



# Lymphormons-nous !

## Les abstracts

6 octobre 2012  
Nantes - La Cité



Qu'est ce qu'un lymphome, comment le diagnostiquer ?

3

Le radiologue et les lymphomes : spectateur ou véritable acteur ?

4

Lymphome : Du traitement à la rémission

5

Les Thérapies Ciblées Dans le Lymphome : agir à l'intérieur de la cellule tumorale

6

L'immunothérapie : traitement d'avenir ?

7

Prix du jeune chercheur 2010 : Avancement du projet

8

Epidémiologie : les pistes actuelles

9

La traversée de la guérison : le cas de l'oncologie pédiatrique.

10

La mesure 30 du plan cancer : l'observatoire sociétal des cancers

11

Les autres interventions

12

>>> [Accéder aux articles par mots clés](#)

**Anapath    Cellule    Dépistage**

**Diagnostic    Enfant    Facteurs de risque**

**Guérison    Imagerie    Incidence**

**Inégalités    Innovation**

**Lymphome folliculaire    Plan Cancer**

**Prévention    Prélèvement**

**Reconnaissance    Social    Suivi    Survie**

**Thérapie ciblée**

## Qu'est ce qu'un lymphome, comment le diagnostiquer ?

Le lymphome est une tumeur « clonale » développée à partir des lymphocytes B ou T (ou NK). Les lymphomes non hodgkiniens représentent 80 à 90% des lymphomes. Il existe « cliniquement » 2 grands types de lymphomes, indolents (petites cellules, faible taux de prolifération, évolution spontanée sur plusieurs années) et agressifs (taux de multiplication (mitoses) élevé, évolution plus rapide, guérison possible).

Différents organes peuvent être atteints : ganglions, organes lymphoïdes extra-ganglionnaires (rate, moelle, tube digestif, peau ...) ou organes non lymphoïdes pouvant acquérir du tissu lymphoïde (estomac et infection, thyroïde et auto-immunité) ou non (cerveau par ex).

La physiopathologie est complexe, le plus souvent multifactorielle et dans 90% des cas aucune cause n'est retrouvée. Des facteurs d'initiation tumorale sont parfois décrits (carcinogènes de l'environnement, agents infectieux tels que certains virus, EBV, HIV, HCV, HTLV1 ou bactériens, Helicobacter Pylori par ex, immunodépression innée ou acquise), ou de promotion correspondant à des lésions de l'ADN (anomalies cytogénétiques) ou de progression tumorale (activation de certains oncogènes ...).

Le diagnostic de lymphome repose sur :

- la suspicion clinique et la connaissance des données cliniques et biologiques du patient (immunitaire, traitements reçus, statut viral ...)
- la qualité du prélèvement et sa représentativité (biopsie à l'aiguille guidée par la radiologie, biopsie chirurgicale ...), les différentes études histologiques, immunophénotypiques, cytogénétiques et moléculaires. Une biopsie, par ex ganglionnaire, est un geste souvent simple, mais dont la qualité conditionne la rentabilité diagnostique.

Donner un diagnostic de lymphome seul n'est pas suffisant. Le type histologique (petites ou grandes cellules, nombre de mitoses), le phénotype B ou T doivent être précisés et selon la classification internationale (OMS 2008). Les différents types de lymphomes (au moins 30 pour les B comme pour les T) ont des caractéristiques cliniques, morphologiques, immunohistochimiques, cytogénétiques et moléculaires différentes et avec une évolution et un pronostic différents.

Le pathologiste doit faire un diagnostic fiable, rapide, précis, simple à comprendre par le clinicien et reproductible.

Il existe des pièges diagnostiques et des lésions non tumorales qui simulent un aspect de lymphome.

L'avenir sera de rechercher des facteurs cliniques, biologiques ou moléculaires de mauvais pronostic, de réponse ou non au traitement et de définir des anomalies en particulier moléculaires permettant un traitement adapté à l'anomalie (apoptose, kinases ...).

Le diagnostic est parfois complexe, il peut même être difficile à faire. Des médecins expérimentés reconnus sont souvent sollicités pour une double relecture, et en particulier dans le cadre du plan Cancer et du réseau Lymphopath.

