

CENTRE GEORGES-FRANÇOIS-LECLERC À DIJON

# Le CGFL lutte contre le cancer depuis 50 ans



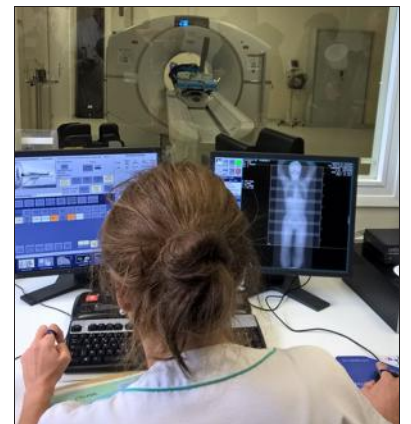
■ Charles Coutant, directeur général du CGFL. Photo Jocelyne REMY



■ L'accompagnement des patients, priorité du centre dijonnais. Photo LBP



■ Le centre est décoré de fresques. Photo Philippe BRUCHOT



■ Le CGFL est à la pointe de l'innovation. Photo Bertrand LHOTE



■ Le centre Georges-François-Leclerc s'est considérablement agrandi depuis son ouverture en janvier 1967. Photo archives LBP Dominique GRANDEMANGE

## CÔTE-D'OR SANTÉ



■ Le centre Georges-François-Leclerc a ouvert ses portes au mois de janvier 1967. Photo Philippe BRUCHOT

# Centre Georges-François-Leclerc : 50 ans de recherche, de soins et de formation

En cinquante ans, le centre de lutte contre le cancer Georges-François-Leclerc, à Dijon, s'est imposé dans le paysage médical français.

**A**u moment de l'ouverture du centre Georges-François-Leclerc (CGFL), en janvier 1967, à Dijon, le cancer est une maladie, une seule, et le plus souvent incurable. En cinquante ans, la recherche et la médecine ont fait d'immenses progrès. On sait désormais qu'il n'y a pas un, mais plusieurs types de cancers, expliquait le Pr Pierre Fumoleau dans nos colonnes le 31 janvier 2017. Ce dernier a dirigé le CGFL pendant dix ans avant d'être nommé directeur du prestigieux Institut Curie, l'été dernier.

Ainsi, on a découvert qu'il s'agissait d'une maladie génomique. Surtout, et ce, grâce à des thérapies de plus en plus ciblées, il est possible de guérir d'un cancer.

## Une durée d'hospitalisation divisée par dix

Pendant ces cinquante années, le CGFL a accompagné l'évolution de la cancérologie. À la radiothérapie, on a ajouté le scanner, l'IRM (Imagerie par résonance magnétique). À Dijon, on travaille avec le cyclotron. La curiethérapie et l'immunothérapie renforcent l'arsenal.

En parallèle, le centre s'est largement développé. D'agrandissement en agrandissement, on est passé de 7 000 m<sup>2</sup> pour le bâtiment d'origine

à près de 25 000 m<sup>2</sup>. Il y avait 100 salariés en 1967, ils sont 735 aujourd'hui, dont 133 médecins, chercheurs et internes. La durée moyenne d'hospitalisation, quant à elle, a été divisée par dix, grâce non seulement aux progrès des soins et à leur ciblage, mais aussi au développement de l'ambulatoire. En outre, le CGFL a amélioré tout ce qui a trait à l'accompagnement du malade.

Soins, recherche et formation (en lien avec l'université de Bourgogne) : les trois filières du CGFL se complètent. Avec la plateforme d'imagerie et un second TEP-Scan, les séquenceurs de gènes haut débit qui accompagnent l'immunothérapie, les accélérateurs de particules, la radiothérapie per-opératoire, les prises en charge précoces, les théra-

“ On est un des plus petits centres, ce qui ne nous empêche pas d'être bien classés. ”

Alain Lalié,  
directeur général adjoint

pies orales, l'unité de continuité des soins en oncologie pour les hospitalisations non programmées, le CGFL se bat contre le cancer sur tous les fronts.

Labellisé Clip<sup>2</sup> par l'Institut national du cancer pour son unité d'essais précoces, le CGFL voit son travail largement reconnu. Citons ainsi la publication orale, au congrès mondial de cancérologie de Chicago, du Dr Bruno Coudert ; celle, il y a quatre ans, du Dr Humbert ; le prix accordé à Mélanie Bruchard pour sa recherche sur l'impact d'une molécule de chimiothérapie ; l'obtention, en 2016, de deux PHRC ; les deux projets Transcan-2 financés par la Commission européenne ou encore la mise en place d'un premier essai précoce en association avec Oncodesign et Cyclopharma. Et ce n'est qu'un début...

J. Remy

## REPÈRES

L'un des orgueils du centre Georges-François-Leclerc (CGFL) est de tenter de mettre tous les malades sur un plan d'égalité.

### ■ Pour le malade

Des “soins de support” sont apportés au patient qui profite ainsi d'animations, de conseils et d'une consultation de retour à l'emploi.

### ■ Pour la famille

Le cancer provoque souvent une fracture dans la vie

de l'entourage du malade. Le CGFL propose une prise en charge psychologique des familles. Des espaces sont réservés aux étages d'hospitalisation pour accueillir, notamment, les jeunes enfants, avec du mobilier adapté et des jeux. La Maison des parents propose également un hébergement adapté.

### ■ Des dons, legs et libéralités

Le CGFL a, pour continuer à équilibrer son budget, besoin de dons.

CÔTE-D'OR SANTÉ

# 1967-2017 : les 50 ans du centre Georges-François-Leclerc en images

En 2017, le centre Georges-François-Leclerc a fêté ses 50 ans. Retour en images sur l'histoire d'un centre de lutte contre le cancer qui est devenu incontournable, aussi bien en Côte-d'Or qu'au niveau national.



■ Le 6 juillet 1966, le centre est en pleine construction, rue du Professeur-Marion, à Dijon. Photo archives LBP



■ Le 17 décembre 1968, le centre a à peine deux ans. Une centaine de salariés y travaillent. Photo archives LBP



■ Le 14 novembre 1974, le centre s'agrandit. Photo archives LBP



■ Le centre Georges-François-Leclerc est passé de 7 000 mètres carrés à l'origine à près de 25 000 mètres carrés aujourd'hui. Photo Dominique GRANDEMANGE



■ Le centre Georges-François-Leclerc est desservi, depuis mars 2013, par le tramway. Photo archives LBP

CÔTE-D'OR SANTÉ

# « En 1967, le cancer était une maladie unique et incurable »

À l'occasion des 50 ans du centre de cancérologie Georges-François-Leclerc (CGFL), à Dijon, le professeur Pierre Fumoleau, qui l'a dirigé pendant dix ans (\*), était revenu avec nous, en mars 2017, sur un demi-siècle d'avancées médicales en matière de lutte contre le cancer.

