



# Table-ronde sur le cancer du pancréas en Nouvelle-Aquitaine

**Sous le pilotage du Professeur David Tougeron, hépato-gastro-entérologue au CHU de Poitiers, spécialiste en oncologie digestive**

## INTRODUCTION

Chaque année en France, alors que plus de 14 000 personnes sont diagnostiquées d'un cancer du pancréas, avec une mortalité quasiment similaire, l'incidence de cette pathologie est en augmentation constante. Le dépistage tardif et les possibilités de traitements limitées coûtent la vie à la majorité des malades. En effet, les symptômes sont peu caractéristiques et le dépistage nécessite des moyens importants. Le cancer du pancréas apparaît dans le paysage français comme un cancer peu priorisé par les pouvoirs publics et constitue un bon exemple de la nécessité d'organiser au mieux notre système de soins au niveau régional.

Dans la perspective du Plan Cancer, qui sera renouvelé pour 10 ans en 2020, la Fondation Aide et Recherche en Cancérologie Digestive (A.R.C.A.D) entend mobiliser les pouvoirs publics au niveau local et l'opinion publique pour la lutte contre le cancer du pancréas.

C'est donc ce cadre qu'elle organise des tables rondes en France afin de dresser l'état des lieux de la prise en charge du cancer du pancréas dans différentes régions, et d'identifier les points d'amélioration afin d'en tirer des propositions d'actions, au niveau local mais aussi national.

L'initiative a débuté en 2017 avec l'organisation d'une table-ronde à Lyon, suivie d'une deuxième en 2018 à Marseille, et le 28 novembre 2019 à Poitiers, sous le pilotage du Professeur David Tougeron, spécialiste en oncologie digestive du CHU de Poitiers.

**COMPTE RENDU DE LA TABLE RONDE DU 28 NOVEMBRE 2019 SUR LE CANCER DU PANCREAS A POITIERS**



## Les points à retenir:

- **L'incidence du cancer du pancréas a fortement augmenté en Nouvelle-Aquitaine, comme dans le reste de la France**, entre 1990 et 2018 mais semble néanmoins se ralentir ;
- Le cancer du pancréas a une **mortalité toujours élevée et un pronostic parmi les plus mauvais de tous les cancers** avec une survie à 5 ans de moins de 10% tous stades confondus ;
- Le pourcentage faible de personnes ayant accès à la chirurgie témoigne de la diffusion métastatique rapide de ce cancer mais aussi du **retard du diagnostic** qu'il y a dans la prise en charge du cancer du pancréas ;
- Il est nécessaire d'améliorer le diagnostic du cancer du pancréas, seul élément sur lequel nous pouvons jouer afin d'améliorer son pronostic car **la chirurgie reste le seul traitement curatif** et les traitements palliatifs sont peu efficaces ;
- **L'ensemble des acteurs de la prise en charge du patient doivent davantage communiquer et se coordonner.**

Le **Professeur David Tougeron**, a ouvert cette table ronde en posant un constat général sur le cancer du pancréas.

Avec près de 15.000 nouveaux cas par an, les spécialistes craignent qu'avec une telle augmentation, le cancer du pancréas égalise bientôt l'incidence du cancer colorectal métastatique<sup>1</sup>. De plus le cancer du pancréas a une médiane de survie très faible, **de seulement environ 15 mois**, en raison de son caractère extrêmement agressif et de sa résistance aux traitements.

Aujourd'hui, face à ce constat, la piste prioritaire d'action est d'**améliorer la précocité du diagnostic**.

Pour cela, il est notamment nécessaire d'aboutir à un consensus sur les symptômes qui vont faire l'objet d'une suspicion - qui sont compliqués à définir en raison de leur caractère banal – avec donc un rôle majeur des médecins généralistes.

Le professeur David Tougeron a donc alerté à la fois sur le manque de structures – en Poitou-Charentes, il existe seulement trois centres qui réalisent des biopsies pour détecter le cancer du pancréas – et un manque de moyens pour accélérer le délai de prise en charge lorsqu'il y a suspicion de cancer du pancréas et la prise en charge thérapeutique (symptômes – scanner – écho-endoscopie bilio-pancréatique – biopsie – chirurgie/chimiothérapie).

En amont de la table ronde sur les pistes d'amélioration, le **docteur Gautier Defossez, responsable du registre général des cancers de Poitou-Charentes et médecin en santé publique** et **France Bereterbide, Directrice déléguée à l'offre de soins de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Nouvelle Aquitaine** ont respectivement présenté l'état des lieux de l'épidémiologie et de la politique régionale de santé.

