



COMED/TAAN Europe

**Éviter le cancer de l'intestin,
c'est possible !**

Informez-vous :

- Publications
- www.cancer.lu

- Tél.: 45 30 331
- flcc@pt.lu

Conférence le 19 mars :
Cancer de l'intestin: de la prévention au traitement

FONDATION LUXEMBOURGEOISE CONTRE LE CANCER
209, route d'Arlon L-1150 Luxembourg

info

cancer

no 40

Périodique trimestriel – 1^{er} trimestre 2005
Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer - 209, route d'Arlon - L-1150 Luxembourg

**ENTRETIEN AVEC
LE MINISTRE DE LA SANTÉ**

**CANCER DE L'INTESTIN:
QUI DÉPISTER ET COMMENT ?**

**PRISE EN CHARGE
MULTIDISCIPLINAIRE DU PATIENT
ATTEINT DE CANCER**

FIN DE VIE ET SOINS PALLIATIFS

SOUTIEN DE LA RECHERCHE

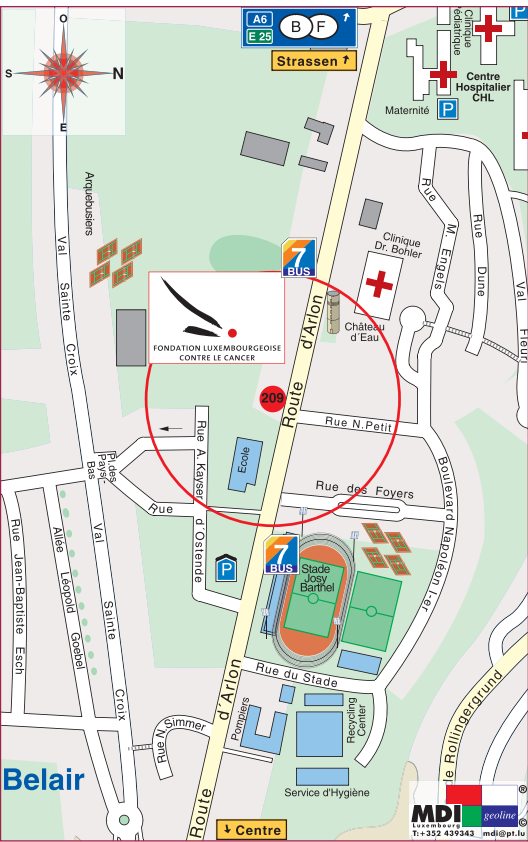
**HILFEN FÜR ANGEHÖRIGE/
CONSEILS AUX PROCHES**



**FONDATION LUXEMBOURGEOISE
CONTRE LE CANCER**



Comment nous trouver?



Qui sommes-nous?

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

S.A.R. la Grande-Duchesse Joséphine-Charlotte (Présidente) †

- Docteur Carlo Bock
- Docteur Danielle Hansen-Koenig
- Maître Tom Loesch
- Marie-Paule Prost-Heinisch
- Docteur Guy Scheifer
- Docteur Jean-Claude Schneider

UNE ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

- Marie-Paule Prost-Heinisch: directrice
- Martine Geisen: infirmière graduée
- Renée Lambert-Thielen: gestionnaire de projets
- Christophe Régnier: assistant de direction
- Barbara Strehler-Kamphausen: psychologue diplômée
- Eliane Subtil: collaboratrice
- Marina Tomasic: médecin
- Gisela Tomi: psychologue diplômée
- Marie-France Wehrhausen: employée administrative

SOMMAIRE
INFO-CANCER 40

Rédacteur en Chef: Marie-Paule Prost-Heinisch
Merci aux Docteurs Carlo Faber et Evelynne Friederich pour leur article ainsi qu'à Marie De Hennezel pour la mise à disposition de son rapport.

➔ MERCI, MADAME	3
➔ NEWS	4
➔ ENTRETIEN AVEC LE MINISTRE DE LA SANTÉ	7
➔ CANCER DE L'INTESTIN: QUI DÉPISTER ET COMMENT?	10
➔ PRISE EN CHARGE MULTIDISCIPLINAIRE DU PATIENT ATTEINT DE CANCER	15
➔ FIN DE VIE ET SOINS PALLIATIFS	17
➔ SOUTIEN DE LA RECHERCHE PAR NOTRE FONDATION	22
➔ HILFEN FÜR ANGEHÖRIGE VON KREBSPATIENTEN CONSEILS AUX PROCHES D'UN PATIENT ATTEINT DE CANCER	24 25
➔ UNSERE GRUPPENANGEBOTE FÜR KREBSPATIENTEN NOS GROUPES POUR PATIENTS ATTEINTS DE CANCER	28 29
➔ LA VIE DE LA FONDATION	30

Réalisation: Comed
Imprimerie St Paul
Nombre d'exemplaires: 82.000
Info-Cancer est édité par la Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer
209, route d'Arlon - L-1150 Luxembourg

La reproduction complète ou partielle des textes est permise après autorisation préalable de la rédaction.

INFO-CANCER est envoyé à tous les donateurs de la Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer.

Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer
209, route d'Arlon L-1150 Luxembourg

MERCI, MADAME...



Son Altesse Royale la Grande-Duchesse Joséphine Charlotte, Présidente de la Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer



Signature du livre d'or lors de l'inauguration de nos locaux en 2002.

C'est avec tristesse et émotion que nous avons appris le décès de Notre Présidente-fondatrice, Son Altesse Royale la Grande-Duchesse Joséphine Charlotte, le lundi 10 janvier 2005.

Son Altesse Royale la Grande-Duchesse Joséphine Charlotte a toujours encouragé la fusion d'organisations ayant le même but. Aussi, après la fusion de nos deux associations* en 1994, nous a-t-Elle tout naturellement fait le grand honneur d'accepter de présider notre fondation.

Dès Sa jeunesse, Elle a montré une grande sensibilité pour les personnes souffrantes. Jeune Princesse de Belgique, marquée par la mort de Sa maman et par les événements de la Seconde Guerre Mondiale, Elle a suivi une formation d'infirmière et S'est dévouée dans Son pays pour les autres. Devenue Grande-Duchesse de Luxembourg, après son mariage avec le Grand-Duc Héritier Jean en 1953, Elle a poursuivi Ses missions d'humanité et de solidarité avec autrui. En tant que Présidente, Elle a apporté une contribution essentielle au développement de la Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer.

Tous les malades, les bénévoles, les collaborateurs et les membres du conseil d'administration de la Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer Lui en seront toujours reconnaissants.

* La Ligue Luxembourgeoise Contre le Cancer et l'Association Luxembourgeoise Contre le Cancer ont fusionné pour devenir la Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer

19. MÄRZ: KONFERENZ

Nach dem grossen Erfolg 2003 und 2004 lädt die Fondation erneut zu einer Konferenz ein zu dem Thema **"Darmkrebs: von der Vorbeugung zu den Behandlungsmethoden"**. Sie erfolgt in luxemburgischer Sprache, am Samstag, den 19. März um 10 Uhr in Luxemburg (ausführliches Programm und Rednerliste siehe S.14).

MESSE LIFE²

Am 18., 19. und 20. März 2005 wird in Luxemburg erstmals eine Messe zum Thema Gesundheit und Wohlbefinden zugunsten eines breiten Publikums abgehalten. Das diesjährige Thema "Länger jung bleiben" widmet sich den Aspekten eines gesunden Lebenswandels, der ein langes und gesundes Leben begünstigt. Es gibt zahlreiche Animationen und Informationsstände zu folgenden Themen:

"Medical - Thalasso - Nutrition - Beauty - Sport & Adventure - Home & Health".

Die Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer ist mit einem Stand vertreten (Bereich "Medical"). Der Eintritt ist kostenpflichtig, doch die Fondation hält kostenlose Eintrittskarten bereit.

Luxexpo in Luxemburg-Kirchberg: Freitag, 18. März (10 – 21 Uhr); Samstag, 19. März und Sonntag, 20. März (10 – 18 Uhr).

RAUCHSTOPP: SIE HABEN DAS HANDTUCH GEWORFEN?

Sie haben vor kurzem mit Rauchen aufgehört? Und sind schwach geworden? Verlieren Sie nicht gleich den Mut; die meisten Ex-Raucher haben 3 gescheiterte Versuche hinter sich, bevor sie es geschafft haben. Sicher ist es kein leichtes Unterfangen, und Sie tun gut daran, die verschiedenen Methoden, Tricks und Gefahren zu kennen. Unser Service Tabac-Stop steht Ihnen zur Verfügung: Tel.: 45 30 33-1. Hier steht Ihnen unsere neue Mitarbeiterin, Dr Marina Tomasic, mit nützlichen Ratschlägen zur Seite, damit auch Ihr Rauchstopp endgültig sein wird.



19 MARS: CONFÉRENCE

Vu l'énorme succès remporté en 2003 et en 2004, la Fondation invite toute personne intéressée à la conférence: **"Cancer de l'intestin: de la prévention au traitement"** qui aura lieu en langue luxembourgeoise le samedi 19 mars à 10 h à Luxembourg (programme détaillé et conférenciers: voir page 14).

SALON LIFE²

Le 18, 19 et 20 mars 2005 se tiendra au Luxembourg le premier Salon de la Santé et du Mieux-vivre destiné au grand public. Le thème de 2005 étant "Rester jeune, plus longtemps", l'accent sera mis sur les conseils et l'hygiène de vie qui font gagner de nombreuses années. Animations et stands seront consacrés aux thèmes suivants:

"Medical - Thalasso - Nutrition - Beauty - Sport & Adventure - Home & Health".

La Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer sera présente par un stand (zone "Medical"). L'entrée est payante, mais des billets d'entrée gratuits peuvent être retirés à la Fondation.

Luxexpo à Luxembourg-Kirchberg: vendredi 18 mars (10h-21h); samedi et dimanche 19 et 20 mars (10h-18h).

ARRÊT TABAC: VOUS AVEZ CRAQUÉ?

Vous avez arrêté de fumer dernièrement? Et vous avez craqué? Ne perdez pas espoir, car l'ex-fumeur fait en moyenne 3 essais infructueux avant d'y arriver. Il est vrai que ce n'est pas une mince affaire et qu'il vaut mieux connaître les méthodes, les trucs et les pièges.

Notre service téléphonique Tabac-Stop est à votre disposition; notre nouvelle collaboratrice, le Dr Marina Tomasic est là pour vous aider à réussir votre sevrage. Tél.: 45 30 33-1.

NEUVERÖFFENTLICHUNGEN - NOUVELLES PUBLICATIONS



Broschüre: Rauchstopp

Die Broschüre, die soeben fertiggestellt wurde, wendet sich an Raucher, die sich von ihrem Laster befreien möchten. In ihr finden Sie zahlreiche Tipps und Informationen.

Diese Broschüre ist gratis und ist auf einfache Anfrage bei unserer Fondation erhältlich (Tel: 45 03 33-1 oder flcc@pt.lu).

Brochure Tabac-Stop

La brochure, qui s'adresse aux fumeurs désirant se débarrasser de leur vice, vient d'être terminée. Ils y trouveront de nombreux conseils et informations.

Cette brochure gratuite peut être obtenue sur simple demande à notre Fondation (tél: 45 03 33-1 ou flcc@pt.lu).



Den Insider 20

"DEN INSIDER" Nr. 20 ist erschienen. Thema der neuen Ausgabe: **"Rauchen - wieso überhaupt?"** Diesmal widmet er sich der Frage, weshalb so viele junge Menschen mit dem Rauchen anfangen, obwohl die Risiken allgemein bekannt sind. Die kostenlose Zeitschrift ist erhältlich bei der Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer (Tel.: 45 30 33-1).

