



# *Les cancers en Picardie*

## *Enquête en médecine générale*

# Sommaire

<b>Préface</b>	Page 5
<b>Préambule - Le cancer en l'an 2000</b>	Page 9
<b>A) Introduction</b>	Page 15
<b>B) Méthodologie</b>	Page 19
<b>I) Constitution de l'échantillon</b>	Page 19
<b>II) Le questionnaire</b>	Page 19
<b>III) Classification des cancers</b>	Page 19
<b>IV) Extension des cancers</b>	Page 19
<b>V) Cancer et âge</b>	Page 22
<b>C) Enquête médecin</b>	Page 23
<b>I) Composition socio-démographique des médecins constituant l'échantillon</b>	Page 25
<b>II) L'origine géographique des médecins ayant participé à l'enquête</b>	Page 26
<b>III) L'implication des médecins dans la prise en charge des cancers</b>	Page 26
1) Une implication personnelle importante	Page 26
2) Un souhait : être plus impliqué dans le suivi des patients	Page 27
<b>IV) Nouveaux cas de cancers par an dans la clientèle</b>	Page 27
<b>D) Enquête patients</b>	Page 29
<b>I) Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon</b>	Page 31
1) Distribution selon l'âge et le sexe des patients	Page 31
2) Origine géographique des patients	Page 32
3) Catégorie socio-professionnelle des patients	Page 32
<b>II) État des cancers lors du diagnostic</b>	Page 34
1) Les principaux cancers féminins	Page 34
2) Les principaux cancers masculins	Page 35
3) Répartition des cancers en fonction de l'âge du patient	Page 35
4) Extension des cancers lors de leur diagnostic	Page 37

<b>III) Trajet diagnostic et thérapeutique</b>	Page 39
1) Le médecin généraliste en premier recours	Page 39
2) Décomposition des différentes étapes qui amènent au diagnostic	Page 39
<b>IV) Les filières de soins en Picardie</b>	Page 46
1) Structures de suivi des patients atteints d'un cancer	Page 46
2) Motivations pour aller se soigner hors région	Page 46
3) Des comportements différents selon les départements	Page 47
4) Villes et traitement du cancer	Page 47
<b>V) Les traitements du cancer</b>	Page 49
1) Principaux traitements du cancer	Page 49
2) Traitement selon l'extension de la maladie	Page 49
<b>VI) Qualité de la prise en charge des patients cancéreux</b>	Page 51
1) Situation clinique des patients	Page 51
2) Communication médicale	Page 52
<b>E) Conclusion</b>	Page 55
<b>F) Annexes</b>	Page 59
1) Cantons d'origine des patients	Page 61
2) Localisation de la tumeur primitive en fonction du sexe	Page 63
3) Localisation de la tumeur primitive en fonction du département de domicile	Page 64
4) Lieux principaux de traitement et de suivi	Page 65
5) Situation clinique des patients suivant la classification TNM	Page 66
6) Questionnaire médecin	Page 67
7) Questionnaire patient	Page 68
8) Courrier médecin	Page 71

## *Préface*



## Préface

L'enquête sur "les cancers en Picardie" menée par l'ORS avec le concours de l'URML de Picardie et le soutien financier de l'URCAM est exemplaire car elle permet, s'il en était besoin, de légitimer le choix du cancer comme priorité sanitaire régionale officialisée par la conférence régionale de santé et la mise en place d'un programme régional de santé (PRS) : "la Picardie contre le cancer".

En effet, notre région apparaît comme l'une des plus défavorisées dans ce domaine et cela est parfaitement mis en évidence dans cette étude.

On pourra objecter que cette enquête, pour laquelle tous les médecins généralistes de la région ont été sollicités, ne porte en fait que sur un petit nombre (72) de praticiens mais leur répartition géographique, la répartition hommes-femmes, et les tranches d'âge sont en bon reflet de la pratique de la médecine générale dans notre région.

Il apparaît surtout que le médecin généraliste est véritablement le pivot dans le domaine de la cancérologie ; il est à l'origine de la démarche diagnostique dans plus de 3/4 des cas et il est de plus en plus impliqué dans la prise en charge thérapeutique.

Si la Picardie apparaît défavorisée (rôle de la précarité ?), elle dispose cependant d'armes importantes tant dans le domaine du recueil des données que dans celui du dépistage du cancer.

La Picardie devrait pouvoir disposer d'un registre des cancers à l'instar de celui de la Somme, et de structures de dépistage bénéficiant de l'expertise de ce qui se fait de longue date dans la Somme pour le cancer du sein et qui devrait pouvoir être étendu rapidement au dépistage du cancer rectocolique et du cancer du col utérin.

C'est là une priorité de santé publique.

Docteur Philippe DESCOMBES  
Président de l'URML de Picardie



*Préambule*

*Le cancer en l'an 2000*



## **Préambule - Le cancer en l'an 2000**

### **Diversité**

Fin juillet 1999, Mme X., 76 ans, fumeuse et râleuse invétérée, bien connue de son médecin traitant pour une maladie inflammatoire du tube digestif, le consulte pour un renouvellement de son traitement. Au cours de cette consultation, son médecin découvre à l'examen clinique une tuméfaction au pli de l'aîne qui présente toutes les caractéristiques d'une adénopathie d'une tumeur maligne. Il l'adresse à un confrère-spécialiste hospitalier qui fait pratiquer une biopsie exérèse chirurgicale de l'adénopathie. L'examen anatomo-pathologique révèle une maladie de Hodgkin. Elle présentait par ailleurs des adénopathies latéro-aortiques et médiastinales. Début septembre, elle débutait sa première cure de chimiothérapie. À la quatrième cure, le bilan notait une disparition complète des signes tumoraux. Elle poursuivait son traitement et après la sixième cure, bénéficiait d'une radiothérapie complémentaire. Les médecins l'ont alors déclarée en rémission et décident de la surveiller régulièrement.

Décembre 1999, Mr. Y., 76 ans, coronarien connu, était hospitalisé en urgence pour œdème pulmonaire aigu et insuffisance rénale aigüe. Passé le traitement d'urgence, le bilan étiologique devait révéler un cancer de la prostate métastasé avec obstruction des voies urinaires responsable de l'insuffisance rénale. Les médecins décidèrent de le soigner par hormonothérapie avec mise en place d'une sonde à demeure. Entré amaigri, dénutri, dans un état proche de l'impotence complète, il est sorti 3 semaines plus tard. Une coopération entre le médecin généraliste, l'infirmière et le kinésithérapeute avait été organisée sous l'égide de l'hôpital pour lui permettre de retourner à son domicile où il devait décéder quelques mois plus tard.

Ces deux exemples permettent de mieux illustrer la diversité des cancers rencontrés aujourd'hui, de leurs traitements et de leurs prises en charge. De nos jours, les médecins disposent d'un arsenal thérapeutique assez vaste et adapté au type et à l'extension du cancer qui leur permet d'obtenir, une fois sur deux, la guérison de la maladie. Pour une maladie qui symbolise la mort et la souffrance, ces faits sont bien légers, difficiles à soutenir devant une personne souffrant de ce mal et rarement intelligible par elle. Aussi, par réaction contre la tentation de l'euthanasie et sous l'influence des associations de malades, se sont développées les prises en charge multidisciplinaires, bio-psycho-sociales, et surtout un mouvement pour les soins palliatifs qui visent à rendre sa dignité à la personne malade.

Ainsi, en cette aube du nouveau siècle est-il bon de faire un point sur le cancer, sur nos connaissances et sur les perspectives.

### **Contexte national**

Le cancer est une maladie qui, dans les pays développés, concerne ou concernera un individu sur quatre. Parmi ces personnes qui présenteront un cancer au cours de leur existence, plus de la moitié le développera après 65 ans. Le principal facteur de risque favorisant la survenue d'un cancer est l'âge et le vieillissement naturel qui en résulte. Les hommes sont plus fréquemment touchés que les femmes et les cancers qu'ils développent sont également plus meurtriers que les cancers féminins. Ces résultats reflètent en fait les différences liées aux habitudes de vie, aux expositions toxiques et aux effets hormonaux. Ainsi les décès par cancer représentent-ils 32 % des décès masculins et 22 % des décès féminins. Chez l'homme, les cancers les plus meurtriers sont le cancer du poumon, de la prostate, colo-rectal et des VADS (voies aéro-digestives supérieures). Chez la femme, ce sont les cancers du sein, colo-rectal, de l'utérus et des ovaires. Il faut noter la forte augmentation de l'incidence des cancers des VADS et du poumon chez ces dernières alors que les cancers des VADS sont plutôt en diminution chez les hommes ; ceci tient essentiellement aux changements récents des habitudes alcool-tabagiques des deux sexes. Parmi les autres cancers en forte diminution, on peut citer le cancer gastrique et le cancer du col de l'utérus. Les autres cancers sont en augmentation du fait du vieillissement de la population. Enfin il faut souligner que plus de la moitié des cancers masculins pourrait être prévenue par des actions de prévention et plus de la moitié des cancers féminins est accessible à une politique de dépistage.

## Mécanismes physiopathologiques

Le cancer est à la base une maladie principalement génétique sur laquelle viennent se greffer des facteurs d'environnement ainsi que des défaillances du système immunitaire. La théorie qui prévaut actuellement est la théorie clonogénique : suite à des modifications d'oncogènes et ou d'anti-oncogènes au niveau d'une cellule, celle-ci acquiert des propriétés propres, prolifère et se transforme pour aboutir à une tumeur qui, si elle n'est pas traitée, entraînera le décès du malade. La première étape, transformation d'une cellule normale en cellule cancéreuse, se déroule en deux temps. Un premier événement au niveau du génome d'une cellule modifie un oncogène (c'est-à-dire un gène qui favorise la survenue de cancer) ou un anti-oncogène (ou gène suppresseur de tumeur) pour donner une cellule hétérozygote au niveau de l'ADN. Pour obtenir une cellule cancéreuse, la survenue d'un deuxième événement au même niveau de l'ADN, mais sur le second brin, est nécessaire. Cette cellule, désormais homozygote possède les propriétés suivantes : autonomie par rapport aux tissus normaux, altération du contrôle normal de la prolifération cellulaire, perte de l'inhibition de contact et transmission héréditaire des caractères. Ainsi modifiée, elle se multiplie, prolifère et dans sa descendance, apparaissent des mutations spontanées qui confèrent de nouvelles possibilités à une sous-population de cellules dans un ensemble assez proche. La deuxième étape est la phase d'invasion de la tumeur qui se caractérise par un phénomène d'angiogénèse au bénéfice de la tumeur. Il y a formation de nouveaux vaisseaux sous l'effet de médiateurs chimiques synthétisés par la tumeur pour poursuivre son développement. Enfin, la troisième étape est la phase métastatique qui découle des deux précédentes. La dissémination des cellules tumorales à l'ensemble de l'organisme n'est possible qu'en présence de l'association des caractéristiques des cellules cancéreuses et d'une riche vascularisation.

Parmi les principaux événements qui favorisent la survenue de cancers, on doit distinguer les facteurs endogènes et les facteurs exogènes. Les facteurs endogènes sont principalement d'ordre génétique, hormonaux et immunitaires. En effet, de nombreux cancers ont pour origine une maladie ou une prédisposition génétique : c'est le cas des poly-adénomatoses coliques familiales ou du *xeroderma pigmentosum* (trouble de la réparation de l'ADN à l'origine de cancers de la peau). De nombreux cancers sont hormono-dépendants tels les cancers du sein, de la prostate ou de la thyroïde qui sont stimulés respectivement par les oestrogènes, la testostérone et la TSH (*Thyroid stimulating hormone*). Enfin, les déficits immunitaires, congénitaux, acquis ou thérapeutiques (traitements par immunosuppresseur) favorisent la survenue de cancers par défaut de reconnaissance d'anomalies cellulaires et de leur neutralisation. Les facteurs exogènes sont beaucoup plus variés et sont de l'ordre des habitudes de vie (tabac, alcool), de l'alimentation, d'origine toxique professionnelle, de la pollution, des radiations ionisantes des infections par certains virus ou encore favorisés par certains médicaments.

## Dépistage

Le dépistage et le diagnostic précoce sont les deux méthodes qui permettent de lutter contre le cancer, de façon complémentaire aux traitements classiques. Ils permettent de soigner le cancer à un stade très précoce, voire avant que celui-ci ne se développe. Le dépistage consiste en l'utilisation d'un test (examen clinique, biologique ou radiologique) qui permet de distinguer deux populations : l'une indemne de l'affection et l'autre, potentiellement malade alors que les individus qui la composent se croient en bonne santé. On utilisera alors un autre test dans cette population pour confirmer ou infirmer la maladie. Le diagnostic précoce est un diagnostic réalisé alors que la maladie est encore à un stade très localisé et qui entraîne une plainte chez l'individu ou le diagnostic d'une lésion pré-cancéreuse. La plupart des cancers humains sont accessibles à l'une ou l'autre technique. Le dépistage concerne principalement les cancers du sein, du col de l'utérus, du côlon et du rectum. Le diagnostic précoce concerne surtout les cancers de la peau, de la prostate et des VADS. Il s'agit là des cancers les plus fréquents et si les dépistages des cancers féminins (mammographie et frottis cervico-vaginaux) sont relativement bien répandus, le dépistage du cancer colo-rectal par le test Hémocult II® l'est encore insuffisamment. Une généralisation du dépistage du cancer du sein à tous les départements est programmée en 2001, le dépistage du cancer colo-rectal devrait être mené dans onze départements dans un premier temps.

## Traitements

Actuellement, la médecine dispose de nombreuses thérapeutiques qui permettent de lutter contre le

cancer. Chirurgie, radiothérapie, curiethérapie, chimiothérapie, hormonothérapie et immunothérapie sont autant de traitements qui utilisés seuls ou en association peuvent soigner cette maladie. Le choix de la stratégie thérapeutique et donc des traitements s'effectue désormais en réunion de décision thérapeutique qui regroupe malade, chirurgien, radiothérapeute, oncologue, radiologue et autres personnels dont l'avis peut représenter un élément contributif dans le choix du traitement le mieux adapté au cas particulier du patient atteint d'un cancer. Ceci représente bien souvent la première étape concrète d'une prise en charge pluridisciplinaire qui s'inscrit dans une filière de soins.

La chirurgie demeure le traitement prépondérant du cancer. Les indications dans le cadre du cancer sont variées : préventive (exérèse de lésions pré-cancéreuses), exploratrice (si doutes diagnostiques), curative, de réduction tumorale, palliative (dérivation, de propreté, de la douleur), réparatrice... La deuxième arme à la disposition des médecins est l'utilisation des radiations, que ce soit la radiothérapie ou la curiethérapie. La radiothérapie est l'utilisation d'un faisceau de radiations à partir d'une source située à distance du corps humain et orienté vers l'organe cible (cancer) tandis que la curiethérapie consiste en l'implantation transitoire au contact de l'organe malade de fils d'iridium (métal radioactif) qui délivre des radiations uniquement à cet organe (ou, en tous cas, en diminuant très sensiblement le niveau de radiations aux organes voisins). Les indications sont curatives, préventives, cyto-réductrices et antalgiques. La chimiothérapie consiste en l'administration de drogues bloquant la multiplication cellulaire. C'est donc un traitement général le plus souvent réservé aux cancers disséminés ou à haut risque métastatique. L'hormonothérapie est une autre modalité thérapeutique dont l'objectif est la suppression de la stimulation hormonale nécessaire à la croissance de la tumeur. Il peut s'agir d'inhiber la synthèse hormonale par des moyens chirurgicaux ou médicamenteux ou bien d'utiliser des anti-hormones, substances chimiques qui s'opposent à l'action périphérique des hormones naturelles et notamment au niveau de la tumeur. Enfin, l'immunothérapie, dernière modalité thérapeutique mise au point, consiste à stimuler le système immunitaire du patient pour lutter contre le cancer. Elle est déjà utilisée dans le traitement des cancers de la vessie (BCGthérapie), le mélanome malin et le cancer du rein métastatique (interféron) et en hématologie. De nombreux essais cliniques sont en cours afin de parfaire encore l'arsenal thérapeutique et de le rendre mieux adapté à chaque situation particulière. Ainsi, aujourd'hui, un patient sur deux guérit de son cancer.