---

<sup>1</sup> 43 336 nouveaux cas par an en France métropolitaine en 2018, source : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-colon-rectum>



# ETAT DES LIEUX DE L'EPIDEMIOLOGIE ET DE LA PRISE EN CHARGE DU CANCER DU PANCREAS EN NOUVELLE-AQUITAINE

L'évolution de l'épidémiologie du cancer du pancréas est mesurée à l'aide de 3 indicateurs :

1. Incidence : le nombre de nouveaux cas ;
2. Mortalité : le nombre de décès ;
3. Survie : le nombre de patients toujours vivants à un temps t.

Les indicateurs 1. et 2. permettent de quantifier :

- Les besoins de prise en charge de la population ;
- L'impact des actions curatives et préventives au regard de l'évolution des facteurs de risque et des pratiques de diagnostic et de dépistage.

L'indicateur 3. permet d'évaluer l'amélioration globale du pronostic des personnes atteintes d'un cancer du pancréas.

Ces indicateurs sont mesurés grâce à deux sources de données : les registres du cancer pour l'incidence et la survie (réseau FRANCIM), les certificats de décès pour la mortalité (INSERM).

L'Europe de l'Ouest est la région du monde la plus touchée par le cancer du pancréas avec un taux d'incidence de 8,5 personnes atteintes sur 100 000, et tout particulièrement en France et en Hongrie.

En terme de mortalité en France, le cancer du pancréas est très important :

- **5<sup>ème</sup> cancer le plus meurtrier chez les hommes ;**
- **4<sup>ème</sup> cancer le plus meurtrier chez les femmes ;**
- **La France se démarque des autres pays européens car l'incidence y est en hausse alors qu'elle est stable dans les autres pays.**

Sur le plan régional, le Dr. Gautier Defossez s'est appuyé sur les estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en Nouvelle-Aquitaine concernant la période 2007-2016, issues du rapport publié en janvier 2019 à partir des données des registres du cancer (réseau FRANCIM). Il en résulte qu'avec la Bretagne, la **Nouvelle-Aquitaine est la région la moins touchée par ce cancer** et que l'incidence est répartie de façon **homogène** sur l'ensemble des départements.

Sur le plan local, le Dr. Gautier Defossez s'est appuyé sur les données observées issues du registre général des cancers de Poitou-Charentes. Au niveau de l'ex-région Poitou-Charentes, 411 nouveaux cas ont été diagnostiqués en 2016. Environ 50 % des patients étaient stade IV au diagnostic (présence de métastase(s)), seulement 50 % ont pu bénéficier d'une chimiothérapie de 1<sup>ère</sup> intention (palliative ou non) et **seuls 13 % des patients ont pu avoir un traitement chirurgical à visé curatif**. **L'âge moyen du diagnostic est de 72 ans.**

Pour l'épidémiologiste, il est important de mettre différentes actions en place : déterminer les différents points de contact du patient avec le système de santé ; connaître le stade d'extension au diagnostic ; récolter les informations renseignées au sein des Réunions Collégiales Pluridisciplinaires (RCP). Cela avec pour finalité de déterminer les éventuels points de blocage entre la suspicion de cancer du pancréas et le début de la prise en charge thérapeutique.



---

*« Mes patients ont en moyenne une cinquantaine d'années et ma dernière patiente a 39 ans », Docteur Valérie Moulin, oncologue digestif au CH de la Rochelle*

---

Si les chiffres sur l'incidence du cancer du pancréas démontrent un âge moyen de 72 ans au moment du diagnostic, les praticiens présents à la table ronde se sont accordés à dire que l'âge réel observé chez leurs patients est en réalité bien plus jeune (autour de 50 ans) : les données épidémiologiques permettant d'affirmer cela avec du recul seront sans doute disponibles dans les prochaines années. De plus cette impression est aussi liée au fait que certains patients très âgés ont un traitement palliatif avec des soins de support exclusifs et ne sont par conséquent pas adressés aux médecins spécialistes dans la prise en charge de ces tumeurs (hépato-gastro-entérologue/oncologue/chirurgien digestif).

## LA POLITIQUE REGIONALE DE LUTTE CONTRE LE CANCER : QUELLE PLACE POUR LE CANCER DU PANCREAS EN REGION NOUVELLE-AQUITAINE ?

