

Quels regards les Français portent-ils sur les risques de cancer liés à la nutrition ?

L'INCa et Santé publique France viennent de mettre à disposition le « Baromètre cancer 2015. Nutrition et cancer ». Ce document décrit la perception des français sur le rôle joué l'alimentation dans l'apparition du cancer. Et si 90,8% des personnes interrogées pensent que ce rôle est important, c'est en région parisienne (avec le nord du pays) que la perception de ce lien est la plus faible avec 88,5%.

Voici la communication de l'INCa :

90,8% des Français pensent que l'alimentation joue un rôle important dans l'apparition du cancer. La consommation de charcuteries apparaît pour une majorité d'entre eux comme un facteur de risque ; tout comme le surpoids et l'obésité. Autant de perceptions mises au jour par la publication du nouveau baromètre cancer réalisé pour l'Institut national du cancer et Santé publique France.

Le baromètre cancer INCa/SPF est la seule étude répétée permettant d'appréhender la perception de la population générale sur la prise en charge des cancers, leurs facteurs de risques, les moyens de prévention et de dépistage, ainsi que leurs évolutions dans le temps. L'un des axes de ce baromètre porte sur la perception des risques de cancers liés à la nutrition. Celle-ci est définie par l'Organisation mondiale de la santé comme intégrant l'alimentation et l'activité physique.

Conduit précédemment en 2005 et 2010, le baromètre cancer 2015 est l'une des actions du Plan cancer 2014-2019. Cette nouvelle

édition a été menée auprès de quelque 4 000 personnes de 15 à 85 ans.

Principaux résultats

Près de 91% des personnes interrogées estiment que l'alimentation joue un rôle important dans l'apparition des cancers. Cette conception est d'autant plus importante que le niveau de diplôme ou le niveau de revenu augmente. Les risques et les bénéfices de certains aliments ne sont toutefois pas toujours perçus de façon nette : seules 42,6 % des personnes interrogées considèrent la consommation de viande rouge comme un facteur de risque lié au cancer, tandis que 54,6 % reconnaissent le caractère cancérigène du sel ou des aliments salés. De même les bénéfices de la consommation de fruits et de légumes n'est que modérément perçus comme un bénéfice par les enquêtés (58,1 %).

Les différences de perceptions sont parfois sensibles d'une catégorie de personnes à l'autre. Ainsi, si une large majorité des participants à l'étude (75,5 %) sait qu'être en surpoids ou en obésité comporte un risque de développer un cancer, ce risque est moins connu des personnes les plus concernées. Ces disparités sont aussi sensibles sur le caractère protecteur de la pratique de l'activité physique : ce sont majoritairement les personnes jeunes (15-24 ans) qui en relèvent les bénéfices. Toutefois, au total 70 % des interrogés y voient une manière de diminuer le risque de cancer.

Les perceptions de la population française sur la nutrition ont évolué dans le temps : ainsi, les avis sur le risque ou le caractère protecteur de la nutrition s'affichent comme plus tranchés en 2015 qu'ils ne l'étaient en 2010. Si le facteur protecteur de l'allaitement est encore peu connu (seules 34 % des femmes en ont conscience), ses bénéfices sont néanmoins mieux perçus que 5 ans auparavant.

Source : [INCa](#)

Incidence et mortalité des cancers entre 1990 et 2018 : mieux connaître les typologies de cancers

L'INCa vient de publier un rapport sur l'incidence de mortalité en France de 1990 à 2018. Ce rapport exhaustif se décompose en une synthèse (téléchargeable en bas de page), de deux rapports complets (un sur les tumeurs solides et un autre sur les hémopathies malignes) accompagnés chacun par des compléments. L'ensemble des documents est téléchargeable [sur le site de l'INCa](#).

Voici le communiqué de presse de l'INCa :

Pour la première fois, 74 types et sous-types de cancers et des tendances par âge ont été étudiés.

