



## Table-ronde - La lutte contre le cancer du pancréas en région Hauts-de-France

Compte-rendu de la table-ronde du mercredi 15 janvier 2020 à Sciences-Po Lille

Sous le pilotage du Dr. Anthony Turpin, oncologue digestif au CHU de Lille

### INTRODUCTION

La table-ronde sur la lutte contre le cancer du pancréas en région Hauts-de-France s'est tenue le 15 janvier 2020, de 09h à 12h30, à l'Institut d'Etudes Politiques de Lille. Initié par la Fondation d'Aide et Recherche en Cancérologie Digestive (A.R.CA.D) et piloté par le Dr. Anthony Turpin, oncologue digestif au CHU de Lille, l'évènement a réuni un panel d'experts intervenant sur différents champs de la prise en charge et a permis de faire émerger de nombreuses pistes d'amélioration.

En effet chaque année en France, plus de 14 000 personnes sont diagnostiquées d'un cancer du pancréas. La mortalité de cette pathologie est quasiment similaire à l'incidence, par ailleurs en augmentation constante. Le dépistage tardif et les possibilités de traitements limitées coûtent la vie à la majorité des malades. Les symptômes sont peu caractéristiques et le dépistage fait face à des enjeux 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 A.R.CA.D entend mobiliser les pouvoirs publics au niveau local et l'opinion publique pour la lutte contre le cancer du pancréas.

C'est dans ce cadre qu'elle organise plusieurs 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 pour 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, de deux autres à Poitiers et Rouen en novembre 2019 et d'une à Strasbourg en décembre 2019.

**Le Dr. Anthony Turpin, oncologue digestif au CHU de Lille**, a introduit l'évènement en remerciant tous les participants pour leur mobilisation, et en présentant le double intérêt de l'organisation de cette table-ronde. Il a d'abord rappelé les principales données épidémiologiques sur cette pathologie, et le peu de ressources thérapeutiques disponibles faisant du cancer du pancréas le « parent pauvre » des cancers digestifs ; avant de mettre en avant les enjeux des prises en charge actuelles et futures, notamment dans le cadre de la nouvelle stratégie décennale du cancer à venir. Cette table-ronde s'est donc définie comme l'opportunité de réfléchir en amont à de possibles pistes d'amélioration.



Le Dr. Lama Sharara, directrice de la Fondation A.R.CA.D, a confirmé la nécessité d'un véritable plan politique, en rappelant l'insuffisance du budget de l'Etat alloué à la lutte contre les cancers digestifs – 2% du budget cancer seulement - et le décalage qu'il révèle entre la réalité et la mobilisation de l'Etat.

### Les points à retenir :

L'ensemble des discussions a souligné la nécessité de renforcer la coordination entre les professionnels de santé, afin notamment de remédier aux problèmes de délais de prise en charge dus au caractère peu spécifique des symptômes. Cela implique de renforcer la prévention – primaire et secondaire – et de spécifier davantage le rôle de chaque filière, afin de permettre une prise en charge rapide et efficiente. Les échanges ont également mis en avant la nécessité d'agir sur l'accès aux soins des patients ; tant par la mise en place de centres dédiés et qualitatifs, par la réaffirmation de l'importance des soins palliatifs, que par l'encouragement de l'innovation thérapeutique pour amener au développement de nouveaux médicaments.

En conclusion, l'Agence Régionale de Santé des Hauts-de-France, représentée par Alexandra Thierry, de la Direction de la stratégie et des territoires, a évoqué, sous réserve des futures directives ministérielles concernant la stratégie décennale de lutte contre le cancer, la création d'un comité de pilotage avec l'ensemble des acteurs et organisations présentes à la table-ronde.

## TABLE RONDE N°1 : DOUBLE ETAT DES LIEUX – EPIDEMIOLOGIE ET PRISE EN CHARGE REGIONALE

### 1. Epidémiologie :

**Le Dr Sandrine Plouvier, épidémiologiste, responsable scientifique du registre général des cancers de Lille et de sa région** a rappelé trois indicateurs épidémiologiques utiles pour l'appréciation du poids de la pathologie cancéreuse, que sont l'incidence : nouveaux cas (# facteurs de risque, pratiques, méthodes diagnostiques), et la mortalité : décès ; ainsi que la survie: pronostic.

L'Europe est, avec l'Amérique du Nord, une des régions du monde ayant le taux d'incidence de cancer du pancréas le plus élevé. La France est le pays d'Europe de l'Ouest présentant le taux d'incidence le plus élevé chez l'homme.