France Bereterbide a précisé d'emblée qu'il n'existe pas, dans cette région, de politique dédiée au cancer du pancréas. C'est un sujet traité davantage par les sociétés savantes. **Le rôle de l'ARS est de développer une politique régionale d'offre de soins**, s'appliquant également au cancer du pancréas.

Le volet cancérologie du Projet Régional de Santé (PRS) reflète le maillage de l'offre de soins. L'ARS cherche **à assurer un maillage équilibré de l'offre entre proximité, accessibilité et sécurité en sachant que des dilemmes peuvent être posés entre accessibilité et qualité.**

Pour France Bereterbide, le problème est qu'**aujourd'hui un établissement de santé peut opérer un cancer du pancréas, sans en être spécialiste, ce qui constitue alors un risque, et donc une perte de chance pour le patient**, ce à quoi la réforme des autorisations devrait répondre de manière efficace. En effet de nombreux travaux ont montré que les résultats de la chirurgie carcinologique sont directement liés aux nombres de patients pris en charge et le pourcentage de cancers du pancréas opérés est faible (10-20%) par rapport à d'autres cancers comme ceux du colon ou du sein.

Un autre grand sujet pour l'ARS est **l'accès aux essais cliniques dans les territoires éloignés d'un CHU.**

---

*« Si la question de l'accès aux essais cliniques ne se pose pas au CHU de Poitiers, la situation est différente pour un patient qui se trouve par exemple dans les Deux-Sèvres. » France Bereterbide, Directrice déléguée à l'offre de soin de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Nouvelle Aquitaine*

---



Si l'accès aux essais cliniques est en effet important pour le Pr. David Tougeron, il rappelle que l'enjeu majeur se trouve en amont, le parcours dès la suspicion de cancer du pancréas jusqu'à la prise en charge thérapeutique dans un service spécialisé. Finalement **peu de patients sont opérés**, comme l'illustre le chiffre de 13% qui ressort de l'état des lieux de l'épidémiologie. Un diagnostic plus précoce est important pour augmenter ce faible chiffre de 13% et pour avoir un impact en terme de survie. Il précise qu'il n'y a pas de dépistage de ce cancer en l'absence de méthode efficace actuellement disponible. De plus le Professeur Tougeron précise qu'il n'y a pas de disparités dans l'offre de soins en matière d'accès aux essais thérapeutiques puisqu'ils sont diffusés en temps réel à chacun des cliniciens.

---

**« La chirurgie reste actuellement la pierre angulaire du traitement des cancers du pancréas lorsqu'ils sont opérables. C'est une chirurgie lourde. »**  
*Professeur Jean-Pierre Richer, Service de chirurgie viscérale du CHU de Poitiers*

---

Le **Dr. Sharara, directrice de la fondation A.R.C.A.D**, mentionne le « Protocole Urgence Pancréas », selon lequel tout patient avec une suspicion de cancer du pancréas devrait pouvoir intégrer une prise en charge thérapeutique et intégrale sous 14 jours. Elle appelle les orateurs de la table ronde à rejoindre ce protocole puisqu'aucun centre en Nouvelle-Aquitaine ne participe à cette étude en cours.

Le Dr. Valérie Moulin a pointé le problème de ressources médicales, très présent dans son département et qui prend le dessus sur les problématiques d'accès et de sécurité des soins posées par l'ARS. En effet, un seul médecin en Charente-Maritime réalise les biopsies pancréatiques sous écho-endoscopie.

---

**« A la Rochelle, je suis seule avec une collègue pour réaliser les chimiothérapies de tous les cancers digestifs. On a vraiment un problème de ressources médicales. ».** *Dr. Valérie Moulin, oncologue digestif, CH de la Rochelle*

---

Le Pr. David Tougeron a lui aussi évoqué le problème des ressources médicales, notamment le **problème national de pénurie d'anesthésistes et de radiologues**, qui touche particulièrement le CHU de Poitiers. Cette pénurie retarde l'accès à deux examens nécessaires à la prise en charge des cancers du pancréas, le scanner et l'écho-endoscopie bilio-pancréatique qui est toujours réalisée sous anesthésie générale.

Concernant l'évolution de la politique nationale sur le cancer en Nouvelle-Aquitaine, l'ARS n'a pour l'instant aucune information définitive. Pour le cancer du pancréas, la piste d'un système d'autorisation par compartiment, c'est-à-dire un découpage par organe, est en réflexion.



