

Les 23e rencontres infirmières en oncologie

Depuis une vingtaine d'années, l'AFIC (Association Française des Infirmier(e)s de Cancérologie) organise les Rencontres Infirmières de Cancérologie.

Le prochain rendez-vous, fixé au 21 mars 2020, aura lieu à la Maison de la Chimie.

[Le programme à télécharger](#)

Pour en savoir plus et s'inscrire : [AFIC](#)

Recommandations HAS et INCa pour prévenir certaines toxicités sévères des chimiothérapies par fluoropyrimidines

L'Institut national du cancer (INCa) et la Haute Autorité de Santé (HAS) publient des recommandations sur les modalités de recherche du déficit en enzyme DPD dans le cadre de chimiothérapies comportant des fluoropyrimidines. L'objectif est d'éviter certaines toxicités très graves chez des patients déficitaires en enzyme DPD, enzyme qui contribue à

l'élimination par l'organisme de ces médicaments. En février 2018, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a préconisé la recherche d'un déficit en DPD pour tout patient concerné par une chimiothérapie intégrant des fluoropyrimidines. Pour détecter en pratique ce déficit, l'INCa et la HAS recommandent aujourd'hui la réalisation d'un examen : la mesure de l'uracilémie.

Chaque année en France, près de 80 000 personnes atteintes d'un cancer – principalement digestif, du sein ou ORL – sont traitées par une chimiothérapie à base de fluoropyrimidines – 5-fluorouracile dit 5-FU ou capécitabine (Xeloda® et génériques) – médicaments utilisés seuls ou en combinaison avec d'autres anticancéreux.

Les fluoropyrimidines peuvent entraîner des toxicités sévères chez 1 patient sur 5, voire des décès (entre 1 patient sur 100 et 1 patient sur 1000). Une partie de ces toxicités est liée à un déficit d'activité de la principale enzyme permettant l'élimination de ces médicaments, appelée dihydropyrimidine déshydrogénase (DPD). Le déficit peut être partiel (3 à 5 % des patients) ou total (entre 0,01 % et 0,5 % des patients).

Pour éviter certaines de ces toxicités, l'ANSM s'est prononcée en février 2018 en faveur de la recherche systématique de ce déficit chez tous les patients devant recevoir une chimiothérapie utilisant les fluoropyrimidines.

Pour compléter cette première décision, l'INCa et la HAS ont réalisé un travail d'évaluation des examens sanguins disponibles. Ils publient aujourd'hui des recommandations sur l'examen à réaliser et sur la conduite thérapeutique à tenir en fonction des résultats du patient.

CONNAÎTRE LA VALEUR DE L'URACILÉMIE

DE CHAQUE MALADE AVANT D'INSTAURER UNE CHIMIOTHÉRAPIE À BASE DE FLUOROPYRIMIDINES

L'INCa et la HAS ont travaillé en concertation avec un panel pluridisciplinaire d'experts comprenant des oncologues, des biologistes, des pharmaciens et les représentants de l'ANSM. Compte tenu des incertitudes persistant sur la fiabilité des tests de génotypage et dans l'attente de données complémentaires, ils ont établi un objectif prioritaire : permettre avant tout d'identifier tous les patients déficitaires complets en DPD afin de prévenir, a minima et autant que possible, les toxicités les plus graves, en particulier celles pouvant entraîner un décès.

Ils ont également posé comme autre objectif que le test retenu ne conduise pas à un diagnostic erroné de déficit complet en DPD, empêchant pour ces patients faux positifs l'accès aux fluoropyrimidines, qui n'ont parfois pas d'alternative de même efficacité.

Au terme de ces travaux, il apparaît que l'examen le plus à même de répondre à ce jour à ces objectifs est la mesure de l'uracilémie, concentration plasmatique de l'uracile [\[1\]](#). Mesurer sa concentration dans le sang est aujourd'hui la technique la plus fiable pour déterminer si le patient a un déficit complet en enzyme DPD. Cet examen permet également d'identifier les déficits partiels en DPD.

Pour la réalisation pratique de cet examen, l'INCa et la HAS préconisent :

- des conditions strictes de circuit du prélèvement sanguin, impératives pour la fiabilité des résultats ;
- des valeurs seuils pour l'interprétation de ces résultats ;
- un délai de rendu de résultats, de la prescription du

test à la réception du résultat par le clinicien, idéalement de sept jours, au maximum de dix jours. Au-delà, l'initiation retardée du traitement pourrait être préjudiciable pour le patient.

La HAS, qui a la mission de donner un avis à l'Assurance maladie sur le remboursement des actes médicaux, se prononce aussi en faveur de l'inscription au remboursement de la mesure de l'uracilémie.

CONSÉQUENCES DU RÉSULTAT DU TEST SUR LE TRAITEMENT DU PATIENT

Le risque de toxicité sévère augmentant lorsque l'uracilémie augmente, la décision de recours ou non à une fluoropyrimidine et, le cas échéant, le choix de la posologie initiale, doivent ainsi tenir compte du niveau d'uracilémie du patient, selon les modalités suivantes :

- **en cas d'uracilémie supérieure ou égale à 150 ng/ml** (évocatrice d'un déficit complet en DPD), le traitement par fluoropyrimidines est contre-indiqué, compte tenu du risque de toxicité très sévère. En cas d'absence d'alternative thérapeutique, le recours aux fluoropyrimidines ne peut être envisagé qu'à dose extrêmement réduite et sous surveillance très étroite. Dans ce cas, un suivi thérapeutique pharmacologique (dosage sanguin du médicament) est fortement recommandé ;
- **en cas d'uracilémie comprise entre 16 ng/ml et 150 ng/ml** (évocatrice d'un déficit partiel en DPD), et sur la base d'un dialogue entre le laboratoire et l'équipe médicale, la posologie initiale des fluoropyrimidines doit être adaptée en tenant compte du niveau d'uracilémie mesuré, en plus des autres facteurs de risque de toxicité déjà pris en compte (protocole de traitement, âge, état général du patient...). Un

réajustement thérapeutique doit être envisagé dès le deuxième cycle de chimiothérapie en fonction de la tolérance au traitement et/ou du suivi thérapeutique pharmacologique s'il est disponible.