### **Soins palliatifs**

On ne peut plus aborder le thème du cancer sans évoquer les soins palliatifs. Les soins palliatifs, "*c'est tout ce qu'il reste à faire quand il n'y a plus rien à faire*" (Dr Vanier). Ce concept ne s'est développé que tardivement en France. En effet, cette idée est d'abord apparue dans les années soixante en Angleterre (C. Saunders, St Christopher Hospital) puis s'est diffusée au monde anglo-saxon et notamment au Canada. Elle est apparue en France au début des années quatre-vingt, en réaction par rapport aux mouvements pro-euthanasie des années soixante-dix. Simultanément, elle a rencontré un vif intérêt de la part des malades et de leurs associations qui reprochent souvent aux médecins à la fois un manque d'information et de communication mais aussi et surtout un manque d'écoute et un comportement jugé trop technique et pas assez humain. Cette rencontre entre les aspirations des malades et les convictions des médecins a donc favorisé l'éclosion du mouvement des soins palliatifs en France dans les années quatre-vingt (circulaire du 26 août 1986) et leur généralisation dans les années quatre-vingt-dix (loi hospitalière du 31 juillet 1991).

Les soins palliatifs ne sont pas un abandon du malade mais une période de soins actifs qui privilégie la qualité de la vie sur la durée pour des patients atteints d'une maladie grave et dont l'espérance de vie est réduite. Il s'agit d'une approche globale de la personne qui vise à soulager la douleur physique et la souffrance morale autant que les symptômes. Dans cette perspective, il convient de prendre en compte, non seulement la dimension organique, mais aussi la dimension psychologique, sociale, morale et spirituelle de la personne. Cela nécessite une prise en charge multidisciplinaire qui fait intervenir médecins, infirmières, psychologues, kinésithérapeutes, aide-soignantes, services sociaux... et bien sûr la personne malade et sa famille.

En pratique, les soins palliatifs peuvent se pratiquer soit dans des services spécialisés mais plus souvent au domicile même de la personne souffrante par n'importe quel membre du corps médical ou paramédical. Ils incluent le traitement de la douleur, l'écoute, le traitement de symptômes gênants (dyspnée, troubles digestifs, problèmes cutanés, troubles urinaires, troubles hydro-électrolytiques...).



## *A) Introduction*



## A) Introduction

Lorsque l'on observe la mortalité des moins de 65 ans parmi les pays de l'Union européenne, la France n'apparaît pas à un bon rang, tout particulièrement chez les hommes (devancée juste par le Portugal pour la perte d'années de vie). Or, ce sont les tumeurs qui sont les plus fréquentes dans cette tranche d'âge : elles représentent près de 40 % des décès. Dans ce contexte, les régions du croissant nord de la France contribuent tout particulièrement à ces mauvais résultats français. Ainsi sur la période 1995-97, les trois départements qui composent la Picardie (Aisne, Oise, Somme) se retrouvent respectivement aux 91<sup>e</sup>, 75<sup>e</sup> et 90<sup>e</sup> rangs des 95 départements de France métropolitaine pour leur taux de mortalité prématurée chez les hommes par tumeurs.

Dans ce contexte, il était tout à fait naturel que la première conférence régionale de santé de Picardie ait retenu les cancers comme l'une de ses priorités. Il était tout aussi légitime que se mette en place un programme régional de santé, intitulé " La Picardie contre le cancer ".

Mieux connaître pour mieux agir constitue depuis une quinzaine d'années le slogan majeur des observatoires régionaux de la santé. Or dans le domaine du cancer comme dans d'autres aspects de la santé fort malheureusement, on demeure encore loin d'une connaissance sinon parfaite du moins acceptable. Et encore, la Picardie n'est pas la plus déficitaire puisqu'elle a la chance de disposer d'un registre généraliste sur le cancer pour l'un de ses départements, ce qui n'est pas si fréquent sur l'ensemble du pays.

Aux côtés des informations fournies par le PMSI (programme médicalisé des systèmes d'information) pour les établissements de santé, les enquêtes ponctuelles auprès des libéraux constituent bien une démarche à développer tout particulièrement. En effet, le recueil avec le secteur libéral, et plus particulièrement avec les médecins généralistes, premier contact le plus souvent de la population avec un professionnel de santé, constitue un élément majeur de connaissance.

Dans ce contexte, une enquête concernant la prise en charge des pathologies malignes en Picardie en 1999 et 2000 a été organisée conjointement par l'union régionale des médecins libéraux de Picardie et l'observatoire régional de santé de Picardie, financée par l'union régionale des caisses d'assurance maladie de Picardie sur les crédits du fond national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS).

Ce recueil réalisé en médecine générale permet ainsi d'avoir une autre vision sur cette pathologie. Il fournit des informations sur le sexe et l'âge de survenue, la localisation, la prise en charge des patients, la situation clinique, les orientations des patients, les raisons des choix extra-régionaux.

Enfin bien évidemment, il faut remercier les médecins généralistes de Picardie qui ont participé à cette enquête. Ceux-ci ont accepté de consacrer une partie de leur temps à rechercher dans leurs dossiers les informations nécessaires à la synthèse de ce rapport. Ils ont ainsi contribué à mieux connaître quelques aspects du cancer en Picardie et ont démontré à nouveau le rôle essentiel de la médecine générale dans la connaissance épidémiologique.



## ***B) Méthodologie***



## **B) Méthodologie**

### **I) Constitution de l'échantillon**

Pour effectuer cette enquête, tous les médecins généralistes de Picardie hormis les médecins à exercice particulier ont été contactés par courrier. Un premier envoi comprenant quatre "questionnaires patients" et un "questionnaire médecin" a été réalisé début août. Les médecins qui comptaient plus de quatre patients atteints d'un cancer dans leur clientèle pouvaient contacter l'ORS pour recevoir des questionnaires supplémentaires. Une relance a été effectuée pendant la deuxième quinzaine de septembre.

Au total, 72 médecins généralistes (26 dans l'Aisne, 27 dans l'Oise et 19 dans la Somme) ont répondu et ont participé à l'enquête sans percevoir de financement. Celle-ci inclut 331 patients atteints d'un cancer qui ont consulté leur médecin généraliste pendant la période s'étendant de janvier 1999 au 30 juin 2000, et ce, quelle que soit l'évolution de la maladie. Il est à signaler que le processus mis en place a permis un parfait anonymat des médecins, *a fortiori*, des patients.

### **II) Le questionnaire**

Il s'agissait d'un questionnaire à remplir par le médecin à partir des informations en sa connaissance au moment de l'enquête. Il ne faisait pas appel à l'interrogatoire ni à l'examen clinique du patient mais seulement aux données présentes dans le dossier médical. Il était composé de quatre feuillets, trois feuillets "patients" et un feuillet "médecin" (*cf.* en annexe).

Le questionnaire "patient" abordait quatre thèmes. Une première partie concernait les données socio-démographiques du patient. Une seconde partie portait sur la pathologie cancéreuse en précisant la localisation de la tumeur primitive ainsi que les dates de consultation et de diagnostic. La troisième partie était consacrée aux filières de soins en Picardie ainsi qu'aux principaux traitements contre le cancer. Enfin la quatrième partie s'intéressait plus particulièrement à l'information et à la communication médicale entre médecins spécialistes et généralistes.

Le questionnaire "médecin" mentionnait également les caractéristiques socio-démographiques du médecin enquêtant. Une deuxième partie était consacrée au nombre de nouveaux cas annuels de cancers découverts en clientèle et à l'implication des médecins généralistes vis-à-vis de cette pathologie. Une dernière partie faisait le point sur la formation post-universitaire des médecins, en particulier sur les thèmes cancérologiques.

### **III) Classification des cancers**

Pour cette étude, les médecins devaient indiquer librement la localisation primitive de la tumeur. Celle-ci a été ensuite recodée d'après la 9<sup>e</sup> révision de la classification internationale des maladies (CIM 9). Pour des commodités d'analyse statistique, des regroupements ont été effectués afin de supprimer les résultats aberrants et obtenir des effectifs supérieurs à 5 pour chaque classe de cancers ainsi constituée. Ainsi les cancers des lèvres, du pharynx, de l'œsophage et du larynx ont été rassemblés sous l'appellation cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS), les maladies de Hodgkin, les tumeurs des tissus lymphoïdes, les myélomes et les leucémies sous tumeurs hématologiques. Enfin, sous la dénomination autre tumeur solide, ont été regroupés les tumeurs de siège autre, les autres tumeurs des appareils digestif et respiratoire et les cancers des os, du cartilage, du tissu conjonctif et de l'utérus.

### **IV) Extension des cancers**

Compte tenu des règles internationales et par souci d'homogénéisation, il avait été demandé aux médecins de préciser l'extension de la maladie selon la classification TNM.

La classification TNM est une classification internationale établie par cancer qui reflète l'extension de la maladie. Son intérêt est à la fois thérapeutique (guide le choix du traitement) et pronostic (plus le stade TNM est élevé, moins bon est le pronostic). Elle se présente sous trois lettres (T pour tumeur, N pour adénopathie, M pour métastase) suivies chacune par un chiffre de 0 à 4 représentant l'extension de la maladie. Bien entendu, la gravité du cancer croît avec l'importance des indices.

Dans notre échantillon de médecins, cette consigne a été suivie pour 110 patients et, pour 80 autres, les médecins ont répondu en utilisant la classification de Dukes pour le cancer du côlon, le score de Gleason pour le cancer de la prostate, la classification de Bloom et Richardson pour le cancer du sein, le niveau de Clark et l'indice de Breslow pour les cancers cutanés. Ainsi, en raison des petits effectifs et pour des raisons statistiques, dans les pages qui suivent, l'extension des cancers est présentée soit en parlant d'adénopathies (ou ganglions) et de métastases, soit en utilisant une classification simplifiée distinguant le cancer en une maladie locale, elle-même subdivisée en fonction de la profondeur de l'atteinte pariétale et une maladie générale divisée en fonction de la présence d'adénopathies ou de métastases.

## **V) Cancer et âge**

Les résultats de cette enquête seront présentés pour des patients âgés de 40 ans et plus, d'une part parce que le cancer est une maladie de l'adulte mûr et d'autre part parce que la population des moins de 40 ans ne représente que 7 % de notre échantillon. Toutefois dans ce dernier groupe, il a été décidé de distinguer les moins de 20 ans et les 20 ans et plus pour tenir compte des spécificités des cancers des enfants et adolescents.

## ***C) Enquête médecin***



## C) Enquête médecin

### I) Composition socio-démographique des médecins constituant l'échantillon

La clientèle d'un médecin généraliste dépend de l'âge, du sexe, de la taille de l'unité urbaine dans laquelle il (ou elle) exerce et du choix du mode d'exercice de celui-ci (celle-ci). En général, il existe un effet de cohorte : la clientèle du médecin vieillit avec ce dernier. L'évolution d'une clientèle d'un médecin généraliste peut se schématiser de la manière suivante : un médecin met en général sept ans pour constituer sa clientèle, celle-ci atteint son apogée aux alentours des 40 ans du médecin et décroît après 55 ans par le vieillissement naturel de ses patients et la disparition de certains d'entre eux (voire par la limitation volontaire de son activité pour profiter d'une meilleure qualité de vie -astreintes plutôt que gardes-).

Sur les 72 médecins généralistes qui ont participé à cette enquête, on compte 51 hommes et 17 femmes ; 7 médecins n'ont pas précisé leur sexe et la procédure anonymisante n'a pas permis d'en disposer *a posteriori*. Ils sont distribués suivant une courbe de Gauss : 10 % d'entre eux ont moins de quarante ans et 12 % ont 55 ans ou plus, le restant, soit 78 %, ont entre 40 et 55 ans. L'âge moyen des médecins est de 47,3 ans ( $\pm 8,5$  ans).

La forte proportion de femmes observée chez les moins de 40 ans traduit bien la féminisation de la profession même si le faible effectif rencontré ici peut renforcer cet effet.

#### Répartition des médecins par sexe et par âge

Âge	Hommes	Femmes	Total
Moins de 40 ans	2	5	7
40-44 ans	13	3	16
45-49 ans	14	2	16
50-54 ans	14	4	18
55 ans et +	6	2	8
<b>Total</b>	49	16	65

Source : ORS de Picardie

## II) L'origine géographique des médecins ayant participé à l'enquête

L'échantillon de médecins généralistes est essentiellement basé sur les villes moyennes et les zones rurales. Cette information peut être utile pour la compréhension de certains comportements détaillés dans d'autres chapitres de cette étude.

Parmi ces 72 médecins, 26 % d'entre eux exerçaient dans les grandes villes de la région, et donc 74 % dans des villes moyennes ou en zone rurale. Il apparaît des différences selon les départements. En effet, les généralistes installés dans l'Oise proviennent essentiellement des villes moyennes alors que ceux installés dans les départements de l'Aisne et de la Somme exercent principalement en milieu rural.

Le tableau suivant représente la distribution des médecins en fonction de l'âge et selon la population du canton dans lequel ils exercent. Sur 72 médecins, 13 n'ont pas indiqué leur canton d'installation. Premier constat, le nombre de médecins exerçant à Amiens est peu représenté dans cette étude (moins de 7 % des médecins ont répondu). Il faut aussi remarquer que les médecins exerçant en zone rurale sont plus âgés que ceux installés en ville.

### Distribution des médecins selon l'âge et la population du canton

Classes d'âge	- de 10 000 hab	10 000 à 99 999 hab	100 000 hab et +	Total
moins de 40 ans	1	5	1	7
40 à 54 ans	16	27	3	46
55 ans et plus	2	4	0	6
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>36</b>	<b>4</b>	<b>59</b>

Source : ORS de Picardie

## III) L'implication des médecins dans la prise en charge des cancers

### 1) Une implication personnelle importante

Les médecins généralistes se sentent complètement concernés par la maladie cancéreuse de leur patient tant émotionnellement qu'au point de vue professionnel. En effet, il est de fait impossible de rester indifférent à la souffrance morale et physique de leurs patients et ce d'autant plus que la personne est jeune. Pour faire face à cette angoisse, une bonne partie des généralistes recherche une formation complémentaire.

