



PLANCANCER 2021-2026

UN PLAN CANCER POUR LA VILLE DE SAINT-ÉTIENNE

Rapport établi par Monsieur
le Professeur Franck CHAUVIN
Directeur de la prévention et de la santé
des populations au CHU de Saint-Étienne

saint-etienne.fr



SOMMAIRE



Préambule	4
-----------------	---

CONTEXTE 6

Santé, santé publique : quel rôle pour les collectivités territoriales ?	7
--	---

Contexte institutionnel	8
-------------------------------	---

Stratégie décennale contre le cancer	8
--	---

Plan européen de lutte contre le cancer	8
---	---

Quelques notions de santé publique	8
--	---

Les déterminants de santé	8
---------------------------------	---

Inégalités sociales et cancer	10
-------------------------------------	----

Place des collectivités dans la stratégie de santé	11
--	----

Lutter contre le cancer et les maladies chroniques, une mission transversale	12
--	----

DIAGNOSTIC LOCAL DE SANTÉ : UNE ÉPIDÉMIOLOGIE DES CANCERS 13

Quelques chiffres	14
-------------------------	----

Vivre avec un cancer	15
----------------------------	----

Le cancer dans le département de la Loire	15
---	----

Données épidémiologiques 2006-2016	16
--	----

LUTTER CONTRE LE CANCER : AGIR AVANT, PENDANT, ET APRÈS LA MALADIE 20

Prévenir la maladie	21
---------------------------	----

Dépister la maladie	24
---------------------------	----

Agir pendant la maladie	24
-------------------------------	----

Aider les professionnels de santé	25
---	----

Accompagner les personnes malades et leurs proches	26
--	----

Agir après la maladie	27
-----------------------------	----

QUEL PLAN CANCER POUR LA VILLE DE SAINT-ÉTIENNE ? 28

La démocratie en santé, au cœur du Plan cancer stéphanois	29
---	----

Élaboration du projet et méthodologie	30
---	----

AXES DE TRAVAIL DU PLAN CANCER 31

Axe 1 : Avant le cancer : améliorer l'accès à la prévention et la prévention des dépistages	32
---	----

Axe 2 : Pendant le cancer : accompagner pendant le parcours de soin	35
---	----

Axe 3 : Après le cancer : améliorer les parcours de vie	36
---	----

Axe 4 : Lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé liées au cancer : mettre en œuvre le principe d'universalisme proportionné	38
--	----

Axe 5 : Intégrer de la « santé dans toutes les politiques »	39
---	----

Quelle place pour l'éthique ?	40
-------------------------------------	----

CONCLUSION 42



Le cancer est une pathologie qui est devenue en France depuis quelques années la première cause de mortalité et une cause importante de mortalité prématurée, c'est-à-dire intervenant avant l'âge de 65 ans. Le cancer présente la particularité d'être lié pour 40% à des facteurs de risque identifiés et évitables. Enfin, les données épidémiologiques montrent une double évolution durant les 20 dernières années : une augmentation du risque de cancer (l'incidence) et une diminution de la mortalité qui a pu être obtenue par une amélioration des traitements (la chirurgie, la radiothérapie et les traitements médicaux ont faits de progrès importants) et des diagnostics plus précoces grâce à l'information et aux dépistages.

Si la prise en charge thérapeutique des cancers n'est pas sous la responsabilité directe des collectivités territoriales, celles-ci ont la possibilité d'agir soit pour limiter les expositions aux facteurs de risque, soit pour accompagner les patients durant des traitements longs, éprouvants et perturbant pour certains d'entre eux la vie sociale soit enfin pour aider ces personnes à retrouver une vie sociale, familiale et professionnelle après les traitements.

La Ville de Saint-Étienne a souhaité engager un plan cancer durant l'actuelle mandature. Ce rapport a été établi pour aider le Maire de Saint-Étienne et l'ensemble de la municipalité à élaborer ce plan et à engager les actions permettant d'atteindre les objectifs fixés.

Il établit un diagnostic du poids du cancer dans la santé de la population, propose des principes d'action et des objectifs stratégiques pour un plan cancer.

Il constitue ainsi le premier temps de cette réflexion.

Professeur Franck Chauvin





PRÉAMBULE



Dès la fin de la première guerre mondiale, Justin GODART, homme politique lyonnais, considérait le cancer comme le quatrième grand fléau social après, la tuberculose, l'alcool et la syphilis. En ce début de XXI^e siècle, le cancer est devenu la première cause de mortalité dans les pays développés, dépassant les maladies cardiovasculaires.

En France, chaque année ce sont environ 400 000 nouveaux cas qui sont détectés et on dénombre plus de 156 000 décès par cancer tous les ans. 750 000 naissances par an, 400 000 nouveaux de cas de cancer par an, un enfant sur deux qui naît aujourd'hui risque donc d'être touché par le cancer. Le cancer est donc bien devenu le premier fléau social dans notre pays.

Face à ces chiffres, des questions doivent légitimement se poser.

- Le cancer est-il une fatalité ?
- Peut-on l'éviter ?
- Quels sont les déterminants de cette maladie ?
- Comment pouvons-nous agir individuellement et collectivement sur ces déterminants ?
- Quelle politique peut-on mener au niveau local, en complémentarité des politiques nationales ?

Le cancer est une maladie à fort impact social, c'est une maladie qui isole, c'est une maladie qui touche souvent les plus défavorisés d'entre nous, mais c'est aussi une maladie que l'on peut éviter. Si le dépistage et la prévention des cancers étaient appliqués à la lettre, ce sont **plus de 40 %** d'entre eux qui seraient évités et avec eux, autant de drames familiaux et humains. Les causes des cancers sont évidemment multiples mais la plupart du temps, ce sont nos comportements, nos habitudes alimentaires, notre mode de vie qui sont en cause. L'environnement joue aussi un rôle croissant.

Parmi ces causes, on retiendra essentiellement :

- Le tabagisme, c'est le principal facteur de risque reconnu,
- La consommation d'alcool,
- Une alimentation déséquilibrée,
- L'obésité et le surpoids, le manque d'activité physique,
- L'exposition à certains agents infectieux (virus ou bactéries),
- Les expositions professionnelles,
- Les expositions aux rayons ultraviolets (solaires et artificiels),
- La pollution de l'air et les particules fines.

Nombre de ces causes font partie de notre vie quotidienne.

Par ailleurs, le type de cancer développé par un individu dépend assez étroitement de sa condition socio-économique. Ce constat pourrait s'expliquer par des comportements différents en fonction du milieu auquel l'individu appartient. Près de 15 000 cancers liés aux conditions socio-économiques défavorables pourraient être évités chaque année. Ce risque est plus important chez les hommes que chez les femmes. C'est pour le cancer du poumon qu'il semble le plus marqué, du fait de sa très forte liaison avec le tabagisme.

Les progrès dans le domaine de la biologie, de la génétique, des techniques de radiothérapie et même de la chirurgie, comme les progrès dans le domaine du diagnostic précoce et du dépistage permettent aujourd'hui à plus de la moitié des patients traités d'être en vie à 5 ans. 38 % guériront. Cependant, ces taux varient beaucoup, selon la localisation et le type de cancer.

Néanmoins, les rémissions prolongées et les guérisons se font souvent au prix de séquelles importantes qui peuvent gravement affecter la qualité de vie des personnes concernées. Toutefois ces progrès font que dans bien des cas, le cancer est devenu une maladie chronique avec toutes ses conséquences sur le plan physique, psychologique, familial et professionnel. Ces conséquences sont d'autant plus importantes que la personne malade sera en situation de fragilité (situation sociale, âge avancé, sujets porteurs d'autres pathologies).

Grâce aux nouvelles modalités de traitement comme la chirurgie ambulatoire ou les traitements par voie orale telles les thérapies ciblées ou certaines immunothérapies, le lieu de prise en charge va se déplacer de plus en plus fréquemment de l'hôpital vers la ville. Or, force est de constater que les professionnels libéraux ne sont pas toujours à même d'assumer ce « virage ambulatoire ». De nouvelles organisations doivent être pensées pour les accompagner et leur libérer du temps, élément essentiel pour assurer des prises en charges complexes. Après le cancer, il y a toujours une vie. Encore faut-il que cette vie puisse être vécue aussi pleinement possible. Les séquelles psychologiques avec l'angoisse de la récurrence, les séquelles physiques avec la fatigue ou les douleurs chroniques, les séquelles sociales avec les difficultés de la reprise professionnelle, font dire à ceux qui ont traversé cette épreuve du cancer « **ma vie ne sera jamais comme avant** ».

Notre société n'a-t-elle pas le devoir de les accompagner dans cette renaissance ?

Lorsqu'on parle de personnes malades, il est aussi indispensable d'y associer les aidants, qu'ils soient familiaux ou autres proches. Ces derniers sont fortement impliqués tout au long du parcours de soin et les conséquences pour eux peuvent être très importantes, à la fois sur le plan physique (épuisement et syndrome de « burn out ») et/ou psychologique (syndrome anxio-dépressif). Ces conséquences pour ces aidants peuvent aussi être professionnelles, sociales, en particulier dans les familles mono parentales ou pour les personnes qui vivent seules. La société doit leur porter toute son attention et les accompagner au même titre que les personnes malades. En résumé, lutter contre le cancer c'est :

- Le prévenir et le dépister pour guérir le plus souvent possible,
- Permettre l'accès aux différents traitements,
- Optimiser le parcours de soin,
- Favoriser l'accès aux soins de support afin de mieux tolérer et accepter les effets secondaires de la maladie et de ses traitements,
- Permettre la réinsertion sociale,
- Être à l'écoute des proches aidants et les soutenir.

Avec la recherche contre le cancer, on retrouve les grandes orientations que le visionnaire Justin GODART avait imaginées lorsqu'il posa les fondations de ce qui deviendra la Ligue contre le cancer, dans les années 1920.

Ces axes de réflexion doivent constituer l'architecture de tout plan de lutte contre le cancer comme ils l'ont été pour les 3 plans nationaux de 2003 à 2019.





CONTEXTE

SANTÉ, SANTÉ PUBLIQUE : QUEL RÔLE POUR LES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES ?

En 1936, un Ligérien né à Roanne, René LERICHE, chirurgien spécialiste de la douleur, définissait la santé, comme « **la vie dans le silence des organes** ». Cette définition concernait essentiellement le malade symptomatique car le silence des organes n'exclut pas la présence d'une maladie. Cette définition est jugée aujourd'hui obsolète et incomplète car elle oublie entre autres les pathologies psychiatriques : l'organique était trop mis en avant par rapport à la psyché.

En 1946, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) propose une définition beaucoup plus large et qui semble plus adaptée à notre vie d'aujourd'hui :

« La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social. Elle ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou infirmité. »

Cette définition a le mérite de prendre en compte la dimension physique, la dimension mentale mais aussi la dimension sociale.

Par ailleurs, pour l'OMS, la santé représente « **un des droits fondamentaux de tout être humain, quelle que soit sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale** ».

Un certain nombre de facteurs vont influencer l'état de santé d'une population ; ce sont les déterminants de santé parmi lesquels on retiendra surtout : l'hygiène, le mode de vie, l'alimentation, l'environnement. La santé publique désigne à la fois l'état sanitaire d'une population et l'ensemble des moyens collectifs susceptibles de soigner, de promouvoir la santé et donc d'améliorer les conditions de vie. La santé publique se démarque de la médecine en mettant l'accent sur la prévention et en développant une approche populationnelle, ce qui revient, à partir d'une population d'un territoire donné, avec des acteurs de santé, tout

statut confondu, qui s'accordent pour coopérer et s'engager à améliorer l'état de santé des populations sur leur territoire.

À partir de ces définitions, on peut imaginer le rôle que peut jouer une collectivité territoriale pour la promotion de la santé publique.

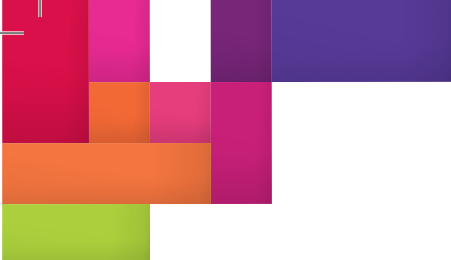
Les collectivités sont déjà reconnues comme des acteurs majeurs en matière de politiques sociales et médico-sociales. Pour être efficace, une politique de santé devra tenir compte des déterminants de santé comme le logement, l'éducation, l'alimentation, la pauvreté, la sédentarité, les addictions, l'environnement mais aussi les troubles civils ou les violences domestiques. **Elle doit donc se penser et se construire de manière transversale.** Cela revient à « mettre de la santé dans toutes les politiques » (Déclaration d'Adélaïde, OMS, 2010).