## TABLE RONDE – PISTES D'AMÉLIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DU CANCER DU PANCRÉAS

Josefa Rubert, a été atteinte d'un cancer du pancréas et nous livre son parcours, des premiers symptômes au traitement. Au départ a été diagnostiqué un diabète, son état s'aggrave et elle souffre de fortes douleurs abdominales. Après avoir réalisé un scanner, on découvre finalement trois tumeurs dans son pancréas. La prise en charge est rapide, une biopsie est réalisée, mais elle devra attendre trois semaines pour avoir les résultats de sa biopsie et le diagnostic certain d'adénocarcinome du pancréas. S'enchaînent une chimiothérapie, une opération chirurgicale de sept heures à Paris et une nouvelle chimiothérapie. Après un véritable « parcours du combattant », Josefa Rubert est depuis un an en période de rémission complète.

Son témoignage révèle des dysfonctionnements importants dans le parcours de soins. Alors que ce type de cancer nécessite une prise en charge rapide, un temps important s'est écoulé entre les premiers symptômes et le premier scanner. Selon elle, une réponse doit être apportée au manque d'accompagnement sur l'aspect psychologique et social des patients atteints du cancer du pancréas.

A la suite de ce témoignage, les différents acteurs du parcours de soins des patients atteints du cancer du pancréas ont échangé afin de poser le constat propre à leurs expertises, d'identifier les points de rupture du parcours de soins et d'identifier les pistes d'amélioration qui peuvent être mises en place dans la région.

Les thèmes abordés étaient les suivants :

- *Prévention*
- *Diagnostic*
- *Accès aux traitements et à la chirurgie*
- *Prise en charge / parcours du patient*
- *Articulation ville-hôpital et coordination des professionnels de santé*

### I. La prise en charge du cancer du pancréas en région Nouvelle-Aquitaine : structuration et points de rupture

#### ***En amont, un manque de formation***

Le Professeur Jean-Pierre Richer souligne l'absence de formation des médecins généralistes aux symptômes du cancer du pancréas, encore considéré comme un cancer rare, alors qu'il existe une explosion de son incidence. Il faudrait « *porter la bonne parole* » aux formations médicales continues des médecins généralistes. Une meilleure formation peut en effet améliorer la connaissance et l'identification des symptômes et réduire le délai entre leur apparition et le diagnostic.

#### ***Un diagnostic trop tardif***

La Fondation A.R.C.A.D a développé à l'attention des médecins généralistes une [brochure](#) sur les symptômes de cette pathologie. Le public de ce type de brochures doit néanmoins être limité aux médecins généralistes, afin d'éviter un écueil alarmiste de la population générale de mieux en mieux informée sur la fréquence et la gravité de ce cancer.

Mais il est difficile d'établir clairement des liens de causalité entre les symptômes et la maladie en raison de leur banalité et de leur caractère non-spécifique : maux de ventre, fatigue, etc. Néanmoins



des symptômes comme une altération de l'état général, l'apparition d'un diabète, des douleurs abdominales épigastriques et/ou de troubles du transit doivent alarmer et conduire à des examens complémentaires.

Trois localisations des cancers du pancréas sont possibles, avec des symptômes plus ou moins faciles à diagnostiquer :

- Le cancer de la « tête » du pancréas : le plus facile à identifier car les malades développent souvent une jaunisse (ictère) ;
- Le cancer du « corps » du pancréas : symptômes plus banals donc difficilement identifiables ;
- Le cancer de la « queue » du pancréas : c'est la forme qui a un meilleur pronostic mais malheureusement les malades ne ressentent presque aucune douleur révélatrice du cancer avant une stade avancé.

### ***L'importance du rôle du médecin généraliste***

Pour le diagnostic, le rôle du médecin généraliste est d'orienter très vite vers un spécialiste pour éviter une perte de temps et donc de chance de guérison pour le patient. Dès lors qu'il y a des métastases, la prise en charge ne sera que palliative.

Afin d'accélérer l'orientation du patient vers un spécialiste, certains orateurs sont d'avis de réaliser un scanner abdominal systématique dès lors qu'il y a la moindre suspicion clinique de tumeur du pancréas.

Il faut sensibiliser les médecins sur les symptômes cliniques du cancer du pancréas : le symptôme de la diarrhée pancréatique graisseuse par exemple (insuffisance pancréatique exocrine), est très mal connu, pourtant il s'agit d'un signe particulièrement éclairant.

