



Recherche
Information - prévention - dépistage
Actions pour les malades et leurs proches

pour la vie

Sexualité et cancer

Information destinée aux hommes

traités pour un cancer

Introduction

Le cancer et ses traitements peuvent avoir d'importantes conséquences sur la sexualité. Même si elles sont temporaires, il est nécessaire de vous donner des explications et de répondre à vos questions et à vos inquiétudes.

Par pudeur ou pour d'autres raisons, il arrive que les hommes n'osent pas poser des questions qu'ils trouvent embarrassantes et ne parviennent pas à trouver les mots pour parler de ce qui les concerne.

Ce document vous est destiné quel que soit votre âge, quelle que soit votre vie sexuelle, que vous soyez célibataire ou en couple. Il peut aussi intéresser votre partenaire et a pour but :

- *de vous informer des effets secondaires de la maladie cancéreuse et de ses traitements qui peuvent modifier votre vie sexuelle,*
- *de vous donner des conseils,*
- *de vous orienter vers différents professionnels capables de vous écouter, de dialoguer avec vous et de répondre aux questions que vous vous posez.*

Brochure rédigée par le Pr S. SCHRAUB, Professeur de cancérologie (Centre de lutte contre le cancer Paul Strauss/Strasbourg) et E. MARX, Psychologue et Psychothérapeute (Centre de lutte contre le cancer Paul Strauss/Strasbourg)
Mise à jour : février 2008.

Les auteurs remercient vivement les Professeurs et Docteurs D. JACQMIN (urologue, faculté de médecine de Strasbourg), J.-C. OLLIER (chirurgien, Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss de Strasbourg), J. RITTER (gynécologue, faculté de médecine de Strasbourg), J.-F. RODIER (chirurgien, Centre de Lutte contre le Cancer de Strasbourg), J. SEDIVY (sexologue, Strasbourg) qui ont participé à la relecture de cette brochure.

La sexualité

La sexualité fait partie de votre sphère privée et intime. Elle ne répond pas à des normes, mais à une variété de pratiques et d'attitudes selon les personnes et pour une même personne selon le moment et les circonstances. Ce qui importe pour vous et votre partenaire est ce qui vous procure à chacun satisfaction dans vos relations.

La sexualité chez l'homme correspond à quatre phases :

- ❶ **le désir (libido*)** est l'intérêt porté à la relation sexuelle ou l'attirance vers votre partenaire,
- ❷ **l'excitation** chez l'homme est surtout le résultat de stimulations visuelles, mais aussi de caresses, de fantasmes. Cette excitation se traduit spécifiquement chez l'homme par l'érection du pénis (verge) et par une accélération du cœur et de la respiration,
- ❸ **l'orgasme (le plaisir)** correspond au maximum de l'acte sexuel avec, en principe, éjaculation de sperme et sensation de plaisir,
- ❹ **la résolution** est la phase de détente agréable qui suit l'orgasme. Il est physiologiquement impossible à l'homme d'obtenir une nouvelle érection avant un certain délai, c'est ce que l'on appelle la « période réfractaire ». Cette période peut aller de quelques minutes (à l'âge de 20 ans) à quelques jours (après 70 ans).