Den Insider 20

"DEN INSIDER" Nr. 20 vient de paraître. Il s'agit de notre journal trimestriel pour les jeunes. Ce numéro (en allemand) parle des raisons pour lesquelles les jeunes commencent à fumer, tout en connaissant la nocivité, et pourquoi ils continuent. Toute personne intéressée peut le recevoir gratuitement en téléphonant à la Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer (tél.: 45 30 33-1).



Kosmetiktipp für Krebspatienten

Im Rahmen der Serie "Leben mit Krebs", hat unsere Stiftung eine neue Broschüre veröffentlicht: "Kosmetiktipp für Krebspatienten".

Mehr darüber Seite 26.

Esthétique et cancer

Dans le cadre de sa série "Vivre avec un cancer", notre Fondation vient de publier une nouvelle brochure "Esthétique et Cancer" à l'attention des patients atteints d'un cancer.

Plus d'informations page 27.

EXPOSITION "BRUST - LUST - FRUST"

Pour sensibiliser la population au problème du cancer du sein, le Mouvement pour l'Égalité des Chances organise, avec le soutien du GAL Leader+ Müllerthal, une exposition BRUST-LUST-FRUST en collaboration avec le Frauenmuseum de Bonn. L'exposition qui aura lieu du 9 mars au 10 avril 2005 dans les locaux de la **Marxmiller à Biwer** (2 Biiwerbaach), vise à encourager les femmes face à cette maladie qui génère peur et incertitude. Des femmes artistes concernées par le cancer du sein ont recherché la confrontation avec leur maladie de manière individuelle et créative. Dans le même ordre d'idées, au même endroit aura lieu **"La nuit des soutiens-gorge"** le **18 mars 2005 à 19h30** (entrée gratuite).

Des soutiens-gorge préalablement transformés en "œuvres d'art" par des femmes issues du milieu national politique, sportif ou artistique, seront mis en vente aux enchères. Les recettes de cette soirée seront au bénéfice de la Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer pour soutenir un projet de recherche clinique visant à améliorer la qualité des traitements pour des patientes atteintes d'un cancer du sein, recherche sous la direction du professeur Martine Piccart de l'Institut Bordet, Bruxelles.

Renseignements concernant l'exposition ou la soirée: tél.: 021 66 92 12 (du lundi au mercredi de 9h-17h)

DES CONCERTS CONTRE LE CANCER



Le cycle des concerts "boulevard Royal" organisé au profit de la Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer par l'asbl Edmond Cigrang continue. L'idée: en fin de journée, après le bureau, une heure de musique classique avec des musiciens sympathiques qui expliquent ce qu'ils jouent. C'est à **19h** qu'auront lieu les prochains concerts sous les auspices de la Banque de Luxembourg **les mercredis** suivants:

© **13 avril:** sonates de Brahms avec Xavier van der Linden (violon) et Annie Kraus (piano)

© **11 mai:** Luxembourg Mandolin Quintet avec Mari Fe Pavon et Alla Tolkacheva (mandolines), Juan Carlos Muños (mandole et mandolin), Manuel Muños (guitare) et Francesco Civitareale, (contre-basse)

Entrée: 15 € (25 € par famille)

Lieu: Auditorium de la Banque de Luxembourg, 14 bvd Royal à Luxembourg (accès gratuit au parking de la banque)

Programme: www.boulevardroyal.net

Réservation: www.luxembourgticket.lu ou tél.: 47 08 95-1

ENTRETIEN AVEC LE MINISTRE DE LA SANTÉ, MARS DI BARTOLOMEO

Début septembre 2004, peu après sa nomination, le nouveau Ministre de la Santé, Monsieur Mars di Bartolomeo a tenu à recevoir la Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer en la personne de sa directrice, Marie-Paule Prost, et a confirmé son intérêt pour la problématique du cancer.

Entretemps, Monsieur Mars di Bartolomeo avait assisté à la conférence de la Fondation qui fêtait ses dix ans d'existence en décembre 2004: il avait insisté, lors de son allocution, sur l'importance de la prévention des cancers. Celle-ci étant une des priorités de la Fondation, sa directrice, Marie-Paule Prost, a jugé utile d'en parler plus en détails lors d'un entretien avec le Ministre de la Santé.



Marie-Paule Prost (**MPP**): "Monsieur le Ministre, depuis votre nomination, nous avons eu souvent le plaisir de lire ou d'entendre votre désir d'une politique de prévention. En particulier, vous savez aussi bien que moi que la promotion de modes de vie sains constitue le nerf de la guerre pour la prévention des cancers. Comment allez-vous aborder les domaines suivants: lutte contre le tabac, promotion d'une alimentation saine et lutte contre l'obésité, lutte contre l'excès d'alcool, promotion du sport et des activités physiques. Allez-vous mettre des priorités, voire mettre en place des synergies?"

Mars di Bartolomeo (**MdB**): "La priorité est d'encourager les gens à garder ou à augmenter leur capital santé. Pour cela, il faut donc encourager les bons comportements et empêcher les comportements nocifs. Pour la santé, si on connaît les problèmes, on connaît aussi les réponses. Par exemple, les cancers du poumon sont essentiellement dus au tabagisme: il faut donc lutter contre le tabagisme. Il s'agit de mettre en pratique ces réponses et de promouvoir les modes de vie sains. Le tout constitue un défi qu'il faut aborder

avec de nombreux partenaires: le milieu scolaire, le milieu sportif, la société civile, etc. Il faut passer des messages positifs. Mais il ne faut pas oublier la prévention secondaire, c'est-à-dire le dépistage des cancers. Le Programme Mammographie existe maintenant depuis plus de 10 ans. Une sensibilisation du public pour le dépistage du cancer de l'intestin va être lancée prochainement."

MPP: "Une de vos priorités est la lutte contre le tabagisme. Quelle est votre opinion sur les diverses mesures possibles?"

- Politique des prix (hausse substantielle et régulière)
- Interdiction totale de toute publicité directe et indirecte
- Législation d'interdiction de fumer dans les entreprises et lieux publics
- Législation d'interdiction de fumer dans le secteur HORESCA
- Faire respecter la législation
- Aides aux fumeurs
- Interdiction de vente aux mineurs"

MdB: "Tout d'abord, il faut noter que la volonté politique de faire quelque chose pour la protection des non-fumeurs ne vient pas que du Ministre de la Santé, mais figure dans le programme du gouvernement: "Le Gouvernement déposera un projet de loi visant à améliorer la protection des non-fumeurs." C'est dans ce sens que nous allons nous efforcer de prendre diverses mesures.

a. Une de mes premières propositions au conseil de gouvernement a été la hausse des taxes des cigarettes qui s'est réalisée en janvier, hausse peut-être encore timide, mais la plus importante vue jusqu'ici au Luxembourg (hausse de 20 cts).

b. Certains aspects sont couverts par la loi du 24 mars 1989 (voir page 9), mais il est vrai que cette loi est incomplète. Cette loi est en cours d'analyse par mes services pour voir ce qu'il faut ajouter. De plus, la situation évolue énormément et favorablement au niveau européen (réglementation, directives, etc.).

c. Pour les lieux publics, la loi existe, mais l'application en est mauvaise. Ceci doit changer. En ce qui concerne les entreprises, nous allons prendre contact avec elles pour voir comment s'impliquer beaucoup plus dans la promotion de vie saine.

d. Dans les restaurants, la norme devrait être de ne pas fumer. La protection des non-fumeurs ne pourra se faire que par une législation.

e. La meilleure des lois ne sert à rien si elle n'est pas appliquée. C'est dans ce sens que des agents de contrôle ont été désignés par l'Inspection sanitaire pour une première phase d'observation (en ce qui concerne l'interdiction de publicité, l'étiquetage des paquets et l'interdiction de fumer). Cette phase sera suivie, s'il le faut, par une phase répressive.

f. L'aide aux fumeurs sera faite avec des partenaires. Il faut envisager diverses possibilités: programmes de sevrage tabagique dans les entreprises, etc.

g. L'interdiction de vente aux mineurs fait partie d'un lot de mesures.

MPP: "Vous n'êtes pas sans savoir que d'après une enquête européenne, le Luxembourg se trouve parmi les derniers en matière de politique de prévention du tabagisme. Qu'en pensez-vous?"

MdB: "Cette dernière place nous est attribuée surtout à cause du prix du tabac au Luxembourg. L'Espagne et le Luxembourg figurent parmi les pays où le tabac est le moins cher."

MPP: "Où en est la convention-cadre de l'OMS? Qu'est-ce qui va changer concrètement pour le Luxembourg?"

MdB: "Le gouvernement précédent avait complètement bloqué la convention-cadre de l'OMS. En octobre de l'an dernier, j'ai demandé (et obtenu) le déblocage au conseil de gouvernement, suite à quoi le projet de loi a été déposé. Le conseil d'Etat va donner son avis et la commission de la chambre des députés planchera là-dessus en mars-avril. Si tout va bien, la ratification aura lieu au printemps.

En ratifiant cette convention-cadre, un état s'engage à effectuer diverses mesures avec des conditions temporelles. Cette convention-cadre montre que la communauté mondiale réagit au problème du tabagisme. La protection des non-fumeurs, la reconnaissance du tabac comme cause de mortalité et morbidité, c'est l'affaire de tous. La convention-cadre émet des recommandations et nous donne le courage politique et les arguments nécessaires pour la mise en place des mesures efficaces."

MPP: "Que pensez-vous des organisations non gouvernementales comme la nôtre?"

MdB: "Elles sont essentielles pour avancer et pour sensibiliser. Je compte sur la Fondation pour collaborer étroitement à diverses actions et je m'engage à la soutenir en cas de nécessité."

MPP: "Merci, Monsieur le Ministre, et bonne chance."

INTERDICTION DE FUMER DANS CERTAINS LIEUX

Lois du 24 mars 1989 et du 6 janvier 1995 portant sur l'interdiction de fumer dans certains lieux

Art. 9. Il est interdit de fumer:

1. à l'intérieur des établissements hospitaliers et des institutions accueillant des personnes âgées à des fins d'hébergement: dans les chambres des malades et des pensionnaires ainsi que dans tous autres locaux à usage collectif servant à l'accueil, aux soins et à l'hébergement des malades et des pensionnaires, y compris les ascenseurs, les corridors et les salles d'attente;
2. dans les salles d'attente des médecins et médecins-dentistes;
3. dans les pharmacies;
4. à l'intérieur des établissements scolaires de tous les types d'enseignement;
5. dans les locaux destinés à accueillir ou à héberger des personnes de moins de seize ans;
6. dans les halls omnisports et plus généralement dans toutes les salles couvertes, avant et pendant les manifestations sportives;
7. dans les salles de cinéma, de spectacles et de théâtres;
8. dans les musées, galeries d'art, bibliothèques et salles de lecture, ouverts au public;
9. dans les halles et salles des bâtiments publics où l'interdiction de fumer est affichée;
10. dans les autobus des services de transport réguliers de personnes, même à l'arrêt ou au stationnement;
11. dans les sections marquées "Non-fumeurs" des voitures de chemin de fer et des aéronefs.

L'interdiction de fumer dont il est question dans le présent article ne vaut pas dans les fumoirs spécialement aménagés à cette fin par l'exploitant des lieux.