**L**e CGFL a été créé en 1967. Comment était considéré le cancer à cette époque ?

« Le cancer était une maladie unique et incurable et les malades [étaient vus] un peu comme des pestiférés. Généralement, les gens qui venaient se faire traiter dans un centre anti-cancer avaient très peu de chances de guérir. C'était aussi une maladie que l'on cachait. C'est la notion d'incurabilité qui créait ce tabou. Si bien que certains médecins préféraient ne pas envoyer leurs patients dans un centre, ce qui leur évitait d'avoir à annoncer le diagnostic. De nombreuses personnes sont ainsi mortes d'un cancer sans savoir qu'elles en étaient atteintes. »

**Comment les patients étaient-ils traités ?**

« Il y avait d'abord la chirurgie, qui consistait en une ablation de la partie atteinte. En sachant que cette chirurgie était le plus souvent radicale, car le diagnostic était réalisé tardivement. Il y avait aussi, déjà, de la radiothérapie. Mais elle se pratiquait avec d'anciens appareils que l'on appelait des Cobalt. Il s'agissait d'une irradiation assez large, qui entraînait de nombreuses complications. C'était un traitement auquel on associait un curage ganglionnaire. On pensait, à l'époque, que plus on irradiait largement, plus les chances de guérison étaient importantes. Quant à la chimiothérapie, elle balbutiait. Avec des produits très lourds qui, là aussi, étaient très mal supportés. Sachant qu'elle était surtout administrée à des patients atteints de cancers avancés. »

**Quelles ont été les grandes étapes dans l'évolution du traitement de la maladie ?**

« La première étape, c'est le dépistage et la prévention. Il y a cinquante ans, on ne parlait pas du tabac, ni des pesticides ou des perturbateurs endocri-

« Ce n'est finalement que très récemment, au début des années 2000, que nous sommes parvenus à mieux cerner les origines du cancer. »

**Pierre Fumoleau, ancien directeur du centre Georges-François-Leclerc**



■ Le Pr Pierre Fumoleau a dirigé le centre Georges-François-Leclerc de 2007 à 2017. Photo B. L.

niens... Cette notion d'environnement du patient n'existait pas. Je rappelle quand même que 40 % des cancers sont potentiellement évitables : si vous supprimez le tabac, si vous diminuez l'exposition au soleil, si votre alimentation est correcte. Au niveau de la recherche, l'état d'esprit de l'époque était le suivant : le patient qui entrait dans un protocole était considéré comme un cobaye. Et cette recherche n'était pas très structurée. Mais la France était déjà un pays moteur. Il y avait notamment le professeur Horiot, qui fut mon prédécesseur à la tête du CGFL et qui était une référence mondiale en matière de radiothérapie. On peut aussi relever, à la fin des années 1970, l'arrivée du cisplatine, qui, pour la première fois, a permis la guérison des cancers du testicule. Dans ce domaine, le professeur Guerin, lui aussi directeur du centre de Dijon, a été un pionnier. Mais ce n'est finalement que très récemment, au début des années 2000, que nous sommes parvenus à mieux cerner les origines du cancer. Et, surtout, à distinguer les différentes formes de la maladie. Si bien qu'aujourd'hui, nous parvenons à dispenser des traitements de plus en plus précis, ciblés et adaptés aux patients. Enfin, on peut évoquer la dernière grande avancée : l'immunothé-

« Aujourd'hui, nous parvenons à dispenser des traitements de plus en plus précis, ciblés et adaptés aux patients. »

**Pierre Fumoleau, ancien directeur du centre Georges-François-Leclerc**

**On parle aussi souvent de "soins de support" ? Depuis quand ce concept existe-t-il ?**

« Il a commencé à être mis en place dans les années 1990. À Dijon, cela s'est matérialisé par la création d'une unité de traitement de la douleur, d'un service d'accompagnement psychologique et social, mais aussi par la dispense de conseils en diététique ou le développement des activités physiques pour les patients. Aujourd'hui, on ne traite plus une maladie, mais un patient atteint d'une maladie. Et cela fait toute la différence. En ce sens, Dijon fut l'un des premiers centres en France, dès 1972, à proposer un service d'hospitalisation à domicile. »

**En 2017, le CGFL est-il au niveau des meilleurs centres français ?**

« Oui, tout à fait. À titre d'exemple, il fait partie des trois meilleurs centres en France en matière d'inclusion des patients dans les essais cliniques (20 %). On a souvent tendance à penser qu'un centre de province n'est pas du niveau de ceux des grandes métropoles. C'est totalement faux ! Aujourd'hui, nous nous appuyons sur des équipes composées d'éléments parmi les meilleurs en Europe dans leurs domaines. Nous sommes un centre reconnu en matière de recherche et nous avons la chance de pouvoir nous appuyer sur une plateforme unique en France : le groupement Pharm'Image. Avec des sociétés privées comme Oncodesign qui sont associées au centre et avec qui nous réalisons de très grandes choses. »

**Propos recueillis par Bertrand Lhote**

**(\*) Le professeur Pierre Fumoleau a dirigé le centre Georges-François-Leclerc de 2007 à 2017. Cet été, il a été nommé à la tête de l'ensemble hospitalier de l'Institut Curie.**

## CÔTE-D'OR SANTÉ



■ Lors de notre article, paru le 13 avril 2017, Gilles Truc était responsable du département de radiothérapie oncologique. Il a désormais pris la tête du pôle de patientèle et est en charge de la coordination des soins de support. Charles Coutant, qui était responsable du département de chirurgie oncologique, est directeur général du centre Georges-François-Leclerc depuis début décembre. Alain Lalié est directeur général adjoint du centre. Christine Dorléan est directrice des soins. Photo A.-L. B.

# Un centre de cancérologie à la pointe de l'innovation

En 2017, le centre de cancérologie Georges-François-Leclerc a célébré ses 50 ans. L'occasion pour le *Bien public* d'évoquer ce qui fait la spécificité de cet établissement expert. Dans notre article du 13 avril, il s'agissait de parler de l'hôpital hors les murs.

Le centre de cancérologie Georges-François-Leclerc, à Dijon, est à la pointe de l'innovation sur la mise en place d'une désescalade des traitements et dans le développement de la chirurgie ambulatoire.

