

la dynamique du Plan Cancer

Un an d'actions et de résultats
Volet général



Mission
Interministérielle pour
la Lutte contre le
Cancer

En un an, grâce à une mobilisation sans précédent, le Plan Cancer a permis de franchir des caps significatifs sur tous les fronts : prévention, dépistage, soins, accompagnement social et humain, recherche.

La course de fond qui est engagée prouve, à l'issue de cette première étape, que les découloissements s'opèrent et que la voie empruntée - large concertation, définition d'une stratégie globale centrée sur l'Homme, action cadencée, précise et évaluable - est pertinente.

Les premiers résultats sont là : 1,8 millions de fumeurs en moins, soit 80.000 vies sauvées à l'horizon 2015 ; d'ici deux ans, 7 millions de femmes auront reçu leur invitation pour un dépistage gratuit du cancer du sein ; tous les nouveaux malades bénéficieront, d'ici 2005, du dispositif d'annonce déjà en cours d'expérimentation ; amélioration de l'accès aux soins pour les malades par une meilleure information ; sept cancéropôles, accélérateurs d'innovation, se structurent efficacement.

Par les espoirs que suscitent ces premiers succès, nous prouvons tous que ce combat n'est pas une simple mobilisation technique mais qu'il est surtout un engagement humain partagé conduit sur l'ensemble du territoire.

Notre engagement est national, notre responsabilité commune. Il n'y a pas de petites actions ou d'acteurs mineurs.

En prenant appui sur les acquis d'une année de mise en œuvre, continuons ensemble la dynamique du Plan Cancer.

Pascale Briand
Déléguée interministérielle

1	PRÉVENTION : ÉVITER LES CANCERS ÉVITABLES	
1.1	Tabac	5
1.2	Alcool	6
1.3	Nutrition	8
1.4	Environnement	8
	1.4.1 Soleil	8
	1.4.2 Cancres professionnels et autres cancers environnementaux	8
1.5	Mieux connaître pour mieux prévenir	9
2	DÉPISTAGE : SE DONNER TOUTES LES CHANCES	
2.1	Généralisation du dépistage organisé du cancer du sein	10
2.2	Expérimentation du dépistage du cancer colo-rectal	13
2.3	Dépistage du cancer du col de l'utérus	13
2.4	Renforcement de l'oncogénétique	13
3	SOINS : ASSURER L'ÉQUITÉ D'ACCÈS À DES SOINS DE QUALITÉ	
3.1	Fonctionnement en réseaux	15
3.2	Pôles régionaux de cancérologie	17
3.3	Centres de coordination en cancérologie	17
3.4	Amélioration des pratiques médicales	17
3.5	Renforcement de l'Oncopédiatrie	18
3.6	Hospitalisation à domicile	18
3.7	Soins de support	19
3.8	Dossier communiquant	19
3.9	Dispositif d'annonce	21
3.10	Equipements lourds	23
	3.10.1 Radiothérapie	23
	3.10.2 Imagerie de diagnostic et de suivi des cancers	23
3.11	Innovation diagnostique et thérapeutique	23
3.12	Traitements onéreux	24
3.13	Tumorothèques	24
3.14	DOM/TOM	24

4	ACCOMPAGNEMENT SOCIAL ET INFORMATION : NE PAS AJOUTER À L'ÉPREUVE DE LA MALADIE CELLE DE L'EXCLUSION SOCIALE	
4.1	Convention Belorgey	26
4.2	Information et accompagnement	27
	4.2.1 " cancer info service "	27
	4.2.2 Kiosques d'information	27
	4.2.3 Convention association-hôpital	27
	4.2.4 Site Internet www.plancancer.fr	27
5	FORMATION ET DÉMOGRAPHIE MÉDICALE : PRÉPARER L'AVENIR	
5.1	Qualification des spécialistes	28
5.2	Démographie et attractivité de la discipline	28
5.3	Adéquation besoins/offre de soins dans les différentes régions	30
5.4	Formation et Prévention	30
5.5	Formations paramédicales	30
5.6	Formation continue	30
6	RECHERCHE : ACCÉLÉRER L'INNOVATION	
6.1	Programme Hospitalier de Recherche Clinique	31
6.2	Cancéropôles	31
6.3	Plan Cancer et Europe de la recherche	33
7	COOPÉRATION FRANCO-BRITANNIQUE	34
8	INSTITUT NATIONAL DU CANCER	35
9	INDICATEURS	36
10	BUDGETS	
10.1	Budget de l'état	37
10.2	Agences sanitaires	39

→ VOLET REGIONAL (TOME II)

→ ENQUÊTES ANNEXÉES (TOME III)

1 | PRÉVENTION

ÉVITER LES CANCERS ÉVITABLES

De très nombreux cancers peuvent être évités en limitant les agressions contre l'organisme. Celles-ci sont en grande partie la conséquence de comportements : fumer, boire à l'excès, exposer un jeune enfant au soleil sans protection, ne pas manger assez de fruits et légumes... Elles résultent également de l'environnement : subir le tabagisme passif, côtoyer des matières cancérogènes dans son travail, respirer un air pollué par des agents potentiellement cancérogènes...

En matière de prévention, le Plan suit cinq directions principales : mieux connaître les facteurs de risques ; renforcer l'épidémiologie ; déclarer la guerre au tabagisme (priorité 2003) ; renforcer la lutte contre les cancers professionnels et environnementaux ; développer la prévention des autres risques et la promotion des attitudes favorables à la santé. Le Plan prévoit aussi de renforcer les actions de promotion de l'hygiène alimentaire et d'information sur les excès d'alcool et les risques liés à l'exposition au soleil, notamment des enfants.

En 2003, des caps importants ont été franchis.

1.1 LUTTE CONTRE LE TABAGISME

La lutte contre le tabagisme engagée sur tous les fronts a permis d'obtenir des résultats sans précédent : 1,9 millions de fumeurs en moins d'après une enquête INPES/IPSOS¹ réalisée du 21 novembre au 24 décembre 2003. Le tabagisme a chuté de 12 % en 2003 par rapport à 1999 (15,3 millions en 1999 contre 13,5 en 2003), cette chute étant particulièrement marquée dans les populations prioritaires : moins 18 % chez les femmes ainsi que chez les jeunes de 15 à 25 ans. Parmi les ex-fumeurs, 14,2 % ont déclaré avoir arrêté de fumer dans l'année.

Toute une série d'actions ont été conduites pour parvenir à ces résultats.

Actions découlant de mesures législatives :

Les actions de lutte contre le tabagisme ont connu, en 2003, des avancées sans précédent. Le prix des cigarettes a augmenté de 42 % entre janvier 2003 et janvier 2004, la vente aux moins de 16 ans ainsi que les paquets de moins de 19 cigarettes ont été interdits, des avertissements sanitaires forts ont été inscrits sur les paquets.

1) Enquête publiée le 2 février 2004

Campagnes d'information et de sensibilisation :

L'INPES², chargé de mettre en œuvre des programmes de prévention et de développer des actions d'éducation pour la santé, a coordonné tout un ensemble d'actions de prévention contre le cancer. Cet organisme a notamment lancé depuis juin 2003 une série de campagnes télévisées pour lutter contre l'image positive du tabac (Lancées en juin 2003, "Clop stop" et "J'arrête et vous" se sont poursuivies jusqu'en février 2004. Une nouvelle campagne sera lancée dès le 31 mai).

D'autres actions de sensibilisation ont été réalisées sous l'égide des programmes "Hôpital sans tabac" (154 établissements sur les 300 établissements membres de ce réseau y ont participé à ce jour et 7000 agents hospitaliers se sont inscrits pour une aide au sevrage. Vingt maternités sont inscrites dans ce programme). Une évaluation du réseau "Hôpital sans tabac" vient d'être lancée.

Aides aux associations :

Dans le cadre d'une politique de prévention visant notamment à sensibiliser les jeunes, un dispositif de renforcement des actions de proximité, soutenu par l'Etat, l'Assurance maladie et l'INPES, permet à 84 comités d'éducation pour la santé dans 15 régions et 69 départements de financer la mise en œuvre de plus de 300 actions. En 2003, une enveloppe de 6 millions d'€ a été affectée aux actions associatives dont 2/3 pour des initiatives régionales et 1/3 pour des actions nationales. Un nouvel appel à consultations est en cours pour favoriser et financer de nouvelles initiatives en 2004.

Action interministérielle destinée à la prévention auprès des jeunes :

La signature d'un contrat-cadre entre le ministère de la santé et le ministère de l'éducation Nationale a permis de faciliter la mise en œuvre d'actions de santé publique à l'école, telle "Lycée non-fumeur" (22 lycées pilotes expérimentent ce dispositif depuis la rentrée scolaire 2003, mais en réalité, un nombre beaucoup plus important d'établissements ont engagé des initiatives).

Mesures d'accompagnement et d'aide au sevrage :

Corollaire de cette diminution du tabagisme, l'utilisation de substituts nicotiques a augmenté de plus de 40 % (2 millions d'utilisateurs contre 1,4 millions en

2002). Alors qu'ils ne sont remboursés dans aucun pays, le coût des substituts nicotiques a été avancé comme un frein possible à l'arrêt du tabac. Une évaluation de l'efficacité du remboursement de ces produits sur le sevrage tabagique est menée en 2004 dans trois régions : Languedoc-Roussillon, Alsace et Basse-Normandie, pour un budget de 3,3 millions d'euros.