### Pr Nicole BROUSSE

*Médecin pathologiste service de Pathologie,  
Hôpital Necker Enfants malades*

Le Pr Nicole Brousse est spécialisé en hématopathologie et en particulier dans le diagnostic et la relecture des lymphomes. Elle est par ailleurs médecin expert au sein du Réseau LYMPHOPATH mis en place et labellisé par l'INCa dans le cadre du plan Cancer.

Ce réseau est en charge de la relecture de tous les nouveaux cas de lymphomes diagnostiqués en France. Elle est enfin membre du groupe de Pathologie du LYSA.

### Prélèvement - Diagnostique - Anapath

>>> [Accéder à la présentation powerpoint](#)

>>> [Accéder à la vidéo de l'intervention](#)

## Le radiologue et les lymphomes : spectateur ou véritable acteur ?

Le radiologue est directement impliqué dans toutes les étapes de la prise en charge des lymphomes. Si la forme la plus connue des lymphomes est la présentation ganglionnaire, les atteintes extra ganglionnaires peuvent intéresser tous les organes soit par diffusion soit de façon primitive. Leur polymorphisme d'expression en fonction de l'organe atteint, leur agressivité variable et leur rareté relative en comparaison des pathologies primitives ou secondaires classiques rend alors parfois difficile leur diagnostic en imagerie.

La connaissance de ces formes viscérales reste ainsi primordiale. Au stade initial, les biopsies guidées par imagerie constituent souvent la première étape du diagnostic en permettant la réalisation de prélèvements au niveau de sites profonds, avec une performance élevée tout en assurant un maximum de sécurité pour le patient.

Le scanner constitue actuellement le pivot central dans l'appréciation de l'extension de la maladie, selon la classification d'Ann Arbor en 4 stades et ses résultats seront intégrés aux données biologiques et cliniques dans le cadre d'index pronostiques afin d'optimiser la prise en charge. En fonction des sites atteints, celui-ci pourra être associé à d'autres techniques d'imagerie (échographie, IRM). Le développement de l'IRM corps entier en oncologie est une voie d'avenir et celle-ci devra trouver sa place dans l'évaluation de la pathologie lymphomateuse.

Sous traitement, l'évaluation de la réponse tumorale objective repose sur des paramètres dimensionnels. L'intégration actuelle de PACS et l'archivage des données d'imagerie permet un suivi optimal des patients. Les critères 2D seront utilisés pour apprécier réponse, stabilité ou éventuelle progression tumorale afin d'adapter à tout moment les thérapies. Dans certaines formes de lymphomes, l'appréciation de l'activité métabolique par TEP-scan sera également intégrée dans l'évaluation de la réponse tumorale.

En fin de traitement, la persistance de masses résiduelles constitue également un problème diagnostique et thérapeutique. La réalisation de biopsies permet alors de différencier masses actives ou fibreuses séquellaires.

Le radiologue est donc un acteur primordial dans la prise en charge des patients présentant une pathologie lymphomateuse.

### Dr Eric FRAMPA

*Radiologue - Service Central de radiologie et Imagerie Médicale, CHU de Nantes*

Le Dr Eric Frampas a effectué son doctorat en immunothérapie préciblée. Il travaille aujourd'hui en radiologie diagnostique et interventionnelle dans le domaine de la radiologie générale et oncologique.

### Diagnostic / Imagerie / Suivi

>>> Accéder à la présentation powerpoint

>>> Accéder à la vidéo de l'intervention

## Lymphome : Du traitement à la rémission

La prise en charge du traitement se déroule en plusieurs étapes essentielles : la consultation par le médecin permettant l'information la plus large , puis la consultation d'annonce infirmière pour une information plus détaillée du traitement , avec remise d'un plan personnalisé de soins , les propositions de soins de support sous différentes formes, informations sur les mesures de prises en charge et surveillance à domicile, informations clés participant à l'éducation thérapeutique.

Durant le traitement, l'organisation des hospitalisations, la gestions des mesures d'urgence, le traitement des éventuelles complications, l'organisation des soins de support , sont capitales pour le bon déroulement de la prise en charge.

A l'issue du traitement, le Plan Personnalisé Après Cancer devient la priorité avec la prise en compte de la réinsertion sociale et professionnelle, la gestion des difficultés d'accès aux prêts et assurances, le suivi psychologique, et la programmation de la surveillance régulière .