La désescalade des traitements, cela consiste à faire en sorte que les malades restent le moins longtemps possible à l'hôpital. Il s'agit de mieux cibler le champ d'intervention. Auparavant, le spectre d'intervention était très large car les technologies d'imagerie médicale étaient moins précises qu'aujourd'hui. Les traitements contre le cancer étaient très lourds et pouvaient géné-

“ La réhabilitation précoce est positive pour le patient. Cela permet de réduire les risques de phlébite, par exemple. Chez lui, le malade est obligé de bouger ”

P<sup>r</sup> Charles Coutant,  
directeur du centre Georges-François-Leclerc

rer des effets négatifs chez les patients. « La réhabilitation précoce est positive pour le patient. Cela permet de réduire les risques de phlébite, par exemple. Chez lui, le malade est obligé de bouger », précise le P<sup>r</sup> Charles Coutant, ancien responsable du département de chirurgie oncologique au centre Georges-François-Leclerc, à la tête de la structure depuis décembre.

Aujourd'hui, le cancer est mieux connu, les outils d'imagerie médicale comme le TEP-Scan ou encore l'imagerie moléculaire permettent de livrer une carte d'identité de la tumeur. « Nous réduisons le spectre de notre champ d'in-

tervention. On tape plus fort, mais de manière plus précise », décrypte le P<sup>r</sup> Charles Coutant.

## Sortie précoce après des chirurgies lourdes

Par exemple, dans le cas du cancer du sein, les médecins prescrivent de moins en moins de chimiothérapie, moins de radiothérapie et les traitements chirurgicaux sont moins lourds. Toujours dans le but d'améliorer la qualité de vie des patients. « Plus de 66 % des patientes ne dorment pas à l'hôpital, y compris pour des chirurgies diffi-

les comme l'ablation du sein », rapporte le médecin.

Cela a été le cas de Suzanne Pieuchot. Cette dernière a été opérée en septembre 2015. « Je suis arrivée à 7 h 30 le matin et j'ai quitté l'hôpital à 17 heures. On m'a enlevé les ganglions et la tumeur cancéreuse. Il n'y a pas eu d'ablation. Savoir que l'on ne va rester qu'une seule journée est rassurant. J'étais contente de retrouver mon chez-moi et ma famille le soir », témoigne-t-elle.

Aujourd'hui, le centre Georges-François-Leclerc s'attelle à franchir une nouvelle étape dans la désescalade des traitements. L'hôpital invente une procédure pour que des patients opérés pour des chirurgies lourdes puissent sortir au bout du deuxième ou troisième jour. Il s'agit d'opérations comme l'ablation du côlon ou du rectum. Habituellement, les malades restent à l'hôpital pendant dix à quinze jours. Il s'agit d'une opération pilote qui répond à un appel à pro-

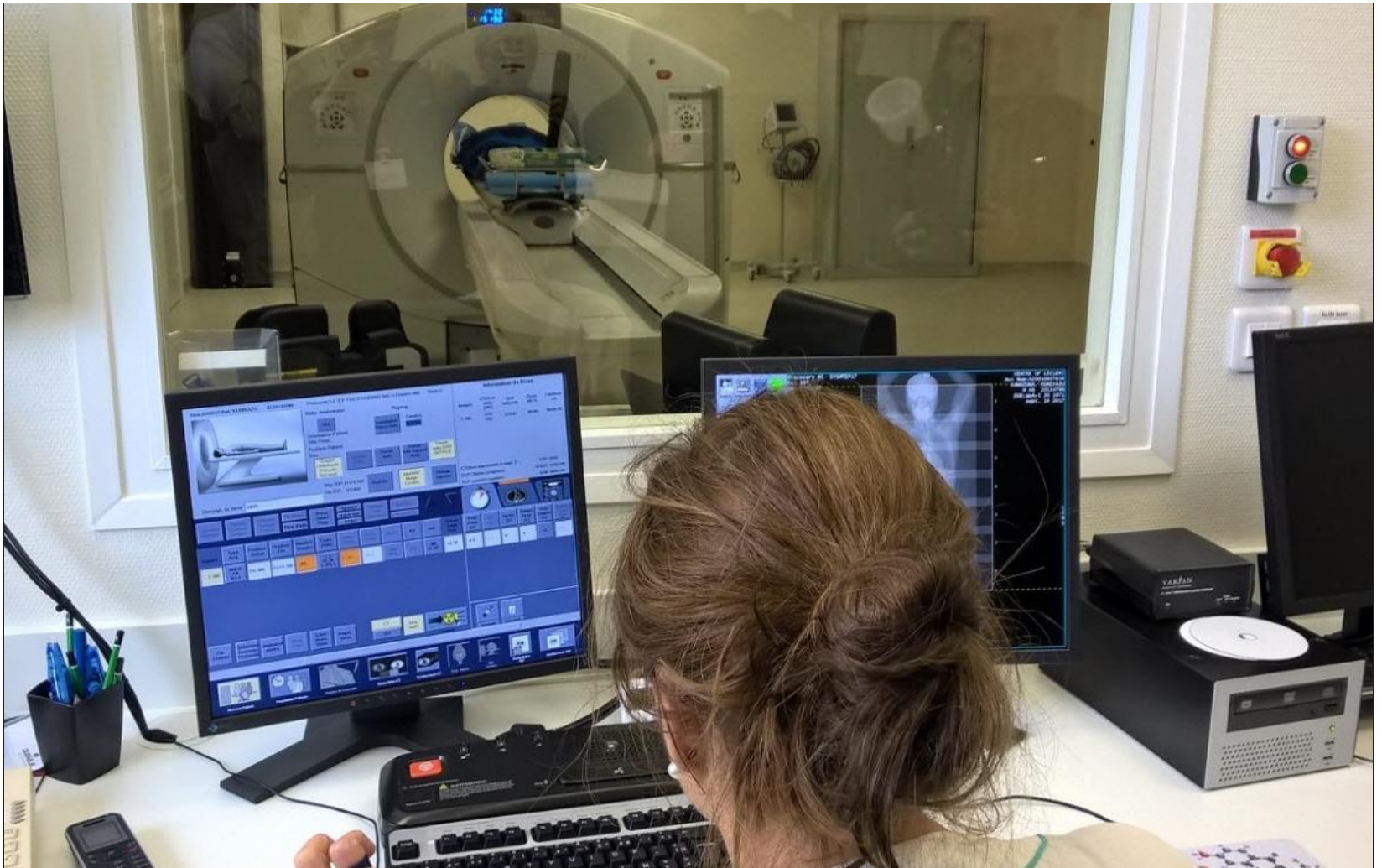
jets financé par le ministère de la Santé.

Une désescalade des traitements qui concerne également le développement, depuis deux ou trois ans, des médicaments par voie orale. Cette nouvelle thérapie nécessite davantage de coopération et de coordination. « Nous essayons de balayer tous les besoins du patient pour être vraiment dans l'anticipation », rapporte Christine Dorléan, directrice des soins. Exerçant dans un centre expert régional, les médecins du centre Georges-François-Leclerc ont pour mission de faire rayonner leur savoir sur l'ensemble de la région Bourgogne-Franche-Comté. La plupart se déplacent donc dans les hôpitaux de Besançon, Sens, Autun, Nevers, Mâcon ou encore Chalon-sur-Saône pour former les équipes sur place et rencontrer leurs patients. La volonté étant d'offrir un égal accès à l'expertise de haut niveau.

