

info cancer

n°101 septembre 2020

Être atteintes de cancer en temps de COVID-19



**Fondation
Cancer**

Info · Aide · Recherche

Notre conseil d'administration

Présidente d'honneur : S. A. R. la Grande-Duchesse

Présidente : Dr Carole Bauer

Vice-présidents : Dr Danielle Hansen-Koenig et Dr Jean-Claude Schneider

Membres : M^e Tom Loesch, M. Yves Nosbusch et Dr Fernand Ries

Notre équipe

Directrice : Lucienne Thommes

Collaborateurs : Vanessa Berners, Claudia Gaebel, Manon Kucharczyk, Maiti Lommel, Madalena Lopes Rosa, Thierry Ludwig, Elsa Marie, Arnaud Mathys, Sonia Montet, Charlotte Pull, Nathalie Rauh, Martine Risch, Barbara Strehler et Alexa Valentin

Nos coordonnées

209, route d'Arlon • L-1150 Luxembourg

Tél : 45 30 331 • Fax : 45 30 33 33

www.cancer.lu • fondation@cancer.lu

Heures d'ouverture : les jours ouvrables de 8h à 17h

Accès : en bus, ligne 22 et ligne 28 (Stade Josy Barthel)

Parking réservé aux patients (derrière la maison)

RCS Luxembourg G 25

infocancer n°101

Nombre d'exemplaires : 86 000

Impression : Techprint (imprimé au Luxembourg)

Photos : Claude Piscitelli ; iStockphoto

Abonnement : gratuit sur simple demande

Les traductions respectives des articles en français ou allemand sont disponibles sur www.cancer.lu

Toutes les actions de la Fondation Cancer ne sont possibles que grâce à la générosité des donateurs.

Chacun peut, si le cœur lui en dit, soutenir les initiatives de la Fondation Cancer en faisant un don fiscalement déductible au :

CCPL IBAN LU 92 1111 0002 8288 0000

La Fondation Cancer est membre fondateur de l'asbl "Don en Confiance Luxembourg".

www.cancer.lu



Retrouvez-nous sur :



SOMMAIRE

Le cancer est toujours là

Comment les personnes touchées par le cancer vivent la crise sanitaire

Nos services se digitalisent !

Quand le cancer s'accompagne de problèmes financiers

« Il faudrait nous donner une chance »

Nouveautés en cancérologie

Combien d'alcool pour combien de cigarettes ?

Il est urgent d'agir

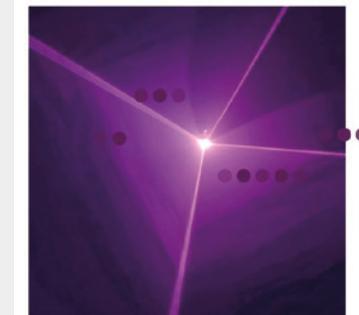
Le tabagisme en question(s)

News



Le **rapport annuel 2019** de la Fondation Cancer est téléchargeable et consultable sur notre site cancer.lu. Ce rapport bilingue donne un aperçu sur les faits marquants de l'année écoulée, les différents actions et services et notre bilan financier.

La radiothérapie



Brochures pour patients



La **radiothérapie**, notre brochure pour patients, vient d'être rééditée avec un contenu entièrement revu et augmenté. Cette nouvelle édition en français et allemand est téléchargeable sur le site cancer.lu ou disponible sur simple demande.

CAMPAGNE

Faites le bon choix

La Fondation Cancer a lancé la campagne *Faites le bon choix* cet été. L'objectif ? Informer et sensibiliser la population à une alimentation saine. Ce que nous mangeons impacte notre organisme et le contenu de notre assiette joue un rôle dans la prévention du cancer.

A découvrir sur faiteslebonchoix.lu.



Le cancer est toujours là



LUCIENNE
THOMMES
Directrice

Ces derniers mois, nous avons tous fait face à un défi sans précédent suite à la pandémie COVID-19 et ceci nous a forcés de revoir nos priorités personnelles et professionnelles.

A l'heure où j'écris ces lignes, le Luxembourg se trouve en deuxième phase de COVID-19. Et alors que la plupart d'entre nous a pu un peu profiter de la phase de déconfinement, ceci n'est malheureusement pas vrai pour les patients atteints de cancer en cours de traitement.

Cette période marquée par l'anxiété, l'isolement et la solitude reste difficile à vivre pour ces derniers.

Les patients atteints de cancer et en traitement forment depuis toujours une population à risque face aux infections en général, du à une possible immunodépression liée à la maladie ou aux traitements.

Les patients, une population deux à trois fois plus à risque

Très tôt, une première étude chinoise avait montré que le taux d'infection par le SARS-CoV-2 était deux à trois fois plus élevé chez les patients atteints de cancer. Une fois infectés, ils étaient également plus nombreux à présenter des formes graves de COVID-19, nécessitant une ventilation artificielle ou une admission en réanimation, surtout s'ils avaient reçu une chimiothérapie dans le mois précédant l'infection.

Logiquement, et pour protéger les patients atteints de cancer d'une éventuelle contagion, toute leur prise en charge s'en est trouvée bouleversée. Les consultations ont été réorganisées en un suivi à distance par télésurveillance, les cures de chimiothérapie, surtout chez les patients fragiles étaient reportées, les protocoles thérapeutiques en oncologie et en radiothérapie étaient adaptés. Dans la même logique, toute intervention chirurgicale non urgente était reportée...

Au-delà de la déprogrammation par les services hospitaliers, les patients en cours de traitement ont pris eux-mêmes des décisions difficiles, et d'autant plus anxiogènes, par peur d'être infectés : certains d'entre eux ont préféré rester confinés que de risquer une éventuelle contamination en milieu hospitalier.

Arrêt des programmes de dépistage : quelles conséquences ?

Un des volets à ne pas négliger et qui résulte de cette crise est l'arrêt temporaire des programmes de dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal.

L'avenir nous montrera si cette interruption aura des conséquences dramatiques pour certains patients, parce qu'elle a entravé la détection précoce des nouveaux cas de cancer mais aussi parce que dès la reprise « à la normale », les délais de prise en charge et le risque de saturation pourraient impacter encore davantage la prise en charge des patients.

La recherche au ralenti

Outre les risques liés au COVID-19, la pandémie actuelle aura pour les patients atteints de cancer des conséquences négatives - que le grand public et les patients eux-mêmes - ne soupçonnent pas.

La recherche oncologique a été lourdement impactée par la crise du COVID-19, et nous en observons actuellement les conséquences : des essais cliniques sont suspendus et certains laboratoires et unités de recherche sont mis à l'arrêt. C'est le financement de la recherche qui va probablement être remis en question.

Et les répercussions pourraient être nombreuses : par manque de financement, les scientifiques les plus brillants pourraient être contraints de cesser leurs travaux ou de se diriger vers une toute autre carrière, ce qui serait dramatique pour la recherche et *in fine* pour les patients atteints de cancer.

Au niveau national, on peut déjà constater le retard pris par la mise en place du deuxième plan cancer, sans parler des plans de lutte contre le tabagisme et de l'alcool.

Il est temps de refaire du cancer une priorité de santé publique

Si on ne peut que se féliciter de l'action efficace de notre Ministère de la santé et la direction de la santé au cours de cette crise sanitaire liée au COVID-19, il est néanmoins nécessaire de remettre la prise en charge du cancer au centre des préoccupations en matière de santé publique ...

Car ne l'oublions pas, COVID-19 ou pas, le cancer est toujours là.

TEMOIGNAGE

Comment les personnes touchées par le cancer vivent la crise sanitaire

Luxembourg, 16 mars 2020 – Alerte rouge après la montée en flèche du nombre de personnes infectées au coronavirus dans notre pays. Le Grand-Duché décrète soudain l'état d'urgence sur tout son territoire. La situation devient particulièrement critique pour toutes les personnes vulnérables, notamment de nombreux patients atteints du cancer ou personnes ayant des antécédents médicaux affaiblissant leur système immunitaire. Comment les personnes touchées par le cancer ont-elles vécu cette période ? Comment la Fondation Cancer les a-t-elle aidées ? Vous le découvrirez dans cet article.



BARBARA STREHLER

Psychologue et psychologue diplômée

Madame N., 53 ans, a survécu à une tumeur maligne du sein et redoute de développer un nouveau cancer car elle souffre de la maladie de Crohn. Ce qu'elle n'a pas prévu est qu'une tout autre maladie pourrait mettre ses jours en danger. Elle revient sur ce qu'elle a vécu en mars 2020 : « Je m'en souviens comme si c'était hier ! Le 17 mars, 146 personnes avaient été testées positives au COVID-19. A midi, il y avait 36 nouveaux cas, selon un communiqué du ministère de la Santé. La veille, sur les conseils de mon médecin traitant, j'avais moi aussi été testée car je toussais beaucoup. Mais je supposais encore qu'il s'agissait

d'une banale bronchite. Ce n'est que lorsque mon médecin m'a appelée en fin d'après-midi que j'ai compris que je faisais partie des 36 nouveaux cas ! » Elle tombe si gravement malade que, pendant plus de 14 jours, elle a une très forte fièvre et une toux telle qu'elle a l'impression d'avoir « des tessons de verre dans les poumons ». Son médecin traitant l'appelle tous les jours pour surveiller avec elle l'évolution de la maladie, et le médecin en charge du COVID-19 au ministère de la Santé est à sa disposition comme interlocuteur. Pour elle, il est hors de question de se faire hospitaliser : « Je n'en sortirai pas vivante ! »

C'est son intime conviction, peut-être parce que, quelques mois auparavant, son père est subitement décédé dans une clinique.

Expérience limite

Elle vit ses quatre semaines de maladie dans l'isolement total, dans son petit appartement dans le sud du pays. Elle ronge son frein deux semaines supplémentaires avant de pouvoir ressortir de chez elle une fois qu'elle n'est plus contagieuse. Pendant cette période de confinement, le téléphone et WhatsApp sont ses seuls liens avec le monde extérieur. Alitée, terrassée par la fièvre, elle prend son mal en patience. Famille, voisins et amis déposent de la nourriture sur son paillason. Elle a pour toute compagnie son chat. Des parents et des amis l'appellent tous les jours. La psychologue de la Fondation Cancer qui l'a déjà accompagnée pendant son traitement du cancer du sein et à l'époque où elle avait peur de développer un nouveau cancer la contacte plusieurs fois par semaine. Ensemble, elles cherchent des moyens d'aider Madame N. à supporter l'expérience limite de la double menace que représentent la maladie et la solitude. Si elle n'a pas la force de parler, elle peut se contenter d'écouter. Des récits ciblés, comme ceux que l'on utilise souvent dans le cadre de l'hypnose clinique, la réconfortent en ces temps apparemment désespérés et l'aident à prendre conscience des forces enfouies au fond de son être et à mobiliser son énergie. Tout cela lui a apporté un soutien vital et, selon ses mots, l'a « aidée pas à pas à revenir à la vie ».