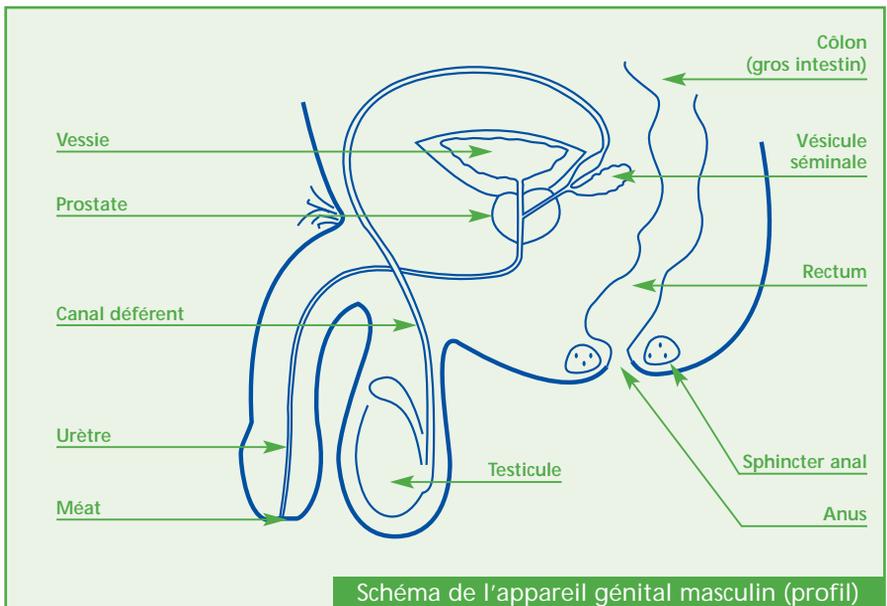
Le désir sexuel chez l'homme

L'hormone mâle appelée testostérone* détermine les caractères sexuels de l'homme (barbe, voix grave...), la conduite sexuelle et l'érection. Cette hormone est produite par les testicules et à un degré moindre par des petites glandes (les surrénales) situées au-dessus des deux reins. La sécrétion de la testostérone est sous l'influence d'une autre hormone sécrétée par une glande appelée hypophyse située à la base du cerveau, elle-même en relation avec une zone du cerveau appelée hypothalamus.

L'**érection** est la résultante de la présence de testostérone et d'une stimulation du cerveau. Ce dernier envoie un signal qui chemine par la moelle épinière jusqu'aux nerfs du bassin (bas ventre) vers la région génitale. Une partie de la verge - les corps caverneux - va recevoir le signal et se remplir de sang. La pression de ce sang va aboutir à une érection.

L'**orgasme** est le paroxysme du plaisir sexuel chez l'homme comme chez la femme. Chez l'homme, il est associé à l'émission du sperme appelée éjaculation. Celle-ci se manifeste par des contractions rythmiques et involontaires de muscles qui vont expulser le sperme en cinq ou six jets hors du méat urinaire* (l'orifice au bout du pénis). Ce n'est ni l'émission du sperme ni son volume qui provoque l'intensité de l'orgasme. L'orgasme est une jouissance qui se vit dans le cerveau d'une part (composante psychique) et dans le corps par les contractions rythmiques dans la région du sexe d'autre part (composante somatique ou corporelle). Il est parfaitement possible de jouir sans émettre de sperme, ce qui est le cas des jeunes avant la puberté ou de certains hommes opérés de la prostate (éjaculation rétrograde).

A la **phase de résolution** (après l'orgasme), l'érection disparaît assez rapidement car l'apport de sang artériel dans les corps caverneux va se réduire.



Les effets des traitements du cancer sur la sexualité

Ils varient d'une personne à l'autre. Certains troubles sont temporaires, d'autres définitifs (séquelles). Si certains aspects de la sexualité sont modifiés, vivre sa sexualité reste possible. Une communication de qualité entre vous, votre partenaire, vos interlocuteurs médicaux, doit vous permettre d'exprimer vos questions afin d'obtenir des réponses face aux difficultés rencontrées.

>> Les troubles psychologiques

Les troubles psychologiques (anxiété, dépression) liés au diagnostic, aux traitements et à la crainte de la rechute sont suffisants à eux seuls pour modifier le désir. L'homme, dans l'éventuelle crainte de ne plus pouvoir satisfaire sa/son partenaire peut avoir des troubles de l'érection.

La modification de l'image corporelle peut être à l'origine de perturbations entraînant là aussi une réduction ou un arrêt de l'activité sexuelle.

Une information appropriée, des conseils de professionnels, un suivi psychologique peuvent être nécessaires et utiles.