Anne-Lise Bertin

CÔTE-D'OR SANTÉ

# Dijon, première ville de France équipée d'un TEP-Scan numérique



■ Après Dijon, les deux prochaines villes en France qui seront équipées d'un TEP-Scan numérique seront Amiens, puis Nevers. Photo LBP

Le CHU de Dijon et le centre de cancérologie Georges-François-Leclerc (CGFL) ont présenté, le 14 septembre, le tout premier TEP-Scan numérique installé en France. Un appareil qui va changer beaucoup de choses, pour les patients comme pour les médecins.

## ■ Qu'est-ce qu'un TEP-Scan ?

Né au début des années 2000, le TEP-Scan est l'alliance de deux technologies. Celle d'un scanner classique, qui permet de mettre en évidence la structure des organes (taille, localisation, forme...). Et celle d'une TEP (pour tomographie par émission de positons), qui consiste à étudier la fonction métabolique des organes. En clair, leur activité à l'échelle moléculaire. Une technique qui permet aux médecins de visionner avec précision les zones atteintes par une tumeur, un ganglion ou une lésion.

## ■ Quelle différence entre numérique et analogique ?

Le passage au numérique va d'abord offrir un plus grand confort aux patients, puisque la technologie réduit de moitié le temps passé dans le scanner. Mais,

surtout, elle permet aux médecins de s'appuyer sur des images deux fois plus fines qu'avec un appareil analogique. Une meilleure finesse qui se traduit par une analyse plus précise des tumeurs et autres lésions. L'objectif étant, toujours, d'offrir un traitement plus ciblé et mieux adapté à chaque patient. « Grâce au numérique, nous allons obtenir deux fois plus d'informations avec la même quantité de radiation », se réjouissait alors le Pr Alexandre Cochet, responsable du département de médecine nucléaire au centre Georges-François-Leclerc (CGFL) (1).

## ■ À qui va bénéficier ce nouvel appareil ?

En priorité aux patients du CHU de Dijon et du CGFL, puisqu'il s'agit d'un investissement de 4,5 millions d'euros, réalisé conjointement par les deux établissements. Une « belle histoire de coopération » dont s'est félicité le directeur adjoint du CHU, Didier Guidoni, présent le 14 septembre aux côtés du directeur par intérim du CGFL, le Dr Jean Fraisse (depuis décembre, le Pr Charles Coutant a pris la tête du centre). Un achat qui va aussi permettre de désengorger les files d'attente pour ceux qui doivent passer un TEP-Scan à Di-

jon. En 2016, l'appareil analogique du CGFL a effectué quelque 4 600 examens. Il sera désormais épaulé par son cousin numérique. « Tous les patients qui ont débuté leur traitement avec l'analogique continueront ainsi. En revanche, tous les nouveaux patients seront examinés avec l'appareil numérique », précisait le Pr Cochet. Au moment de la parution de notre article, le 15 septembre, il ajoutait que « d'ici deux ans », un second outil numérique devrait remplacer le « vieil » analogique. Enfin, ce nouveau TEP-Scan servira aux scientifiques impliqués dans le GIE (groupement d'intérêt économique) Pharm'Image. Un pôle régional d'excellence en pharmaco-imagerie composé de chercheurs et d'entreprises installées dans un rayon d'un kilomètre autour du CHU.

## ■ Quelles sont les pathologies concernées ?

Le TEP-Scan est d'abord utilisé en cancérologie. Il permet notamment de mettre en lumière les zones atteintes et d'établir un premier diagnostic avant le traitement. Puis, de suivre l'évolution du traitement et son efficacité. « Grâce à la précision des images, nous serons désormais en mesure de connaître

# 4 600

C'est le nombre d'examens réalisés par le TEP-Scan analogique du centre Georges-François-Leclerc en 2016.

beaucoup plus tôt les effets d'un traitement sur un patient », expliquait le Dr Gilles Truc, responsable du service de radiothérapie au CGFL (2). En neurologie, l'outil permettra de mieux identifier les cas d'épilepsie, de démences et même de maladie d'Alzheimer. Enfin, en cardiologie, les médecins peuvent avoir recours à cet examen pour confirmer la présence d'une maladie coronarienne. Mais aussi d'apprécier la viabilité d'un muscle cardiaque après un infarctus. Ou encore de déceler des maladies telles que l'hypertrophie cardiaque.

Bertrand Lhote

(1) Le Pr Alexandre Cochet est désormais à la tête du pôle coopérations du centre.

(2) Le Dr Gilles Truc est désormais directeur du pôle patientèle. Il est aussi en charge de la coordination des soins de support.

CÔTE-D'OR SANTÉ

# Cancer : les bonnes nouvelles américaines du centre Georges-François-Leclerc

Le centre Georges-François-Leclerc de Dijon participe, chaque année, au congrès mondial de l'American Society of Clinical Oncology (Asco) organisé à Chicago, aux États-Unis, et consacré aux cancers. L'édition du mois de juin 2017 a livré plusieurs bonnes nouvelles, parfois inattendues...

« C'est un choc culturel. Un défi à relever pour nous. Ce sera une des priorités du centre pour les deux années à venir. » Les mots sont du professeur Charles Coutant, alors chef du département de chirurgie, désormais à la tête du centre dijonnais Georges-François-Leclerc, centre de référence en cancérologie en Bourgogne-Franche-Comté. Le sujet dont il parlait dans nos éditions du 10 juin 2017 avec autant d'enthousiasme était l'une des révélations les plus inattendues du congrès mondial de l'American Society of Clinical Oncology (Asco), organisé à Chicago, aux États-Unis. Un événement qui vise à partager les dernières découvertes et résultats en matière de recherche et traitement du cancer. Plusieurs équipes du centre Georges-François-Leclerc en revenaient alors tout juste. Une étude internationale menée entre 2007 et 2011 venait de prouver que l'avancée médicale qui permet, dans les cas de cancers avancés, d'obtenir un bond de 20% d'espérance de vie des malades, n'est liée à aucun nouveau traitement : il s'agit "simplement" de télé-médecine.

## Cinq mois d'espérance de vie en plus

L'étude clinique a, en effet, testé l'application web Star (*Symptom tracking and reporting*) qui permet aux malades d'indiquer en temps réel leurs symptômes. Elle s'est révélée bénéfique pour l'espé-



■ De gauche à droite : le Dr Nicolas Isambert, oncologue médical et responsable de l'unité de phase précoce ; le Dr Véronique Lorgis, oncologue médical ; le Pr Charles Coutant, désormais à la tête du centre Georges-François-Leclerc, et le Pr François Ghiringhelli, oncologue médical et directeur d'équipe à l'Inserm. Photo F. J.