Décisions difficiles

Qu'est-il advenu des patients atteints de cancer qui se trouvaient dans l'impossibilité de suivre la recommandation *Bleiw Doheem* car ils devaient « sortir », par exemple pour leurs séances de chimiothérapie ou de radiothérapie ? « Au début, j'étais dans le brouillard total à propos du COVID-19 » et « j'étais submergée par les flots d'informations », résume une jeune patiente atteinte d'un cancer du sein, qui avait commencé sa chimiothérapie peu avant la pandémie. Au risque s'est ajoutée l'incertitude : « Dans un premier temps, j'ignorais comment et si j'allais pouvoir suivre mon traitement

à la clinique. » Équipée d'un masque et éprouvant une « peur mortelle » d'être contaminée, elle s'est rendue à l'hôpital quand son oncologue lui en a donné le feu vert. Et elle est restée très tendue même après avoir constaté que la clinique avait mis en place les mesures barrières appropriées et que la chimiothérapie pouvait donc se poursuivre sans problème. « En mars, mon mari et moi-même avons pris la difficile décision d'évacuer notre fille à l'étranger, chez sa tante », explique la jeune femme. Mener une vie de famille dans leur petit appartement leur semblait alors impossible. La peur était trop forte que leur fille se contamine au COVID-19 à l'aire de jeux et puisse ainsi rapporter le virus à la maison. Des mesures aussi radicales pour réduire le risque d'infection chez les patients vulnérables ont été l'exception. L'attitude la plus courante a été de peser le pour et le contre au jour le jour : une adolescente pouvait-elle, lorsque le déconfinement l'a autorisé, reprendre le chemin du lycée ou devait-elle rester chez elle jusqu'à ce que sa mère ait terminé sa chimiothérapie ? ou encore comment un patient pouvait-il bien se protéger si sa femme ne pouvait pas exercer son activité professionnelle à distance, mais devait, pour faire vivre sa famille, travailler au contact d'un public nombreux, comme le font les caissières de supermarché ? Des conflits et des décisions difficiles étaient inévitables partout où des besoins divergents s'affrontaient.

Solitude

Tandis que certains patients redoutaient par-dessus tout de contracter le COVID-19, d'autres ont le plus souffert de l'isolement, d'être séparés des êtres qui leur sont les plus chers. « Pas grand-chose n'avait en fait changé dans ma vie quotidienne, rapporte une patiente de 80 ans atteinte d'un cancer du côlon, sauf que mes petits-enfants me manquaient terriblement en mars ! D'habitude, je les amène au tennis deux fois par semaine et je peux les embrasser ! J'ai soudain été privée de cette responsabilité et de cette proximité physique ». Le mantra de « distanciation sociale » qui revenait sur toutes les lèvres signifiait pour elle qu'elle ne pouvait plus voir ses petits-enfants que par WhatsApp. Et ce n'était pas du tout la même chose pour la retraitée. Elle s'est soudain sentie inutile. Pour de nombreux patients atteints de cancer isolés, le déconfinement n'a pas apporté le soulagement



souhaité, mais n'a fait qu'accroître la solitude. Une patiente septuagénaire résume on ne peut mieux la situation : « J'ai maintenant l'impression d'être stigmatisée en tant que personne atteinte de cancer ! Toutes mes amies ont recommencé à se voir et ne veulent plus faire l'effort de porter un masque en ma présence. Je me sens exclue. »

S'ils avaient déjà avant la pandémie un entourage familial ou amical très restreint, ou s'ils étaient psychologiquement instables, certains patients ont été entraînés par la crise sanitaire dans le cercle vicieux de l'isolement et des idées noires, avec toutes les conséquences que cela peut avoir sur le psychique, notamment la dépression et les pensées suicidaires.

La réaction de la Fondation Cancer

Comment la Fondation Cancer a-t-elle réagi à ces difficultés particulières des personnes atteintes de cancer au Luxembourg ? Dès le 17 mars, trois psychothérapeutes de la Fondation Cancer ont soutenu des patients et leurs proches à distance, d'abord dans le cadre de consultations téléphoniques ou d'une assistance par courriel puis de consultations par visioconférence. Il s'agissait le plus souvent d'écouter, comprendre la situation et informer, mais aussi d'inciter à voir la situation d'un angle

différent : oui, la situation est difficile, mais qu'est-ce qui est encore possible ? Même lorsque la situation est grave, qu'est-ce qui est en mon pouvoir ? Qu'est-ce que je peux faire ? Quelle est ma priorité aujourd'hui ? Quand le fait d'être à l'étroit était source de querelles familiales, elles proposaient des conférences téléphoniques quotidiennes avec le patient pour éviter le pire. Pour les psycho-oncologues de la Fondation, certains problèmes se posaient au printemps 2020 pour la première fois : comment aider une patiente qui doit faire ses adieux à son père, décédé du COVID-19 seul à l'hôpital, et qu'elle n'a pas été autorisée à revoir ? L'éventail des situations de détresse était large. Et l'on s'est efforcé d'autant plus vite de mettre en place pour les patients et leurs proches un filet de sécurité téléphonique facilement accessible et, si nécessaire, disponible jusqu'à plusieurs fois par semaine.

Au total, 140 patients ont recouru à ce service de la Fondation Cancer. Pour la période du 16 mars au 12 juin, au total 586 interventions ont été réalisées « en distanciel ». Pour les trois psycho-oncologues, cela a été, malgré toute la pression, une expérience très positive car elles ont pu faire néanmoins un travail utile pendant cette période.

» Témoignages de patientes atteintes de cancer pendant la pandémie

Marie, 38 ans, atteinte d'un cancer de la thyroïde

La crise sanitaire m'a plongée dans un chaos émotionnel. J'ai connu une succession de hauts et de bas. Le plus dur à supporter a été la distanciation sociale, de ne pas avoir le droit de voir sa famille et ses amis qui vous soutiennent en temps ordinaire.

J'ai aussi éprouvé des difficultés à m'extirper du trou au fond duquel j'étais tombée, de ma phase dépressive, pour structurer mon « nouveau » quotidien. A ne pas me laisser dominer par mes angoisses, car elles m'ont parfois complètement paralysée.

Mais c'est pendant des périodes particulières comme celle-ci que l'on comprend qui et ce qui est vraiment important dans la vie. Dans mon entourage, les gens sont vraiment très serviables, et nous nous aidons mutuellement.



« Pour moi, le plus stressant a été d'aller au supermarché, mais aussi le fait de voir des rendez-vous médicaux reportés. »

Edith, 60 ans, atteinte d'un cancer du sein

Pendant le confinement, je me suis sentie fragile à cause de mon statut d'ancienne malade. Je suis restée soigneusement à la maison tout en travaillant à distance et je faisais du sport sur ma terrasse. J'ai eu un grand sentiment de sécurité d'être au Luxembourg plutôt qu'en France, car au Luxembourg il y a plus de moyens financiers à disposition des hôpitaux et moins d'habitants.

Pour moi, le plus stressant a été d'aller au supermarché, mais aussi le fait de voir des rendez-vous médicaux reportés. Je devais par exemple d'avoir une ostéodensitométrie et une mammographie et ces rendez-vous auront lieu plus tard. Je me disais que ce report de rendez-vous pouvait éventuellement me faire courir un risque de ne pas être détectée si je rechutais.

Mais, le pire moment pour moi a été d'aller à l'hôpital pour un rendez-vous de gynéco que je ne voulais pas repousser. Je savais que je courrais plus de risques en entrant dans l'hôpital.

Dans l'ensemble, je peux dire que pour moi le confinement a été plus positif que négatif. En ne voyant plus mes collègues et en me concentrant uniquement sur mon travail, je n'ai plus ressenti les tensions des relations entre collègues. Mais surtout la crise sanitaire m'a permis de faire du télétravail et j'ai ainsi pu me déplacer pour voir ma mère mourante et m'occuper d'elle pendant les trois dernières semaines de sa vie. Je n'aurais jamais pu faire cela si je n'avais pas été en télétravail.



Julia, 35 ans, lymphome de Hodgkin

Au début du confinement, je n'avais qu'une seule peur, que nous nous contaminions. Je voulais mettre ma famille à l'abri le plus vite possible, c'est-à-dire que tout le monde reste à la maison, sans sortir pour faire les courses, ni aller au travail ou à l'école, ni fréquenter l'aire de jeux, ni voir aucun ami. Les mesures prises par le gouvernement m'ont d'ailleurs beaucoup aidée. J'étais alors loin d'imaginer que cette phase durerait jusqu'à aujourd'hui. Au début, nous nous sommes sentis en sécurité, mais avec le temps l'isolement est devenu une véritable torture, surtout parce que ma fille de quatre ans n'est toujours pas autorisée à aller à l'école car je fais partie des personnes vulnérables. Comme il n'y a pas de solution en vue (vaccin/traitement) pour le moment, la situation est difficile à supporter. Je souhaite vivement que l'on prenne des dispositions supplémentaires pour les personnes vulnérables, comme des créneaux horaires ou des espaces réservés dans les commerces.

Le plus dur pour moi a été que ma fille ne puisse pas jouer avec d'autres enfants, ne puisse pas se développer sereinement. Trouver un nouveau rythme à la maison n'a pas non plus été chose facile.

En revanche, l'aspect positif est que j'ai eu la joie de voir mon enfant grandir et de l'accompagner à tous les niveaux, que ce soit en lui donnant des rudiments de cuisine, en faisant des bricolages avec elle pendant des heures, en découvrant ses pensées d'enfant sur plein de choses et en étant toujours à l'écoute de ses préoccupations et problèmes. J'apprécie beaucoup de pouvoir jouer les rôles de mère et de femme au foyer.

« Au début, nous nous sommes sentis en sécurité, mais avec le temps l'isolement est devenu une véritable torture. »

Francine*

J'ai vécu mal la période de confinement car je n'avais pas de kinésithérapeute pour faire mon drainage lymphatique et mon bras continuait à me faire mal et à gonfler. Je n'avais pas d'activité physique donc j'ai pris du poids, j'avais peur de sortir mais il le fallait car je faisais ma radiothérapie. J'avais constamment peur, je me désinfectais et me lavais les mains constamment. J'avais l'impression d'être "Inspecteur Monk".

Ce qui a été le plus stressant pour moi, c'est quand j'ai su qu'il y avait des gens qui avaient le coronavirus sans le savoir, qui étaient contagieux et qu'ils n'avaient même pas de symptômes. J'avais constamment peur, j'étais anxieuse car mon fiancé travaille dans la restauration. J'avais peur pour lui et pour moi.