Il faut souligner que ces substituts sont, d'ores et déjà, disponibles gratuitement dans les centres de santé de l'assurance maladie pour les personnes en situation de précarité.

"Tabac info service" a presque doublé son activité (44 000 appels en 2003 contre 25 000 en 2002) et les consultations de sevrage ont vu croître leur activité, ce qui justifie la poursuite de leur renforcement (2,27 millions d'euros en 2003 et 1 million d'euros supplémentaires en 2004). L'objectif pour l'année 2004 est de doter les 8 départements encore dépourvus d'une consultation hospitalière de tabacologie³.

Dans le même temps seront expérimentées, au sein des consultations existantes particulièrement chargées, 20 consultations collectives⁴ sans rendez-vous réparties dans 12 régions. Ces consultations permettront de diminuer le délai du premier rendez-vous pour une consultation de sevrage.

La carte suivante résume les expérimentations en cours pour l'année 2004 dans le cadre de la lutte contre le tabagisme au niveau de la prévention (lycées sans tabac, remboursement des substituts nicotiques, consultations collectives de tabacologie et nouvelles consultations individuelles dans les départements qui en étaient jusque là dépourvus).

1.2 LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME

Dans le domaine de la prévention des risques liés à l'alcool, les objectifs suivis par l'INPES⁵ s'articulent autour de quatre axes : alerter sur les risques sanitaires d'une consommation excessive et informer sur les repères de consommation, faire évoluer les représentations masculines sur l'alcool, promouvoir l'abstinence pendant la grossesse, favoriser le dialogue entre les professionnels de santé et le patient. En 2003, une campagne TV a été diffusée du 15 septembre au 5 octobre sur le thème *"L'alcool, pas besoin d'être ivre"*

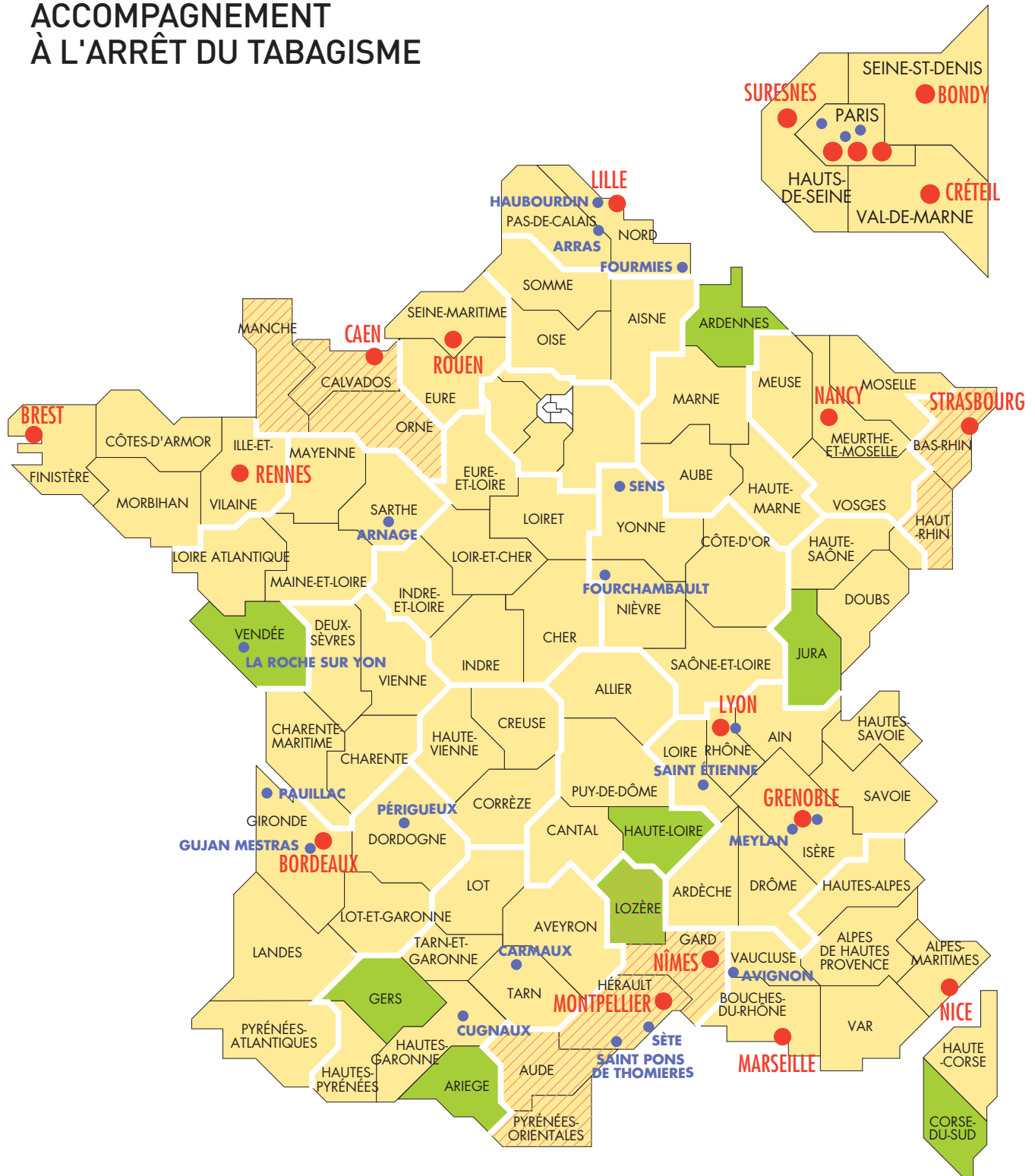
2) INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

3) Consultation hospitalière individuelle d'aide à l'arrêt du tabac : 3 vacations hebdomadaires d'un médecin attaché, mi-temps infirmière et mi-temps secrétaire. Coût d'une consultation individuelle 49,05 euros

4) Consultation hospitalière collective expérimentale d'aide à l'arrêt du tabac : 2 vacations hebdomadaires d'un médecin attaché, 30% temps plein d'infirmière et 30% temps plein de secrétaire. Coût d'une consultation expérimentale 30,15 euros

5) INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

ACCOMPAGNEMENT À L'ARRÊT DU TABAGISME



- Création d'une consultation hospitalière individuelle de tabacologie en 2004
- Création d'une consultation hospitalière collective de tabacologie en 2004
- Lycées pilotes "sans tabac"
- Remboursement des substituts nicotiques

Sources DRASS

pour en mourir". L'objectif a été de montrer qu'au-delà de 2 à 3 verres d'alcool par jour, les risques de cancers et de maladies cardiovasculaires augmentent considérablement.

Cette campagne a été complétée d'annonces dans la presse masculine, du 17 septembre au 30 octobre, sur le thème "*Bois moins si tu es un homme*". Le financement total était de 2,7 millions d'euros pour l'année 2003, réparti à raison de 2,3 millions pour la campagne TV et 0,4 million pour la campagne par voie de presse. Ce budget passera pour l'année 2004 à 5 millions d'euros. Un dépliant sur la consommation régulière excessive d'alcool sera diffusé en octobre prochain dans les pharmacies, les clubs sportifs etc... Ce dépliant accompagnera une campagne TV actuellement en cours d'élaboration.

1.3 NUTRITION

Selon les experts, une alimentation équilibrée permettrait de réduire de 30 % le risque de cancer. Sur cette base, le Plan Cancer recoupe le Programme National Nutrition Santé (PNNS). En raison de l'impact de la nutrition sur la prévention des cancers, ce programme a été abondé à hauteur de 570 000 euros en 2003.

En complément de la diffusion du guide grand public "La santé vient en mangeant : le guide alimentaire pour tous" (déjà diffusé à 1,750 million d'exemplaires), un ouvrage de 60 pages rédigé par l'InVS⁶, "Alimentation, nutrition et cancer, des vérités, des hypothèses et des idées fausses" a été distribué aux professionnels de santé et de façon prioritaire aux médecins généralistes par le biais de la formation continue. Ce guide souligne le rôle protecteur des fruits et légumes et de l'exercice physique, ainsi que les risques liés au surpoids, à l'obésité et à la consommation d'alcool. Il a été particulièrement bien perçu dans l'opinion.

La campagne publicitaire sur la nécessité de consommer au moins 5 fruits et légumes par jour, réalisée en partenariat avec la CNAMTS⁷ et l'INPES, a été renouvelée en 2003 et sera poursuivie en 2004. Elle a été confortée en 2003 par la présentation de l'enquête SUVIMAX évoquant la relation causale entre un apport de vitamines et minéraux et la diminution du risque de cancers.

Les actions ciblant les jeunes pourront désormais s'inscrire dans le contrat-cadre signé en juillet 2003 entre le ministère de l'Éducation Nationale et le ministère de la Santé. Un certain nombre d'objectifs prioritaires sont définis dans ce contrat, parmi lesquels figurent, pour l'année scolaire 2003-2004, la

conception et la diffusion d'une mallette pédagogique sur la nutrition.

En complément, une campagne nationale de promotion de l'activité physique a été lancée le 11 février dernier.