## 30 000

C'était le nombre de participants au congrès mondial de l'American Society of Clinical Oncology, à Chicago, aux États-Unis.

rance de vie et pour la qualité de vie, toutes deux nettement améliorées. « Avec ces alertes en temps réel, les équipes soignantes pouvaient agir rapidement pour soulager les malades. Les infirmières recevaient des alertes lorsque les symptômes s'aggravaient et le médecin avait accès à des données analysées sur l'évolution des effets secondaires sur le patient, qu'il pouvait mettre à profit lors des consultations », soulignait le

centre Georges-François-Leclerc. « Ce nouveau type de prise en charge permet de gagner cinq mois d'espérance de vie », complétait le Pr Coutant. « C'est énorme et la mise en place est moins coûteuse que celle de nouveaux traitements. De plus, cela responsabilise davantage le patient. Avec ce type d'usage, il devient acteur de la prise en charge de sa maladie. »

Pour autant, le Pr Coutant anticipait lui-même les dangers de ces nouvelles modalités : « Le principal écueil serait la déshumanisation. On pourrait penser que cela isole le patient. Mais le dispositif n'aurait aucun intérêt sans personnel soignant pour analyser les données qu'il livre. Au contraire, cela va renforcer la relation soignants-patients. Nous entrons ainsi pleinement dans l'ère de la médecine connectée ».

Frédéric Joly

## Un congrès incontournable

Chaque année, les médecins chercheurs du centre dijonnais Georges-François-Leclerc (CGFL) participent, à Chicago, aux États-Unis, au congrès mondial de l'American Society of Clinical Oncology pour partager les dernières découvertes et résultats en matière de recherche et traitement du cancer. Ce congrès est le plus grand rendez-vous mondial exclusivement dédié à la cancérologie. Des travaux et résultats, souvent prometteurs, impliquant parfois des changements de stratégies thérapeutiques, sont ainsi présentés. Ils renforcent régulièrement la position du CGFL, aujourd'hui troisième centre anti-cancer de France pour le nombre de ses patients bénéficiant d'une étude biomédicale. C'est, en effet, plus d'un patient sur cinq qui peut accéder de façon précoce aux médicaments les plus récents et aux thérapies innovantes. Selon le rapport rendu en octobre 2016 par l'HCERES (Haut conseil pour l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur), le CGFL est le centre de référence pour l'innovation thérapeutique et la recherche en cancérologie pour l'ensemble de la Bourgogne-Franche-Comté.

## ZOOM

### Un congrès très riche en enseignements

Les différentes études présentées lors du congrès de l'American Society of Clinical Oncology (Asco) augurent de nets progrès médicaux. En voici quelques-unes.

#### ■ Cancer de la prostate

Une étude a démontré l'intérêt de l'ajout d'un nouveau traitement anti-hormonal au traitement contre le cancer agressif de la prostate. La molécule utilisée, l'abiratéron, permet de bloquer la production de testostérone et ainsi un prolongement de la durée de vie, une réduction du risque de décès de 38% et une réduction du risque de rechute.

#### ■ Cancer du sein

D'après les résultats d'une étude internationale, la grossesse n'est pas risquée pour les femmes ayant eu un cancer du sein. En effet, il n'existe pas de risque accru de rechute dans ce cas-là. Elle aurait au contraire un effet protecteur.

#### ■ Cancer du côlon

De vastes études internationales ont prouvé qu'il était possible de diviser par deux la durée de la chimiothérapie mise en place après la chirurgie pour les cancers du côlon « à ganglions positifs » (on parle de ganglions positifs lorsque l'examen révèle que les ganglions sont atteints par les cellules cancéreuses et de ganglions négatifs lorsqu'ils ne le sont pas). La chimiothérapie serait ainsi de trois mois au lieu de six. Aucune répercussion n'est à signaler au niveau de l'efficacité et les effets secondaires sont réduits. Enfin, d'après plusieurs études cliniques présentées au congrès, la méditation, la relaxation et l'aide psychologique constituent « des armes à part entière dans la prise en charge des malades. Elles permettent la diminution de la peur et de l'anxiété liées à un risque de rechute. Elles améliorent ainsi la qualité de vie ».

CÔTE-D'OR SANTÉ



■ Maria Correia-Marques (à gauche) a bénéficié du dispositif d'aide à la reprise du travail. Photo Philippe BRUCHOT

# Une aide pour reprendre le travail après avoir souffert d'un cancer

À l'occasion des 50 ans du centre Georges-François-Leclerc, le *Bien public* a réalisé une série d'articles sur les différents services du centre de cancérologie. Celui paru le 31 mai parlait à la découverte d'un dispositif d'aide à la reprise du travail.

Depuis les mois d'octobre 2016, le centre de cancérologie Georges-François-Leclerc a mis en place un dispositif d'aide à la reprise du travail, accessible à tous les patients atteints d'un cancer et pris en charge par l'établissement. « Il y avait un manque. Certaines personnes se trouvaient en difficulté à la fin de leur traitement », précisait, au mois de mai, Évelyne

Billot, assistante sociale dans cette structure. Il faut savoir que, chaque année, en France, 350 000 personnes sont atteintes d'un cancer et que 100 000 d'entre elles travaillent.

Avec le recul de l'âge de la retraite et l'augmentation des cas de cancers, cette situation risque d'être de plus en plus fréquente. Pour répondre au mieux aux différentes problématiques que pose la reprise du travail, le centre a constitué une équipe pluridisciplinaire. Elle comprend un psychologue, une assistante sociale et un médecin spécialisé dans la médecine du travail. Au moment de la parution de notre article, le 31 mai, cette équipe était disponible pour des consul-

tations un mercredi après-midi par mois. « Le planning des consultations est rempli pour les mois à venir. Nous sommes en train de réfléchir à renforcer cette collaboration pour ouvrir d'autres plages de consultations », indiquait alors Évelyne Billot.

## Des patients dans des situations de vulnérabilité

Les patients qui s'inscrivent à ces consultations souffrent de problématiques diverses qui peuvent handicaper leur retour dans la vie active. « Ce sont des personnes qui se trouvent, à la fin de leur traitement, dans une situation de vulnérabilité psychologique, sociale et financière », témoigne l'assistante sociale. Et cette dernière sait de quoi elle parle puisque le service social du centre de cancérologie Georges-François-Leclerc accompagne près de 1 200 personnes par an, sur les 2 500 nouveaux mala-

des pris en charge chaque année par la structure.

