

BFM : Les Grands débats BFM-HEC du Jeudi**14 septembre Noëlle Lenoir**

*11h-12h : **Lutte contre le cancer : une cause européenne** :*

Invités : Pr Thomas Tursz, directeur général de l'Institut de cancérologie Gustave Roussy de Villejuif, chercheur généticien (Gustave Roussy est le premier institut du cancer en Europe), Dr Thierry Le Chevalier, directeur du département des relations internationales, affaires européennes et coopération, INCa (L'INCa est au cœur du « plan cancer » mis en place par le gouvernement de Jacques Chirac); Maria-José Vidal-Ragout, directrice générale de la recherche sur le cancer à la Commission Européenne, au sein de la direction générale de la recherche.

Le cancer constitue un problème de santé publique majeur sur notre continent. C'est une cause nationale et, ce que l'on sait moins, européenne.

L'Union Européenne recense chaque année plus de 2 millions de nouveaux cas de cancer, et plus d'un million de décès (1.200.000 décès dans l'Europe des 15). Si la tendance reste la même, ces chiffres pourraient augmenter avec l'allongement de la durée de vie...

La coordination des pays membres visée par l'Union Européenne vise à favoriser l'accès des citoyens européens aux soins. D'où le titre de ce Grand Débat :

Le cancer, un défi de santé publique pour l'Union Européenne

Peu d'initiatives concrètes viennent de l'Union Européenne pour le moment. Mais cela devrait changer. Le premier vaccin préventif du cancer du col de l'utérus vient d'être mis au point ; il est le fruit d'une collaboration internationale. Il repose sur l'identification de virus auxquels est associé pour 80% le cancer du col de l'utérus. Le rôle oncologique de ces virus a pu être mis en évidence. C'est la première fois qu'à travers une infection virale, on essaye de diminuer l'incidence plus tard, chez les femmes infectées, du cancer du col de l'utérus. Ainsi, le cancer peut être une maladie virale ou infectieuse, c'est-à-dire causée par des virus ou des infections, voilà qui fait voler les catégories traditionnelles en éclat !

En Afrique, le cancer du col de l'utérus n'est pas dépisté, ce qui constitue un vrai problème.

Le programme général de recherche de l'Union Européenne 2007-2013 vient d'être lancé : il s'agit du « 7^{ème} programme cadre européen ». La recherche sur le cancer est une priorité depuis de longues années. 456.000.000 Euros ont été engagés pour le programme européen 2002-2006. L'Union Européenne a ainsi pu financer autour de 110 projets de recherches : dépistage, essais cliniques, imagerie médicale... Les résultats de ces recherches sont en cours d'évaluation.

Au-delà de ces projets de recherche, ces projets de collaboration impliquent aussi les nouveaux pays de l'Union Européenne : la République Tchèque, ainsi que pas mal de nouveaux Etats-membres sont en effet impliqués dans ces projets. 1500 laboratoires et institutions sont impliqués à travers l'Europe dans ces projets de recherche.

Le cancer est-il une maladie des riches (des européens notamment), ou touche-t-il toutes les populations ? Le Dr Thierry Le Chevalier répond qu'il constitue une maladie au premier plan dans les pays riches. Dans les pays développés, les décès avant 70 ans, dits « prématurés », sont dus avant tout à des cancers. Dans les PVD, une explosion des cancers dans les dix

prochaines années, soit à horizon 2020, est probable, signe de l'allongement de la durée de vie dans ces pays.

L'Europe, ce serait avant tout la prévention.

On peut prévenir cette maladie : le facteur principal sur lequel on peut avoir une action est le tabac (en effet, le lien de causalité entre la tabagie et le cancer est établi). Le cancer constitue un gros problème de santé en Europe, problème qui ne fait que s'accroître. L'intoxication tabagique est très importante dans l'Europe de l'Est, où le tabac est un substitut à certaines difficultés de la vie. En Russie, le système de santé s'est écroulé, il faut en rebâtir un autre, tandis que l'espérance de vie diminue. Si les campagnes publiques dans les pays de l'Ouest de l'Europe, en faveur de la prévention du tabagisme, connaissent un certain succès, ces mêmes campagnes n'existent pas dans les pays de l'Europe de l'Est.