>> Les troubles fonctionnels

Dans d'autres cas, la progression de la tumeur ou les différents traitements peuvent entraîner une altération de l'acte sexuel, une diminution de l'intensité de l'orgasme qui peut aller de pair avec une perturbation de l'éjaculation.

Une irritation de l'urètre* ou de la prostate pendant et juste après le traitement (radiothérapie par exemple) peut rendre l'éjaculation douloureuse.

>> Après un traitement chirurgical

• Les troubles de l'érection (jadis appelés « impuissance »)

Des opérations comme l'ablation complète de l'ensemble de la prostate, ou de la vessie étendue à la prostate, ou du rectum, peuvent altérer des nerfs et parfois des artères qui contrôlent l'acte sexuel notamment l'érection. Elle peut devenir insuffisante ou impossible alors que la sensibilité de la peau de la verge et la sensation d'orgasme peuvent rester normales. L'ablation complète de la prostate peut entraîner l'ablation de nerfs sectionnés lors de l'opération, d'où une insuffisance d'érection dans 60 % à 90 % des cas selon l'âge. Les patients jeunes conservent plus facilement une érection que les patients âgés.

Vouloir conserver à tout prix des fibres nerveuses, n'évite pas l'insuffisance érectile qui peut atteindre 30 % chez les patients de moins de 60 ans et 70 % chez ceux de plus de 70 ans.

La chirurgie large du cancer de la prostate, du rectum et de la vessie altère rarement le désir. L'orgasme reste souvent possible bien que parfois diminué (voir le chapitre « comment améliorer certaines situations » p.8)

• Les troubles de l'éjaculation

Une opération complète de la prostate provoque aussi l'absence d'évacuation de sperme, les cellules du sperme n'étant plus mélangées avec le liquide produit par la prostate. L'homme peut avoir un orgasme sans émission de sperme, c'est-à-dire qu'il n'aura que les contractions rythmiques et involontaires des muscles. Cela est également le cas après une intervention qui enlève dans le même temps, la vessie et la prostate. D'autres interventions peuvent aboutir à une éjaculation « rétrograde », c'est-à-dire dans la vessie et non vers l'extérieur en raison du mauvais fonctionnement de la valve située entre la vessie et l'urètre qui, en temps normal, se ferme au moment de l'éjaculation. Ainsi, en urinant, l'homme produit une urine mélangée à son sperme. Celui-ci peut être récupéré en cas de désir de fécondation. Le phénomène d'éjaculation rétrograde survient parfois après résection* (ablation localisée) de la prostate par les voies naturelles (à travers l'urètre), après une résection du rectum ou après l'ablation des ganglions lymphatiques autour de l'aorte dans certains cas de cancer testiculaire. Dans ces trois opérations, des nerfs qui entourent ces organes peuvent être lésés par l'opération. Après ablation des ganglions autour de l'aorte, il peut se passer un à trois ans avant récupération de l'éjaculation par les voies naturelles. Des médicaments peuvent éventuellement aider à combattre l'éjaculation rétrograde*.

• La stérilité

En cas d'ablation des deux testicules pour une tumeur bilatérale, un traitement substitutif par testostérone est nécessaire. L'ablation des deux testicules aboutit à une stérilité et non pas à des troubles de l'érection si un traitement substitutif est prescrit. Du sperme peut avoir été conservé préalablement dans une « banque de sperme », appelée CECOS (Centre d'Etude et de Conservation des Eufs et du Sperme humains), présente dans tous les grands hôpitaux.

>> Après un traitement par radiothérapie*

La radiothérapie du bassin pour tumeur de la prostate, vessie, rectum, peut altérer les petites artères qui participent à l'érection, surtout en cas de dose élevée. Environ 30 % des hommes irradiés peuvent noter un an après l'irradiation, une altération de leur érection et ce d'autant plus qu'ils ont des artères altérées par un tabagisme, une hypertension artérielle ou un diabète. Ce chiffre peut monter jusqu'à 60 % pour les cancers de la prostate irradiés à forte dose.