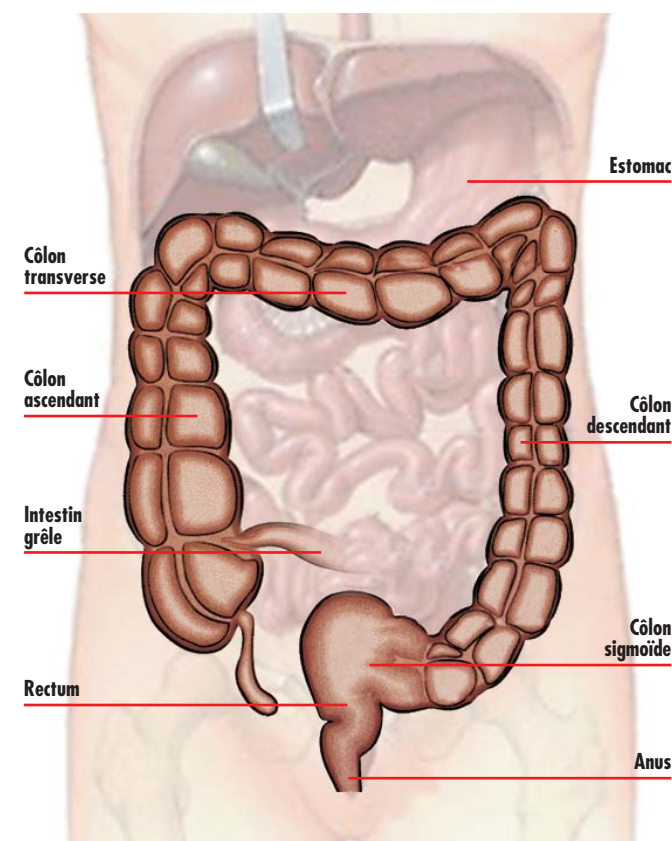
Les infractions aux dispositions de la présente loi sont punies d'une amende de 25 euros à 250 euros.



LE CANCER DE L'INTESTIN: QUI DÉPISTER ET COMMENT ?

MARIE-PAULE PROST, Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer.

Au Luxembourg, comme partout en Europe, les cancers colorectaux (cancers du côlon et du rectum, appelés plus communément cancers de l'intestin) figurent parmi les cancers les plus fréquents. Malheureusement, ils se développent sans symptômes et sont souvent trouvés trop tard, lorsque le traitement n'entraîne plus la guérison. Or, on peut éviter leur apparition en détectant et en enlevant les lésions qui favorisent leur développement. Si on n'a pas de risque particulier, c'est à partir de 50 ans qu'il faut commencer à y être attentif.



Une partie de l'appareil digestif: le gros intestin (côlon et rectum).

Que peut-on faire ?

⊗ Vivre sainement

D'abord, on peut mettre un maximum de chances de son côté en vivant sainement, c'est-à-dire en ayant une alimentation saine et équilibrée, avec beaucoup de fruits et de légumes, en ne fumant pas et en faisant régulièrement de l'exercice physique.

⊗ Enlever un ou des polypes

Ensuite, il faut savoir que la plupart des cancers colorectaux se développent à partir de polypes (excroissances de la muqueuse intestinale). Or, ces polypes (tumeurs bénignes) peuvent être détectés par des examens médicaux (voir plus loin) et même être enlevés, ce qui les empêchera de se développer en cancers (tumeurs malignes).

⊗ Détecter le plus tôt possible pour guérir

Le dépistage du cancer colorectal consiste à rechercher la présence du cancer lors d'un examen médical, avant l'apparition de tout symptôme. Grâce au dépistage, on peut donc trouver un cancer à ses débuts. Plus il est trouvé tôt, meilleures sont les chances de guérison, car le traitement est d'autant plus efficace si la maladie ne s'est pas propagée à l'extérieur du côlon.



Les polypes

La grande majorité des cancers colorectaux résulte de la transformation maligne d'un polype de type adénomateux.

Les polypes peuvent se former autour de 50 ans pour la population sans risque particulier. Par exemple à 65 ans, un tiers de la population est porteur d'un polype colique. Certains polypes vont se transformer en cancers dans un délai de 10 à 20 ans. Ce sont les polypes les plus gros (taille supérieure à 1 centimètre) qui dégénèrent le plus et se transforment en cancers. On estime que 10% des polypes atteindront la taille de 1 centimètre, et que la moitié de ces derniers se transformeront en cancer.

Comme le risque d'apparition de polypes commence aux alentours de 50 ans, il est donc recommandé de se faire examiner à partir de 50 ans.

Quelles sont les personnes à risque élevé ?

Les personnes qui sont plus susceptibles d'avoir un cancer colorectal que la moyenne des gens sont celles :

- ⊗ dont un parent au premier degré (parent, frère ou sœur, enfant) a déjà été atteint d'un cancer colorectal ou d'un polype adénomateux
- ⊗ qui ont eu un cancer colorectal
- ⊗ qui présentent des polypes bénins au côlon ou au rectum
- ⊗ qui sont atteintes d'affections intestinales inflammatoires (rectolite hémorragique ou maladie de Crohn)
- ⊗ qui sont atteintes de certains syndromes héréditaires, comme la polyposose adénomateuse familiale (maladie héréditaire très rare avec apparition de nombreux polypes dès l'adolescence), ou de cancer colique héréditaire sans polyposose (appelé aussi syndrome de Lynch).

Pour ces **personnes qui ont un risque supérieur** à celui de la population normale, il est conseillé d'en parler à leur médecin. Ensemble, ils pourront déterminer un programme de surveillance individuel, c'est-à-dire quel examen il faut faire, à quelle fréquence et à partir de quel âge il faut dépister.

Risque de développer un cancer colorectal

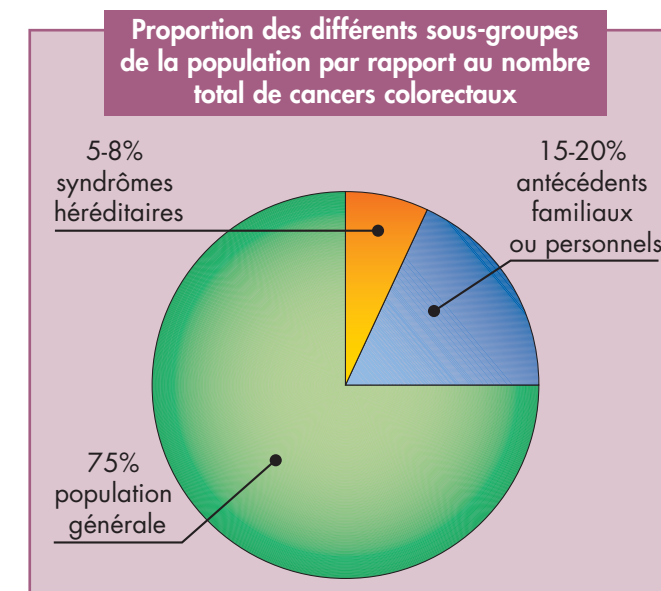
Il faut bien distinguer les sujets à risque moyen (population générale) des sujets à risque élevé. Mais il faut aussi considérer la fréquence des cancers pour ces différentes populations.

Le tableau suivant permet de voir le risque individuel de chacun d'avoir un cancer colorectal au cours de sa vie.

	Risque de développer un cancer colorectal*
Population générale (sans risque particulier)	5 %
Polypose rectocolique familiale	100%
Cancer colorectal familial sans polyposé	90%
Un seul parent au premier degré atteint de cancer colorectal ou d'un adénome supérieur à 1 centimètre	Risque 2 à 3 fois plus élevé que la population générale
Sujet ayant un adénome colorectal supérieur à 1 centimètre	Risque 2 fois plus élevé que la population générale
Sujet ayant plusieurs adénomes colorectaux supérieurs à 1 centimètre	Risque 4 fois plus élevé que la population générale
Sujet ayant une rectolite hémorragique ou maladie de Crohn	Risque évalué entre 10-40%

* Source: Winawer SJ et coll. "Colorectal cancer screening and surveillance: clinical guidelines and rationale- update based on new evidence" Gastroenterology 2003;124

La figure ci-dessous nous donne la proportion des cancers colorectaux dans les différents sous-groupes de la population.



On notera que la grande majorité des cancers colorectaux (de l'ordre de 75%) se manifeste chez ces personnes sans risque particulier, et ceci surtout après l'âge de 50 ans. On comprend donc l'importance du dépistage en dehors de tout symptôme, c'est-à-dire chez des personnes a priori en bonne santé.

Pour la population “générale”, on recommande le dépistage à partir de 50 ans.

Par quel moyen dépister ?

Pour un dépistage de masse au sein d'une population sans risque particulier, l'idéal serait d'avoir un test peu coûteux, de réalisation facile, fiable, accepté par la population et sans risques. Actuellement, on dispose de 2 méthodes de dépistage qui présentent chacune des avantages et des inconvénients. Ces méthodes sont d'une part la recherche de sang dans les selles (test commercialisé sous le nom de Hemoccult), et d'autre part la coloscopie. C'est à chacun de prendre la décision avec son médecin après avoir été informé et avoir bien compris les avantages et désavantages de chaque méthode.

Le test Hemoccult

Le test Hemoccult est un test détectant la présence de sang occulte (invisible à l'œil) dans les selles, ce qui constitue un des signaux d'alarme du cancer de l'intestin. En effet, 2/3 des cancers colorectaux saignent au moins une fois par semaine, de même que les polypes de plus de 2 centimètres (les autres polypes moins souvent).

On comprend facilement que ce test ne détectera pas tous les cancers de l'intestin (à peine la moitié) et très peu de polypes (1 sur 10).

D'un autre côté, il sera aussi positif, c'est-à-dire des traces de sang seront trouvées, en cas de lésions digestives qui saignent (gastrite, hémorroïdes, etc.). Même chose en cas de présences de certaines substances (aspirine, viande rouge, certains végétaux, etc.): c'est pour cela que ces médicaments et aliments ne doivent pas être pris pendant au moins 2 jours précédant le test. La vitamine C ou des aliments riches en fibres qui raccourcissent la durée du transit, sont déconseillés pendant cette période.

Pour tout test positif, une coloscopie doit être réalisée.

Déroulement du test Hemoccult: il s'agit d'une plaquette

cartonnée comportant une substance qui réagit à l'hémoglobine, c'est-à-dire aux traces de sang. En fait, la carte est imbibée d'une résine qui se colore en bleu en présence de sang.

Le patient doit appliquer, chez lui à domicile, des échantillons de selles avec une spatule sur une carte spéciale, et ceci trois jours de suite (trois plaquettes différentes !). Ce test sera envoyé au laboratoire où il sera interprété par des experts.

Ce test doit être effectué chaque année à partir de 50 ans.

Il est facile à réaliser, sans risque, sans douleur et peu coûteux pour les caisses de maladie. Il est aussi beaucoup mieux accepté par la population que la coloscopie, mais il est finalement peu spécifique, puisqu'il rate la moitié des cancers colorectaux.

La coloscopie

Cet examen permet de visualiser la totalité du côlon et du rectum à l'aide d'un tube souple introduit par l'anus. On comprendra aisément que l'intestin du patient doit être bien “nettoyé”, c'est-à-dire qu'il n'y ait pas de résidu fécal qui pourrait gêner. Ceci entraîne pour le patient une préparation plus fastidieuse: purge, la veille de l'examen, et régime sans résidus pendant quelques jours.

Pour décontracter le patient et lui éviter des douleurs, un calmant lui est administré en début d'examen. L'examen dure une vingtaine de minutes et permet de visualiser un polype éventuel ou un cancer. Il est essentiel de savoir que cette méthode permet aussi d'enlever les polypes.

Si aucun polype ou aucune autre anomalie n'est trouvé, il est recommandé de refaire l'examen 10 ans plus tard.



Sinon, l'examen sera répété dans un intervalle de 1 à 5 ans selon le nombre, la taille et la structure des polypes retirés. Malheureusement, c'est un examen mal accepté par la population (peur, gêne, etc.) et son coût est élevé pour les caisses de maladie. Il n'est pas sans risque, comme tout acte médical (complications très rares: perforation, saignement, troubles cardio-vasculaires).

En Allemagne, dans le cadre d'un programme de dépistage du cancer de l'intestin, la coloscopie est recommandée. Pour éviter les complications éventuelles de cette méthode, seuls les médecins ayant effectué plus de 200 coloscopies et procédé à l'ablation de 50 polypes pendant 2 ans, ont le droit de procéder à une coloscopie dans le cadre de ce programme.

