

R 28477 - 0204
3 782847 701100



**Echarpe tricolore :
l'ex-députée Branget
crée la polémique** En Région

**Le classement
des députés franc-comtois**

En Région

L'EST

LUNDI

RÉPUBLICAIN

Rugby



**Le XV de France battu
d'entrée en Italie dans
le Tournoi des Six Nations**

DOUBS

LUNDI 4 FÉVRIER 2013 | N° 40836 | 1,10 € | www.estrepublicain.fr

Les Français inégaux devant le cancer

SANTÉ Selon un rapport, la France est le pays d'Europe de l'Ouest aux plus importantes inégalités de mortalité par cancer. Le prochain plan prévoit de lutter contre ses disparités génétiques, socioprofessionnelles ou encore géographiques.

En France-Monde

Inégaux devant le cancer

Le prochain plan cancer sera axé sur une prévention ciblée pour lutter contre les inégalités sociales, géographiques et génétiques face à la maladie qui en France ne cessent de s'aggraver.

Nous ne sommes pas tous égaux face au cancer. Selon le dernier rapport de l'Institut national du cancer (INCa), la France est le pays d'Europe de l'Ouest où les inégalités de mortalité par cancer sont les plus importantes. Ce sera d'ailleurs la priorité du prochain Plan cancer (2014-2018) annoncé en décembre par le président de la République. Cette inégalité témoigne d'une réalité : un cancer sur trois est évitable.

Le critère social déterminant

Selon l'INCa, un homme n'ayant pas fait d'études a 2,5 fois plus de risques de mourir d'un cancer à l'œsophage qu'un diplômé. Globalement, un ouvrier non qualifié a trois fois plus de risques qu'un cadre de décéder d'un cancer, un employé ou un ouvrier qualifié deux fois plus. Les explications tiennent à deux facteurs : les différences d'exposition aux facteurs de risque qu'ils soient professionnels ou découlent de l'hygiène de vie (alcool, tabac, alimentation) et les inégalités d'accès aux soins et au dépistage.

Plus préoccupant, constate Agnès

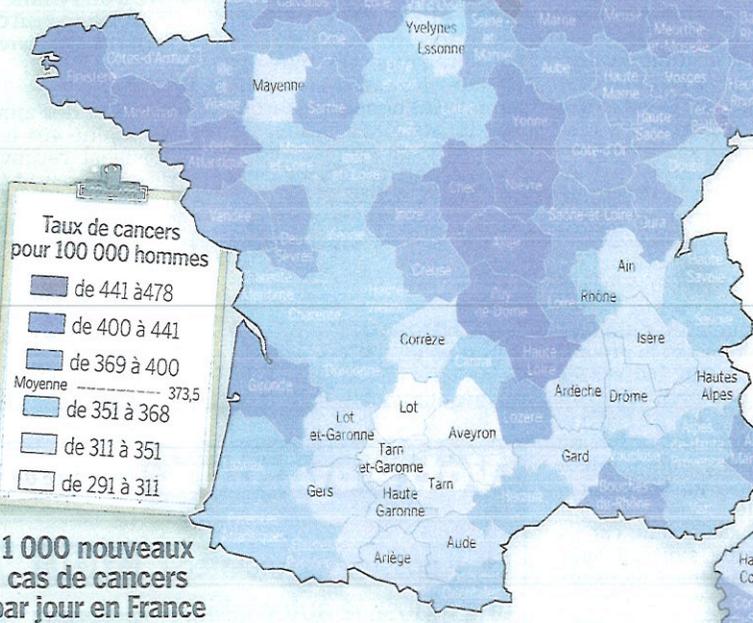
365.500

C'est le nombre de nouveaux cas de cancer diagnostiqués en France en 2011, soit un millier par jour. 40% pour-

Le cancer en France

Inégalités géographiques des morts par cancer dans les départements français

(Hommes uniquement)



Buzyn, présidente de l'INCa, « ces inégalités s'aggravent depuis 2004 alors que les salariés de métiers à risque dans l'extraction minière ou l'industrie sont moins nombreux et mieux protégés ». Le prochain plan cancer devrait impliquer davantage les médecins généralistes et les établissements scolaires dans l'information sur le dépistage.

Des inégalités géographiques

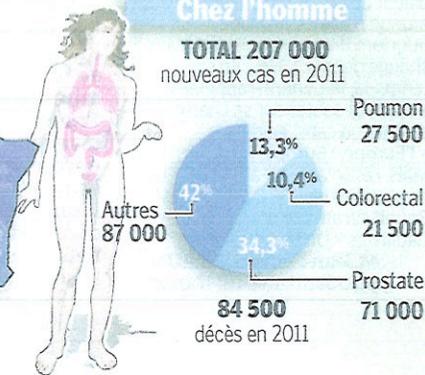
Ces écarts socioprofessionnels expliquent en partie les disparités géographiques observées sur l'atlas de la mortalité par cancer. Les anciens fiefs

régions agricoles et d'activités tertiaires. Néanmoins, la carte de France des départements les plus exposés correspond à celle du niveau de la consommation de tabac et d'alcool. Les disparités géographiques sont surtout observées pour les cancers du foie, des voies aérodigestives supérieures, (l'œsophage, l'estomac), cancers du fumeur et du buveur. Du coup, les habitants des départements du Nord, de la Bretagne intérieure, de l'Est sont plus affectés par les cancers digestifs que ceux du sud où les régimes alimentaires (fruits frais, légumes, huile

Les cas de cancer

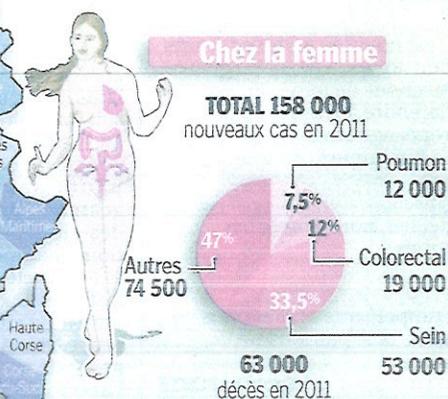
Chez l'homme

TOTAL 207 000 nouveaux cas en 2011



Chez la femme

TOTAL 158 000 nouveaux cas en 2011



Repères

> Quelques idées reçues

On ne peut pas éviter le cancer :

Vrai et faux. La prévention peut limiter les risques de certains cancers.