>> Après un traitement par chimiothérapie*

La chimiothérapie n'altère en principe pas les nerfs et les artères qui participent à l'acte sexuel (à l'exception peut-être de la Vincristine qui par sa toxicité neurologique peut entraîner une éjaculation rétrograde). La fatigue et le choc psychologique peuvent modifier le désir et l'érection pendant un temps donné mais reviennent à la normale au bout de quelques semaines. De façon générale, la libido* est modifiée durant toute chimiothérapie et quelques temps après en raison des différents effets secondaires observés (nausées, vomissements, mucite...) Les modifications de l'image corporelle (perte de cheveux, site de chimiothérapie implantable visible) fragilisent psychologiquement l'homme qui peut ne plus se sentir désirable pour sa/son partenaire. La chimiothérapie altère rarement la sécrétion de testostérone. Elle peut diminuer la fertilité par action sur les spermatozoïdes.

>> Après un traitement par hormonothérapie*

Un traitement hormonal qui perturbe la sécrétion de testostérone (cas du cancer de la prostate) entraîne une altération de l'acte sexuel. C'est le cas des traitements qui bloquent les récepteurs à la testostérone ou qui diminuent le taux de testostérone dans le sang. Dans le premier cas, il s'agit d'antiandrogènes, dans le deuxième cas, il s'agit d'hormones femelles (œstrogènes*) et surtout d'hormones analogues à celles produites par l'hypophyse et une région du cerveau appelée hypothalamus (analogues LH-RH). Il existe une diminution du désir, une insuffisance d'érection ou une altération de l'orgasme. Ce sont en particulier les œstrogènes (actuellement peu prescrits) qui peuvent entraîner une certaine féminisation (poussée mammaire, pilosité faciale diminuée). Les différents traitements hormonaux aboutissent à une baisse de la testostérone qui entraîne une disparition de la libido et donc du désir. Les traitements hormonaux peuvent aussi provoquer des bouffées de chaleur gênantes.

Comment améliorer certaines situations ?

Certains de ces troubles sont temporaires. D'autres sont définitifs. Les troubles liés au stress et à l'anxiété – perte du désir, d'efficacité de l'érection – peuvent trouver une issue favorable assez rapidement lorsque les traitements sont terminés et quand la confiance en soi et l'espoir sont revenus. Il en est de même pour les réactions aiguës liées au traitement (irritation des organes du bassin après une irradiation par exemple). La présence des érections nocturnes physiologiques est un témoin de retour à un fonctionnement « normal » des fonctions sexuelles. Des traitements médicaux peuvent diminuer les effets secondaires de la maladie et de ses traitements. Des entretiens psychologiques peuvent aider à mieux vivre certaines situations difficiles.

>> Le dialogue entre les partenaires

L'harmonie, la confiance et une bonne communication entre les partenaires jouent un rôle essentiel dans le ré-apprentissage de la sexualité. Il est important que le couple intègre les modifications physiques et psychologiques et que chacun regagne une assurance notamment quant à son pouvoir de séduction. Il est nécessaire que les partenaires puissent se parler, s'écouter et qu'une compréhension existe de la part de celui qui n'est pas traité. Il peut être parfois nécessaire d'inventer un nouveau mode de rapports sexuels avec de nouvelles caresses et/ou moyens d'excitation ou d'obtention de l'orgasme.

>> En cas de troubles de l'érection

- **Les médicaments facilitateurs de l'érection :**
le sildenafil (Viagra®) et le tadalafil (Cialis®)

Ces médicaments se présentent sous forme de comprimé à prendre environ une heure avant la relation sexuelle. Ils ne déclenchent pas l'érection, mais facilitent celle qui est induite par votre partenaire. L'érection est facilitée par l'augmentation de la circulation sanguine dans le pénis. Ces médicaments sont interdits aux patients prenant certains médicaments pour une pathologie coronarienne (angine de poitrine ou infarctus du myocarde). Il faut demander l'avis de votre cardiologue, un changement de traitement est parfois possible, autorisant ainsi la prise de ces médicaments.