Témoin de cette forte implication personnelle, ils sont 93 % à suivre une formation médicale continue et, dans 50 % des cas, ils ont abordé des thèmes concernant la cancérologie au cours de ces cinq dernières années. Les thèmes ont trait aux principaux cancers rencontrés dans la population avec, par ordre décroissant : le cancer du sein, du tube digestif, du poumon, des organes génito-urinaires chez l'homme et chez la femme et les cancers ORL. À côté des pathologies d'organes, d'autres thèmes plus transversaux ont été abordés comme la prise en charge de la douleur et les soins palliatifs, la surveillance d'une chimiothérapie à domicile, les thérapeutiques en cancérologie et leurs effets indésirables ou sur d'autres localisations (peau, maladies hématologiques). Certains se sont investis plus avant en s'inscrivant à des diplômes universitaires ou en suivant des formations dans des instituts spécialisés. Enfin, un tiers d'entre eux ont bénéficié d'une formation sur la douleur en cancérologie et 14 % ont suivi une formation en soins palliatifs. Ceci témoigne de l'intérêt des généralistes pour cette pathologie et de leur volonté d'être plus impliqués pour mieux accompagner leur patient.

## 2) Un souhait : être plus impliqué dans le suivi des patients

Le cancer, maladie nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire par excellence tant les aspects humains et techniques sont entremêlés, le rôle du médecin généraliste est assez discuté. On lui reconnaît un rôle important dans l'organisation du dépistage, la détection des cancers, la surveillance des malades entre les différentes phases de traitements, son rôle de premier recours dans la survenue d'affections intercurrentes ou dans la réalisation de soins palliatifs. En revanche dès que le malade franchit le seuil de l'hôpital, il est bien souvent exclu des protocoles thérapeutiques anticancéreux. À peine 14 % sont invités à participer aux réunions pluridisciplinaires pour le diagnostic et le traitement des cancers concernant leurs malades. Par ailleurs, si 55 % d'entre eux se considèrent impliqués totalement dans le suivi de leur malade atteint d'un cancer, 40 % pensent ne pas être impliqués suffisamment. Cette perception l'emporte chez les médecins les plus âgés. Ainsi s'ils ne sont que 5 % à considérer n'être pas du tout impliqué dans le suivi, ces réponses proviennent exclusivement des médecins de 55 ans ou plus.

### Implication des médecins dans la prise en charge des patients atteints d'un cancer

Classes d'âge	Suivi des patients cancéreux			Total
	Non	Insuffisant	Bien impliqués	
moins de 40 ans	0	3	4	7
40 à 54 ans	2	19	30	51
55 ans et plus	1	5	3	9
Total	3	27	37	67
%	5%	40%	55%	100%

Source : ORS de Picardie

### IV) Nouveaux cas de cancers par an dans la clientèle

Pour un médecin généraliste sans exercice particulier, le nombre de nouveaux cas de cancers découverts pendant une année dans sa clientèle n'est, fort heureusement, pas élevé. Les cancers ne constituent pas la pathologie la plus fréquente qu'ils aient à soigner.

Sans indiquer le nombre précis de nouveaux cas de cancers par an dans leur clientèle, une question permettait de savoir s'ils comptaient moins de 3 nouveaux cas, entre 3 et 5 nouveaux cas et plus de 5 nouveaux cas. Les résultats sont les suivants : 28 % des médecins interrogés affirment avoir moins de trois nouveaux cas par an, 45 % entre 3 et 5 nouveaux cas et 27 %, plus de cinq nouveaux cas par an.

Cette répartition est identique, tous cancers confondus, pour les médecins de 40 ans et plus. En revanche, les jeunes médecins sont plus nombreux à déclarer entre 3 et 5 nouveaux cas par an (67 % contre 45 % pour les médecins en général).

### Incidence des cancers en fonction de l'âge du médecin

Classes d'âge	- de 3 cas	3 à 5 cas	+ de 5 cas	Total
moins de 40 ans	1	4	1	6
40 à 54 ans	15	21	14	50
55 ans et plus	2	4	2	8
Total	18	29	17	64

Source : ORS de Picardie



## ***D) Enquête patients***

*Les textes apparaissant sous les têtes de chapitre en italique sont extrait du livre :*  
*“Les malades prennent la parole”*  
*Livre blanc des 1<sup>ers</sup> États généraux des malades du cancer*  
*La ligue contre le cancer - Éditeur : Ramsay*



## D) Enquête patients

### I) Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon

*“Moi je suis fonctionnaire. Mon mari est artisan. Quand nous tombons malades l'un ou l'autre, nous n'avons pas les mêmes considérations là-dessus, parce que lorsque l'on est fonctionnaire, on est obligé de se battre aussi, mais ce n'est pas pareil, on sait qu'à la fin du mois cela rentrera. Quand on est artisan ou commerçant, on n'a aucune aide, aucune, quand on est malade.”*

Le cancer, deuxième cause de mortalité en France après les maladies cardio-vasculaires survient le plus souvent chez un homme ou une femme qui vient de prendre sa retraite, bouleverse alors sa vie et celle de ses proches et les projets que ce dernier avait conçus après une vie de travail "bien remplie", tout en soulevant angoisse et interrogations sur l'origine de ce mal. Bien entendu, cette "image" est un peu réductrice et la réalité qu'elle recouvre est parfois bien différente. En effet, le cancer survient aussi chez des sujets jeunes comme le montre la distribution par sexe et âge.

#### 1) Distribution selon l'âge et le sexe des patients

Cette étude montre une sur-représentation masculine de la pathologie avec 180 hommes contre 138 femmes atteints d'un cancer (on ne dispose pas du renseignement sur le sexe pour 13 patients). Cette répartition concerne plus particulièrement les 50-79 ans même, si chez les femmes, on relève des cancers à partir de 35 ans. Ceci s'explique par la survenue des cancers gynécologiques (sein et ovaire notamment) qui débutent plus précocement que les autres.

L'âge moyen de survenue d'un cancer est, de 61,4 ans avec un écart-type de 15,3 ans, mais les âges extrêmes s'étendent de 6 ans pour le plus jeune à 95 ans pour le plus âgé. Bien que rare chez le sujet jeune, il ne faut pas ignorer que le cancer concerne aussi les moins de 30 ans : 5,3 % des cancers concernent des individus de moins de 30 ans dont près de la moitié a moins de 20 ans.

Les classes d'âges les plus concernées sont naturellement les 60 à 79 ans chez les hommes (54 % cumulés pour ces deux classes) et la classe des 60 à 69 ans chez les femmes (28 %).

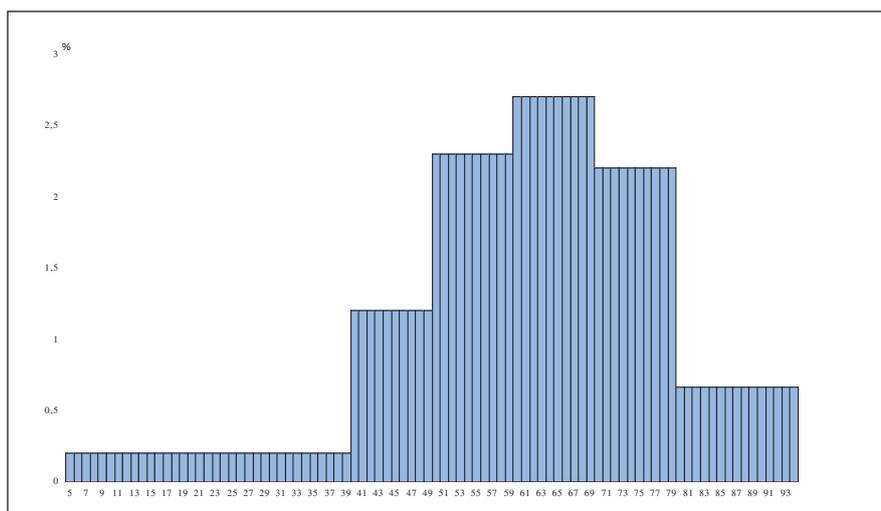
#### Répartition par âge et par sexe

Âge	Homme	Femme	Total	%
< 20 ans	6	2	8	2,5
20 à 29 ans	6	3	9	2,8
30 à 39 ans	-	6	6	1,9
40 à 49 ans	16	22	38	11,9
50 à 59 ans	38	35	73	23,0
60 à 69 ans	48	38	86	27,0
70 à 79 ans	49	20	69	21,7
80 ans	17	12	29	9,1
Total	180	138	318	
%	56,6	43,4		100

Source : ORS Picardie

Le diagramme de la page suivante permet, plus que n'importe quel chiffre, de se représenter la fréquence, qui croît en fonction de l'âge pour passer par un maximum entre 60 et 69 ans.

## Répartition des cancers toutes localisation selon l'âge

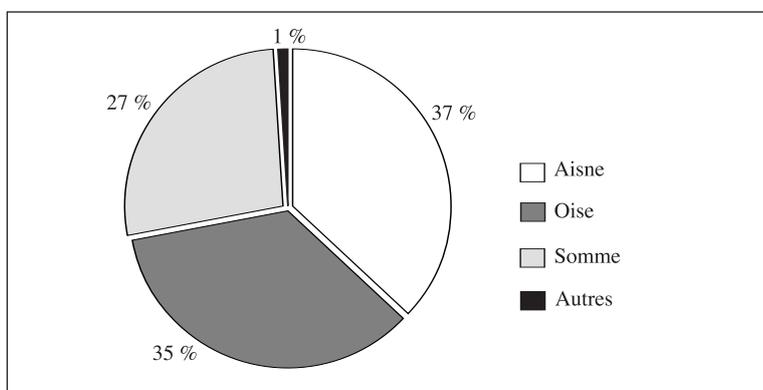


Source : ORS Picardie

### 2) Origine géographique des patients

Des trois départements constituant la région, le département de l'Aisne est le mieux représenté avec 37 % des patients constituant l'échantillon de cette enquête, suivi de l'Oise avec 35 % des patients puis de la Somme avec 27 % des patients. 1 % des patients de cette étude proviennent des départements limitrophes d'Île de France. Cette distribution reflète en fait tout naturellement la distribution des médecins généralistes qui ont accepté de participer à cette enquête (26 dans l'Aisne, 27 dans l'Oise et 19 dans la Somme).

### Répartition de l'échantillon selon le département de domicile



Source : ORS Picardie

La liste des cantons d'origine des patients inclus dans cette enquête est disponible en annexe 1.

### 3) Catégorie socio-professionnelle des patients

Comme l'âge moyen d'apparition de la maladie est d'un peu plus de 61 ans, il n'est pas surprenant que 52 % des patients présentant un cancer soient retraités. Dans nos sociétés occidentales caractérisées par des progrès médicaux constants dont le principal résultat est l'allongement de la durée de la vie, le cancer est une maladie dégénérative par excellence. Il résulte des défaillances des mécanismes de réparations cellulaires au niveau du génome associées à des altérations du système immunitaire. L'accumulation de ces modifications tout au long de la vie favorisée par une prédisposition génétique, confrontée à l'exposition à des toxiques divers et variés, aboutit donc à générer des cancers dont la localisation et le moment de développement dépendent des facteurs cités ci-dessus.

On peut constater un nombre plus important d'ouvriers atteints d'un cancer, mais pour cette enquête, compte tenu des effectifs, ceci est plus attribuable à leur poids démographique dans la population picarde même si, au niveau national, ils sont plus exposés au cancer que les autres comme le montrent plusieurs études. Il en est de même pour les agriculteurs dont la sous-représentation ne peut être tenue pour significative en termes de survenue de cancer par rapport à la population générale mais tient à leur poids démographique. La forte représentation de la catégorie "autres / sans activité" correspond à l'importante féminisation de cette catégorie (nombreuses mères au foyer).

Dans la plupart des catégories socioprofessionnelles, il existe une sur-représentation masculine exceptée dans les catégories "employé" et "sans activité" où ce sont les femmes qui prédominent. Ce phénomène s'explique par la féminisation élevée de la catégorie "employé", par le niveau important de "femmes au foyer" en Picardie ainsi que par la forte représentation des cancers féminins (sein et ovaire) qui représentent plus du quart des cancers de la population générale.

### Répartition par sexe et par catégorie socio-professionnelle chez les 40 ans et plus

Profession	Homme		Femme		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Agriculteur(trice)	5	2,8	1	0,7	6	1,9
Artisan(e)	9	5,0	3	2,2	12	3,8
Cadre	11	6,1	8	5,8	19	5,9
Profession intermédiaire	10	5,5	8	5,8	18	5,6
Employé(e)	6	3,3	11	7,9	17	5,3
Ouvrier(ère)	17	9,4	9	6,5	26	8,1
Retraité(e)	105	58,0	61	43,9	166	51,9
Autres/sans activité	18	9,9	38	27,3	56	17,5
Total	181	100	139	100	320	100

Source : ORS Picardie

## II) État des cancers lors du diagnostic

*“Un diagnostic de cancer est toujours suivi d’un choc et d’une souffrance exprimée ou non. En tant que médecin, nous devons faire preuve d’humanité et de simplicité. Éviter de nous retrancher derrière des mots techniques. Ne pas avoir peur de nos émotions.”*

Après investigations cliniques et paracliniques, dans 93 % des cas, les médecins pouvaient rattacher le cancer à un organe, c'est-à-dire localiser la tumeur primitive, notion importante dans la prise en charge thérapeutique et le pronostic.

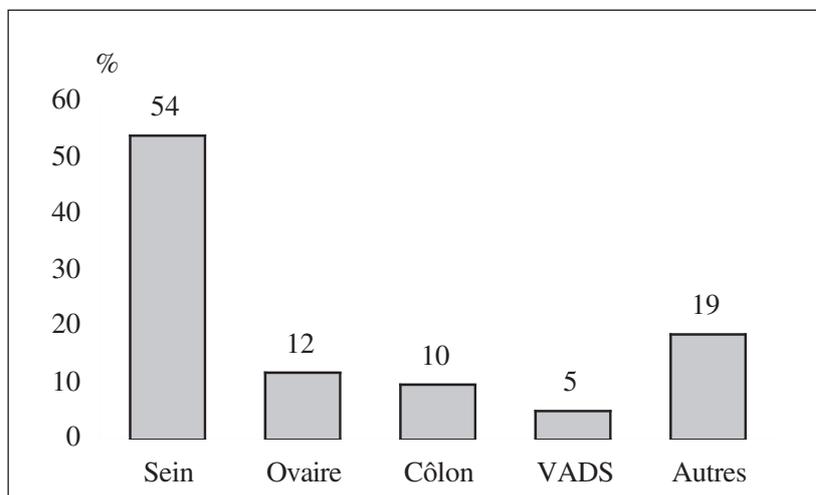
Tous sexes confondus, les cinq premières localisations sont par ordre décroissant : le cancer du sein (25 % des cancers), le cancer broncho-pulmonaire (12 %), le cancer des intestins (avec notamment le cancer du côlon, 11 %), le cancer de la prostate (11 %) et celui des voies aérodigestives supérieures (ou VADS, qui comprend les cancers des lèvres, du pharynx, du larynx et de l'œsophage et qui représente 8 %). Les autres cancers les plus fréquents sont par ordre décroissant : les cancers de l'ovaire (5 %), de la vessie (4 %), de l'estomac (3 %), de la peau (3 %) et du pancréas (2 %).

Chez les femmes et chez les hommes, les cancers n'occupent bien évidemment pas la même hiérarchie. Le détail de la répartition des cancers en fonction du sexe est présenté en annexe 2.

### 1) Les principaux cancers féminins

Premier cancer chez la femme, le cancer du sein représente 54 % des cancers féminins. Il est suivi par le cancer des ovaires (12 %) puis le cancer des intestins (10 %) et celui des VADS (5 %). Les autres cancers viennent loin derrière et sont très dispersés : ils ne représentent chacun qu'1 à 2 % des cancers féminins.