Quel que soit l'examen retenu, l'INCa et la HAS rappellent que la détection des déficits en DPD ne pourra prévenir qu'une partie des toxicités sévères ou létales des chimiothérapies puisque toutes celles liées aux fluoropyrimidines n'ont pas pour origine un déficit en DPD. Par ailleurs, les autres anticancéreux pouvant être utilisés en combinaison avec les fluoropyrimidines entraînent également des toxicités.

Ces recommandations sont susceptibles d'évoluer en fonction de la mise à disposition de nouvelles données jugées de niveau de preuve suffisant pour justifier une actualisation.

Les recommandations :

Source : [INCa](#)

Survie à long terme des personnes atteintes de cancer

Pour la première fois, l'Institut national du cancer, le réseau des registres des cancers Francim, le service de biostatistique des Hospices civils de Lyon et Santé publique France publient un rapport portant sur la survie des personnes atteintes d'un cancer, en fonction du temps écoulé depuis le diagnostic.

Indicateur récent, la survie nette conditionnelle apporte un nouvel éclairage sur la survie des personnes atteintes de cancer. Elle fournit un pronostic dynamique, en actualisant la probabilité de survie au fur et à mesure que le temps s'écoule depuis le diagnostic. Complémentaire de la survie nette habituellement utilisée, elle permet d'étudier la survie à long terme. Elle est ainsi particulièrement informative pour le médecin.

Une étude de grande ampleur

L'étude porte sur les 15 tumeurs solides les plus fréquentes chez les femmes et les 17 tumeurs solides les plus fréquentes chez les hommes. Elle repose sur les données issues des registres des cancers métropolitains pour la période 1989-2013

Points clés à retenir sur la survie nette conditionnelle

L'étude montre que le risque de décéder de son cancer varie dans le temps et selon les types de cancers en cause.

- **Pour la plupart des cancers étudiés, on observe qu'en dehors de périodes critiques comme le début de la maladie, le risque de décéder de son cancer tend à diminuer.** La survie nette à 5 ou 10 ans est ainsi largement conditionnée par le risque de décès dans la période qui suit immédiatement le diagnostic.
- **Pour certains cancers (ORL, mélanome, col utérin, ovaire, sein, système nerveux central), le risque de décès augmente durant la première voire la deuxième année suivant le diagnostic avant de diminuer ensuite.**
- Pour d'autres cancers, le risque de décéder de son cancer au cours de la cinquième année suivant le diagnostic reste supérieur à 10%. C'est le cas de la moitié des cancers étudiés chez les hommes (cavité orale, foie, hypopharynx, œsophage, oropharynx,

pancréas, poumon, système nerveux central). Les perspectives semblent plus favorables chez les femmes, tout particulièrement les plus jeunes, avec cinq cancers sur les 17 étudiés présentant un risque de décès supérieur à 10% dans la cinquième année après le diagnostic (pancréas, foie, système nerveux central, poumon, ovaire).

Le rapport :

Source : [INCa](#)

Les actions de recherche en cancérologie – Rapport scientifique 2017

L'INCa vient de mettre à disposition son rapport scientifique 2017 qui rappelle l'ensemble des initiatives pour la recherche menées dans la lutte contre le cancer, en détaillant les ressources déployées et mises en œuvre.

Le rapport :

Lutte contre le tabagisme : Record pour #MoisSansTabac et bilan de l'appel à projets de l'ARS Île-de-France

#MoisSansTabac

Lancée pour la première fois en 2016, la campagne #MoisSansTabac mise sur un élan collectif pour inciter les fumeurs à arrêter de fumer. Un mois sans tabac multiplie par 5 les chances d'arrêter de fumer définitivement, car après 30 jours d'abstinence, la dépendance est bien moins forte et les symptômes de manque (nervosité, irritabilité) sont moins présents.

[Santé publique France](#) revient avec quelques chiffres sur cette 3^{ème} édition qui a battu tous les records avec une progression de 54% du nombre d'inscrits par rapport à 2017 (soit 241 391 personnes) :

- 86 000 téléchargements de l'application d'e-coaching dédiée
- 21 000 appels à la ligne téléphonique de Tabac Info Service
- 118 fans de la page facebook #MoisSansTabac et 4900 followers sur twitter
- plus de 200 partenaires pour plus de 300 actions de proximité pour accompagner les fumeurs à l'arrêt du tabac

Bilan de l'appel à projets de l'ARS pour la prévention et la réduction du tabagisme

L'ARS Île-de-France a bénéficié d'une enveloppe de 4 millions d'euros dans le cadre de l'appel à projets régional de prévention et de réduction du tabagisme – Fonds de lutte contre le tabac. L'enjeu est de mettre en œuvre et de renforcer des actions sur 4 axes :

- protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabagisme
- aider les fumeurs à s'arrêter
- amplifier certaines actions auprès des publics prioritaires avec la volonté de réduire les inégalités sociales de santé
- déployer le dispositif « lieux de santé sans tabac »

L'ARS Ile-de-France a reçu 84 dossiers d'actions portées par des promoteurs variés : associations, établissements de santé, collectivité territoriales, caisse primaire d'assurance maladie, établissements scolaires. Le montant de subventions demandées s'élève à 10 692 468 euros. **60 dossiers ont été retenus pour un montant de 3 947 800 euros.** Une somme de 52 200 euros est réservée au financement de la formation infirmières à la prescription des TSN (traitement de substituts nicotiques) pour des sessions en 2018 et 2019.