Le rapport « Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018 » offre une finesse d'interprétation venant renforcer considérablement la connaissance épidémiologique de ces pathologies. Fruit du partenariat entre Santé publique France, l'Institut national du cancer, le réseau des registres des cancers Francim et le service de Biostatistique-Bioinformatique des Hospices Civils de Lyon, il est actualisé tous les 5 ans et représente une étape essentielle dans la surveillance et l'observation épidémiologiques des cancers.

Les informations de cette nouvelle édition contribuent à apprécier les actions préventives et curatives recommandées par les Plans cancer et constituent un point d'appui pour l'élaboration de la future stratégie décennale de lutte contre la maladie

SOUS-TYPES DE CANCERS ET TENDANCES PAR ÂGE : DE NOUVEAUX INDICATEURS POUR UNE SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE RENOUVELÉE

Les estimations présentées dans ce rapport résultent d'une révision majeure de la méthodologie pour estimer l'incidence nationale. Elle s'appuie désormais sur les seules données des registres et utilise des modèles statistiques plus performants. **Cette méthodologie permet ainsi d'estimer, pour la première fois, l'incidence pour 74 localisations de cancers contre 34 auparavant ; soit 27 tumeurs solides et 22 sous-types, 24 entités d'hémopathies malignes et comprend une entité « tous cancers ». Elle permet également de restituer des tendances selon l'âge. La mortalité est disponible pour 19 tumeurs solides, les lymphomes malins non hodgkiniens dans leur ensemble et l'entité « tous cancers ».**

Ces éléments contribuent à approfondir considérablement les connaissances sur un très grand nombre de cancers aux causes, pronostics et thérapeutiques différents.

Dans le cas du cancer du poumon, l'observation, pour la première fois par sous-types apporte un éclairage important. En effet, si l'incidence de ce cancer est plutôt stable chez l'homme (-0,1 % par an sur la période 1990-2018), les données impliquent des évolutions différentes par sous-types. L'incidence des **adénocarcinomes** progresse (+3,9 % par an), tandis que celles des **carcinomes épidermoïdes** et des **cancers à petites cellules** diminuent (-2,9 % par an et

-0,9 % par an). Ces tendances différentes pourraient s'expliquer par la modification de la structure (introduction des filtres, responsables d'une inhalation plus profonde) et de la composition des cigarettes (augmentation de la concentration en nitrosamines).

Cette nouvelle méthodologie permet d'obtenir pour la première fois des **estimations sur les différentes localisations imputables à l'infection par le papillomavirus humain (HPV)** – le cancer du col de l'utérus, le cancer rare de l'anus et dans une moindre mesure, de l'oropharynx – et par tranche d'âge. Ainsi, si le cancer du col de l'utérus est globalement en baisse (-1,8 % par an), l'analyse par tranches d'âge montre à l'inverse un ralentissement de cette baisse, voire une **augmentation de l'incidence de ce cancer chez les femmes de 50 et 60 ans** depuis 2010. Cela pourrait s'expliquer par des comportements sexuels plus à risque favorisant la prévalence de l'infection persistante par HPV pour ces générations. Les évolutions de ces comportements sexuels expliquent probablement aussi l'augmentation importante du cancer de l'anus – cancer en majorité imputable au HPV – observée chez les femmes de 40 à 70 ans et plus marquée depuis 2005. Ce cancer est aussi en augmentation chez l'homme. Cette finesse des données va permettre de renforcer et de mieux cibler les actions de prévention.

PRINCIPAUX RÉSULTATS TOUS CANCERS : L'ÉCART ENTRE LES HOMMES ET LES FEMMES SE RÉDUIT, DÉFAVORABLEMENT POUR CES DERNIÈRES

En 2018, on estime à 382 000, le nombre de nouveaux cas de cancers (54 % chez l'homme, 46 % chez la femme) et à 157 400, le nombre de décès par cancer (57 % chez l'homme, 43 % chez la femme).

L'incidence tous cancers confondus est stable chez l'homme (+0,1 % par an) alors qu'elle s'accroît chez la femme (+1,1 % par an) reflétant une augmentation du risque de cancer. L'incidence (+5,3 % par an) et la mortalité (+3,5 % par an) du cancer du poumon enregistre la plus forte progression chez la femme : une progression liée à l'augmentation du tabagisme.