### Principales localisations chez la femme

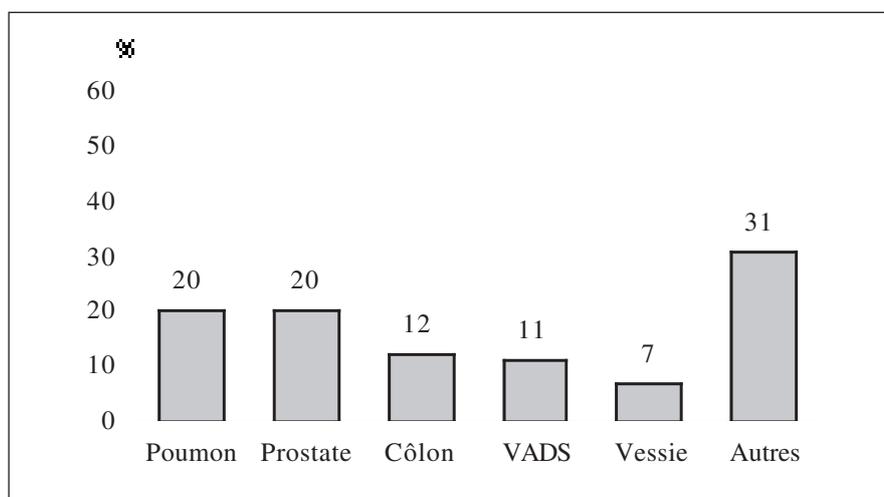


Source : ORS Picardie

## 2) Les principaux cancers masculins

Chez l'homme, la répartition des cancers est plus diverse, avec une plus grande fréquence des cancers dépendant des habitudes alcoolo-tabagiques et de facteurs professionnels. Le cancer du poumon demeure le premier cancer masculin avec 20 % des cancers, à égalité pratiquement avec le cancer de la prostate (20 %), puis le cancer du côlon (12 %), le cancer des voies aéro-digestives supérieures (11 %) et enfin le cancer de la vessie (7 %). Les autres localisations sont plus importantes que chez les femmes puisqu'elles représentent 31 % des cancers masculins. Les cancers du poumon et de la vessie sont principalement liés à la consommation de tabac et/ou à des facteurs professionnels. Les cancers des VADS, quant à eux sont liés à l'intoxication alcoolo-tabagique.

### Principales localisations chez l'homme



Source : ORS Picardie

## 3) Répartition des cancers en fonction de l'âge du patient

Les individus de 50 à 79 ans et surtout à 80 ans ou plus sont les principales victimes de cancers, ils représentent en effet 72 % des patients atteints d'un cancer. En règle générale, l'incidence des cancers croît avec l'âge. La diminution d'incidence après 70 ans s'explique par la diminution de la population globale et par le poids important de certaines autres pathologies, tout particulièrement les maladies cardio-vasculaires.

\* Age moyen de survenue d'un cancer

Par rapport à l'âge moyen de survenue d'un cancer toutes localisations confondues (61,4 ans), certains cancers surviennent plus précocement, ce sont essentiellement les cancers du sein avec un âge moyen de survenue de 59,3 ans. Parmi les autres cancers les plus fréquents, certains surviennent plus tardivement : ce sont les cancers du poumon (64,9 ans), les cancers des intestins (64,8 ans), les cancers de l'estomac (69,5 ans), les cancers de la prostate (70,8 ans) et les cancers de la peau (73,3 ans). Le tableau de la page suivante synthétise l'âge moyen de survenue des cancers les plus fréquents dans l'échantillon.

## Âge moyen de survenue d'un cancer selon la localisation

Tumeur primitive	Âge moyen
Sein	59,3
Vessie	60,9
Ovaires	61,7
VADS	61,9
Pancréas	61,9
Intestin	64,8
Poumon	64,9
Estomac	69,5
Prostate	70,8
Peau	73,3
<b>Tous cancers</b>	<b>61,4</b>

Source : ORS de Picardie

### \* Répartition des tumeurs primitives en fonction de l'âge

Le tableau suivant présente la répartition par classes d'âges des différents cancers. Tout d'abord, parmi les cancers solides, il faut remarquer que les cancers féminins (sein et ovaire), et ceux des VADS concernent une population plus jeune car ils débutent plus précocement que les autres, dès 40 ans et parfois avant. Les deux classes d'âge les plus concernées sont les 50 à 59 ans et les 60 à 69 ans, elles représentent réunies plus de 60 % des patients atteints de ces types de cancer. Par ailleurs, le cancer des intestins concerne toutes les classes d'âge mais principalement les patients entre 60 et 79 ans (près de deux tiers des cas). Enfin, plus de la moitié des patients atteints d'un cancer de la prostate a 70 ans ou plus. Les tumeurs solides les plus fréquemment rencontrées chez les sujets de moins de 50 ans sont les tumeurs de l'appareil génito-urinaire (essentiellement testiculaires), les tumeurs cérébrales et les tumeurs des os et du cartilage.

Les tumeurs hématologiques constituent une catégorie de tumeurs en marge de la cancérologie. Si aujourd'hui, dans cette enquête, elles ne représentent que 3 % des cancers de l'échantillon, elles sont en pleine expansion du fait du vieillissement de la population. De plus, elles sont diverses et n'ont pas toutes le même pronostic : la maladie de Hodgkin ne concerne que le sujet jeune (moins de 30 ans) avec un traitement bien codifié, les leucémies se rencontrent aux âges extrêmes de la vie (moins de 30 ans et 70 ans ou plus) avec un devenir divers. En revanche, le myélome lui est l'apanage du sujet âgé (70 ans ou plus) avec un pronostic qui reste sombre.

### Répartition des tumeurs primitives en fonction de l'âge

Localisation	<20 ans	20 à 39 ans	40 à 49 ans	50 à 59 ans	60 à 69 ans	70 à 79 ans	80 ans	Fréquence	Nbre
Sein	-	4%	18%	34%	25%	11%	8%	25%	79
Poumon	-	-	10%	30%	33%	15%	13%	13%	40
Intestins	6%	3%	3%	17%	31%	34%	6%	11%	35
Prostate	-	-	3%	12%	29%	41%	15%	11%	34
VADS	-	-	15%	35%	31%	8%	12%	8%	26
Autres tumeurs solides	5%	5%	21%	16%	11%	32%	11%	6%	19
Ovaires	-	18%	12%	24%	12%	24%	12%	5%	17
Vessie	8%	-	-	38%	31%	15%	8%	4%	13
Estomac	-	-	9%	9%	36%	27%	18%	3%	11
Tumeurs hématologiques	20%	20%	10%	10%	10%	20%	10%	3%	10
Peau	-	-	-	-	22%	67%	11%	3%	9
Pancréas	-	-	29%	-	43%	29%	-	2%	7
Rein	-	17%	17%	-	17%	-	17%	2%	6
Génito-urinaire	20%	40%	20%	-	-	20%	-	2%	5
Encéphale	20%	20%	20%	-	40%	-	-	2%	5
Tous cancers	3%	4%	12%	23%	27%	22%	10%	100%	-
Nombre de patients	8	14	37	72	85	69	31	-	316

Source : ORS de Picardie

#### 4) Extension des cancers lors de leur diagnostic

Sur les patients dont on pouvait avoir la précision lors du diagnostic de la maladie, 50 % présentaient des adénopathies, et 26 % des métastases lors du diagnostic de la maladie. La présence d'adénopathies et de métastases (localisations viscérales d'embolies tumorales) lors du diagnostic est fondamentale car elle conditionne le traitement et donc le pronostic du patient. En règle générale, plus la fréquence des adénopathies et des métastases est élevée, moins le pronostic de survie du patient est favorable.

Avant toute chose, il faut souligner la diversité des classifications des cancers (TNM, Dukes, SBR, indice de Breslow, niveau de Clark, score de Gleason...). Bien que des efforts d'harmonisation au niveau international aient été entrepris sous l'égide de la classification TNM, seulement un tiers des questionnaires patients sont parvenus avec ce codage. Il nous paraît donc plus judicieux de présenter les faits en parlant d'adénopathies (ou ganglions) et de métastases.

##### \* Extension de la maladie selon la localisation de la tumeur primitive

Lors du diagnostic, l'extension de la maladie est très variable selon le type de cancer et le délai de recours au médecin. En fonction de la localisation primitive du cancer, on peut individualiser 4 profils de cancers :

- les cancers dont la fréquence des adénopathies est supérieure à celle des métastases. Ceci concerne les principaux cancers rencontrés en pratique clinique : les cancers du sein, du poumon, des intestins, des VADS et les autres tumeurs solides ;
- les cancers de mauvais pronostic dont le diagnostic est souvent tardif en relation avec des manifestations cliniques tardives. Bien souvent, pour ces cancers, la fréquence des métastases est supérieure à celle des adénopathies : ce sont les cancers du rein, du pancréas ;
- les cancers de la prostate et de la peau, tumeurs fréquentes d'évolution lente qui concernent principalement les sujets âgés, dont la fréquence des adénopathies et des métastases est à peu près équivalente ;
- les cancers du système nerveux central à faible agressivité régionale et générale et les tumeurs hématologiques dont les adénopathies font partie de la description clinique (à l'exception du myélome) mais pas les métastases.

#### Présence d'adénopathies et de métastases viscérales lors du diagnostic

Tumeur primitive	Adénopathies	Métastases
Sein	49%	12%
Poumon	67%	35%
Intestins	59%	35%
Prostate	21%	18%
VADS	50%	15%
Autres tumeurs solides	42%	24%
Ovaires	47%	24%
Vessie	36%	27%
Estomac	75%	38%
Tumeurs hématologiques	90%	10%
Peau	11%	13%
Pancréas	75%	86%
Rein	50%	60%
Génito-urinaire	67%	25%
Encéphale	0%	0%
Tous cancers	50%	26%

Source : ORS Picardie

\* Extension de la maladie en fonction de l'âge

Maintenant si l'on s'intéresse à l'agressivité en fonction de l'âge, on remarque que les tumeurs les plus agressives s'observent chez les sujets les plus jeunes ce qui s'explique par la plus grande fréquence de tumeurs germinales (testiculaires), hématologiques (lymphomes et leucémies) ou du tissu conjonctif (sarcomes osseux ou tumeurs cartilagineuses). À partir de 30 ans, en revanche, la fréquence des adénopathies et des métastases découvertes lors du diagnostic croît avec l'âge.

### Adénopathies et métastases en fonction de l'âge lors du diagnostic

Âge	Ganglions	Métastases
< 20 ans	57%	43%
20 à 29	75%	60%
30 à 39	33%	0%
40 à 49	47%	15%
50 à 59	49%	32%
60 à 69	50%	17%
70 à 79	43%	31%
80 ans	64%	23%
<b>Tous cancers</b>	<b>50%</b>	<b>26%</b>

Source : ORS Picardie

\* Extension de la maladie en fonction du délai entre l'apparition des premiers signes et le diagnostic

Enfin, comme on pouvait s'y attendre, plus le patient tarde à consulter un médecin pour des signes cliniques pouvant être associés à un cancer, plus la fréquence des adénopathies et des métastases lors du diagnostic est importante.

### Extension du cancer selon le délai entre les premiers signes et la consultation

Délai	Ganglions	Métastases
moins de 1 mois	43%	24%
1 à 2 mois	51%	24%
2 à 3 mois	64%	25%
3 à 6 mois	65%	27%
6 à 9 mois	71%	14%
9 mois à 1 an	71%	43%
1 an et plus	77%	63%
<b>Tous cancers</b>	<b>50%</b>	<b>26%</b>

Source : ORS Picardie

### III) Trajet diagnostic et thérapeutique

*“Le choc de l’annonce passé, l’angoisse s’amplifie avec la question : qui aller voir, par qui se faire soigner ?”*

Ce chapitre est plus particulièrement consacré à l'analyse des filières de soins en Picardie. Comme bien souvent en médecine, tout commence par la rencontre d'un patient et de son médecin traitant.

#### 1) Le médecin généraliste en premier recours

Le médecin généraliste est de loin le premier médecin à qui s'adresse le patient devant l'apparition de symptômes plus ou moins inquiétants. Ils sont en effet près de 78 % à consulter leur généraliste en première intention.

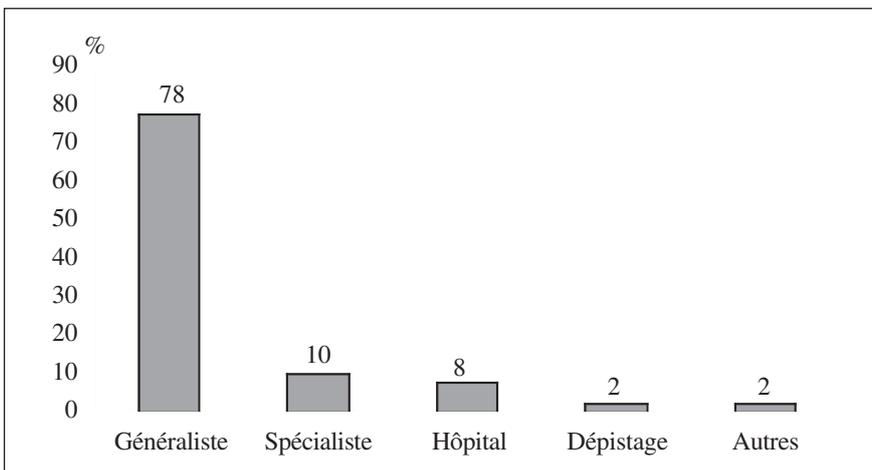
Près de 10 % des cancers sont diagnostiqués suite à une consultation chez un spécialiste. Ce chiffre élevé s'explique notamment d'une part pour les femmes, par le fait qu'elles sont suivies par un ou une gynécologue et de l'importance du cancer du sein dans la population, et d'autre part, pour la population tout venant, par la nécessité de recourir à des explorations invasives pour obtenir un diagnostic de certitude (c'est-à-dire une preuve histologique de la maladie) ou dans le cadre du diagnostic différentiel avec une autre maladie pouvant partager des signes cliniques proches.

Dans 8 % des cas, le cancer est diagnostiqué lors d'un passage dans un établissement de soins (hôpital ou clinique) dans lequel le malade a été hospitalisé pour une autre pathologie sans qu'il y ait forcément un rapport avec le cancer qui y sera découvert.

Enfin, dans 2 % des cas, le diagnostic de cancer a été posé soit suite à un test de dépistage orienté ou à un examen de dépistage systématique, soit lors d'une visite de médecine du travail.

Dans 2 % des cas, le patient a consulté une autre personne ou structure sans en préciser la nature exacte.

#### Répartition suivant le lieu du diagnostic



Source : ORS Picardie

#### 2) Décomposition des différentes étapes qui amènent au diagnostic

Établir un diagnostic est une démarche intellectuelle qui fait appel à la fois à la connaissance médicale, à un interrogatoire soigneux et à l'examen du malade ainsi qu'à des gestes invasifs (biopsies, prélèvements d'un fragment d'organe suspecté pathologique). Toutes ces étapes dépendent bien sûr de la coopération du patient et des délais de consultation chez les spécialistes. Mais, bien souvent, devant quelques signes cliniques bien particuliers, les médecins généralistes peuvent suspecter très fortement une pathologie néoplasique dès la première consultation pour ce motif et commencer à envisager la maladie avec le patient.