	TEST HEMOCCULT	COLOSCOPIE
Descriptif	Met en évidence la présence de sang dans les selles	Inspection de tout l'intestin grâce à un long tube
Âge (population sans risque particulier)	A partir de 50 ans	A partir de 50 ans
Fréquence (population sans risque particulier)	Chaque année	Tous les 10 ans
Préparation	Eviter certains aliments et médicaments	Eviter certains aliments et médicaments. Préparation à boire la veille (purgé). Léger calmant pendant l'examen.
Durée	Minimale	20-30 minutes
Avantages	Test simple et sans risque Test peu coûteux	Fiable (détecte pratiquement tous les cancers colorectaux et la plupart des polypes). Préventif, car permet d'enlever les polypes
Désavantages	Test non fiable Test peu spécifique (ne détecte que la moitié des cancers)	Nécessite préparation. Examen désagréable, parfois un peu douloureux. Complications très rares, mais possibles. Examen coûteux
Acceptation	Bonne	Mauvaise
Si positif	Il faut faire une coloscopie	
Efficacité	Diminution de la mortalité de 15-20% (si la moitié de la population âgée de 50 à 75 ans y participe)	80-90% des cancers colorectaux évités en enlevant les polypes

Conclusion

Il faut identifier les personnes à risque afin qu'elles suivent des programmes de surveillance adaptés.

Pour la population générale, chaque méthode a ses avantages et ses désavantages.

En se mettant à la place du patient qui veut mettre un maximum de chances de son côté, c'est la coloscopie qui l'emporte clairement. En effet, c'est la meilleure méthode

de détection tant des polypes que des cancers, mais le coût, le risque et le fait qu'elle soit peu acceptée, rendent cette stratégie de dépistage discutable pour la population. Car du point de vue santé publique, la meilleure méthode ne sert à rien, si la plupart des gens en ont peur et n'y ont pas recours.

C'est ce débat que mène actuellement un groupe de travail mis en place par le Ministère de la Santé.

REPRISE DES CONFÉRENCES DE 2003 ET 2004
EN LANGUE LUXEMBOURGEOISE

LA FONDATION LUXEMBOURGEOISE CONTRE LE CANCER
vous invite à la conférence:

CANCER DE L'INTESTIN: DE LA PRÉVENTION AU TRAITEMENT

Samedi 19 mars 2005 de 10h à 12h30
Parc Belle-Vue - Centre Convict - 5, avenue Marie-Thérèse à Luxembourg

PROGRAMME

Modérateur: Dr Carlo Bock. - Questions-réponses après chaque exposé.

"L'ampleur du problème. Les facteurs de risque. Les signes d'alerte."

Dr Jacques Reichling

Le cancer de l'intestin (côlon) est malheureusement un des cancers les plus fréquents au Luxembourg. Or, il s'agit d'un cancer qui pourrait être évité. Pour cela, chacun devrait connaître les facteurs de risque (polypes, âge, hérédité, maladies inflammatoires et nutrition) et les signes d'alerte.

"Alimentation et cancer de l'intestin"

Marie-Paule Prost-Heinisch

Il vous sera expliqué pourquoi il est très difficile d'émettre des recommandations précises concernant le lien entre alimentation et cancers. En résumé, on peut dire qu'une alimentation équilibrée comprenant une quantité importante de fruits et de légumes a un effet protecteur.

"Le dépistage des lésions précancéreuses ou d'un cancer de l'intestin"

Dr Paul Pescatore

Grâce à la coloscopie, on peut détecter non seulement un cancer à son début, ce qui donne un maximum de chances de guérison, mais aussi détecter des lésions précancéreuses (polypes) qui peuvent être enlevées. Un tel examen s'adresse non seulement aux personnes à risque ou présentant des symptômes d'alarme, mais également à la population générale. L'intérêt d'autres techniques sera également discuté.

"Chirurgie du cancer de l'intestin: une vague de nouvelles techniques"

Dr Jacques Kayser

La chirurgie reste la base essentielle du traitement du cancer de l'intestin. Les techniques chirurgicales ont été considérablement raffinées, notamment depuis l'introduction de la laparoscopie et ont permis d'améliorer l'évolution de la maladie.

"Progrès dans le traitement du cancer de l'intestin"

Dr Guy Berchem

Les traitements complémentaires par radiothérapie et chimiothérapie sont appelés à jouer un rôle de plus en plus important dans la prise en charge de ce cancer, avant et après l'intervention chirurgicale. Les pratiques les plus courantes et les perspectives d'avenir seront abordées.

Conférence en luxembourgeois - entrée libre

PRISE EN CHARGE MULTIDISCIPLINAIRE DU PATIENT ATTEINT DE CANCER

DR CARLO FABER, Luxembourg.

Qu'est-ce qui a changé ?

Au milieu du siècle révolu, être atteint d'une tumeur cancéreuse était le plus souvent synonyme d'un pronostic fatal à court ou moyen terme. La chirurgie était l'apanage de quelques pionniers, la radio- et chimiothérapie balbutiaient dans la pénombre, l'anesthésie relevait de l'exploit, les réanimations étaient inexistantes. Le sujet était totalement "tabou", il ne fallait surtout pas prononcer le mot "cancer" devant un patient, mot synonyme de condamnation à mort. Qui ne se souvient des "ombres" à la radiographie et des "abcès" traités avec des "antibiotiques" faisant perdre les cheveux !



En cinquante ans, la recherche sur le cancer a littéralement explosé, tous les domaines ont fait des percées absolument spectaculaires. Les tumeurs sont découvertes de plus en plus tôt, les techniques chirurgicales deviennent de moins en moins mutilantes et sont "mini-invasives", la chirurgie reconstructrice prend le relais, la douleur est prise en charge, les traitements adjuvants sont rendus tolérables. La recherche médicale se consacrant essentiellement au traitement du cancer, c'est la société qui a commencé à s'occuper de "l'homme malade et de son entourage" avec à la clé, l'apparition de nouveaux concepts tels que comités d'éthique, soins palliatifs, psycho-oncologie, débats sur l'euthanasie.

Malheureusement de nos jours, il existe encore des maladies incurables et des souffrances tant physiques que morales pénibles avec souvent la mort comme seule délivrance. Mais petit à petit se sont mis en place une multitude de progrès, de techniques, de concepts philosophiques permettant d'accepter la maladie cancéreuse et de ne plus la considérer comme une fatalité inéluctable.

Et à l'aube du 3^e millénaire ?

Révolu le temps où le cancer se traitait "en cachette".

Aujourd'hui, le traitement se fait au grand jour, en transparence complète, l'information étant à portée de chaque patient intéressé !

En permanence, les médecins et les patients sont informés par internet et les médias des "guidelines", correspondant aux recommandations standardisées de traitement, les "golden standards".

Les recommandations des «conférences de consensus» sont aussi disponibles à tout moment sur les sites internet spécialisés : ces conférences sont des réunions d'experts de tous les continents proposant pour chaque tumeur, à chaque stade de son évolution, le meilleur traitement en fonction des résultats d'études contrôlées.

Le traitement du cancer ne relève définitivement plus de la compétence d'un seul médecin: aujourd'hui, le "challenge" ou le "must" pour prendre en charge optimalement un patient atteint de cancer consiste à créer dans des établissements hospitaliers des **"centres de compétence"**. Un tel centre rassemble autour du patient toutes les forces vives spécialisées dans le domaine. La littérature scientifique apporte les preuves irréfutables des bienfaits de la prise en charge multidisciplinaire pour les patients et leurs familles! La création et la maintenance d'un centre de compétence ne coulent pas de source, mais nécessitent un engagement permanent et une dynamique infaillible de "coordinateurs" facilitant le flux des énergies vers un seul but: **la prise en charge optimale du patient sous tous ses aspects!**

Ces "centres de compétence" offrent les avantages suivants:

- ⊗ Les modalités optimales de traitement, conformément aux standards et recommandations internationales, sont décidées au cas par cas au sein de **"tumor-boards interdisciplinaires"**, rassemblant chirurgiens-spécialistes, médecins-spécialistes, oncologues, radiothérapeutes, radiologues et anatomopathologistes.
- ⊗ L'évaluation, la publication et l'analyse permanentes des résultats des traitements obtenus, en association avec des experts étrangers au sein de **comités scientifiques**, garantissent aux patients une prise en charge et un suivi sans perte de chance.
- ⊗ Parallèlement, des équipes compétentes paramédicales en contact permanent avec les équipes médicales, sont à l'écoute du patient en tenant compte de ses **considérations sociales, culturelles, religieuses et**

spirituelles, psychiques, psychologiques, diététiques et de bien-être. Ceci permettra de réduire au maximum les effets secondaires du traitement médical. Ces équipes, en collaboration étroite avec les organismes de soins à domicile, tentent d'organiser au plus tôt le retour à domicile afin de minimiser la durée du séjour hospitalier. Lorsque la fin de la vie s'approche, des soins palliatifs, que ce soit à l'hôpital ou à domicile, sont proposés, rendant ce passage obligé le plus humain et digne possible, tout en (ré)intégrant dans la mesure du possible, ce moment "naturel" dans l'intimité familiale.

- ⊗ Finalement, l'offre d'une **consultation génétique** permet aux générations futures de bénéficier d'une surveillance et de traitements préventifs destinés à éviter l'évolution vers la maladie cancéreuse.
- ⊗ La participation par des organismes externes de l'établissement au sein du **conseil de gestion** assure transparence et critique constructive.
- ⊗ Une intense collaboration avec les **organismes de prévention spécialisés** dans les campagnes de sensibilisation du grand public a pour but, au mieux d'éviter, sinon de traiter les patients atteints de tumeurs cancéreuses à un stade précoce, synonyme de chances optimales de guérison.

L'information et la transparence permettent donc aux patients de choisir librement le centre de compétence correspondant au mieux à leur maladie!

Que de chemin parcouru en un demi-siècle!

Que d'espoir pour le siècle en cours!

FIN DE VIE ET SOINS PALLIATIFS

MPP - S'il est vrai que les soins palliatifs et l'accompagnement des fins de vie se développent peu à peu, le tabou de la mort persiste dans notre société techniquement si évoluée.

De même, le débat sur l'euthanasie ne cesse de s'amplifier. Doit-on légiférer? Et que veut dire légaliser? Qu'est-ce qu'on rend possible, avec quels contrôles et dans quelles conditions? Doit-on suivre le modèle néerlandais, français ou belge?

Curieusement, on remarque que ce débat sur l'euthanasie se nourrit d'ambiguïtés, de peurs et d'idées dépassées. En fait, la confusion autour des notions de "soins palliatifs", "arrêt de traitements" et "euthanasie" est de nature à fausser le débat.

Le sujet revenant souvent dans les médias ou dans les débats politiques, il nous semble essentiel que chacun cerne bien le sujet de manière à ne pas mélanger certains termes. Il est évident qu'il faut bien étudier la question avant d'y apporter des réponses! Mais la vraie problématique n'est-elle pas de propager la culture palliative et de développer concrètement la pratique des soins palliatifs?

Dans le débat sur la fin de vie, il nous a semblé important, sans prendre une position quelconque sur le sujet, de rap-

porter quelques clarifications et idées fortes émises par Marie de Hennezel, psychologue et spécialiste en soins palliatifs en France. Suite au succès de son livre "La Mort intime" préfacé par François Mitterrand, Marie de Hennezel a continué à écrire pour transmettre son expérience et contribuer au changement des attitudes face à la mort. En 2002, elle a été chargée

par le Ministre de la Santé de faire un rapport sur la fin de vie en France. Dans ce rapport, Marie de Hennezel, analyse la situation en France et fait de nombreuses propositions. Ces propositions, au nombre de 50, sont reprises dans une version abrégée et simplifiée dans le livre "Propositions pour une vie digne jusqu'au bout" aux éditions du Seuil, publié en novembre 2004 (ISBN 2-02-067923-X; prix de l'ordre de 14 EUR).