1.4 FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX

1.4.1 Soleil et cancer de la peau

Le mélanome, dont l'incidence a doublé en 10 ans, a été l'objet de campagnes portant sur le risque des expositions solaires (spots radio pendant l'été 2003). Ces campagnes d'information vont être poursuivies, avec, entre autres, un dépliant informant le grand public sur les dangers liés à l'exposition solaire, qui sera diffusé dès le mois de mai à au moins 1,5 million d'exemplaires. Une affichette destinée à sensibiliser à la détection du mélanome sera diffusée dans le même temps, à plus de 100.000 exemplaires. Ces outils d'information bénéficieront d'un large réseau de diffusion : secteur associatif dont la Ligue Nationale Contre le Cancer, Caisses Primaires d'Assurance-Maladie, centres de vacances, offices de tourisme, fédérations de natation, dermatologues, pharmacies, kinésithérapeutes, esthéticiennes, etc ...

Les professionnels de la Santé ont depuis plusieurs années organisé une journée de sensibilisation au dépistage des cancers de la peau. Importante en terme de sensibilisation, elle a notamment permis l'année dernière de dépister 17 mélanomes. En 2004, cette journée de dépistage a eu lieu le 6 mai.

1.4.2 Cancers professionnels et autres cancers environnementaux

Pour renforcer la lutte contre les cancers environnementaux ou professionnels dont la fréquence est estimée à 8 à 20% des cancers, il est nécessaire d'améliorer le dispositif de connaissance des impacts cancérigènes des agents polluants présents dans l'environnement général ou professionnel. Cette action, par essence interministérielle, bénéficie déjà d'une prise en compte dans le Plan Cancer, le Plan National Santé-Environnement (PNSE) et sera renforcée dans le cadre du Plan Santé au Travail. Plusieurs actions portant sur l'évaluation des risques environnementaux ont été mises en place par l'AFSSE⁸ dès 2004 pour un budget supplémentaire d'un million d'euros, dont

1) InVS : Institut de Veille Sanitaire

2) CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

3) AFSSE : Agence Française de Sécurité Sanitaire Environnementale

un important travail de réactualisation et d'évaluation des valeurs toxicologiques de référence pour des substances cancérigènes présentes dans l'environnement.

Contrat-cadre "cancers professionnels"

Le renforcement de la protection des travailleurs exposés aux facteurs de risques cancérigènes, et une meilleure connaissance des cancers professionnels au sein de la population constituent l'un des objectifs prioritaires du Plan Cancer.

Dans ce but, un contrat-cadre entre le ministère de la Santé et le ministère du Travail a été signé le 13 février 2004. Cet accord va permettre une meilleure coordination entre ces deux ministères afin d'améliorer rapidement et concrètement la lutte contre les cancers professionnels.

Les actions s'articulent autour de quatre axes :

- Accroître la connaissance des risques cancérigènes en entreprise, établir une veille scientifique toxicologique et renforcer les règles de protection des travailleurs exposés.
- Améliorer la détection des cancers professionnels dans l'entreprise, en étant capable d'identifier très vite des séries de cas (clusters) et en mettant en place un suivi post-professionnel des travailleurs exposés.
- Préciser l'importance des cancers professionnels au sein de l'ensemble de la population (exemples : matrices emploi/exposition, données supplémentaires dans les registres de cancers, suivi de cohortes, études cas/témoins...).
- Mettre en place, dans les entreprises, une prévention accrue des cancers liés à d'autres facteurs de risque, notamment le tabac. En 2004, un label "entreprise sans tabac" sera créé et permettra aux entreprises volontaires de s'engager visiblement dans la lutte contre le tabagisme. Plus généralement, un meilleur respect de la loi Evin sera recherché sur les lieux de travail.

Un comité de coordination nationale, présidé par la mission interministérielle pour la lutte contre le cancer (MILC) et comprenant les directions d'administration centrale (DGS⁹, DRT¹⁰, DSS¹¹), et les régimes d'assurance maladie concernés établira chaque année un programme d'actions et en suivra la mise en œuvre. Les organismes experts, de recherche ou de prévention comme l'AFSSE¹², l'INRS¹³, l'INPES¹⁴, l'InVS¹⁵, l'INSERM¹⁶, les médecins du travail, l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT), l'Organisme Professionnel de Prévention du Bâtiment et des Travaux Publics (OPPBT) seront sollicités.

1.5 MIEUX CONNAÎTRE POUR MIEUX PRÉVENIR

Le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC) localisé à Lyon, affilié à l'Organisation Mondiale de la Santé, a bénéficié d'un financement exceptionnel d'1 million d'€ en 2003 afin de soutenir toute une série de recherches sur les comportements à risques dans le domaine du tabac.

L'AFSSE sera doté d'un million d'€ afin d'une part de réaliser une veille scientifique permanente et d'autre part de financer des actions de recherche sur les facteurs de risques environnementaux. Ces crédits serviront également à financer un travail sur la caractérisation de l'exposition des populations aux substances cancérigènes, y compris en milieu professionnel, ainsi qu'une actualisation des valeurs toxicologiques de référence et des valeurs limites d'exposition de ces substances.

Plus généralement, l'objectif d'accroître les connaissances épidémiologiques sur le cancer via les registres, a donné lieu à des financements nouveaux : une subvention complémentaire de 2 millions d'euros a été accordée à l'InVS pour renforcer les registres généraux existants et pour créer de nouveaux registres dans les régions Nord, Aquitaine et Limousin.

L'InVS a aussi lancé une phase d'analyse de faisabilité pour la création d'un registre en Ile de France.

Face aux besoins croissants en épidémiologie, il est impératif de renforcer la concertation et les collaborations entre tous les acteurs de ce domaine :

- Ministères : de la Santé, du Travail, de l'Environnement et de la Recherche,
- Equipes de recherche : INSERM, CNRS, CIRC, INRS, universités, INERIS,
- Organismes de Santé Publique : InVS, AFSSE, ORS

En conclusion : si des caps importants ont été franchis, il n'en demeure pas moins que toute démarche en matière de prévention n'a de sens que si elle s'inscrit dans la durée. L'ensemble des avancées résumées ci-dessus devra être conforté par la poursuite d'une politique volontariste et pérenne.

9) DGS : Direction Générale de la Santé

10) DRT : Direction des Relations du Travail

11) DSS : Direction de la Sécurité Sociale

12) AFSSE : Agence Française de Sécurité Sanitaire Environnementale

13) INRS : Institut National de Recherche sur la Santé

14) INPES : Institut National de Prévention et Education pour la Santé

15) InVS : Institut de Veille Sanitaire

16) INSERM : Institut National de Santé et Recherche Médicale

2 DÉPISTAGE : SE DONNER TOUTES LES CHANCES

10

Un cancer diagnostiqué précocement augmente les chances de guérison et permet un traitement moins lourd. Favoriser l'accès à un dépistage de qualité est une démarche prioritaire du Plan Cancer. Des groupes techniques nationaux mis en place par la DGS sont chargés de l'élaboration des campagnes de dépistage et de leur suivi, leur évaluation relevant quant à elle de l'InVS.

2.1 LA GÉNÉRALISATION DU DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN EST EFFECTIVE

Depuis le 1er janvier 2004, le dépistage organisé du cancer du sein est mis en place sur tout le territoire, à l'exception de La Guyane²¹.

Toutes les femmes âgées de 50 à 74 ans (sept millions) vont pouvoir bénéficier gratuitement d'une mammographie, tous les deux ans. Cet objectif phare du Plan Cancer a été atteint grâce à une mobilisation exceptionnelle des professionnels de Santé, des services de l'Etat, des conseils généraux, de l'Assurance Maladie, du secteur associatif (Ligue et Comités féminins notamment). Il faut ici saluer l'action déterminante du groupe technique national présidé par le Dr Brigitte Seradour.