Maria Correia-Marques, ancienne patiente, est l'une des premières à avoir bénéficié de ce dispositif. Elle a souffert d'un cancer des intestins. Après avoir été opérée en novembre 2015, elle a suivi une chimiothérapie pendant six mois, avec des séances tous les quinze jours. En mai 2017, elle était en rémission. « Lorsque tout a été terminé, j'étais complètement perdue. Je ne savais pas quelle démarche il fallait faire. » Avant de tomber malade, cette femme de 58 ans cumulait plusieurs petits boulots. Elle avait un mi-temps comme vendeuse et était employée de maison pour cinq particuliers. À la fin de son traitement, ce dispositif d'aide à la reprise du travail lui a permis de communiquer avec le dirigeant qui l'employait comme vendeuse, car elle n'avait plus la force nécessaire pour exercer ce métier. « Le médecin du travail a proposé à mon

# 1 200

C'est le nombre de personnes accompagnées chaque année par le service social du centre Georges-François-Leclerc sur les 2 500 nouveaux malades que l'établissement accueille par an.

employeur de m'affecter à un poste en caisse mais il a refusé. J'ai été licenciée car considérée comme inapte à mon poste. »

Si dans le cas de Maria Correia-Marques, l'intervention des médecins n'a pas fonctionné, dans la majorité des cas, les patients obtiennent un mi-temps thérapeutique. « Notre rôle est d'accompagner les personnes en difficulté de reprise du travail dans la définition de leur projet. On leur donne toutes les informations nécessaires pour optimiser leur retour à l'emploi », soulignait Évelyne Billot.

Anne-Lise Bertin

“ Lorsque tout a été terminé, j'étais complètement perdue. Je ne savais pas quelle démarche il fallait faire. ”

Maria Correia-Marques, ancienne patiente



CÔTE-D'OR SANTÉ

# La maladie expliquée aux petits : oui, mais comment ?

La question était récurrente au centre Georges-François-Leclerc (CGFL) de Dijon, au détour d'un soin ou lors d'une séance avec le psy : « Je suis parent, je suis malade, dois-je en parler à mon enfant au risque de le perturber ? ». C'est presque la crainte principale des papas et mamans soignés dans les services d'oncologie. L'unité de psychologie du CGFL apporte des réponses à ces angoisses via un projet bien ficelé.

« Papa s'occupe moins de moi. » « Les parents baissent la voix en ma présence. » « Ils ont l'air toujours tristes. » « Est-ce que c'est ma faute ? » « Papa ne m'aime plus ? » Rudes les questionnements qui cheminent dans la tête des enfants dont un parent est confronté à la maladie. Le silence laisse place aux pires scénarios imaginés par les petits. Mieux vaut donc « parler du cancer, ça, c'est une évidence », affirme Martine Aubert, psychologue, responsable de l'unité de psycho-oncologie au centre Georges-François-Leclerc (CGFL) de Dijon. Reste à savoir comment s'y prendre.

« Papa ou maman est malade. Parlons-en ! » : c'est le nom du projet né en 2015, mais en gestation depuis 2012. Il a donné lieu à la création, en interne, de posters, de livrets et d'espaces de jeux réservés aux enfants. Le constat qui a motivé la mise en place de ces divers outils, c'est dans les couloirs du CGFL qu'il a été fait. « Régulièrement, certains parents nous sollicitaient en entretien sur cette thématique : "Dois-je parler de ma maladie à mon enfant ?". Les équipes aussi nous interpellaient, car les papas et les mamans leur posaient des questions. Ou alors, ils décelaient une fragilité, un mal-être. » Devant ces demandes répétées, il fallait mettre en place une réponse accessible au plus grand nombre, à « ceux qui n'oseront pas nous parler ».

## ■ Doit-on parler du cancer aux enfants ?

« Sans équivoque, la réponse est oui. Il faut que l'enfant ait une parole qui lui soit dédiée, adaptée », martèle Martine Aubert. D'où la petite bande dessinée produite au niveau national

*Anatole l'a dit.* Un outil de travail qui complète ceux imaginés en interne au centre Georges-François-Leclerc. L'enfant sait qu'il se passe quelque chose : papa est moins à la maison, maman ne vient plus le chercher à l'école. Il est témoin de coups de fil et voit l'inquiétude chez le parent. « Ne rien dire pousse le petit à fantasmer les choses. Il va utiliser son imaginaire pour trouver des explications à ce à quoi il est confronté », poursuit la psychologue.

## ■ Y a-t-il un mode d'emploi à suivre ?

Ce serait trop beau. La règle en la matière, c'est qu'il n'y en a pas... « On sait qu'il faut parler, le plus tôt possible. Mais il est aussi important, avant de le faire, de se poser, de digérer son diagnostic, de prendre un temps pour soi », analyse Rachel Dameron, psychologue au sein de l'unité de psycho-oncologie du CGFL. « Il ne faut surtout pas lâcher la nouvelle de but en

blanc. Il faut que les parents malades prennent le temps d'intégrer l'annonce, les traitements à venir, etc. » Trouver sa place de papa ou de maman, à un moment où les gens se sentent fragilisés, n'est pas simple, mais c'est nécessaire.

## ■ Qui s'en charge ?

Le personnel soignant, en première ligne, est souvent sollicité, ainsi que les pys. Pourtant, si tout le personnel du centre est formé pour sensibiliser les parents, ce n'est pas à eux de se charger de l'annonce. « Les malades, en consultation avec un psychologue, ont l'espoir que nous leur fournirons des mots-clés, une recette », constate Martine Aubert. « Mais l'enfant a besoin que ce soit le parent qui parle. »

Amandine Robert

## RÉACTION

### « Le plus gros challenge, c'est de résister à la tentation du silence »

**Martine Aubert, responsable du service de psycho-oncologie du CGFL**

« C'est plus simple de se taire. Les enfants ne se rendront compte de rien. On ne va pas les chambouler. » Autant de raisons qu'évoquent les parents pour justifier de taire la maladie. Le plus gros challenge, c'est de résister à la tentation du silence, qui est réelle, mais qui aura des répercussions sur la vie du petit. »

« L'enfant a besoin que ce soit le parent qui parle. »

**Martine Aubert, responsable du service de psycho-oncologie du CGFL**

## ZOOM

### Et ensuite ?

Annoncer le cancer ou une autre maladie n'est que la première étape. Il est primordial de communiquer tout au long du processus, de maintenir un lien parent-enfant, d'où l'importance des espaces dédiés aux petits au sein du centre Georges-François-Leclerc, à Dijon. « Cela témoigne du fait que l'enfant a sa place auprès du malade en cas d'hospitalisation. Ainsi, on organise mieux les visites et le jeune visualise un malade qui n'est pas haraché à tout un attirail médical, mais simplement alité », justifie Martine Aubert, psychologue, responsable de l'unité de psycho-oncologie du centre Georges-François-Leclerc.