**La France** se démarque par **une importante hausse de l'incidence des cancers du pancréas au cours des dernières décennies** alors que celle-ci est relativement stable dans la plupart des autres pays industrialisés.

En termes de mortalité, le cancer du pancréas se situe au quatrième rang de la mortalité par cancer en Europe et il est en France le :

- **5<sup>ème</sup> cancer le plus meurtrier chez les hommes ;**
- **4<sup>ème</sup> cancer le plus meurtrier chez les femmes ;**



**Dans la région Hauts-de-France**, entre 2007 et 2016, le nombre annuel de nouveaux cas de cancer du pancréas est estimé à 473 chez l'homme et 453 chez la femme. Si l'incidence est comparable à celle de la France métropolitaine, la mortalité y est beaucoup plus importante. Entre 2007 et 2014, le nombre annuel de décès par cancer du pancréas est estimé à 423 chez l'homme et 425 chez la femme, plaçant **les Hauts-de-France au premier rang de mortalité par cancer du pancréas de France métropolitaine**. Parmi les départements de la région, la surmortalité est la plus importante dans le Pas-de-Calais, ainsi que chez l'homme dans le Nord et la femme dans l'Aisne.

Les facteurs de risques environnementaux les mieux établis du cancer du pancréas restent le tabagisme et l'obésité.

Ces données mettent en lumière la nécessité d'entreprendre différentes actions. Des études épidémiologiques visant notamment à déterminer les différents points de contact du patient avec le système de santé ; à connaître le stade d'extension au diagnostic ; les comorbidités apparaissent utiles. Identifier les éventuels points de blocage entre la suspicion de cancer du pancréas et le début de la prise en charge thérapeutique serait aussi une avancée.

## **2. La politique de lutte contre le cancer : bilan et perspectives**

**Le Pr. Bruno Chauffert, chef du service d'Oncologie Médicale au CHU d'Amiens**, est revenu sur la mise en place des Plans Cancer depuis la fin des années 1990. En **1998, les Etats-généraux de la Ligue contre le cancer** révèlent les difficultés auxquelles font face les patients en termes d'accès à l'information, de suivi et de qualité de la prise en charge et de manque d'accompagnement social.

Cette prise de conscience amène les pouvoirs publics à faire de la prise en charge du cancer un enjeu national, avec pour objectif de mobiliser les acteurs de santé publique autour de la prévention, du dépistage, des soins, de la recherche et de l'accompagnement du patient et de ses proches.

Le **premier Plan Cancer, quinquennal**, est lancé en **2003** sous l'impulsion de Jacques Chirac et amène à la **création de l'Institut National du Cancer (INCA)**, agence d'expertise sanitaire et scientifique chargée de coordonner les actions de lutte contre le cancer sous la tutelle du Ministère des Affaires Sociales.

L'action conjointe du Ministère et de l'INCA amène au développement de standards minimaux de qualité dans la prise en charge du cancer et à la création de Cancéropôles. Cette mobilisation permet notamment de se focaliser sur la lutte contre certains facteurs de risques pancréatiques, comme le tabagisme, par la mise en place de stratégies de lutte via l'augmentation des prix, l'interdiction de vente aux mineurs et la diffusion de campagnes d'information.

En parallèle sont mis en place plusieurs dispositifs permettant une meilleure prise en charge - comme la discussion du dossier en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) ; la consultation médicale d'annonce – et un meilleur encadrement de la maladie – via notamment le Plan Personnalisé de Soins (PPS), la consultation complémentaire infirmière ou les soins de support.

Le deuxième Plan Cancer mis en place en 2009 sous la présidence de Nicolas Sarkozy précise les structures mises en place, et personnalise la prise en charge en prenant davantage en compte les inégalités individuelles et environnementales auxquelles sont confrontés les patients.

Ce plan cancer introduit également des notions de programme pour l'après-cancer, peu développés dans le domaine du pancréas, qui se traduit notamment par de la médecine personnalisée et la participation des patients aux essais thérapeutiques.



Enfin, le troisième Plan Cancer sous le mandat présidentiel de François Hollande poursuit l'objectif d'un **diagnostic plus précoce**, ce qui implique un recours facilité à l'imagerie et au scanner pour le cancer du pancréas, afin de le prendre en charge lors d'un stade non-métastatique.

Par ailleurs il vise à **garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge** par :

- La réduction des délais d'accès aux centres experts (chirurgiens et radiologues) ;
- La mise en place de dispositifs de certification et d'accréditation de ces centres experts ;
- La définition et la diffusion de pratiques cliniques de référence auprès des professionnels de santé et du public.