Un traumatisme physique peut provoquer un cancer :

Faux. Une chute ou un coup ne peuvent être à l'origine de la maladie. En revanche, à cette occasion, on peut découvrir une anomalie.

Le cancer peut être dû à un choc psychologique :

Faux. À ce jour, il n'existe pas de preuve scientifique d'un lien de cause à effet entre un choc psychique et la survenue d'un cancer. À l'inverse, le fait d'avoir un cancer peut provoquer des signes d'anxiété et de dépression chez la personne malade ou ses proches. Des médicaments antidépresseurs sont parfois nécessaires.

Un bon équilibre alimentaire et sportif est aussi un facteur permettant de limiter les risques de maladie.

Vrai. Limiter la viande rouge, le sel, manger cinq fruits et légumes par jour, pratiquer au moins trente minutes d'activité sportive modérée, cinq fois par

semaine. Ne pas trop s'exposer au soleil diminue aussi les risques.

Cela ne sert à rien de se faire dépister pour un cancer quand on n'a pas de symptômes.

Faux. Le but du dépistage est de mettre en évidence une anomalie le plus précocement possible, en l'absence de signes, avant que la maladie ne s'aggrave. Pour aller plus loin :

sont en augmentation du fait du vieillissement alors qu'ils baissent en Alsace et dans les vallées alpines. Pas de secret selon l'INCa : « La lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme reste la prévention la plus efficace ».

Les facteurs héréditaires

Reste l'inégalité génétique. L'hérédité est la cause principale dans 5 % à 10 % selon le type. Une fatalité ? Pas forcément : des consultations d'oncogénétique permettent d'identifier les fragilités familiales. Des tests permettent d'évaluer le risque héréditaire et



Questions à Nicole Delépine

Responsable de l'unité d'oncologie pédiatrique à Garches (APHP)

« Le lien avec le patient est essentiel dans la guérison »

Pourquoi dénoncez-vous les « plans cancer » ?

Depuis 2003, la mise en place de plans d'organisation extrêmement coûteux a entraîné une manière très bureaucratique d'exercer la médecine. Les médecins doivent appliquer les recommandations venues de l'Institut national du cancer et la Haute autorité de santé. Les décisions s'imposent en réunion de concertation pluridisciplinaire. Au départ, l'idée était d'offrir à tous les patients une équité de traitement. Mais on enlève au médecin sa liberté de soigner.

En quoi ces recommandations

vous posent-elles un problème ?

L'accent est mis sur les molécules innovantes, qui coûtent très chers, et sont souvent encore au stade expérimental sans avoir reçu d'autorisation de mise sur le marché. Ce choix se fait au détriment des traitements éprouvés. Le prix est très élevé. Le « coût du cancer » s'élève à environ 14 milliards d'euros annuels.

A-t-on le droit de faire autrement que le choix proposé en réunion de concertation pluridisciplinaire ?

Oui, sur le papier. Mais c'est rare dans les faits : il faut justifier sa décision, résister à la pression du chef et du

collectif pour imposer son diagnostic propre.

Y a-t-il une évaluation de ces « plans cancers » ?

Aucune évaluation officielle ne prouve pour le moment une augmentation du taux de guérison du cancer suite à cette nouvelle organisation. Elle dépense de l'argent sans montrer son efficacité. Et elle déshumanise l'hôpital, alors que le lien humain avec le patient est essentiel dans la guérison.

Propos recueillis par Elodie BÉCU

« Le cancer, un fléau qui rapporte », aux Éditions Michalon (sortie le 14 février).



Les inégalités sociales sont

particulièrement prégnantes dans le domaine des cancers : les personnes issues des catégories socioprofessionnelles les moins favorisées souffrent et meurent plus du cancer que les autres. »

Professeur Agnès Buzyn
Présidente de l'Institut national du cancer, dans le rapport de l'INCa sur « La situation du cancer en France en 2012 »

Le délicat moment de l'annonce

APPRENDRE le diagnostic du cancer est une étape marquante dans la vie du patient et de son entourage. Une annonce faite dans un couloir ou sur la messagerie d'un répondant ajoute un traumatisme au poids de la nouvelle qui fait basculer la vie du malade et de sa famille.

Pour encadrer cette annonce, le Plan cancer 2003-2007 a mis au point un dispositif d'annonce qui a été expérimenté entre juin 2004 et mai 2005 dans 58 établissements. Il est actuellement en cours de généralisation sur l'ensemble du territoire.

Ce processus s'articule autour de quatre étapes. La

première est un temps médical dédié à l'annonce par le médecin du diagnostic, puis de la proposition de stratégie thérapeutique face à la maladie. Vient ensuite un temps d'accompagnement permettant au malade ou à ses proches d'accéder à un infirmier qui écoute, reformule, informe et oriente. Le malade peut dans un troisième temps accéder à une équipe impliquée dans les soins de support (accompagnement social, prise en charge psychologique, prise en charge de la douleur, etc.). Enfin, le dispositif prévoit une articulation avec la médecine de ville pour associer très tôt le médecin traitant au parcours de soins.