En revanche, dans le domaine des soins, le rôle des collectivités est plus limité car il s'agit avant tout d'une compétence de l'état. Toutefois, les collectivités peuvent intervenir en favorisant l'installation de professionnels de santé ou en les aidant à s'organiser afin d'améliorer la permanence et la continuité des soins.

Cet élément prend actuellement de l'importance, car de plus en plus d'usagers de la santé rencontrent de grandes difficultés pour trouver un médecin traitant ou accéder à des soins médicaux spécialisés.

Dans un avenir proche, de nouvelles structures organisationnelles vont avoir un rôle central pour coordonner le travail des différents acteurs de santé d'un territoire et permettre ainsi une optimisation des parcours de soin. Cet élément est particulièrement important car dans bien des cas on assiste à un transfert du lieu des soins de l'hôpital vers la ville (maladies chroniques, certains cancers qui se « chronicisent » du fait de l'allongement de la durée de leur évolution).

“ ...mettre de
la santé dans
toutes les
politiques... ”



CONTEXTE INSTITUTIONNEL



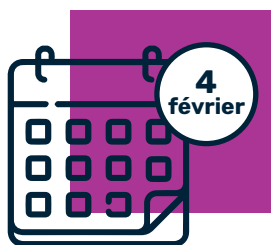
STRATÉGIE DÉCENNALE DE LUTTE CONTRE LES CANCERS

En France, la lutte contre le cancer s'est structurée dès 2003 autour de plans nationaux, portés au plus haut niveau de l'État par les présidents de la République, visant à mobiliser les acteurs de santé publique autour de la prévention, du dépistage, de l'organisation des soins, de la recherche, de l'accompagnement du patient et de ses proches et de l'après cancer. Depuis cette date, trois Plans cancers se sont succédés jusqu'en 2019.

En 2019, l'Institut national du cancer (INCa) a été missionné par le Parlement afin d'élaborer un plan d'action de lutte contre le cancer. L'INCa a donc organisé une large concertation, intégrant les réflexions de différents acteurs : les patients, leurs associations, ses instances, ses partenaires institutionnels, organismes de recherche, fédérations hospitalières, Assurance maladie, mais aussi les acteurs territoriaux, les professionnels de santé, et les citoyens

Le jeudi 4 février 2021, journée mondiale de lutte contre le cancer, le Président de la République a présenté la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030. Cette stratégie fixe des objectifs ambitieux, tels que réduire de 60 000 par an le nombre de cancers évitables à horizon 2040, et se compose de 4 axes :

1. améliorer la prévention ;
2. limiter les séquelles et améliorer la qualité de vieillissement ;
3. lutter contre les cancers de mauvais pronostic ;
4. s'assurer que les progrès bénéficient à tous.



PLAN EUROPÉEN DE LUTTE CONTRE LE CANCER

L'Union Européenne a lancé le 3 février 2021 le Plan européen pour vaincre le cancer. L'objectif de ce Plan est d'aborder l'ensemble de la prise en charge de la maladie. Il s'articule autour de quatre domaines d'action clés dans lesquels l'UE peut apporter la plus grande valeur ajoutée :

1. la prévention ;
2. la détection précoce ;
3. le diagnostic et le traitement ;
4. la qualité de vie des patients atteints d'un cancer et des personnes ayant survécu à la maladie.

Grâce à ses objectifs d'intervention, qui s'appuient sur dix initiatives phares et de multiples mesures de soutien, ce Plan doit aider les États membres à faire reculer le cancer. Il permettra de partager l'expertise et les ressources dans l'ensemble de l'UE, en soutenant les pays, les régions et les villes disposant de connaissances et de capacités plus limitées. Il aidera les chercheurs à échanger leurs conclusions entre petits et grands États membres et à avoir accès à des données de santé essentielles sur les causes potentielles du cancer et les traitements prometteurs pour cette maladie. Le personnel médical et les hôpitaux pourront exploiter une multitude d'informations partagées. Enfin, il permettra aux patients de toute l'UE de bénéficier de meilleurs soins et traitements.

QUELQUES NOTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE



LES DÉTERMINANTS DE SANTÉ

QUE SONT LES DÉTERMINANTS DE SANTÉ ?

- « On entend par déterminants de la santé les facteurs personnels, sociaux ou environnementaux qui ont une relation de causalité avec la santé des individus ou des populations. » (F. Bourdillon, traité de prévention – 2009).
- « Facteurs définissables qui influencent l'état de santé, ou qui y sont associés. La santé publique se rapporte essentiellement aux interventions et aux activités de plaidoyer qui visent l'ensemble des déterminants de la santé modifiables, non seulement ceux liés aux actions sur les individus, tels les

comportements en matière de santé et le mode de vie, mais également les facteurs tels que le revenu et le statut social, l'instruction, l'emploi et les conditions de travail, l'accès aux services de santé appropriés et l'environnement physique. Les déterminants de la santé interagissent entre eux et engendrent des conditions de vie qui influent sur la santé. » (Agence de la santé publique du Canada, 2007).

La santé dépend de plusieurs facteurs et pas seulement de la lutte contre la maladie, bien que celle-ci soit essentielle. Aujourd'hui, la santé n'est pas seulement l'absence de maladie ou « le silence des organes » comme la définissait René LERICHE mais elle est le résultat des interactions entre l'individu et son milieu.

Ainsi les déterminants de la santé, même s'ils n'en sont pas les causes directes, ont un rôle fondamental dans le fait d'être en bonne ou en mauvaise santé. À titre d'exemple, vivre dans un milieu social défavorisé constitue un déterminant social de la santé important, même si le fait d'être pauvre n'implique pas systématiquement un mauvais état de santé.

Les déterminants sont nombreux, ils peuvent intervenir positivement ou négativement sur la santé et le plus souvent ils interagissent entre eux. Théoriquement, plus une personne possède de déterminants positifs et plus elle a de chances d'être en bonne santé.

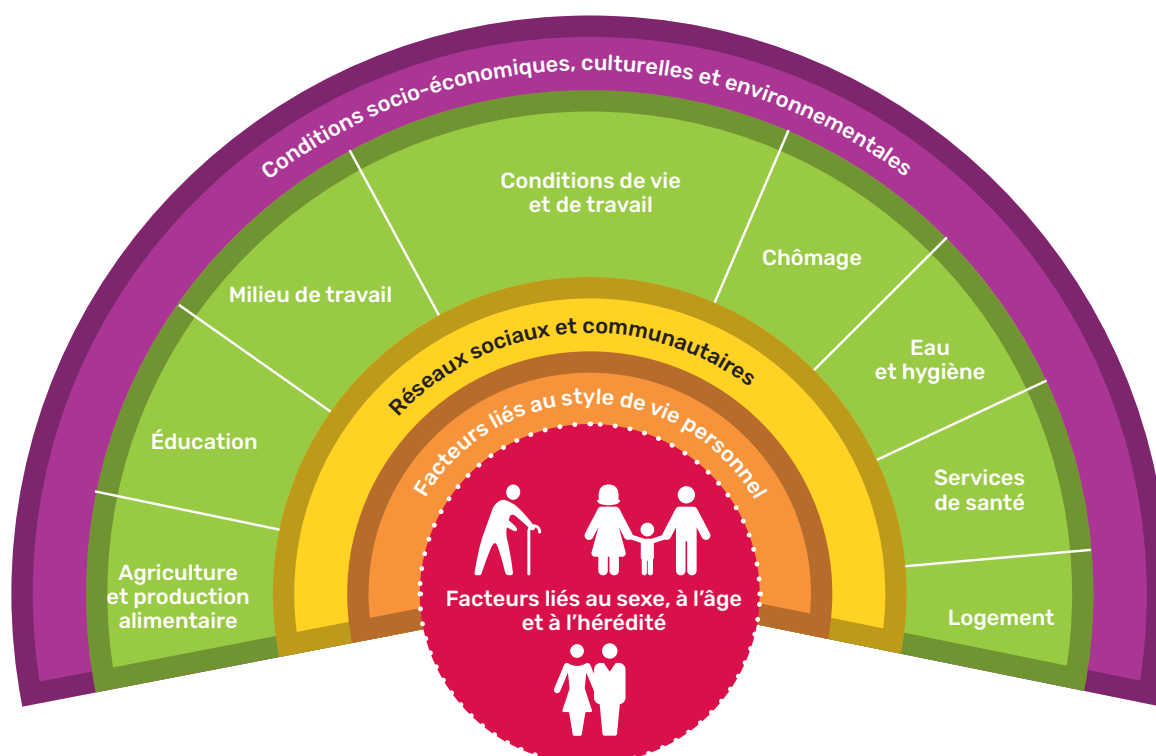
Les déterminants permettent de connaître les différents facteurs pouvant influencer positivement

ou négativement la santé et le bien-être social. Ainsi, les pouvoirs publics disposent d'outils leur permettant d'informer, de prévenir les populations des risques encourus, de conseiller sur les bons comportements à adopter... et aussi de lutter contre les inégalités de santé.

Il existe de nombreux déterminants de santé, qui peuvent se résumer ainsi :

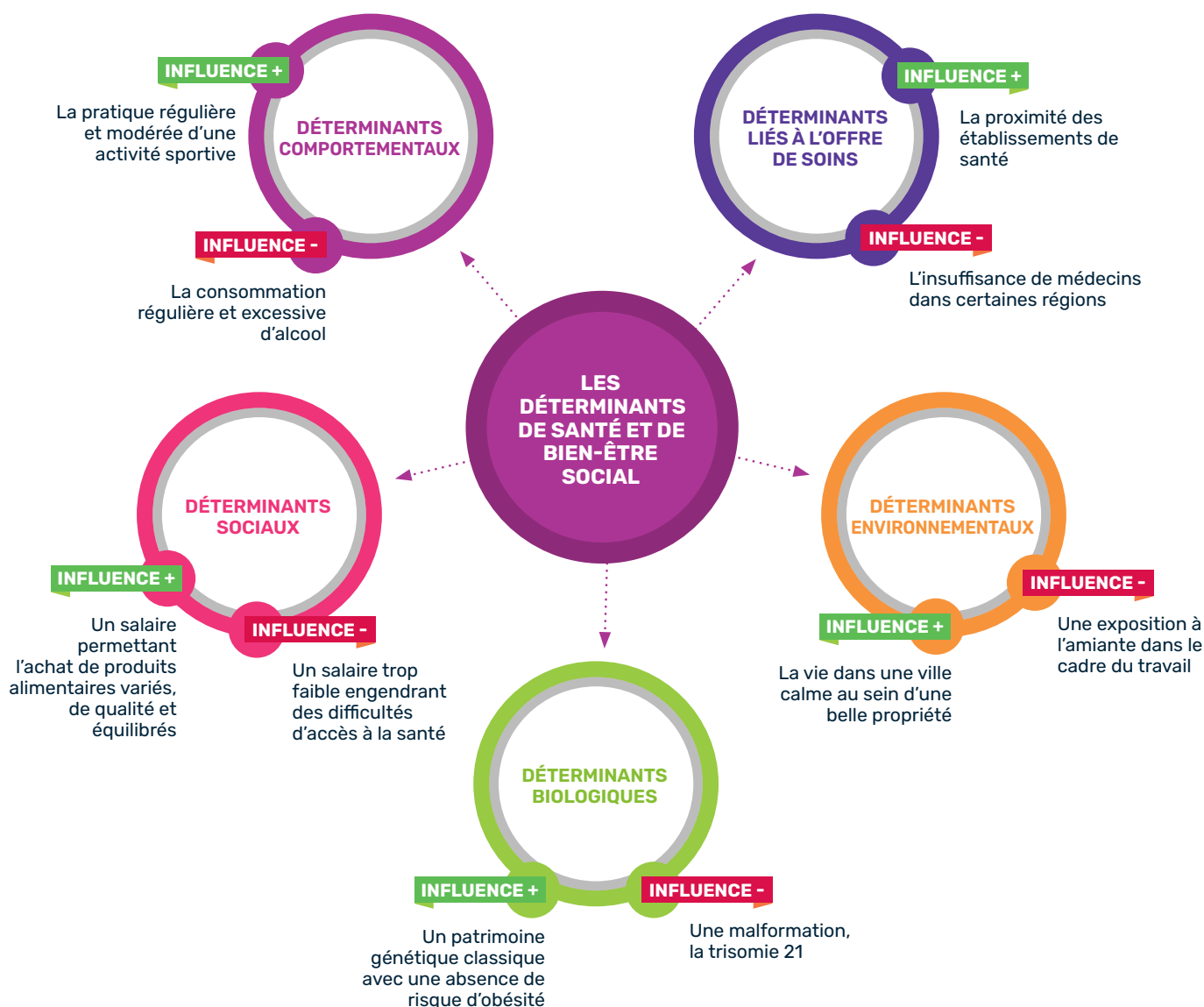
- **Déterminant comportemental** : comportement adopté par l'individu et pouvant avoir une influence sur sa santé.
- **Déterminant social** : condition sociale et économique ayant une influence sur la santé et le bien-être social de l'individu.
- **Déterminant biologique** : facteur inscrit dans la carte génétique d'un individu.
- **Déterminant environnemental** : ensemble des conditions environnementales entourant un individu.
- **Déterminant lié à l'offre de soins** : circonstance dans laquelle un individu peut être pris en charge médicalement.