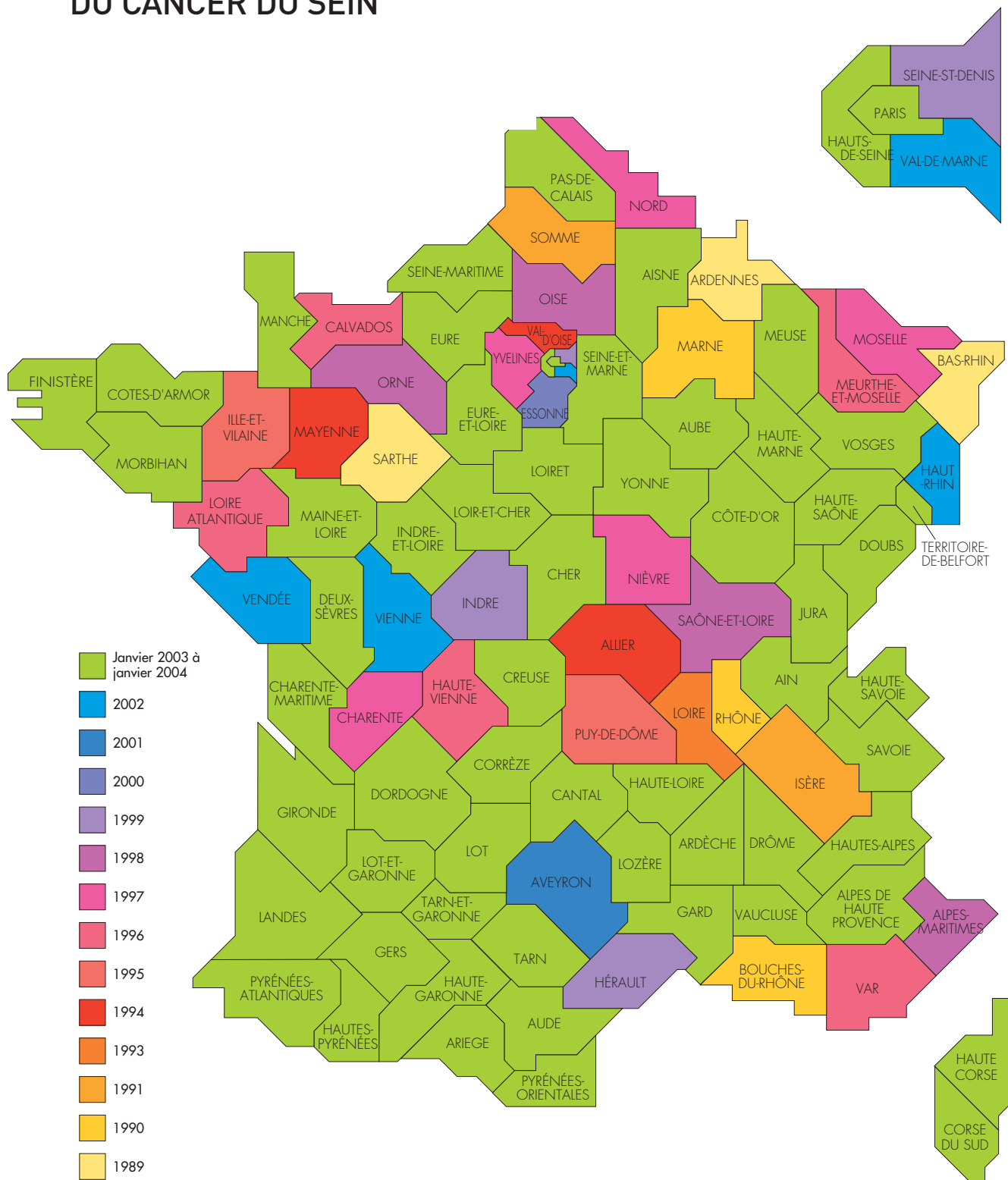
L'Etat y a consacré 18 millions d'euros en 2003. En moins d'un an, il a été fait d'avantage qu'au cours des dix années précédentes.

Désormais, l'accent doit être mis sur la nécessaire sensibilisation de toutes les femmes concernées en développant des approches tenant compte de la diversité des contextes régionaux et sociaux : l'objectif étant que 80 % d'entre elles, au moins, participent au dépistage.

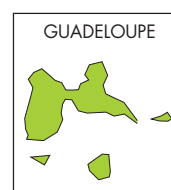
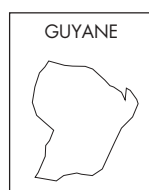
Selon les données fournies par les DRASS le taux de participation moyen des femmes au dépistage du cancer du sein pour l'année 2003 est de 30% (11 à 70% selon les départements). On trouve naturellement les pourcentages les plus faibles dans les régions où le dépistage a débuté tardivement. La campagne d'information et de sensibilisation lancée en 2003 par le ministère de la santé, l'assurance maladie et la Ligue, " rendez-vous santé plus " a été renforcée et se poursuit en 2004 par de nouveaux spots TV qui seront diffusés sur un large réseau.

21) Compte tenu des spécificités de ce département, il est nécessaire de prévoir un aménagement du dispositif et du cahier des charges pour assurer un meilleur accès au dépistage. De plus, une mise à niveau des équipements et des actions de formation est en cours dans cette région.

DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN



La Guyane n'est pas encore rentrée dans le dispositif pour des raisons techniques et fait l'objet de toute l'attention des services concernés.



Ces campagnes d'information devront être complétées par des actions plus ciblées mobilisant notamment associations, mutuelles, généralistes et services sociaux. Tout doit être fait pour que les actions d'information, destinées aux populations qui sont en situation de précarité ou qui sont mal informées, se multiplient. C'est la raison pour laquelle la Mission entreprendra dès le mois de septembre une très large mobilisation des femmes sur ce sujet en étroite concertation avec Régine Goinère du réseau des malades, experte bénévole de la MILC.

Création de l'observatoire de sénologie (voir aussi le chapitre " amélioration de la qualité des soins ")
Considérant l'importance du dépistage du cancer du sein, premier dispositif organisé en France, la Fédération Nationale des Médecins Radiologues (FNMR), a créé une structure nationale de recueil des données sur la pratique mammographique : l'observatoire de sénologie. Celui-ci est financé par le FAQSV. Il permettra notamment de connaître le nombre de praticiens impliqués, le nombre d'examens par praticien, le nombre de femmes concernées, leur distribution par tranche d'âge, les motifs d'examens, la distribution par département qui doit permettre de calculer le taux de couverture et l'attractivité des sites radiologiques, la part respective du dépistage organisé, individuel, des examens de suivi ou des examens pour risque génétique identifié, la nature des actes et la fréquence des associations d'actes (avec l'échographie par exemple).

2.2 L'EXPÉRIMENTATION DU DÉPISTAGE DU CANCER COLO-RECTAL

Le Plan Cancer préconise un dépistage du cancer colo-rectal chez les personnes âgées de 50 à 74 ans, tous les deux ans. L'Académie des Sciences a réaffirmé l'importance de cette mesure. Actuellement, ce dépistage s'effectue par la recherche de sang occulte dans les selles à l'aide du test Hémocult (gratuit dans le cadre de ce dépistage). En cas de présence de sang, une coloscopie permet de préciser le diagnostic. Vingt-deux départements pilotes sont engagés dans l'expérimentation du dépistage organisé de ce cancer. Une première évaluation sera réalisée à la fin de l'année 2004 pour définir une stratégie nationale applicable d'ici à 2007.

2.3 DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

En 2000, le cancer du col de l'utérus (3 300 nouveaux cas diagnostiqués) a été à l'origine de 1000 décès. Ces décès sont évitables puisque pour ce cancer, la détection des affections précancéreuses est possible et que leur traitement évite l'apparition de la maladie. On est donc là, à proprement parler, dans le domaine de la prévention.

Le dépistage est basé sur l'analyse d'un frottis cervico-vaginal. Celui-ci peut être complété, en cas de frottis incertain, par l'utilisation d'un test de détection du papillomavirus. Depuis le 14 février 2004, ce test est pris en charge par l'assurance maladie. Pour sa part, l'ANAES²² a entrepris une actualisation de ses recommandations sur la cytologie en phase liquide, nouvelle approche qui semble améliorer la sensibilité de ce test.

Pour ce dépistage qui donne lieu à un nombre important, bien qu'insuffisant, de dépistages individuels, l'objectif du plan est que 80% des femmes entre 25 et 69 ans en bénéficient (16 millions de femmes sont concernées). Les données régionales concernant le taux de participation des femmes au dépistage du cancer du col de l'utérus sont parcellaires, car aucun dépistage systématique n'est pour l'instant envisagé. Cinq régions (Alsace, Bourgogne, Franche Comté, Basse Normandie et Pays de Loire) disposent d'informations précises sur ce taux qui est en moyenne de 25% avec des fluctuations de 10 à 38%. On est donc encore loin des objectifs fixés par le plan.

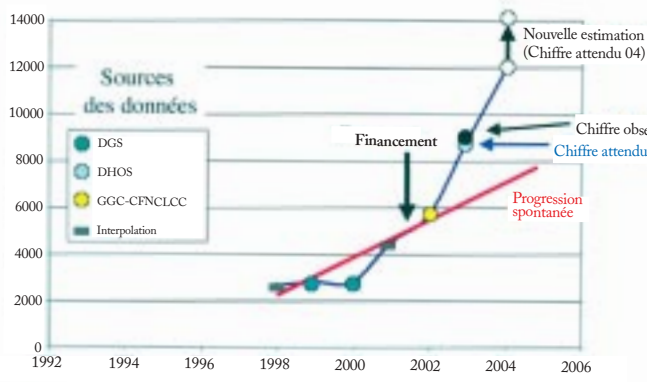
Des actions de sensibilisation couplées à celles développées dans le cadre du dépistage du cancer du sein devront être mises en place.

2.4 RENFORCEMENT DE L'ONCOGÉNÉTIQUE

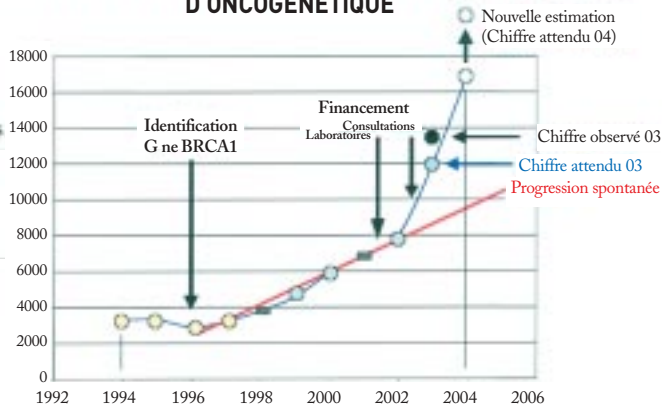
Le Plan prévoit d'accroître l'offre de conseils en oncogénétiques et d'accès aux tests de prédisposition génétique des formes familiales de cancer (5% des cancers). Depuis la fin de l'année 2002, 6,9 millions d'euros ont été affectés à 26 laboratoires qui se sont engagés à ce que plus de 12 000 tests soient effectués en 2003. En 2004, 15 000 tests pourront être effectués, couvrant ainsi la totalité des besoins de la population.

22] ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

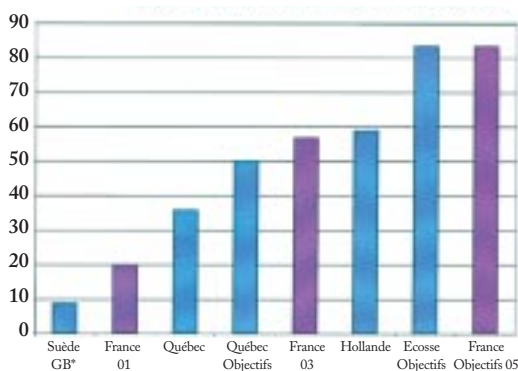
TESTS DE GÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE CONSTITUTIONNELLE EN CANCEROLOGIE



CONSULTATIONS D'ONCOGÉNÉTIQUE



COMPARAISON INTERNATIONALE Tests BRCA/Millions Habitants



Source des données : déclaration d'experts étrangers. les données Françaises sont celles d'enquêtes de la DHOS. Certains experts d'autres pays ont répondu mais ont demandé que leurs chiffres ne soient pas rendu publique.
 • Les chiffres de la GB sont une estimation à partir de leurs indications de test.

Parallèlement, l'offre de consultations d'Oncogénétique a été doublée (2,3 millions d'euros ont été accordés en 2003). Toutes les régions administratives, à l'exception pour l'instant de la Picardie (en accord avec la région de Haute-Normandie qui les assure) vont ainsi disposer d'au moins une consultation d'Oncogénétique. La coordination entre ces actions est assurée par le Pr. François Eisinger. Des référentiels concernant l'Oncogénétique clinique vont être mis à disposition des professionnels.

Les graphiques ci-dessous montrent l'accroissement du nombre de consultations et de tests génétiques effectués en 2003-2004. Le nombre de tests réalisés en 2003 a ainsi pratiquement doublé par rapport à l'évolution attendue si il n'y avait pas eu d'impulsion spécifique.

L'enveloppe 2004 pour l'ensemble de ces actions s'élève à 3 millions d'euros. La reconnaissance de la profession de conseiller en Génétique prévu dans le projet de loi relative à la politique de Santé Publique va venir conforter le dispositif.

3 SOINS : ASSURER L'ÉQUITÉ D'ACCÈS À DES SOINS DE QUALITÉ

Assurer l'équité d'accès à des soins de qualité est un impératif dont la pierre angulaire est la coordination au sein des établissements (centre de coordination et concertation pluridisciplinaire), entre les établissements de haute technicité (constitués en pôle régional), entre la ville et l'hôpital grâce au fonctionnement en réseau. Le partage de l'information médicale inscrite dans le dossier dit " communiquant " est essentiel pour parvenir à ce qu'effectivement, chaque nouveau patient puisse bénéficier d'un parcours personnalisé de soin.

Le Plan Cancer est ainsi porteur de réorganisations profondes du système de soin. Sous l'égide de la DHOS, en partenariat avec les ARH, différents groupes de travail posent actuellement les bases de cette nouvelle organisation. Les prochains Schéma Régionaux d'Organisation des Soins intégreront ces orientations. D'ores et déjà les tableaux de bord régionaux de suivi du Plan Cancer permettent d'apprécier les premières avancées.

3.1 LE FONCTIONNEMENT EN RÉSEAUX

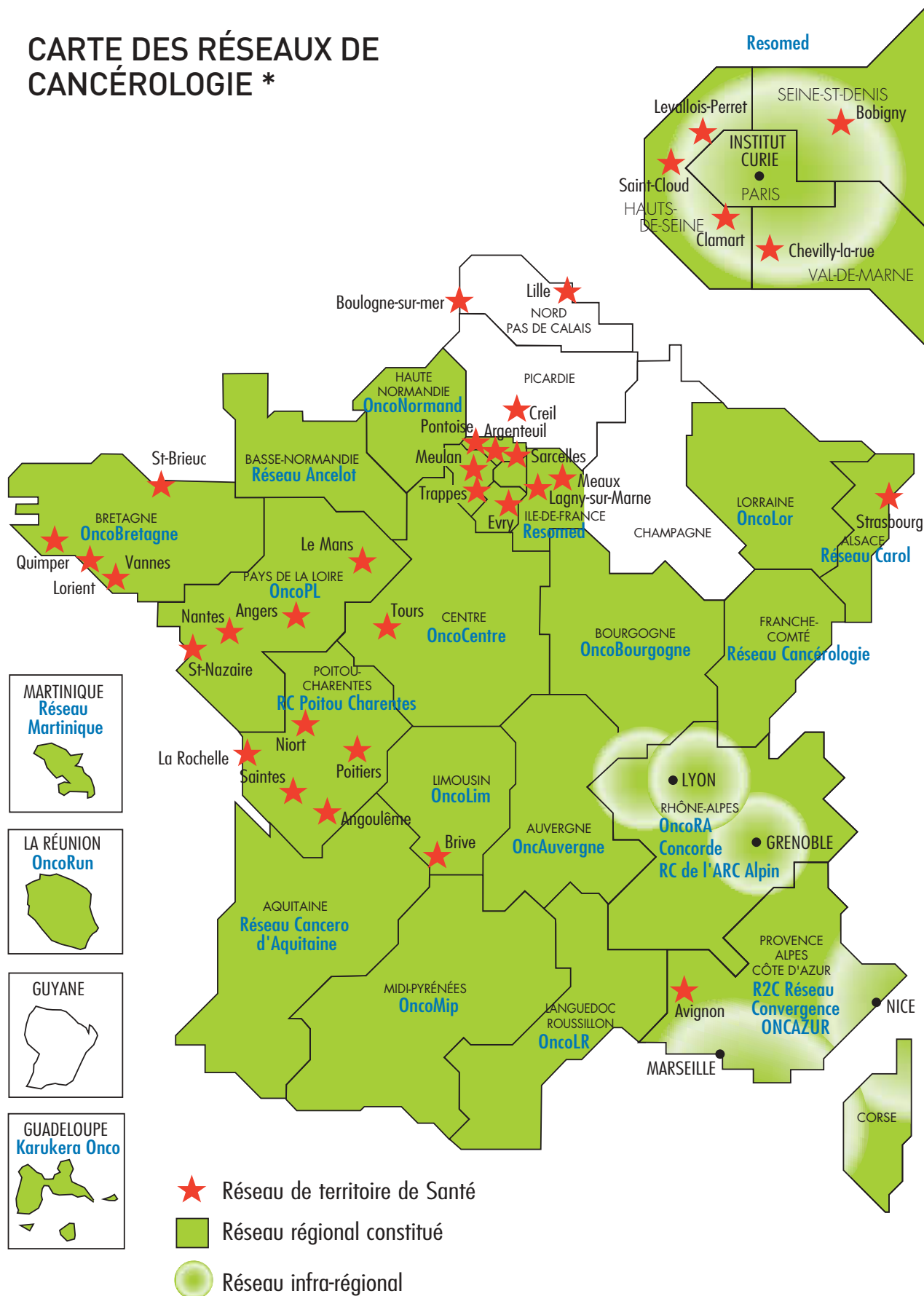
Les réseaux répondent aux exigences d'amélioration des bonnes pratiques, de coordination et de continuité des soins, d'information partagée et de concertation pluridisciplinaire. Cette évolution profonde des pratiques est particulièrement importante en cancérologie. Les réseaux doivent faciliter et renforcer la connexion entre la ville et l'hôpital, garantissant la continuité des soins et de l'accompagnement jusqu'à l'hospitalisation à domicile en associant tous les intervenants. L'organisation des soins ne peut, en effet, être pensée aujourd'hui en se limitant à l'hôpital. L'objectif est d'assurer la couverture de toutes les régions par le système de réseau et de permettre une prise en charge homogène des patients quel que soit leur lieu de résidence.

Depuis la circulaire de mars 1998, l'organisation des réseaux s'est progressivement mise en place, selon des modes assez divers. Un état des lieux du fonctionnement des réseaux a été réalisé par le Dr Philippe Bergerot, à la demande de la Mission.

Ces données, présentées le 7 mai 2004 à l'ensemble des responsables de réseaux et aux membres du groupe de travail " réseau " mis en place par la DHOS²³, sont présentées en annexe.

23) DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins

CARTE DES RÉSEAUX DE CANCÉROLOGIE *



*établie sur la base des réponses à l'enquête Réseaux (Tome III ; www.plancancer.fr)

En 2003, la dotation nationale de développement des réseaux a été doublée, passant de 23 à 46 millions d'euros. Elle sera de 125 millions d'euros en 2004. Cet effort profitera tout particulièrement aux réseaux régionaux de Cancérologie qui recevront un financement de 7,8 millions d'euros en 2004.