Toutes les recommandations du plan cancer (2009-2013) constituent les repères et les objectifs de qualité de la prise en charge, s'imposant aux professionnels de santé, avec cependant une application incomplète de ces mesures, les difficultés rencontrées pour leur financement, le succès de l'expérimentation de la coordination, avec son volet social, et le rôle et soutien des associations à définir pour garantir un succès de ce plan pour tous les patients.

### Pr Hervé Maisonneuve

*Hématologue - CHD Vendée*

Hervé Maisonneuve est responsable du service d'Oncohématologie du CHD de Vendée à La Roche-sur-Yon, et Président du Comité de Coordination en Cancérologie (3C Vendée) . Il participe au LYSA en tant que membre du comité scientifique, et soutient le développement de la recherche clinique au sein du CHD Vendée.

### Pr Guillaume CARTRON

*Hématologue - CHU de Montpellier*

Le Pr Guillaume Cartron exerce au CHU de Montpellier en tant que coordinateur du département d'Hématologie. Il participe par ailleurs activement au LYSA, en tant que membre du conseil scientifique et du conseil d'administration. Le Pr Cartron est enfin membre de l'institut Carnot du Lymphome (CALYM) et du conseil scientifique du LabEx MabImprove.

### Plan Cancer / Social / Inégalités

- >>> [Accéder à la présentation powerpoint - partie 1](#)
- >>> [Accéder à la présentation powerpoint - partie 2](#)
- >>> [Accéder à la vidéo de l'intervention](#)

## Les Thérapies Ciblées Dans le Lymphome : agir à l'intérieur de la cellule tumorale

Les lymphomes forment un groupe hétérogène de pathologies. Les différents lymphomes, que ce soit des lymphomes hodgkiniens ou non hodgkiniens, qu'ils soient de phénotype B ou T, ont en commun d'être issus d'une cellule du sang appelée lymphocyte. Le lymphocyte a pour fonction la défense de l'organisme contre les infections. Il s'agit d'une cellule vigile réagissant aux infections et permettant à l'organisme de mettre en action ses défenses immunitaires. Dans les lymphomes, c'est cette cellule, le lymphocyte, qui pour des raisons variables et souvent inconnues, devient tumorale. Comme il existe une variété importante de lymphocytes, il existe aussi une variété importante de lymphomes. Cette variété de lymphomes se traduit par une diversité de manifestations cliniques, de perturbations biologiques et par conséquent des traitements qui doivent être adaptés.

Historiquement, le traitement des lymphomes a pendant longtemps reposé sur la radiothérapie et sur la chimiothérapie. Plus récemment, de nouvelles technologies basées sur l'immunothérapie ont permis des progrès très significatifs dans la prise en charge des lymphomes. Globalement la prise en charge des lymphomes va donc être dépendante du type de lymphome dont le patient est atteint, de l'âge du patient, de la présentation clinique et/ou biologique. L'attitude thérapeutique peut aller de la surveillance pour les lymphomes les plus indolents et les moins agressifs, jusqu'à une chimiothérapie avec immunothérapie voir une autogreffe en première ligne de traitement. Il existe plusieurs pistes thérapeutiques en cours d'investigation et qui seront développées dans les années afin d'améliorer la prise en charge des patients atteints de lymphome. Parmi toutes les pistes explorées, une approche consiste à mieux connaître la biologie de la cellule tumorale pour en connaître les points faibles et apporter un traitement plus spécifique ciblé spécifiquement sur la cellule tumorale avec comme corollaire une meilleure efficacité contre la tumeur mais aussi moins d'effets secondaires. Ces approches ciblées visent par exemple à bloquer la prolifération des cellules tumorales ou encore à induire la mort cellulaire des lymphocytes tumoraux. Ceci nécessite de connaître la biologie spécifique de chaque lymphome pour en déterminer les points faibles puis mettre au point une thérapie permettant d'aller directement dans la cellule bloquer le point sensible. Ces approches expérimentales ont commencé à faire leur apparition dans la prise en charge des lymphomes depuis quelques années. Les thérapies cellulaires ciblées sont complémentaires des autres approches thérapeutiques que sont la chimiothérapie et l'immunothérapie.

Il est donc raisonnable de penser que dans les années à venir nous disposerons pour chaque lymphome d'une cartographie précise de ses caractéristiques biologiques et que qu'il sera possible d'envisager une véritable thérapie ciblée à la carte, adaptée à chaque patient et pour chaque lymphome. Ces avancées thérapeutiques, comme les avancées qui ont précédé, nécessitent une mobilisation de tous les acteurs du lymphome : les patients, les médecins, les chercheurs, pour permettre la mise en place des essais cliniques innovants, seule garantie d'un progrès thérapeutique à terme.