Au-delà du respect du cahier des charges, **les actions retenues sont dirigées vers des publics prioritaires** (jeunes, femmes, personnes vulnérables) et des territoires ciblés (contrat local de santé, quartier prioritaire de la politique de la ville).

Plusieurs d'entre elles sont financées de façon pluriannuelle. Elles s'inscrivent dans la démarche de l'ARS Île-de-France, promoteur de santé publique, visant à mettre la prévention au cœur de sa démarche, dans un objectif affirmé de réduction des

inégalités sociales et territoriales de santé.

Sources : [Santé publique France](#) – [ARS Île-de-France](#)

Les 11 propositions de la Ligue pour une meilleure prévention

Pour ses premiers Etats généraux, la Ligue contre le cancer publie un Livre blanc avec 11 propositions « phare » issues des Etats généraux de la prévention des cancers, résultat de la consultation menée au travers des ateliers et de la consultation citoyenne. Elles expriment ainsi les convictions des différents participants, citoyens, chercheurs et experts qui ont participé à cette démarche collaborative.

Pour télécharger le Livre blanc :

Voici les 11 propositions « phare » de ce livre blanc :

Proposition n°1

Renforcer l'implication des citoyens dans les politiques de prévention et la promotion de la santé – Étendre la démocratie en santé au champ de la prévention à tous les échelons

1.1. Enrichir le processus démocratique en utilisant des plateformes participatives et des jurys citoyens

- La participation des citoyens favorise l'appropriation des actions de prévention ;
- Les plateformes participatives et les jurys citoyens permettent de bénéficier de l'expérience de chacune et de chacun pour construire des actions plus adaptées et donc plus efficaces.

1.2. Associer les citoyens à la construction des messages de prévention

- Les messages doivent prendre en compte les besoins et attentes des citoyens ;
- Les messages doivent être accessibles et compréhensibles par le plus grand nombre ;
- Ces messages doivent être adaptés au niveau de littératie en santé des individus.

1.3. Utiliser préférentiellement des approches ascendantes

- Les programmes ou les actions de prévention doivent s'appuyer sur l'expérience des citoyens et des acteurs ;
- Cette construction ascendante permet de mieux répondre aux besoins des populations à qui elles s'adressent.

1.4. Favoriser les mobilisations citoyennes pour permettre l'appropriation des politiques et des messages de prévention par les citoyens

- La mobilisation citoyenne est un moyen efficace de

- lutter contre les lobbies ;
- Les systèmes de médiation (médiateurs, pairs, navigateurs, etc.) doivent être privilégiés.

Proposition n°2

Créer un dispositif d'information numérique national de référence visant à informer et à sensibiliser les individus et les populations à l'exposition aux risques

2.1. Donner des informations pour améliorer la démocratie en santé concernant l'exposition aux risques

- Une information publique de référence est indispensable pour permettre aux citoyens de faire des choix éclairés concernant leur exposition à des risques ;
- Ce dispositif doit être accessible avec tous les modes de consultation courants et notamment à travers les réseaux sociaux pour toucher les plus jeunes et contrer la désinformation (fausses nouvelles ou infox) dont ces réseaux sont souvent les vecteurs ;
- Les informations validées, diffusées par des sites comme vaccination-info-service.fr, devraient être relayées sur les réseaux sociaux via un « community management » proactif et adapté aux publics destinataires ;
- Ce dispositif doit également donner aux utilisateurs la possibilité de faire remonter des informations et des initiatives.

2.2. Donner des informations sur tous les risques de cancers pour faciliter les prises de décision

- Ce dispositif doit renseigner les usagers, de façon accessible et compréhensible, sur l'impact sanitaire des

produits de consommation courante et les risques de cancer associés à leur utilisation et à leur consommation ;

- Il doit fournir des informations équilibrées et validées concernant les bénéfices et les risques des dépistages et des vaccinations ;
- Ce dispositif doit comporter une entrée permettant à chaque citoyen de connaître les risques en lien avec leur travail ;
- Ce dispositif doit comporter une entrée permettant de connaître les risques en rapport avec les lieux de vie.

2.3. Tenir compte des spécificités territoriales et locales

- Une attention particulière doit être portée aux risques spécifiques aux territoires d'outre-mer.

Proposition n°3

Promouvoir, dès le plus jeune âge et tout au long de la scolarité, les comportements favorables à la santé

3.1. Généraliser un label « établissement promoteur de santé » et un réseau les regroupant

- Il s'agit d'intégrer les acteurs déjà engagés sur les territoires et d'inciter les autres à rejoindre le réseau, dans le but de développer une culture commune et partagée de la prévention ;
- Ce réseau doit favoriser la communication, la coopération entre l'École et les acteurs de la prévention à l'échelle départementale ainsi que la co-construction d'actions promotrices de santé.

3.2. Mettre en oeuvre d'ici 3 ans le Parcours éducatif de santé, dans 100 % des établissements scolaires, de la maternelle au lycée

- La mise en oeuvre doit s'appuyer sur le développement des compétences psychosociales des enseignants et de la communauté éducative (infirmiers, conseillers d'éducation, etc.) ;
- Le Parcours éducatif de santé doit en particulier promouvoir l'activité physique chez tous les enfants et les jeunes.

3.3. Développer les compétences psychosociales des parents

- Des programmes, appropriés et validés, doivent permettre aux parents d'apprécier correctement leur état de santé et celui de leurs enfants.