Dans près de 70 % des cas, le diagnostic de cancer a été posé en moins de 1 mois, et en moins de 2 mois dans 82 % des cas.

Les délais présentés par la suite incluent tous les patients dont le cancer, toutes localisations confondues, a été diagnostiqué jusqu'à un an après la première consultation. Huit cas de cancers ont été diagnostiqués plus d'un an après la première consultation.

Pour mieux comprendre l'étape fondamentale de l'élaboration d'un diagnostic, on peut découper en trois étapes :

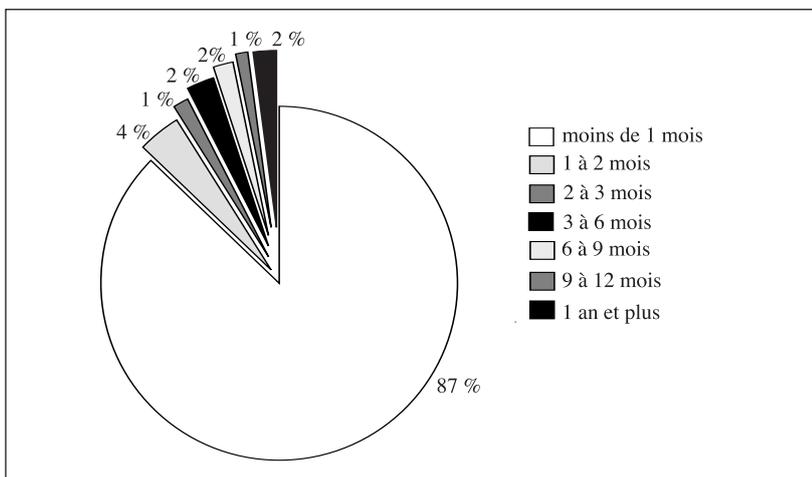
- le délai entre l'apparition des premiers signes et la première consultation,
- le délai entre la première consultation et le diagnostic,
- le délai entre le diagnostic et le traitement.

**\* Délai premiers signes-première consultation**

Cette première étape est principalement sous la dépendance de l'individu malade : en effet, la perception de "signes anormaux" dépend essentiellement de la personne, de son vécu et de son rapport avec la médecine. Le délai moyen entre la perception des premiers signes par le malade et la première consultation, tous cancers confondus, est de 19,8 jours avec un écart type de  $\pm 52,5$  jours.

87 % des patients consultent effectivement leur généraliste dans le mois qui suit l'apparition des premiers signes de la maladie et 4 %, dans un délai compris entre un et deux mois ce qui fait un total de 91 % des patients qui consultent dans les deux mois. En revanche, 2 % des patients consultent leur médecin plus d'un an après l'apparition des signes de la maladie pour ce motif propre, tout en sachant qu'ils ont pu le consulter pour un autre motif entre temps. On peut donc s'interroger sur leur non-motivation : négligence, manque de temps, mauvais accès aux soins, problème social...?

**Répartition des délais entre l'apparition des premiers signes et la première consultation**



Source : ORS Picardie

Le tableau suivant détaille ce délai en fonction de la localisation de la tumeur primitive. Il apparaît que les localisations pour lesquelles la fréquence de diagnostic à un mois est "la plus faible" sont : les tumeurs pancréatiques (86 %), les cancers du rein (83 %), du sein et des VADS (82 %) et les tumeurs cérébrales (80 %). Concernant les autres localisations, la fréquence de diagnostic à 1 mois est nettement supérieure à la fréquence de 87 %, tous cancers confondus.

## Délai premiers signes-première consultation suivant la localisation

Tumeur primitive	-de 1 mois	1 à 2 mois	2 à 3 mois	3 à 6 mois	6 à 9 mois	9 à 12 mois	1 an et +	Nbre	%
Sein	82%	5%	2%	3%	6%	2%	2%	66	23%
Poumon	95%	-	3%	-	-	-	3%	39	14%
Intestins	94%	-	-	3%	-	-	3%	33	12%
Prostate	89%	4%	-	4%	-	4%	-	28	10%
VADS	82%	5%	5%	5%	5%	-	-	22	8%
Autres tumeurs solides	88%	6%	-	6%	-	-	-	16	6%
Ovaires	89%	4%	-	4%	-	4%	-	28	10%
Vessie	92%	-	-	-	-	-	8%	13	5%
Estomac	90%	10%	-	-	-	-	-	10	4%
Tumeurs hématologiques	80%	-	-	-	-	-	20%	10	4%
Peau	100%	-	-	-	-	-	-	9	3%
Pancréas	86%	-	-	14%	-	-	-	7	3%
Rein	83%	-	-	-	-	17%	-	6	2%
Génito-urinaire	100%	-	-	-	-	-	-	5	2%
Encéphale	80%	-	20%	-	-	-	-	5	2%

Source : ORS Picardie

C'est parmi les deux classes extrêmes (moins de 20 ans et 80 ans et plus) que les fréquences de diagnostic à moins de un mois sont les plus faibles (respectivement 75 et 79 %). Concernant les moins de 20 ans, il faut interpréter les résultats avec prudence puisque les effectifs sont peu élevés.

## Délai premiers signes - première consultation suivant l'âge

	- de 1 mois	1 à 2 mois	2 à 3 mois	3 à 6 mois	6 à 9 mois	9 mois à 1 an	1 an et +	Nbre de patients	%
<b>&lt; 20</b>	75%		13%				13%	<b>8</b>	3%
<b>20 à 39 ans</b>	92%	8%						<b>12</b>	4%
<b>40 à 49 ans</b>	94%	3%			3%			<b>35</b>	12%
<b>50 à 59 ans</b>	84%	6%	3%	2%	3%		3%	<b>69</b>	24%
<b>60 à 69 ans</b>	87%	4%		4%	3%	3%		<b>78</b>	27%
<b>70 à 79 ans</b>	87%	5%		3%			5%	<b>61</b>	21%
<b>80 ans</b>	79%	7%	3%	3%		7%		<b>29</b>	10%

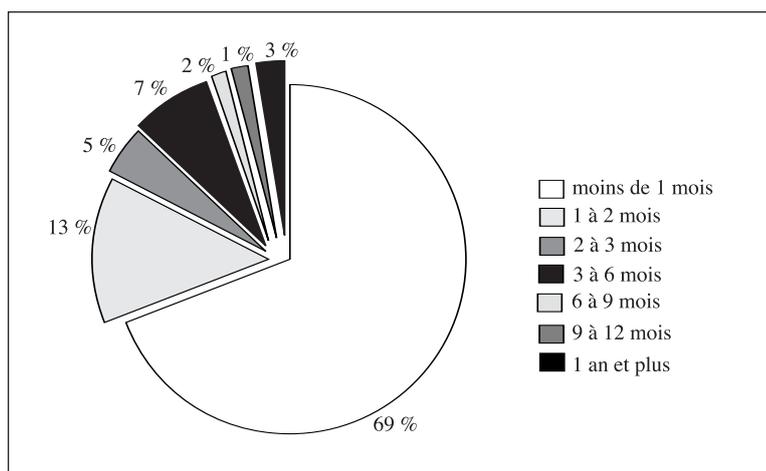
Source : ORS Picardie

### \* Délai première consultation-diagnostic

Cette deuxième étape est en revanche “médecin-dépendante”. En effet, c'est le médecin qui possède “la science” et qui sait interpréter les signes. Les malades et les associations de malades leur reprochent bien souvent, d'ailleurs, un manque de communication et d'information à ce sujet. Toutefois, il n'est pas toujours évident d'aborder cette maladie lors d'un premier contact : cela dépend à la fois du rapport au cancer du médecin et du malade. Bien souvent, les généralistes qui ont participé à cette étude, ont soulevé ce diagnostic dès la première consultation.

Le délai moyen entre la première consultation et le diagnostic est de 41,5 jours ( $\pm$  56,9 jours) toutes localisations confondues. Dans 69 % des cas, le délai entre la première consultation et le diagnostic est inférieur à un mois. Ce délai est compris entre un et deux mois dans 14 % des cas. Donc, pour près de trois patients sur quatre, le diagnostic est posé moins de deux mois après la première consultation pour ce motif. À noter que pour 3 % des patients, il s'est écoulé plus d'un an avant de connaître le diagnostic du mal dont ils souffraient.

## Répartition des délais entre la première consultation et le diagnostic



Source : ORS Picardie

En analysant le délai diagnostique selon la localisation de la tumeur primitive, on s'aperçoit que les cancers pour lesquels le diagnostic a été posé le plus tardivement sont les cancers de la prostate (seulement 47 % de diagnostic à un mois), de la vessie (46 %), les autres tumeurs solides (53 %) et les tumeurs hématologiques (50 %). À noter le pourcentage élevé de diagnostics des cancers de la prostate et des ovaires établis entre un et deux mois après la première consultation. Les cancers les plus fréquemment rencontrés (sein, poumon, intestins) ont en revanche un pourcentage de diagnostic à un mois supérieur à la moyenne tous cancers confondus (69 %).

## Délai première consultation-diagnostic suivant la localisation

Tumeur primitive	- de 1 mois	1 à 2 mois	2 à 3 mois	3 à 6 mois	6 à 9 mois	9 à 12 mois	1 an et +	Nbre	%
Sein	83%	13%	-	4%	-	-	-	72	24%
Poumon	77%	8%	-	5%	3%	3%	5%	39	13%
Intestins	71%	11%	6%	6%	-	3%	3%	35	12%
Prostate	47%	31%	9%	9%	-	-	3%	32	11%
VADS	54%	13%	8%	17%	4%	4%	-	24	8%
Autres tumeurs solides	53%	18%	12%	6%	6%	-	6%	17	6%
Ovaires	63%	31%	-	6%	-	-	-	16	5%
Vessie	46%	15%	15%	8%	8%	-	8%	13	4%
Estomac	60%	-	-	30%	10%	-	-	10	3%
Tumeurs hématologiques	50%	10%	-	-	-	10%	30%	10	3%
Peau	67%	11%	-	22%	-	-	-	9	3%
Pancréas	71%	14%	-	14%	-	-	-	7	2%
Réin	67%	-	17%	17%	-	-	-	6	2%
Génito-urinaire	60%	-	40%	-	-	-	-	5	2%
Encéphale	100%	-	-	-	-	-	-	5	2%

Source : ORS Picardie

En ce qui concerne l'âge d'apparition des cancers, il faut noter que c'est pour les tranches d'âge des 70 à 79 ans et chez les moins de 20 ans que la fréquence des délais diagnostique à un mois est la moins bonne. Le cancer est diagnostiqué dans respectivement 60 et 63 % des cas. Les diagnostics les plus rapides sont portés chez les 20 à 39 ans et chez les 50 à 69 ans ainsi que chez les patients de 80 ans et plus (plus de 70 %).

## Délai première consultation-diagnostic suivant l'âge

	- de 1 mois	1 à 2 mois	2 à 3 mois	3 à 6 mois	6 à 9 mois	9 mois à 1 an	1 an et +	Nbre de patients	%
< 20	63%	13%	13%			13%		8	3%
20 à 39 ans	77%	15%		8%				13	4%
40 à 49 ans	65%	11%	8%	14%			3%	37	12%
50 à 59 ans	72%	14%	3%	6%	1%	1%	3%	71	23%
60 à 69 ans	74%	14%	5%	5%	1%		1%	81	26%
70 à 79 ans	60%	16%	6%	9%	3%	1%	4%	68	22%
80 ans	73%	10%		10%		3%	3%	30	10%

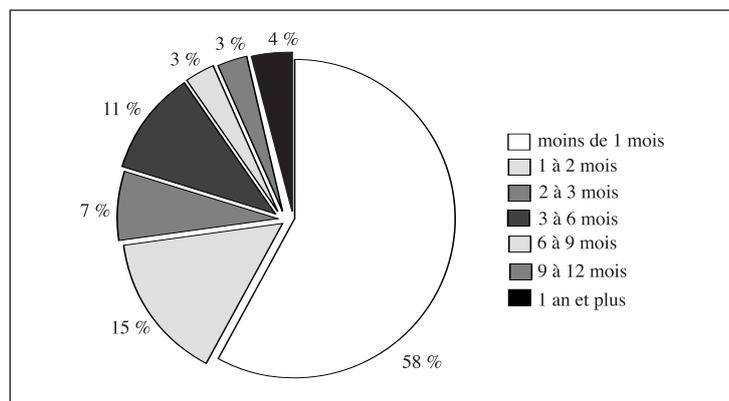
Source : ORS Picardie

### \* Délai premiers signes-diagnostic

Cette partie est en fait une synthèse des deux délais étudiés précédemment. Le délai global entre l'apparition des premiers signes et le diagnostic est de 58,4 jours tout cancer confondu, avec un écart type de 70,3 jours.

Dans 58 % des cas, le délai entre les premiers signes et le diagnostic n'excède pas un mois et il est compris entre un et deux mois pour 15 % des patients. Obtenir un diagnostic fiable en moins de deux mois pour près d'un quart des patients est un résultat honorable compte tenu parfois de la difficulté (signes insidieux ou non spécifiques), des délais de consultation chez les spécialistes ou de la motivation des patients. À noter que ce délai est supérieur à un an pour 4 % des patients.

### Répartition des délais entre l'apparition des premiers signes et le diagnostic



Source : ORS Picardie

On y retrouve les tendances précédemment décrites. Les retards diagnostiques importants à un mois sont les tumeurs génito-urinaires (33 % de diagnostics moins d'un mois après l'apparition des premiers signes pour le rein), prostate (40 %), vessie (46 %) les tumeurs gastriques, cutanées et hématologiques (50 %). Là aussi, les taux médiocres de diagnostic concernant les cancers de la prostate et des ovaires sont compensés par de nombreux diagnostics établis entre un et deux mois après l'apparition des premiers signes. Les autres tumeurs les plus fréquentes sont elles plus rapidement reconnues (environ deux tiers de diagnostics à un mois après l'apparition des premiers signes).

## Délai premiers signes-diagnostic suivant la localisation

Localisation	-de 1 mois	1 à 2 mois	2 à 3 mois	3 à 6 mois	6 à 9 mois	9 à 12 mois	1 an et +	Nbre	%
Sein	68%	16%	-	9%	4%	3%	-	68	23%
Poumon	64%	15%	5%	3%	3%	3%	8%	39	14%
Intestins	67%	9%	6%	9%	-	3%	6%	33	12%
Prostate	40%	30%	10%	17%	-	3%	-	30	10%
VADS	67%	8%	8%	13%	-	-	4%	24	8%
Autres tumeurs solides	71%	12%	12%	-	-	-	6%	17	6%
Ovaires	53%	20%	7%	20%	-	-	-	15	5%
Vessie	46%	8%	23%	-	8%	-	15%	13	5%
Estomac	50%	10%	-	30%	10%	-	-	10	3%
Tumeurs hématologiques	50%	20%	-	-	-	20%	10%	10	3%
Peau	50%	10%	-	30%	10%	-	-	10	3%
Pancréas	57%	14%	-	29%	-	-	-	7	2%
Rein	33%	17%	17%	17%	-	17%	-	6	2%
Génito-urinaire	60%	-	40%	-	-	-	-	5	2%
Encéphale	75%	-	25%	-	-	-	-	4	2%

Source : ORS Picardie

Deux classes d'âge présentent une fréquence de diagnostics à un mois inférieur à la moyenne tous cancers confondus : ce sont les moins de 20 ans et les 70 et plus avec respectivement 50 et 48 % de diagnostics posés moins d'un mois après l'apparition des premiers signes. Concernant les autres classes d'âge, les fréquences de diagnostic à un mois sont beaucoup plus honorables, pouvant atteindre trois quarts de diagnostics pour les adultes jeunes de 20 à 39 ans.