### Pr Steven LE GOUILL

*Service d'hématologie clinique, CHU de Nantes*

Le Pr Le Gouill est professeur en hématologie clinique au CHU de Nantes, Docteur en sciences de l'université de Paris 7. Il mène des études sur le traitement des lymphomes au sein de l'unité d'investigation clinique dont il est responsable. Il est de plus membre du groupe LYSA au sein duquel il dirige la commission sur le lymphome à cellules du manteau. Il conduit enfin des activités de recherches et il est l'auteur de nombreux articles sur les lymphomes publiés dans des revues internationales.

### Thérapie ciblée / Innovation / Cellule

>>> [Accéder à la présentation powerpoint](#)

>>> [Accéder à la vidéo de l'intervention](#)

## L'immunothérapie : traitement d'avenir ?

Le système immunitaire est un organe complexe et méconnu de notre organisme. Pour autant, il constitue un élément important dans la physiologie. Il a le rôle complexe de définir ce qui nous appartient de ce qui ne nous appartient pas et constitue un danger pour notre vie. Ainsi, sans système immunitaire, toute vie est impossible et son rôle dans l'apparition d'une maladie maligne est établie.

Tout au long de notre vie, le système immunitaire a pour fonction d'éviter l'apparition d'une maladie maligne et lorsque celle-ci se développe, c'est en partie lié à un défaut de notre système immunitaire. Néanmoins du fait de sa capacité à éviter l'apparition de maladie maligne, il est rapidement apparu que ce système immunitaire pouvait constituer une arme thérapeutique contre les maladies malignes : c'est l'immunothérapie.

Les lymphomes sont des maladies malignes du système immunitaire qui touchent les lymphocytes. Ils ont été l'une des premières applications de ce concept d'immunothérapie. L'immunothérapie utilisée dans les lymphomes est actuellement dominée par l'utilisation d'anticorps monoclonaux mais d'autres moyens tels l'utilisation de cellules spécialisées (cellules dendritiques, cellules tueuses) ont été évalués ces dernières années.

### Pr Guillaume CARTRON

*Hématologue - CHU de Montpellier*

Le Pr Guillaume Cartron exerce au CHU de Montpellier en tant que coordinateur du département d'Hématologie. Il participe par ailleurs activement au LYSA, en tant que membre du conseil scientifique et du conseil d'administration. Le Pr Cartron est enfin membre de l'institut Carnot du Lymphome (CALYM) et du conseil scientifique du LabEx MabImprove.

**A venir**

>>> [Accéder à la présentation powerpoint](#)

>>> [Accéder à la vidéo de l'intervention](#)

## Prix du jeune chercheur 2010 : Avancement du projet

En dépit du progrès et des succès des thérapies modernes, le lymphome reste un cancer dévastateur, dont l'incidence a connu un essor fulgurant au cours des 30 dernières années. Cette progression reste encore largement inexplicquée et l'identification des facteurs de risque impliqués constitue un enjeu majeur de santé publique. Ce constat illustre l'importance critique de développer des stratégies préventives, basées sur l'identification des facteurs de risque, la définition de groupes d'individus à risque, et la détection de « patients » à des stades précoces (et potentiellement moins résistants/plus curables) de la maladie.

La démarche de mon laboratoire procède d'une volonté d'interfacer les outils, concepts et savoir-faire de l'épidémiologie et de l'immunohématologie, afin de contribuer à mieux comprendre les étapes précoces de ces cancers et d'étudier le rôle des facteurs de risque génétiques et/ou environnementaux associés. La progression tumorale est généralement un processus lent (plusieurs années voire dizaines d'années), comprenant de nombreuses étapes liées à l'accumulation graduelle d'altérations géniques. Ce n'est pas un processus inexorable, et de nombreux clones pré-tumoraux n'aboutiront fort heureusement jamais au développement d'un cancer. Il est donc capital de savoir distinguer les clones bénins de ceux déjà engagés dans le processus de progression. On croit savoir que l'évènement à l'origine du lymphome folliculaire (LF, 2e lymphome de l'adulte) est la « translocation t(14;18) », une anomalie chromosomique acquise dans une cellule du sang (un lymphocyte B), lors d'une erreur de réparation de l'ADN. Or, au laboratoire, nous avons récemment caractérisé dans le sang périphérique d'individus « sains » des clones possédant, en plus de t(14;18), un panel d'altérations génomiques normalement présentes exclusivement dans les cellules du LF. Ces résultats posent les bases rationnelles d'une analyse moléculaire du sang comme bio-marqueur potentiel de dépistage. Restait cependant à démontrer un élément crucial : la preuve directe que de tels clones peuvent effectivement progresser vers des formes malignes. Etant donné la lenteur du processus de progression, il n'est pas envisageable de suivre une cohorte pendant plusieurs (dizaines) d'années : il faut nécessairement faire l'inverse, c'est-à-dire analyser rétrospectivement les échantillons sanguins d'une cohorte épidémiologique de très grande envergure.