Le pire moment c'est quand mon compagnon a repris le travail, il avait été pendant deux semaines en confinement et en chômage technique. Mais après les restaurants pouvaient faire les livraisons, il a dû reprendre le travail. J'ai pleuré pendant une semaine, je désinfectais constamment les poignées de portes, les interrupteurs, et jusqu'à présent, je le fais encore. J'ai obligé mon fiancé à enlever ses chaussures devant la porte et de laver ses mains. J'avais l'impression que le temps s'était arrêté, nos plans, nos projets s'étaient effondrés du jour au lendemain, on vivait au jour le jour.

Une expérience positive, c'est mon apprentissage du luxembourgeois : parler avec des gens même en télécommunication, discuter, apprendre, ça m'a permis de garder espoir et d'oublier ma peur.

NOUVEAU POUR LES PATIENTS

Nos services se digitalisent !

Pendant le confinement, nous souhaitons que nos patients puissent continuer à bénéficier de nos services, et cela en toute sécurité. C'est pourquoi nous avons digitalisé nos services en proposant nos habituels cours de Yoga et de Pilates en vidéo et en publiant des enregistrements de relaxation. Grâce à cela, nos patients possèdent les outils pour se relaxer profondément.



Des audios pour se relaxer et évacuer le stress

Martine Risch, psychologue et psychothérapeute à la Fondation Cancer propose différents enregistrements qui ont la même finalité : permettre à la personne qui l'écoute de se relaxer profondément. Ces enregistrements sont disponibles sur cancer.lu/se-relaxer



Yoga et Pilates en ligne

Simone et Anja, respectivement professeures de Yoga et de Pilates, ont enregistré leurs séances en vidéo afin de permettre aux patients de continuer à pratiquer à la maison en toute sécurité. Ces enregistrements sont disponibles sur cancer.lu/yoga-et-pilates-en-ligne





« GUÉRI, MAIS... »

Quand le cancer s'accompagne de problèmes financiers

Un diagnostic de cancer ne met pas forcément les jours en danger, mais peut menacer l'existence financière. On est en effet plus exposé au risque de pauvreté quand on doit se retirer de la vie active.

Longtemps, il a été pour ainsi dire de mauvais ton de parler trop ouvertement de la mort dans le contexte d'une maladie tumorale. Grâce à l'amélioration des traitements, un diagnostic de cancer n'est plus une condamnation à mort dans la plupart des cas. Le nouveau tabou est la peur de la déchéance sociale car il n'est pas rare que la maladie s'accompagne de difficultés financières. Cela peut encore trop souvent toucher des patients guéris, mais aussi des malades chroniques, même dans un pays comme le Luxembourg.

L'accroissement des chances de guérison et le fait que le cancer touche surtout les personnes âgées bercent certaines personnes dans un sentiment illusoire de sécurité, alors que les jeunes et les moins jeunes qui sont encore en pleine vie active ne sont nullement à l'abri. Dans le meilleur des cas, une fois la maladie surmontée, ils font leur retour dans la vie active, et il arrive même qu'ils retrouvent leur poste. Cela n'est cependant pas toujours faisable. A titre individuel, on doit plutôt s'attendre à ce que l'indépendance financière et l'estime de soi soient mises à mal.



Exemples tirés de la pratique

(*tous les noms ont été modifiés par la rédaction)

Dépendance financière

En 2017, lorsqu'on lui a diagnostiqué un cancer, **Ben*** avait 45 ans, un emploi fixe, et il projetait d'acheter à crédit un appartement pour y emménager avec sa compagne. Guéri au bout de huit mois de traitement, il a repris le travail grâce au dispositif de « reclassement interne ». Comme il arrivait parfois que l'ADEM lui verse ses indemnités compensatoires en retard, il ne disposait que de la rémunération minorée versée par son employeur. A deux, le couple s'en sortait financièrement. Or peu après, Ben a subi une récurrence et a vite atteint la durée maximale de 78 semaines d'incapacité de travail. Et son contrat de travail a été résilié automatiquement. Le médecin du travail de la Caisse nationale d'assurance pension **CNAP** a reconnu l'invalidité de Ben, ce qui lui donnait droit à une pension de seulement 700 euros par mois. La situation financière du couple s'étant alors considérablement détériorée, Ben n'a pas eu d'autre solution que de s'installer provisoirement chez les parents de sa compagne, le temps de trouver un nouveau logement qui soit dans leurs moyens. Dans le cas de Ben, une demande de REVIS pour obtenir une aide supplémentaire de la part de l'Etat n'a aucune chance d'aboutir car

les revenus de sa compagne, mais aussi ceux des parents de cette dernière, sont pris en compte dans le calcul de l'allocation. De ce fait, la communauté domestique dispose de revenus supérieurs au plafond autorisé. **La dépendance financière à l'égard de sa compagne – et de ses parents – qui en résulte pour Ben non seulement ne lui facilite pas la reconquête de son indépendance mais encore le blesse profondément dans son amour-propre.**

Exclusion sociale

Léonie* a elle aussi été frappée de plein fouet. Elle avait 33 ans et élevait seule ses deux enfants – âgés à l'époque de quatre et sept ans – lorsqu'on lui a découvert un cancer. Léonie était employée comme fleuriste. Son salaire suffisait tout juste pour couvrir le loyer et les dépenses courantes, mais elle arrivait malgré tout à mettre un peu d'argent de côté pour emmener de temps en temps ses enfants passer la journée à la mer en Belgique. La prime de Noël que lui accordait sa chef lui était aussi bien utile. Mais, du fait de sa maladie, Léonie a un jour perdu son travail. Pendant toute la durée de son traitement, cette mère de deux enfants a vécu de ses indemnités journalières. Ensuite, elle a dû s'inscrire comme demandeuse d'emploi. Ses allocations chômage étaient presque entièrement englouties par le loyer. Pour subvenir aux dépenses de tous les jours, Léonie devait piocher dans les allocations familiales. Elle n'est pas parvenue à retrouver un emploi. A l'issue de la durée maximale de 18 mois d'indemnités de maladie, la réduction de sa capacité de travail a été reconnue, ce qui lui ouvrait droit au **RPGH** (revenu pour personnes gravement handicapées) – pension de l'ordre de 1 400 euros mensuels, soit moins que son ancien salaire de fleuriste. Entre-temps, cette mère célibataire a emménagé dans un appartement moins cher. **Vu de l'extérieur, devoir quitter son environnement familial peut sembler éprouvant, mais pas**



dramatique pour autant. Mais tout cela n'a pas été chose aisée pour cette petite famille. C'est pourquoi Léonie souhaite par-dessus tout retrouver du travail rapidement et, si possible, déménager de nouveau.

Du plomb dans l'aile

A première vue, le sort de **Georges*** semble plus enviable. Il vit avec sa femme et leurs trois enfants adultes (23, 20 et 18 ans) dans une maison qui leur appartient. Avant sa maladie, il était en CDI dans une grande entreprise industrielle, et sa femme s'occupait du ménage et des enfants. Les sorties régulières entre amis étaient une évidence, tout comme aider financièrement leurs trois enfants dans leurs études, un objectif qui tenait à cœur au couple. Or Georges a développé un cancer à l'âge de 53 ans. S'il a pu être guéri, les traitements longs et pénibles ont laissé des traces profondes. Georges est désormais en incapacité de travail. Sa **pension d'invalidité** représente à peine plus de la moitié de son ancien salaire. Sa femme essaie de son côté de réintégrer la vie professionnelle, mais pour une femme de son âge, restée plusieurs dizaines d'années à l'écart du monde du travail, les perspectives d'embauche sont plutôt mauvaises. **Ce n'est pas pour autant que cette famille de cinq personnes est dans le besoin ou risque de perdre sa maison, mais tous ses membres ressentent les effets de la déchéance sociale. Le couple ne peut plus guère entreprendre d'excursions avec des amis et a abandonné le projet de financer la formation universitaire de chacun de ses enfants.** Alors que sa vie était autrefois sous le signe de la sécurité financière et de la stabilité sociale, Georges a désormais pour préoccupation principale de joindre de nouveau les deux bouts avec un budget mensuel restreint.

Les moins de 25 ans frappés par le cancer pendant leurs études ou leur apprentissage sont particulièrement mal lotis.

Le cancer condamne-t-il à la pauvreté ?

Des cas exemplaires ne mettent pas uniquement en relief des destins individuels. Ils lèvent également le voile sur un cadre réglementaire qu'il est intéressant d'examiner de plus près, voire d'un œil critique.

Depuis janvier 2019, les personnes concernées ont droit au versement d'indemnités journalières pendant 78 semaines au total en l'espace de deux ans. Les patients âgés de 18 à 65 ans qui ont déjà épuisé leurs droits aux indemnités journalières doivent assurer leur subsistance par d'autres moyens. On peut envisager les scénarios suivants :

- pleine capacité de travail (**avec** ou **sans** droit à l'allocation chômage)
- capacité de travail réduite (**avec** ou **sans** poste) ainsi que
- perte de la capacité de travail/incapacité de travail.

Un ancien patient atteint de cancer qui est apte à reprendre le travail et a droit à l'allocation chômage peut la percevoir pendant jusqu'à 18 mois. Ensuite, il a la possibilité de solliciter le revenu d'inclusion sociale (REVIS). En revanche, s'il n'a pas droit à l'allocation chômage, il doit faire directement une demande de REVIS. Le REVIS a remplacé le revenu minimum garanti (RMG) en 2019. Le montant de la prestation dépend des revenus de l'ensemble des membres du ménage, considéré comme une communauté domestique. Les salaires des partenaires entrent ainsi dans le calcul des prestations. Si le montant total des revenus dépasse le plafond autorisé, le demandeur n'a pas droit à cette aide de l'Etat. Si les conditions sont remplies pour bénéficier du REVIS, celui-ci s'élève à environ 1 460 euros par mois pour une personne vivant seule, à 2 190 euros au total pour un couple ainsi qu'à environ 133 euros par enfant à charge.



Toute personne ayant un emploi mais dont la capacité de travail est diminuée est reconnue comme « travailleur handicapé ». Toute personne de moins de 65 ans ayant ce statut mais sans emploi doit s'adresser à l'ADEM, qui l'aide dans la recherche d'un nouvel emploi adapté. Jusqu'à son retour à la vie active, elle peut toucher temporairement le revenu pour personnes gravement handicapées (RPGH). A cet égard, les revenus des autres membres du ménage n'entrent pas en ligne de compte dans l'attribution du RPGH. Ce dernier s'élève à environ 1 460 euros par personne et par mois.