La mortalité tous cancers confondus baisse, de manière plus prononcée chez l'homme (-1,8 % par an) que chez la femme (-0,8 % par an).

Principaux enseignements sur les tumeurs solides

Des cancers parmi les plus fréquents qui progressent, en partie du fait de facteurs de risques évitables, avec une mortalité en augmentation ou stable.

Si certains cancers, très fortement liés à l'alcool et au tabac, présentent chez l'homme les plus fortes variations à la baisse d'incidence et de mortalité (lèvre-bouche-pharynx, larynx, œsophage), un certain nombre de cancers voient leur incidence augmenter, avec une mortalité qui augmente elle aussi ou qui reste stable. Les consommations excessives d'alcool et de tabac, ainsi que la modification des comportements alimentaires et la prévalence croissante de l'obésité ou de l'hypertension artérielle, pourraient contribuer à expliquer certaines de ces hausses :

- l'augmentation de l'incidence du **cancer du poumon chez la femme** (+5,3% par an) et de la mortalité (+3,5 %) ;
- l'augmentation de l'incidence du **cancer du pancréas** (+2,7 % par an chez l'homme et +3,8 % chez la femme) et la hausse de la mortalité chez la femme (+1,2 % par an) ;
- l'augmentation de l'incidence du **cancer du foie** (+1,6 % par an chez l'homme et +3,5 % chez la femme) ;
- l'augmentation de l'incidence du **cancer du rein** (+1,4 % par an chez la femme et +1,7 % chez l'homme) avec une

tendance récente à l'augmentation de la mortalité chez ce dernier.

Le risque solaire et UV reste également important. Le **mélanome cutané**, lié aux expositions aux rayonnements ultraviolets (UV) naturels et artificiels, augmente de façon plus marquée chez l'homme (+4,0 % par an) que chez la femme (+2,7 %) depuis 1990, aboutissant pour la première fois en 2018, à une incidence identique chez l'homme et chez la femme, avec dans le même temps une stagnation de la mortalité.

La progression de ces cancers plaide en faveur d'un renforcement de la prévention. Toutefois, de nombreux facteurs de risque ne sont pas encore identifiés, d'où la nécessité des recherches étiologiques.

Des diagnostics plus précoces et des avancées thérapeutiques qui favorisent une baisse de la mortalité, notamment parmi les cancers les plus fréquents

Les modifications des pratiques médicales, la mise en place de dépistages organisés, la précocité des diagnostics ou encore les progrès thérapeutiques pourraient être à l'origine **d'évolutions favorables de la mortalité** pour certaines localisations de cancer dont :

- le **cancer du sein**, avec une mortalité en constante diminution depuis 1990 (-1,3 % par an) alors que son incidence augmente entre 2010-2018 (+0,6 % par an) ;
- le **cancer colorectal**, avec un recul conjoint de la mortalité (-1,6 % par an) et de l'incidence (-0,6 % par an) chez les hommes et de la mortalité (-1,6 % par an) seule chez les femmes ;
- le **cancer de la prostate**, avec une baisse de la mortalité (-3,7 % par an entre 2010 et 2015) et également de l'incidence (-3,5 % par an entre 2010 et 2015) ;
- le **cancer du col de l'utérus**, avec une baisse de la

mortalité (-2,1 % par an) et également de l'incidence (-1,8 % par an) qui toutefois n'est pas homogène dans le temps et est plus faible chez les femmes de 50 et 60 ans.

Une augmentation des hémopathies malignes dont les causes restent à explorer

En 2018, le nombre de nouveaux cas d'hémopathies malignes est estimé à **45 000** (environ 12 % des cancers diagnostiqués).

Leur incidence varie considérablement selon les sous-types. **Cinq entités totalisent plus de 50 % des cas** annuels : le myélome multiple/plasmocytome (5 240 cas par an), le lymphome diffus à grandes cellules B (5 070 cas), les syndromes myélodysplasiques (4 740 cas), la leucémie lymphoïde chronique/lymphome lymphocytaire (4 670 cas) et la leucémie aiguë myéloïde (3 428 cas).