En 2010, le Dr. Sandrine Roulland, chargée de recherche INSERM dans mon laboratoire, recevait le prix du jeune chercheur FLE pour contribuer à réaliser cette analyse, en s'appuyant sur l'exploitation des échantillons biologiques pré-diagnostic d'une des plus grandes cohortes épidémiologiques actives au monde: la cohorte EPIC (>1/2 million de participants), suivie pendant plus de 10 ans en terme d'incidence de cancer. En identifiant et analysant les échantillons sanguins d'individus « sains » (au prélèvement), mais ayant développé un LF 1 à 15 ans après, cette cohorte nous a permis pour la première fois de mettre en évidence des marqueurs de dépistage du lymphome folliculaire. Grâce aux progrès technologiques de ces dernières années, en particulier dans les domaines de la génomique et de l'immunothérapie, nous pouvons espérer que cette découverte majeure nous permettra à terme de coupler un dépistage du LF avec une prise en charge thérapeutique adaptée à des stades plus bénins, et plus curables de la maladie.

### Dr Bertrand NADEL

*Directeur de Recherche INSERM - Centre d'Immunologie de Marseille-Luminy*

Depuis 2002, Bertrand Nadel est responsable d'équipe au CIML de Marseille. Le groupe de recherche qu'il dirige travaille depuis de nombreuses années sur les mécanismes moléculaires sous-jacents à l'instabilité génomique dans les hémopathies humaines. Le lymphome folliculaire est au centre de ses études et s'érige au laboratoire comme un paradigme du processus complexe de transformation multiétape gouvernant la progression tumorale. La caractérisation dans son laboratoire de cellules précurseurs du lymphome folliculaire chez les individus sains permet de mieux comprendre les étapes clés de la progression maligne, et d'envisager l'identification de biomarqueurs de risque et le développement de thérapies innovantes.

### Lymphome folliculaire / Dépistage / Prévention

>>> Accéder à la présentation powerpoint

>>> Accéder à la vidéo de l'intervention

## Epidémiologie : les pistes actuelles

Les lymphomes sont des affections très diverses qui sont toutes classées de façon cohérente depuis la classification OMS de 2000. Les données épidémiologiques sont donc plus homogènes et plus instructives. Le premier élément apporté par l'épidémiologie, est le nombre annuel de nouveaux cas et son évolution au cours du temps. Pour les « lymphomes » au sens large, ce nombre a augmenté très régulièrement dans les pays développés depuis les années 50 pour en faire le 6e ou 7e cancer. Cette augmentation ne touche pas les différentes entités de la même façon et si certaines augmentent beaucoup, d'autres restent stables voire diminuent.

Le deuxième élément, est l'étude des causes de ces modifications. De nombreux travaux ont été ainsi menés dans le monde pour identifier les causes de cette augmentation et ont ainsi permis de mettre en évidence le rôle favorisant ou protecteur des infections virales (Hépatite C,...) ; de certains produits chimiques (teintures,..), de l'ensoleillement, des traitements, des pathologies pré existantes et maintenant des polymorphismes de certains gènes impliqués dans les mécanismes cellulaires physiologiques. Depuis 2000, on observe heureusement une stabilisation de ce nombre de nouveaux cas sans en comprendre les raisons.

Le troisième élément de l'épidémiologie, est de mesurer la survie de ces pathologies et là aussi son évolution. Les lymphomes ont bénéficié de nombreuses avancées thérapeutiques avec notamment la mise au point de l'immunothérapie ce qui a entraîné des gains de survie pour les nombreux patients inclus dans des essais thérapeutiques mais également les autres, même si c'est dans une moindre mesure. Là aussi les gains ne sont pas équivalents en fonction du type de lymphome, de l'âge, voire du sexe.