Les personnes invalides et celles qui ne sont plus aptes au travail ont droit, sous des conditions d'attributions spécifiques, à une pension d'invalidité par la Caisse nationale d'assurance pension (CNAP). Elle est cependant minorée pour les bénéficiaires devenus invalides dans leur jeunesse ou n'ayant pas cotisé suffisamment longtemps à la CNAP. En outre, la pension d'invalidité n'est pas versée à l'assuré tant qu'il perçoit des indemnités journalières au titre de l'assurance-maladie, et, à son 65e anniversaire, elle est convertie automatiquement en pension de vieillesse. Le montant brut annuel de la pension de vieillesse est calculé par rapport à l'année de base 1984.

Les moins de 25 ans, sans aucun revenu, ni expérience professionnelle, qui ne sont pas affiliés à l'assurance sociale et, qui par exemple, développent un cancer pendant leurs études ou leur apprentissage, sont particulièrement mal lotis. Il ne leur reste plus que l'aide sociale et le revenu d'inclusion sociale pour vivre. Or, selon des sources officielles, la majorité des Luxembourgeois pauvres et bénéficiant de l'aide sociale ont entre 30 et 50 ans, et ont par conséquent droit à une pension, et sont donc mieux lotis.

L'ampleur des difficultés, par exemple, d'une famille de quatre personnes devant faire face à la hausse du coût de la vie et du logement avec deux salaires mensuels moyens est fonction de différents facteurs et, en fin de compte, ne peut que donner lieu à des conjectures de la part des personnes extérieures. Une chose est cependant sûre : si, du fait de la maladie, un salaire fait soudain complètement ou partiellement défaut, il est difficile au Luxembourg pour une seule personne de subvenir aux besoins du foyer. Il ne faut pas non plus sous-estimer le fait que la perspective de traverser des périodes financières difficiles ne favorise pas la guérison ou la productivité au travail.



Malade et sans emploi

Face au vieillissement de la société et à l'augmentation constante des bénéficiaires, une évidence s'impose : il faut agir. Le facteur cancer, à savoir le risque croissant pour de nombreux habitants de développer un cancer avec l'âge, doit davantage être pris en compte dans la conception des régimes d'assurance.

Et ce d'autant que, selon des statistiques officielles, le nombre des actifs est en hausse constante depuis 1980. Alors qu'il y avait en 1990 seulement environ 187 000 actifs (c'est-à-dire salariés), on en comptait autour de 449 000 en 2018. Pour 2020, on table sur quelque 475 000 personnes. Plus de salariés, pourrait-on penser, est une bonne chose, mais statistiquement parlant cela signifie potentiellement davantage de malades, de personnes dépendantes et en principe plus de personnes démunies : à l'heure actuelle, les nouveaux cas de cancer seraient à eux seuls de l'ordre de 3 000 par an dans le pays.

Et de nos jours au Grand-Duché, un salarié gravement malade risque de perdre son emploi au bout d'un certain temps et de dépendre de prestations versées par la Sécurité sociale. Il y a déjà une dizaine

d'années, des enquêtes d'ordre général sur le retour à la vie active aux États-Unis et en Europe ont mis en évidence qu'environ 64 % des personnes guéries étaient salariées au moment du sondage. Dans le même temps, on constatait cependant que dans les six ans suivant la maladie, environ la moitié des personnes concernées ont été licenciées ou priées de renoncer « volontairement » à leur emploi.

Au Royaume-Uni, le rapport dit *Macmillan Report* de 2017 examinait la corrélation entre cancer et emploi au cours des années précédentes dans ce pays. Les chiffres pourraient avoir une certaine pertinence pour le Luxembourg, qui est un État d'Europe de l'Ouest comparable. Du moins, on ne saurait négliger les faits suivants :

- En 2015, pas moins de 890 000 personnes chez qui on avait diagnostiqué un cancer étaient salariées. D'ici à 2030, ce chiffre pourrait être supérieur à 1,2 million.
- On estime qu'un malade du cancer sur trois est obligé de continuer à travailler.
- Pour une personne ayant survécu à un cancer, la probabilité de perdre son emploi est 1,4 fois plus élevée que pour le reste de la population.
- 58 % des ex-patients qui ont repris le travail auraient préféré le faire plus tard, quand ils se seraient sentis « prêts psychologiquement », et non pas sous la contrainte financière.
- En 2016, pour 60 % des personnes interrogées, il avait été essentiel de reprendre le travail après le diagnostic de cancer : cela les avait aidées à maintenir un sentiment de normalité.

Outre les répercussions des cancers sur la santé, on ne devrait plus négliger la dimension sociale de la maladie.

Impact sociétal

Aujourd'hui plus que jamais, il convient de répéter que la maladie n'affecte pas uniquement l'individu. Elle a aussi un impact sociétal. Ce n'est pas sans raison que dans de nombreuses régions du monde le cancer est désormais considéré comme un problème de santé publique. C'est pourquoi il faut instaurer un consensus social d'un type nouveau qui s'inscrive dans les institutions : outre les incidences des affections cancéreuses sur la santé, on ne saurait plus longtemps négliger la dimension sociale de la maladie. Or, pour l'heure, le débat public sur la nécessité d'ajuster les systèmes de protection sociale est, semble-t-il, plutôt en sourdine.

C'est cependant un fait connu depuis longtemps : de nombreuses études internationales parviennent à la conclusion qu'un patient peut mettre des années à récupérer d'un cancer mais aussi des traitements. Il est fréquent que les anciens patients souffrent plus longtemps des effets secondaires qu'il n'y paraît a priori. Or, dans bien des cas, on n'accorde pas l'attention qui se doit aux séquelles sur le long terme ou tardives, pas plus qu'on ne les distingue les unes des autres. Les séquelles sur le long terme sont des problèmes qui subsistent jusqu'à cinq ans après le traitement actif, tels que fatigue, ménopause précoce et augmentation des angoisses profondément ancrées. Les séquelles tardives se manifestent après la guérison, au bout de trois à cinq ans, voire au bout de dix à vingt ans : des maladies cardiovasculaires, les seconds cancers et les fractures osseuses dues à la radiothérapie. Les personnes sont peut-être guéries, mais n'ont pas forcément recouvré totalement la santé, et sont donc plus fragiles et moins résistantes.

Quelles mesures pour l'avenir ?

Que faut-il, que peut-on à court terme améliorer ? Les recommandations suivantes sont déjà une évidence pour bien des personnes :

- La **prise en charge automatique sans aucune exception de toutes les dépenses de santé** (par exemple le remboursement à 100 % de tous les médicaments) par la caisse d'assurance-maladie afin d'éviter la discrimination des groupes à risque.
- L'**introduction d'une pension d'invalidité appropriée pour le Luxembourg**, qui ne soit pas calculée sur la base des revenus de la communauté domestique.
- **Reconnaître d'une manière générale les maladies cancéreuses en tant que handicaps graves**, pour faciliter l'obtention du RPGH.
- **Appliquer le plafond d'attribution des indemnités journalières selon le diagnostic** : les personnes ayant épuisé leurs droits risquent, si elles retombent malades, de perdre leur emploi.
- Une **protection contre le licenciement dès le diagnostic** réduirait chez les personnes concernées le risque de pauvreté et les maintiendrait dans leur emploi.

Compte tenu de la pandémie de coronavirus, ce catalogue de mesures n'est qu'une ébauche. La pression financière subie par les patients se manifeste dans le nombre croissant de personnes qui se tournent vers le service psychosocial de la Fondation Cancer. Les petits salaires ne sont pas seuls à devoir faire face à de véritables crises. Des membres des classes moyennes font de plus en plus souvent état de difficultés financières imprévues.

C'est pourquoi le soutien financier de la Fondation Cancer offre aux patients une aide qui peut les soulager d'un poids énorme surtout au cours des cinq premières années. Cette offre s'adresse aussi aux personnes présentant une pathologie cancéreuse chronique et leur donne accès, si nécessaire à d'autres aides substantielles. Au bout du compte, cependant, les décideurs des pouvoirs publics ne doivent pas omettre de procéder aux ajustements nécessaires des systèmes de sécurité sociale mentionnés plus haut. Et ce même si c'est plus facile à dire qu'à faire.

Rédaction Christa Roth



« GUERIE, MAIS ... » – UN ENTRETIEN AVEC NADIA ZARINELLI

« Il faudrait nous donner une chance »

Une fois le diagnostic de cancer posé, Nadia Zarinelli s'est sentie au début comme une condamnée à mort. Aujourd'hui, cependant, cette femme de 59 ans de Pétange respire la joie de vivre plus que jamais. Son crédo : profiter de chaque jour, bien qu'elle doive vivre très frugalement.

À l'occasion d'une mammographie en mars 2019, on a détecté un cancer chez vous. En mai, on vous a enlevé un nodule. Comment avez-vous vécu cette période extrême ?

C'était comme si le sol se dérobaient sous mes pieds. Tout bonnement parce qu'on associe le cancer avant tout à la mort. Moi aussi. Des années auparavant, mon père était mort d'un mélanome. Pour m'être occupée de lui, je savais par quelles épreuves et souffrances il était passé, et cela me faisait très peur. Bien que mon cancer du sein ne soit pas comparable à ce type agressif de cancer de la peau.

Qui ou qu'est-ce qui vous a donné la force de lutter contre votre propre cancer ?

Une bonne amie dans le voisinage m'a soutenue et a refusé de me laisser seule avec mes problèmes. Elle disait tout le temps : « Tu dois en parler ! ». Mais j'ai dû commencer par apprendre à le faire.

Pourquoi avez-vous au début gardé votre maladie pour vous ?

C'était surtout une question de pudeur. Je voulais tout simplement que personne ne l'apprenne. Au début, je n'arrivais pas non plus à accepter mon nouveau sein.

Après l'ablation de la tumeur, il était nettement plus petit que l'autre. Je ne pouvais plus me regarder dans le miroir sans me sentir mal.

Heureusement, vous êtes guérie et vous avez aussi fini par accepter votre corps. Comment ce changement s'est-il opéré ?

Un jour, j'ai croisé une connaissance qui, après que j'ai mentionné mon cancer, a dit de manière très inattendue : « Bienvenue au club ». Cela m'a soufflée. Par la suite, j'ai rencontré toujours plus de personnes qui avaient aussi été atteintes du cancer. De ne pas être seule dans mon cas m'a donné du courage. Dès lors, je me suis dit que si, des années plus tard, ces personnes étaient encore en vie, j'allais aussi y arriver – et tout ce que je voulais, c'était savourer ma vie.

Vous êtes célibataire et touchez, avec le RPGH, une pension d'invalidité en raison de problèmes de santé liés à des problèmes de dos. Vous êtes actuellement sans emploi. Au quotidien, vous ne pouvez pas vraiment vous offrir d'extras, n'est-ce pas ?