L'incidence des hémopathies malignes est **en augmentation dans les deux sexes** (exceptée pour 3 sous-types qui stagnent et 4 autres qui diminuent). Les modifications démographiques ou les changements de classification, ne suffisent pas à expliquer cette augmentation, ce qui laisse une large place pour la recherche étiologique sur ces maladies et les interactions entre facteurs environnementaux et génétiques.

Source : [INCa](#)

Appel à candidatures : cancérologie pédiatrique

Accélérer la recherche fondamentale et translationnelle en cancérologie pédiatrique : aide à la mutualisation, à la structuration et au partage des données de recherche

Cet appel à candidatures a pour objectif d'enclencher rapidement une dynamique pour la mise en œuvre du partage des données en cancérologie pédiatrique, en mobilisant et en fédérant les différentes communautés de chercheurs impliquées ainsi que les pédiatres. Il s'inscrit dans le cadre de la mise en place d'une collaboration formalisée d'un groupe de chercheurs, d'envergure nationale, centrée autour d'une pathologie ou d'un groupe de pathologies de cancérologie pédiatrique.

Les équipes du groupe ainsi formé devront s'appuyer sur la mutualisation de données déjà disponibles mais fragmentées, et dont le partage nécessitera un travail de structuration préalable. Ces données devront être de types différents : données « omiques », données cliniques (au diagnostic et pendant le suivi des patients...), ressources biologiques ou des collections d'images (histologie ou radiologie).

La mutualisation, la structuration et le partage de ces données devront également permettre de répondre à une question de recherche fondamentale et/ou translationnelle dans le cadre d'un projet de recherche qui sera soumis à l'évaluation dans

cet appel à candidatures.

Ce projet de recherche ne pourra pas être mené sans le travail préalable de mutualisation et de structuration des données.

Date limite de soumission : 26 septembre 2019 – 14h00

Tous les documents nécessaires pour le dépôt de candidature sont disponibles [sur le site de l'INCa](#).

Enquête nationale 3C + tableaux de bord 3C

L'INCa vient de lancer une grande enquête nationale auprès des 3C qui ont jusqu'au 19 juillet inclus pour la compléter via le lien qu'ils ont reçu.

Voici les précisions fournies par l'institut pour cette enquête :

« Vous avez reçu le questionnaire de l'INCa concernant l'étude nationale sur les 3C, incluant les questions annuelles de l'enquête tableau de bord des 3C. Il n'y aura ainsi cette année qu'un seul questionnaire à remplir.

Pour rappel, cette étude est en lien avec l'objectif 16.5 du Plan cancer 2014-2019 « Structurer l'organisation territoriale de proximité autour de l'objectif de continuité et de globalité des parcours de prise en charge », c'est en ce sens que l'Institut national du cancer a donc engagé une réflexion sur l'évolution des structures de coordination en cancérologie dont les centres de coordination en cancérologie.

L'étude nationale d'analyse des centres de coordination en cancérologie est conduite en trois phases :

1. Phase 1 (4 mois) : Définition de la méthodologie de l'étude

et constitution d'une cartographie des 3C ; FINALISE

2. Phase 2 (5 mois) : Analyse de la mise en œuvre des missions des 3C et des interfaces entre les acteurs notamment avec les RRC ; EN COURS

3. Phase 3 (3 mois) : NON INITIÉ

a. Identification de préconisations sur l'évolution des missions, l'organisation et les modalités de coordination régionale des 3C.

b. Élaboration d'un guide d'évaluation des 3C destiné aux ARS.

Nous attirons votre attention sur l'importance de la bonne complétude de ce questionnaire pour la qualité de l'interprétation des données qui seront recueillies et donc pour l'identification de préconisations sur l'évolution des missions, l'organisation et les modalités de coordination régionale des 3C.»