Ces médicaments peuvent être utiles pour une difficulté d'érection d'origine psychologique (peur de l'échec, manque de confiance en soi). Ils ne sont pas suffisamment efficaces dans les suites de la chirurgie du cancer de la prostate ou des irradiations du petit bassin. Dans ces cas, on préfère les médicaments inducteurs de l'érection.

- **Les médicaments inducteurs de l'érection.**

Les injections intra-caverneuses d'alprostadil (Edex®) provoquent une érection par action directe sur les artères du pénis. Il n'est pas nécessaire d'avoir recours à une stimulation érotique et la qualité de l'érection est excellente. La dose précise nécessaire doit être recherchée avec votre médecin et il ne faut en aucun cas l'augmenter par la suite de sa propre initiative, sous peine de voir apparaître un priapisme qui est une érection prolongée et douloureuse nécessitant une ponction en urgence avec risque de disparition définitive d'érections ultérieures. Ce produit est généralement très bien toléré. Il nécessite un apprentissage de la technique, qui n'est pas douloureuse, en faisant soi-même l'injection dans le pénis. Ce traitement est pris en charge par l'assurance-maladie dans le cas de séquelles de la chirurgie du cancer de la prostate et des irradiations du petit-bassin. Il est conseillé d'utiliser les injections assez rapidement après le traitement du cancer quand les personnes souhaitent une reprise des relations sexuelles.

Le « vacuum » (ou pompe à vide) : il s'agit d'un cylindre de plexiglas dans lequel est introduit le pénis et dans lequel on fait le vide d'air à l'aide d'une pompe. Le vide provoque un appel de sang dans la verge qui gonfle et devient dure. On fait glisser un anneau élastique en caoutchouc à la racine du pénis et on enlève le tube après avoir rétabli la pression. Cette technique a l'avantage d'être une méthode naturelle, mais a pour inconvénient de laisser le pénis froid. Ce procédé a la faveur des anglo-saxons. Il est peu répandu en France.

- **Les prothèses péniennes**

Elles ne sont citées que pour mémoire. Elles sont très peu proposées et uniquement en dernier recours en cas d'échec de toutes les autres méthodes.

- **La prescription de testostérone (hormone mâle)**

Elle n'est utile que dans les très rares cas d'ablation des deux testicules pour cancer. Par ailleurs, cette hormone est soit inefficace, soit contre-indiquée (cancer de la prostate).

>> **En cas d'ablation d'un ou deux testicules**

En cas de cancer d'un testicule, son ablation est nécessaire. Le testicule restant, peut parfaitement remplir à lui seul la fonction de sécrétion de testostérone et de production de spermatozoïdes pour la fertilité. Si l'image corporelle du patient est altérée par la perte d'un testicule, une prothèse en silicone de même volume peut être placée dans le scrotum qui contenait le testicule.

L'ablation des deux testicules est rare. En cas de cancer testiculaire bilatéral, des prothèses bilatérales peuvent être mises en place associées à des injections de testostérone pour permettre la poursuite des relations sexuelles et la prévention de certains troubles métaboliques.

Dans certains cancers de la prostate, le traitement hormonal (suppression de testostérone) consiste en l'ablation des deux testicules. En général, le chirurgien laisse en place une partie des conduits qui amènent le sperme à l'urètre ce qui laisse une masse dans le scrotum et simule la présence du testicule.

>> **En cas d'ablation partielle de la verge**

Une érection est possible avec orgasme même si la zone la plus sensible du pénis (extrémité ou gland) a été enlevée.

>> **En cas de colostomie ou d'urostomie**

L'abouchement du côlon* à la peau (colostomie*) ou de l'uretère* à la peau (urétérostomie*) nécessite dans la majorité des cas, le port d'une poche réservoir en plastique adhérente à la peau. La présence d'une stomie modifie la perception de l'image de soi et entraîne des difficultés psychologiques en favorisant un isolement relationnel et intime.