Je vis depuis 27 ans dans le même appartement, dans une petite résidence, avec mon chat Chico. Je suis quelqu'un qui se contente de peu, je n'ai pas de gros besoins. J'aime faire chaque jour une promenade différente avec une amie en pleine nature. J'aimerais bien retravailler comme vendeuse ou composer des bouquets dans une jardinerie. J'ai aussi travaillé comme agente d'entretien pendant un an jusqu'à ce que ma santé ne me le permette plus. Trois mois dans un Centre d'orientation socio-professionnelle (COSP) m'ont permis de voir ce qui était encore dans mes cordes, ce qui me plaisait. Je ne suis pas une tire-au-flanc, mais depuis ma hernie discale et les problèmes de dos et de genou qui en ont découlé, il y a des choses que je ne peux plus faire. Trouver un emploi est devenu difficile.

Est-ce pour des raisons de santé que vous avez arrêté de travailler comme vendeuse ?

Pas directement. Après mon divorce en 1993, j'ai retravaillé dans le métier auquel j'ai été formée dans un magasin de bas, puis dans un magasin

« Quand vous ne pouvez pas justifier de revenus salariés, mais seulement du RPGH, de nombreux propriétaires refusent de vous louer. »

de chaussures. Mais la charge de travail physique excessive m'a contrainte à arrêter de nouveau.

Vous avez toujours réorienté votre carrière et continué à vous former, vous avez par exemple fait un stage d'informatique en 2018. Mais vous êtes encore officiellement inscrite comme demandeuse d'emploi.

C'est exact. Il faudrait que je fasse un stage d'informatique supplémentaire mais on m'a dit que je devais commencer par me remettre de mon cancer. Je crois plutôt que c'est en raison de mon âge que l'on m'accorde moins d'aides à l'emploi. Je suis à un an de la retraite. Il est évidemment plus rentable d'aider une personne plus jeune, qui a encore de nombreuses années d'activité devant elle. A cela s'ajoute le fait que je parle français, luxembourgeois et allemand, mais pas anglais.

Dans quels domaines, à votre avis, faudrait-il faire davantage en faveur des anciens patients ?

Il faudrait nous donner une chance. Que ce soit sur le marché du logement ou en matière d'emploi, on a besoin d'être davantage soutenus. Quand vous ne pouvez pas justifier de revenus salariés, mais seulement du RPGH, de nombreux propriétaires refusent de vous louer. Ils ont peur des loyers impayés, au cas où le RPGH serait supprimé. En 2018, j'ai écrit au ministre du Travail pour me plaindre de cet état de fait. Le ministre est intervenu en ma faveur. Mais à

« Il est frappant de constater que certaines personnes prennent leurs distances par rapport aux personnes atteintes de cancer. »

part à un nouvel entretien au COSP, je n'avais droit à rien. Depuis deux ans, je n'ai pas été invitée à un seul entretien d'embauche.

Nombreux sont les anciens patients qui se sentent dépassés par les formalités administratives et ont l'impression d'être infantilisés par les pouvoirs publics. Vous aussi ?

Je trouve que les conditions d'éligibilité sont acceptables. Il est par exemple juste de devoir refaire chaque année une demande pour bénéficier de la prime annuelle de 1 300 euros versée par l'Etat aux bénéficiaires du RPGH. Votre situation peut changer d'une année sur l'autre. C'est pourquoi un contrôle est important. Il est par ailleurs possible de s'informer sur les aides financières et autres droits auprès des offices sociaux, de l'Union des consommateurs ou de la Fondation Cancer. Cela fait un bien fou de savoir que l'on n'est pas seul avec ses problèmes, que l'on peut bénéficier de consultations et d'activités. Bien sûr, on peut être déçu si l'on n'obtient pas exactement l'aide que l'on souhaite. Mais il faut commencer par prendre les choses en main. Beaucoup de gens refusent qu'on les aide. Je ne suis plus du genre à rester chez moi à me morfondre.

Avez-vous un exemple d'expérience particulièrement bonne ?

Depuis des années, on me menace d'augmenter mon loyer. Dire que j'ai même des moisissures dans plusieurs pièces ! Et je ne peux dépenser guère plus que mes 667 euros de loyer mensuel. J'ai donc demandé conseil à l'Union des consommateurs et j'ai

saisi le tribunal pour déterminer ce qui est légal. Pour ce genre de procédures, l'avocat est mis à disposition par l'Etat, ce qui est déjà d'un grand secours.

C'est-à-dire que vous n'avez en ce moment guère de motif de vous plaindre ?

J'ai eu du mal à accepter l'offre du *Cent Buttek*. Bien qu'ayant le droit d'y faire mes courses, je n'y suis allée que deux ou trois fois. Par fierté, mais aussi par honte. « Tu es tombée bien bas », je me suis dit.

Comment ont évolué les contacts avec vos amis depuis que vous êtes tombée malade ?

Il est frappant de constater que certains prennent leurs distances par rapport aux personnes atteintes de cancer. Et l'on s'interroge aussi davantage sur ses amitiés. Mais il y a aussi beaucoup d'exemples positifs.

Revenons-en au travail. En dehors de l'argent, une occupation et la reconnaissance ne vous manquent-elles pas elles aussi ?

J'adore décorer des lampes avec la technique du serviettage. Les retours sont si positifs quand je poste une nouvelle photo sur *Facebook* que beaucoup de personnes me demandent d'en réaliser une pour elles. J'en fais un à deux exemplaires par mois. C'est dans tous les cas une très belle marque de reconnaissance.

En 1995, à l'âge de 65 ans, votre père est décédé d'un cancer au terme de longues souffrances, dans une unité de soins palliatifs. Beaucoup de personnes diraient que c'est trop jeune. Quel est votre avis sur la question ?

Oui, cela l'a aussi rendu malheureux : toute sa vie, il n'a fait que travailler, toujours travailler et, au bout du compte, il n'a pas profité de sa retraite. Il aurait dû en être autrement.

Interview réalisée par Christa Roth

ASCO 2020

Nouveautés en cancérologie



CAROLE BAUER,
Oncologue et présidente
de la Fondation Cancer

Cette année pour la première fois, à cause du contexte actuel, le congrès de l'ASCO (*American Society Of Clinical Oncology*) avait lieu uniquement en mode virtuel.

Je vais tenter de vous faire un résumé des principales nouveautés en oncologie présentées cette année avec un focus sur l'oncologie digestive et gynécologique. Certaines études présentées ne sont qu'à un stade très précoce du développement du médicament et ne vont peut-être pas aboutir. Mais les progrès en oncologie sont permanents et très excitants à suivre.

J'espère réussir mon pari et rendre des choses très compliquées un peu plus digestes. Bonne lecture !

Quelques pistes innovantes pour le futur

Une étude avec un inhibiteur très spécifique du RET a montré des réponses assez importantes. Cette fusion ou mutation RET, très rare, est recherchée sur le tissu tumoral. Actuellement cette altération n'est pas encore recherchée de façon systématique, comme nous ne disposons pas encore de traitement spécifique de ces tumeurs, sauf dans le cadre d'études cliniques.

Il s'agissait d'une étude clinique préliminaire avec peu de patients, testant un nouveau médicament (Pralsetinib) pour des tumeurs diverses (cérébrales, digestives, sarcome, thyroïde, pancréas, cholangiocarcinome...) présentant cette fusion/mutation RET. Cette étude a montré des taux de réponses assez importants au Pralsetinib.

Cette mutation est très rare, mais ce type d'étude montre un éventuel changement de la prise en charge ultérieure car les traitements sont adaptés aux résultats moléculaires de la tumeur, indépendamment du site initial du cancer.

De nouvelles molécules d'immunothérapie sont en cours de recherche : immunothérapie associée à un anticorps, l'immunothérapie intra-tumorale, immunothérapie *probody* qui permet à l'immunothérapie de rester inactive dans les tissus sains et de devenir uniquement active dans le tissu tumoral pour pouvoir augmenter les doses et devenir plus efficace avec moins d'effets secondaires.

Une étude très intéressante de phase 3 a montré l'importance des infirmières coordinatrices pour le suivi des patients prenant un traitement oncologique par voie orale (chimiothérapie ou traitement ciblé). En effet ces traitements ont des effets secondaires spécifiques qui ne sont pas moindres que ceux des traitements administrés par voie intraveineuse.

L'étude CAPRI est une étude de phase 3 monocentrique comparant un parcours standard à un parcours standard associé à une coordination infirmière chez les patients devant prendre un traitement oncologique par voie orale. Les résultats sont assez spectaculaires et sont largement en faveur de la coordination infirmière en ce qui concerne la dose intensité, les toxicités de grade >3, le nombre de jours d'hospitalisation, la satisfaction du patient.

Les nouveautés en oncologie gynécologique

Dans le cancer de l'ovaire, nous savons que la chirurgie initiale, qui doit être complète (enlever tout résidu tumoral), est très importante et augmente la survie. A l'ASCO 2020 deux études, l'une européenne et l'autre chinoise ont montré un intérêt en termes de survie d'une chirurgie qui de nouveau doit être complète (sinon elle est délétère) en cas de récurrence tardive par rapport à la chimiothérapie seule.

Ensuite les résultats complets de l'**étude SOLO2** ont été présentés : il existe une augmentation de la survie chez les patientes BRCA mutées, en récurrence de leur cancer, qui utilisent des PARP inhibiteurs, en entretien après la chimiothérapie. Cette augmentation de survie est très rassurante et démontre l'absence de résistance, après utilisation de PARP inhibiteurs, à une chimiothérapie ultérieure.

Une petite étude (60 patientes) préliminaire a montré une efficacité remarquable d'un anticorps contre un récepteur à la folate (qui se trouve sur les cellules tumorales de certains cancers de l'ovaire) associé à un antiVEGFR (autre anticorps déjà connu). En cas de présence du récepteur à la folate, les résultats de ce nouveau traitement sont très bons, même chez des patientes ayant déjà eu beaucoup de chimiothérapies. Il s'agit bien sûr d'une étude préliminaire et le médicament ne peut uniquement être utilisé dans le cadre d'études cliniques. Ce récepteur n'est pas encore recherché en pratique courante, comme il n'existe pas encore de traitement validé.



Pour le cancer du col utérin, nous n'avons malheureusement pas beaucoup d'options thérapeutiques après une ligne de chimiothérapie. Actuellement plusieurs études avec de l'immunothérapie sont en cours et semblent prometteuses. Une étude chinoise, présentée à l'ASCO, de nouveau préliminaire, associant un anticorps à une immunothérapie a montré des taux de réponse très encourageants.

Quelques études préliminaires très prometteuses pour des tumeurs gynécologiques rares mais très agressives ont été présentées : un nouveau médicament (adavosertib) avec des résultats prometteurs a été testé dans le cancer de haut grade séreux de l'utérus, et l'immunothérapie semble efficace dans les tumeurs trophoblastiques (tumeurs rares développées à partir du placenta).