Autorisation en chirurgie du cancer : adapter la méthode de quantification de l'activité soumise à seuil

Pour prendre en charge les personnes atteintes de cancer, les établissements de santé doivent disposer depuis 2009 d'une autorisation spécifique délivrée par leur agence régionale de santé (ARS), s'appuyant entre autres sur des seuils d'activité. Concernant la chirurgie des cancers, ces seuils s'adressent à l'activité d'exercice chirurgicale de cancer et concernent six localisations : digestive, gynécologique, urologique, thoracique, sphère oto-rhino-laryngologique et

maxillo-faciale (ORL-MF) et mammaire. La ministre des Solidarités et de la Santé a sollicité l'expertise de l'Institut national du cancer, par une saisine du 12 janvier 2018, afin de préparer les futurs décrets encadrant l'activité de traitement du cancer en réinterrogeant les déterminants de la qualité et de la sécurité des prises en charge (notamment les seuils d'activité).

Dans ce cadre, cette fiche mise à disposition par l'INCa propose une méthode alternative afin d'améliorer la mesure de l'activité d'exercice soumise à autorisation en chirurgie, qu'elle soit réalisée par voie chirurgicale ou par voie endoscopique.

Source : [INCa](#)

L'Anap publie une boîte à outils pour atteindre les prérequis d'Hop'en

Dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé « [Ma santé 2022](#) » et de son volet numérique, la DGOS a lancé début 2019 [le programme HOP'EN](#) qui constitue la nouvelle feuille de route nationale des systèmes d'information hospitaliers à 5 ans. Il a comme ambition d'amener – d'ici 2022 – les établissements de santé à un palier de maturité de leur système d'information, nécessaire pour répondre aux

nouveaux enjeux de décloisonnement du système de santé et de rapprochement avec les patients.

Ce palier de maturité est défini par 4 prérequis (identités & mouvements, sécurité, confidentialité, échange & partage) et 7 domaines fonctionnels prioritaires.

Afin d'aider les établissements de santé à atteindre ces prérequis, l'ANAP vient de publier une boîte à outils. Celle-ci est composée de :

- **Un autodiagnostic** pour se situer par rapport aux exigences des prérequis ;
- **Un plan d'action** détaillé pour l'atteinte des prérequis, indicateur par indicateur ;
- **Dix fiches méthodes** pour guider la mise en œuvre de ces actions :
 - la mise en œuvre de l'identitovigilance ;
 - la mise à jour du référentiel unique de structure ;
 - le plan de reprise de l'activité et procédures de fonctionnement en mode dégradé ;
 - l'évaluation des taux de disponibilité ;
 - le rôle du responsable de sécurité des systèmes d'information (RSSI) et *data protection officer* (DPO) ;
 - la charte d'accès au système d'information ;
 - la cartographie applicative ;
 - la politique de sécurité et plan d'actions de sécurité des SI ;
 - la conformité en matière de protection des données ;
 - le peuplement du répertoire opérationnel des ressources (ROR).
- **Neuf modèles** de document pour gagner du temps dans la production des attendus des indicateurs et éléments de preuve pour les candidats au financement :
 - une procédure de mise en œuvre de l'identito-

- vigilance dans un ES ;
 - une procédure de mise en oeuvre de l'identito-vigilance dans un GHT ;
 - une procédure type de mise à jour du référentiel structure ;
 - un modèle de PRA ;
 - un modèle de méthode d'évaluation des taux de disponibilité ;
 - une fiche de poste de DPO ;
 - une fiche de poste de RSSI ;
 - un modèle de charte d'accès au SI ;
 - un support de description de la cartographie applicative.
-

Source : [ANAP](#)

Démographie médicale et formation initiale en cancérologie – données 2016-2017

Cette fiche, que vient de publier l'INCa, dresse un état de la situation démographique des spécialités médicales en anatomocytopathologie, en oncologie médicale, onco-hématologie et oncologie radiothérapie, qui interviennent dans le traitement du cancer. Elle propose également un état des lieux régional s'appuyant sur des indicateurs relatifs au volume d'activité, à l'évolution de l'âge des professionnels et à la formation en cancérologie afin d'identifier les régions en

situation de fragilité. *In fine*, cette fiche vise à éclairer les décisions publiques dans l'ouverture de postes en cancérologie et l'évolution des formations en cancérologie.