Extraits du rapport "Mission: Fin de vie et accompagnement" remis par Madame Marie de Hennezel au Ministre de la Santé (octobre 2003)

Une étude française sur les connaissances, représentations et perceptions à l'égard des soins palliatifs, réalisée en juillet 2003, montre que:

- la confusion existe dans les esprits autour des termes qui nourrissent le débat sur la fin de vie (notamment les termes d'acharnement thérapeutique, de soins palliatifs, d'euthanasie).
- les soins palliatifs sont peu connus. Leurs contours sont flous. On manque d'information au sujet des ressources qu'ils offrent. En population générale, quasiment personne

ne connaît l'existence et le fonctionnement des équipes mobiles.

On fait croire aujourd'hui, et les sondages y participent, qu'il n'y a qu'une seule alternative aux souffrances extrêmes: le geste de donner délibérément la mort. On ignore que la médecine palliative s'est donnée comme mission de ne pas abandonner ses patients. On ignore que les progrès des soins palliatifs leur permettent de contrôler la quasi-totalité des douleurs physiques. On ignore qu'un accompagnement bien conduit peut apaiser en grande

Les brochures suivantes dans notre série **"Vivre avec un cancer"** existent en français ou en allemand: il s'agit de guides pratiques avec **explications et conseils pour les patients atteints de cancer.**



"La Radiothérapie",
"La Chimiothérapie",
"Quand manger devient difficile",
"Guide pratique pour les personnes atteintes d'un cancer",
"La Communication Médecin-Patient".

Si vous êtes intéressé(e),
vous pouvez commander
une de ces brochures
par téléphone au 45 30 33-1
ou via e-mail à flcc@pt.lu

partie la douleur morale, que des soins donnés avec respect et tendresse peuvent modifier le sentiment d'indignité. On ignore enfin que, dans les situations aiguës, les médecins formés aux soins palliatifs ne laissent jamais une personne en souffrance, et utilisent tous les moyens dont ils disposent pour apaiser cette dernière.

Ambiguïté des termes

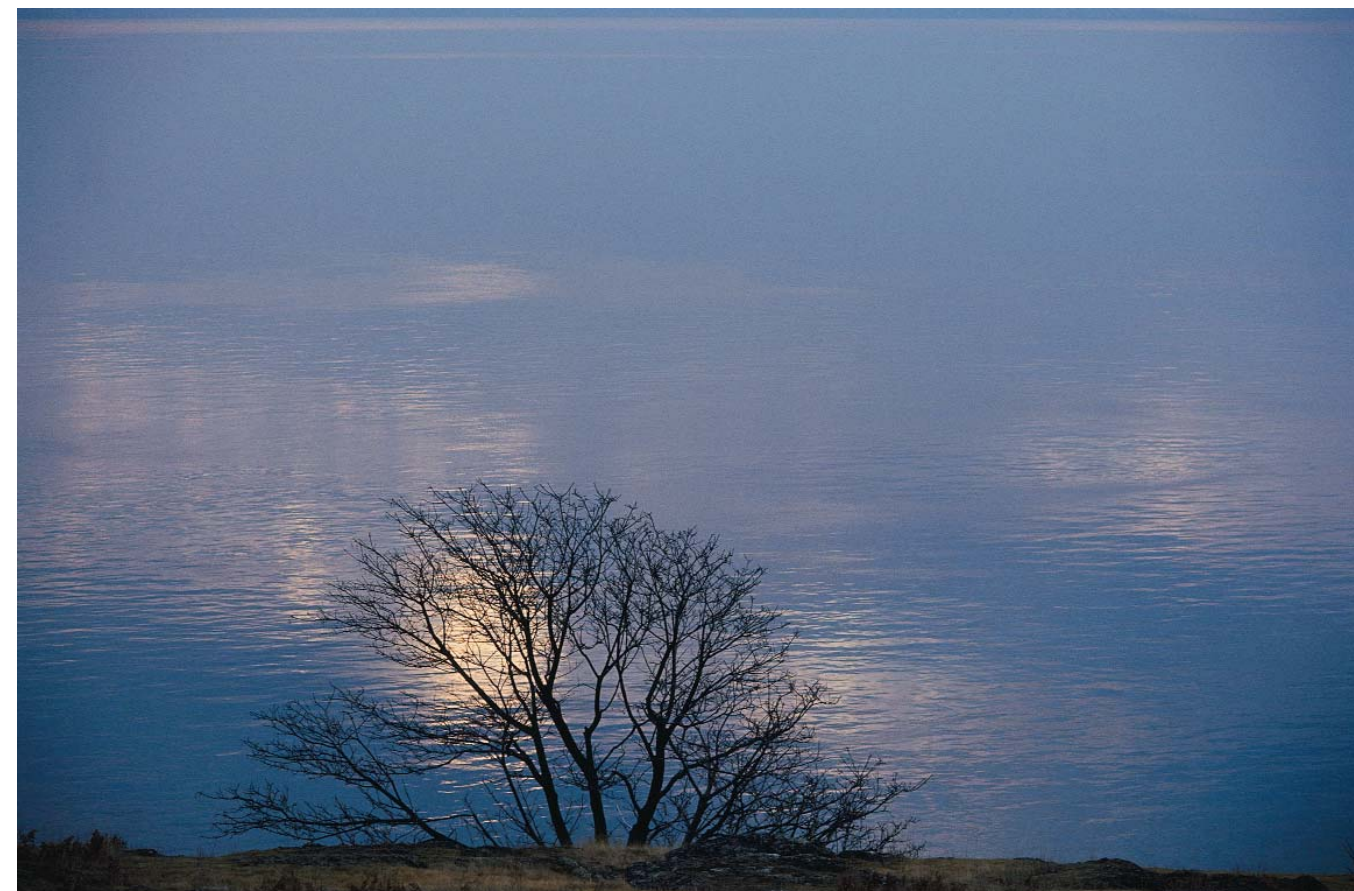
L'examen des commentaires de la littérature internationale montre que l'ambiguïté qui affecte les termes relatifs aux situations de fin de vie (obstination thérapeutique, soins palliatifs, euthanasie) est générale. Ces trois situations sont souvent confondues et l'ambiguïté semble servir de ressource stratégique.

La **notion d'euthanasie**, par exemple, recouvre à la fois l'arrêt ou la limitation de traitements, le soulagement des souffrances terminales par analgésie ou sédation et l'acte délibéré de donner la mort. Les commentaires montrent que **chacun a intérêt à choisir la définition qui sert ses positions**.

Ainsi, pour les partisans de l'euthanasie, qui estiment qu'il y a une continuité entre soins palliatifs et euthanasie, la sédation active et l'arrêt des techniques de réanimation artificielle peuvent être considérés comme des formes d'euthanasie. Quant aux adversaires de l'euthanasie, ils refusent de tels rapprochements, en se référant notamment au principe du "double effet"*. Cette théorie est ainsi interprétée comme une stratégie de soins palliatifs par les uns, et comme une euthanasie déguisée par les autres.

Il n'est donc pas étonnant que certains médecins ont parfois du mal à déterminer si tel acte médical doit être ou non catégorisé comme soin palliatif ou euthanasie, de sorte que les estimations de ces pratiques fondées sur des méthodes déclaratives pourraient surévaluer leur fréquence réelle.

* Cette règle est une règle éthico-morale qui oppose des prescriptions médicales qui visent à soulager le patient, à celles qui viseraient à provoquer le décès du patient. Plus simplement: un acte bon (le soulagement, le respect du refus de soin) peut avoir un effet mauvais non désiré (la mort).



Confusion des pratiques

En 2002, une enquête sur les "Connaissances, Attitudes et Pratiques des médecins face aux soins palliatifs" a été réalisée en France.

Une question traitant de l'attitude de médecins vis-à-vis de l'euthanasie confirme que **sous le vocable "euthanasie", certains généralistes et spécialistes regroupent une série d'actes différents**. Ainsi, pour les patients en phase terminale, ils assimilent à des actes d'euthanasie la sédation active (7,3%), l'arrêt des techniques de réanimation (19,1%) et la prescription de morphine à haute dose (14,6%).

L'actualité récente* nous offre un exemple remarquable de cette confusion des pratiques, entretenue par les médias. On qualifie d'euthanasie la pratique des réanimateurs et les partisans d'une loi sur l'euthanasie, relayés par les médias, se servent de cet argument pour réclamer "qu'on mette fin à cette hypocrisie" et qu'on légifère.

Une autre étude auprès de 1.000 médecins a montré qu'un pourcentage non négligeable de médecins ont encore peur de "faire de l'euthanasie" quand ils donnent de la morphine. En fait, **c'est la question d'intention qui doit être au cœur du débat**. Augmente-t-on la morphine pour soulager une douleur réfractaire ou bien pour abrégier la vie d'un patient angoissé dont on ne supporte plus la souffrance? S'agit-il de soulager des douleurs ou bien d'une aide active à mourir, c'est-à-dire un geste qui tue?

Il faut absolument distinguer les limitations et arrêts de traitement devenus inutiles ou refusés par le patient et **l'euthanasie qui est l'acte de provoquer délibérément la mort**.

Peurs des bien-portants

Le débat sur l'euthanasie se nourrit également de **la peur de terminer sa vie dans des souffrances extrêmes, et dans un état de déchéance insupportable**.

* Il s'agit de la décision d'une équipe de réanimation d'arrêter les traitements de réanimation du jeune Vincent Humbert qui, passés la phase d'urgence, étaient devenus de l'acharnement thérapeutique ou ce que le Code de déontologie condamne comme "obstination déraisonnable".



Il est intéressant de constater le décalage entre le nombre de personnes qui se disent favorable à l'euthanasie (autour de 80%) et finalement, le tout petit nombre de ceux qui persistent à demander la mort, au-delà d'une bonne prise en charge de la douleur et d'un bon accompagnement (1%).

Ce sont les bien-portants qui, en grande partie, militent en faveur de ce "droit de mourir". De l'avis des soignants, ces demandes sont exceptionnelles chez les personnes en fin de vie, qui attendent d'être soulagées de leurs douleurs et accompagnées par des personnes attentives et disponibles.

La perspective de se retrouver un jour grabataire, sourd, muet, paralysé, incontinent, transbordé de son lit au fauteuil, terrifie. Les récits de fins de vie médicalisées à outrance, interminables, le constat de certaines maltraitements, tout cela contribue au désir de maîtriser sa fin de vie. La pensée de disposer de la liberté de demander à mourir, si ces "indignités" s'imposaient, apporte un réconfort à ceux qui anticipent ainsi les conditions de leur mourir.

Il est intéressant de noter, en revanche, que les personnes qui ont une expérience positive de l'accompagnement d'un proche ne sont pas favorables à l'euthanasie.

Méconnaissance des ressources des soins palliatifs et de l'accompagnement

Le débat sur l'euthanasie semble méconnaître les immenses progrès qui ont été faits dans le domaine du traitement de la douleur et de la prise en charge des fins de vie. La médecine palliative s'est donnée comme objectif de soulager la personne en fin de vie. Elle est prête à utiliser tous les moyens à sa disposition, même si ces moyens ont pour effet, non recherché, d'anticiper la mort. Ainsi, en cas de douleurs réfractaires ou de symptômes aigus, elle n'hésite pas à recourir à la sédation (sommeil artificiel).

Dans la très grande majorité des cas, les demandes de mourir motivées par la crainte de mourir dans d'atroces souffrances, disparaissent dès que les soins appropriés sont donnés.

De même, on présente la fin de vie comme un temps nécessairement pénible, une attente douloureuse de la mort qu'il convient donc, par souci de dignité et d'humanité, d'abrégier le plus vite possible.

Rarement, on la présente comme un temps fort de la vie, le temps des derniers échanges, des derniers gestes, des dernières paroles. Un temps qui a besoin de son temps, pour se déprendre, se séparer de ceux que l'on aime, leur "dire au revoir", leur transmettre quelque chose de son expérience de la vie.