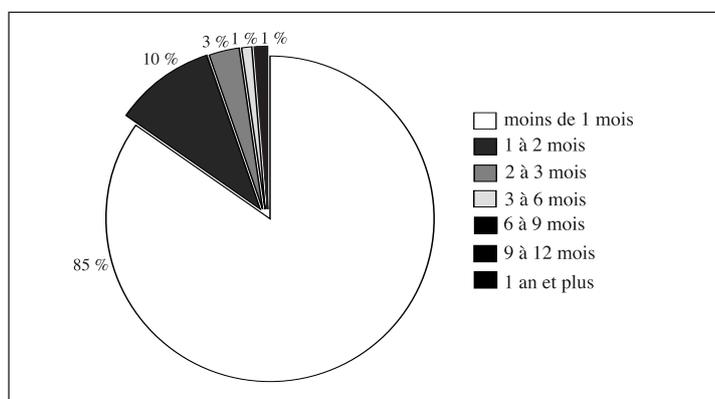
## Délai premier signes-diagnostic suivant l'âge

	- de 1 mois	1 à 2 mois	2 à 3 mois	3 à 6 mois	6 à 9 mois	9 mois à 1 an	1 an et +	Nbre de patients	%
<b>&lt; 20</b>	50%		38%				13%	<b>8</b>	3%
<b>20 à 39 ans</b>	75%	8%	8%	8%				<b>12</b>	4%
<b>40 à 49 ans</b>	58%	14%	6%	14%	6%		3%	<b>36</b>	12%
<b>50 à 59 ans</b>	63%	15%	3%	9%	3%	3%	4%	<b>68</b>	22%
<b>60 à 69 ans</b>	59%	18%	7%	8%	2%	4%	1%	<b>83</b>	28%
<b>70 à 79 ans</b>	48%	18%	8%	13%	5%	2%	6%	<b>62</b>	21%
<b>80 ans</b>	57%	10%	3%	17%		10%	3%	<b>30</b>	10%

Source : ORS Picardie

\* Délai diagnostic-traitement

## Délai diagnostic-traitement



Source : ORS Picardie

Cette dernière étape, aboutissement logique et attendu des précédentes, est elle entièrement dépendante de l'agenda du chirurgien, du radiothérapeute ou de l'oncologue. Le délai moyen entre le diagnostic et le début du traitement est de 23,5 jours avec un écart type de 36,0 jours.

En moyenne, et ce quelle que soit la localisation, le délai entre le diagnostic et le début du traitement est de moins d'un mois dans 85 % des cas et il est compris entre un et deux mois pour 10 % des cancers.

L'agrégation de ces deux données nous donne le chiffre de 95 % des cancers pris en charge moins de deux mois après leur diagnostic.

Il faut remarquer que les cancers de l'ovaire, de la vessie, de l'estomac et du pancréas sont ceux pour lesquels la fréquence de début des traitements à un mois sont les plus "faibles" avec respectivement 69, 75, 75 et 67 %. Cette situation s'améliore si l'on prend en compte les débuts de traitements compris entre un et deux mois après le diagnostic pour les tumeurs de vessie et de l'estomac.

### Délai diagnostic-traitement suivant la localisation

Localisation	- de 1 mois	1 à 2 mois	2 à 3 mois	3 à 6 mois	6 à 9 mois	9 à 12 mois	1 an et +	Nbre	%
Sein	88%	10%	1%	-	-	-	1%	73	25%
Poumon	81%	11%	3%	3%	3%	-	-	36	13%
Intestins	94%	6%	-	-	-	-	-	34	12%
Prostate	84%	10%	3%	3%	-	-	-	31	11%
VADS	86%	14%	-	-	-	-	-	22	8%
Autres tumeurs solides	88%	6%	-	-	-	6%	-	17	6%
Ovaires	69%	13%	13%	6%	-	-	-	16	6%
Vessie	75%	17%	-	-	-	8%	-	12	4%
Estomac	75%	25%	-	25%	-	-	-	8	3%
Tumeurs hématologiques	78%	22%	-	-	-	-	-	9	3%
Peau	78%	11%	11%	-	-	-	-	9	3%
Pancréas	67%	-	33%	-	-	-	-	6	2%
Rein	100%	-	-	-	-	-	-	6	2%
Génito-urinaire	100%	-	-	-	-	-	-	4	1%
Encéphale	75%	-	25%	-	-	-	-	4	1%

Source : ORS Picardie

Le chiffre à retenir, quel que soit l'âge, est : 85 % de traitements débutés moins d'un mois après le diagnostic ! Le "meilleur" résultat est observé chez les adultes jeunes où 92 % des patients ont débuté leur traitement moins d'un mois après le diagnostic de la maladie.

### Délai diagnostic-début du traitement suivant l'âge

	- de 1 mois	1 à 2 mois	2 à 3 mois	3 à 6 mois	6 à 9 mois	9 mois à 1 an	1 an et +	Nbre de patients	%
<b>&lt; 20</b>	83%		17%					<b>6</b>	2%
<b>20 à 39 ans</b>	92%	8%						<b>13</b>	4%
<b>40 à 49 ans</b>	89%	9%	3%					<b>35</b>	12%
<b>50 à 59 ans</b>	83%	10%	3%	1%		1%	1%	<b>71</b>	24%
<b>60 à 69 ans</b>	83%	12%	4%			1%		<b>82</b>	28%
<b>70 à 79 ans</b>	86%	8%	3%	2%	2%			<b>64</b>	22%
<b>80 ans</b>	84%	8%		8%				<b>25</b>	8%

Source : ORS Picardie

#### \* Bilan des délais

Comme on pouvait s'y attendre avant la réalisation de cette étude, l'étape la plus longue de ce périple est la période entre la première consultation et le diagnostic chiffré pour cette étude, tous cancers confondus, à 41,5 jours ( $\pm$  56,9 jours). Au total, en agrégeant les données présentées précédemment, nous pouvons chiffrer le délai moyen entre les premières manifestations cliniques et le traitement à 69,1 jours ( $\pm$  71,1 jours) et à 62,5 jours ( $\pm$  64,7 jours) le délai entre la première consultation et le début du traitement.

## IV) Les filières de soins en Picardie

*“On a tous en tête des études qui sortent en prétendant : “Ces hôpitaux-là sont meilleurs que les autres.” Je ne dis pas que c’est bien mais cela peut influencer. Donc, on peut se dire : si je suis traité là, j’aurai peut-être de plus grandes chances de guérison et, si je suis traité ailleurs, j’en aurais moins.”*

En médecine, dans notre système de santé français, on peut résumer le trajet diagnostique et thérapeutique idéal d'un malade de la manière suivante : tout d'abord un individu qui perçoit des manifestations qui lui semblent anormales (douleur, hémorragie, fièvre...) va consulter son médecin traitant. Celui-ci, en fonction des signes de gravité qu'il identifie chez ce patient, l'adresse à un confrère spécialiste exerçant soit à l'hôpital ou en libéral qui confirme bien souvent le diagnostic soupçonné par le médecin généraliste. Le traitement de la maladie peut alors débiter, bien souvent à l'hôpital ou en clinique pour les traitements lourds (chirurgie, radiothérapie ou chimiothérapie) alors que le médecin généraliste ne s'occupe que de la surveillance de ces traitements entre les différentes phases ainsi que des affections intercurrentes.

### 1) Structures de suivi des patients atteints d'un cancer

Traits communs aux trois départements, en première intention, les patients sont adressés à un spécialiste exerçant à proximité de leur domicile que ce soit en libéral (37 %) ou dans une structure médicalisée (28 %). Ils ne sont que 8 % en moyenne à choisir de s'orienter vers une clinique ou un hôpital qui n'est pas situé dans leur secteur. Cette tendance est plus forte dans les départements de l'Aisne et de l'Oise dont les habitants ont plus facilement recours à des offres de soins extra-régionales (respectivement 28 % et 31 %) : ils s'orientent souvent vers la région parisienne ou le département de la Marne, et notamment vers Reims pour les habitants de l'Aisne. Quant aux habitants de la Somme, ils ont plutôt recours aux spécialistes libéraux (60 %) qu'à l'hôpital. Cette enquête met en évidence le faible pouvoir d'attraction du CHU d'Amiens sur la région Picardie (5 %), pour les patients des médecins enquêtés (même si l'échantillon comprend peu de médecins amiénois).

### Orientation du patient

Structure	Aisne	Oise	Somme	Moyenne
Spécialiste région	36,6%	19,4%	60,0%	36,7%
Hôpital ou clinique secteur	24,8%	38,7%	20,0%	28,4%
Hôpital ou clinique région	9,9%	8,6%	5,7%	8,3%
CHU Amiens	1,0%	4,3%	12,9%	5,3%
Spécialiste autre région	7,9%	8,6%	0,0%	6,1%
CHU, hôpital ou clinique autre région	13,9%	14,0%	0,0%	7,6%
Centre anti-cancéreux extra-régional	5,9%	8,6%	1,4%	7,6%

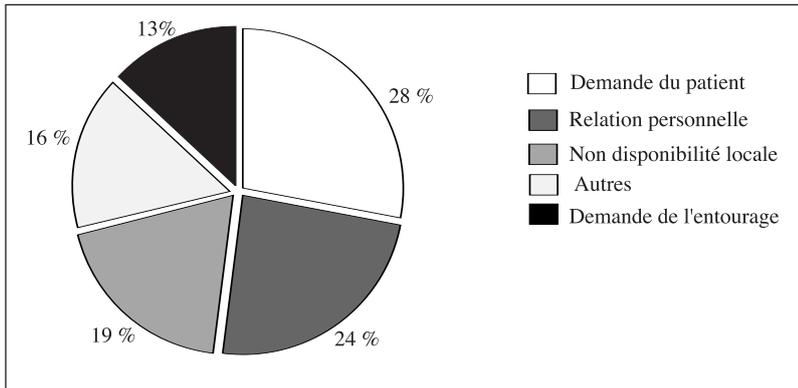
Source : ORS Picardie

### 2) Motivations pour aller se soigner hors région

Les principales motivations évoquées pour s'orienter vers des établissements extra-régionaux sont tout d'abord des raisons personnelles propres à chaque malade (28 %) qui peuvent atteindre 41 % si l'on inclut la demande de l'entourage (13 %). Ensuite interviennent les relations personnelles qu'entretient le médecin avec ses confrères spécialistes ou les structures médicales du secteur.

Enfin, il faut souligner que dans 19 % des cas, les patients choisissent de se faire soigner dans une autre région par manque d'équipements ou de structures thérapeutiques adaptées à proximité. Dans 16 % des cas, c'est pour d'autres raisons, sans précisions supplémentaires qu'ils se dirigent vers d'autres régions.

## Pourquoi partir vers une autre région ?



Source : ORS Picardie

### 3) Des comportements différents selon les départements

Comme il a déjà été mentionné précédemment, il existe des différences de comportements dans l'organisation des filières de soins selon les différents départements qui composent la région Picardie. En effet, la quasi totalité des malades atteints d'un cancer domiciliés dans la Somme est soignée dans ce département. En revanche, dans les autres départements, les patients sont plus facilement adressés vers des centres extra-régionaux : 38 % des patients habitant l'Aisne et 37 % de ceux habitant l'Oise.

### Département de traitement selon le département du domicile du patient

Département de domicile	Département de suivi				%*
	Aisne	Oise	Somme	Hors région	
Aisne	58%	3%	1%	38%	39%
Oise		55%	8%	37%	32%
Somme	3%		93%	4%	28%
Nombre de patients	65	51	79	79	
<b>Fréquence</b>	<b>24%</b>	<b>19%</b>	<b>29%</b>	<b>29%</b>	<b>99%</b>

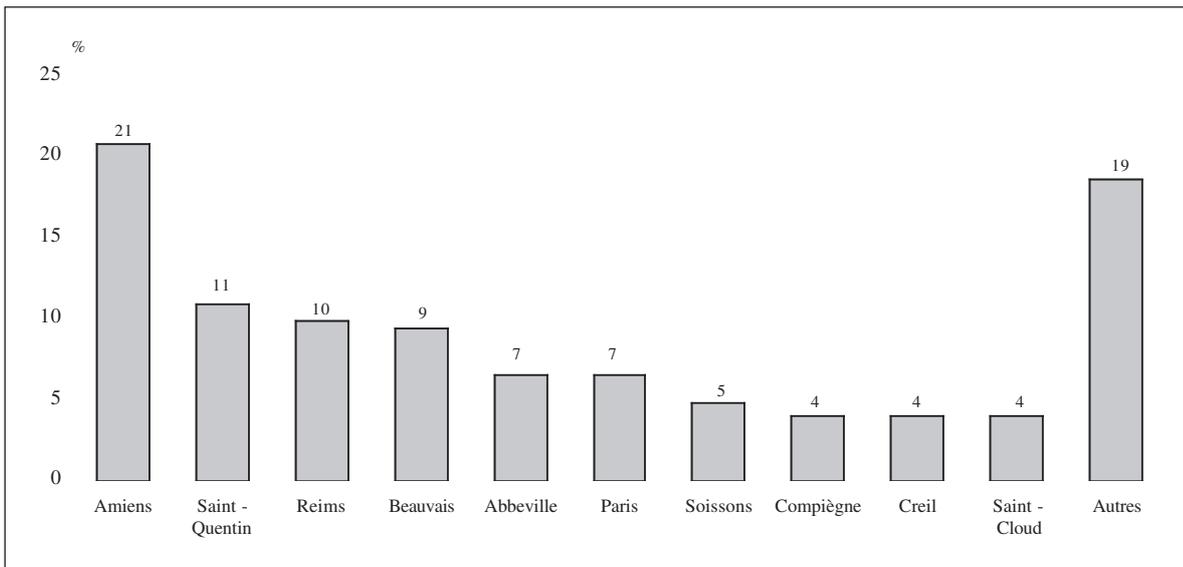
Source : ORS Picardie

\* Le total de cette colonne en pourcentage représente 99 % car 1 % des patients vus en consultation provenait d'une autre région.

### 4) Villes et traitement du cancer

Si l'on s'attache plus particulièrement aux villes dans lesquelles sont dispensés les traitements, on s'aperçoit qu'Amiens concentre la plupart des malades soignés dans la Somme, alors que, dans l'Aisne et dans l'Oise, les lieux de traitement sont plus dispersés (on peut citer Saint-Quentin et Soissons pour l'Aisne et Beauvais, Compiègne et Creil pour l'Oise). Il faut citer également les villes de Paris et de Reims qui sont également attractives pour les patients domiciliés dans l'un de ces deux départements.

## Répartition des patients suivant le lieu de traitement



Source : ORS Picardie

## V) Les traitements du cancer

*“Le médecin doit expliquer au malade, et éventuellement aux proches, les différents choix et leurs conséquences possibles. On exprime ensuite notre accord ou on dit qu'on souhaite avoir autre chose. Faire participer le malade est important. S'il vit bien sa thérapie, il a plus de chances d'en bénéficier. Le malade doit être partie prenante dans les soins”.*

Cette partie n'a pas pour objectif de détailler l'ensemble des traitements du cancer (c'est du ressort des cliniciens), mais d'en présenter les principales modalités.