Favoriser l'implication des médecins généralistes :

Les conditions de création, au sein des réseaux de soins en cancérologie, d'un forfait de suivi par les médecins généralistes, des patients atteints de cancer lors des épisodes inter-hospitaliers font l'objet d'une réflexion engagée par la DHOS, la DSS²⁴ et la CNAMTS²⁵. Il pourrait être effectif, sous une forme expérimentale (liée par exemple à la phase pilote du dispositif d'annonce et du parcours personnalisé de soin) à partir de 2005.

3.2 DES PÔLES RÉGIONAUX DE CANCÉROLOGIE

Le pôle régional de Cancérologie va permettre à chaque région de disposer d'une structure de référence et de recours hautement spécialisée bien identifiée. Le patient pourra y trouver, à tel ou tel moment de son traitement, les soins très spécialisés dont il aura besoin. Le pôle associera principalement les centres hospitaliers universitaires (CHU) et les centres de lutte contre le cancer (CLCC) et, le cas échéant, des établissements hautement spécialisés (publics et privés). Ces établissements mettront en cohérence les objectifs et les pratiques médicales, les plateaux techniques de haut niveau, les ressources en matière de recherche et d'enseignement et favoriseront le développement de thérapies innovantes.

Les textes qui vont permettre la constitution des pôles régionaux de Cancérologie sont en cours d'élaboration avec le concours de tous les acteurs associés dans les différents groupes de travail mis en place par la DHOS. Les ARH seront chargées de les mettre en place d'ici à la fin de l'année.

D'ores et déjà, un accord-cadre entre les CHU et la FNCLCC²⁶ est finalisé et servira de base à la constitution de ces pôles.

3.3 DES CENTRES DE COORDINATION EN CANCÉROLOGIE

L'identification de Centres de Coordination en Cancérologie (3C) dans chaque établissement traitant des patients atteints de cancer doit permettre d'organiser et de coordonner le parcours du patient

dans une approche multidisciplinaire. Les 3C doivent ainsi assurer la coordination des médecins au sein de l'établissement, en particulier lors des réunions de concertation pluridisciplinaire, garantir la qualité et le caractère effectif du Programme Personnalisé de Soins (PPS) et assurer le lien avec les réseaux. Ils seront un point de repère pour le patient à tout moment de son traitement.

Des centres répondant à ces objectifs fonctionnent déjà dans un certain nombre d'établissements, notamment dans les principaux centres de lutte contre le cancer.

Compte tenu de la diversité des types d'établissements dans lesquels ils doivent s'implanter et conformément aux principes de nouvelle gouvernance, la mise en place est prévue sous forme de **contrats d'objectifs**, laissant à chaque établissement la responsabilité d'adopter les modalités de fonctionnement correspondant à ses spécificités. Ces contrats doivent être signés dès 2004. Une évaluation du respect des engagements pris par les établissements sera engagée dès 2005.

3.4 AMÉLIORATION DES PRATIQUES MÉDICALES

L'amélioration de la prise en charge des patients nécessite la production et la diffusion des recommandations de pratique clinique mais aussi l'évaluation de leur impact. Différentes structures sont impliquées dans ce type d'évaluation.

L'ANAES²⁷ met en place des conférences de consensus et permet l'élaboration de recommandations professionnelles. Elle procède également à l'évaluation des pratiques médicales et technologiques.

Pour l'année 2004, les actions de l'ANAES en rapport avec le Plan Cancer ont bénéficié d'un budget de 2,7 millions d'euros.

Les études réalisées en 2003 ont porté notamment sur :

- La grossesse et le tabac,
- La pertinence du dépistage du cancer du sein chez les femmes de 40 à 49 ans,
- La place de la recherche du papillomavirus dans la stratégie du dépistage du cancer du col de l'utérus.

24) DSS : Direction de la Sécurité Sociale

25) CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance-Maladie des Travailleurs Salariés

26) FNCLCC : Fédération Nationale des Centres de Lutte contre le Cancer

27) ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

Des recommandations professionnelles ont été diffusées en 2003 sur les sujets suivants :

- Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal,
- Critères d'éligibilité des patients à une chimiothérapie anticancéreuse à domicile et son évaluation économique,
- Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs,
- Accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches.

Des études portant sur la nomenclature des actes professionnels sont également réalisées par l'ANAES.

Les données détaillées transmises par l'ANAES concernant l'ensemble de leur actions en 2003 dans le cadre du Plan Cancer sont consultables sur le site www.plancancer.fr

Les bonnes pratiques en matière de prise en charge du cancer du sein

Compte tenu de la montée en puissance du dépistage du cancer du sein, et par conséquent du nombre de patientes dépistées nécessitant une prise en charge diagnostique complémentaire et/ou thérapeutique, il est important d'assurer une équité d'accès à une prise en charge de qualité sur tout le territoire. C'est dans cet esprit que la DHOS²⁸ a demandé à la SFSPM²⁹ une réflexion sur les conditions d'amélioration des pratiques et de la prise en charge des femmes dépistées.

La DHOS est aussi à l'origine d'une étude visant à évaluer, dans différentes régions de France, l'utilisation des bonnes pratiques de prise en charge du cancer du sein et à identifier les éventuels facteurs de disparités. De cette étude ressort la nécessité de mettre en place un contenu standard minimum des informations devant figurer dans le dossier médical (fiche standardisée) et de clarifier les recommandations de bonnes pratiques cliniques.

Une étude du même type est mise en place pour la prise en charge du cancer du colon.

3.5 RENFORCEMENT DE L'ONCOPÉDIATRIE

La prise en charge des enfants atteints d'un cancer nécessite un environnement thérapeutique et social spécifique. La circulaire d'organisation des soins en Cancérologie Pédiatrique du 29 mars 2004 prévoit 2 niveaux complémentaires d'organisation des soins :

Au niveau régional :

Un ou plusieurs centres de Cancérologie Pédiatrique, identifiés par les ARH³⁰, doivent assurer et coordonner

la prise en charge des cancers de l'enfant. Ils doivent répondre à des critères exigibles, formalisés dans la circulaire et animer un réseau régional centré sur la continuité des soins avec les services de Pédiatrie et les professionnels intervenant au domicile.

Au niveau interrégional et/ou national :

L'identification des centres constituants des sites de référence et d'expertise sera réalisée dans un deuxième temps et ils verront leurs moyens renforcés.

Enfin il reviendra à l'INCa, comme l'a récemment rappelé le ministre de la santé, de favoriser par des financements et programmes de recherche adaptés, l'émergence de traitements spécifiques des cancers de l'enfant dès 2005.

3.6 HOSPITALISATION À DOMICILE

Lorsqu'il peut être proposé en toute sécurité, le traitement à domicile constitue pour beaucoup de patient un élément important d'amélioration de leur qualité de vie. La modification progressive des voies d'administration des médicaments cytotoxiques, et notamment l'introduction récente de chimiothérapies par voie orale, va en permettre l'essor au cours des prochaines années.

En 2003, l'ANAES³¹ a publié des règles de bonnes pratiques et de critères d'éligibilité des patients à la chimiothérapie à domicile. Un groupe de travail est en train de finaliser les recommandations pour l'organisation de ces chimiothérapies, en particulier concernant l'acheminement des produits, l'administration de la chimiothérapie et la gestion des déchets qui en résultent.

Dès cette année, des modifications législatives et réglementaires sont apportées pour en permettre le plein développement et des financements permettent d'accroître l'offre d'HAD. L'ordonnance de simplification administrative du 4 septembre 2003 permet désormais de développer des capacités supplémentaires en hospitalisation à domicile (HAD).

Seize millions d'euros en 2004 et 50 millions d'euros en 2005 doivent prioritairement permettre de créer ou renforcer les structures d'HAD dans les zones actuellement sous-dotées (33 départements en 2002 ne comptaient pas de places d'HAD). Au total, par création ou reconversion, l'objectif est d'atteindre 8 000 places d'HAD, dont 2 000 pour le cancer, d'ici

28) DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'Organisation des Soins

29) SFSPM : Société Française de Sénologie et Pathologie Mammaire

30) ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

31) ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

à 2007. Entre 2002 et 2003, d'après les données fournies par les DRASS, le nombre total de places en HAD est passé de 4306 à 4522, soit une augmentation de 5% environ. Le détail par région est reporté dans le tableau suivant.

3.7 SOINS DE SUPPORT : PSYCHO-ONCOLOGIE, TRAITEMENT DE LA DOULEUR, SOINS PALLIATIFS

Psycho-oncologie

Améliorer les conditions de prise en charge psycho-oncologique des patients atteints de cancer tout au long de la maladie, nécessite d'augmenter le nombre de psycho-oncologues mais aussi d'apprécier les besoins selon les régions. L'objectif posé par le Plan est de parvenir à la présence d'un psycho-oncologue temps plein pour 1500 nouveaux patients. Pour affiner l'analyse des besoins, une enquête sur les pratiques en psycho-oncologie et les besoins en personnel a été menée par le Dr Daniel Serin et la Société Française de Psycho-oncologie à la demande de la Mission. Les résultats de cette enquête sont présentés en rapport annexé.

Le budget 2004 concernant les soins de support en psycho-oncologie est de 3,2 millions d'euros ce qui correspond à la création de 100 postes de psycho-oncologues. D'après les données régionales issues des DRASS, 17 postes plein temps de psycho-oncologues ont déjà effectivement été créés en 2003 sur l'ensemble des régions et 65 postes seront pourvus en 2004. Les données de l'enquête réalisée seront mises à la disposition des ARH.