Par ailleurs, les chercheurs Göran DAHLGREN et Margaret WHITEHEAD ont théorisé le modèle suivant, toujours utilisé aujourd'hui, et qui démontre les interactions successives entre différents déterminants de santé.



Dahlgren G. and Whitehead M.,
Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health, 1991.

LES DÉTERMINANTS DE SANTÉ PEUVENT AINSI S'ILLUSTRER DE LA FAÇON SUIVANTE :



INÉGALITÉS SOCIALES ET CANCER

En France, l'état de santé de la population est paradoxal. Alors que l'espérance de vie n'a cessé d'augmenter depuis la 2^e Guerre mondiale, la France est marquée par un accroissement des **inégalités de santé** notamment en termes d'espérance de vie à la naissance, comme le démontrait en 2009 un rapport¹ du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP). Actuellement, l'écart entre

l'espérance de vie des cadres et celle des ouvriers est de 6,4 ans pour les hommes et 3,2 ans pour les femmes.

Dans cette logique, le cancer frappe davantage les personnes les plus défavorisées et qui ont souvent un moins bon accès aux soins.

Les inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS) accroissent la probabilité de développer un cancer mais ont aussi un impact sur le dépistage, la précocité du diagnostic et l'accès aux traitements, y compris aux soins palliatifs (CIRC). Les facteurs de risque des cancers les plus fréquents sont en général liés aux infections, à une mauvaise alimentation, à la

¹ Haut Conseil de la Santé publique, Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité, décembre 2009. Accessible avec le lien suivant : https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcs-pr20091112_inegalites.pdf

consommation excessive d'alcool ou de tabac. Or, ces facteurs sont plus souvent présents dans les milieux socio-économiques les plus défavorisés. De plus, les taux de mortalité liés à l'échec des traitements, sont plus élevés dans les populations socio-économiquement défavorisées, les minorités et les réfugiés.

Ainsi, par exemple, à âge égal, la mortalité par cancer du poumon des hommes sans diplôme est multipliée par 3,5 par rapport aux hommes dont le niveau d'études est « bac et plus » (l'écart est de 10 pour le cancer du pharynx).

56 % des femmes de plus de 40 ans ayant un niveau d'étude secondaire ou supérieur ont fait une mammographie au cours des deux dernières années contre 40 % de celles ayant un niveau d'étude primaire.

En France les 20 % des femmes les moins favorisées socialement ont 1,6 fois plus de risque de développer un cancer du col de l'utérus que les 20 % des femmes les plus favorisées socialement.

Dans le but de contrer les ISTS, le principe d'**universalisme proportionné** met en place des actions universelles avec un objectif de « santé pour tous », avec une intensité proportionnelle aux besoins et aux obstacles auxquels se heurtent certains groupes, comme le détaille un rapport de l'Organisation mondiale de la santé².

2 Commission on social determinants of health, *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*, Geneva, World Health Organization, 2008. Accessible avec le lien suivant : https://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_final-report_2008.pdf



PLACE DES COLLECTIVITÉS DANS LA STRATÉGIE DE SANTÉ

La stratégie nationale de santé a l'ambition de mieux orienter le système de santé vers la prévention et la réduction des inégalités territoriales et sociales de santé.

Les quatre priorités pour cette stratégie nationale de santé sont les suivantes :

1. prévention et promotion de la santé tout au long de la vie et de tous les milieux ;
2. lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé ;
3. nécessité d'augmenter la pertinence et la qualité des soins ;
4. développer l'innovation en santé (comme la télémédecine).

Les collectivités locales doivent agir en complémentarité de l'État pour la mise en œuvre de ces objectifs de santé. La ville peut être un niveau pertinent pour structurer des actions de proximité compte tenu des compétences du Maire qui peut agir sur la majorité des secteurs de la vie.

La ville est par ailleurs un espace géographique déterminé dans lequel on retrouve du lien social (*via* les multiples associations) et la notion d'appartenance (à un quartier par exemple).

La collectivité territoriale peut intervenir en agissant :

- sur plusieurs déterminants de santé : les inégalités, les environnements physique et social, les comportements et les habitudes de vie, le lien social... ;
- sur la démographie médicale et celle des soignants en général, en facilitant l'installation des professionnels de santé ;
- par des actions d'éducation thérapeutique, de prévention et de vaccination.

LUTTER CONTRE LE CANCER ET LES MALADIES CHRONIQUES, UNE MISSION TRANSVERSALE

La ville doit agir sur l'ensemble des déterminants car la bonne santé est facteur de son développement social et économique, de sa cohésion sociale et elle constitue un ciment important pour la solidarité. La ville doit donc se positionner comme un acteur majeur de l'action sur les déterminants même si les résultats ne seront pas toujours visibles immédiatement (en particulier dans le domaine de la prévention des cancers). La santé ne peut en aucun cas se résumer à l'offre de soins. Si on reprend les déterminants de la santé et en particulier ceux du cancer, on se rend vite compte que l'ensemble des domaines de la vie d'une collectivité sont concernés par le sujet.

C'est le cas notamment pour les déterminants comportementaux, liés aux comportements et aux modes de vie des individus (consommation de tabac, d'alcool, de drogues, et alimentation, activité physique, surpoids et obésité, hygiène, sexualité, etc), mas également pour les déterminants sociaux, qui recoupent les facteurs socio-économiques qui vont influencer la santé (tels le niveau d'étude, le revenu, le logement, l'exclusion ou l'inclusion sociale, l'invalidité, les conditions de travail, etc). Cela touche également les déterminants environnementaux (au sens physique du terme, c'est-à-dire les éléments qui entourent l'individu et qui peuvent agir sur lui, comme la pollution de l'air (les particules fines), l'exposition à des substances cancérigènes (l'amiante), l'exposition au stress chronique, les perturbateurs endocriniens, les pesticides, etc), ainsi que les déterminants liés à l'offre de soin (qui relèvent de la possibilité pour les individus d'avoir accès aux structures de soins).

La mise en place d'une stratégie de lutte contre le cancer doit reposer sur une réflexion transversale impliquant les délégations à la santé, au handicap, aux personnes âgées, aux solidarités, à l'éducation, à l'environnement, au logement, aux sports, à la vie associative, à la culture, aux transports, à l'emploi, à la démocratie participative, et cette liste n'est probablement pas exhaustive. Cela revient bien, comme spécifié précédemment, à « **mettre de la santé dans toutes les politiques** » (Déclaration d'Adélaïde, OMS, 2010).

Notons enfin que la lutte contre le cancer représente un véritable modèle de santé publique qui peut se décliner pour beaucoup d'autres pathologies chroniques. Agir sur les déterminants du cancer, c'est aussi lutter contre le diabète, l'obésité, les pathologies cardiovasculaires, certaines pathologies respiratoires ou ostéo-articulaires, et même la dépression.

Rappelons qu'un français sur quatre souffre d'une maladie chronique et trois sur quatre après 65 ans. Selon l'OMS, un large pourcentage des maladies chroniques est accessible à la prévention par des actions sur seulement quatre facteurs de risque principaux : consommation de tabac, inactivité physique, consommation d'alcool et mauvaise alimentation.

Ainsi, lutter contre le cancer, c'est aussi lutter contre la plupart des maladies chroniques.



DIAGNOSTIC LOCAL DE SANTÉ : UNE ÉPIDÉMIOLOGIE DES CANCERS



QUELQUES CHIFFRES

Le cancer est la première cause de mortalité chez l'homme et la deuxième chez la femme. Tous sexes confondus, depuis 2004 le cancer est la première cause de mortalité prématurée en France, devant les maladies cardiovasculaires.

Le nombre estimé de nouveaux cas de cancer en 2018 est de 382 000 (54 % des cas sont masculins, 46 % féminins) et celui de décès par cancer à 157 400 (57 % chez l'homme, 43 % chez la femme).

La première cause de décès chez l'homme, le cancer de la prostate reste de loin le plus fréquent, devant le cancer du poumon et le cancer colorectal. Chez la femme, le cancer du sein se situe en tête, devant le cancer colorectal et le cancer du poumon. En termes de mortalité, le cancer du poumon est la première cause de décès l'homme, devant le cancer colorectal et le cancer de la prostate. Chez la femme, le cancer du sein est la première cause de décès, devant le cancer du poumon et le cancer colorectal. Il faut noter que dans un avenir très proche, le cancer du poumon sera très probablement la première cause de mortalité par cancer chez la femme. C'est la conséquence directe de l'augmentation du tabagisme chez la femme à partir des années 1960-1970.

Chaque année, près de 2 500 nouveaux cas de cancers sont recensés chez les enfants et adolescents de moins de 18 ans. La survie à 5 ans des enfants et adolescents atteints de cancers s'est améliorée de manière très significative ces dernières décennies et dépasse aujourd'hui 80 %, ce qui est un résultat encourageant.

Chez les moins de 15 ans, les principales localisations cancéreuses sont les leucémies, les tumeurs du système nerveux central et les lymphomes (cancers du système ganglionnaire). Chez les 15-19 ans, les principales localisations sont les lymphomes, les tumeurs du système nerveux central et les leucémies. Les cancers représentent moins de 1 % des décès entre 0 et 1 an et 20 % entre 1 et 14 ans.



1^{ÈRE} CAUSE DE MORTALITÉ PRÉMATURÉE EN FRANCE DEPUIS 2004



1^{ÈRE} CAUSE DE DÉCÈS



chez l'homme :
**CANCER
DU POUMON**



chez la femme :
**CANCER
DU SEIN**

2500

nouveaux cas
par an **CHEZ LES
ENFANTS ET
ADOLESCENTS**

VIVRE AVEC UN CANCER

En 2018, en France, le nombre de personnes en vie ayant présenté un cancer dans leurs antécédents est de l'ordre de 3,8 millions. Leur risque de second cancer est augmenté, en moyenne, de 36 % par rapport au risque de cancer de la population générale.

Il ressort aujourd'hui que 63,5 % de ces personnes souffrent de séquelles dues au cancer ou à leurs traitements et que, parmi les personnes qui avaient un emploi au moment de leur diagnostic, 20 % ne travaillent plus cinq ans après.

LE CANCER DANS LE DÉPARTEMENT DE LA LOIRE

En France, il n'existe pas de véritable registre national des cancers. Néanmoins, l'observation et la surveillance des cancers se sont structurées en un réseau français des registres des cancers dit « FRANCIM ». Ce réseau est dédié à l'observation et la surveillance des cancers, au suivi de leur incidence, de leur mortalité et du taux de survie après diagnostic ou traitement.

Le problème est que les 14 registres généraux métropolitains ne couvrent que 19 départements français soit environ 24 % de la population. Le département de la Loire n'ayant pas de réseau départemental, il est très difficile d'avoir des chiffres précis sur l'incidence des cancers sur notre territoire de santé.

On peut cependant avancer quelques chiffres :

L'organisation actuelle de la cancérologie publique sur le bassin stéphanois repose sur une réflexion initiée il y a 25 ans, mise en œuvre en 2005 avec la création effective dans un premier temps d'un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS), l'institut de cancérologie de la Loire, puis d'un GCS-établissement de santé, l'institut de cancérologie Lucien Neuwirth. L'objectif

était de mutualiser et de regrouper des moyens de prise en charge répartis sur plusieurs sites en un seul lieu.

Ce regroupement a abouti à confier à ce GCS le monopole de la radiothérapie (publique et privée) sur tout le territoire. L'objectif était de faire de même pour la chimiothérapie. Ainsi l'hémato-oncologie a-t-elle été transférée à l'ICL peu après son ouverture, de même que l'oncologie pédiatrique et l'oncologie thoracique. L'oncologie pédiatrique a été retransférée au CHU quelques années plus tard.

Cette organisation a permis de remettre à niveau la prise en charge des cancers sur le territoire stéphanois, permettant de disposer de moyens obtenus dans le cadre des plans cancer successifs depuis 2005.

Après une phase de GCS constitué de 2 membres fondateurs (CHU et mutualité française Loire), le GCS a été refondé avec un 3^e membre fondateur, l'Université Jean Monnet, reconnaissant le rôle universitaire de l'établissement et en faisant une structure unique en France.