De façon générale, on peut dire que l'Île-de-France est plus richement doté en professionnels de santé spécialisés que les autres régions de France.

Source : [INCa](#)

1,6 millions de fumeurs en moins en deux ans

La journée mondiale sans tabac 2019 aura lieu le 31 mai. L'occasion pour BEH, bulletin épidémiologique hebdomadaire de Santé publique France, de faire le point sur le tabagisme.

En 2015, le tabac a fait près de 75 000 morts en France (cancers, maladies cardiovasculaires ou respiratoires), ce qui représente plus d'un décès sur huit. Sur les deux dernières années toutefois, avec 1,6 millions de fumeurs en moins, la baisse est d'une ampleur inédite. Cette baisse se traduit par l'arrêt du tabac chez les fumeurs et par la réduction du nombre de jeunes entrant dans le tabagisme.

Le BEH attribue ces bons résultats à une politique publique cohérente avec de nombreuses mesures fortes dont l'augmentation des prix, la mise en place du paquet neutre, le

remboursement des substituts nicotiques et l'opération Mois sans tabac. Pour autant cette baisse ne doit pas masquer :

- des inégalités sociales marquées : les plus diplômés ont une prévalence du tabagisme quotidien de 19,4% tandis que le reste de la population a une prévalence de 28,2% ;
- un nombre de décès attribuables au tabac toujours en augmentation chez les femmes (+5% par an en moyenne).

Sources : [Santé publique France](#)

Santé publique France – stratégie 2022

En plus de [son rapport annuel 2018](#), Santé publique France vient de publier « Stratégie 2022 » afin de présenter les grandes orientations de travail et les réponses aux défis de santé publique de l'organisme pour les prochaines années.

Pour le cancer, c'est une préoccupation transversale puisque 5 programmes d'actions de Santé publique France le concerne : Tabac ; Alcool ; Nutrition ; Travail et santé ; Maladies non transmissibles. De façon générale, les programmes d'actions vont essentiellement se concentrer à :

- mieux alimenter les connaissances utiles à l'action avec surveillance et suivi des évolutions ;
- mettre en oeuvre des politiques de prévention ;
- animer un réseau de partenaires publics et privés afin

d'être le plus efficace possible.

Source : [Santé publique France](#)

Dépistage du cancer colorectal : reprise de l'envoi des tests dès le 21 juin

La Caisse nationale d'Assurance maladie (Cnam) prend une mesure d'urgence pour assurer la continuité du dispositif de dépistage du cancer colorectal.

À cette fin, elle vient de conclure un marché transitoire de fourniture de kits de dépistage immunologique et de gestion de la solution d'analyse. Le dispositif de commande en ligne sera réactivé dès la fin mai. La reprise de la livraison des kits aux professionnels de santé et aux centres régionaux de coordination et de dépistage des cancers aura lieu dès le 21 juin.

Cette mesure de la Cnam intervient alors que la procédure de passation du nouveau marché pour la fourniture et la lecture des tests immunologiques vient d'être annulée par décision de justice.

L'Assurance maladie a également relancé une nouvelle procédure d'appel d'offres pour la fourniture de kits de dépistage et de solutions d'analyse, qui devrait aboutir à la fin 2019.

L'Institut national du cancer reste mobilisé, aux côtés de l'ensemble des acteurs, pour favoriser une mise à disposition des tests sur l'ensemble du territoire dans les meilleurs délais.

Il est important de rappeler que le dépistage par test immunologique, **tous les 2 ans entre 50 et 74 ans** (personne à risque moyen sans symptômes), est **la meilleure arme pour lutter contre le cancer colorectal**.

Chaque année, ce cancer touche 45 000 personnes ; près de 18 000 en décèdent (2^e cancer le plus meurtrier en France).

[Source : INCa](#)

Un guide HAS : La conciliation des traitements médicamenteux pour sécuriser la prise en charge des patients atteints de cancer

La prise en charge des patients atteints de cancer implique une stratégie thérapeutique évolutive dans le temps, qui associe des médicaments à haut risque, et relève d'une prise en charge multidisciplinaire. Afin de tenir compte de ces

spécificités, la HAS complète son travail de 2017 sur la mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux par un guide dédié à la cancérologie. Par un partage d'informations tout au long du parcours de la personne atteinte de cancer, l'objectif est de garantir une continuité des soins médicamenteux et de prévenir les risques d'erreurs de traitements.