Cette méconnaissance de tout ce qui peut se vivre, au sein d'un accompagnement, contribue à entretenir l'idée que le temps de mourir n'a pas de sens. Alors pourquoi ne pas l'écourter?



Angoisse et désarroi de la population face à la mort.

Une étude française confirme la forte émotion qui s'exprime dès qu'on aborde la question de la mort. Elle évoque la douleur, la souffrance, l'angoisse.

Deux conceptions s'affrontent à propos de la **mort idéale** :

- une **mort rapide, sans douleur, pendant le sommeil**. Cette conception est développée par ceux qui veulent éviter pour eux-mêmes et leur entourage la déchéance physique, et ne veulent pas être placés en maisons de retraite.

Il y a une mise à distance de la mort, qui se traduit par un sentiment d'horreur. Le fait d'ignorer ce qui existe après la mort et d'imaginer que l'on ne pourra plus faire partie des vivants est insupportable. On veut maintenir son entourage à distance pour ne pas lui faire subir le moment du décès, perçu comme traumatisant.

Cette vision de la mort appartient à ceux qui n'en ont jamais été témoins, ou alors à ceux, qui au contraire, ont été témoins de fins de vie pénibles.

La fin de vie est alors présentée comme une attente pénible, douloureuse, absurde, qu'il convient donc, par souci de dignité et d'humanité, d'abrégier.

- pour d'autres, il est préférable d'avoir conscience que sa fin de vie approche afin de se "recentrer sur soi" et de se préparer à la mort. Ces personnes disent envisager **sereinement la mort**. Ce sont souvent des personnes "croyantes". Elles affirment que les convictions religieuses les aident à accepter l'idée de la mort. Elles souhaiteraient être lucides au moment de leur mort.

Rarement, on présente **la mort comme un temps fort de la vie d'un être humain**, nourri de paroles et de gestes qui font sens, un moment qui a besoin de son temps.

Rarement, on la présente comme un processus lié à l'acte de se déprendre, de se séparer, de "dire au revoir" aux siens, un processus qui a sa part de mystère, et que l'on peut accompagner.



Le rapport entier de Marie de Hennezel (161 pages) datant d'octobre 2003 est actuellement disponible sur internet sous :

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/034000617/0000.pdf>

SOUTIEN FINANCIER DE LA RECHERCHE PAR NOTRE FONDATION

Copyright: G. Disewiscourt



Lors de la remise de chèque (de g.à dr.): Marie-Paule Prost, Dr Carlo Bock, Dr Evelyne Friederich et Maître Tom Loesch

La Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer soutient actuellement un projet de recherche fondamental mené par l'équipe du **Dr Evelyne Friederich**, responsable du Laboratoire de Biologie Moléculaire, d'Analyse Génique et de Modélisation (LBMAGM) du CRP-Santé, Luxembourg et directrice de recherche au Centre National de Recherche Scientifique (CNRS), France.

La **participation financière de la Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer** à ce projet intitulé "Développement d'une puce à ADN dédiée à l'étude de la progression tumorale des cancers d'origine épithéliale vers un état invasif" est de **74.500 EUR** sur 2 ans (2004-2005).

Réalisé en étroite collaboration avec l'Institut de Génétique, de Biologie Moléculaire et Cellulaire, Strasbourg, institution de pointe en génétique, ce projet vise à développer un nouvel outil moléculaire qui contribuera à terme à l'amélioration du diagnostic et pronostic des cancers d'origine épithéliale, comme par exemple, ceux affectant le sein, le colon, le poumon ou la prostate. Représentant environ 90% des cas détectés au Luxembourg, la compréhension de la biologie de ces cancers est une des priorités de la recherche contre le cancer.

UN NOUVEL OUTIL MOLÉCULAIRE POUR L'ANALYSE TRANSCRIPTOMIQUE DES CANCERS D'ORIGINE ÉPITHÉLIALE

DR EVELYNE FRIEDERICH, CRP - Santé, Luxembourg et CNRS France.

La prolifération et migration des cellules constituant un épithélium sain sont contrôlées par des agents naturels. Lors de la cancérisation d'un épithélium, les cellules échappent à ce contrôle et commencent à se diviser pour former un amas cellulaire, la tumeur primaire. Les cellules de cette tumeur peuvent progresser vers un état où elles envahissent les tissus alentours, voire migrent à des sites à distance pour former des tumeurs secondaires ou métastases mettant en danger la vie du patient. Chaque cellule comporte des milliers de gènes qui contiennent l'information nécessaire à la production des protéines, des composants chimiques indispensables à sa vie et à son bon fonctionnement. Dans la plupart des cas, les cancers sont générés par l'introduction de mutations (erreurs) successives au niveau des gènes causant une modification du "texte génétique" et une dérégulation de "l'expression des gènes" qui modifient le répertoire des composants protéiques de la cellule. Ce sont ces modifications qui mènent à une division et migration anarchique des cellules cancéreuses.

En plus de l'origine du cancer et de son stade d'avancement, le médecin s'attache à connaître les facteurs qui influenceront son évolution vers un état invasif ou métastatique. C'est l'ensemble de ces informations qui lui permettra de mettre au point un traitement thérapeutique adapté au cas individuel de chaque patient.

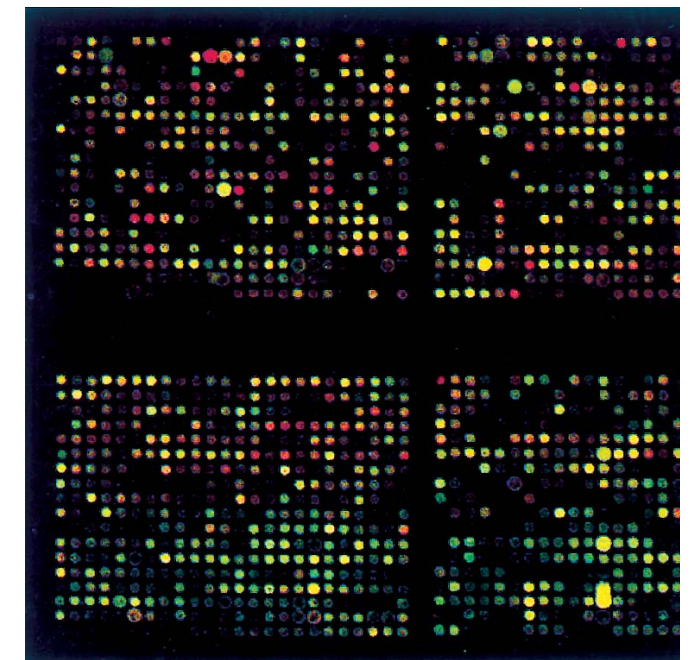
Grâce au support financier du Fonds National de la Recherche et de la Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer, le LBMAGM a pu introduire récemment une nouvelle technologie à Luxembourg grâce à laquelle il est possible de déceler rapidement des "erreurs" génétiques ou des dérégulations au niveau de l'expression des gènes. Basée sur l'utilisation de puces à ADN, véritables microprocesseurs biologiques, la technologie d'analyse génique à grande échelle permet, contrairement aux méthodologies analytiques conventionnelles, d'analyser en parallèle la structure ou l'expression d'un grand nombre de gènes.

Le projet vise à développer une puce à ADN ou biochip dédiée à la détection des perturbations cellulaires respon-

sables de la progression d'une tumeur primaire vers un état invasif voire métastatique. Cette puce à ADN est un outil moléculaire nouveau, commercialement non disponible, qui fournira de nouvelles informations sur les gènes impliqués dans la régulation du mouvement cellulaire et plus spécifiquement sur ceux du cytosquelette d'actine. Structure cellulaire complexe, le cytosquelette contrôle le mouvement des cellules et représente ainsi une cible intéressante pour le développement de molécules visant à inhiber l'invasion des cellules cancéreuses.

Dans un premier temps, cette puce à ADN sera appliquée à l'étude des gènes participant à ce mécanisme pathologique dans un modèle cellulaire in vitro, dérivé d'un cancer du sein. Ensuite, elle servira à analyser les cellules cancéreuses prélevées à partir des tumeurs des malades.

Le développement de ce nouvel outil moléculaire contribuera non seulement à une meilleure compréhension de l'évolution des cancers épithéliaux vers un état métastatique, mais également, à plus long terme, à identifier des gènes cible potentiels pour le développement de nouveaux traitements anticancéreux.



HILFEN FÜR ANGEHÖRIGE VON KREBSPATIENTEN

GISELA TOMI, Psychologin der Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer

Nach der Diagnose "Krebs" durchleben der Patient und seine Familie alle erdenklichen emotionalen Höhen und Tiefen, Hoffnung und Verzweiflung wechseln sich ab. Für die Angehörigen steht dabei die Angst im Vordergrund, der geliebte Mensch könnte leiden oder gar sterben. Oft fühlen sie sich unsicher, da sie nicht wissen, wie sie der erkrankten Person zur Seite stehen können.

Was nun dem Erkrankten gut tut und von ihm als Unterstützung erlebt wird, ist je nach Krankheitssituation und persönlicher Eigenart unterschiedlich, d.h. es muss im Einzelfall immer wieder neu herausgefunden werden. **Jede Familie muss ihren eigenen Weg, ihre eigene Art der gegenseitigen Unterstützung finden.**

Informationen suchen

Zu Beginn der Erkrankung stehen der Patient und seine Angehörigen vor einem Berg von Ängsten und Fragen. Was kommt auf das Familienmitglied zu? Wie sieht seine berufliche Zukunft aus? Was ist eine Chemotherapie? Gut informiert zu sein, hilft dem Erkrankten und den Angehörigen gegen die Ängste anzugehen. Informationen bieten Orientierungshilfe, um bessere Entscheidungen treffen zu können, und vermindern das Gefühl des Ausgeliefertseins.

Zuwendung und Anteilnahme zeigen

Während der belastenden Zeit der Behandlung benötigt der Erkrankte intensive Zuwendung und Anteilnahme. Die meisten Patienten sind dankbar über die Zuwendung, die sie von ihren Angehörigen bekommen. Manchmal erweist es sich jedoch als schwierig, sich auf ein angemessenes Maß an Unterstützung zu einigen. Manche Angehörige versuchen, dem erkrankten Familienmitglied so viel wie möglich abzunehmen. Viele Patienten empfinden das auf Dauer als negativ. Sie leiden unter dem Gefühl, nutzlos und überflüssig geworden zu sein. Es ist ihnen unange-



nehm, auf Hilfe der anderen angewiesen zu sein. So schnell wie möglich möchten sie ihre Autonomie wieder herstellen. Konflikte können vermieden werden, wenn Patient und Angehöriger sich offen darüber austauschen, in welcher Form der Patient Unterstützung braucht und welche Tätigkeiten er selbst übernehmen möchte.

Das offene Gespräch suchen

Im Angesicht einer schweren Krankheit darf man Angst haben und auch zeigen. Besonders zu Beginn der Krankheit wird es allen Beteiligten wahrscheinlich schwer fallen über die jeweiligen Sorgen und Ängste zu sprechen. Offen über die eigenen **Ängste zu sprechen, hilft bereits dabei, diese zu vermindern.** Die Erfahrung, dass ein anderer zuhört ohne zu urteilen, die Gefühle des anderen aushält und Anteil nimmt, kann helfen, Ordnung in die eigenen Gefühle zu bringen, klarer zu denken und ein Gefühl der Gemeinsamkeit zu schaffen.