Les nouveautés dans le cancer du sein

La tendance dans le cancer du sein est actuellement à la désescalade en essayant d'éviter la chimiothérapie.

L'**étude MINDACT** évalue, en faisant un test génomique, l'intérêt d'une chimiothérapie adjuvante (c. à d. une chimiothérapie préventive) chez certaines patientes atteintes d'un cancer du sein avec des récepteurs hormonaux positifs. Bien que le résultat final de l'étude montre que les patientes ayant un bas risque génomique peuvent éviter la chimiothérapie, la désescalade de la chimiothérapie semble être plus sûre chez les patientes de >50 ans par rapport aux patientes plus jeunes.

L'**étude PHERGAIN** a comparé deux groupes de patientes atteintes d'un cancer du sein positif aux récepteurs hormonaux et positif au Her2neu. L'étude comparait l'administration d'une chimiothérapie néoadjuvante (avant la chirurgie) associée à un double blocage Her2neu (Herceptine et Perjeta), ce qui est actuellement le traitement standard, à un groupe de patientes traitées sans chimiothérapie mais avec une hormonothérapie et le même double blocage Her2neu.

Les résultats étaient très décevants dans le groupe sans chimiothérapie (35 % de réponse complète vs 58 % avec chimiothérapie) confirmant l'intérêt de la chimiothérapie dans les cancers du sein Her2neu positifs.

L'**étude CLIMB** avait déjà montré l'efficacité importante du Tucatinib chez des patientes ayant un cancer du sein métastatique Her2neu positif. Ce médicament a été associé à un traitement standard chez des patientes lourdement prétraitées. A l'ASCO cette efficacité a été confirmée chez les patientes atteintes de métastases cérébrales. Actuellement le Tucatinib n'est pas encore disponible en dehors des essais cliniques.

L'**étude KEYNOTE-355** a montré chez des patientes atteintes d'un cancer du sein triple négatif métastatique que l'adjonction d'une immunothérapie (Pembrolizumab) à la chimiothérapie permet de freiner la maladie chez certaines patientes (forte expression de PDL1 avec un score CPS > 10). Nous ne savons pas encore si la survie est prolongée.



Les nouveautés en oncologie digestive

C'est surtout dans le cancer du rectum que de nouvelles études ont été présentées à l'ASCO 2020, ces études changeront nos pratiques. Actuellement les cancers du rectum localement avancés sont traités par une radiothérapie (RT) associée à une chimiothérapie (CT) sensibilisante préopératoire suivie de chirurgie. Une chimiothérapie adjuvante (postopératoire) suit parfois la chirurgie.

Deux études de phase 3, dans le cancer du rectum ont montré l'importance de la chimiothérapie en préopératoire. L'une, **PRODIGE 23**, a comparé un bras de traitement classique (RT-CT, chirurgie puis chimiothérapie) à un bras expérimental ajoutant

une chimiothérapie intensive par FOLFIRINOX précédant la RT-CT puis chirurgie et chimiothérapie postopératoire. L'autre, **RAPIDO**, a comparé un bras de traitement classique par RT-CT, chirurgie puis chimiothérapie à un bras expérimental avec une RT courte suivie d'une chimiothérapie et ensuite la chirurgie. Tout le traitement était avant la chirurgie.

Les deux études sont positives avec une diminution significative des métastases à distance et de la réponse histologique complète. Ces deux études vont certainement changer notre attitude thérapeutique : donner la chimiothérapie en préopératoire. Lequel des deux schémas sera adopté dépendra de la présentation clinique du patient et devra être discuté en réunion multidisciplinaire.

Environ 5 % des patients atteints de cancer du côlon métastatique ont une instabilité génétique et plus précisément celle des microsatellites (MSI-H pour *microsatellite instability high*). Dans l'**étude KEYNOTE -177**, plus de 300 patients atteints d'un cancer du côlon métastatique ont été randomisés en première ligne de traitement pour recevoir soit une chimiothérapie standard soit un traitement par immunothérapie (pembrolizumab). Le traitement par pembrolizumab était statistiquement supérieur en survie sans progression et en taux de réponse objective. Ceci va probablement changer le traitement de première ligne des patients atteints d'un cancer du côlon métastatique MSI-H.

Dans le cancer du côlon, il existe une mutation BRAF V600E qui est associée à un pronostic très défavorable. Une mise à jour de l'**étude BEACON** a montré chez ces patients l'intérêt d'un traitement par MEK-inhibiteur associé à un anticorps anti-EGFR par rapport à une chimiothérapie standard en deuxième ligne de traitement.

Un nouveau traitement associant un inhibiteur de l'Her2 et une chimiothérapie trastuzumab-deruxtecan (t-DXd) a montré dans des études de phase 2 une efficacité importante dans les cancers coliques ou gastro-oesophagiens Her2neu positifs.

J'ai trouvé cette édition de l'ASCO très intéressante et j'espère avoir réussi à vous captiver jusqu'à la fin !

Combien d'alcool pour combien de cigarettes ?



DR FERNAND RIES
Oncologue et membre
du conseil d'administration
de la Fondation Cancer

En ces temps de crise du coronavirus, nous discutons régulièrement du risque vital et des multiples mesures de prévention. Il est clair que la perception d'un risque n'est pas toujours objective et varie très fort entre les risques qui nous sont coutumiers (usage de la moto, certains sports, etc.) et les risques nouveaux et cachés (virus, radioactivité p. ex.).

Un risque est perçu d'autant plus menaçant s'il constitue une menace de mort à court terme (certains virus, poisons) alors que nous nous accommodons généralement très bien de certains risques qui sont pourtant majeurs, mais ne jouent qu'au très long cours (citons le tabac, l'alcool, l'obésité, la sédentarité) et de surcroît s'ils sont globaux et pas personnels (comme p. ex. les risques liés au changement climatique).

Pour prendre l'exemple du risque tabac-cancer nous savons que le tabagisme cause actuellement au niveau mondial sept millions de décès par an. Ainsi, chez deux tiers des fumeurs, le tabac contribue significativement à une mortalité précoce.

Le lien entre tabac et cancer est de nos jours assez bien compris par le grand public et n'est même plus nié par l'industrie du tabac. Ceci est actuellement beaucoup moins clair en ce qui concerne les effets néfastes de l'alcool. Globalement, la consommation d'alcool cause la mort prématurée de 3,3 millions d'humains, correspondant à un impact du 5-9 % sur la mortalité globale.

Comme rôle favorisant le cancer, l'alcool intervient seul, parfois en synergie avec le tabac ; on peut citer les cancers de la bouche et de la gorge, de l'œsophage,



du foie, des intestins et moins connu, mais significatif, le cancer du sein. Une méconnaissance du grand public de ce risque a souvent été mise en évidence dans diverses enquêtes, avec d'ailleurs le maintien de l'idée que l'alcool pourrait avoir des effets bénéfiques pour la santé, idée actuellement réfutée par toutes les grandes organisations de santé et de cancérologie au niveau mondial.

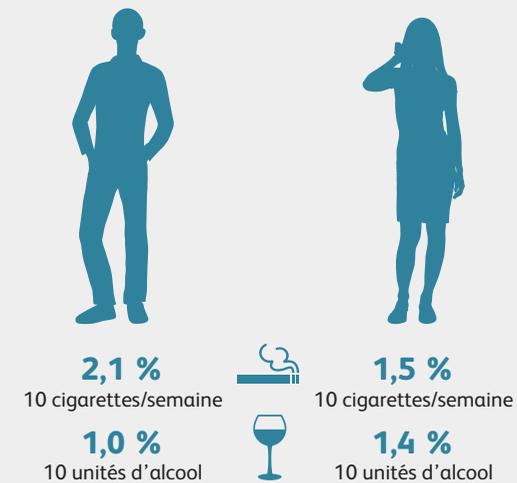
Devant cette méconnaissance du risque de l'alcool en terme d'impact sur le cancer, des scientifiques anglais¹ ont étudié l'impact relatif du tabagisme et de la consommation modérée de vin, chez l'homme et la femme.

Connaissant les effets synergiques entre alcool et tabac, les chercheurs ont utilisé des modèles mathématiques pour évaluer l'effet relatif de chaque facteur de risque ; ils ont également analysé à part l'effet cancérigène de l'alcool chez les sujets non tabagiques.

Les calculs ont montré que chez l'homme non-fumeur, l'équivalent d'alcool d'une bouteille de vin par semaine augmentait le risque absolu de cancer de 1 % ; ce risque est plus important chez la femme avec 1,4 %. Ainsi pour 1 000 hommes et 1 000 femmes consommant une bouteille de vin par semaine, au long cours, il y aura dix respectivement 14 cas supplémentaires de cancer.

Pour mettre cette consommation d'alcool en relation avec une consommation de cigarettes, les chercheurs estiment que chez l'homme, la bouteille de vin par semaine correspondrait à l'impact de cinq cigarettes. Chez la femme, à cause du risque majoré de cancer du sein, cette pondération passe à un impact comparable à celui de dix cigarettes par semaine. Les comparaisons en termes de risque absolu sont les suivantes :

Risque absolu au courant de la vie



L'unité d'alcool est généralement définie comme correspondant à 10 cl de vin, 20 cl de bière et 2-4 cl pour les alcools plus forts.



Pour beaucoup de gens, la consommation d'une demi-bouteille de vin par jour est considérée comme raisonnable. Le calcul du risque met néanmoins en évidence, pour ce type de consommation, un risque accru de cancer durant la vie de 1,9 % chez l'homme et de 3,6 % chez la femme, ce qui équivaudrait de nouveau en pondération tabac à huit cigarettes par semaine chez l'homme et 23 cigarettes chez la femme.

Que nous montre cette étude en définitive

Alors que de nombreux effets de l'alcool pour la santé nous sont assez bien connus (cirrhose du foie, accidents, troubles cérébraux), l'effet en terme de cancérogenèse est souvent sous-estimé, en particulier chez la femme et cela essentiellement à cause de la majoration de risque de cancer du sein. Autre remarque : la comparaison entre alcool et tabac montre que le risque encouru par une consommation modérée d'alcool correspond à une consommation de tabac qu'on peut qualifier encore de faible (8-20 cigarettes par semaine). Il faut en conclure que le tabagisme « standard » correspondant à une consommation de plus de 10 cigarettes par jour, connu comme étant le facteur de risque de cancer numéro un, largement le plus important de tous les facteurs à potentiel de prévention connus.

La réflexion sur les facteurs de risques de cancer qui nous guettent pendant la vie devrait en tout cas focaliser notre attention sur tous les risques connus à effet de prévention facile ; il s'agit du tabac, de l'alcool, de l'obésité, de la sédentarité, de l'exposition solaire, d'une alimentation malsaine, facteurs qui interviennent dans la survenue de plus de deux tiers des cancers à issue fatale au niveau mondial.