Traitement de la douleur

Dans le cadre du renforcement du nombre des structures, 16 nouvelles consultations ont été financées par un million d'euros en 2004 dans les départements qui en étaient dépourvus. De plus, l'accès aux médicaments classés stupéfiants va être simplifié et des fiches pédagogiques sur la prise en charge de la douleur cancéreuse vont être distribuées en 2004 aux professionnels de santé. La Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC) a pour sa part publié en avril 2004 de nouvelles recommandations sur l'évaluation de la douleur chez l'adulte et l'enfant atteints d'un cancer qui fournissent un véritable guide pratique des outils disponibles et de leur utilisation dans la pratique clinique. Concernant la prise en charge de la douleur, une enquête est en cours pour apprécier l'adéquation entre les structures existantes et les attentes des patients et des professionnels de Santé.

Soins palliatifs

Le développement des soins palliatifs est une priorité avec le renforcement des capacités d'accueil dans les établissements de santé - lits identifiés, équipes mobiles et unités de soins, et le développement de l'HAD. A la fin de l'année 2003, 56% du territoire (y compris les DOM) était couvert par un réseau de soins palliatifs avec des disparités selon les régions (seulement 10 régions totalement couvertes par le réseau et 5 régions couvertes à plus de 50%). Six régions n'avaient pas encore de réseau régional de soins palliatifs. Le développement de soins palliatifs à domicile s'intègre dans la politique de développement des réseaux et nécessite le développement de la prise en charge de ces malades dans le cadre de l'hospitalisation à domicile. La formation continue des personnels médicaux et paramédicaux aux soins palliatifs est depuis 2004 une priorité au niveau national.

En 2003 les soins palliatifs ont été financés à hauteur de 10 millions d'euros. Pour l'année 2004 le budget est de 4,5 millions d'euros et se traduira par la création de 4 unités de soins palliatifs au sein de pôles régionaux en cancérologie, de 8 équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) dans les régions les moins pourvues et par le renforcement en effectifs médicaux ou paramédicaux de 6 autres EMSP. A cela s'ajoute la reconversion de 146 lits en " lits identifiés " de soins palliatifs.

Les tableaux suivants (page 20) résument l'offre de soins palliatifs par région.

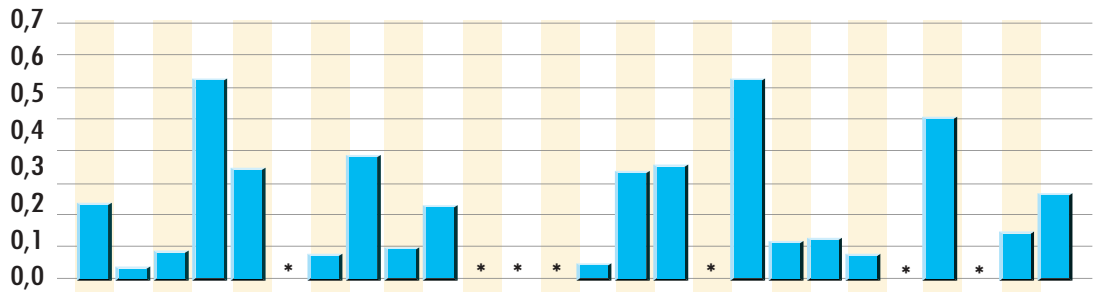
3.8 DOSSIER COMMUNIQUANT

Une meilleure organisation des soins autour du patient nécessite la généralisation du "dossier communiquant" qui permet la transmission entre tous les professionnels concernés des données relatives à la prise en charge du patient, quel que soit le lieu de traitement. Ce dossier doit être accessible aux médecins libéraux, généralistes et spécialistes, comme aux patients. La mise en place de cet outil d'information est en fait indissociable de l'organisation des soins en réseau. Il ne se limite donc pas au seul contexte hospitalier, la difficulté étant d'opter pour un système d'informations des données partagées suffisamment polyvalent.

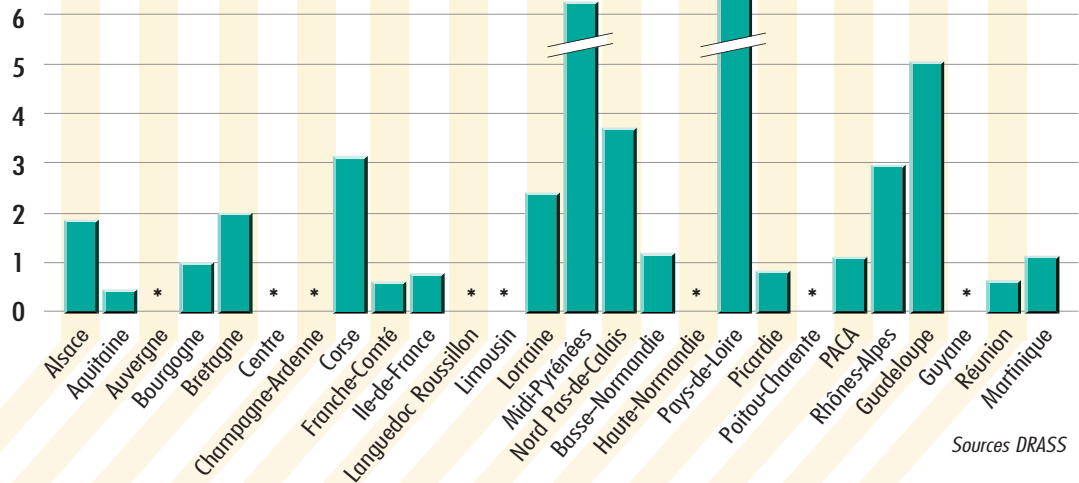
Une première étape - indispensable - est de définir les caractéristiques de ce dossier, de telle sorte qu'il réponde véritablement aux besoins des différents intervenants et que ceux-ci puissent se l'approprier pleinement.

RÉPARTITION DES DIFFÉRENTES STRUCTURES DE SOINS PALLIATIFS PAR RÉGION EN 2003

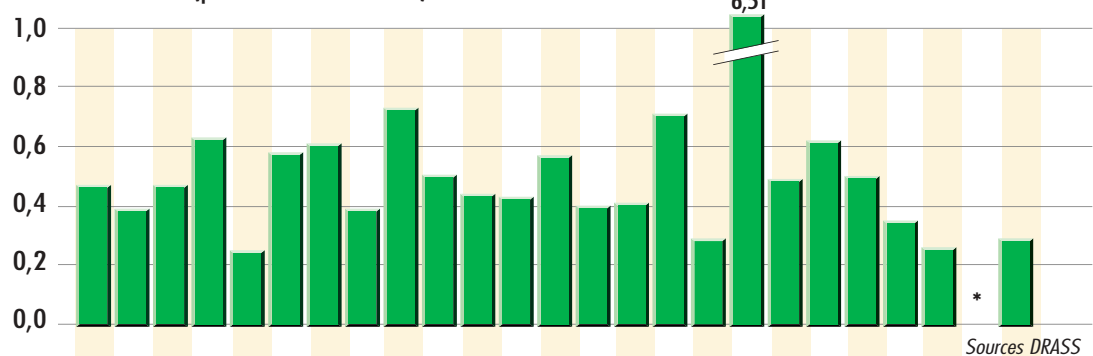
NOMBRE D'UNITÉS DE SOINS (pour 100 000 habitants)



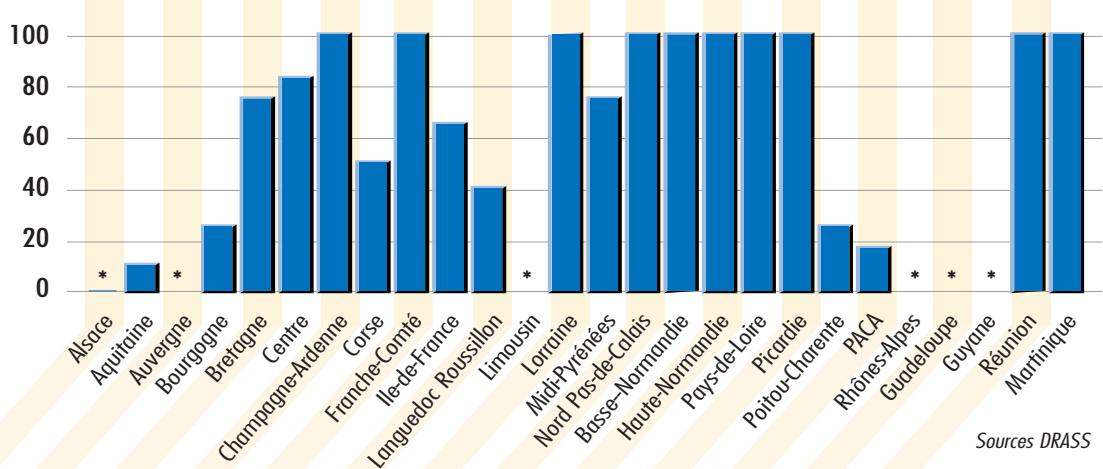
NOMBRE DE LITS IDENTIFIÉS SOINS PALLIATIFS (pour 100 000 habitants)



NOMBRE D'UNITÉS MOBILES (pour 100 000 habitants)



TAUX DE COUVERTURE PAR LE RÉSEAU EN %



* Zéro ou non renseigné

Quatre régions pilotes et volontaires ont été sélectionnées pour procéder à cette expérimentation (Pays de Loire, Basse-Normandie, Aquitaine, Réunion). L'expérimentation concerne dans un premier temps la télétransmission de la fiche de réunion de concertation pluridisciplinaire. Une première version de fiche anatomopathologique standardisée, proposée par la Société Française d'Anatomopathologie, sera après évaluation intégrée. La généralisation du dispositif est prévue au plus tard pour 2007.