### ***La responsabilité médicale des radiologues***

Les radiologues ont une vraie responsabilité médicale dans le diagnostic du cancer du pancréas, qui devrait davantage les engager. Lorsqu'il y a suspicion de cancer, il est nécessaire d'enclencher un dialogue immédiat avec le spécialiste pour proposer une prise en charge la plus rapide possible. De plus, lorsqu'il existe de symptômes digestifs avec une échographie abdominale normale, la réalisation d'un scanner est souhaitable car l'échographie peut être prise en défaut, le pancréas étant un organe profond. Dans notre région, il existe un délai parfois de plusieurs semaines pour obtenir un scanner.

### ***Le droit discutable au 2<sup>ème</sup> avis***

En France, en cas de pathologie lourde nécessitant un traitement dont on peut craindre les effets secondaires, la demande d'un second avis médical peut participer à éclairer la décision du patient. Pour certains participants, dans le cas d'une pathologie aussi critique et urgente que le cancer du pancréas, cette possibilité peut représenter une perte de temps, et donc de chance. Pour d'autres, il est plutôt nécessaire de commencer le processus de soins très rapidement, dès le premier diagnostic. Un 2<sup>ème</sup> avis est un droit du patient mais qui ne doit pas retarder la prise en charge, cela doit lui être expliqué par son médecin référent.

### ***Un manque de coordination ville / hôpital***

Pour le Dr. Aurore de Fleurian, pharmacienne de ville, les patients reçoivent trop d'informations sur leurs traitements en une fois sans avoir le temps de les assimiler. Cela ne permet donc pas une bonne restitution de l'information à leurs proches ni même aux professionnels de santé de premier recours (infirmières et pharmacien) qui suivent ces patients sans avoir leurs comptes rendus médicaux.

Pour les professionnels de santé en ambulatoire, le constat est que le temps d'attente entre la première consultation et l'orientation vers le spécialiste dépasse régulièrement celui des



recommandations. Et surtout le manque d'effectif médical et para-médical fait qu'une masse importante d'information sont données en 1 ou 2 consultations avant le début du traitement et ne permettent pas de le ré-expliquer aux patients.

Les échanges ont fait ressortir le besoin d'une meilleure communication entre la ville et l'hôpital qui permettrait de fournir un meilleur accompagnement au comptoir du patient, non seulement sur la partie logistique (anticipation de la commande des traitements ce qui évite au patient des déplacements inutiles dans nos officines qui peuvent être pour eux en plus de la fatigue, source de contaminations virales) mais aussi sur un meilleur accompagnement sur les effets secondaires des traitements et les soins de supports ainsi qu'une meilleure prise en charge psychologique du malade et de ses proches. Cette communication pourrait prendre la forme de notification à l'attention des pharmaciens qui indiquerait quand le patient va passer et de quoi il a besoin.

Le Bilan de Soins Infirmiers ou la Démarche de Soins Infirmiers (selon l'âge du patient) qui permet une séance de surveillance clinique et de prévention hebdomadaire par l'IDEL est très peu prescrite par les médecins car méconnue. Elle permettrait pourtant un accompagnement du patient dans son parcours.

Isabelle Varlet, représentante de l'URPS Infirmiers de Nouvelle-Aquitaine, a cité un bel exemple de coordination des professionnels de santé, celui de la prise en charge de la thrombose veineuse : afin d'améliorer la prise en charge de la thrombose veineuse chez le patient atteint de cancer, un groupe de travail régional a été constitué pour uniformiser l'information auprès des professionnels de santé et améliorer la coordination interprofessionnelle. Un groupe de travail composé des URPS médecins, pharmaciens et infirmiers libéraux, de l'OMEDIT, de pharmaciens, de l'université de médecine, médecins généralistes, médecins vasculaires etc. s'est réuni en Nouvelle-Aquitaine depuis 2017 et a produit une plaquette sur les thromboses veineuses pour les professionnels et une pour les patients ainsi qu'une [vidéo](#). Cette démarche a pour volonté de lutter contre les faux discours, notamment sur la prise d'anticoagulant. Cela permet de délivrer un message clair et identique de tous les professionnels envers les patients.

En ce sens, le Professeur David Tougeron a mis en valeur le nombre élevé de professionnels paramédicaux (infirmières de consultation) exerçant dans le service d'oncologie médicale du CHU de Poitiers, ce qui permet à tous les patients de son service de bénéficier de deux temps d'informations sur leurs traitements. Mais cela reste encore trop court au regard de la quantité de démarches que le patient doit suivre et n'est disponible que dans peu de centres.