¹ Hydes TJ et al : A comparison of gender-linked population cancer risks between alcohol and tobacco : ho many cigarettes are there in a bottle of wine ? BMC public Health 2019 ; 19:316 (Full text)



L'ECHELLE 2019 DU CONTROLE DU TABAC EN EUROPE

Il est urgent d'agir

Comment se situe le Luxembourg en matière de lutte antitabac ?
Un rapport établi par des experts de l'Association européenne des ligues
contre le cancer donne des indications – mais aussi lieu de s'inquiéter.

Les cigarettes. Au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, elles étaient le moyen de paiement par excellence sur le marché noir. 75 ans plus tard, on pourrait penser que la dépendance au tabac appartient définitivement au passé. Or, bien que ne servant plus de monnaie d'échange, les produits du tabac sont encore parfaitement acceptés par la société.

Et ce alors que la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour la lutte antitabac est entrée en vigueur dès 2005. Ce traité international contraignant – communément appelé par son sigle anglais FCTC (*Framework Convention on Tobacco Control*) – a été accepté par 179 Etats, parmi lesquels 168 l'ont signé comme parties contractantes. En Occident, le traité n'est pas entré en vigueur aux Etats-Unis, qui l'ont cependant ratifié, tandis qu'en Suisse, il n'est pas encore ratifié.

Le tabac ou la santé

Quels pays sont les plus proches de l'objectif du FCTC, à savoir « protéger les générations présentes et futures des effets sanitaires, sociaux, environnementaux et économiques dévastateurs de la consommation de tabac et de l'exposition à la fumée de tabac » ? L'Echelle du contrôle du tabac (TCS, de l'anglais *Tobacco Control Scale*) parue en février de cette année répond à cette question. Sa septième édition a comparé au total 36 pays, à savoir les pays européens ainsi que la Turquie et, pour la première fois, Israël. Ce rapport a été présenté dans le cadre de la Conférence européenne « Le tabac ou la santé » (ECToH, de l'anglais *European Conference on Tobacco or Health*), organisée tous les trois ans par l'Association des ligues européennes contre le cancer (ECL, de l'anglais *Association of European Cancer Leagues*).

Le classement de la TCS montre quels pays ont progressé en 2018-2019 dans la lutte antitabac pour protéger leurs populations des conséquences du tabagisme actif et passif. Par rapport au classement précédent, certains pays ont amélioré leur score, d'autres stagnent. **Le Luxembourg figure de nouveau en bas du classement : en 34^e position sur 36.** L'Allemagne est lanterne rouge.

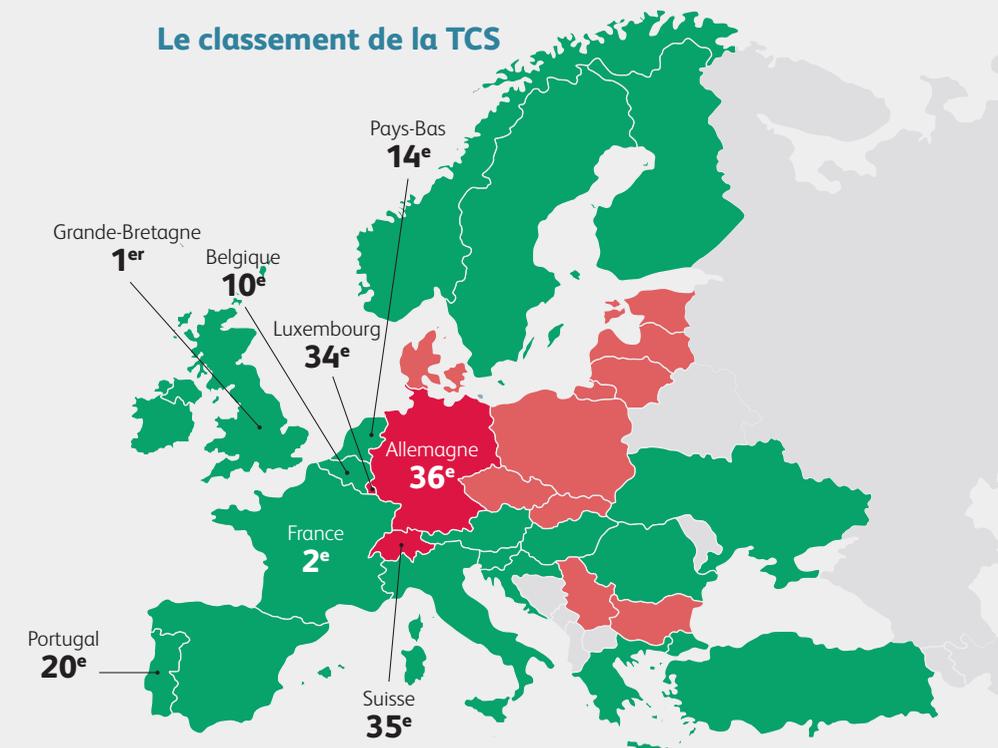
Le rôle d'exemple de l'Etat

Selon les experts de la TCS, bien qu'étant l'un des pays les plus riches d'Europe, le Luxembourg renonce à percevoir des taxes d'un niveau approprié sur les produits du tabac afin de continuer à attirer une clientèle transfrontalière. Les consommateurs du Grand-Duché paient en moyenne pour un paquet de cigarettes d'une marque premium moins de la moitié du prix affiché en Irlande.

Rien ne vient compenser cette défaillance, pas même par les points attribués pour l'interdiction de fumer en présence de mineurs dans les véhicules privés. Le Luxembourg compte à ce titre parmi les 13 pays où cette exigence particulière de l'ECL a désormais force de loi. Du reste, le Luxembourg ne fait guère figure de précurseur. La seule exception est la sécurité et la santé sur les lieux de travail, avec l'interdiction de fumer dans un grand nombre de situations.

Une manière pour un Etat d'assumer son rôle d'exemple et de faire preuve d'indépendance à l'égard de la très influente industrie du tabac est d'introduire des emballages de cigarettes standardisés, comme l'ont fait la France et la Grande-Bretagne. Cette dernière est – comme déjà en 2016 – en tête du classement de la lutte antitabac en Europe.

Le classement de la TCS





La protection des non-fumeurs : plus que de vaines paroles ?

N'est-ce pas là trop d'ingérence de la part de l'Etat, peuvent se demander quelques lecteurs à propos de ces exigences étendues ? Dans les faits, la TCS ne fait que résumer sur le papier ce qui aurait dû depuis longtemps susciter une levée de boucliers dans la société : le fait que la protection des non-fumeurs par l'Etat n'est en de nombreux endroits guère plus que de vaines paroles.

C'est aux Etats, en tant que pouvoirs centraux en mesure d'imposer des règles, qu'il appartient non seulement d'informer sur les conséquences néfastes de la consommation de tabac, mais aussi de rendre plus difficile la vente de tabac. Cela peut remettre en cause la liberté d'entreprise ainsi que les droits fondamentaux des personnes. (Tout comme le tabagisme passif menace la santé de l'individu.) Mais cela ne pose pas de problème de conscience. En effet, les lois restent lettre morte, si elles n'ont aucun impact dans la vie quotidienne réelle.

Mais la multiplication des interdictions ne saurait être l'objectif ultime. Clouer les fumeurs au pilori, ou même les sanctionner, ne suffit pas et, soyons honnêtes, n'en vaut pas la chandelle. Informer, faire évoluer les mentalités et aider au sevrage, voilà ce qui est plus que jamais nécessaire.

Rédaction Christa Roth



Non à la politique du laissez-faire

Les résultats de l'expertise ne laissent planer aucun doute : dans les domaines de la production, de la vente, de la distribution, de la publicité, de la taxation et autres mesures politiques concernant l'industrie du tabac, les représentants élus par les citoyens doivent adopter une attitude responsable. Avec leurs programmes respectifs, des institutions telles que la Banque mondiale et l'Union européenne jouent elles aussi un rôle central.

Les auteurs de la TCS 2019, dont le Belge Luc Jooeens, expert en commerce illicite de cigarettes et co-initiateur de l'Échelle du contrôle du tabac 2006, soulignent, en plus des lignes directrices mentionnées plus haut de la Banque mondiale et de l'Union européenne, l'obligation de réduire la demande par le biais de politiques nationales, comme le disposent les articles 6 et 7 de la FCTC. Ils exigent que chaque Etat investisse un minimum de deux euros par habitant au titre de la lutte antitabac. Les experts appellent instamment sur le fondement de l'article 5 de la FCTC à limiter l'ingérence de l'industrie du tabac dans la législation.

LA CONSOMMATION DE TABAC SELON UNE ENQUÊTE TNS ILRES /
FONDATION CANCER

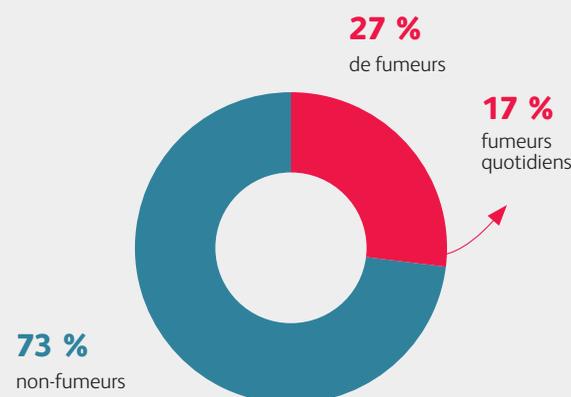
Le tabagisme en question(s)

Pas sans ma cigarette. Cet état d'esprit continue d'être partagé par plus d'un quart des Luxembourgeois, comme le montre une enquête récente de la Fondation Cancer.

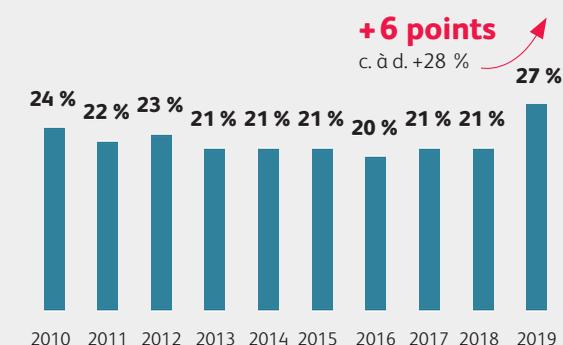
Ceux qui veulent toujours incriminer la politique de santé publique n'ont pas le droit de passer sous silence le comportement discutable des fumeurs eux-mêmes. Fumer n'est pas uniquement un plaisir onéreux, c'est aussi une habitude dangereuse qui compte de nos jours parmi les dépendances et causes de décès les plus fréquentes.