Les objectifs de cette structuration étaient de créer une structure unique de prise en charge des cancers pour permettre à la population du bassin stéphanois de disposer d'une prise en charge de qualité, d'accéder à des thérapeutiques innovantes (nouvelles drogues ou nouvelles techniques de radiothérapie), et de développer la recherche clinique.





DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES 2006-2016

L'analyse des données épidémiologiques disponibles à l'échelon départemental permet d'évaluer les changements apportés par cette structuration et d'envisager quels pourraient être les objectifs d'une action territoriale.

Les seules données consolidées disponibles sont celles de mortalité, les données d'incidence ne pouvant qu'être estimées en l'absence de registre départemental.

En 2016 (dernière année pour laquelle les chiffres sont disponibles), 7 552 décès par cancer ont été enregistrés dans la Loire, 3 671 chez les hommes et 3 881 chez les femmes. 86 % des décès par cancer sont observés après 65 ans et 72 % après 75 ans.

	HOMMES	FEMMES	TOTAL
< 1 an	10	19	29
1-4 ans	1	2	3
5-14 ans	3	2	5
15-24 ans	19	4	23
25-34 ans	29	15	44
35-44 ans	58	34	92
45-54 ans	169	84	253
55-64 ans	417	187	604
65-74 ans	685	356	1 041
75-84 ans	1 003	823	1 826
85-94 ans	1 118	1 839	2 957
> 95 ans	159	516	675
TOTAL	3 671	3 881	7 552

Les décès par tumeurs des bronches et du poumon sont les plus fréquents (378), devant les cancers du sein (180) et du colon (174). 172 décès sont liés à l'ensemble des tumeurs lymphatiques et des cancers hématopoïétiques.



Les évolutions et les comparaisons peuvent être effectuées en utilisant les taux de mortalité standardisés. Les tableaux suivants montrent ainsi les évolutions des chiffres observés dans la Loire par rapport à ceux observés dans le Rhône, La région ARA et la France métropolitaine.

		HOMMES	FEMMES	TOTAL
Loire	2006	340,7	196,6	261,2
	2016	304,5	201,9	↓ 251,2
Rhône	2006	317,0	211,6	259,1
	2016	261,4	191,7	↓ 224,8
ARA	2006	328,6	206,6	262,9
	2016	274,1	201,0	↓ 237,0
France métropolitaine	2006	351,0	216,6	278,4
	2016	290,2	205,6	↓ 246,9

TAUX DE MORTALITÉ STANDARDISÉS LIÉS AUX TUMEURS MALIGNES POUR 100 000 HABITANTS/HOMMES/FEMMES, ANNÉES 2006 ET 2016

Ce tableau permet de voir que les taux de mortalité ont diminué dans les 4 territoires concernés pour les hommes et les femmes à l'exclusion des femmes dans la Loire en 2016.

L'analyse des décès par cancer rapportés au nombre d'habitants montrent des taux dans la Loire de 261 et 251/100 000 habitants pour les années 2006 et 2016. Ces chiffres sont supérieurs à ceux observés dans le Rhône (259 et 225) et dans la région ARA (263 et 237).

		HOMMES	FEMMES	TOTAL
RR Loire/Rhône	2006	1,07	0,93	1,01
	2016	1,16	1,05	↑ 1,12
RR Loire/ARA	2006	1,04	0,95	0,99
	2016	1,11	1,0	↑ 1,06
RR LOIRE/France métropolitaine	2006	0,97	0,91	0,94
	2016	1,05	0,98	↑ 1,02

RISQUES RELATIFS DES TAUX DE MORTALITÉ PAR CANCER STANDARDISÉ ENTRE LA LOIRE ET LES AUTRES TERRITOIRES ÉTUDIÉS, ANNÉES 2006 ET 2016



Le tableau suivant présente les risques relatifs de mortalité en fonction des 2 périodes 2006 et 2016 et selon les 4 territoires.

On peut constater que le différentiel s'est accru avec le Rhône, la région Auvergne Rhône-Alpes entre les périodes 2006 et 2016, traduisant ainsi que la baisse de mortalité a été moins forte dans la Loire que dans le Rhône et la région. Cette évolution moins favorable observée principalement chez les hommes est un effet combiné du stade au diagnostic (dépistage, accès aux soins) et de la prise en charge (accès aux soins).

Si les taux d'incidence ne sont qu'estimés en l'absence de données de registre départemental, ils permettent de voir l'évolution entre les 2 périodes retenues.

	TOUS CANCER		POUMON		CÔLON-RECTUM		SEIN
	HOMMES	FEMMES	HOMMES	FEMMES	HOMMES	FEMMES	FEMMES
Loire	349,2,7	259,5	48,3	14,0	40,0	25,3	93,0
Rhône	349,3	260,8	53,5	17,3	36,0	23,6	98,2
ARA	349,0	258,7	48,4	16,4	36,7	23,8	94,0
France métropolitaine	355,3	261,1	51,8	17,9	37,8	24,4	97

TAUX D'INCIDENCE DES CANCERS STANDARDISÉS SUR L'ÂGE POUR 100 000 PERSONNES-ANNÉES, PAR SEXE, PÉRIODE 2007-2016

	TOUS CANCER		POUMON		CÔLON-RECTUM		SEIN
	HOMMES	FEMMES	HOMMES	FEMMES	HOMMES	FEMMES	FEMMES
RR Loire/Rhône	1,0	1,0	↘ 0,90	↘ 0,81	↗ 1,11	↗ 1,07	↘ 0,95
RR Loire/ARA	1,0	1,0	1,0	↘ 0,85	↗ 1,09	↗ 1,06	0,99
RR Loire/France métropolitaine	0,98	0,99	↘ 0,93	↘ 0,78	↗ 1,06	1,04	0,96

RAPPORT ENTRE LE TAUX D'INCIDENCE STANDARDISÉ SUR L'ÂGE DE LA LOIRE ET CEUX DES AUTRES TERRITOIRES, PAR SEXE, PÉRIODE 2007-2016



On constate que les taux d'incidence relatifs observés dans la Loire en comparaison avec les autres territoires sont voisins de 1, ne traduisant pas un risque plus élevé dans la Loire. Seule l'incidence des cancers colo-rectaux, est-elle légèrement supérieure à celle constatée dans le Rhône et dans la région. Ainsi les chiffres observés en termes de mortalité traduisent probablement des différences de prise en charge.

Le tableau ci-dessous présente les ratios Mortalité/Incidence standardisés pour les principales tumeurs. Ainsi ce ratio est augmenté de 7% pour les hommes et 4% pour les femmes entre 2006 et 2016. L'évolution est encore plus marquée pour les cancers du poumon chez les femmes en comparaison avec l'évolution constatée dans le Rhône (+23%) et la région Auvergne Rhône-Alpes (+12%). Cette évolution n'est pas constatée dans les cancers du côlon-rectum ou dans les cancers du sein.

	TOUS CANCER		POUMON		CÔLON-RECTUM		SEIN
	HOMMES	FEMMES	HOMMES	FEMMES	HOMMES	FEMMES	FEMMES
Loire/Rhône	↗ 1,074	1,040	↗ 1,061	↗ 1,236	0,968	0,971	0,986
Loire/ARA	↗ 1,057	1,010	1,033	↗ 1,125	↘ 0,947	0,993	0,983
Loire/France métropolitaine	1,011	0,953	1,028	↗ 1,106	0,952	0,977	↘ 0,942

RAPPORT ENTRE LE RAPPORT M/I POUR 100 CAS INCIDENTS DE LA LOIRE ET LE RAPPORT M/I POUR 100 CAS INCIDENTS DES AUTRES TERRITOIRES, PÉRIODE 2007-2016

Au total, l'analyse des données d'incidence et de mortalité incite à réfléchir à une meilleure prise en charge des patients présentant des cancers sur la Loire et le territoire stéphanois. En effet, les écarts concernant les évolutions sur une période de 10 ans se creusant par rapport au Rhône et à la Région doivent être comblés par un meilleur accès à la prévention, aux traitements innovants et à une prise en charge sociale permettant de réduire les inégalités.



**LUTTER
CONTRE
LE CANCER :
AGIR AVANT,
PENDANT,
ET APRÈS
LA MALADIE**





Le cancer constituant un problème de santé publique majeur, l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan efficace de lutte contre le cancer ainsi que la réduction des inégalités dans l'accès à la prévention, au diagnostic et aux soins de qualité constituent un enjeu national.

La « chronicisation » de la maladie cancéreuse met en lumière la question de l'après cancer et les problèmes de la réinsertion sociale et professionnelle qui vont avec. Les collectivités territoriales ont un rôle important à jouer dans cette lutte.

Agir avant la maladie : c'est la prévenir et la dépister avant les premiers symptômes. La prévention et le dépistage sont deux axes forts pour lutter contre les cancers.

PRÉVENIR LA MALADIE

Le cancer n'est pas une fatalité, 40 % des cancers pourraient être évités en modifiant nos comportements et nos modes de vie.



1. LE TABAC EST DE LOIN LE PRINCIPAL FACTEUR DE RISQUE ÉVITABLE DE CANCER.

En France, il est responsable d'environ 47 000 décès par cancer tous les ans.

1 100 décès seraient liés au tabagisme passif chaque année. Notamment, les enfants de fumeurs sont particulièrement exposés au tabagisme passif. Outre le cancer du poumon, le tabac est responsable d'autres localisations de cancer, comme ceux de la cavité buccale, de la vessie, du rein, du colon ou du rectum. Les fumeurs perdent en moyenne 10 ans de vie.

Arrêter le tabac est bénéfique quel que soit l'âge. Le risque de cancer diminue au fur et à mesure que passent les années sans tabac ; il est réduit de moitié 5 ans après la dernière cigarette.

Le message de prévention n° 1 des cancers est la réduction du tabac et la lutte contre le tabagisme doit être un axe majeur de toute politique de prévention des cancers.

“ ...Le cancer n'est pas une fatalité... ”



2. L'ALCOOL EST UN CANCÉRIGÈNE CERTAIN.

Plus de 16 000 décès par cancer sont imputables à l'alcool.

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquemment associé à la consommation d'alcool. Le risque de développer un cancer du sein augmente dès la consommation d'au moins un verre d'alcool par jour. Pour le cancer du foie, ce risque apparaît à partir d'une consommation supérieure à 4 verres par jour. Les effets de l'alcool sont renforcés quand ils sont associés à ceux du tabac, ils sont la principale cause des cancers ORL et de l'œsophage.

On estime par exemple que le risque de développer un cancer de la cavité buccale est multiplié par 45 chez les grands consommateurs de tabac et d'alcool.

Le message de prévention n°2 des cancers est la réduction de l'alcool. Les repères de consommation à moindre risque sont de ne pas consommer plus de 2 verres par jour.

Il est bien sûr meilleur de ne pas boire du tout !



3. MANGER MIEUX C'EST AUSSI PRÉVENIR LE RISQUE DE CERTAINS CANCERS.

Limitier la viande rouge, les charcuteries, les « fast food », les boissons sucrées. Il faut privilégier les céréales, les légumes secs et consommer au moins 5 fruits et légumes par jour.

À travers ces recommandations on mesure le poids des inégalités sociales et l'importance de ce que l'on pourrait appeler « le traitement social » du cancer.



4. BOUGER PLUS AVEC LA NÉCESSITÉ DE PRATIQUER QUOTIDIENNEMENT UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE.

Toute activité physique d'au moins 30 minutes par jour diminue le risque de nombreuses maladies chroniques et en particulier le risque de cancer. Manger mieux et bouger plus c'est aussi limiter le surpoids qui est aussi un autre facteur de risque de cancer.



5. CERTAINES INFECTIONS PEUVENT PROVOQUER DES CANCERS.

Il faut donc les éviter en dépistant ces agents infectieux et promouvoir la vaccination contre certains d'entre eux lorsqu'un vaccin existe. C'est le cas pour le virus de l'hépatite B (VHB) responsable de cancer du foie et du papillomavirus humain (HPV) responsable principalement du cancer du col de l'utérus.

La couverture vaccinale pour le HPV est de 23,7% en France contre 87% au Portugal. Devant ce chiffre désolant, on mesure l'effort qu'il reste à faire. Il y a là clairement un enjeu important de la politique de santé publique.



6. SE PROTÉGER DU SOLEIL PERMET DE RÉDUIRE L'EXPOSITION AUX RAYONS UV RESPONSABLES DE LA MAJORITÉ DES CANCERS DE LA PEAU.

La fréquence de ces cancers augmente, il faut donc avoir les bons réflexes : rechercher l'ombre, pas d'exposition en milieu de journée, sortir couvert et utiliser des crèmes protectrices. Ce point est encore plus important quand il s'agit des enfants.

Une détection précoce de certains cancers de la peau (mélanome) est absolument indispensable. Il est donc nécessaire de promouvoir leur dépistage, d'informer et de favoriser les conditions d'accès à ce dépistage.