Des conseils pratiques facilitent les relations et réduisent le risque de gêner la/le partenaire : mini-poche, poche vidée, poche remplacée par un pansement masqué par le port d'un vêtement, position lors des rapports sexuels évitant la vue de la stomie, ...

>> En cas de laryngectomie

L'ablation totale du larynx aboutit à l'abouchement de la trachée à la peau au niveau du milieu de la partie basse du cou. Un masque sur l'orifice de la stomie est conseillé. Le bruit de la respiration parfois stridente à travers la laryngectomie peut être gênante pendant l'acte sexuel.

>> En cas de cancers de la face

Ils perturbent aussi la communication et les relations sexuelles. La chirurgie réparatrice joue un rôle très important dans la récupération physique et psychologique en rapport à l'image corporelle et l'estime de soi.

>> En cas d'amputation d'un membre

L'amputation d'un membre modifie le comportement au moment des rapports sexuels. Elle est à l'origine de douleur chronique et de douleurs du membre fantôme qui peuvent gêner la personne lors des rapports. Une consultation auprès d'un spécialiste de la douleur est alors recommandée.

Psychologie et relation avec la/le partenaire

L'altération de l'image corporelle, le choc psychologique, la crainte de l'avenir, expliquent que beaucoup de patients et/ou leur partenaire ne s'intéressent pas aux problèmes sexuels liés à la maladie ou ne veulent pas les envisager. A l'inverse, la non-information par les soignants sur les conséquences sexuelles de certains traitements, aboutit à une frustration et un dépit. Certains soignants sont réticents à en informer leur malade de crainte de les voir refuser un traitement curatif. Il reste de la responsabilité de chacun d'accepter ou de refuser un traitement et l'on peut comprendre qu'une personne malade refuse une intervention qui la privera d'une sexualité qui lui paraît essentielle pour sa vie.

Une consultation auprès d'un(e) psychologue, d'un(e) sexologue ou d'un médecin peut être utile et faciliter la communication dans le couple. Une discussion franche avec votre partenaire est nécessaire. L'absence de communication, le repli sur soi accentuent la crainte et l'anxiété. La patience et des gestes de tendresse sont importants. Continuer en couple une activité - intellectuelle, physique, de loisir, ... - est essentiel.

Une dépression latente est possible : si vous broyez du noir, si vous avez des troubles du sommeil, si vous n'avez envie de rien, si vous n'arrivez pas à vous concentrer, si vous vous sentez sans espoir, il est impératif de consulter votre médecin. En cas de besoin, une consultation auprès d'un(e) psychologue peut vous apporter une aide. Vous pouvez également trouver soutien et réconfort auprès de vos amis et de votre entourage.

Lors de la reprise d'une activité sexuelle, il est préférable de disposer d'un environnement serein. Une relation sexuelle ne se résume pas à la seule pénétration, donner du plaisir à sa/son partenaire peut se faire par des stimulations diverses avec les mains ou la bouche sur les zones érogènes* (sein, sexe, ...). La confiance en soi et en l'autre ainsi que la tendresse amènent progressivement à un équilibre et à une satisfaction émotionnelle et physique.

En cas de nouvelle relation et pour éviter que votre partenaire ne découvre tardivement les séquelles physiques du cancer (stomie par exemple), il ne faudrait pas hésiter à lui en parler.

Les questions que vous pouvez vous poser

>> Le cancer est-il contagieux ?

La réponse est négative. Le cancer ne se transmet pas par voie sexuelle, ni par le contact d'objet ou de la personne. Il est affligeant de voir certains proches ou collègues professionnels se mettre à distance d'un malade ou d'un ancien malade.

>> Les traitements par radiothérapie ou chimiothérapie sont-ils nocifs pour votre partenaire ?