■ Rachel Dameron et Martine Aubert.

Photo A. R.

CÔTE-D'OR SANTÉ

# Le nouveau directeur général du centre Leclerc mise sur le « collectif »

À 41 ans, Charles Coutant a été nommé, début décembre, directeur général du centre de lutte contre le cancer Georges-François-Leclerc (CGFL), à Dijon. Il succède à Jean Fraisse, qui assurait l'intérim depuis le départ de Pierre Fumoleau, nommé à la direction de l'ensemble hospitalier de l'Institut Curie.

Trois candidats postulaient pour succéder au P<sup>r</sup> Fumoleau, nommé directeur de l'Institut Curie, l'été dernier : le P<sup>r</sup> Charles Coutant, chef du département de chirurgie et directeur adjoint du centre Georges-François-Leclerc (CGFL), en charge de l'enseignement, le P<sup>r</sup> Xavier Pivot, directeur médical de l'institut régional fédératif du cancer de Besançon, et le P<sup>r</sup> Yacine Merrouche, directeur général du centre de cancérologie de Reims. C'est donc celui qui connaissait le mieux la maison, le P<sup>r</sup> Coutant, qui a été nommé, le 1<sup>er</sup> décembre, par la ministre de la Santé, Agnès Buzyn.

**Poitiers, Paris, Houston, Dijon...**

Chirurgien oncologue de 41 ans, ce natif de Villeneuve-sur-Lot (Lot-et-Garonne) était, en effet, l'un des bras droits du P<sup>r</sup> Fumoleau. Après avoir effectué la première partie de ses études de médecine à Poitiers (Vienne), ce spécialiste du cancer du sein a poursuivi son cursus à Paris, où il a notamment travaillé à l'hôpital Tenon, auprès du P<sup>r</sup> Serge Uzan, qu'il considère comme son « maître ». Une expérience également acquise outre-Atlantique, avec un passage d'un an dans l'un des instituts de cancérologie les plus réputés des États-Unis : le MD Anderson, à Houston, au Texas. Avant d'arriver en Côte-d'Or, en 2011, comme professeur des universités. C'est là qu'il débute sa collaboration avec le CGFL.

Un établissement qu'il va donc diriger seulement six ans après y avoir mis les pieds pour la première fois. Un challenge musclé, qui n'effraie toutefois pas Charles Coutant. Lui qui entend s'inscrire « dans la continuité » de son prédécesseur. Tout en continuant d'innover, pour « inventer la prise en charge de demain », confie-t-il. « Le sens de notre engagement, c'est d'offrir un accès à l'innovation



■ Charles Coutant est le nouveau directeur général du centre de cancérologie Georges-François-Leclerc. Photo LBP

médicale pour tous, sans reste à charge et sans que cela soit conditionné au niveau de ressources des patients », insiste le nouveau n°1 du CGFL.

**Les patients au cœur du projet**

« Notre leitmotiv, ce sont les patients, toujours eux », résume le directeur général. « À mon sens, toutes nos actions doivent être menées autour d'eux. C'est d'ailleurs pour cela que j'ai décidé de créer un poste de directeur de la patientèle, qui [est] assuré par le D<sup>r</sup> Gilles Truc. » Le P<sup>r</sup> Coutant explique également : « Nous souhaitons aussi leur accorder plus de place dans la gouvernance du CGFL. Ainsi, ils participeront activement à l'élaboration de notre

« Je souhaite que chaque salarié du CGFL se sente concerné par notre projet, du personnel d'entretien aux médecins. »

P<sup>r</sup> Charles Coutant, directeur général du CGFL

« Il faut rendre les patients acteurs de leur prise en charge. On peut imaginer aussi qu'ils aident d'autres pris en charge en leur parlant et les conseillant dans leur parcours de soins. »

P<sup>r</sup> Charles Coutant, directeur général du CGFL

projet d'établissement 2018-2022 dont le maître mot sera : prévention. »

D'abord, la prévention primaire, à savoir éviter l'apparition de la maladie. Puis secondaire : la découvrir au stade le plus précoce possible pour que le patient ait toutes les chances de guérir. Enfin, troisième étape : que la guérison se fasse avec peu de séquelles. Le directeur général du CGFL envisage de créer « un centre de prévention et de surveillance pour éviter la récurrence ».

En attendant, pour que les patients « vivent leur rémission comme une chance et non comme une angoisse, il nous faut renforcer le lien avec les généralistes, les « médecins de ville » via des outils connectés et plus de

communication. Ces professionnels doivent être les acteurs de l'après-cancer. Nous devons avoir un rôle de formation et d'information auprès d'eux. »

Un aspect qui rejoint la vision collégiale que le P<sup>r</sup> Coutant entend appliquer à toutes les strates du CGFL. Il le dit d'ailleurs : « La direction du centre s'effectue en binôme, avec le directeur général adjoint, Alain Lalié. Sachant que toutes les grandes décisions seront prises avec l'ensemble des directeurs de pôle. Plus globalement, je souhaite que chaque salarié du CGFL se sente concerné par notre projet, du personnel d'entretien aux médecins ».

Bertrand Lhote et Amandine Robert

CÔTE-D'OR SANTÉ

# « Mieux coordonner les choses, rendre plus visible ce que nous faisons »

Accroître l'accès des patients à l'innovation, sans « déshumaniser leur prise en charge », le tout chapeauté par une nouvelle organisation : le Pr Charles Coutant, directeur général du centre Georges-François-Leclerc depuis décembre, revient point par point sur les missions et les enjeux de la structure.

Amandine Robert

18

C'est, en millions d'euros, la somme qui sera investie dans la création d'un nouveau bâtiment au centre Georges-François-Leclerc, à Dijon. Il réunira des chambres-appartements pour accueillir plus dignement les familles des patients en fin de vie. Il y aura aussi l'unité des soins de support et l'équipe mobile de soins palliatifs. « Nous espérons la pose de la première pierre dans un an et une ouverture dans deux ans », anticipe le Pr Charles Coutant, directeur général de la structure.



■ Photo d'illustration Humberto OLIVEIRA

## ZOOM

## Une nouvelle organisation

Nommé pour cinq ans – l'année des 50 ans du centre Georges-François-Leclerc –, le Pr Coutant a fixé plusieurs grandes priorités pour son mandat. Pour l'accompagner dans sa mission, il a nommé cinq directeurs de pôle : le Dr Gilles Truc (patientèle), le Pr Laurent Arnould (recherche et innovation), le Pr Alexandre Cochet (coopérations), le Pr Sylvain Ladoire (enseignement) et le Dr Bruno Coudert (référént médical du système d'information). À noter, enfin, que Carole Diolot, jusque-là directrice de la communication, est désormais aussi chargée du mécénat.