### 1) Principaux traitements du cancer

Le traitement chirurgical reste l'acte thérapeutique le plus pratiqué : quelle que soit la localisation de la tumeur, 71 % des patients ont bénéficié d'une intervention chirurgicale dans le cadre du traitement de leur maladie. La radiothérapie et la chimiothérapie viennent ensuite avec respectivement 43 et 42 % des patients qui ont bénéficié de ces modalités thérapeutiques. À noter également l'essor de la curiethérapie (implantation temporaire (24-48 heures) d'aiguilles constituées d'un métal radioactif dans la tumeur pour détruire cette dernière), de l'hormonothérapie (utilisation d'anti-hormones contre le cancer, très fréquent dans le traitement du cancer du sein et de la prostate) et de l'immunothérapie (utilisation des propriétés immunologiques de molécules capables de stimuler le système immunitaire contre la tumeur) qui prennent une place de plus en plus importante dans l'arsenal thérapeutique à disposition des médecins avec près de 14 % des patients traités par ces différentes thérapeutiques.

Il faut savoir que l'une des modalités thérapeutiques (chirurgie, radiothérapie ou chimiothérapie) est utilisée seule dans environ 46 % des cas ce qui correspond soit à un cancer localisé qui ne nécessite qu'un traitement local et donc est plutôt de bon pronostic, soit au contraire à un cancer à un stade évolué au pronostic péjoratif, soit enfin les tumeurs hématologiques dont la chimiothérapie constitue le traitement exclusif. L'utilisation des différents modes de traitements, seuls ou en association, est présentée dans le tableau suivant.

### Part des différentes modalités thérapeutiques dans le traitement du cancer

Tumeur primitive	Chir. seule	Radio. seule	Chimio. seule	Autres	Chir. radio.	Chir. Chimio.	Radio. Chimio.	Chir. Radio. Chimio.	Autres associations	Nbre
Sein	20%	1%	4%	1%	18%	11%	1%	25%	20%	79
Poumon	18%	13%	21%	-	11%	3%	29%	5%	-	38
Intestins	34%	9%	3%	3%	6%	40%	-	6%	-	35
Prostate	40%	6%	6%	22%	13%	-	-	-	12%	32
VADS	8%	23%	8%	-	19%	-	19%	8%	15%	26
Autres tumeurs solides	32%	-	5%	-	11%	11%	16%	5%	21%	19
Ovaires	29%	-	6%	-	12%	24%	-	-	30%	17
Vessie	42%	-	-	8%	17%	25%	-	8%	-	12
Estomac	60%	10%	-	-	10%	10%	-	10%	-	10
Tumeurs hématologiques	44%	-	67%	-	-	-	11%	11%	-	9
Peau	67%	-	-	-	-	22%	-	-	11%	9
Pancréas	14%	-	43%	14%	-	-	-	14%	14%	7
Rein	17%	-	17%	-	17%	17%	-	-	34%	6
Génito-urinaire	60%	-	-	-	-	-	-	40%	-	5
Encéphale	-	20%	-	20%	60%	-	-	-	-	5
Tous cancers	27%	6%	9%	4%	13%	12%	7%	12%	10%	100
Nombre de patients	84	19	28	12	40	37	21	36	32	309

Source : ORS Picardie

### 2) Traitement selon l'extension de la maladie

Le tableau suivant présente les différents modes de traitements selon l'extension du cancer. Plus que les chiffres, il faut surtout retenir les idées suivantes. Pour une tumeur localisée et cotée inférieure ou égale au stade T2 de la classification TNM, la principale thérapeutique utilisée est la chirurgie seule (40 % des cas). Lorsque la tumeur est considérée comme supérieure à T2 sans extension régionale ni générale, le choix thérapeutique est varié et dépend des écoles. En revanche, dès que l'extension loco-régionale (présence

d'adénopathies sans métastases) est présente, bien souvent est utilisée une association combinant chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie. Enfin, pour les cancers découverts à un stade métastatique, le traitement repose essentiellement sur la chimiothérapie : chimiothérapie seule dans 20 % des cas, et association chirurgie-chimiothérapie dans 50 % des cas en considérant la chimiothérapie comme traitement principal. Comme nous l'avons déjà souligné, il faut remarquer l'utilisation importante d'autres codages, plus spécifiques de tel ou tel cancer et reconnu internationalement.

### Traitement selon l'extension de la maladie

Stade		Chir. seule	Radio. seule	Chimio. seule	Chir. radio.	Chir. Chimio.	Radio. Chimio	Chir. Radio. Chimio.	Autres associations	Nbre	Fréquence
Maladie locale	T2	40%	6%	2%	20%	6%	2%	12%	12%	50	27%
	>T2	20%	10%	10%	20%	10%	-	10%	20%	10	5%
Maladie générale	N+	12%	3%	6%	6%	6%	15%	33%	18%	33	18%
	M+	-	20%	20%	-	50%	-	-	10%	10	5%
Autre codage		30%	4%	5%	16%	14%	4%	6%	22%	81	44%
Tous traitements		27%	5%	5%	15%	12%	5%	13%	18%	100%	
Nombre de patients		50	10	10	27	22	9	23	33	184	100%

Source : ORS Picardie

## VI) Qualité de la prise en charge des patients cancéreux

*“Nous devons mettre en place le réseau-relais en temps réel, très rapidement, dès le début de la maladie, pour qu’il n’y ait aucune césure entre les différentes phases de soins”.*

Cette dernière partie consacrée à la qualité de la prise en charge de la pathologie cancéreuse peut s'envisager sous deux aspects : d'abord le devenir des patients atteints d'un cancer et ensuite la collaboration médicale pluridisciplinaire nécessaire à la prise en charge de ce type de pathologie.

### 1) Situation clinique des patients

La situation clinique des patients n'est à la date du remplissage des questionnaires sans préjuger de leur devenir ou sans connaître leur état autre que "en rémission", "guéri", "décédé" ou "traitement en cours".

Il est encourageant de savoir que, quel que soit la localisation, la moitié des patients est en rémission clinique et que près de deux fois sur trois le cancer est considéré comme guéri ou en rémission.

Les cancers ayant le moins bon pronostic, à la nuance de ne pas tenir compte du stade d'évolution lors de la découverte, sont les tumeurs cérébrales (60 % de décès liés au cancer), du pancréas (57 %), du rein (33 %), du poumon (31 %) et des intestins (29 %).

Par contre, les cancers de meilleur pronostic sont : les cancers du sein (78 % de rémission ou de guérison) et le cancer de la prostate (70 %, cancer d'évolution lente).

Par rapport aux données épidémiologiques nationales, cette enquête rapporte des chiffres quelques peu différents concernant le devenir de certains cancers. Cette distorsion s'explique par les petits effectifs rencontrés dans cette enquête. Le cancer des intestins entraîne le décès du patient dans 23 % des cas et le cancer du poumon dans 31 % des cas. Par ailleurs, il faut relativiser les bons pronostics des cancers des VADS de cette étude (20 % de survie à 5 ans dans les données nationales), du cancer gastrique, du cancer de l'ovaire et parmi les tumeurs hématologiques, du myélome, maladie au pronostic redoutable.

### Situation clinique des patients selon la localisation

Tumeur primitive	Guérison	Rémission	Récidive	Décès (cancer)	Décès (autres)	Traitement en cours	Cancer évolutif	Nbre de patients
Sein	14%	64%	10%	5%	-	5%	1%	77
Poumon	11%	36%	16%	31%	3%	3%	-	36
Intestins	16%	42%	13%	23%	-	6%	-	31
Prostate	12%	58%	15%	3%	-	9%	3%	33
VADS	15%	58%	8%	8%	4%	4%	4%	26
Autres tumeurs solides	20%	40%	7%	27%	-	-	7%	15
Ovaires	13%	60%	20%	-	-	-	7%	15
Vessie	18%	54%	-	9%	9%	9%	-	11
Estomac	9%	64%	9%	18%	-	-	-	11
Tumeurs hématologiques	-	56%	33%	11%	-	-	-	9
Peau	33%	44%	-	11%	-	11%	-	9
Pancréas	-	14%	-	57%	-	29%	-	7
Rein	17%	17%	-	33%	-	17%	17%	6
Génito-urinaire	-	40%	20%	-	20%	20%	-	5
Encéphale	20%	20%	-	60%	-	-	-	5
Tous cancers	<b>15%</b>	<b>50%</b>	<b>11%</b>	<b>15%</b>	<b>1%</b>	<b>6%</b>	<b>2%</b>	<b>100%</b>
Nombre de patients	44	151	34	44	4	18	5	300

Source : ORS Picardie

Par ailleurs, comme on pouvait s'y attendre, les taux de guérison et de rémission clinique diminuent avec l'extension de la maladie.

Le tableau représentant le devenir selon le stade TNM est disponible en annexe du fait du petit nombre d'effectifs et des réserves émises plus haut.

## 2) Communication médicale

Une bonne communication médicale est un argument important dans le traitement d'un patient atteint d'un cancer, maladie au long cours, à forte charge émotionnelle et qui nécessite une relation humaniste. Elle est à la base d'une prise en charge pluridisciplinaire.

La place du médecin généraliste dans la prise en charge des maladies cancéreuses est en pleine évolution. S'il est la principale personne consultée devant l'apparition de signes plus ou moins inquiétants et s'il demeure le médecin le plus proche du patient en cas d'événements intercurrents entre les différentes phases de traitements ou dans leur surveillance, 31 % d'entre eux ont été contactés par des structures "hospitalières", c'est-à-dire par les services spécialisés dans la prise en charge de ces pathologies pour envisager une prise en charge pluridisciplinaire de leur(s) patient(s) sans forcément être invités à participer à des réunions multi-disciplinaires. Cette nouvelle approche médicale existe depuis quelque temps déjà dans les centres anti-cancéreux où le devenir des patients est envisagé conjointement entre chirurgiens, radiothérapeutes et chimiothérapeutes en présence de la personne atteinte d'un cancer. Il semble donc que cette pratique soit en voie d'extension en incluant les médecins généralistes. Leur participation à cette action concerne principalement la prise en charge de la douleur et la réalisation de soins palliatifs à domicile conjointement avec les autres acteurs médicaux et paramédicaux (infirmières, kinésithérapeutes, aides-soignantes...).

### Contact en vue d'une prise en charge pluridisciplinaire

Contact	Nombre	%
Oui	103	31
Non	226	69
Non réponse	2	
Total	331	100

Source : ORS Picardie

Pour plus de 90 % des patients, les médecins généralistes ont reçu un compte rendu médical.

D'ailleurs, les relations entre médecins spécialistes et médecins généralistes semblent excellentes puisque c'est seulement pour 1 % des patients que les médecins généralistes se plaignent de ne pas recevoir de compte rendu médicaux au sujet de leurs malades.

### Réception d'un courrier médical

Lettre	Nombre	%
Oui	296	91
Non	4	1
Pas toujours	26	8
Non réponse	5	
Total	331	100

Source : ORS Picardie

Dans 70 % des cas, les généralistes reçoivent le compte rendu médical dans les quinze jours qui suivent la rencontre (consultation, hôpital de jour, acte thérapeutique ou hospitalisation classique) avec le spécialiste. Dans 24 % des cas, ils le reçoivent entre 2 et 3 semaines et dans 6 % des cas plus de 3 semaines après la visite au spécialiste.

### **Délai de réception du compte rendu du spécialiste**

<b>Délai</b>	<b>Nombre</b>	<b>%</b>
< 2 semaines	226	70
2 à 3 semaines	77	24
> 3 semaines	19	6
Non réponse ou pas reçu	9	
Total	331	100

Source : ORS Picardie



## ***E) Conclusion***



## E) Conclusion

Cette enquête permet d'actualiser les connaissances sur la pathologie cancéreuse en Picardie. D'une part, elle dépeint la diversité du cancer de par le nombre important de tissus ou d'organes qu'il concerne mais aussi dans sa distribution : schématiquement, il concerne une plus grande proportion d'hommes, plutôt dans la deuxième partie de la vie, victimes de cancers liés à des facteurs extrinsèques comme l'intoxication alcoolo-tabagique ou à des maladies professionnelles (poumon, VADS, vessie) mais aussi des cancers plus génétiques ou hormono-dépendant (prostate, côlon). Quant à la femme, la pathologie cancéreuse est principalement due au cancer du sein qui concerne une population plus jeune que chez les hommes, mais il ne faut pas oublier la fréquence du cancer du côlon ainsi que l'augmentation des cancers des VADS.

Il faut également rappeler la permanence de comportements médicaux différents selon les départements : si tous les patients tendent à se faire soigner près de chez eux, les habitants des départements de l'Aisne et de l'Oise sont plus nombreux à se faire soigner en dehors de la région ; il faut aussi souligner la faible attractivité régionale du centre hospitalier universitaire d'Amiens sur ces populations (cela serait à confirmer à travers une autre enquête).

Enfin, même si le délai diagnostique moyen peut paraître acceptable (70 % des cancers diagnostiqués en moins d'un mois), il existe des différences importantes pour certaines localisations (prostate et vessie) ou certaines classes d'âge. Cela est d'autant plus dommageable qu'il s'agit le plus souvent de cancers accessibles à un dépistage. Il faut donc, de la part des autorités insister sur le dépistage de certains cancers (sein, col de l'utérus, prostate, côlon), encourager la formation continue portant sur ces thèmes, diminuer la prévalence de certains comportements (consommation excessive d'alcool et de tabac, habitudes alimentaires, prévention des maladies professionnelles).

Cette enquête permet également de mettre en évidence le rôle fondamental du médecin généraliste dans la prise en charge des pathologies cancéreuses. Il intervient en effet à plusieurs niveaux : d'abord, il est la première personne consultée dans 78 % des cas et *a contrario*, il faut noter la faiblesse du dépistage systématique dans la population. Ensuite, il joue un rôle important dans l'organisation de filières de soins. Leur attitude vis-à-vis de telles pathologies ne se limite plus seulement à soigner. En effet, ils sont désireux d'être mieux impliqués dans une prise en charge pluridisciplinaire pour pouvoir mieux accompagner leurs patients. Conscients de l'ampleur de cette tâche, ils n'hésitent plus à s'investir personnellement dans des domaines complexes qui peuvent parfois rebuter certains d'entre eux. Cette attitude commence à être perçue par les médecins spécialistes. Ainsi, les généralistes commencent à être sollicités pour une prise en charge pluridisciplinaire de leurs patients qui ne se limite plus à un simple échange épistolaire. En effet, ils participent pleinement aux réunions multidisciplinaires concernant les décisions thérapeutiques au sujet de leurs patients.

Aujourd'hui, si les médecins savent soigner ou guérir plus de la moitié des cancers, ils doivent se rappeler qu'ils soignent d'abord des personnes qui sont de plus en plus critiques et exigent de leur part une meilleure information. Dans une médecine de plus en plus technique, ils devront se rappeler l'Humanisme qui est à la base de leur art, faculté indispensable à la prise en charge de ce type de pathologies, pour concourir à une meilleure qualité des soins et à une meilleure relation médecin malade. C'est notamment ce qui a été souligné lors des différentes réunions des états généraux sur le cancer par les nombreux intervenants. C'est d'une certaine façon ce qui est dit aussi par les patients et leur entourage lorsque l'on s'intéresse aux motivations qui les font notamment aller se faire soigner hors de la région.