Manchmal haben die Patienten Phasen, in denen sie gereizt und abweisend sind. Eine solche Verschlossenheit kann der Ausdruck des Bedürfnisses nach Rückzug und Alleinsein bedeuten. Vielleicht ist man sich als Angehöriger

CONSEILS AUX PROCHES D'UN PATIENT ATTEINT DE CANCER

GISELA TOMI, psychologue de la Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer

Lors du diagnostic de cancer, le patient et sa famille passent par des périodes difficiles, où s'alternent des hauts et des bas, des phases d'espoir et de désespoir. En premier lieu, les proches redoutent surtout la souffrance, voire le décès de la personne aimée. Souvent, ils ne savent pas vraiment comment s'y prendre pour soutenir le malade, d'où un sentiment d'hésitation et d'impuissance.

D'une manière générale, il est difficile de savoir ce qui sera positif pour le malade, car d'une part, chaque cas est différent, d'autre part, la même personne réagira différemment selon le stade de la maladie. Chaque cas est unique et **chaque famille doit trouver son propre chemin et chercher les meilleures solutions pour se soutenir mutuellement.**

Rechercher des informations

Au début de la maladie, le patient et sa famille se trouvent confrontés à une multitude de peurs et de questions. A quoi le malade doit-il s'attendre? Qu'en est-il de sa vie professionnelle? Qu'est-ce qu'une chimiothérapie? Être bien informé va aider le malade et sa famille à mieux faire face aux peurs engendrées par la maladie. Il est alors plus facile de s'orienter et de prendre les bonnes décisions. Savoir ou comprendre réduit nettement le sentiment d'impuissance.

Témoigner de l'intérêt

Pendant la période du traitement, le malade a besoin de beaucoup d'affection et d'attention de la part de ses proches. La plupart des patients en sont reconnaissants. Néanmoins, il s'avère parfois difficile de se mettre d'accord sur la quantité de soutien octroyé. Certains proches s'efforcent de décharger le malade autant que possible, mais à long terme, beaucoup de patients ressentent cela négativement.

Un sentiment d'inutilité s'installe alors chez le malade qui

finit par trouver désagréable de dépendre de l'aide d'autrui. Il aimerait retrouver son autonomie antérieure aussi vite que possible. Pour éviter des conflits, le mieux est d'en parler ouvertement et de trouver ensemble le bon chemin.

Favoriser la conversation

Face à une maladie grave, il est normal d'avoir peur tout comme il est légitime de ne pas le cacher. Au début, toutes les personnes concernées auront probablement beaucoup de mal à faire part de leurs inquiétudes et de leurs peurs.

Parler de ses propres peurs aide toujours à les diminuer. Avoir le soutien d'une personne qui vous écoute sans vous juger, qui comprenne vos sentiments et qui partage votre souffrance, aide à mettre de l'ordre dans ses propres sentiments et à avoir les idées plus claires. De surcroît, cela contribue à créer une compréhension mutuelle. Parfois le patient traverse des périodes où il est plus énervé que d'habitude et il a tendance alors à repousser tout soutien. Il se peut tout simplement qu'il ait besoin de se retirer pour se retrouver seul. Il est parfois difficile pour le proche de bien comprendre les besoins du malade. Une conversation franche et compréhensive contribuera peut-être à mieux comprendre les sentiments du malade. Afin de mieux cerner ses besoins, il est préférable de lui poser des questions directes comme par exemple: **"Comment pourrais-je t'aider?"**

Prendre soin de soi-même

Pendant et même après le traitement, le patient sera probablement plus susceptible d'un point de vue physique et psychique. La famille fera tout son possible pour épauler le malade. Souvent, les membres de la famille doivent assumer des charges multiples; ils sont tiraillés entre travaux de ménage, éducation des enfants et obligations professionnelles. Il arrive fréquemment qu'un **sentiment de surmenage** dû aux responsabilités accrues s'installe auquel peut s'ajouter un **sentiment de soli-**

über die Bedürfnisse des Patienten nicht sicher. Durch ein offenes, einfühlsames Gespräch gelingt es möglicherweise, den erkrankten Angehörigen besser zu verstehen. Fragen wie: „**Was wünschst du, dass ich dir tue?**“ helfen dabei, sich über die Bedürfnisse des anderen klarer zu werden.

Auf sich selbst achten

Während und zum Teil auch nach der Behandlung ist die erkrankte Person physisch und psychisch nicht mehr so belastbar. Vermutlich versucht die Familie alles zu tun, um der erkrankten Person zur Seite zu stehen. Dadurch kann auf den Angehörigen eine ungewohnte Mehrfachbelastung durch Hausarbeit, Erziehungsarbeit und Berufsarbeit zukommen. Möglicherweise stellt sich nach einer gewissen Zeit ein **Gefühl der Überforderung durch die zusätzliche Verantwortung und ein Gefühl des Verlassenseins** ein. Der Angehörige verliert den Blick auf die eigenen Bedürfnisse und das eigene Befinden. Aber nicht nur die erkrankte Person braucht Zuwendung, Fürsorge und Unterstützung. Der Einsatz für den anderen kann nur aufrechterhalten werden, wenn man den eigenen Bedürfnissen nach Ruhe, Erholung, Unterstützung oder Ablenkung nachkommt. Ob man Zeit alleine oder mit Freunden verbringt, spazieren geht oder ein Hobby pflegt, jeder von uns benötigt eine Energiequelle, die dabei hilft, anstrengende Zeiten zu überstehen. Als Angehöriger sollte man aufmerksam auf die eigenen Grenzen achten und bereit sein, Hilfsangebote von Freunden, der Familie oder professionellen Helfern anzunehmen. Vielen Angehörigen fällt dies schwer, besonders wenn sie es gewohnt waren, allein zu Recht zu kommen oder für andere zu sorgen. **Indem sie Hilfsangebote von anderen nutzen, können sich die Angehörigen Freiräume schaffen, um neue Kräfte zu schöpfen.**

Die Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer bietet Krebspatienten und ihren Angehörigen, die sich mit ihrer Situation überfordert fühlen, praktische Hilfe und psychologische Unterstützung. Hilfe von außen anzunehmen, bedeutet keine Niederlage sondern, in einer schwierigen Lage nach der bestmöglichen Lösung zu suchen. Infos unter Tel. 45 30 33-1 oder www.cancer.lu.

NEUE BROSCHÜRE FÜR KREBSPATIENTEN



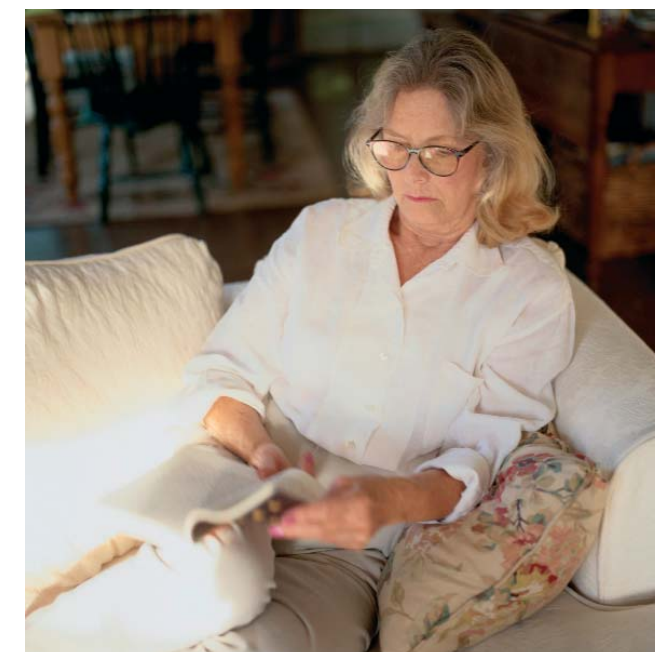
„**Kosmetiktipp für Krebspatienten**“ - so heißt die neue Patientenbrochure, welche die Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer unter Mithilfe der Schweizer Krebsliga und dem Fonds Johnson & Johnson soeben veröffentlicht hat. Krebs ist sowohl in psychischer als in physischer Hinsicht eine große Herausforderung. Die verschiedenen Behandlungen können vielerlei körperliche Veränderungen nach sich ziehen. Wenn das Erscheinungsbild (Haare, Körperhaut, Gesichtshaut usw.) sich verändert, tut es der Seele gut, sein Äußeres zu pflegen. Was kann man tun, wenn man die Haare nach einer Chemotherapie verliert? Wie bindet man ein Kopftuch? Wie kann man die sensible Haut nach einer Radiotherapie am besten pflegen? Was tun, um die Gesichtsbässe zu kaschieren? Die neue Broschüre enthält zahlreiche Ideen und Anregungen zu diesen Themen.

Sie ist kostenlos erhältlich bei der Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer.
Tel.: 45 30 33 - 1 oder E-Mail: flcc@pt.lu

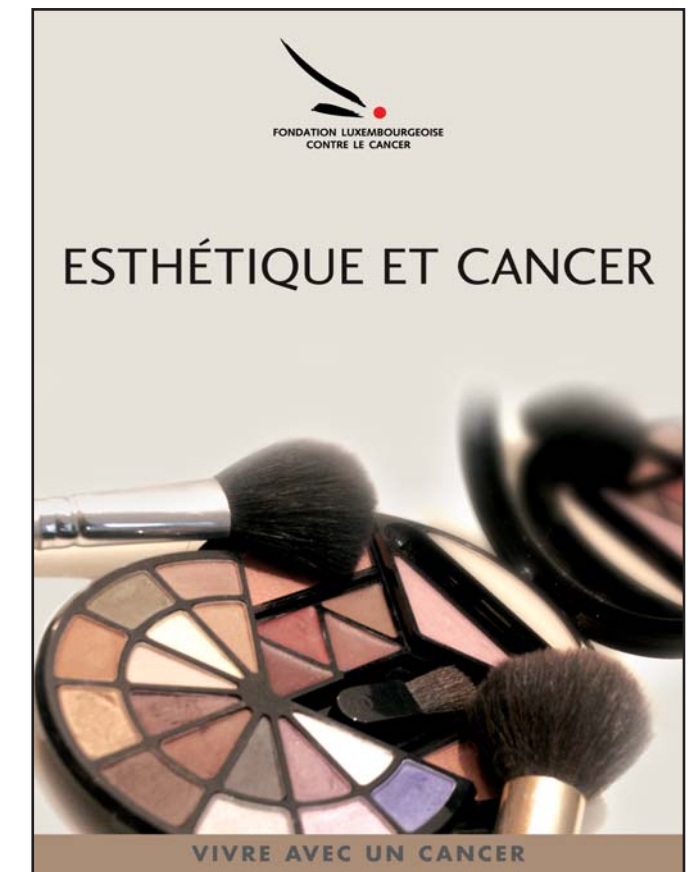
tude et d'abandon. Le proche perd alors de vue ses propres besoins et son propre bien-être. Car ce n'est pas uniquement le malade qui a besoin d'attention et de soutien. Il n'est pas possible de prêter main forte au malade et de l'aider réellement, si on ne tient pas compte de ses propres besoins. Il est impératif de se reposer et de se divertir afin de se ressourcer. Chacun a ses préférences: passer du temps seul ou avec des amis, se promener dans la nature ou s'adonner à son occupation favorite. Peu importe comment l'on s'y prend mais chacun a besoin de sa propre source d'énergie afin de pouvoir affronter les difficultés. Il est vital que le proche connaisse et respecte ses propres limites et qu'il accepte l'aide d'amis, de la famille ou de professionnels. Ceci n'est pas toujours facile si l'on a l'habitude de se débrouiller seul. Pourtant, **il est primordial de profiter de l'aide d'autrui, de prendre du recul afin de retrouver de nouvelles forces.**

La Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer offre divers services aux patients et à leurs proches. C'est surtout lorsqu'ils se sentent dépassés par la situation, que des informations, des aides pratiques ou une consultation psychologique peuvent les aider. Demander une aide extérieure n'est pas un aveu d'échec, mais correspond au contraire à la recherche d'une solution optimale dans une situation difficile.

Renseignements sur nos services au tél. 45 30 33-1 ou sur notre site www.cancer.lu.