3.4. Concevoir et éditer des manuels scolaires du Parcours éducatif en santé, de la maternelle au lycée

- Constitués sur la base des manuels scolaires classiques, ils doivent être familiers quant à leur usage tant pour les élèves que pour les enseignants ;
- L'ensemble des écoles primaires doit en être doté ;
- En articulation étroite avec ces manuels, des outils d'accompagnement des écoles et établissements seront édités à destination des intervenants du monde associatif et des collectivités territoriales ;
- Cette boîte à outils doit être basée sur les données scientifiques disponibles, résolument opérationnelle, adaptable, évolutive et déclinable de façon différenciée

sur l'ensemble du territoire national.

Proposition n°4

Permettre à chacun de connaître les facteurs de risque auxquels il a été exposé tout au long de sa vie

4.1. Intégrer les différentes expositions environnementales, relatives au travail et à l'habitat tout au long de la vie, en développant la notion d'exposome pour un individu

- Cette information doit être accessible pour permettre à chacun d'appréhender de façon globale son exposition cumulée au cours de son existence.

4.2. Créer dans le Dossier médical partagé (DMP) une fiche d'exposition aux risques de cancer

- Cette fiche d'exposition doit intégrer trois volets : une fiche sur les risques professionnels, une fiche sur les risques environnementaux et une fiche d'expositions liées à l'habitat ;
- Cette fiche d'exposition doit être conçue dans une approche intersectorielle et interministérielle ;
- Les médecins traitants doivent être associés au recueil de facteurs de risque dans le Dossier médical partagé.

Proposition n°5

Réduire les inégalités d'accès à la prévention

5.1. Intégrer les pairs dans les projets de prévention et de promotion de la santé

- Des réseaux de promotion de la santé doivent être soutenus et structurés autour d'équipes professionnelles, expertes dans le domaine ;
- L'action communautaire, pilier de la promotion de la santé et la reconnaissance de savoirs dits « profanes » doivent être les principes sous-tendant les interventions ;
- Il est nécessaire de développer des dispositifs permettant d'intégrer et de salarier systématiquement des pairs (médiateurs, navigateurs, patients experts, etc.) pour développer des actions de prévention.

5.2. Développer des actions auprès des populations les plus vulnérables et des travailleurs manuels exposés à des cancérogènes

- Les actions publiques de prévention, y compris pour les populations à faible niveau de littératie, doivent être lisibles, compréhensibles et accessibles ;
- Les actions ciblées pour réduire les inégalités d'accès à la prévention comme les ateliers-santé ville (ASV) ou d'autres dispositifs spécifiques allant vers ces publics doivent être privilégiés ;
- La formation des acteurs sur les inégalités de santé et sur les interventions ayant démontré leur efficacité pour réduire ces inégalités doit être renforcée ;
- Les actions de prévention communautaire doivent associer les personnes elles-mêmes et, si cela est pertinent, des pairs et/ou des proches ;
- Il est nécessaire de mobiliser et fédérer les acteurs locaux en vue de la prévention en incluant les cabinets médicaux ;

- Le gradient social doit systématiquement être pris en compte dans l'élaboration d'actions locales.

5.3. Construire localement la prévention grâce à un « délégué prévention santé » issu de la population dans chaque milieu de vie

- Un système de médiation par les pairs permet l'amélioration, la mise en oeuvre et l'efficacité des mesures de prévention ;
- Une structure de prévention agréée, pouvant mobiliser en intersectoriel les acteurs de proximité et assurer le suivi et l'évaluation des actions, peut être mandatée.

Proposition n°6

Professionaliser et reconnaître les acteurs de la prévention

6.1. Créer un référentiel des métiers de la prévention

- Il est nécessaire de faire reconnaître les compétences des acteurs de la prévention ; la pluridisciplinarité et la capacité d'aller au plus près des populations doivent figurer comme des compétences obligatoires ;
- Ce référentiel doit intégrer la formation à de nouveaux métiers de la prévention ;
- Ce référentiel doit s'appuyer sur des formations reconnues et diplômantes avec possibilité de validation des acquis de l'expérience (VAE) débouchant sur une véritable reconnaissance professionnelle.

6.2. Créer un module de formation des

professionnels de santé sur l'information en santé

- Les professionnels de santé doivent disposer des éléments nécessaires pour communiquer de façon efficace avec leurs patients et (re)devenir une source d'information de référence accessible.

6.3. Poursuivre l'effort de formation engagé par le service sanitaire

- Le service sanitaire constitue une avancée et une opportunité pour assurer une formation à la prévention et à la promotion de la santé pour tous les étudiants en santé ;
- Il est nécessaire de poursuivre cet effort et d'inclure une telle formation non seulement dans le cursus des professions de la santé et du médico-social mais également, sous des formes à définir, dans tous les autres cursus diplômants conduisant à des professions ayant un impact sur l'environnement et les conditions de vie de la population (transport, urbanisme, logement, etc.) ;
- Un volet « prévention, gestion des risques et inégalités de santé » devrait être inclus progressivement dans le cursus de toutes les formations diplômantes, afin de permettre une diffusion de ces concepts dans la société.

6.4. Référencer, améliorer et déployer les programmes et les outils de prévention validés

- Les professionnels, spécialisés ou non, doivent utiliser des outils validés pour leurs interventions ;
- Les citoyens de tous les âges (depuis le plus jeune âge jusqu'au grand âge) doivent pouvoir bénéficier

- d'interventions ayant prouvé leur efficacité ;
- Ces actions de prévention pourraient être référencées dans un observatoire permettant aux citoyens de contribuer (observatoire participatif).