## ***F) Annexes***



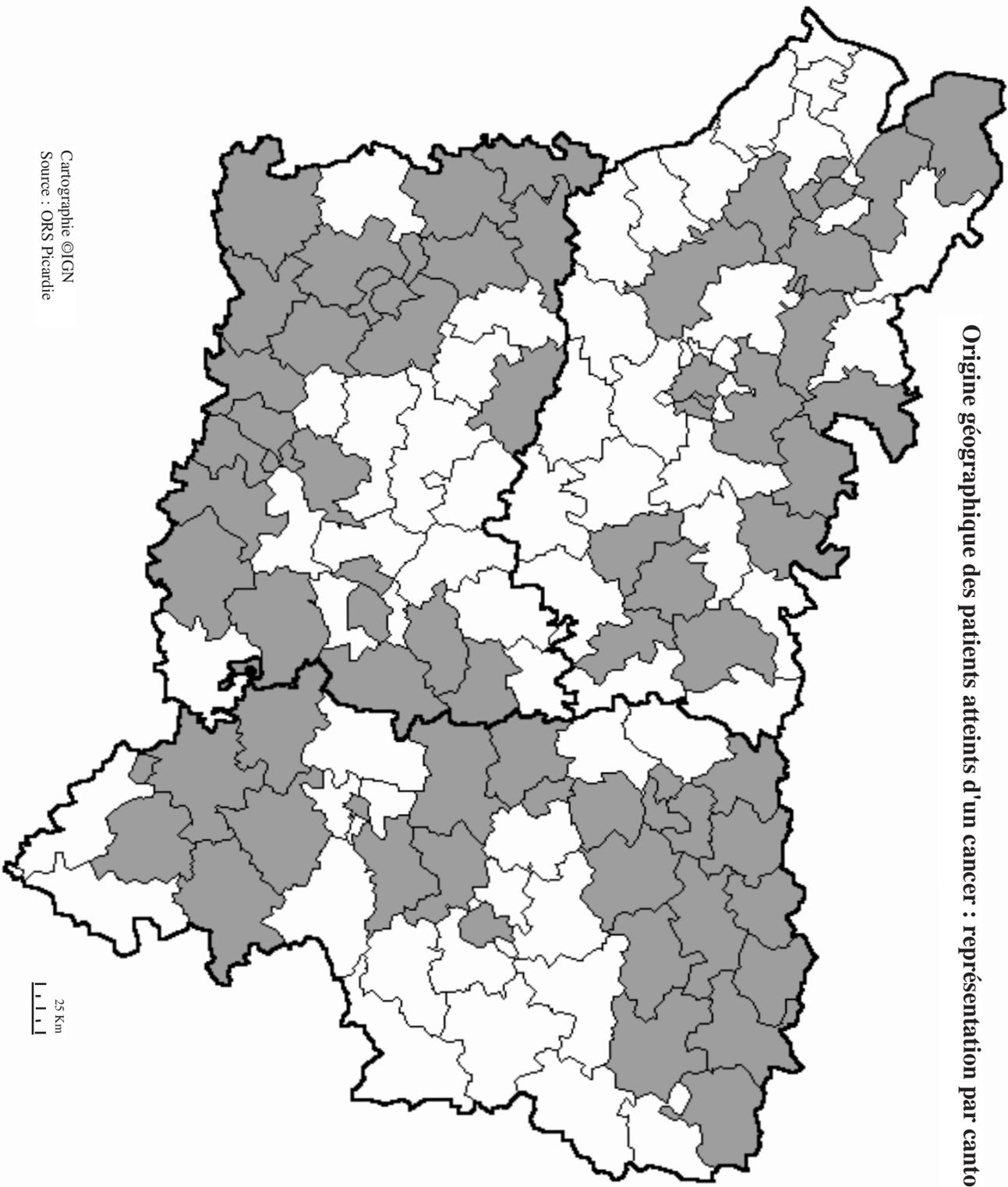
Annexe 1

Cantons d'origine des patients

Nom du canton	Nombre	Nom du canton	Nombre
Anizy-le-Château	3	Méru	6
Bohain-en-Vermandois	5	Nanteuil-le-Haudouin	2
La Capelle	3	Neuilly-en-Thelle	2
Catelet	3	Nivillers	2
Château-Thierry	4	Noailles	2
Chauny	4	Noyon	4
Coucy-le-Château-Auffrique	5	Ribécourt-Dreslincourt	6
Fère-en-Tardenois	4	Senlis	5
Guise	2	Songeons	3
Hirson	4	Chantilly	4
Marle	13	Montataire	4
Moÿ-de-l'Aisne	4	Compiègne	5
Neuilly-Saint-Front	3	Creil	2
Nouvion-en-Thiérache	9	Beauvais	35
Oulchy-le-Château	1	Acheux-en-Amiénois	4
Sains-Richaumont	1	Ailly-le-Haut-Clocher	1
Vailly-sur-Aisne	1	Albert	4
Vervins	5	Chaulnes	14
Villers-Cotterêts	1	Domart-en-Ponthieu	4
Wassigny	5	Doullens	3
Tergnier	4	Hallencourt	2
Laon	1	Molliens-Dreuil	5
Saint-Quentin	11	Nesle	1
Soissons	21	Nouvion	7
Attigny	2	Péronne	1
Auneuil	5	Rosières-en-Santerre	1
Breteuil	5	Rue	1
Chaumont-en-Vexin	9	Villers-Bocage	1
Crépy-en-Valois	2	Abbeville	14
Formerie	2	Amiens	15
Grandvilliers	1	Inconnu ou autre région	22
Liancourt	2	<b>Total</b>	<b>331</b>
Marseille-en-Beauvaisis	4		

Source : ORS Picardie

Origine géographique des patients atteints d'un cancer : représentation par cantons



Cartographie ©IGN  
Source : ORS Picardie

## Annexe 2

### Localisation de la tumeur primitive en fonction du sexe

Localisation	Homme	%	Femme	%	Nombre	Fréquence
Lèvres, pharynx	11	6,3	4	2,9	15	4,8
Oesophage	3	1,7	2	1,5	5	1,6
Estomac	9	5,2	2	1,5	11	3,5
Intestin	21	12,1	14	10,2	35	11,3
Pancréas	5	2,9	2	1,5	7	2,3
Autres app. Digestif	2	1,1	4	2,9	6	1,9
Larynx	5	2,9	1	0,7	6	1,9
Poumon, bronches	35	20,1	2	1,5	37	11,9
Autres app. resp	3	1,7	1	0,7	4	1,3
Os, cartilage	1	0,6	1	0,7	2	0,6
Tissu conjonctif	0	0,0	2	1,5	2	0,6
Peau	5	2,9	3	2,2	8	2,6
Sein	3	1,7	74	54,0	77	24,8
Utérus	-	-	2	1,5	2	0,6
Ovaires	-	-	16	11,7	16	5,1
Prostate	34	19,6	-	-	34	10,9
Vessie	13	7,5	0	0,0	13	4,2
Rein et org. urinaire*	5	2,9	1	0,7	6	1,9
Génito-urinaire**	5	2,9		0,0	5	1,6
Encéphale	3	1,7	2	1,5	5	1,6
Sièges autres	3	1,7	2	1,5	5	1,6
Hodgkin	1	0,6	0	0,0	1	0,3
Tissu lymphoïde	3	1,7	1	0,7	4	1,3
Myélome	1	0,6	0	0,0	1	0,3
Leucémies	3	1,7	1	0,7	4	1,3
Total	174	100	137	100	311	100

Source : ORS Picardie

\*Rein et org. urinaire : rein et uretère

\*\*Génito-urinaire : testicule, urètre, pénis

### Annexe 3

#### Localisation de la tumeur primitive en fonction du département de domicile

	Aisne	Oise	Somme	Nbre de patients	%
Lèvres, pharynx	27%	33%	40%	15	4,8
Oesophage	40%	20%	40%	5	1,6
Estomac	36%	45%	18%	11	3,5
Intestin	40%	29%	31%	35	11,2
Pancréas	14%	29%	57%	7	2,2
Autres app. Digestif	33%	33%	33%	6	1,9
Larynx	66%	-	33%	6	1,9
Poumon, bronches	48%	35%	18%	40	12,8
Autres app. resp	33%	33%	33%	3	0,9
Os, cartilage	100%	-	-	2	0,6
Tissu conjonctif	50%	50%	-	2	0,6
Peau	78%	22%	-	9	2,9
Sein	33%	41%	26%	80	25,6
Utérus	50%	50%	-	2	0,6
Ovaires	50%	31%	13%	15	4,8
Prostate	33%	42%	21%	32	10,2
Vessie	31%	46%	15%	12	3,8
Rein et org. Urinaire	-	-	100%	6	1,9
Génito-urinaire	25%	75%	-	4	1,3
Encéphale	60%	20%	20%	5	1,6
Sièges autres	60%	-	40%	5	1,6
Hodgkin	-	100%	-	1	0,3
Tissu lymphoïde	25%	25%	50%	4	1,3
Myélome	100%	-	-	1	0,3
Leucémies	25%	75%	-	4	1,3
<b>Nombre de sujets</b>	<b>120</b>	<b>111</b>	<b>81</b>	<b>312</b>	
Fréquence	38,1	35,2	25,7		100

Source : ORS Picardie

## Annexe 4

### Lieux principaux de traitement et de suivi

Ville	Chir	radio	chimio	autres	Nbre de patients	%
Amiens	46	27	26	9	57	20,9
Saint-Quentin	16	13	14	3	30	11,0
Reims	24	15	13	5	27	9,9
Beauvais	22	10	10	0	26	9,5
Abbeville	9	10	11	2	18	6,6
Paris	14	7	7	0	18	6,6
Soissons	9	7	5	3	13	4,8
Compiègne	7	3	4	3	11	4,0
Creil	10	2	4	1	11	4,0
Saint-Cloud	8	1	5	1	11	4,0
Laon	6	3	4	1	8	2,9
Pontoise	8	7	5	5	8	2,9
Hirson	2	2	0	0	4	1,5
Doullens	3	1	2	0	3	1,1
Val d'Oise (sans plus de précision)	2	1	0	2	3	1,1
Fourmies	1	1	1	1	2	0,7
Tergnier	0	1	1	0	2	0,7
Vervins	2	0	0	1	2	0,7
La Cateau	2	0	1	0	2	0,7
Lille	1	1	1	0	2	0,7
L'Isle-Adam	1	0	0	1	2	0,7
Thiérache-Wiguehies	1	2	2	0	2	0,7
Albert	1	0	1	0	1	0,4
Senlis	1	0	0	0	1	0,4
Villejuif	1	0	0	0	1	0,4
Crépy en Valois	0	0	1	0	1	0,4
Denain	0	1	1	0	1	0,4
Château-Thierry	1	0	0	0	1	0,4
Chauny	1	1	0	0	1	0,4
Le Havre	1	0	1	0	1	0,4
Meaux	0	1	0	1	1	0,4
Noyon	1	1	1	0	1	0,4
Guise	1	0	1	0	1	0,4
<b>Total</b>	<b>202</b>	<b>118</b>	<b>122</b>	<b>39</b>	<b>273</b>	
Fréquence*	74,0	43,2	44,7	14,3		100

Source : ORS Picardie

\* le total est supérieur à 100 % car plusieurs traitements peuvent être associés pour un même patient

## Annexe 5

### Situation clinique des patients suivant la classification TNM

TNM	Guérison	Rémission	Récidive	Décès (cancer)	Décès (autres)	Traitement en cours	Cancer évolutif	Nbre	%
0	12%	40%	15%	19%	3%	9%	2%	130	41,8
20	100%							1	0,3
100	11%	82%	7%					28	9,0
101		100%						1	0,3
110		71%	14%				14%	7	2,3
111		33%		66%				3	1,0
120		50%	50%					2	0,6
200	45%	40%	5%			10%		20	6,4
210	43%	57%						7	2,3
211		33%		66%				3	1,0
220		66%		33%				3	1,0
230		100%						1	0,3
240		100%						1	0,3
300	11%	33%	11%	22%		11%	11%	9	2,9
310		100%						3	1,0
311		100%						1	0,3
320		50%	50%					4	1,3
330		100%						1	0,3
400		100%						1	0,3
410				100%				1	0,3
411				100%				1	0,3
420				100%				1	0,3
421			100%					1	0,3
430		100%						2	0,6
444				100%				1	0,3
999	18%	56%	10%	12%		4%		78	25,1
<b>Nombre de patients</b>	<b>46</b>	<b>157</b>	<b>36</b>	<b>45</b>	<b>4</b>	<b>18</b>	<b>5</b>	<b>311</b>	
Fréquence	14,8	50,5	11,6	14,5	1,3	5,8	1,6		100

Source : ORS Picardie

## Annexe 6

## **Annexe 7**





## Annexe 8



Sexe Nom Prénom

AD1

AD2

CP Ville

Amiens, le 31 juillet 2000

Cher confrère,

Le cancer est responsable de près de 4 500 décès par an dans la population picarde. Il représente la deuxième cause de mortalité après les maladies cardiovasculaires et la première cause de mortalité prématurée.

La lutte contre le cancer est une priorité de santé publique affichée par la conférence régionale de santé en 1996 et par la conférence nationale de santé en 1997. Depuis cette année, un programme régional de santé cancer (PRS) est mis en place en Picardie dont le but est la lutte contre le cancer. Une partie des décès attribuables au cancer peut être évitée :

- par des mesures préventives de réduction des comportements à risque ;
- par le développement du dépistage systématique ;
- par l'amélioration du système de soins ou du dépistage.

La prise en charge de patients atteints d'un cancer est encore mal connue, notamment les circuits empruntés. Votre rôle de médecin de terrain est primordial. Vous trouvant au centre du dispositif de soins, nous sollicitons votre collaboration pour étayer quelques informations à ce sujet.

Un questionnaire médecin vous est spécialement adressé, ainsi qu'un questionnaire (au nombre de 4) pour chaque patient atteint d'un cancer vous ayant consulté après le 1er janvier 1999. Tous ces questionnaires sont anonymes et nous vous serions obligés si vous pouviez nous les retourner pour le 8 septembre 2000. Nous vous ferons parvenir d'autres questionnaires si vous en avez besoin. Un rendu détaillé de l'enquête vous sera adressé dès la fin de l'analyse des données.

Pour répondre à toutes les questions que vous pourriez vous poser concernant cette étude, vous pouvez contacter le Docteur M. Lambourg-Podigue médecin de santé publique à l'observatoire régional de santé de Picardie au 03 22 82 77 72.

Recevez, cher confrère, nos salutations confraternelles.

Pr Odile Kremp  
Présidente de l'ORS Picardie

Dr Philippe Descombes  
Président de l'URML

---

### Observatoire Régional de Santé de Picardie

Siège social : Faculté de médecine - Université de Picardie Jules Verne - 3, rue des Louvels F-80036 AMIENS Cedex 1  
Téléphone 03 22 82 77 24 o Télécopie 03 22 82 77 41 o E-Mail [ors@sa.u-picardie.fr](mailto:ors@sa.u-picardie.fr) o <http://www.u-picardie.fr/~ORS>

### Union Régionale des Médecins Libéraux

Vallée des Vignes - 27, avenue d'Italie F-80094 AMIENS Cedex 3 - Téléphone : 03 22 33 35 55 – Télécopie : 03 22 33 35 50  
E-Mail [urml.picardie@wanadoo.fr](mailto:urml.picardie@wanadoo.fr) o <http://www.upml.fr/picardie/index.html>