7. L'EXPOSITION AUX RADIATIONS IONISANTES ET EN PARTICULIER AU RADON QUI CONSTITUE LE DEUXIÈME FACTEUR DE RISQUE DE CANCER DU POUMON.

Dans certains espaces clos, la concentration de ce gaz peut être multipliée par 50. Il est nécessaire de prioriser certains procédés de construction pour empêcher ce gaz radioactif d'infiltrer les lieux d'habitation.



8. LUTTER CONTRE LA POLLUTION ATMOSPHÉRIQUE ET LES PARTICULES FINES.

On estime que ce facteur serait responsable d'environ 0,4 % des cancers. À titre d'exemple, en milieu urbain on considère que 50 % des particules fines sont diffusées avant tout par les moteurs diesel.



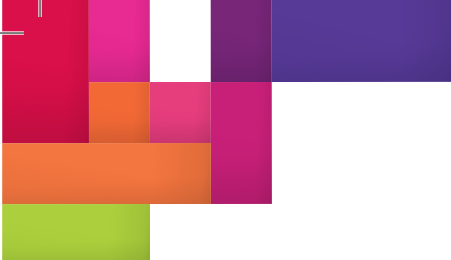
9. LES EXPOSITIONS PROFESSIONNELLES SÉRAIENT RESPONSABLES DE 4 À 8,5 % DE NOUVEAUX CAS DE CANCER PAR AN.

On estime que 13,5 % des salariés seraient exposés à un ou plusieurs agents cancérigènes au cours de leur activité professionnelle. Ce sont des agents physiques (radiations ionisantes, UV), chimiques (amiante, benzène, silice, etc.) ou biologiques (certains virus ou parasites). Seulement 10 % des cancers professionnels seraient reconnus comme maladie professionnelle (INSERM).

C'est souvent l'association de plusieurs agents qui va générer un cancer ; c'est ce qu'on appelle, d'un terme imagé, « l'effet cocktail ». Cela signifie que la simultanéité de plusieurs agents cancérigènes chez une même personne n'entraîne pas seulement une addition des risques, mais une multiplication de ces risques.

Les collectivités territoriales peuvent intervenir sur ces déterminants en jouant sur le changement de « norme sociale », ce qui peut renvoyer d'une certaine façon aux théories du « nudge ». En effet, les décideurs disposent de plusieurs leviers pour faire évoluer les comportements en faveur de la prévention, et l'incitation par le « nudge » en fait partie. Il est défini par Thaler et Sustein comme un « paternalisme, qui n'interdit rien et ne restreint les options de personne [...] visant à aider les individus à prendre des décisions qui améliorent leur vie »³. Concrètement, cela consiste à rendre coûteux, compliqué, ou désagréable le choix le plus défavorable à la personne. Celle-ci est libre de faire son choix, mais elle sera poussée à effectuer le choix le plus favorable pour elle, notamment du fait de la norme sociale.

³ Thaler RSC, *Nudge: Improving Decisions about Health, Wealth, and Happiness*, New Haven, Yale University Press, 2008.



DÉPISTER LA MALADIE



Le dépistage consiste à réaliser un ou plusieurs examens afin d'établir un diagnostic de cancer chez quelqu'un ne présentant a priori aucun symptôme.

Dépister permet de diagnostiquer tôt, donc de mieux soigner, d'obtenir ainsi plus de guérisons et de limiter les séquelles liées aux traitements. Parfois le dépistage permet d'éviter l'apparition de certains cancers en repérant et en traitant des anomalies qui auraient pu évoluer vers un cancer, ce qu'on appelle un état précancéreux.

Les cancers accessibles à un dépistage précoce ou évitables par le dépistage de lésions pouvant évoluer vers un cancer sont :

- Les cancers du sein,
- Les cancers colorectaux,
- Les cancers du col de l'utérus,
- Les cancers de la peau.

Des campagnes de dépistage sont organisées sur tout le territoire pour les cancers colorectaux, du sein et du col de l'utérus.

Le dépistage s'adresse à tout le monde, à partir d'un certain âge : il concerne toutes les femmes entre 50 et 74 ans pour les cancers du sein, toutes les femmes entre 25 et 65 ans pour les cancers du col de l'utérus, les hommes et les femmes entre 50 et 74 ans pour les cancers du côlon et du rectum. Il est d'ores et déjà pris en charge et financé par la collectivité nationale.

Il existe actuellement deux modes de dépistage :

- le **dépistage individuel** que vous réalisez sur les conseils de votre médecin,
- le **dépistage organisé** dans le cadre de campagnes comme il en existe pour les cancers du sein, du côlon et du rectum. N'importe qui peut en bénéficier, le but est de garantir à chacun, sur tout le territoire, un accès identique au dépistage et le meilleur niveau de prise en charge possible.

Il n'existe pas de test de dépistage efficace unique qui permettrait de dépister tous les cancers. Dans tous

les cas, la meilleure façon d'agir reste la prévention et l'attention apportée par chacun aux éventuels symptômes. Il est important de rester vigilants à certains symptômes et de consulter son médecin au moindre doute :

- Changements ou manifestations physiques comme une perte de poids, apparition d'un grain de beauté, apparition d'une grosseur, modification de la voix...
- Saignements dans les selles, les urines, en toussant...
- Troubles digestifs ou urinaires persistants,
- Essoufflement anormal,
- Douleur persistante ou inexplicable.



La prévention des cancers doit passer par l'éducation en faisant connaître ces différents signes, en particulier chez les populations défavorisées sur le plan socio-économique ou d'autres cultures. En effet, les collectivités territoriales peuvent être partie prenante en favorisant la participation aux dépistages des différents cancers. Elles peuvent faire partie de dispositifs leur permettant d'agir au plus près des habitants de leur territoire, tout en ciblant particulièrement les populations précaires ou à l'écart des soins, via les CCAS, les Ateliers santé-ville dans les quartiers « politique de la ville », etc.



AGIR PENDANT LA MALADIE



C'est accompagner les personnes malades et leurs proches c'est aider les professionnels de santé.

Pendant très longtemps, le cancer c'était « guérir ou périr ». Aujourd'hui, grâce aux importants progrès de la thérapeutique et grâce au dépistage précoce ce n'est plus le cas et la notion de cancer « maladie chronique » est de plus en plus évoquée même si un

certain nombre de cancers guérissent totalement. De plus en plus de personnes vivent avec un cancer et ses conséquences physiques, psychologiques ou sociales.

Par ailleurs, même si les traitements spécifiques lourds continuent de se faire à l'hôpital, la personne malade est de plus en plus souvent à domicile. Cela sous-entend une nécessaire collaboration entre les professionnels de la ville et ceux de l'hôpital, de nouvelles organisations pour les professionnels de santé dans le but d'optimiser un véritable parcours de soin.

“ ...Sans mes proches, je ne m'en serais pas sorti tout seul... ”

Cette phrase est souvent répétée par les personnes touchées par le cancer. Pourtant ces « proches aidants » sont souvent oubliés et contraints de faire face aux difficultés de l'accompagnement, parfois aux dépens de leur propre santé.

En France, on considère qu'une personne sur dix aide un proche touché par le cancer et 38 % des français disent avoir aidé un malade atteint d'un cancer dans les cinq dernières années. Souvent silencieux et dans l'ombre du malade, ces « proches aidants » sont néanmoins bien présents et leur présence est généralement indispensable. La prise en charge ambulatoire des personnes malades, le développement de l'hospitalisation à domicile va encore renforcer le rôle des aidants.

Si le soin, en propre, relève des professionnels de santé de premier, de second et de troisième recours, les collectivités territoriales disposent néanmoins de certains leviers d'action pour influencer sur ce sujet. En effet, le Maire est notamment le président du Conseil de surveillance du Centre Hospitalier Universitaire (CHU). Il peut, à ce titre, défendre certains projets en faveur de l'intérêt collectif des habitants du territoire, dans une optique d'égalité d'accès aux soins.

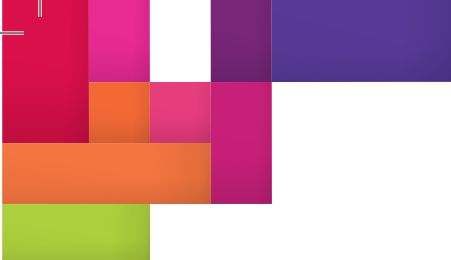
AIDER LES PROFESSIONNELLS DE SANTÉ

Le « virage ambulatoire » qui déplace le lieu de prise en charge des malades de l'hôpital vers le domicile fait des professionnels de santé de ville, en particulier du médecin traitant, des acteurs centraux du dispositif de soin. Mais aujourd'hui on constate que dans bien des cas, les professionnels de ville ne sont pas prêts pour assurer une prise en charge optimale.

- Les raisons sont nombreuses :
- Problème de démographie médicale,
- Manque de temps ou de disponibilité,
- Difficultés à assurer la continuité des soins,
- Organisation pas toujours adaptée,
- Manque de formation spécifique en cancérologie,
- Manque de coordination et d'articulation entre l'hôpital et la ville,
- Difficultés d'accès à certains professionnels (ex : psychologue, diététicien, etc.).

Il est nécessaire de promouvoir une organisation coordonnée d'interventions pluridisciplinaires pour éviter les ruptures dans le parcours de soin tout en améliorant le confort de vie des personnes malades.

Les collectivités territoriales peuvent jouer un rôle facilitateur dans cette organisation en aidant à l'installation de nouveaux professionnels de santé, en favorisant la création de maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) et en les encourageant à s'organiser en communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS).



ACCOMPAGNER LES PERSONNES MALADES ET LEURS PROCHES



Par définition, la personne atteinte d'un cancer (comme d'ailleurs la plupart des personnes malades), n'est pas vraiment familiarisée avec le système de santé et son fonctionnement. De la sorte, le parcours de soins des personnes malades du cancer peut s'apparenter à un véritable parcours du combattant. Celui-ci peut s'avérer long, chaotique et générateur d'angoisse.

Il est donc nécessaire de mettre en place des actions pour aider toutes ces personnes à surmonter les difficultés qui peuvent se présenter. Ces difficultés peuvent être liées aux conséquences physiques, psychologiques de la maladie et/ou des traitements. Elles peuvent être aussi en lien avec l'organisation des soins et de la prise en charge.

Les soins oncologiques de support qui sont définis par « l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades, parallèlement aux traitements spécifiques, lorsqu'il y en a, tout au long des maladies graves » doivent permettre de répondre aux besoins des personnes malades. Ces besoins peuvent être d'ordre physique, psychologique, familial, social et même spirituel.

Les établissements de santé autorisés à traiter les malades du cancer ont pour obligation de proposer ces soins de support tout au long du parcours, depuis l'annonce de la maladie, jusqu'à la guérison et au-delà ou jusqu'à la phase palliative terminale en cas d'issue malheureuse. Mais aujourd'hui, les personnes malades passent de plus en plus de temps à domicile et l'accès à ces soins de support peut être plus difficile. Il importe donc de tout mettre en œuvre pour rendre ces soins accessibles quel que soit le lieu de séjour de la personne concernée.

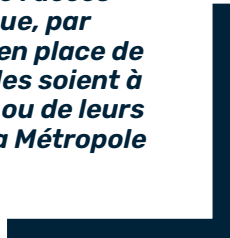
Plus de 11 millions d'aidants s'occupent quotidiennement d'un proche fragilisé par une maladie chronique, un handicap ou le grand âge. Plus de 50 % d'entre eux ont encore une activité professionnelle qu'ils doivent concilier avec leur rôle d'aidant.

En cancérologie, le rôle des « proches aidants » a longtemps été sous-estimé et ces combattants de l'ombre n'ont pas bénéficié du soutien et des aides qui leur étaient et leur sont dus. Aujourd'hui, ce rôle est reconnu à part entière et il faut continuer à leur apporter notre soutien, leur permettre de garder une vie sociale, de rester en bonne santé, d'avoir des loisirs et leur proposer des temps et des lieux de répit.

C'est d'autant plus nécessaire avec le développement de l'hospitalisation à domicile, mais aussi devant le choix de certaines personnes malades qui, confrontées à la fin de vie, préfèrent revenir à leur domicile près de leur famille, plutôt que de rester dans une structure de soins. On constate d'ailleurs que le rôle de l'aidant s'accroît surtout quand le malade perd son autonomie.



Les collectivités territoriales disposent à l'image de la Métropole de Lyon, les collectivités territoriales disposent de toute une gamme d'actions permettant de soutenir les personnes malades et leurs aidants. Cela peut aller de l'accès à un soutien psychologique, par exemple, jusqu'à la mise en place de solutions d'accueil, qu'elles soient à destination des malades ou de leurs proches, comme l'a fait la Métropole de Lyon.



