présente la structure qui s'est créée dans la région Occitanie et les différentes instances qui la composent. Cette structure a permis de renforcer le rôle des médecins et de prendre en charge les fonctions administratives des sites territoriaux, lesquels restent les interlocuteurs des praticiens et des habitants des territoires. Evidemment, l'objectif ultime de cette nouvelle structuration est de favoriser et d'améliorer la participation aux différentes actions de dépistage, individuel ou collectif.

A continuation, le Dr Khreiche montre les chiffres clés concernant la situation des cancers en France et en Occitanie. Alors qu'en France le nombre de cas est en progression, par différentes causes, en Occitanie on note une très légère sous-incidence et sous-mortalité par cancer, avec des contrastes plus marqués pour la mortalité que pour l'incidence et également entre les hommes et les femmes.

En 2018, en France métropolitaine, on estime à 382 000 le nombre de nouveaux cas de cancers. Également, on estime à 157 400 le nombre de décès par cancer (67 800 décès par cancer chez les femmes et 89 600 décès par cancer chez les hommes). Depuis 30 ans, le nombre de nouveaux cas de cancers a doublé, malgré les progrès de la détection précoce et des traitements. L'augmentation du nombre de cas est expliquée par plusieurs facteurs, le plus important est attribuable à des facteurs de risque modifiables (tabac, alcool, surpoids, manque d'activité physique, etc.)

En Occitanie, on constate une très légère sous-incidence et sous-mortalité par cancer par rapport au niveau national. Au niveau régional, la situation est plus favorable au nord-ouest, surtout pour les cas liés au tabac et à l'alcool.

Puisque la détection d'un cancer à une phase précoce de son développement augmente considérablement les chances de réussite du traitement, les programmes de dépistage des cancers se basent sur la réalisation des tests, quand ceux-ci existent, et sur la sensibilisation des patients à certains signes.

Le Dr Khreiche présente ensuite les enjeux liés au **dépistage organisé du cancer du sein**, qui est à la fois le plus fréquent et le plus meurtrier chez la femme. Il fait remarquer à la salle que le délai entre la première cellule cancéreuse et le seuil de détection clinique (c'est-à-dire, une tumeur d'un centimètre de diamètre) est de 10 années environ, un diagnostic précoce implique donc une augmentation importante du taux de survie (jusqu'à 99% pour le taux de survie à 5 ans).

Pour toutes les femmes à partir de 25 ans, un examen clinique mammaire annuel est préconisé, auprès de son médecin généraliste, sage-femme ou gynécologue, en vue de déceler d'éventuelles anomalies. Mais compte tenu que l'incidence de ce cancer augmente avec l'âge, le programme de dépistage organisé cible les femmes âgées de 50 à 74 ans, sans symptôme apparent ni facteur de risque particulier. Elles sont invitées tous les deux ans à réaliser une mammographie et un examen clinique des seins auprès d'un radiologue agréé. L'examen est pris en charge à 100 % par l'assurance maladie, sans avance de frais (afin de faciliter l'accessibilité économique au test).

Pour une meilleure sécurité, le programme de dépistage organisé bénéficie d'une double lecture encadrée : le radiologue premier lecteur effectue l'examen clinique et pratique deux incidences par sein ; si aucune anomalie n'est décelée, la mammographie est ensuite systématiquement relue par un second radiologue expert sur les sites territoriaux. En revanche, lorsqu'une anomalie est décelée, le radiologue premier lecteur effectue rapidement un bilan diagnostique pour raccourcir le délai de la prise en charge.

En tant que l'un des cancers le plus fréquent, 2^e chez la femme et 3^e chez l'homme, et 2^e cancer le plus mortel (5 fois plus que les accidents de la route), **le cancer colorectal** constitue un enjeu majeur de santé publique. Le nombre de décès par an est en baisse, grâce notamment généralisation depuis 2009, du la programme de dépistage organisé.

Ce programme de dépistage s'adresse à toutes les personnes de 50 à 74 ans, sans distinction de sexe ni symptôme particulier. Tous les deux ans, les personnes sont invitées à consulter leur médecin traitant, qui évalue leur niveau de risque de cancer et si nécessaire, leur remet un kit de dépistage permettant de réaliser un test de recherche de sang occulte dans les selles. En cas de résultat positif, une coloscopie est proposée.