En 2017, selon des estimations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), un homme sur quatre en Europe meurt des suites de son tabagisme. Pour les femmes, cette statistique est de 7 %. Au Luxembourg, où le cancer du poumon fait tout de même partie des trois cancers les plus fréquents, beaucoup de fumeurs s'appliquent à oublier que fumer peut provoquer le cancer du poumon. Mais les chiffres parlent d'eux-mêmes : en 2018, 594 nouveaux cas de cancer par 100 000 habitants ont été diagnostiqués au Luxembourg, ce qui est plus élevé que la moyenne européenne de 569 nouveaux cas.

Pourcentage des fumeurs en 2019



Fumeurs : évolution sur dix ans (2010-2019)



Ce qui est triste, c'est que l'on pourrait éviter 40 % des cancers. Et l'on peut de toute façon éviter de fumer ! Même si beaucoup de fumeurs ont du mal à se défaire de leur dépendance, des mesures d'ordre social comme des restrictions en matière de publicité, des interdictions de fumer et des augmentations des taxes sur les produits du tabac peuvent nettement faire reculer la consommation de cigarettes. L'objectif à long terme doit cependant rester celui d'une « génération sans tabac », c'est-à-dire qui ne soit jamais amenée à fumer. Nous en sommes encore loin, comme l'exemple luxembourgeois le prouve malheureusement.

Hausse de 28 % du nombre de fumeurs en 2019

TNS ILRES a de nouveau été chargé par la Fondation Cancer d'interroger les Luxembourgeois sur leurs habitudes tabagiques. L'enquête 2019 a été menée auprès d'un échantillon représentatif de 3 316 participants âgés de 16 ans et plus. Commençons par les bonnes nouvelles : 75 % des femmes et 71 % des hommes ne fument pas. Et 54 % de l'ensemble des fumeurs veulent arrêter de fumer.

Il n'en demeure pas moins préoccupant que plus du quart, à savoir 27 % des habitants du Luxembourg sont fumeurs. Cette statistique représente un nouveau record depuis 2005. Alors qu'on enregistrerait encore une certaine stagnation entre 2003 et 2018, le nombre de fumeurs a progressé de pas moins de 6 points en 2019 par rapport à l'année précédente.

Quand les femmes fument, c'est surtout entre 16 et 24 ans (37 %). La plus grande proportion de fumeurs chez les hommes se rencontre chez les 25-34 ans (42 %). Parmi les fumeurs, la moitié (47 %) fument jusqu'à un demi-paquet par jour, et presque autant (44 %) jusqu'à un paquet entier.

Qu'ils soient invétérés ou occasionnels, les fumeurs qui veulent changer leurs habitudes tabagiques sont majoritaires dans presque toutes les tranches d'âge. Mais seule une minorité s'est fixée un calendrier précis : plus du tiers veulent arrêter de fumer « un jour ou l'autre ». Par contre, ils sont tout aussi nombreux (28 %) à ne pas du tout vouloir arrêter la « clope ».

La cigarette électronique n'est pas vraiment pertinente. Ses utilisateurs sont pour la plupart des fumeurs qui consomment tous les jours aussi des cigarettes conventionnelles. La majorité des personnes interrogées disent utiliser la cigarette électronique dans le but d'arrêter de fumer ou parce qu'elles la croient moins dangereuse que la « clope » classique. Un grand nombre de vapoteurs, dont une forte proportion chez les 45-54 ans, déclarent aimer tout simplement le goût de la cigarette électronique.

La norme : un demi-paquet par jour

Si l'on y regarde de plus près, les résultats des sous-groupes sont instructifs, mais aussi alarmants à certains égards. Ainsi, 29 % des hommes interrogés fument et, parmi ces fumeurs, il y a presque deux fois plus de fumeurs quotidiens que de fumeurs occasionnels. Autre fait intéressant : si les foyers à revenus moyens abritent désormais surtout des non-fumeurs, presque un tiers d'entre eux avouent avoir un passé de gros fumeur. Cela montre au moins que même les fumeurs invétérés peuvent arrêter de fumer !

Chez les femmes interrogées, la tranche d'âge des 25-39 ans représente le plus grand sous-groupe : 70 % se disent non-fumeuses. Parmi les fumeuses quotidiennes, les trois quarts allument jusqu'à 10 cigarettes par jour et, 28 % des femmes du groupe des 55-64 ans fument même jusqu'à deux paquets par jour. Malgré tout, chez les femmes, la prévalence tabagique baisse avec l'âge. Avant qu'un sevrage soit à l'ordre du jour, un tiers de toutes les femmes de moins de 25 ans ne boudent pas le « stimulant » tabac : elles consomment jusqu'à un paquet de cigarettes par jour. Le fait que la moitié d'entre elles veulent arrêter n'est qu'une piètre consolation, car la plupart ne se sont fixées aucune échéance concrète. Et pour l'instant, presque un quart de toutes les fumeuses ne comptent pas arrêter.

Arrêter un jour ou l'autre

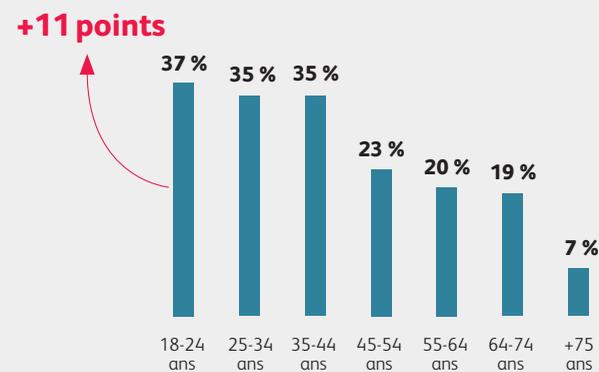
On observe cette tendance dans presque tous les groupes. La majorité veut s'affranchir du tabac un jour ou l'autre, puis viennent ceux qui, au contraire, ne veulent pas arrêter de fumer, et enfin les fumeurs qui se sont fixé des échéances ou, du moins, de réduire leur consommation.

Mais ce n'est pas tout. En effet, on ne saurait parler du tabac sans évoquer la marijuana et compagnie. Un pourcentage non négligeable de personnes interrogées consomme du cannabis, et ce même officiellement. Ce qui ne surprend pas trop pour le Luxembourg, compte tenu de la légalisation de l'achat et de la consommation du cannabis prévue par l'État pour l'année prochaine. Selon l'enquête, une partie des jeunes adultes de moins de 35 ans fument à l'heure actuelle régulièrement la shicha ou du cannabis. Chez les femmes interrogées, le narguilé a du succès plus particulièrement auprès des lycéennes, tant et si bien que, dans ce groupe aussi, la consommation de shicha et de cannabis est, en règle générale, devenue une habitude.

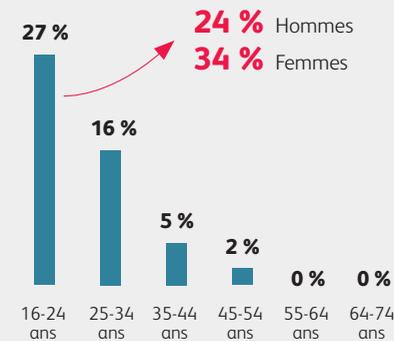
La seule conclusion qu'on puisse en tirer est la suivante : on ne peut guère attacher d'importance aux intentions de renoncer à la consommation de tabac si, comme en 2019, la tendance est à une augmentation rapide du tabagisme. Même la majorité non fumeuse ne semble pas être un exemple suffisamment convaincant pour amener à arrêter de fumer. Les personnes interrogées sont encore trop nombreuses à tenir au « plaisir » procuré par le tabac. Et ce malgré tous les risques et effets secondaires que cela comporte.

Rédaction Christa Roth

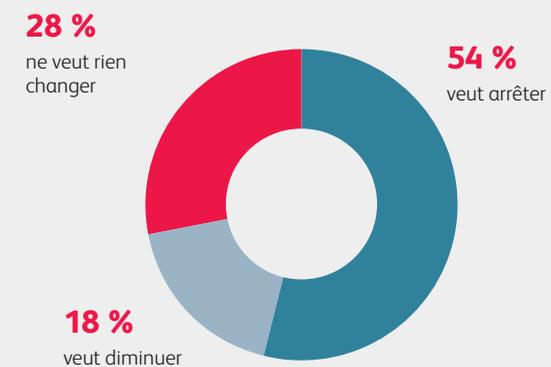
Fumeurs selon l'âge en 2019



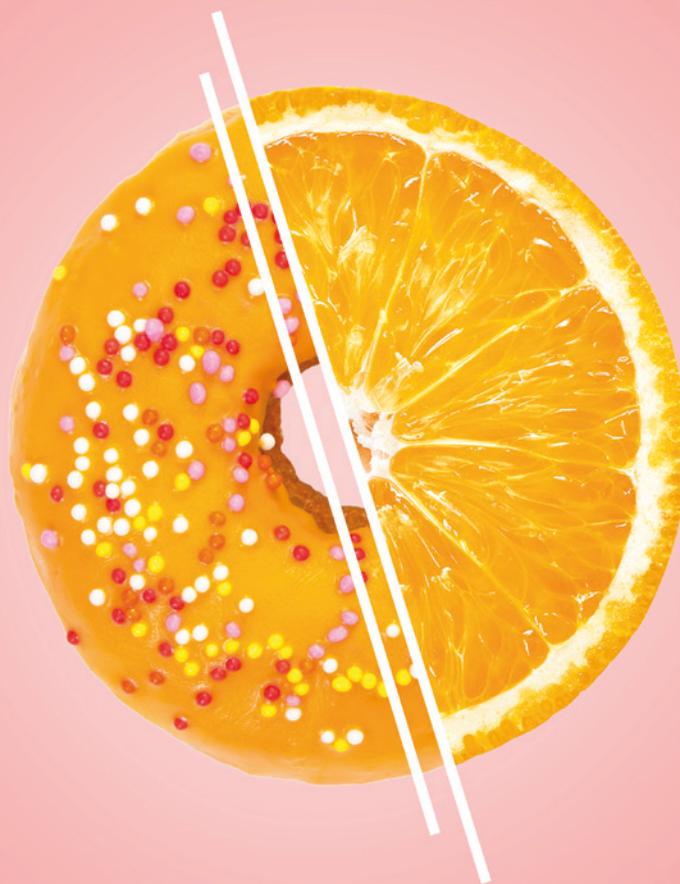
Fumeurs de shisha en 2019



Intention de changer son habitude tabagique en 2019



Faites le bon choix



**Fondation
Cancer**

Info · Aide · Recherche

Pour préserver votre santé, adoptez une alimentation saine.

www.faiteslebonchoix.lu