L'importance de l'accès à un second avis renvoie également à l'objectif d'améliorer la coordination entre les médecins de ville et d'hôpital, par :

- La généralisation du dossier communiquant de cancérologie (DCC) ;
- La mobilisation des outils de communication numérique ;
- Le déploiement du Dossier Médical Personnel (DMP) et des messageries sécurisées en santé sur l'ensemble du territoire.

La mise en place du programme PAIR Pancréas (programme d'action centré sur la recherche fondamentale) a pour objectif le développement de la recherche mais **plusieurs éléments font obstacle à la production de nouveaux médicaments** - son financement institutionnel par l'INCA dans le cadre d'appels à projets uniques ; le manque de ressources et d'organisation pharmaceutique. Malgré le fait que l'INCA ait ouvert un registre des essais thérapeutiques, la promotion de la participation aux essais thérapeutiques doit être améliorée.

Le Pr. Chauffert a conclu cette présentation en mettant à la fois en avant les nets progrès permis par les Plans cancer, et à la fois la nécessité de poursuivre la recherche fondamentale et pharmacologique en France.

Sur ce sujet, Alexandra Thierry, de la Direction Stratégies et territoires de l'Agence Régionale de Santé des Hauts-de-France, a confirmé que **le cancer du pancréas ferait l'objet d'une attention particulière dans la prochaine stratégie décennale de lutte contre le cancer** et que la question de la qualité et de la sécurité de la prise en charge, très inégale selon les établissements de santé de la région, serait ciblée.

## TABLE RONDE N°2 : DISCUSSIONS DEBATS

### 1. Etat des lieux de la situation en région Hauts-de-France : structuration et points de rupture

Deux problèmes majeurs ont été identifiés dans la lutte contre le cancer du pancréas en Hauts-de-France : le manque de coordination entre les professionnels de santé et la difficulté de repérer les symptômes de cette pathologie.

- **Le manque de coordination entre les professionnels de santé** a notamment été souligné par la patiente-témoin, Mme Aimée Saussay qui l'a observé dans le peu d'échanges qu'avaient entre eux les deux établissements de santé où elle était prise en charge.



- A titre d'exemple, la patiente a noté que l'échange et le suivi de son dossier n'étaient pas toujours assurés entre les différents spécialistes, ralentissant ainsi les délais de prise en charge.
  - Elle a insisté sur la nécessité qu'elle avait de se montrer proactive afin d'être soignée rapidement, afin de pallier le manque d'information chez les spécialistes, du fait de leur manque d'échanges.
  - Or la rapidité de la prise en charge améliore les chances de survie du patient ; une meilleure coordination entre les professionnels de santé est donc à ce titre nécessaire.
- **La difficulté de repérer les symptômes** a été relevée par **le Dr. Michael Rochoy, médecin généraliste**. Il a particulièrement insisté sur leur non-spécificité et leur apparition tardive, en se basant notamment sur l'étude REPERE<sup>1</sup> :
    - Sur les signes observés sur des patients pendant plusieurs semaines, seuls de très rares cas sont des cancers du pancréas.
    - Sachant que l'incidence du cancer du pancréas est estimée à 1/3300 adultes et qu'un médecin généraliste suit en moyenne 830 adultes, on peut estimer qu'un médecin généraliste diagnostique en moyenne un cancer du pancréas tous les 4 ans
    - Malgré la rareté du diagnostic, l'étude estime que les médecins généralistes auraient pu être plus rapides **seulement dans 20% des cas**.
    - En effet le délai médian entre les premiers symptômes et l'annonce du diagnostic varie entre 41 jours (du point de vue des patients) ; 43 jours (pour les oncologues) et 46 jours (pour les médecins généralistes).
    - Après scanner cependant, ces chiffres baissent entre 14 et 21 jours.
    - En pratique, les médecins généralistes ne posent que très rarement un diagnostic de pancréas. Une des spécificités de leur profession est d'agir à un stade « précoce et indifférencié » des maladies : le rôle du médecin généraliste est de prévenir (lutte contre le tabagisme en tête), et de pouvoir demander les examens justifiés (scanner) devant des douleurs abdominales atypiques et/ou persistantes.
    - Le Dr. Vincent Bourgeois a par ailleurs confirmé ce constat en rappelant que c'est l'évolution et l'intensification de la douleur dans le temps qui va conduire à un examen, davantage que la présence de symptômes non-identifiés.

Ces deux constats sous-tendent d'autres éléments qui peuvent faire obstacle à un diagnostic efficace et à une prise en charge rapide de la pathologie.