Le **cancer du col de l'utérus** est le 10^{ème} cancer le plus fréquent chez la femme en France. Malgré l'existence d'un dépistage efficace, c'est l'un des seuls cancers pour lesquels le pronostic se dégrade, avec un taux de survie à 5 ans en diminution. Or on considère qu'un dépistage régulier permettrait d'en réduire l'incidence de 90 %. Ainsi, un programme de dépistage organisé a été mis en place en 2018.

Puisque ce cancer est nécessairement la conséquence d'une lésion transformante, provoquée par un ou plusieurs papillomavirus humains (HPV) oncogènes, et que son évolution est lente (une quinzaine d'années en moyenne entre la lésion et le carcinome), le dépistage et la détection précoce des anomalies permettrait de réduire significativement le taux d'incidence et de mortalité. Pour cela, il est proposé un dépistage cytologique à toutes les femmes de 25 à 65 ans. La fréquence est de 3 ans, à la suite de 2 tests normaux réalisés à 1 an d'intervalle.

La mobilisation des professionnels de santé est bien évidemment déterminante pour informer et sensibiliser les populations concernées sur l'intérêt majeur de ces programmes de dépistage.

La procédure AMA (Assistance des Malades Ambulatoires) : un modèle de soins partagés dans le télé-suivi des patients en oncologie.

Le Pr Laurent, chercheur à l'Institut universitaire du cancer Toulouse Oncopole et professeur à la Faculté de médecine de Toulouse Rangueil, prend ensuite la parole pour remercier les participants de cette conférence.

Il commence par un rappel des phases du parcours de soin en onco-hématologie, en pointant l'importance de la phase « après cancer » souvent négligée mais de grande importance, surtout en termes de besoin d'organisation : à titre d'exemple, la prise en charge d'un cancer de poumon dans cette phase implique la coordination de 14 interventions différentes, ce qui montre l'importance d'un parcours clair. Depuis 2004, la HAS a commencé à travailler dans ce sens, d'abord en termes de « chemin clinique », de façon à identifier, formaliser et coordonner les différentes interventions. Pour cela, elle s'est inspirée des expériences étrangères, comme c'est le cas de celle qui nous occupe : l'expérience « Patient navigator », testé aux Etats-Unis et au Canada.

Le concept de patient navigation a été développé aux Etats-Unis par le Dr Freeman (1989) face au constat de la situation à Harlem, où un grand nombre de patient.e.s (dans la plupart de cas, des femmes noires, en situation irrégulière, en situation précaire, pas à l'aise en anglais) ne se manifestaient pas pour une prise en charge après le dépistage et l'annonce d'un cancer (notamment, cancer du sein). Le Dr Freeman développe une organisation innovante : un.e infirmier.ère (nurse navigator) va contacter directement les patient.e.s précaire.s pour les accompagner dans les différentes phases de la prise en charge. Il s'agit de ne plus attendre l'appel du patient (appel entrant) mais de les substituer par des appels des soignants (sortants).

L'expérimentation AMA 1 qui s'est développée au CHU de Toulouse consiste basiquement dans l'appel systématique et planifié d'un.e infirmier.ère spécialisé.e en hématologie, pendant la phase de chimiothérapie, et en fonction de la toxicité de la chimiothérapie reçue par le.la patient.e. Lors de l'appel, l'infirmier.ère recueille des informations à partir d'un logiciel dédié, puis applique un arbre décisionnel qui permet de signaler le besoin d'une intervention du médecin. L'évaluation réalisée de cette expérimentation a permis de mettre en avant un gain de temps médical considérable, une réduction des hospitalisations secondaires et une meilleure prise en compte des besoins des patients.

Le dispositif est aussi décliné en AMA-AC, pour l'AMA de l'après-cancer, avec le modèle de « infirmière navigatrice », qui fait le lien entre les professionnels de santé, notamment le MG, et le.la patient.e.. Une grille d'événements médicaux permet de faire un suivi et une évaluation de l'état de santé du patient, mais aussi de sa situation psychologique et sociale. Ainsi, l'oncologue n'est consulté qu'en cas de besoin, avec une amélioration importante de la productivité et du gain de temps médical.