## « Aider les patients à traverser une terrible épreuve »

L'efficacité passe par la répartition des tâches *via* cinq directeurs de pôle. Le Dr Gilles Truc, par exemple, est le directeur de la patientèle et a créé le département transversal des soins de support. « On parle là de psychologie, d'onco-esthétique, de gestion de la douleur, etc. », explique le Pr Coutant. « Toutes ces actions sont fondamentales pour aider les patients à traverser une terrible épreuve. Autre nouveauté : l'ouverture d'un hôpital de jour au sein de nos locaux. L'idée est de regrouper les différents professionnels et de les faire venir au contact du patient dans un parcours de soins resserré pour lui éviter de passer sa journée dans les couloirs. Il ne s'agit pas d'un nouveau bâtiment, mais d'une organisation repensée. » Ces compétences et savoir-faire étaient déjà présents au sein du centre Georges-François-Leclerc mais il fallait « mieux coordonner les choses, rendre plus visible ce que nous faisons et faciliter l'accès et l'orientation des patients. Tout cela passe par plus de moyens humains, logistiques et financiers ».

## La prise en charge de demain, c'est...

« C'est exactement ce que nous faisons en ce moment, à savoir le recentrage sur les patients », estime le Pr Coutant. « Nous avons des traitements et des machines à la pointe, et c'est une très bonne chose, mais il ne faut pas pour autant déshumaniser la prise en charge. D'où l'importance des soins de support mais, surtout, de la recherche et de l'innovation. Il faut un *continuum* permanent entre la recherche et les soins. Nous sommes le troisième centre en France à inclure nos patients dans des essais thérapeutiques. Leur donner accès à l'innovation est une

priorité et un devoir. Nous avons d'ailleurs une visibilité internationale et nos travaux de recherche sont à la pointe. Ils représentent 10 % de notre budget annuel au CGFL (centre Georges-François-Leclerc, ndlr). Car seule l'innovation permet de faire chuter la mortalité liée aux cancers. »

Le directeur général du centre en est convaincu : la médecine de demain sera « prédictive. On parle de médecine personnalisée grâce à l'innovation. Chaque tumeur est différente. Des tests génomiques, par exemple, permettraient de mieux la connaître, de façon à

“ Donner accès aux patients à l'innovation est une priorité et un devoir. ”

Pr Charles Coutant

identifier les anomalies de l'ADN de la tumeur. On trouverait des traitements ciblés agissant directement sur ces problèmes. Mais en fait, cette médecine de précision, ce n'est pas l'avenir... On est en plein dedans ! ».

## ZOOM

## L'égalité sociale face à la maladie et la prise en charge : « l'éthique des centres anti-cancer »

Tous les centres anti-cancer de France ont quatre missions : les soins, la recherche, l'enseignement et l'accompagnement. Le Pr Coutant et ses équipes y ajoutent un cinquième point, primordial : « La réduction des inégalités territoriales et sociales d'accès aux soins. Certains patients habitent

loin et des études montrent qu'au même stade de la maladie, certains meurent plus vite en vivant dans des zones isolées. Je ne l'accepte pas. En France, on ne peut pas tolérer cette inégalité. La solution est à la fois simple et complexe : il faut mettre les ressources humaines, médicales et chirurgicales

au service des hôpitaux de proximité. C'est aux spécialistes de se déplacer vers les patients. Au CGFL (centre Georges-François-Leclerc, ndlr), il n'y a pas de reste à charge. Cela permet l'égalité sociale face à la maladie et la prise en charge. C'est cela, l'éthique des centres anti-cancer. »

CÔTE-D'OR SANTÉ

# Hôpital de jour : « Comment apporter plus dans la prise en charge »



■ Le Dr Gilles Truc, directeur de la patientèle et en charge de la coordination des soins de support au centre Georges-François-Leclerc, au milieu d'un cours de gym douce. Un des nombreux soins de support proposés au sein de l'établissement pour aider les patients à mieux vivre les traitements et le retour au quotidien. Photo A. R.

Le département transversal des soins de support (DT2S) est une des nouveautés du centre de lutte contre le cancer Georges-François-Leclerc (CGFL). Un projet imaginé par le nouveau directeur général, le Pr Coutant, et porté par le Dr Truc.

Gilles Truc est oncologue radiothérapeute. Au mois de décembre, il a été nommé directeur de la patientèle et responsable de la coordination des soins de support par le nouveau capitaine du bateau Leclerc, le Pr Charles Coutant. Entendons-nous bien, ces soins en périphérie des prises en charge médicales classiques – chirurgie, rayons, chi-

miothérapie – existaient déjà au centre Georges-François-Leclerc (CGFL), mais il fallait les rendre « plus visibles, au sein même des équipes, afin que tout le monde se connaisse. Et en faciliter l'accès pour les personnes prises en charge. Le but : décloisonner. La question est de savoir comment apporter plus dans la prise en charge », détaille le directeur de la patientèle, le Dr Gilles Truc.

Le département créé regroupe les éléments qui participent au mieux-être des patients : sport, kiné, dentiste, diététique, psychologue, soins palliatifs, prise en charge de la douleur, service social, dermatologue, esthétique, etc. « Ce DT2S (département transversal

des soins de support, ndlr) est nécessaire aux patients et à leurs proches, pendant la maladie, mais aussi pour la suite. Ils viennent en renfort des traitements spécifiques. »

## Un cheminement médical et paramédical en un seul lieu : le CGFL

Pour aller toujours plus loin dans l'accompagnement des patients, vendredi 26 janvier, un hôpital de jour a ouvert ses portes au sein même du CGFL. Il ne s'agit pas d'un établissement supplémentaire mais d'une organisation qui va « créer du lien avec le médecin traitant, dit "de ville", mais aussi les soignants proches du domicile que le patient ne connaît pas forcément », poursuit le Dr Truc.

« Le point fort de l'hôpital de jour sera d'éviter des réhospitalisations dans l'urgence car elles sont très mal vécues. »

Dr Gilles Truc, directeur de la patientèle

« Le point fort de l'hôpital de jour sera d'éviter des réhospitalisations dans l'urgence, car elles sont très mal vécues. »

En effet, il permet un regroupement des parcours de soins annexes, des évaluations psychologiques, sociales et propose, sur une demi-journée, un cheminement médical et paramédical rapide et concentré en un seul lieu, le CGFL. Plus besoin de courir dans les couloirs, d'at-

tendre plusieurs jours entre deux rendez-vous. Les patients prioritaires sont ceux éloignés, âgés ou fragiles. C'est une concertation pluridisciplinaire des soins de support qui détermine quels cas sont prioritaires. Chaque semaine, quatre places sont attribuées et deux médecins coordinateurs établissent une synthèse qui est transmise rapidement au médecin traitant.

Amandine Robert