Proposition n°7

Intégrer un volet prévention des cancers dans toutes les politiques publiques, aux différents niveaux territoriaux

7.1. Piloter et évaluer systématiquement la prévention au niveau interministériel et la mettre en oeuvre à l'échelon territorial par des Contrats locaux de santé

- L'approche préconisée par la Stratégie nationale de santé doit être une réalité tant au niveau ministériel qu'au niveau local ;
- Les Contrats locaux de santé permettent d'associer tous les partenaires, dont les collectivités locales sur un territoire, autour d'objectifs communs.

7.2. Consacrer 10 % de la dépense nationale de santé à la prévention organisée

- Cette dépense est aujourd'hui inférieure à 3 % ;
- Ces 10 % devront soutenir un grand plan national prévention ;
- Des études d'impact en santé doivent permettre de guider la mise en place et le suivi de mesures de prévention efficaces ;
- Il importe de développer simultanément l'évaluation des politiques de prévention.

7.3. Organiser un parcours de prévention adapté aux risques individuels

- Ce parcours doit comporter au moins trois consultations prises en charge à 100 %, pour les hommes et les femmes à trois étapes du parcours de vie : 25 ans, 50 ans et 75 ans ;
- Ce parcours doit être soutenu par le Dossier médical partagé dans lequel devra être inclus un volet « pratiques cliniques préventives » (dépistages, vaccinations, pratiques sportives prescrites, etc.) ;
- Ce parcours doit être adapté et individualisé pour les patients à haut risque de cancer (notamment risques familiaux) ;
- Les professionnels de santé doivent avoir la possibilité de s'impliquer plus fortement dans la prévention « individualisée » des usagers au moyen d'outils et de pratiques permettant le repérage des facteurs de risque individuels.

7.4. Formaliser et garantir la reconnaissance des expositions professionnelles dans le parcours individuel de santé

- Le caractère professionnel d'un cancer doit être recherché systématiquement au moment du diagnostic de cancer en fonction des expositions ;
- Les tableaux de reconnaissance des cancers professionnels doivent mieux prendre en compte l'évolution des connaissances concernant les facteurs de risque.

Proposition n°8

Créer un cadre réglementaire favorable à la prévention et permettant d'aller vers une dénormalisation des principaux facteurs de risque et des causes de cancers que sont l'alcool et le tabac

8.1. Augmenter le prix de vente de l'alcool et du tabac en agissant sur les taxes de ces produits

- Pour le tabac, le plan national de lutte contre le tabac prévoit des augmentations programmées avec l'objectif politique d'atteindre 10 € le paquet en 2020 ;
- Une politique similaire doit être définie et appliquée pour les ventes d'alcool, comme c'est le cas dans d'autres pays.

8.2. Faire respecter la législation et renforcer la publicité contre le tabac et l'alcool

- L'interdiction de vente aux mineurs du tabac et de l'alcool doit être appliquée de façon effective ;
- La législation doit évoluer afin de mieux encadrer la promotion et l'accessibilité des produits du tabac et de l'alcool en :
 - – créant des « Espaces Sans Tabac », notamment dans des lieux extérieurs fréquentés par le jeune public ;
 - – rendant effectivement transparente toute ingérence des industries du tabac et de l'alcool dans la politique de santé publique ;
 - – cette réglementation doit être appliquée aux nouveaux médias dont les réseaux sociaux.

8.3. Mettre en place réglementairement des outils d'information permettant aux citoyens d'adapter leurs comportements (Nutriscore, produits chimiques, etc.)

- L'étiquetage des produits de consommation courante doit informer précisément et simplement le consommateur sur les risques associés ;
- Ces outils ne doivent plus simplement concerner le secteur de l'alimentation mais plus largement l'environnement des citoyens : produits ménagers, produits de décoration et de bricolage, produits phytosanitaires, etc.) ;
- Ces étiquetages pourraient être de type « Nutriscore » ;
- Cette information du citoyen doit être développée au niveau européen.

8.4. Mettre en place des plateformes facilement accessibles permettant aux citoyens de signaler le non-respect de la législation sur la publicité ou de l'obligation d'information

- La législation est encore trop souvent mal connue ou mal appliquée ;
- Les citoyens doivent pouvoir se mobiliser pour faire respecter une réglementation dès lors que leur santé est en jeu et qu'ils encourent des risques de cancer ;
- Cette mobilisation pourra se faire quand il existera des outils permettant une notification facile des constats que les citoyens pourraient faire ;
- Ces outils permettront aux pouvoirs publics d'agir en faisant valoir une mobilisation des citoyens qu'il s'agisse de lanceurs d'alerte ou de mobilisation massive.

Proposition n°9

Renforcer la recherche sur les déterminants des risques de cancer

9.1. Consacrer systématiquement 20 % des sommes allouées à la recherche sur le cancer à la recherche en prévention

- La recherche en prévention est encore peu développée en France malgré des efforts notables des instituts publics ou caritatifs finançant la recherche contre le cancer ;
- Consacrer systématiquement une part substantielle à la recherche en prévention permettrait une mobilisation durable des équipes de recherche.

9.2. Favoriser la recherche sur les programmes de prévention

- L'efficacité et l'efficience des programmes de prévention doivent être systématiquement évaluées afin de valider leur impact à tous les niveaux (biomédical, psychologique, médico-économique, etc.) ;
- Les financements des programmes de prévention validés doivent être pérennisés tout en favorisant l'expérimentation de programmes innovants.