AGIR APRÈS LA MALADIE

C'est retrouver une vie sociale, c'est permettre le retour à l'emploi.

Être atteint du cancer s'accompagne de difficultés familiales, sociales, professionnelles ou économiques. Le cancer est une maladie qui désocialise très souvent et c'est encore plus vrai lorsqu'il survient chez des personnes déjà en situation de précarité.

Déjà, l'annonce de la maladie est un véritable traumatisme mettant la personne malade face à sa finitude. Ensuite, la personne malade doit subir les conséquences physiques et psychologiques de la maladie, mais la dimension sociale de celle-ci va très vite s'inviter dans le quotidien. Ce sont les rituels des traitements, l'immersion dans un monde perçu comme mystérieux, voire hostile, la perte des repères professionnels. Ce sont parfois les amis qui s'évanouissent et souvent des difficultés financières vont contribuer à accroître l'isolement.

À la fin du traitement, dans la phase de rémission, celui ou celle qui est malade se retrouve souvent affaibli, souvent stigmatisé. Un véritable risque de discrimination ou de ségrégation dans sa vie sociale et professionnelle est possible. Être présent, écouter et aider les plus fragiles à retrouver leur place dans la société des bien-portants relève de notre responsabilité collective.

La reprise du travail, lorsqu'elle est possible est une étape cruciale pour tous ceux qui ont été traités pour un cancer. Le rôle de l'employeur mais aussi celui des collègues de travail sont déterminants. La capacité à accepter celui qui revient, le regard bienveillant qui lui sera porté sont essentiels. Aujourd'hui encore, ce retour n'est pas suffisamment anticipé et les conséquences peuvent être source d'angoisse ou provoquer un sentiment de rejet. Il est évident que le rôle du médecin du travail est fondamental. Il convient aussi de changer les mentalités de la société en face du cancer et des personnes atteintes de cancer. Des progrès ont été faits mais il reste encore du chemin à parcourir.

Enfin, il y a une phase plus à distance de la fin des traitements pendant laquelle les anciens malades souhaiteraient réaliser des projets nécessitant un prêt : projet immobilier, projet professionnel ou simple renouvellement de voiture. Il se pose alors le problème de l'assurabilité et de la relation avec les banques. Face à un refus pur et simple ou aux difficultés à constituer les dossiers, les personnes concernées peuvent ressentir un fort (et justifié) sentiment de discrimination.

Tout doit être mis en œuvre pour ne plus entendre ce commentaire de malade auprès de son médecin : « Quel intérêt de me guérir si on me laisse mourir socialement » ?

***Quel intérêt de me guérir si on me
laisse mourir socialement ?***





QUEL PLAN CANCER POUR LA VILLE DE SAINT-ÉTIENNE ?

LA DÉMOCRATIE EN SANTÉ, AU CŒUR DU PLAN CANCER STÉPHANOIS

« Le malade est un jouet à peu près complètement aveugle, très douloureux, essentiellement passif, mineur soumis à l'autorité du père médecin ou tuteur ».

Cette affirmation du Pr Louis PORTE, premier Président de l'Ordre National des Médecins (1945-1950), semble aujourd'hui d'un autre temps. En effet, qui imaginerait considérer la personne malade comme un être totalement passif, subissant la volonté des soignants et n'ayant aucun droit ou presque à la parole ?

Depuis un demi-siècle les choses ont évolué et le système de santé s'est adapté à l'évolution de la société. Dès les années 1970, on voit l'émergence d'associations de malades qui revendiquent le droit à l'information et même au choix des thérapeutiques. C'est la reconnaissance de l'expertise de l'expérience (dit savoir expérientiel). Qui mieux que la personne malade peut parler de son vécu et de ses besoins ?

“ *...La maladie est avant tout une expérience humaine, elle est donc le fait de l'expérience des humains...* ”

Mais ce sont surtout les malades du SIDA, dans les années 1980, qui ont réussi à imposer sur la place publique le débat de la place du malade dans sa prise en charge globale. Les malades du cancer leur ont emboîté le pas dans les années 1990 avec les États généraux des malades du cancer, organisés par la Ligue Nationale Contre le Cancer. En 1998, cette manifestation réunit à Paris plusieurs milliers de malades et de soignants. Le réseau des malades du cancer est créé, un livre blanc des malades du cancer est rédigé, il sera la base du premier plan cancer de notre pays. La réussite de cette extraordinaire aventure humaine tient à la volonté et à l'implication des personnes malades, de leurs proches aidants, qui ont su pointer les carences de la prise en charge du cancer, en faisant partager leur propre expérience.

Depuis, la démocratie en santé a trouvé toute sa place dans le domaine du cancer.

La démocratie sanitaire est une démarche qui vise à associer les usagers du système de santé à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques de santé. Cette approche est consacrée par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, elle est développée par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Le renforcement de la démocratie sanitaire constitue l'un des grands axes de la stratégie nationale de santé. C'est dans ce contexte que nous proposons l'élaboration d'un projet de lutte contre le cancer pour la Ville de Saint-Étienne.



AXES DE TRAVAIL DU PLAN CANCER





Le Plan cancer de la Ville de Saint-Étienne pourrait se diviser en 4 axes d'actions :

- **Axe 1. Avant le cancer : améliorer l'accès à la prévention et la promotion des dépistages**
- **Axe 2. Pendant le cancer : accompagner pendant le parcours de soin**
- **Axe 3. Après le cancer : améliorer les parcours de vie**
- **Axe 4. Lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé liées au cancer : le principe d'universalisme proportionné**
- **Axe 5. Intégrer de la « santé dans toutes les politiques ».**

Chaque axe se décline en objectifs stratégiques. Les objectifs opérationnels qui en découleront proviendront des résultats des échanges lors des auditions prévues par la méthodologie de mise en œuvre du Plan Cancer.

AXE 1

AVANT LE CANCER : AMÉLIORER L'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET LA PROMOTION DES DÉPISTAGES

Les principales cibles de la prévention des cancers sont, dans l'ordre :

- Le tabagisme,
- La consommation d'alcool,
- L'alimentation, surpoids et obésité,
- L'activité physique,
- La pollution de l'eau et de l'air,
- Les expositions au soleil,

Malheureusement, on est bien obligé de dire que la culture de la prévention n'est pas vraiment ancrée dans notre pays.

Quelques évidences ou rappels pour commencer. Elles vont servir de principes directeurs.

La meilleure façon de guérir d'un cancer c'est de ne pas avoir de cancer !

Aujourd'hui, on estime que 41% des cancers pourraient être évitables car en lien avec des comportements modifiables.

La prévention et la promotion du dépistage qui permet de diagnostiquer un cancer dès les premiers symptômes et parfois même avant l'apparition de ces symptômes, sont sans aucun doute des axes majeurs de tout programme de lutte contre le cancer.

Enfin, les échecs de la prévention sont souvent liés aux déterminants socio-économiques.

En ce qui concerne les dépistages des cancers, les différentes campagnes de promotion n'ont pas donné forcément les résultats escomptés. Si le taux de participation au dépistage du cancer du sein est d'un peu plus de 50 %, il faut reconnaître l'échec du dépistage du cancer du colon avec un taux de participation à peine supérieur à 30 %.

Un certain nombre de freins aux dépistages ont été relevés :

- Les personnes ne se sentent pas concernées,

- Peur de découvrir un cancer,
- Certains examens sont perçus comme intrusifs,
- Problème de démographie médicale dans certains territoires,
- Problème financier,
- Problème culturel, etc...

OBJECTIF STRATÉGIQUE N°1.1

LUTTER CONTRE LE TABAGISME

Le tabac n'est pas seulement responsable de cancer mais aussi de maladies respiratoires et de maladies cardiovasculaires. De ce fait, les actions de prévention dans ce domaine vont au delà de la prévention des seuls cancers. L'objectif est donc d'agir précocement contre le tabagisme afin d'éviter la dépendance, mais aussi d'encourager les fumeurs dépendants à diminuer leur consommation.

On estime que le tabac est responsable de 70 000 décès par an dont 45 000 par cancer ; il est la toute première cause de décès par cancer.

OBJECTIF STRATÉGIQUE N°1.2

RÉDUIRE LA CONSOMMATION D'ALCOOL

Le rôle de l'alcool dans la genèse des cancers est méconnu, voire nié. Pourtant, son caractère cancérigène est parfaitement établi. 28 000 nouveaux cas de cancer tous les ans sont en lien avec l'alcool. Il est clairement établi que même à faible dose, l'alcool augmente le risque de cancer. Les principaux cancers en lien avec l'alcool sont ceux du sein, du colon, du foie, de l'œsophage, de l'estomac et les cancers ORL. Pour le cancer du sein, le risque augmente dès une consommation de moins d'un verre par jour.

Globalement, l'alcool est le deuxième facteur de risque de cancer et la seconde cause de mortalité évitable en France. Parmi les pays de l'OCDE, la France se classait en 2017 au 3^e rang des pays consommateurs d'alcool.

Il s'agit donc de mettre en place une stratégie de réduction des risques visant à diminuer les consommations d'alcool.

OBJECTIF STRATÉGIQUE N°1.3

ENCOURAGER DES HABITUDES ALIMENTAIRES ÉQUILIBRÉES ET LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE

Après le tabac et l'alcool, les deux principales causes de cancers accessibles à la prévention sont l'alimentation et le surpoids. Le risque de surpoids est augmenté par

la consommation de boissons sucrées, les régimes alimentaires de type occidental (consommation élevée de produits gras, sucrés et de viande) la restauration de type « fast food » et le manque d'activité physique.

À l'inverse, ce risque est diminué par la consommation d'aliments riches en fibres, un régime alimentaire de type méditerranéen et une activité physique suffisante. Des niveaux d'activité physique trop bas et une sédentarité élevée sont observés en France, avec une dégradation plus prononcée de ces indicateurs ces dix dernières années pour les femmes et les enfants. Par ailleurs, de récentes études menées dans le contexte de la pandémie de Covid-19 ont montré une rupture chez certains enfants, avec une pratique d'activité physique en diminution du fait des confinements successifs, et, en parallèle, une forte augmentation de la sédentarité, en lien notamment avec le temps passé devant les écrans.

OBJECTIF STRATÉGIQUE N°1.4

LIMITER LE RISQUE INFECTIEUX

Il existe une dizaine d'agents biologiques susceptibles de favoriser l'apparition d'un cancer et de lésions pouvant évoluer vers un cancer. Certains sont plus fréquents que d'autres et surtout ils sont accessibles à des mesures de prévention (vaccination, dépistage et traitement précoce).

Ce sont :

- Les papillomavirus humains (HPV) impliqués dans les cancers du col de l'utérus, du rectum, de la bouche, du pénis.
- Les virus de l'hépatite B (VHB) et de l'hépatite C (VHC) associés dans un cas sur trois au cancer du foie.
- La bactérie *Helicobacter Pylori* en cause dans les cancers de l'estomac.

Pour tous ces agents infectieux la prévention est possible grâce à la vaccination (HPV et VHB) ou par un traitement précoce (VHC, HP). Pour le virus HPV, les lésions précancéreuses sont détectables et traitables en pratiquant un frottis cervico-vaginal de dépistage.

Il s'agit donc de promouvoir les différentes vaccinations et de systématiser les dépistages.

OBJECTIF STRATÉGIQUE N°1.5

RÉDUIRE L'EXPOSITION AUX FACTEURS DE RISQUE ENVIRONNEMENTAUX

En France, l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) définit l'environnement comme l'ensemble des expositions à des agents physiques, biologiques



et/ou chimiques présents dans les lieux de vie et de travail. Les liens entre l'environnement et l'apparition de certains cancers sont prouvés : radon, pollution atmosphérique, particules fines dont diesel, exposition aux UV, certaines substances rencontrées en milieu professionnel...

D'autres facteurs environnementaux sont toujours en cours d'investigation. On estime que 5 à 10 % des cancers sont liés à l'environnement.

OBJECTIF STRATÉGIQUE N°1.6

DIMINUER L'EXPOSITION AUX RAYONNEMENTS

UV

L'exposition aux rayons ultraviolets, qu'ils soient naturels (soleil) ou artificiels (cabines de bronzage UV), est à l'origine de la grande majorité des cancers de la peau. Leur rôle est d'autant plus préoccupant que la fréquence de ces cancers augmente et que certains d'entre eux, les mélanomes notamment, peuvent être très agressifs. Il existe pourtant des moyens de s'en préserver.

On dénombre environ 80 000 cancers de la peau tous les ans. Si tous n'ont pas le même degré de gravité, en 2017 on dénombrait plus de 15 000 cas de mélanome, le plus grave des cancers de la peau puisque responsable de près de 1 800 décès tous les ans. Or, 80 % de ces cancers sont directement liés à une surexposition au soleil, ils pourraient donc être évités grâce à la prévention et au dépistage précoce.

