



Les changements des pratiques professionnelles depuis le 1^{er} Plan cancer

Pr Marc Pocard
Chef de Service de
chirurgie digestive
et cancérologique,
Hôpital Lariboisière,
Directeur unité
Inserm/Paris7 CART

Depuis le premier Plan cancer les pratiques professionnelles ont considérablement évolué, et c'est sans doute un des progrès les plus patents de ce Plan cancer. Il conviendra ensuite de savoir si ces changements ont été capables d'apporter un réel bénéfice pour les patients, ce qui est probablement très complexe à mettre en évidence. Il est possible que le bénéfice soit partiel, et difficile à souligner, ce qui n'en diminue pas l'intérêt.

La réunion de concertation pluridisciplinaire

La figure emblématique de ce changement est la diffusion du concept et de la pratique de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). L'acronyme n'est actuellement plus traduit par les plus jeunes d'entre nous, ce qui souligne sa banalisation. Cette réunion qui associe des collègues de diverses spécialités et donc de compétences et de sensibilités différentes est maintenant totalement généralisée. Les avantages de cette RCP sont bien supérieurs à ses inconvénients. Le concept de RCP a été repris par de très nombreuses spécialités qui ont structuré leurs réunions pluridisciplinaires, déjà anciennes, en réunion de type RCP. Cette réunion permet de construire un projet de soin spécifique pour le patient à un instant « T », et ce, après une évaluation de la pathologie. Cette RCP constitue un document qui va permettre à tous les praticiens impliqués dans le soin du patient de se retrouver sur un projet de soin structuré. La réunion *per se*, implique des échanges entre spécialités et constitue une formation médicale permanente.

Pour les chirurgiens, la nécessité de poser une réflexion avant tout acte chirurgical a été une vraie révolution dans certaines spécialités, où l'habitude était de n'échanger avec l'oncologue que lorsque l'examen histologique était disponible, donc trop tard pour discuter d'un traitement adjuvant ou même d'une façon particulière de traiter l'échantillon tumoral obtenu par l'acte chirurgical.

Les risques de la RCP sont : de rechercher à tout prix un accord de la part de l'ensemble des participants, ce qui habituellement tire l'ambition du projet thérapeutique vers le bas et fait perdre la spécificité du patient qui n'est pas présent lors de la discussion. Le second risque est de pêcher à plusieurs par ignorance et de penser que la réflexion globale dispense d'un avis d'expert sur une situation clinique peu fréquente ou sur une forme rare de cancer. Mais à l'inverse, si un seul identifie la situation comme relevant d'une expertise, cette annonce en RCP suffit souvent à ne pas conclure et à demander un avis spécifique, ce qui est très positif. Cette demande d'expertise, qui au début des discus-

sions était essentiellement médicale, devient progressivement autant radiologique que histopathologique et va donner probablement une amélioration globale des niveaux de pertinence des rendus de RCP. Le dernier exemple étant l'apport des médecins de soins palliatifs et des gériatres aux RCP, qui devrait progresser dans les prochaines années.

Seuils d'activité et critères de qualité

Les Plans cancer ont diffusé progressivement des critères, des recommandations et validé un concept de recherche d'excellence. Parmi ces items, le plus emblématique a été la diffusion des seuils d'activité. Ces seuils ont été difficiles à faire accepter par une partie des collègues, mais la spécialisation limitée et non exclusive induite par ces seuils a fini par être admise. Le fait que ces seuils soient des chiffres liés non à un praticien mais à une structure a sans doute été un élément important de leur acceptation. L'acceptation progressive d'une évaluation des activités va de pair avec l'acceptation des critères de qualité et de ceux des seuils et en soit induit une nouvelle culture. Là encore, comme pour la RCP, les effets positifs sont plus importants que les effets négatifs. La difficulté est probablement de ne pas rechercher « à tous crins » la formation de centres à haut volume, centres qui risquent d'être loin des lieux de vie des patients et de privilégier par trop l'innovation ou la technicité sans garder une part suffisante pour le lien humain avec les familles ou les soignants non spécialisés. À titre d'exemple, s'il est justifié d'adresser un patient à un centre expert pour un cancer du bas rectum dans le but d'améliorer la probabilité d'une conservation sphinctérienne, avoir une démarche identique pour un cancer du côlon est injustifié.

Les centres experts nationaux

Au maximum de la centralisation figurent les centres experts nationaux et la constitution des réseaux INCa. Cette évolution est plus récente et constitue une des dernières évolutions des pratiques induites par les Plans cancer. L'identification de cancers rares et la tentative de mutualisation des connaissances et des progrès pour ces cancers rares sont signalées par de nombreux pays européens et nord américains comme un des succès du système de soin français. Cette modification a été rapide, même si elle reste à affiner et de nombreux cancers rares restent encore mal identifiés et pris en charge en dehors des réseaux. Bien sûr, il est complexe d'équilibrer le système. Il faut fortement inciter les praticiens à référer les patients et par contre éviter une hypercentralisation mal analysée qui peut

conduire à oublier que même en cas de cancers rares les patients de centres experts sont toujours plus jeunes et en meilleur état général que ceux des centres non experts et donc auront une meilleure survie.