## II. Pistes d'améliorations identifiées

### 1. Prévention

- Développer des brochures d'information à destination des médecins généralistes et des patients, sur la prévention en général des cancers, notamment l'alimentation, l'activité physique et l'alcool-tabagisme, à l'image de celles de la fondation A.R.C.A.D (il n'y a que peu de facteurs de risque de cancer du pancréas identifiés).

### 2. Diagnostic

- Inclure le cancer du pancréas dans la formation médicale continue des médecins généralistes ;
- Informer les médecins généralistes sur les symptômes ;
- Accélérer l'orientation vers le spécialiste (hépato-gastro-entérologue) ;
- Accélérer le délai de réalisation des examens diagnostiques, scanner (radiologues) et échographie bilio-pancréatique (hépato-gastro-entérologues et anesthésistes)





- Sensibiliser davantage les radiologues sur le cancer du pancréas.

### **3. Accès aux traitements et à la chirurgie**

- Mettre en place un numéro de téléphone spécial « SOS Cancer digestif » au niveau régional ;
- Créer une cartographie régionale des essais cliniques et un système de notification pour tous les hôpitaux.

### **4. Prise en charge / parcours du patient**

- Mettre systématiquement en place un suivi psychologique ;
- Structurer la filière de soins et de suivi tout au long de la maladie.

### **5. Articulation ville-hôpital et coordination des professionnels de santé**

- Utiliser un système de partage d'informations entre professionnels comme PAACO/Globule<sup>2</sup> ;
- Renforcer la prescription de bilans de soins infirmiers ;
- Renforcer la coordination hôpital (protocole de soins) et pharmacie (commandes médicaments) tout au long du parcours de soins.

## **CONCLUSION**

La Fondation A.R.C.A.D lance en 2020 un appel à projet régional visant à soutenir un ou deux projets de sensibilisation ou d'expérimentations sur le parcours de soins relatif au cancer du pancréas à l'échelon local et/ou régional. Pour ce faire, la Fondation A.R.C.A.D dispose d'une enveloppe de 30.000€ euros par région pour implémenter les projets retenus dans les 6 régions où se sont déroulées les tables rondes 2019-2020.

Seront privilégiés les projets conduits en réseaux, avec la participation de plusieurs acteurs de soins impliqués dans la prise en charge et le parcours du patient.

Le(s) projet(s) présenté(s) doit(vent) permettre de fédérer et de coordonner tous les acteurs impliqués dans le parcours de soins, d'explorer, d'expérimenter ou de consolider de nouvelles pistes de sensibilisation, et d'améliorer et/ou de changer les pratiques de prise en charge des patients atteints de cancer du pancréas.

---

<sup>2</sup> L'outil PAACO/Globule est un logiciel collaboratif et communicant accessible en mobilité sur smartphones et tablettes destiné à la coordination des parcours de santé. <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/outil-paacoglobule>



**Personnes présentes à la table ronde :**

Orateurs :

*Pr. David Tougeron, hépato-gastro-entérologue au CHU de Poitiers, spécialiste en oncologie digestive*

*Dr. Lama Sharara, directrice de la Fondation A.R.C.A.D*

*Dr. Gautier Defossez, responsable du registre général des cancers de Poitou-Charentes et médecin en santé publique*

*France Bereterbide, Directrice déléguée à l'offre de soin de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Nouvelle Aquitaine*

*Pr. Jean-Pierre Richer, Service de chirurgie viscérale du CHU de Poitiers*

*Dr. Valérie Moulin, oncologue digestif, CH de la Rochelle*

*Dr. Remi Combes, hépato-gastro-entérologue, CH de Niort*

*Dr. Aurore de Fleurian, docteure en pharmacie, membre de la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France (FSPF)*

*Isabelle Varlet, Présidente de l'URPS Infirmiers libéraux Nouvelle-Aquitaine*

*Josefa Rubert, Patiente en rémission d'un cancer du pancréas*

Invités :

*Mariou Boige, collaboratrice parlementaire du Député Sacha Houlié (LaREM)*

*Dominique Coste, Ligue contre le Cancer*

*Rayan Elfadel, hépato-gastro-entérologue au CHU de Poitiers*

*Anne Gourion, AstraZeneca*

*Valérie Grandadam, Laboratoire Servier*

*Salomé Chelli-Enriquez, RPP Group*

*Agathe Peigney, RPP Group*

*Raphaëlle Dupin, RPP Group*