OBJECTIF STRATÉGIQUE N°1.7

AMÉLIORER LA PARTICIPATION AUX DÉPISTAGES

On a démontré l'efficacité du dépistage de certains cancers et les pouvoirs publics ont mis en place des programmes de dépistage organisé pour 3 types de cancer :

- Cancer du sein,
- Cancer colorectal,
- Cancer du col de l'utérus.

Ces 3 programmes souffrent d'un manque d'adhésion de la population, pour diverses raisons. Ainsi :

- le taux de participation 2018-2019 au programme « Dépistage du cancer du sein » est de 49,3 % + 10 à 15 % (organisé + individuel)
- le taux de participation 2018-2019 pour le « Dépistage du cancer colorectal » est de 30,5 %
- le taux de couverture 2016-2019 du programme « Dépistage du cancer du col de l'utérus » est de 59,5 %.

Certains types de cancers tels que les cancers de la peau ne sont pas accessibles à un programme de dépistage organisé mais on peut néanmoins les dépister précocement. L'objectif est d'inciter les personnes concernées à participer à ce dépistage et d'en favoriser l'accès aux populations les plus défavorisées en promouvant la gratuité. Les actions à mettre en place doivent passer par l'information au plus près des populations. Les centres sociaux, l'éducation populaire et les réseaux associatifs devraient jouer un rôle déterminant.

La détection précoce d'un cancer repose également sur la sensibilisation des patients à la reconnaissance de « signes d'alerte ». En effet, certains cancers, comme celui du poumon, sont peu accessibles à des démarches de détection précoce, sauf cas particuliers : surveillance après une exposition professionnelle, tabagisme important, antécédents familiaux de ce cancer...

Or, un cancer détecté tôt se guérit mieux : le taux de guérison cancers détectés à un stade précoce est supérieur à 90 %.

De ce fait, l'objectif est d'améliorer la participation aux programmes de dépistages organisés du cancer du sein, du cancer colorectal et du cancer du col de l'utérus.



AXE 2

PENDANT LE CANCER : ACCOMPAGNER PENDANT LE PARCOURS DE SOIN

Le parcours de soin commence avec l'annonce du diagnostic de cancer, il se poursuit avec la prise en charge thérapeutique jusqu'à la guérison ou l'accompagnement en fin de vie en cas d'évolution défavorable de la maladie. Aujourd'hui, une des particularités de la maladie cancéreuse est qu'elle évolue de plus en plus sur un mode chronique.

Un certain nombre de cancers, souvent lorsqu'ils sont dépistés ou diagnostiqués tôt, évoluent très vite favorablement et dans ce cas les personnes malades seront considérées comme guéries, généralement au bout de 5 ans après la fin de leur traitement. Mais du fait des importants progrès thérapeutiques, certains cancers à pronostic défavorable vont évoluer aujourd'hui sur de nombreuses années, alternant périodes de rémissions et de rechutes.

Par ailleurs, les progrès de la chirurgie ambulatoire, le fait que beaucoup de nouveaux traitements (thérapies ciblées, immunothérapie, hormonothérapie, etc.) ne justifient plus une hospitalisation, le lieu de la prise en charge des personnes malades se déplace de l'hôpital vers le domicile ou le lieu de vie. On assiste donc aujourd'hui à un véritable « virage ambulatoire » dans la prise en charge et l'accompagnement des personnes traitées pour un cancer. Ce « virage ambulatoire » a deux conséquences principales, le déplacement, au moins en partie, de la prise en charge de l'hôpital vers la ville et un rôle fortement accru de l'aidant, directement lié à cette « chronicisation » de la maladie cancéreuse.

Concernant le premier point, aujourd'hui, les professionnels de santé de ville ne sont pas forcément prêts pour assurer ce virage ambulatoire : problème de démographie médicale, manque de temps, problèmes de tarification, problèmes organisationnels, formation à la cancérologie, parfois problèmes de permanence ou de continuité des soins... Afin de faciliter le parcours de soin, les pouvoirs publics souhaitent favoriser de nouvelles organisations pour la médecine de ville comme la création de communauté professionnelles territoriales de santé (CPTS) ou de maisons de santé pluri professionnelles (MSP).

Et en ce qui concerne les soins de support (aide psychologique, accompagnement social, soutien nutritionnel, etc.), ils sont plus facilement accessibles au sein de l'institution hospitalière qu'au domicile où leur accès est moins « visible ». Il est clair que sur ce point particulier, la ville a une place à tenir, en proposant son aide et sa collaboration à des structures déjà très impliquées et possédant déjà en la matière une bonne expertise comme la Ligue contre le cancer ou d'autres associations. Il restera à définir la forme sous laquelle cette contribution pourra se mettre en place.

Pour ce qui est du second point, celui des aidants, toutes ces évolutions dans la pratique des soins impactent déjà fortement la place et le rôle de l'entourage des personnes atteintes de cancer. Environ 5 millions de Français aident un proche touché par le cancer, et 62 % d'entre eux continuent à exercer une activité professionnelle. Leur présence est souvent jugée comme indispensable par les malades et leur rôle doit être reconnu par la société. Ils sont souvent ces combattants de l'ombre qui assument leur rôle parfois jusqu'à l'épuisement. Si des associations proposent leur aide aux aidants, les pouvoirs publics n'ont pas vraiment pris la mesure du problème.

Si la politique de santé d'une collectivité peut facilement mettre en place ou favoriser des actions de prévention des cancers, il est plus difficile d'imaginer son rôle dans le parcours de soin d'une personne malade. Néanmoins, elle peut avoir une action facilitatrice dans l'organisation des soins de ville et elle peut jouer un rôle important dans l'accès aux soins de support et en particulier en direction des aidants.

Ainsi, la Ville de Saint-Étienne envisage deux actions importantes pour faciliter l'accompagnement des personnes malades : favoriser l'ouverture de deux nouvelles maisons de santé pluri professionnelles et créer une maison de répit pour les aidants.

OBJECTIF STRATÉGIQUE N°2.1

ENCOURAGER ET ACCOMPAGNER L'INSTALLATION DE MAISONS DE SANTÉ PLURIDISCIPLINAIRES (MSP)

Les MSP sont des structures de soin de proximité, labellisées par l'Agence Régionale de Santé (ARS), permettant un exercice coordonné sur un territoire de santé donné. Les maisons de santé pluri professionnelles sont créées par une équipe de professionnels médicaux et paramédicaux exerçant en libéral et qui signent un projet de santé commun.

Une MSP est beaucoup plus qu'un simple regroupement de professionnels sous le même toit. Pour être labellisé, le projet doit répondre à un certain nombre de critères :

- Constitution d'une équipe pluri professionnelle avec au minimum 2 médecins généralistes et 1 professionnel paramédical,

- La MSP doit proposer une offre de soin accessible à tous (tarification, créneaux de soins non programmés, horaires d'ouverture élargis...),
- Les professionnels doivent proposer des parcours de soin coordonnés : logiciel médical commun et partagé, réunions pluri professionnelles, protocoles de soins, partenariats avec les acteurs de santé du territoire,
- Intégrer un projet de prévention.

Pour les professionnels de santé les avantages sont nombreux : faciliter des échanges, mutualiser des moyens, diversifier leur exercice, éviter la solitude...

Pour les usagers, elles permettent une amélioration du parcours de soin, de la continuité et de la permanence des soins.

Pour la collectivité et les usagers, elles permettent de lutter contre la désertification médicale en offrant des conditions de travail attractives.

La Ville de Saint-Étienne a déjà participé à la création d'une MSP sur le quartier de Montreynaud. L'objectif affiché est de faciliter 2 autres projets. Ces projets devront être réfléchis avec les professionnels de santé et leurs représentants officiels, notamment pour ce qui est de leur lieu d'implantation, à définir en fonction de la densité de population et de la densité médicale à venir.

OBJECTIF STRATÉGIQUE N°2.2

DÉVELOPPER UN PROJET DE MAISON DE RÉPIT À DESTINATION DES AIDANTS

L'épuisement psychologique et physique des aidants est très fréquent mais le plus souvent non exprimé. L'objectif d'une maison de répit est de proposer un temps de rupture, d'autoriser l'aidant à « souffler » afin de lui éviter d'aller jusqu'à un syndrome d'épuisement (« burn out »).

Cette maison de répit devrait être dédiée à toutes les personnes en situation d'aidant et quel que soit la pathologie de la personne aidée. Elle viendrait tout naturellement en complémentarité des EHPAD qui proposent de l'accueil de jour ou de l'hébergement temporaire pour personnes âgées en situation de dépendance.

AXE 3 APRÈS LE CANCER : AMÉLIORER LES PARCOURS DE VIE

Les progrès thérapeutiques et le caractère souvent chronique de la maladie cancéreuse posent le problème du retour à l'emploi et plus largement celui de la réinsertion sociale des personnes victimes de la maladie. Les malades ne connaissent pas toujours leurs droits, ou très souvent imparfaitement. Là encore, une collaboration de la ville avec les associations, les médecins du travail, les différents services sociaux devrait améliorer la qualité des services rendus en la matière auprès des personnes malades et faciliter ainsi leur réinsertion dans la vie normale.

Des associations comme la Ligue contre le cancer interviennent régulièrement dans les entreprises pour aider les salariés anciens malades du cancer, mais aussi pour informer et aider à faire changer le regard de l'entourage professionnel. En nous appuyant sur leur savoir-faire, grâce aux liens tissés entre la ville et les multiples entreprises stéphanoises et en collaboration avec les professionnels de la médecine du travail, nous pourrions participer activement à la réinsertion professionnelle des personnes.

Malgré notre système de santé très solidaire, le cancer est une maladie qui paupérise et fragilise les personnes qui sont dans le besoin. La prise en charge des personnes malades est bien sûr assurée dans sa totalité par la collectivité, mais il existe toujours un reste à charge qui peut faire basculer les plus fragiles dans la grande pauvreté. Là encore, avec les associations de malades, la mise en place d'une « veille » permettrait de dépister précocement les situations les plus précaires et éviter ce basculement.

Même si tout ne reviendra pas « comme avant », la capacité de résilience et de reconstruction des personnes malades est extrêmement importante et même insoupçonnée ! Aussi, tout doit être mis en œuvre pour les aider et leur permettre cette « renaissance » après les traitements.



OBJECTIF STRATÉGIQUE N°3.1

LUTTER CONTRE L'ISOLEMENT DES PATIENTS

Si le parcours médical des personnes atteintes d'un cancer est un enjeu majeur de la lutte contre la maladie, l'accompagnement global de la personne permet également d'améliorer sa vie après la maladie.

Le Plan Cancer doit pouvoir proposer aux patients des dispositifs d'accompagnement global autour de leur personne, couvrant toutes les dimensions de la vie.

OBJECTIF STRATÉGIQUE N°3.2

FACILITER LES DÉMARCHES

Comme expliqué précédemment, la survenue d'un cancer peut avoir des conséquences sur un spectre particulièrement étendues de la vie des personnes.

Or, si certaines ressources existent afin de d'atténuer les perturbations que peut créer un cancer dans la vie d'une personnes, elles sont parfois peu connues ou compliquées à mobiliser.

Il s'agit donc pour la collectivité d'être en mesure de faciliter l'accès des personnes à leurs droits et aux prestations auxquelles elles peuvent prétendre.

OBJECTIF STRATÉGIQUE N°3.3

FAVORISER LE MAINTIEN DANS L'EMPLOI

Le retour à l'emploi s'associe souvent aux difficultés à retrouver le poste de travail d'avant la maladie en raison des conséquences ou des séquelles de celle-ci, augmentant le risque d'isolement des personnes qui peuvent déjà être en situation de vulnérabilité face à la maladie.

L'objectif est donc de parvenir à une meilleure identification des dispositifs existants pour accompagner les personnes et favoriser leur maintien ou leur retour à l'emploi.





AXE 4

LUTTER CONTRE LES INÉGALITÉS SOCIALES ET TERRITORIALES DE SANTÉ LIÉES AU CANCER : METTRE EN ŒUVRE LE PRINCIPE D'UNIVERSALISME PROPORTIONNÉ



Les inégalités sociales et territoriales de santé concernent toute la population, sur l'ensemble du gradient social. De ce fait, les personnes qui ont une position sociale favorable sont en meilleure santé que celles qui sont juste au-dessous, et ainsi de suite jusqu'aux personnes les plus démunies. Si certains déterminants de santé sont liés à la biologie (âge, sexe, patrimoine génétique), d'autres sont liés aux comportements individuels ou aux environnements physiques et sociaux des personnes.

Ainsi, il existe des inégalités dans l'accès à un parcours de santé de qualité pour certaines parties de la population. Ces personnes peuvent donc connaître un accès et un recours moindre aux programmes de prévention et de dépistage, se traduisant par une perte de chance face à la maladie.

La lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé étant fondamentale, les actions de ce Plan cancer doivent passer par une approche pragmatique, adaptée aux différentes populations et aux différents quartiers de la ville de Saint-Étienne.

C'est ce que l'on appelle « l'universalisme proportionné ». L'objectif reste bien d'améliorer la santé de tous et de réduire les inégalités territoriales et sociales de santé, tout en rendant les actions plus accessibles aux personnes qui en ont besoin, dans une optique d'équilibre.

Cibler seulement les populations défavorisées est insuffisant pour réduire les inégalités. En effet, le ciblage des populations induit l'idée d'inclusion et de non inclusion d'un groupe. Cette vision binaire présente deux risques : le premier celui de stigmatiser un sous-groupe, notamment lorsque l'on cible des populations défavorisées et dans le besoin, il y a le risque d'assimiler leurs modes de vie aux causes des inégalités de santé. Le second risque est celui de négliger les besoins des groupes intermédiaires, non inclus dans le ciblage, dont l'état de santé peut être très proche de celui des groupes ciblés.

OBJECTIF STRATÉGIQUE N°4.1

FACILITER L'ACCÈS DES POPULATIONS QUI EN SONT ÉLOIGNÉES À LA PRÉVENTION ET AUX PROGRAMMES DE DÉPISTAGE

Comme expliqué précédemment, certaines populations n'ont pas accès, ou de façon moindre, à la prévention face au risque de cancer et aux programmes de dépistages organisés.

Il s'agit donc pour la collectivité d'être en mesure de faciliter l'accès à ces différents dispositifs aux personnes qui s'en trouvent éloignées, passant ainsi d'une approche générale dans la lutte contre le cancer à une approche ciblée par groupe de population.

OBJECTIF STRATÉGIQUE N°4.2

INFORMER DE FAÇON ADAPTÉE

Le maintien dans l'emploi, la facilitation des démarches, l'accès à la future Maison de répit à destination des aidants... Afin que ces dispositifs bénéficient à tous, il est essentiel d'apporter l'information de façon pertinente aux différents groupes d'habitants qui composent la ville de Saint-Étienne.

Dans le cas contraire, une méconnaissance de ces outils peut amener à un accroissement des inégalités sociales et territoriales de santé, jusqu'au renoncement aux soins pour certaines personnes.

“ ...améliorer la santé de tous et de réduire les inégalités territoriales et sociales de santé... ”

AXE 5

INTÉGRER DE LA « SANTÉ DANS TOUTES LES POLITIQUES »



OBJECTIF STRATÉGIQUE N°5.1

METTRE EN ŒUVRE DES ÉVALUATIONS D'IMPACT SUR LA SANTÉ (EIS)

L'évaluation d'impact sur la santé (EIS) est une démarche de santé publique, qui s'organise en amont d'un projet. Son objectif est d'orienter les décisions en faveur de la santé en maximisant les impacts positifs sur la santé et en minimisant les impacts négatifs. Elle constitue un outil d'aide à la décision qui permet l'engagement d'autres secteurs pour la prise en compte de la santé et de l'équité. Ainsi, si le secteur de la santé a pour mission d'améliorer la santé des populations, de nombreux déterminants de santé sont en lien

avec d'autres secteurs de la société et des politiques publiques (urbanisme, transports, etc), comme cela a été explicité précédemment dans ce rapport.

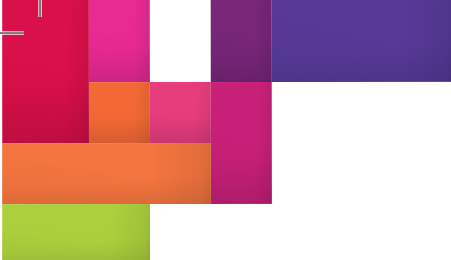
De plus en plus de collectivités territoriales, en amont de projets structurants pour leur territoire, lancent des évaluations d'impact sur la santé, permettant ainsi à la collectivité de favoriser les actions en faveur de la santé au moment de la mise en œuvre du projet.

OBJECTIF STRATÉGIQUE N°5.2

ASSOCIER AU PLAN CANCER L'ENSEMBLE DU CHAMP D'ACTION DE LA VILLE

En accord avec ce qui a été énoncé précédemment, et notamment le principe d'intégrer de la santé dans toutes les politiques, il paraît essentiel d'apporter un fonctionnement fortement transversal aux différents services de la Ville de Saint-Étienne, voire même de la Métropole. Cela doit permettre aux différentes directions, durant les étapes successives des projets qu'elles mènent, d'identifier les impacts sur la santé.





QUELLE PLACE POUR L'ÉTHIQUE ?

Pour définir l'éthique, on peut retenir la définition d'Axel KAHN.

“ *...C'est une interrogation sur la vie bonne et les valeurs qui la fondent...* ”

Au contraire de la morale, statique et qui s'impose d'elle-même, l'éthique est mouvement, elle s'applique aux actions étayant notre libre arbitre entre bien et mal et déterminant le chemin qu'il convient d'emprunter au service de cette vie bonne »

On peut définir aussi l'éthique par « une réflexion qui vise à déterminer le bien agir en tenant compte des contraintes relatives à des situations déterminées ».

Les principes de l'éthique sont au nombre de quatre :

1. principe d'autonomie,
2. principe de bienfaisance,
3. principe de non malfaisance,
4. principe de justice.

L'intérêt de la santé publique pour l'éthique est récent. Une fois encore, c'est la pandémie du SIDA dans les années 1980 qui a mis au tout premier plan la dimension éthique dans la santé publique avec la problématique du dépistage, de l'anonymat, de l'annonce du diagnostic etc.

Toute la réflexion éthique tournera autour du respect des droits et de la liberté des personnes infectées par le virus. Beaucoup plus récemment, la pandémie de COVID 19 nous a confronté à des questionnements assez semblables.

On pourrait penser que les principes de la santé publique sont « naturellement » éthiques puisqu'ils sont sensés améliorer le bien-être des personnes et de la population en général. Mais clairement, des questions demeurent.

Dans un domaine différent de l'infectiologie, il faut évoquer les problèmes éthiques liés au tabac et au tabagisme. Comment faire comprendre au citoyen les dangers du tabagisme pour sa personne, tout en respectant les libertés individuelles ? Comment concilier la liberté de fumer de chacun face à la nécessaire protection de la collectivité vis à vis du tabagisme passif qui augmente de 12 à 19 % le risque de cancer du poumon ?

On voit que le principe d'autonomie des personnes est au cœur du sujet. Si le principe d'autonomie affirme le droit de la personne de prendre ses décisions, s'opposant ainsi au paternalisme des experts, il n'empêche que la protection de la collectivité peut s'opposer au respect de la liberté individuelle.

L'une des questions sera d'évaluer les risques de dérapage de recommandations (pouvant être perçues comme des injonctions) et veiller à ce qu'elles restent compatibles avec les principes démocratiques. Comme avec le principe d'autonomie, toutes les décisions devront être guidées par le principe de justice, lui-même intimement lié à la réduction des inégalités sociales.

Si les programmes de santé sont la plupart du temps très attentifs aux inégalités sociales, néanmoins dans certaines conditions ils peuvent les accentuer. Par exemple, ce sont souvent les populations les plus éduquées et les mieux informées qui profitent le plus des programmes de prévention, de dépistage, ou des différentes aides proposées... Elles savent plus facilement trouver les solutions en termes d'accompagnement.

Inversement, ce sont les personnes les plus défavorisées et les plus démunies qui sont le moins touchées par les campagnes. Un exemple typique est celui de l'augmentation régulière du prix du tabac. Il contribue à appauvrir ceux des plus pauvres qui ne peuvent se défaire de leur addiction. Le principe de justice s'applique également à l'accès aux soins de santé, aux bénéfices de la recherche médicale...

L'objectif est donc de rendre les actions plus accessibles aux personnes qui en ont le plus besoin. Cette approche est celle de « l'universalisme proportionné » de Michael MARMOT. A travers ces quelques exemples on comprend la nécessité de la réflexion éthique dans un projet comme celui du déploiement d'un plan cancer.

Aussi, la mise en place d'un comité d'éthique pourrait être aussi intéressante qu'utile et ses avis pourraient aider à la prise de décision en répondant aux questions de savoir si telle intervention, tel programme ou telles décisions sont éthiquement acceptables. (KASS.N, 2001)

- Quels sont les objectifs de santé publique du programme proposé ?
- Quels sont ses inconvénients connus ou potentiels ?
- Ces inconvénients peuvent-ils être minimisés ?
- Existe-t-il d'autres approches possibles ?
- Le programme peut-il être mis en place de façon équitable ?
- Comment peut-on établir un équilibre équitable entre ses avantages et ses inconvénients ?



The background is a solid red color. In the top-left corner, there is a small cluster of overlapping squares in various colors including purple, blue, orange, pink, and green. On the right side, a large, thick circular arc is composed of several overlapping segments in shades of yellow, orange, pink, and purple. The word "CONCLUSION" is written in white, bold, uppercase letters in the lower-left quadrant.

CONCLUSION

Gâce aux progrès majeurs des traitements, de plus en plus de cancers devraient être guéris dans les années qui viennent.

Si on estime que le taux de guérison actuel est de plus de 50%, on peut raisonnablement penser que dans 10 ans ce taux sera voisin de 70%.

Néanmoins le nombre de nouveaux cas de cancer ne cesse de progresser.

Si cette progression s'explique en partie par le vieillissement et l'accroissement de la population, elle est aussi liée aux facteurs de risque qu'il s'agisse de nos comportements, de notre mode de vie et de notre environnement. Or, ce sont autant d'éléments sur lesquels il est possible d'agir soit individuellement pour ce qui est des comportements, soit collectivement pour ce qui est de l'environnement.

Si une politique de prévention et de dépistage précoce des cancers était plus strictement appliquée, ce sont **plus de 40% des cancers qui pourraient être évités**.

Ces chiffres montrent qu'une véritable politique de santé ne peut se limiter à la seule amélioration des soins.

Si le soin reste indispensable et si son organisation relève essentiellement de l'État, une vraie politique de prévention s'impose pour la population mais aussi pour le système de soins.

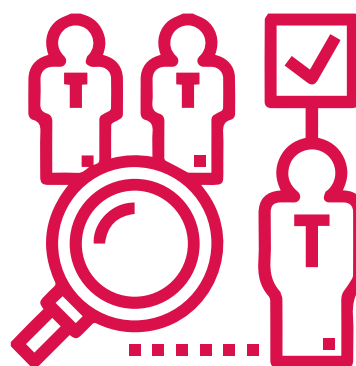
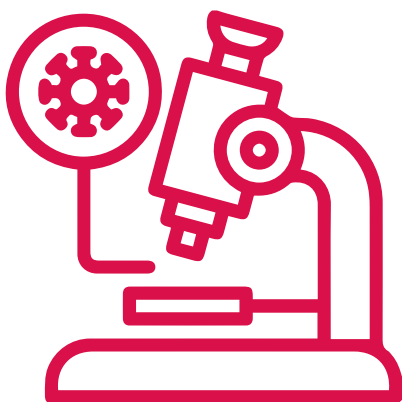
Les collectivités locales doivent y prendre toute leur place, aux côtés de l'État, en agissant sur tous les leviers d'action dont elles disposent.

À l'échelle de la ville, promouvoir et mettre en place des actions de prévention c'est agir non seulement sur la santé des populations au sens de la baisse du nombre de malades, mais aussi sur leur bien être en améliorant la qualité de vie. Mais c'est aussi agir sur l'environnement, la solidarité et le lien social.

Les propositions présentées dans ce rapport sont de ce point de vue innovantes mais adaptées à une politique de proximité mise en œuvre par une municipalité comme la Ville de Saint-Étienne.

Elles doivent être déclinées en mesures concrètes constituant un plan cohérent au bénéfice de la population avec l'ambition de faire de Saint-Étienne une ville dans laquelle la pathologie cancéreuse est prise en compte dans ses différents aspects.

**GRÂCE AU PROGRÈS,
D'ICI 10 ANS UN TAUX DE
GUÉRISON VOISIN DE 70 %**



**PLUS DE 40 % DES
CANCERS POURRAIENT
ÊTRE ÉVITÉS GRÂCE
AU DÉPISTAGE**



Ville de Saint-Étienne
Hôtel de ville – BP 503
42007 Saint-Étienne

T 04 77 48 77 48
courriermairie@saint-etienne.fr
saint-etienne.fr

Conception / réalisation : **Direction de la Communication et du Marketing territorial de la Ville de Saint-Étienne**. Photo retouchée. Adobe stock.
Achevé d'imprimer janvier 2022. Ne pas jeter sur la voie publique.



Saint-Étienne
Ville créative design