9.3. Donner les moyens à la recherche publique de faire progresser l'état des connaissances sur les facteurs de risque émergents

- Cette recherche doit concerner différents facteurs de risque (additifs variés, perturbateurs endocriniens, conditions d'action des facteurs connus, effet cocktail,

- effet selon l'âge de l'exposition, etc.) ;
- Elle doit être menée de façon indépendante des lobbies ;
 - Elle doit intégrer le soutien aux cohortes de façon pérenne pour permettre la réalisation d'études sur des périodes suffisamment longues.

9.4. Favoriser la recherche interdisciplinaire sur les déterminants des cancers

- Des unités de recherche interdisciplinaires dédiées à la recherche sur les déterminants du cancer doivent être créées par les instituts de recherche ;
- La recherche interventionnelle, les sciences humaines, économiques et sociales et la recherche en santé publique sur les comportements individuels et collectifs et la perception des risques sont encore fragilisées par des financements qui ne s'inscrivent pas assez dans la durée ;
- Des équipes doctorales consacrées à la prévention doivent être créées par les universités pour favoriser le développement de cette recherche.

9.5. Développer une recherche appliquée sur les technologies innovantes en prévention

- La recherche en prévention ne peut se limiter aux facteurs de risque connus ;
- La recherche sur les biomarqueurs et leur utilisation dans les dépistages représente une piste qui doit être développée ;
- Il en va de même pour l'utilisation des outils connectés, de dispositifs d'accompagnement innovants ou de mesures des risques individuels ou collectifs.

9.6. Favoriser le développement de cohortes permettant d'évaluer les risques de second cancer

- Les cohortes sont des outils indispensables à l'étude de certains facteurs de risque de cancer ;
- Elles peuvent aussi permettre de mieux cerner les risques de second cancer.

Proposition n°10

Développer une politique ambitieuse de lutte contre les cancers viro-induits

10.1. D'ici 10 ans, diminuer de moitié les cancers viro-induits

- Les cancers viro-induits représentent une part importante des cancers évitables ;
- Il existe des vaccins disponibles pour deux d'entre eux, vaccins qui ont démontré leur efficacité ;
- La généralisation des mesures de prévention pour ces cancers doit permettre d'atteindre l'objectif visé.

10.2. Proposer systématiquement la vaccination HPV aux garçons et aux filles

- Cette vaccination doit être gratuite ou prise en charge à 100 % ;
- Elle doit être proposée au collège.

10.3. Prévenir et prendre en charge les hépatites virales

- La prévention et le traitement des hépatites virales doivent être accessibles à tous les publics, tout au

long du parcours de vie ;

- Les acteurs et professionnels doivent mener des actions de prévention au plus près des publics à risque et notamment sur les territoires, en proximité ;
- Les médecins libéraux doivent être impliqués dans cette prise en charge.

10.4. Mettre en place des campagnes d'information appropriées et intelligibles

- Ces campagnes doivent être mises en place en même temps que les programmes de vaccination contre le papillomavirus (HPV) ou l'hépatite B (VHB) ;
- Elles permettent de renforcer les connaissances du public sur leur intérêt, d'augmenter leur acceptabilité et, in fine, d'améliorer le taux de vaccination des populations concernées ;
- Elles doivent prendre en compte la réduction des inégalités ;
- L'information doit s'appuyer entre autres sur des outils d'aide à la décision, pour une décision partagée, et être mise en oeuvre par exemple, dans le cadre d'une consultation de prévention.

Proposition n°11

Prévenir les conséquences néfastes de l'après-cancer liées à des expositions aux facteurs de risque

11.1. Formaliser les expositions professionnelles dans le parcours individuel de prévention

- La reconstitution du curriculum laboris doit être systématique et intégrée dans les Réunions de

concertation pluridisciplinaire (RCP) ;

- Les enquêtes d'exposition doivent être réalisées lors d'une hospitalisation pour prise en charge d'un cancer dont les localisations ont des étiologies professionnelles connues (cancérogènes certains pour l'homme selon le classement CIRC).

11.2. Organiser l'accès au droit à la réparation pour les patients après un cancer lié à une exposition (professionnelle, environnementale, etc.)

- Les patients et le grand public doivent être informés sur les liens entre réparation et prévention ;
- La formation initiale et continue des professionnels de santé et des services sociaux sur les enjeux de la réparation en maladie professionnelle est un élément essentiel à la reconnaissance de ce droit pour les patients ;
- Les patients et leurs proches doivent bénéficier d'un accompagnement dans leurs démarches médico-administratives pour la reconnaissance des cancers d'origine professionnelle ; une fiche « patient/travail » devrait figurer dans les dossiers médicaux ;
- Le maintien et le retour à l'emploi après un cancer sont une priorité de la prise en charge des cancers.

11.3. Développer des outils de prévention ciblant spécifiquement les risques de second cancer et de rechute

- Les risques de second cancer sont mal connus et mal pris en charge lors du traitement d'un premier cancer ;
- Les résultats thérapeutiques obligent à prendre compte systématiquement les risques de second cancer ;
- Tous les patients doivent être informés de ces risques

et des moyens qui peuvent être mis en oeuvre pour les éviter.

Source : [La Ligue contre le cancer](#)

Campagne « **Quoi ma gueule ?** »

“Quoi ma gueule ?” est une campagne de sensibilisation imaginée par les membres de l’association Corasso dont les missions sont de **soutenir & informer les personnes touchées par un cancer ORL rare.**

À travers une série de portraits photos et vidéos, des patients dévoilent leurs parcours mais aussi celui de leur famille, amis, collègues, soignants... L’occasion de faire des rencontres inoubliables à la fois émouvantes, drôles, pleine de vie et de courage.