Toutes ces données sont essentielles pour guider les choix du corps médical et des acteurs de la politique de santé publique et pour évaluer les stratégies mises en place dans la recherche de l'efficacité.

### Pr Marc MAYNADIE

*Directeur du Registre des Hémopathies Malignes de Côte d'Or - Chef de service du Service d'Hématologie Biologique, CHU de Dijon*

Le Pr Maynadié dirige le plus ancien registre de population spécialisé en hématologie maligne. A ce titre il gère une base de données de plus de 30 ans d'enregistrement des cas de maladies malignes du sang et de la moelle osseuse dont les lymphomes. Il a conduit une étude cas-témoin des facteurs de risques de ces affections en Europe entre 1999 et 2003 (EPILYMPH-France Est) et participe au consortium international sur ce thème (INTERLYMPH).

### Incidence / Facteurs de risque / Survie

>>> [Accéder à la présentation powerpoint](#)

>>> [Accéder à la vidéo de l'intervention](#)

## La traversée de la guérison : le cas de l'oncologie pédiatrique.

Le cancer est devenu un enjeu important de santé publique comme en témoignent les deux plans cancer qui se sont succédés. Les avancées thérapeutiques considérables de ces dernières décennies ont permis de ne plus axer uniquement les objectifs des politiques publiques sur la diminution de la mortalité par cancer mais également de mettre en place des campagnes de prévention d'une part et de réfléchir à la guérison d'autre part. Les politiques publiques ont œuvré pour changer les représentations morbides sur le cancer, en mettant l'accent sur les progrès thérapeutiques et sur le taux de « guérison » qui ne cesse de croître. En 2007, l'Institut National du Cancer (l'INCa) lançait une campagne de communication sur les anciens malades du cancer, qualifiés de « héros ordinaires », imposant de ce fait aux anciens malades, une injonction à sortir de la traversée de la maladie cancéreuse de manière héroïque.

Dans le cadre de mon travail de thèse qui porte sur la construction sociale des enfants atteints de cancer avec l'expérience de la maladie et celle de l'hôpital, j'ai été amenée à réaliser des entretiens avec des anciens malades sortis de la phase de prise en charge aigue depuis au moins 5 ans. Sur cet échantillon, beaucoup d'anciens malades étaient débarrassés au moins provisoirement du cancer, mais ils souffraient par ailleurs de différentes affections plus ou moins visibles, soit à cause des séquelles de la maladie, soit à cause de celles des traitements anticancéreux. Ces jeunes adultes n'étaient plus malades du cancer mais ils n'étaient pas bien portants. Peut-on alors parler de guérison dès lors que la phase de rémission est achevée? Quel sens la guérison peut-elle prendre ? La guérison est-elle un retour à l'état antérieur à la maladie ? A partir des entretiens sociologiques recueillis, je voudrais montrer comment les catégories de maladie et de guérison peuvent être interrogées, non plus d'un point de vue médical mais d'un point de vue sociologique afin de réfléchir au statut d'ancien malade du cancer et à la reconnaissance sociale qui lui est conféré. Si l'on envisage la maladie, la bien portance et la guérison non plus comme des états mais comme des mondes qui se structurent autour d'institutions et de différents acteurs qui véhiculent des valeurs, des normes et des injonctions, on peut alors questionner les modes de circulation qui existent entre ces différents mondes et la manière dont les anciens malades les traversent. Après avoir brièvement défini ces mondes et leurs frontières, j'analyserai les difficultés évoquées par les anciens malades à s'y situer.

### Hélène LECOMPTE

*Doctorante en sociologie - CENS, université de Nantes*

En 2007, Hélène Lecompte réalise son Master 2 sur la prise en charge de l'information en oncologie pédiatrique. Elle rejoint ensuite une équipe de recherche pluridisciplinaire appliquée à la cancérologie (ERSSCa) autour d'une étude sur le devenir à long terme des anciens enfants malades, financée par la Ligue Nationale contre le Cancer. Elle poursuit actuellement sa thèse de doctorat en sociologie en tant qu'Allocataire Fondation de France au Centre Nantais de Sociologie.