La réponse est négative. Pendant la radiothérapie, vous n'êtes pas radioactif, vous ne pouvez pas contaminer votre partenaire. Pendant la chimiothérapie, quelques produits peuvent se retrouver à des doses infimes dans le sperme et ne peuvent altérer la santé de votre partenaire. Au besoin, vous pouvez demander à votre médecin si le port d'un préservatif peut être nécessaire au moment d'un rapport sexuel.

>> Les rapports sexuels peuvent-ils entraîner une rechute de la maladie cancéreuse ?

Certains hommes pensent à tort que leur cancer est lié à une supposée « faute sexuelle ». Ce préjugé erroné leur fait craindre une rechute du cancer par la reprise des rapports sexuels.

D'autres ont l'idée d'un marchandage avec une puissance divine consistant à échanger la guérison contre une abstinence sexuelle après le traitement. Il n'a pas été démontré de liens entre rechute d'un cancer et reprise d'une activité sexuelle. Les données scientifiques comme les religions ne soutiennent pas l'existence d'un lien entre rechute du cancer et relation sexuelle. Si vous ressentez de la culpabilité, vous avez la possibilité d'en discuter avec l'aumônier de votre religion.

>> Existe-t-il des contre-indications à la reprise des rapports sexuels ?

Immédiatement après une chirurgie, les rapports sexuels ne sont pas conseillés car l'effort physique peut modifier la cicatrice (hémorragie, lâchage de sutures, ...). Le délai entre la chirurgie et une reprise des rapports varie selon le type d'opération.

En cas de baisse de vos défenses immunitaires, il y a un risque d'infection. Votre médecin saura vous dire si les rapports sont possibles.

Chaque homme a son individualité et sa personnalité qui doivent être écoutées, entendues, prises en compte et respectées.

Une vie sexuelle est possible après le traitement d'un cancer. La confiance réciproque et des sentiments forts favorisent l'entente entre les partenaires et sont une clé de la reprise de la sexualité.

Glossaire

Androgène

hormone mâle sécrétée par les testicules et une partie des glandes surrénales (placées au-dessus du rein).

Chimiothérapie

traitement avec un ou plusieurs médicaments qui vise à détruire les cellules cancéreuses.

Côlon

gros intestin.

Colostomie

abouchement du côlon à la peau de l'abdomen.

Ejaculation retrograde

on parle d'éjaculation retrograde lorsque le sperme est dirigé vers la vessie.

Hormonothérapie

traitement médicamenteux qui utilise les hormones ou leurs dérivés.

Libido

intérêt porté à la relation sexuelle.

Méat urinaire

orifice au bout du pénis.

Œstrogène

une des hormones femelles.

Progestatifs

médicaments dérivés de la progestérone, autre hormone femelle.

Radiothérapie

traitements des tumeurs par les rayons (photons et/ou électrons).

Résection

opération chirurgicale qui consiste à couper, enlever partiellement ou en totalité, un organe, un membre...

Stomie

abouchement à la peau de l'abdomen d'un segment intestinal ou urinaire. Une stomie est toujours incontinente et doit être appareillée en permanence.

Testostérone

hormone mâle sécrétée par les testicules.

Uretère

canal qui conduit l'urine du rein à la vessie.

Urètre

canal qui conduit l'urine de la vessie à l'extérieur. Chez l'homme, l'urètre sert aussi de canal pour le sperme.

Urétérostomie

abouchement à la peau de l'abdomen d'un segment urinaire.

Zone érogène

zone qui lorsqu'elle est stimulée, provoque une excitation sexuelle.

Qu'est-ce que la Ligue nationale contre le cancer ?

Créée en 1918, la Ligue nationale contre le cancer est une association loi 1901 à but non lucratif et reconnue d'utilité publique. Elle est une ONG indépendante reposant sur la générosité du public et sur l'engagement de ses militants. Forte de plus de 728.000 adhérents, la Ligue est un mouvement organisé en une fédération de 103 Comités départementaux qui, ensemble, luttent dans trois directions :

- la recherche,
- l'information, la prévention, le dépistage,
- et les actions pour les malades et leurs proches.