Sensibiliser le grand public à ces pathologies va permettre de déstigmatiser ces personnes touchées par un cancer ORL rare. **Le lancement de la campagne aura lieu le 22 novembre depuis l’institut Curie.**

Le dossier de presse :

Pour en savoir plus : [Corasso](#)

Dépistage des cancers : des fiches d'aide à la pratique pour les professionnels de santé

L'INCa vient de diffuser deux nouvelles fiches d'aide à la pratique destinées aux professionnels de santé :

- La première « **Dépistage des cancers : recommandations et conduites à tenir** » propose une vision globale des dépistages des cancers recommandés et les conduites à tenir en fonction du niveau de risque des patients
- La seconde « **Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus : rôle du médecin et de la sage-femme** » résume les points essentiels concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus et sa prévention par la vaccination anti HPV

Pour télécharger ces fiches :

Source : [INCa](#)

Life is Rose : pour lutter

contre la précarité sociale générée par le cancer

Life is Rose est une association qui vient soutenir les malades du cancer et leurs proches à conserver leur place dans la société par divers moyens : aides financières, reconversion professionnelle, aide à domicile, assurance emprunteur, informations pratiques... Nous avons interrogé Nathalie Laouti-Savariaud, sa fondatrice et présidente.

Pouvez-vous vous présenter ? Nous parler de votre parcours personnel ?

Nathalie Laouti-Savariaud, présidente de Life is Rose : je suis notaire depuis plusieurs années, maman d'un garçon, femme accomplie et investie dans de nombreuses causes. Je ne pensais pas que le cancer frapperait à ma porte 1 mois avant de fêter mes 35 ans. Le sein pour commencer, les ovaires et l'utérus suivront deux ans plus tard. Lorsque qu'on a travaillé pour payer ses études, qu'on s'est battu pour se construire un avenir professionnel qui nous semble assuré, pour soi et sa famille, on est très loin d'imaginer que le cancer peut détruire en quelques semaines cette sérénité « illusoire » et « apparente ». Professionnellement et personnellement, j'ai eu la sensation d'être sur le grand huit, mais en moins drôle, car en perdant mon outil de travail, que je me vois aujourd'hui dans l'obligation de céder à la casse, j'ai aussi perdu tout ce pourquoi je m'étais battue pendant mes années d'études. L'ensemble de mes repères et de mes certitudes a été totalement anéanti par le cancer.

Comment vous est venue l'idée de créer Life is rose ? Quand et

comment est née l'association ?

NLS : L'idée est venue de ma propre expérience et de ma prise de conscience rapide : malgré un métier et des revenus, la précarité n'épargne personne. Après avoir cherché et finalement rien trouvé de concret, l'idée était simple :



créer un outil qui permettrait bien humblement de combler cet oubli du quotidien d'un malade. La vie de tous les jours, les factures, le loyer, la nourriture, la garde des enfants pas prévue, la cantine, les dépassements d'honoraires, les soins annexes non remboursés... Des choses aussi simples qu'acheter à manger peuvent devenir angoissantes. On ne peut pas se soigner correctement quand on se demande comment manger la semaine prochaine et comment préserver le logement de sa famille. Certes, la précarité touche de nombreuses personnes dans notre société, les restos du cœur et le SAMU social ont des actions fortes, mais dans lesquelles un actif malade ne peut pas se retrouver.

C'est en 2013 que l'association a été vraiment créée avec la rédaction des statuts et un premier gala de charité expliquant le projet. Défi relevé, première rencontre avec les travailleurs sociaux en local dans les Pyrénées-Atlantiques, qui deviendront très vite nos partenaires, et qui ouvriront aussi le champ des possibles en communiquant autour de l'action menée. Une aide fiable et concrète, enfin !

Combien de personnes vous ont rejoint à l'association ? Qui

sont-ils ? Quels sont leurs profils (métier)

NLS : Aujourd'hui, nous sommes environ 25 bénévoles, mais les équipes tournent et, à ce jour, nous ne comptons aucun salarié. Les profils sont divers : des personnes qui réalisent que la cause défendue peut être leur quotidien du lendemain. Professeurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise, secrétaires, comptables, directeurs d'agence, proviseurs de collège, jeunes retraités, professionnels libéraux, éducateurs spécialisés...



Parallèlement, de nombreuses autres personnes nous soutiennent quotidiennement, comme notre parrain Imanol Harinordoquy (joueur international de rugby) qui est toujours disponible, mais aussi des personnalités issues des médias, des sportifs de haut niveau ou des grands chefs cuisiniers mettant leur notoriété et leur savoir à disposition de l'association... Et n'oublions pas les patients aidés un jour qui reviennent pour nous proposer leurs services ou font un don.

Quelles sont les sources de « revenus » de Life is rose ?

NLS : Des dons, des partenariats, des mécénats, du fond privé. De nombreux événements sportifs ou caritatifs qui mobilisent nos bénévoles et l'ensemble de nos soutiens.

Concrètement que proposez-vous aux personnes qui vous contactent ? Quelles sont les actions de Life is rose ?

NLS : Nous tenons une commission sociale deux fois par semaine, gérée par une bénévole formée et accompagnée par 2 ou 3 autres personnes (sachant que la seule obligation chez Life Is Rose est de participer aux commissions sociales qui sont le cœur de notre action. Nous y étudions les dossiers sociaux reçus en provenance des assistantes sociales, des patients ou de leurs proches. [Un dossier vierge est téléchargeable directement sur notre site](#), le contenu est simple et facile à

remplir. Notre grille de lecture est pragmatique, et l'objectif n'est pas de mettre en pansement sur une jambe de bois mais de trouver le bon moyen d'**aider la cellule familiale durablement**.