### Guérison / Reconnaissance / Enfant

>>> [Accéder à la vidéo de l'intervention](#)

## La mesure 30 du plan cancer : l'observatoire sociétal des cancers

Le plan cancer 2009-2013 s'inscrit dans la continuité du plan cancer 2003-2007, capitalise ses acquis et s'engage sur des voies nouvelles, en particulier pour faire face à de nouveaux défis qui correspondent aux trois thèmes transversaux et prioritaires du plan :

- Une meilleure prise en compte des inégalités de santé pour assurer plus d'équité et d'efficacité dans l'ensemble des mesures de lutte contre le cancer
- L'analyse et la prise en compte des facteurs individuels et environnementaux pour personnaliser la prise en charge avant, pendant et après la maladie
- Le renforcement du rôle du médecin traitant à tous les moments de la prise en charge pour permettre un meilleure vie pendant le traitement.

Cette mesure 30 du plan cancer 2009-2013 a été confiée à la ligue contre le cancer en raison notamment de son maillage territorial qui lui permet une observation pertinente des aspects qualitatifs liés à la maladie. L'objectif de cette mesure est de « fournir toutes les observations nécessaires concernant les aspects sociaux et sociétaux de la maladie cancéreuse »

Trois axes de travail ont été définis :

- L'influence des inégalités économiques et sociales sur le développement de la maladie cancéreuse et son traitement  
Axe autour des inégalités socioprofessionnelles, géographiques, économiques, sociales ... afin de déterminer dans quelles mesures certaines catégories de la population sont davantage concernées par la pathologie cancéreuse.
- Le cancer, facteur d'inégalités sociales  
Axe autour des inégalités et discriminations engendrées par la maladie cancéreuse.  
L'observatoire sera attentif au coût économique et social du cancer pour les malades et leurs proche : coût des traitements dont le reste à charge, impact de la maladie et des traitements sur la vie sociale
- Le cancer, un enjeu pour l'ensemble de la société  
Axe qui s'intéressera aux grands enjeux sociétaux et transversaux liés au cancer et à la manière dont la société doit y faire face.

La ligue en particuliers grâce à ses 103 comités départementaux souhaite ainsi pouvoir rassembler des données et observation actuellement disséminées au sein de multiples bases d'information.

La ligue s'est engagé à publier chaque année un rapport, le premier en mars 2012, sur l'année 2011, et compte ainsi inscrire cette action dans la durée, pour mieux comprendre les freins et les leviers qui lient étroitement les enjeux de société et la lutte contre le cancer.

### Dr Philippe BERGEROT

*Oncologue Radiothérapeute - Vice-président du comité 44 de la LNCC*

Oncologue radiothérapeute diplômé de la Faculté de Bordeaux en 1983, Philippe Bergerot s'installe au Centre Etienne Dolet de Saint Nazaire, d'abord en secteur libéral puis en 2006 comme salarié des Mutuelles de Loire-Atlantique.

Il est élu en 2001 membre du Conseil d'administration de la Ligue Nationale Contre le Cancer et devient vice-président de la Ligue en 2007. Il est de plus président de l'action pour les malades de 2007 à 2010.

Parallèlement, il poursuit localement son action en qualité de médecin coordinateur du Centre de coordination en cancérologie (3C) du site de Saint-Nazaire et en qualité de Médecin coordinateur du projet médical du territoire de Saint-Nazaire. Enfin, il est vice-président du Comité départemental de la Ligue de Loire-Atlantique.

### Plan Cancer / Social / Inégalités

>>> Accéder à la présentation powerpoint

>>> Accéder à la vidéo de l'intervention

## Les autres interventions

**Du diagnostique au traitement : mieux comprendre la prise en charge pour mieux vivre son entrée dans le parcours de soins.**

Pr Steven Le Gouill - Pr Thierry Lamy de la Chapelle

>>> Accéder à la présentation powerpoint

>>> Accéder à la vidéo de l'intervention

**Plan Cancer 2009-2013 : où en sommes nous ?**

Emmanuelle Bara

>>> Accéder à la présentation powerpoint

>>> Accéder à la vidéo de l'intervention

**Plan Cancer 2009-2013 : Le comité de patients**

Marie Lanta

>>> Accéder à la présentation powerpoint

>>> Accéder à la vidéo de l'intervention

### France Lymphome Espoir

1 avenue Claude Vellefaux  
75475 Paris cedex 10

infos@francelymphomeespoir.fr

www.francelymphomeespoir.fr