Le concept de la réunion de consultation pluridisciplinaire, celui des seuils et enfin celui des réseaux INCa, ont fortement modifié nos pratiques professionnelles. Ces trois notions associent toutes, une perception de la qualité et de la communication comme devenant des temps forts des organisations de soin. La construction de programme personnalisé de soins ou la consultation d'annonce sont issues de ces axes de réflexion. Une

des limites de ces changements induit par les Plans cancer est liée au temps dédié à ces actions qui ne doivent pas faire diminuer le temps d'échange entre patient et praticien qui reste la valeur la plus importante de nos métiers. Les sciences humaines et sociales sont probablement plus que la génétique un des axes de recherche à valoriser dans les années à venir; en particulier avec une structuration des fonctions et des formations des psychologues, un maillage des actions, tant auprès des patients que des soignants, de ces nouveaux acteurs introduits dans nos services par un Plan cancer. 🍷

À l'heure de la médecine de précision, spécificités et nouveautés en matière de recherche pour les cancers survenant chez les enfants

Les cancers survenant chez les enfants et les adolescents représentent au total moins de 1 % de l'ensemble des cancers (1 700 nouveaux cas par an avant l'âge de 15 ans + environ 700 cas observés de 15 à 18 ans en France). Les problèmes posés par ces cancers sont très différents de ceux rencontrés dans la population adulte pour trois principales raisons :

- les pathologies ne sont pas les mêmes (85 % des cancers de l'adulte n'existent pas chez l'enfant);
- ils sont très peu fréquents;
- les enfants ont des organismes en croissance chez qui certains traitements peuvent entraîner des séquelles importantes.

Les progrès dans la prise en charge des cancers de l'enfant ont permis d'améliorer grandement leur pronostic, avec une survie à cinq ans qui est aujourd'hui en France de plus de 80 % tous types de cancers et tous âges confondus¹.

Nous avons deux défis à relever qui sont de guérir plus d'enfants et de leur infliger le moins possible de séquelles.

Guérir plus

Les décès sont observés dans certains cancers sans ressources thérapeutiques, comme les tumeurs infiltrantes du tronc cérébral, dans des formes très sévères de certains cancers (sarcomes des tissus mous ou osseux métastatiques) et dans des maladies en rechute (neuroblastomes de haut risque). Les cellules se montrent

en effet souvent réfractaires du fait d'une modification de leurs caractéristiques comme si elles avaient été sélectionnées par le traitement antérieur.

Les avancées de la connaissance sur la biologie de ces cancers rares reposent sur la découverte des mécanismes de la cancérogénèse, en particulier sur les événements fondateurs permettant aux cellules tumorales de proliférer ou de résister au traitement. Si des médicaments développés pour les cancers des adultes peuvent bloquer certains de ces mécanismes, il faut apprendre à les utiliser au mieux chez l'enfant. Le mieux serait naturellement de se mettre en situation de développer des médicaments spécifiques pour des anomalies présentes uniquement dans les cancers des enfants, mais il est difficile de l'envisager vu leur rareté et le faible retour sur l'investissement qui en découlerait pour les industriels. La médecine de précision arrive maintenant chez l'enfant et des réponses tumorales ont déjà été rapportées avec ces traitements.

De manière à mieux connaître et caractériser les anomalies « ciblables », et à pouvoir proposer des traitements ciblés chez un plus grand nombre d'enfants, un essai vient d'être ouvert en France dénommé MappyActs. Le portrait moléculaire des cellules tumorales des enfants en rechute ou porteurs d'un gliome infiltrant du tronc cérébral sera effectué sur les plateformes de séquençage à haut débit de Gustave Roussy et de l'Institut Curie. Après une analyse bio-informatique, une réunion de concertation pluridisciplinaire moléculaire proposera toutes les fois que cela est possible un traitement ciblé. Ainsi pourront être traités dans le cadre d'un

Pr François Doz
Pédiatre, Département d'oncologie pédiatrique adolescents et jeunes adultes; directeur délégué à la recherche de l'Ensemble hospitalier de l'Institut Curie et université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité; président du conseil scientifique de la Société internationale d'oncologie pédiatrique (SIOP)

Dr Jean Michon
Pédiatre, chef du Département d'oncologie pédiatrique adolescents et jeunes adultes de l'Institut Curie, Paris; président de la Société française de lutte contre les cancers et les leucémies de l'enfant et l'adolescent (SFCE)

1. http://www.e-cancer.fr/ressources/RA_2013/index.html, (pages 26-29)