- **L'hésitation du diagnostic** : pour **le Pr. Damien Lucidarme, gastro-entérologue au sein du Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille**, ce problème est directement lié à la nécessité d'orienter le patient vers les spécialistes pertinents, au bon moment afin de ne pas perdre de temps. Or, selon que le patient vit dans la métropole lilloise ou à la campagne, il ne sera pas orienté avec la même efficacité.

---

<sup>1</sup>. Parcours de soins des patients atteints de cancer du pancréas métastatique en pratique courante en France : résultats de l'enquête nationale REPERE.



- **Les délais d'accès trop longs à l'imagerie « experte »** : le facteur clé de la prise en charge, une fois « l'alerte » donnée, réside dans l'existence d'un binôme gastro-entérologue / radiologue efficace. **Le Pr. Ernst, radiologue au CHU de Lille**, a souligné la difficulté d'interpréter **un scanner ou une IRM du pancréas**. A titre d'exemple, la région Hauts-de-France est peu dotée en radiologues formés et habitués à réaliser ce type d'examen.

#### **Le manque de prise en charge en centre « expert » pour de nombreux patients en région Haut de France**

- **Le Pr François-René Pruvot, président de CME du CHU de Lille et chirurgien digestif** a insisté sur la nécessité d'encadrer la chirurgie complexe des cancers du pancréas opérables, par des « gardes fous » efficaces à savoir un centre disposant d'une expertise chirurgicale, évalué par son volume opératoire de la pathologie. Ce haut volume a un impact direct sur la survie des patients et les complications post-opératoires des cancers du pancréas localisés, qui sont les seuls que l'on peut guérir (cf publications scientifiques récentes lilloises). Un plateau technique interventionnel et de réanimation est également nécessaire.
- **Le Dr Xavier Mirabel, chef de service de radiothérapie du Centre Oscar Lambret** a ensuite insisté sur l'expertise nécessaire en radiothérapie dans le cancer du pancréas, étant donné la complexité des zones à irradier et les bénéfices qui peuvent résulter d'une radiothérapie. De nouvelles techniques, notamment stéréotaxiques sont de plus en plus utilisées chez les patients ne présentant pas de métastases.

#### **Le manque de développement de la recherche et le prix des médicaments :**

- Ces deux problèmes viennent du manque de financements publics pour la recherche, notamment en termes de soins de chimiothérapies ; et le non-remboursement des médicaments.
- Cette situation freine l'innovation thérapeutique pourtant nécessaire à la lutte contre le cancer du pancréas.
- A titre d'exemple le protocole de référence dans les situations adjuvante et métastatique (Folfirinox) est basé sur des anciennes molécules toutes génériquées (Fluorouracile, Irinotecan, Oxaliplatine).
- Le Nab-paclitaxel, médicament autorisé au niveau européen et reconnu comme molécule efficace, n'est pas financé via la liste en sus en France, et n'est pas génériqué, comme l'a rappelé le Dr Geoffrey Strobbe, pharmacien au Centre Oscar Lambret.
- Les recherches récentes sur l'Olaparib ont donné quelques espoirs. Cependant, les démarches administratives d'autorisation de mise sur le marché, peuvent retarder l'accès au médicament. Des dispositifs permettent néanmoins un accès précoce à cette molécule (Autorisation Temporaire d'Utilisation de cohorte d'extension d'indication déposée par le laboratoire et en cours d'étude par l'ANSM).

#### **L'importance des soins palliatifs dans la prise en charge du cancer du pancréas :**

- **Le Dr. Alexis Petit** a rappelé que les soins palliatifs sont censés se mettre en place dès le diagnostic de maladie grave et/ou incurable, qu'ils n'excluent pas la possibilité de soins curatifs et sont indispensables dans la prise en charge du cancer du pancréas. Des soins palliatifs précoces améliorent la qualité de vie, mais peuvent aussi améliorer la « quantité ».



- Cette mise au point a questionné la possibilité d'introduire certaines notions dans la prise en charge, comme celle de parler de décès à un patient, dès le début.
- Aujourd'hui des essais cliniques sont menés pour évaluer l'impact en termes de qualité de vie et de survie, de consultations de soins palliatifs plus précoces dans la prise en charge dans les pathologies agressives telles que le cancer du pancréas métastatique (exemple de l'essai EPIC, dont le promoteur est le Centre Oscar Lambret).

## 2. Pistes d'amélioration proposées :

Les discussions sur les différents aspects de la prise en charge ont toutes ramené à la nécessité que **tous les professionnels de santé travaillent de manière collective sur le sujet**. Cet impératif a été au cœur de l'ensemble des pistes de solutions proposées ci-dessous.