NOUVELLE BROCHURE POUR PATIENTS



„**Esthétique et Cancer**“ est le titre de la nouvelle brochure pour les patients que la Fondation vient de publier grâce à la Ligue Suisse contre le Cancer et au Fonds Johnson & Johnson. Le cancer est non seulement une épreuve sur le plan psychique, mais aussi sur le plan physique. Les traitements peuvent entraîner de nombreux changements physiques. Quand l'apparence physique (cheveux, peau, teint, etc.) se modifie, il est bien de soigner son look pour garder le moral. Que faire lorsque les cheveux commencent à tomber lors d'une chimiothérapie? Comment nouer un foulard? Comment soigner une peau devenue si sensible lors de la radiothérapie? Comment se maquiller pour ne pas avoir un teint trop pâle?

Cette nouvelle brochure contient une foule d'idées et de suggestions en rapport avec ces thèmes.

Elle peut être obtenue gratuitement auprès de la Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer.
Tél.: 45 30 33 - 1 ou par e-mail: flcc@pt.lu

UNSERE GRUPPENANGEBOTE FÜR KREBSPATIENTEN

Die Teilnahme an den Gruppen für Krebspatienten ist kostenlos. Sie werden stets von einer professionellen Fachkraft geleitet (Psychologe oder andere qualifizierte Person). Sie finden entweder in den Räumlichkeiten der Fondation statt, oder aber ausserhalb (Sportkurse und Nordic Walking).

Die "körperlich anspruchsvolleren" Kurse (Yoga, Sport und Nordic Walking) setzen das Einverständnis des behandelnden Arztes voraus. Die Fondation haftet unter keinen Umständen bei eventuellen Problemen.

Die Kurse werden grundsätzlich in luxemburgischer Sprache abgehalten, in einigen Fällen auch auf Französisch. **Eine Voranmeldung ist erforderlich.**

Auskünfte zu den Terminen, Uhrzeiten sowie andere Informationen erhalten Sie bei der Fondation (Tel.: 45 30 33-1 oder E-Mail: flcc@pt.lu).

YOGA FÜR PATIENTEN

Einführung in die verschiedenen Yoga-Aspekte: sanfte Körperübungen, Atemübungen, Tiefentspannungstechniken, kurze Meditationen. Die Kurse werden morgens von einer qualifizierten Yoga-Lehrerin in den Räumlichkeiten der Fondation abgehalten.

SPORTGRUPPE FÜR PATIENTINNEN

Eine Sportgruppe für Patientinnen trifft sich Mittwoch abends in Leudelange und wird von einer Trainerin geleitet, die auf Rehabilitationsgymnastik spezialisiert ist. Dieser Kurs richtet sich besonders an Frauen, die eine Brustkrebsoperation hinter sich haben.

NORDIC WALKING FÜR PATIENTEN UND DEREN ANGEHÖRIGE

Nordic Walking ist ein sanftes und gelenkschonendes Ganzkörpertraining. Es erfolgt mit Hilfe von zwei Stöcken und wird im Freien abgehalten. Eine qualifizierte Trainerin hält die Kurse ab. Der nächste Termin wurde auf Samstag den 16. April um 10 Uhr festgesetzt. Treffpunkt: „Jogging-Parkplatz“ Niederanven. Eine Voranmeldung ist erforderlich.

GESPRÄCHSGRUPPEN FÜR KREBSPATIENTEN

Die Gesprächsgruppen werden von einer Psychologin oder einem Therapeuten geleitet. Sie dienen dem Austausch und der Diskussion zwischen Betroffenen. Momentan treffen sich 3 Gruppen in den Räumlichkeiten der Fondation:

1. Patientinnen mit Brustkrebs
2. Patienten mit Prostatakrebs
3. Leukämie-Patienten

Weitere Informationen erhalten Sie bei der Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer:

Tel.: 45 30 33-1 oder per E-Mail flcc@pt.lu

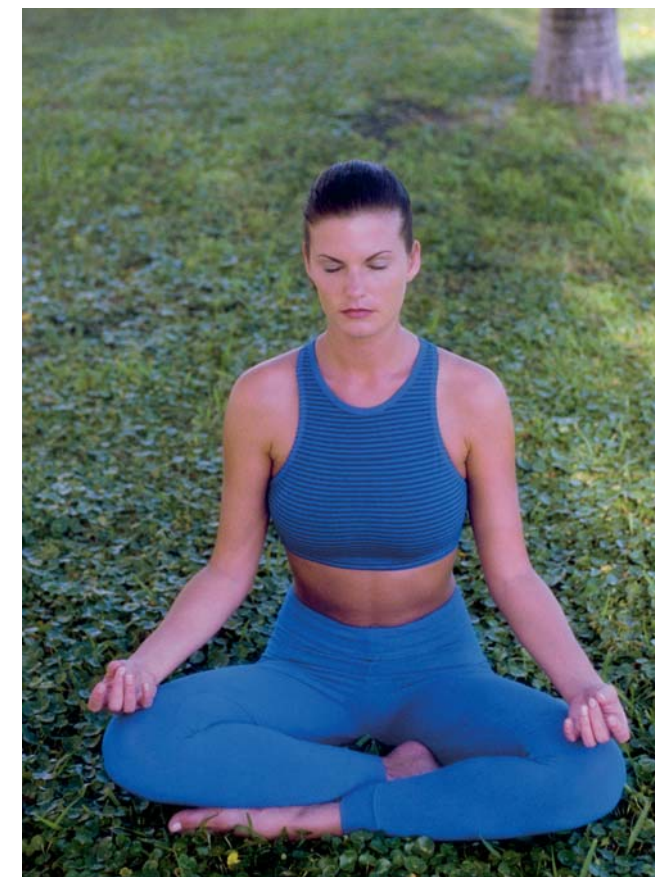
NOS GROUPES POUR PATIENTS ATTEINTS DE CANCER

La participation à tous nos groupes pour patients atteints de cancer est gratuite. Toutes ces rencontres ont lieu sous guidance professionnelle (psychologue ou personne qualifiée), soit dans les locaux de la Fondation, soit à l'extérieur (sport et nordic walking).

Les cours plus "physiques" (yoga, sport et nordic walking) nécessitent l'accord du médecin traitant. La Fondation ne peut en aucun cas être tenue pour responsable en cas de problèmes.

La langue usuelle est le luxembourgeois, parfois le français. **L'inscription préalable est obligatoire.**

Des informations concernant les dates, les horaires et autres possibilités peuvent être obtenues auprès de la Fondation (Tél.: 45 30 33-1 ou flcc@pt.lu).



YOGA POUR PATIENTS

Initiation aux différents aspects du yoga: gymnastique douce, exercices de respiration, relaxation en profondeur, méditations courtes. Les cours sont dispensés par un professeur qualifié dans les locaux de la Fondation.

NORDIC WALKING POUR LES PATIENTS ET LEURS PROCHES

Le Nordic Walking est un entraînement doux qui ménage les articulations en travaillant tous les muscles du corps. Il se fait à l'aide de deux bâtons de ski et se pratique à l'extérieur. Une monitrice qualifiée encadre le groupe. La prochaine séance a lieu le samedi 16 avril à 10h au parking "Jogging" de Niederanven. L'inscription est obligatoire.

GROUPE DE SPORT POUR PATIENTES

Un groupe de sport pour patientes a lieu tous les mercredis soirs à Leudelange sous guidance d'un professeur de gymnastique spécialisé en réhabilitation. Ce cours est à recommander aux femmes opérées d'un cancer du sein.

GROUPES DE DISCUSSION POUR PATIENTS

Ces groupes, animés par une psychologue ou un thérapeute, ont pour but d'encourager un échange constructif et la discussion entre les malades. Actuellement, 3 groupes se réunissent régulièrement dans les locaux de la Fondation:

1. Patientes atteintes d'un cancer du sein
2. Patients atteints d'un cancer de la prostate
3. Patients souffrant d'une leucémie

Pour plus d'informations:
Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer Tél.: 45 30 331 ou flcc@pt.lu

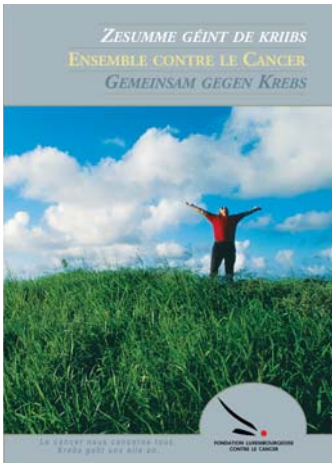
ÉVÉNEMENTS POUR LE 10^e ANNIVERSAIRE DE LA FONDATION LUXEMBOURGEOISE CONTRE LE CANCER

Le 30 novembre 1994, la Ligue Luxembourgeoise Contre le Cancer et l'Association Luxembourgeoise Contre le Cancer se sont unies pour créer la Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer. Pour fêter ses 10 ans d'existence, la Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer avait programmé diverses activités de fin octobre à début décembre 2004.

Une **porte ouverte** pour le grand public a été organisée le samedi 27 novembre avec diverses présentations de nos collaborateurs ainsi que la possibilité de visiter nos locaux et de connaître notre équipe de professionnels et de bénévoles. En particulier, la Société Luxembourgeoise d'Oncologie, représentée par le Dr Frank Jacob, a tenu à féliciter la Fondation ce jour-là sur place.



Le Dr Franck Jacob félicitant la directrice M-P Prost.



Une **brochure** d'information "Les risques de cancer: Vrai ou faux?" avec présentation des services de la Fondation, a été envoyée à tous les résidents du Luxembourg fin octobre.

Finalement, pour clôturer cet anniversaire, une **conférence** suivie d'une réception a eu lieu au Centre Culturel de Rencontre de l'Abbaye Neumünster et avait pour but de remercier tous les bénévoles, sympathisants, professionnels de santé et journalistes ayant collaboré avec la fondation pendant ces 10 ans. Le Professeur Maurice Tubiana, éminent spécialiste en cancérologie, a tenu une conférence très intéressante dont le thème était: "Vivons-nous, oui ou non, dans une société de plus en plus cancérigène?"

Outre le Ministre de la Santé, Monsieur Mars di Bartolomeo et la Ministre de la Famille, Madame Marie-Josée Jacobs, la directrice a pu saluer de nombreux invités.



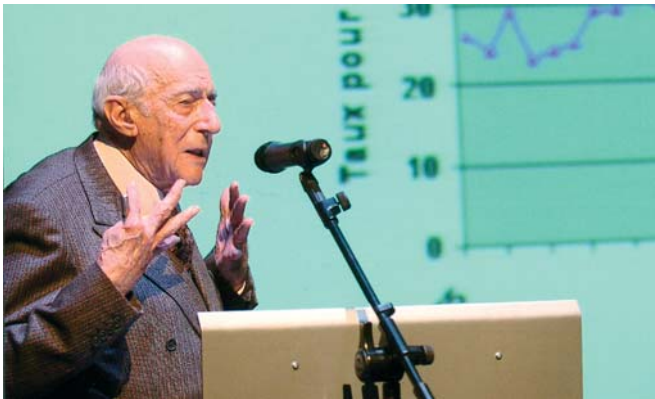
Accueil du Professeur Maurice Tubiana par les ministres et les administrateurs de la Fondation. De g. à dr.: Dr Carlo Bock, Tom Loesch, Mars di Bartolomeo (Min. de la Santé), Pr Maurice Tubiana, Marie-Paule Prost, Marie-Josée Jacobs (Min. de la Famille) et Dr Guy Scheifer.



Près de 300 personnes ont assisté à la conférence.



Les remerciements de Marie-Paule Prost, directrice de la Fondation, à tous les bénévoles et sympathisants de la Fondation.



Le Professeur Tubiana a su captiver l'attention du public.



Trois administrateurs de la Fondation: Dr Guy Scheifer, Maître Tom Loesch et Dr Carlo Bock.