Les cancers en Europe sont pour la plupart des cancers du poumon, du colon, du sein (pour ce dernier cancer, il n'existe pas de prévention, mais le dépistage se fait de mieux en mieux). Il est à noter l'importance des cancers de l'estomac, qui, à eux seuls, représentent la majorité des cancers. Les trois premiers cancers sont plus importants pour ce qui est du dépistage, et de la mortalité précoce. Il faudrait mettre en place un dépistage pour les cancers de l'estomac au niveau européen. Bien sûr, le dépistage précoce du cancer du sein améliore la survie des patientes. Les progrès thérapeutiques démontrables dans les 15 pays européens sont liés à ce dépistage précoce : les toutes petites tumeurs découvertes lors d'une mammographie de dépistage entrent pour la moitié des cancers du sein traités à l'Institut Gustave Roussy, donc le dépistage est devenu bien meilleur en 2000 qu'en 1960. La vraie question à l'heure actuelle, c'est que ces campagnes de dépistage touchent les femmes déjà prévenues, celles qui se font déjà dépister de toute façon. Il n'en reste pas moins que les femmes pauvres, sous-éduquées, souvent immigrées, échappent souvent au dépistage, le taux de mortalité par cancer du sein est donc plus élevé chez cette catégorie sociale défavorisée. Pour avoir les plus grandes chances de survie à un cancer du sein, un diagnostic précoce reste une nécessité. C'est d'ailleurs vrai dans tout le reste de la cancérologie. En Europe de l'Est, le taux de décès par cancer du sein reste plus élevé.

La prochaine campagne de dépistage tendra à cibler les cancers du colon. Des kits de dépistage du sang dans les selles en train d'être mis au point (car la pratique de dépistage par colonoscopie, qui demeure l'examen de référence pour dépister cette maladie, ne peut être étendue à la population entière !). L'INCa est donc en train d'organiser le dépistage du cancer colique par dépistage du sang dans les selles (pour un dépistage précoce du cancer du colon). Mais dans la pratique, les choses ne sont pas simples : il existe des zones géographiques difficiles à atteindre. Noëlle Lenoir a posé la question de savoir si on pourrait envisager un remboursement systématique de tous ces dépistages, s'ils sont rendus obligatoires ? Le Dr. Thierry Le Chevalier a répondu qu'on ne pouvait qu'être en faveur d'une telle proposition.

Au sein de l'Union Européenne, il n'existe pas d'activité importante dans ce domaine pour le moment, si ce n'est une alliance politique, l'*Alliance européenne contre le cancer*, lancée fin 2005 par Xavier Bertrand. Pour l'instant, on ne peut que constater la grande disparité des données d'un Etat à l'autre, au niveau de l'Europe des Quinze, aussi en ce qui concerne le niveau des soins et l'équipement médical. Les commissions travaillent au niveau de l'enseignement et de la formation, où des disparités importantes existent aussi.

Appréhender certaines causes du cancer (dans le but de la prévention) : les produits chimiques

La « Directive Reach » a créé un registre des produits chimiques européens en fonction de leur toxicité. Ce registre a été établi après que la recherche a été effectuée sur les différentes substances chimiques (que l'on respire) et leur (possible) effet sur le cancer. Ceci constitue un relai qui a été développé depuis plusieurs années au niveau de l'Europe des Quinze. Le but est d'éviter le contact avec ces produits, de cibler leur qualité. Mais ce « fichier Reach » ne recense pas les pesticides. D'autres projets de recherche visent à les identifier ; ils sont encore très employés dans l'agriculture, et leur éventuel rôle oncologique est étudié. Il existe un travail au niveau européen sur les cibles moléculaires, le développement des nouvelles thérapies, la génétique. Le but est la création d'un espace européen de la recherche, la construction de grands réseaux de collaboration.

La difficulté à l'heure actuelle réside dans le fait de gérer la complexité des informations scientifiques produites à l'échelle internationale. Comment une cellule se divise en permanence, sans répondre à aucun contrôle de régulation, et comment une cellule perd ses freins : l'accumulation de connaissances dans ces deux domaines a bouleversé la connaissance en cancérologie. La biologie de la cellule a progressé aussi grâce à ces découvertes en cancérologie. Le problème est de traduire cela en termes de nouveaux médicaments. Potentiellement, il y a de nombreux médicaments qui seraient plus « intelligents », c'est-à-dire qu'ils « feraient moins de dégâts » sur les cellules saines du patient. Jusqu'ici, le principe a été le suivant : une cellule cancéreuse se multipliant sans cesse sera plus sensible à la chimiothérapie – mais elle le sera juste un peu plus que les cellules saines, dont certaines ont naturellement (sans être malades) un rythme de multiplication rapide, comme les cellules de la moelle osseuse ou du tube digestif. Ces dernières vont donc particulièrement souffrir au contact des médicaments.