La conciliation des traitements médicamenteux est une démarche de prévention et d'interception des erreurs médicamenteuses reposant sur une transmission formalisée et exhaustive des informations entre les différents professionnels de santé, en lien avec le patient. Elle apparaît comme particulièrement pertinente en cancérologie en raison des nombreux médicaments à risque prescrits, du nombre de transitions entre structures de soins et de la multidisciplinarité nécessaire à la prise en charge des patients atteints de cancer. Les patients sont suivis sur le long cours, ont des traitements anticancéreux régulièrement réévalués (produit, dose, mode d'administration) pour s'adapter à l'évolution de la maladie. Tous ces éléments incitent à la mise en œuvre de cette démarche afin de garantir une plus grande sécurisation de la prise en charge médicamenteuse des malades.

L'intérêt de la conciliation des traitements médicamenteux en cancérologie

Selon l'INCa, l'activité de cancérologie représente près d'un quart de l'activité hospitalière globale, avec 7,3 millions d'hospitalisations en lien avec le diagnostic, le traitement ou la surveillance d'un cancer en 2017 (hors activité de radiothérapie en secteur libéral privé).

La prise en charge du patient atteint de cancer comporte des spécificités liées à la fois à la pathologie cancéreuse

(pathologie au long cours et potentiellement évolutive), à l'organisation des soins (prise en charge alternée ville/hôpital avec séquences hospitalières itératives), et aux produits de santé concernés. En effet, les médicaments utilisés sont à marge thérapeutique étroite et à haut niveau de risque de survenue d'erreurs médicamenteuses. De plus, certains d'entre eux sont à l'origine d'effets indésirables – ce qui peut amener le patient à recourir à des thérapies complémentaires, à de l'automédication et des compléments alimentaires dont les professionnels de santé n'ont pas forcément connaissance, mais dont l'impact sur le traitement anti-cancéreux lui-même peut être délétère.

Des études démontrent l'intérêt de la conciliation des traitements médicamenteux en cancérologie. Par son action de prévention et d'interception des erreurs médicamenteuses au moyen d'un partage d'informations, elle permet d'en réduire le nombre.

Le guide publié aujourd'hui décrit comment mettre en œuvre concrètement une conciliation des traitements médicamenteux en cancérologie. La HAS recommande, autant que possible, une conciliation dite proactive, intervenant avant la première prescription de traitements anti-cancéreux : elle repose sur un bilan médicamenteux actualisé chaque fois que nécessaire.

Le guide est accompagné de mises en situation illustrant ces modalités pratiques, éprouvées par des professionnels de santé. Elles donnent des exemples de mise en œuvre de la démarche de conciliation des traitements médicamenteux en cancérologie en mettant en exergue des populations éligibles selon des moments identifiés comme opportuns au cours du parcours du patient atteint de cancer.

La conciliation des traitements

médicamenteux demeure un enjeu national

La HAS tient à rappeler l'importance de la conciliation des traitements médicamenteux pour toute prise en charge. Elle a en 2018 actualisé son guide de référence publié en 2017. La démarche repose sur les professionnels de santé, du social et du médico-social. Mais aussi sur les patients, les usagers et leur entourage : la conciliation des traitements médicamenteux assure la bonne information du patient et par voie de conséquence contribue au bon usage du médicament par celui-ci.

Ces guides s'intègrent dans un processus au long cours pour lequel la HAS mobilise d'autres leviers de déploiement de la conciliation des traitements médicamenteux. L'évolution de la réglementation depuis 2015 va dans le même sens. Depuis février 2018, la HAS propose un volet médicamenteux de la lettre de liaison à la sortie d'une hospitalisation qui permet de tracer sur un même document l'ensemble des médicaments pris par le patient avant cette hospitalisation et à prendre après celle-ci. À cela s'ajoutent le développement de la certification des logiciels d'aide à la prescription et d'aide à la dispensation (LAP et LAD) et l'intégration prévue d'un critère visant à soutenir le développement de la conciliation des traitements médicamenteux dans le dispositif de certification rénové qui sera déployé à partir de 2020.