Comment ? En adaptant notre action à la vie concrète d'une famille : pas d'argent versé en direct, mais des postes quotidiens en aidant et en soulageant le budget déséquilibré : cartes alimentaires pour payer dans les supermarchés, loyers versés directement au bailleur, factures payées directement aux organismes collecteurs...

Nous avons aussi créé un outil innovant, [« Assurose »](#), premier programme collectif d'assurance emprunteur réservé au cancer du sein. Ce n'est pas parfait mais l'idée était d'arrêter de créer des exceptions aux règles et de trouver des vraies solutions adaptées aux situations de personnes qui ont eu un cancer qui travaillent et qui se retrouvent punies toute leur vie à cause de cette maladie ! C'est un début il faut continuer...

Qui peut faire appel à vos services ? Des patients uniquement ou est-ce que des proches peuvent également le faire ? Existe-t-il un profil type de personnes qui prennent contact ?

NLS : Toute personne touchée directement ou indirectement par une pathologie cancéreuse (quel que soit le cancer concerné) : patients, proches, assistantes sociales... mais aussi les soignants. Tout à chacun peut être concerné et de plus en plus de familles osent demander de l'aide... ce n'est pas simple. Mais notre process facilite cette démarche : pas de guichet, un dossier simple, un contact avec non pas des administrations mais des personnes qui ont connus ou qui ont compris ce qui se passe dans la vraie vie !



Sur quel secteur géographique intervenez-vous ?

NLS : Nous intervenons sur toute la France Métropolitaine ainsi que sur les DOM-TOM.

Combien de dossiers par an sont reçus par Life is rose ?

NLS : Environ 2500 par an.

Est-ce que l'association a des projets à venir dont vous voudriez nous parler ?

NLS : La création d'une maison pilote dans les Pyrénées-Atlantiques afin d'accueillir en urgence une famille, un couple ou un patient, avant une intervention ou pendant quelques heures ou pendant quelques jours, à un enfant de faire ses devoirs pendant que sa maman est en chimio, ou s'arrêter prendre de l'info sur ce qu'on peut faire quand on ne peut plus se loger... car on ne rentre plus dans les cases pendant et après... La descente aux enfers, c'est aussi ça : isolement et méconnaissance de l'info et des solutions potentielles, réaliser des démarches administratives de retour à l'emploi, au logement... déployer le travail réalisé à grande échelle.



Comment vous contacter ?

NLS : Un mail contact@lifeisrose.fr ; un site www.lifeisrose.fr ; un tel 06.18.10.61.34

Nous avons toujours besoin de bénévoles et de dons...

Le flyer à télécharger :

<p>PENDANT et APRES un CANCER</p> <p>2 COMMISSIONS SOCIALES par semaine</p> <p>DEPUIS 2013 de nombreux EVENEMENTS</p> <p>25 BENEVOLES PERMANENTS ACTIFS</p> <p>2500 familles aidées par an en France</p>	 <p>L'aide est le remède</p>	<p>95% affecté aux malades grâce à vos DONS et SOUTIENS</p> <p>1 PARRAIN #imanolharinordoquy</p> <p>LOYERS, FACTURES, GARDE D'ENFANTS, NOURRITURE, CANTINES, SOINS DE SUPPORTS, ...</p> <p>Pour que la PRECARITE ne soit plus une FATALITE</p> <p>www.lifeisrose.fr </p>
--	---	--

Pour en savoir plus : [Life is Rose](http://www.lifeisrose.fr)

Rencontres Infirmières en Oncologie : appel à communication

Le 23 mars prochain se tiendront les 22^{èmes} RIO – Rencontres Infirmières en Oncologie – organisées par l'Association Française des Infirmier(e)s de Cancérologie (AFIC). Un appel à la communication est lancé aux professionnels souhaitant partager autour de la spécificité des soins infirmiers en cancérologie : dispositifs, organisations, expériences, réflexions et nouveautés pour améliorer au quotidien la prise en charge des patients.

Pour partager leurs idées, les professionnels pourront proposer une communication orale ou un poster.

La date limite des soumissions a été fixée au 28 décembre 2018.

[Le formulaire de soumission](#) (docx – 70,8 Ko)

[L'appel à communication avec le règlement](#) (pdf – 421 Ko)

Pour en savoir plus : [le site des Rencontres Infirmières en Oncologie](#)

Repérage de la souffrance psychique des patients atteints de cancer

Après celui sur les cancers colorectaux, l'INCa publie un nouveau guide à destination des médecins généralistes afin de les aider à repérer la souffrance psychique chez leurs patients atteints de cancer.

Les impacts de la souffrance psychique induite par le cancer, les facteurs de vulnérabilité personnelle à la détresse psychique ainsi que les périodes critiques du parcours de soins devant faire l'objet d'une vigilance accrue sont présentés de façon synthétique. Des ressources pratiques sont également disponibles pour les médecins comme pour leur patients.

Source : [INCa](#)

#MoisSansTabac revient !

Pour la troisième année consécutive, #MoisSansTabac est de retour. Ce défi collectif propose à tous les fumeurs d'arrêter de fumer pendant un mois avec le soutien de leurs proches.

S'inscrire à #MoisSansTabac permet gratuitement :

- d'accéder au kit d'aide à l'arrêt et à la valise du participant
- d'avoir un accompagnement pour aider les fumeurs tout au long de ce mois :
 - par mail
 - par téléphone au 39 89 (service gratuit + coût de l'appel du lundi au samedi de 8h à 20h)
 - grâce à l'appli e-coaching (disponible sur l'[App Store](#) et [Google Play](#))
 - avec la communauté #MoisSansTabac sur Facebook avec des groupes régionaux pour bénéficier d'un soutien de proximité (pour les Franciliens, [c'est par là](#))

Source : tabac-info-service.fr