Cette expérimentation est applicable et extensible à d'autres maladies chroniques (par exemple, dans le suivi en chirurgie ambulatoire), et pourrait être mise en place dans les maisons de santé pluriprofessionnelles pour le suivi de la patientèle.

Echanges avec la salle.

Des réflexions ont émergé pendant les échanges avec la salle :

1/ La possibilité de réaliser un test de dépistage de cancer existe à toute âge, mais à titre individuel (et donc sans prise en charge de l'assurance maladie) ; la question de la définition des tranches d'âge pour l'inclusion dans une campagne organisée est un choix politique ayant des conséquences économiques. Dans le cas, par exemple, du cancer du sein, l'étude MyPeBS vise à évaluer les bénéfices d'un dépistage dont la fréquence sera adaptée au risque individuel de cancer de chaque femme. Les critères d'inclusion dans une campagne de dépistage pourraient donc évoluer.

2/ D'autres types de cancer pourraient faire l'objet de campagnes de dépistage, dès le moment que les études démontrent l'efficacité des tests ou des examens envisagés. A titre d'exemple, aucun examen n'a montré une réelle efficacité concernant le dépistage du cancer de prostate ; en revanche, des études américains et canadiens démontrent la pertinence d'un dépistage du cancer du poumon par rayonnement à faible dose de radiation pour les personnes à risque.

3/ La HAS étudie la pertinence de l'aide à la lecture des mammographies par un logiciel d'intelligence artificielle, dans le dépistage du cancer du sein ; en Allemagne, un logiciel d'interprétation réalise une première lecture pour détecter les mammographies à résultat négatif, ce qui peut effectivement aider à un diagnostic plus rapide.

4/ L'intervalle de deux ans dans le suivi d'un dépistage est sujet à controverse : si bien la possibilité existe d'apparition d'un cancer dans cet intervalle, il s'agit plutôt de cancers préexistants et dont le développement entre les deux rendez-vous a permis de le déceler lors de la 2^e visite.

5/ Le problème de l'articulation hôpital – médecine de ville se pose toujours, avec une coordination plus ou moins efficace en fonction des cultures d'organisation et des outils (les courriers d'information qui arrivent trop tard, pas sécurisés ...). L'infirmier.ère navigateur.trice peut justement devenir une personne ressource pour assurer ce lien, indispensable au patient, si les relations de confiance entre les différents professionnels de santé sont bien présentes (problème des protocoles de délégation de tâches établis par la loi HPST, encore peu pratiqués). Cette question de manque de coordination se pose également concernant le rôle à jouer par les pharmaciens, dans les cas de thérapies orales, face aux absences des personnes ressource dans les pharmacies hospitalières.

6/ Les renseignements concernant les possibles effets secondaires de nouvelles thérapies (ex, les produits pour les thérapies ciblées) ne sont pas toujours bien connus. A ce sujet, les fiches « Effets secondaires des traitements » publiées par l'Oncomip sont une ressource très intéressante.

Pour information : <https://www.onco-occitanie.fr/pro/fiches-effets-secondaires>

Le Docteur Bosc remercie l'ensemble des participants, spécialement les intervenants, pour la qualité de leurs interventions, et rappelle la prochaine conférence du cycle, qui aura lieu en janvier 2020.

Prochaine conférence : Actions d'amélioration de la santé des enfants.

30 janvier / 20h30, au Relais du Bois Perché, à Aspet.

Intervenants :

M Grégory Bersoullé, masseur-kinésithérapeute, maison de santé d'Aspet

Mme Christelle Lagae, responsable du service Prévention et Services en santé, CPAM 31

Dr Pascal Mazeri, chirurgien-dentiste, maison de santé Mont Royal Santé

Mme Annick Ruffat, diététicienne, maison de santé d'Aspet et membre du réseau RéPPOP

Conférence animée par le Dr Marie Josée Condeminas, médecin PMI, Direction Territoriale des Solidarités Comminges Pyrénées, Conseil Départemental de la Haute-Garonne.