• La recherche

La Ligue est le premier financeur associatif de la recherche sur le cancer en France. Cette dernière s'organise autour de différents pôles : la recherche fondamentale, la recherche clinique (amélioration des traitements), recherche épidémiologique (étude des facteurs de risque pour l'amélioration des conditions de prévention et de dépistage) et la recherche en sciences humaines et psycho-sociales (étude de la qualité de vie des malades pendant et après les traitements du cancer). Elle est pilotée en toute indépendance et transparence par un conseil scientifique national et des conseils scientifiques régionaux et interrégionaux. En labellisant des équipes rigoureusement sélectionnées pour leur excellence par des commissions d'expertise, la Ligue assure le financement de programmes de recherche et suscite des avancées très importantes dans le traitement et la qualité de vie des malades.

• L'information, la prévention et le dépistage

L'objectif est triple. Sensibiliser chacun au danger de certaines pratiques (consommations de tabac et d'alcool, exposition prolongée au soleil, etc.), alerter sur les facteurs de risque, communiquer sur les avantages du dépistage et informer sur l'identification de certains symptômes.

Pour répondre aux publics concernés, de nombreux moyens de communication adaptés sont régulièrement actualisés et disponibles au siège de la Ligue ou auprès des Comités départementaux.

• Les actions pour les personnes malades et leurs proches

Les Comités de la Ligue apportent leurs soutiens matériel et financier, moral et psychologique aux personnes malades, aux anciens malades et à leurs proches. En organisant, en 1998, en 2000 et en 2004, en présence du Président de la République, les Etats généraux des malades du cancer et de leurs proches, la Ligue a donné une très forte impulsion pour que les malades soient mieux pris en charge. En leur donnant la parole, la Ligue a mis en lumière, pris en compte et traduit en actes leurs attentes et leurs besoins pour l'amélioration de la qualité des soins et de la qualité de vie. Les moyens donnés pour le dispositif d'annonce, les groupes de parole institués, les espaces d'information

installés dans les lieux de soins et dans les lieux de vie pour soutenir et rompre l'isolement des personnes malades et de leurs proches, en sont des exemples. La Ligue leur dédie également un espace d'expression et d'information avec le journal « *Les proches* ». Enfin, la Ligue soutient les patients dans leurs difficultés rencontrées pour défendre leurs droits, retrouver un emploi, bénéficier d'un prêt bancaire...

• Au cœur de la société

Parce que le cancer est un problème de santé mais aussi une question de société, la Ligue intervient en communiquant activement sur la nécessité de modifier l'image sociale du cancer. Par le biais de son Ecole de formation, la Ligue facilite l'engagement militant en s'appuyant sur des connaissances validées.

Parce que la Ligue nationale contre le cancer est un acteur reconnu et sérieux, elle a créé et développé le numéro de téléphone Cancer Info Service (0.810.810.821) et le gère désormais en collaboration avec l'Institut national du cancer (INCA). Ce numéro azur est à la disposition du public, tous les jours, sauf le dimanche, de 8 h à 20 h.

Elle édite également une revue trimestrielle « *Vivre* », vendue en kiosque, informant ses adhérents et le grand public, sur ses actions et celles de ses Comités départementaux et sur les dernières avancées thérapeutiques contre le cancer.

« Contre le cancer,
nous avons tous un rôle à jouer ! »



La Ligue vous aide et vous informe :



Votre Comité départemental



LIGUE NATIONALE CONTRE LE CANCER

14 rue Corvisart - 75013 Paris - Tél. : 01 53 55 24 00

www.ligue-cancer.net

La Ligue tient à votre disposition
les coordonnées des Comités départementaux.



pour la vie

Recherche
Information - prévention - dépistage
Actions pour les malades et leurs proches