### Sur la prévention :

**Développer la prévention primaire** - c'est-à-dire la lutte contre le tabagisme, l'obésité et l'alcool, facteurs de risque du cancer du pancréas – et **secondaire** – en améliorant l'accès aux IRM.

### Identifier des centres de références nationaux.

### Sur le diagnostic :

**Inclure le cancer du pancréas dans la formation continue en médecine de soins primaires, à travers des formations plus larges (douleurs abdominales chroniques, amaigrissement inexpliqué)**, afin de réduire si possible le délai de recours au scanner.

**Renforcer le contact avec les centres experts** – notamment pour mieux identifier les radiologues experts sur le cancer du pancréas. L'enjeu majeur, pour raccourcir les délais de prise en charge est de raccourcir les délais d'accès à une imagerie experte dès que le diagnostic est suspecté.

### Sur l'accès aux traitements et à la chirurgie :

**Améliorer les conditions de sécurité per-opératoires** – à ce sujet les différents niveaux d'autorisation doivent être coordonnés entre eux.

**Assurer un plateau technique opérationnel au sein des établissements de santé** - pour gérer les complications chirurgicales, qu'induisent très fréquemment les chirurgies pancréatiques.

**Faciliter l'accès aux médicaments** – en essayant de réduire les blocages des commissions de transparence et d'autorisation de la Haute Autorité de Santé sur l'accès aux médicaments. Cet objectif doit également passer par la sollicitation de l'expertise des sociétés savantes, et par une meilleure écoute des professionnels de santé sur la pertinence de rembourser tel ou tel médicament.

### Sur la prise en charge et le parcours du patient :

**Assurer une meilleure filialisation y compris pour des essais cliniques** – c'est-à-dire bien identifier et structurer les différentes filiales (diagnostic ; prise en charge ; traitement ; etc.) de la prise en charge du cancer du pancréas, au sein de centres experts de références. Cela passe notamment par une meilleure identification des professionnels de santé, autre que le chirurgien, et une publication régulière des résultats des équipes. La prise en charge par des équipes qui ont une grande expertise,



donc la réduction du nombre de centres opérant pour en favoriser la qualité, permet une meilleure survie et cela de manière significative.

**Encourager les patients à pratiquer une activité sportive** – l'étude APACaP lancée par la Fondation A.R.C.A.D en 2014 a démontré depuis que le sport permettait une amélioration de la qualité de vie des patients.

**Sur la coordination ville-hôpital :**

**Créer une plateforme unique régionale** pour accélérer la mise en relation avec le spécialiste.

**Faire davantage participer les médecins en soins palliatifs aux RCP** – les soins palliatifs n'excluent pas les soins curatifs et améliorent la qualité de vie des patients ; ils doivent être associés à la prise en charge de manière précoce.

**Sur les registres :**

**Etudier les délais de prise en charge ainsi que les déterminants de la prise en charge et du suivi.**

## **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.





Les participants :

Dr. Anthony Turpin, oncologue digestif au CHU de Lille

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

Dr. Sandrine Plouvier, épidémiologiste, Registre général des cancers de Lille et de sa région

Pr Bruno Chauffert, Chef du service d'Oncologie Médicale Polydisciplinaire au CHU d'Amiens

Mme Aimée Saussay, patiente

Dr. Michaël Rochoy, médecin généraliste

Pr. Damien Lucidarme, gastro-entérologue au sein du Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille

Pr. Olivier Ernst, radiologue au CHU de Lille

Pr. François-René Pruvot, chirurgien, président de la CME du CHU de Lille

Dr Vincent Bourgeois, oncologue digestif au Centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer

Dr. Xavier Mirabel, oncologue radiothérapeute au Centre Oscar Lambret à Lille

Dr. Alexis Petit, médecin en soins palliatifs, Groupement hospitalier de Loos

Dr. Geoffroy Strobbe, pharmacien au Centre Oscar Lambret à Lille

Mme Alexandra Thierry, Direction Stratégies et territoires de l'Agence Régionale de Santé des Hauts-de-France

Dr Farid el Hajbi, gastro-entérologue au Centre Oscar Lambret à Lille

Mme Nora Ouk, diététicienne au CHU de Lille

Mme Caroline Roussel, infirmière, Groupe hospitalier de l'Institut Catholique de Lille

Mme Sophie Laden, direction de la communication, CHU de Lille

M. Giovanni Bogoni, Servier France

Mme Salomé Chelli-Enriquez, RPP Group

Mme Raphaëlle Dupin, RPP Group

Mme Agathe Peigney RPP Group