Source : [HAS](#)

Vaccination contre les infections à papillomavirus humains (HPV) : la mise au point de l'INCa et de Santé publique France

L'Institut National du Cancer et Santé Publique France constatent la circulation d'informations, rapportées dans certains articles de blogs et dans la presse, qui remettent en cause la vaccination contre les infections à papillomavirus humains (HPV) et souhaitent, dans ce contexte, apporter un éclairage sur les données disponibles 10 ans après la mise en place de cette vaccination dans plus de 70 pays.

Vous trouverez, ci-dessous, une synthèse du décryptage de ces informations :

1. Les données en vie réelle valident l'efficacité du vaccin

Les vaccins contre les HPV ont démontré leur efficacité en vie réelle et leur impact sur la prévalence des infections HPV et les lésions précancéreuses du col de l'utérus (Australie, Suède, Ecosse, Etats-Unis, Belgique, Allemagne, Nouvelle-Zélande, Danemark, Canada).

Il n'y a pas à ce jour de données montrant un remplacement des génotypes vaccinaux par des génotypes non vaccinaux suite à l'introduction des vaccins contre les infections à HPV.

2. Il est trop tôt pour observer l'efficacité des vaccins contre les infections à HPV sur l'incidence du cancer du col de l'utérus d'après les données des registres

L'impact de la vaccination sur les cancers du col de l'utérus

ne peut commencer à être visible que plus de 10 ans après l'introduction des vaccins en raison du délai long entre l'infection par les HPV oncogènes et la survenue d'un cancer (le plus souvent entre 10 et 30 ans).

Les jeunes filles vaccinées à 12-13 ans en 2007 (tranche d'âge optimale pour la vaccination puisque les jeunes filles ont très peu de chances d'avoir été en contact avec le virus HPV) ont eu 19-20 ans en 2014. Les données d'incidence du cancer du col de l'utérus sont disponibles jusqu'en 2012 ou 2015 (via Global Cancer Observatory et Nordcan respectivement) et il est donc trop tôt pour observer un impact de la vaccination contre les HPV sur les cancers du col de l'utérus chez les 20-24 ans. L'impact sera visible lorsque les premières cohortes de jeunes filles vaccinées à la préadolescence atteindront l'âge de l'entrée dans le dépistage du cancer du col de l'utérus (i.e. entre 2020 et 2025 dans les pays ayant introduit la vaccination chez les adolescentes en 2007).

Les données d'incidence du cancer du col de l'utérus chez les femmes âgées de 25-29 ans en 2014 concernent, selon les pays, des femmes non vaccinées ou des femmes vaccinées « en rattrapage », soit après 14 ans, âge pour lequel l'efficacité attendue du vaccin est moindre en raison de la possibilité pour ces jeunes filles d'avoir déjà été en contact avec le virus HPV avant la vaccination.

3. Une augmentation de l'incidence des cancers du col de l'utérus chez les femmes âgées de 25 à 49 ans dans certains pays est observée mais sans rapport avec la vaccination contre les HPV

Dans certains pays, les données d'incidence montrent une augmentation de l'incidence du cancer du col de l'utérus chez les femmes âgées de 25 à 49 ans et ce dès le début des années 2000, c'est-à-dire antérieurement à l'introduction des vaccins HPV arrivés sur le marché à partir de 2006/2007. Ces femmes n'ont pas été concernées par la vaccination HPV.

Les raisons de ces évolutions sont à investiguer en fonction du contexte de chaque pays car les causes de l'évolution de l'incidence du cancer du col de l'utérus peuvent être multiples, par exemple : évolution du taux de participation et des modalités de dépistage du cancer du col de l'utérus, évolution des comportements sexuels (âge des premiers rapports sexuels, nombre de partenaires, type de pratique sexuelle) avec pour conséquence une augmentation de l'exposition aux HPV.

Source : INCa