La *thérapie génique* permet d'introduire au sein même de la cellule le correctif, alors que les *traitements*, visant à inhiber le comportement anormal des gènes (aujourd'hui nous savons que le cancer est une maladie des gènes et des protéines), se font par voie orale essentiellement. Les cancers du sein, du poumon, etc. peuvent avoir plusieurs mécanismes différents (même si les causes sont génétiques), qui peuvent aboutir au même résultat. Le Professeur Thomas Tursz fait remarquer qu'actuellement, nous nous situerions « entre Pasteur et les antibiotiques » (découverts par Sir Alexander Fleming 40 à 50 ans après les découvertes de Pasteur). Resterait encore à « démembrer » cette maladie qu'est le cancer ...

La question de la coopération avec l'industrie :

Les médecins sont de plus en plus en contact étroit avec les industriels pour le développement des nouveaux médicaments. La recherche clinique en termes de cancérologie est mondiale, fait observer le Dr. Thierry le Chevalier, moyennant quoi on ne pourrait pas faire de l'europanisme aigu pour le développement des médicaments. En Europe, il y a moins de 3% des patients cancéreux qui auront accès à un essai thérapeutique. La majorité n'a donc clairement pas accès à l'innovation thérapeutique. La première cible serait d'augmenter l'accès des patients à l'essai thérapeutique. En effet, un malade hors essai thérapeutique a globalement moins de chances de survie. C'est aussi un problème industriel. Il y a une appréhension dans l'opinion publique européenne : culturellement, la recherche c'est ce qui vient quand tout a raté. Or l'essai thérapeutique a moins de chance de marcher sur un patient

« au bout du rouleau » que sur un patient qui vient d'être dépisté. On a donc le paradoxe suivant en Europe : pour le moment, statistiquement, c'est le patient qui vient d'être dépisté qui bénéficierait le plus de l'essai thérapeutique, alors qu'il est celui qui y a le moins accès.

L'actuel Commissaire à la recherche européenne est slovène. Le renforcement de la recherche thérapeutique est un objectif important à ses yeux. Une des grandes nouveautés du programme est la nouvelle *initiative technologique* : une « plateforme innovante sur les médicaments », reposant sur un partenariat privé entre l'industrie et l'académie. Le but est l'inclusion d'un volet de recherche dans la santé publique essayant de viser les nouvelles pistes, les procédures pour le dépistage. Il serait souhaitable que l'appel du Professeur Thomas Tursz, pour que se développe l'accès aux essais thérapeutiques à l'échelle européenne puis mondiale, soit entendu lors de l'application de ces nouvelles initiatives. L'Alliance européenne contre le cancer est une réunion d'experts, qui sont nommés par les ministres de la santé des 25 Etats membres de l'Union Européenne. Un malade de Perpignan pourra savoir ce qui se fait à Madrid, Rome... Il faut permettre aux malades d'avoir un accès européen au niveau thérapeutique.

Or l'industrie pharmaceutique doit pouvoir exploiter ses propres résultats pour gagner de l'argent. Comment concevoir alors cette mise en commun des connaissances ? Pour le Docteur Thierry le Chevalier, il faut mobiliser les esprits, les acteurs, les volontés. Le problème de l'Europe, c'est la fragmentation, la dispersion des efforts, l'atomisation.

Le Docteur Thierry le Chevalier a mené un travail dans les pays européens sur le cancer du poumon. Une des conclusions de ce travail est que s'il y a ablation de la tumeur, une chimiothérapie consécutive à cette ablation améliorerait grandement le pronostic de survie. Reste à définir à quels malades il conviendrait de donner ce traitement par chimiothérapie ? Il faut démembrer cette maladie pour le savoir...

La recherche en commun parmi les oncologues pédiatres en Europe est le fruit d'une longue tradition. Actuellement, 75% des enfants survivent à un cancer, au sein de l'Europe. Si on revient à plusieurs décennies en arrière, ce même chiffre était de 25%. L'oncologie pédiatrique est l'un des domaines où la cancérologie a fait le plus de progrès en Europe.

Ceci est une retranscription du débat du jeudi 14 septembre 2006, qui a eu lieu dans le cadre de l'émission **Les Grands débats du Jeudi, BFM**

Lien vers le *Podcast* BFM :

<http://www.radiobfm.com/index.php?id=149&idémission=14>

Url à copier-coller dans les lecteurs podcast :

<http://www.1001podcast.com/podcast/BFM/channel14/BFMchannel14.xml>