Le dossier communiquant est une priorité ministérielle. L'expérimentation en cours dans le domaine de la Cancérologie va contribuer à en accélérer le développement.

3.9 DISPOSITIF D'ANNONCE

L'annonce de la maladie comme des rechutes éventuelles doit bénéficier de conditions optimales pour que ces étapes donnent aux patients et aux professionnels de santé la possibilité d'être partenaires de ce combat partagé. C'est une demande prioritaire des malades fortement exprimée lors des Etats généraux du cancer.

L'expérimentation en cours s'articule autour de trois temps dont deux médicaux :

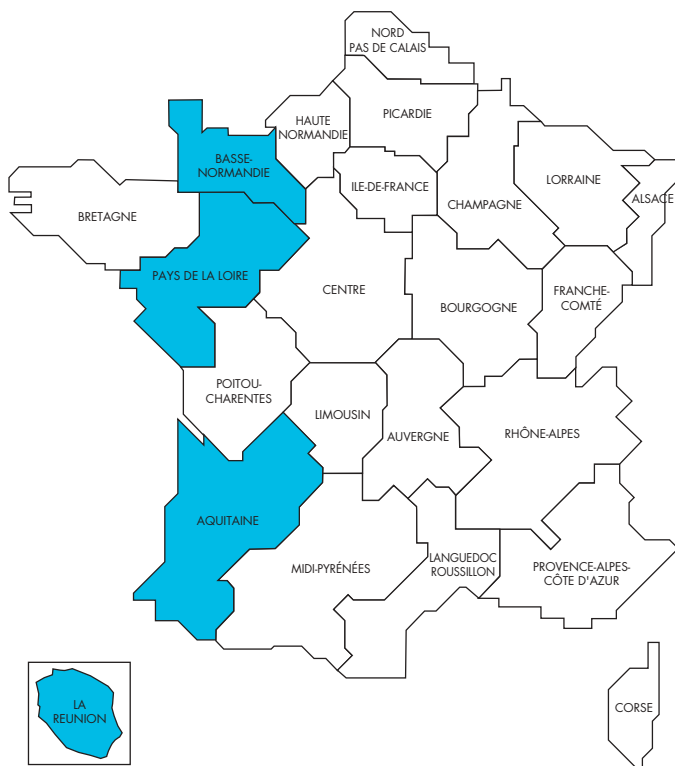
- 1- l'annonce du diagnostic de cancer
- 2- la proposition d'une stratégie thérapeutique, telle qu'elle a été définie lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire. Ce projet thérapeutique est présenté au patient et la décision thérapeutique, comprise et acceptée par le malade, est ensuite formalisée par écrit et remise au malade sous forme d'un parcours personnalisé de soins.
- 3- La mise à disposition d'une équipe soignante. L'infirmier et/ou le psychologue assureront un lien avec une assistante sociale. Le bilan social initial, trop souvent sous estimé, s'avère en effet important pour aider à améliorer la qualité de vie du patient.

Ce cahier des charges a été réalisé en s'appuyant sur des travaux conduits par le Ministère de la Santé et la Ligue nationale contre le cancer.

Trente sept projets, dont sept concernant des réseaux, démarrent cette expérimentation qui implique 58 établissements et concernera près de 30 000 nouveaux patients en 2004. Un budget total de 3,13 millions d'euros est consacré à cette action. L'évaluation de ce dispositif d'annonce sera réalisée à la fin de l'année 2004 avant sa généralisation à l'ensemble du territoire.

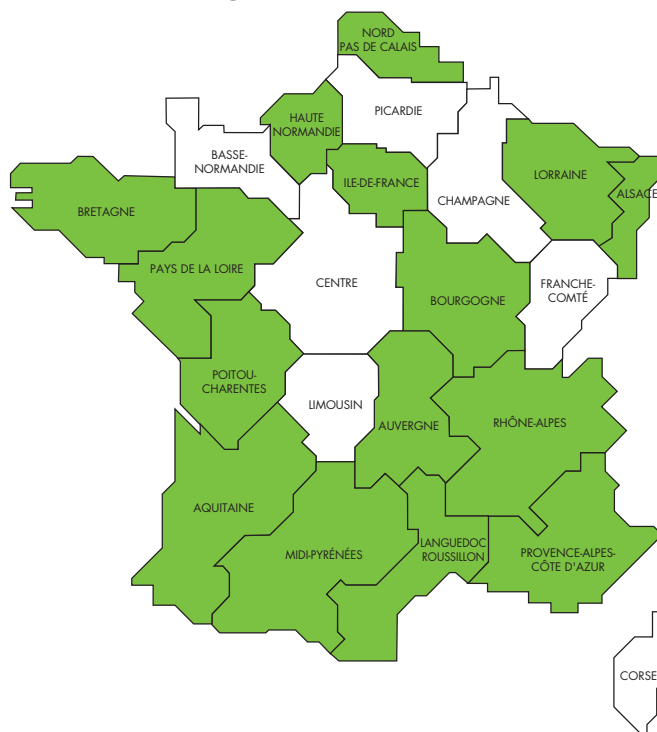
LE DOSSIER COMMUNIQUANT

→ 4 régions pilotes ont été sélectionnées



EXPÉRIMENTATION DU DISPOSITIF D'ANNONCE

→ 58 établissements concernés dans 15 régions



Cette expérimentation est particulièrement importante puisque, au delà de l'annonce, se trouvent incluses, la concertation pluridisciplinaire, la mise en place du parcours personnalisé de soin et la connexion médico-sociale.

3.10 EQUIPEMENTS LOURDS

3.10.1 Radiothérapie

La rénovation du parc d'équipement en radiothérapie est un axe prioritaire du Plan Cancer, d'une part pour permettre aux patients de bénéficier d'appareils modernes assurant la qualité et la sécurité des soins et, d'autre part, pour réduire les délais d'attente.

Cette mesure du Plan Cancer est intégrée dans le Plan "Hôpital 2007" de relance de l'investissement hospitalier. Dans ce cadre, les programmes régionaux prévoient dès à présent, et sur toute la durée du Plan, l'installation de 112 accélérateurs de particules. Cette opération viendra à la fois remplacer les 82 appareils anciens ("cobalts" et accélérateurs autorisés avant 1991) et accroître l'offre globale de 40 nouveaux équipements. Pour l'installation de chaque accélérateur supplémentaire (10 régions concernées en 2004), un financement supplémentaire de 130 000 euros par machine sera accordé pour assurer son fonctionnement (1/2 temps plein de radiothérapeute et de radio-physicien, 1 manipulateur radio).

Pour favoriser l'attractivité de la filière et améliorer les conditions de formation, la rémunération des stagiaires, dès la promotion 2003-2004, a été prévue (actuellement, 19 stagiaires radiophysiciens sont en formation dans 17 services validants (13 CLCC, 3 CHU, 1 CHR).

Réalisée en novembre 2003, une étude du SNRO³⁴ sur le renforcement de la radiothérapie en France confirme que la modernisation des plateaux techniques et le remplacement des machines obsolètes progresse rapidement. Par contre, 80% des centres présentent une surcharge de travail (temps de travail journalier > 12 H et/ ou délai de rendez-vous supérieur à 30 jours). Compte tenu de l'augmentation prévisible du temps d'utilisation des machines (augmentation de l'incidence des cancers, traitements plus longs, maintenance), il est nécessaire de poursuivre l'effort de renforcement de la radiothérapie. Le SNRO, en partenariat avec la SFRO³⁵ devrait mettre en place d'ici la fin 2004 un observatoire des plateaux techniques et des délais de prise en charge

qui constituera un tableau de bord, régulièrement actualisé, de l'état de la radiothérapie privée en France.

En outre la Mission d'Audit Hospitalière a fait de l'organisation de la radiothérapie l'un de ses champs d'investigation prioritaire.

3.10.2 Imagerie de diagnostic et de suivi des cancers

Un TEP par région en 2004 : l'atteinte de cet objectif ambitieux permet à la France de rattraper son retard par rapport à la moyenne européenne.

Au total, 55 autorisations d'installation ont été délivrées à des centres hospitaliers universitaires ou non (35), à des centres de lutte contre le cancer (15) et à des établissements privés (5). A la fin de l'année 2003, 25 équipements fonctionnaient et 15 à 20 TEP supplémentaires devraient être opérationnels en 2004. L'objectif inscrit dans le Plan Cancer pour la fin 2007 d'atteindre un nombre total de 60 TEP a été porté ultérieurement à 75, soit 1 TEP pour 800 000 habitants. Il est à noter que l'augmentation de ces équipements est dépendante de l'implantation des cyclotrons qui produisent le radiopharmaceutique (18 FDG). Près de 5 millions d'euros ont été consacrés en 2003 au financement de la fabrication du 18 FDG. Sept sites de production sont actuellement fonctionnels et 4 nouveaux sites sont envisagés.

Le nombre d'IRM et de scanner va aussi augmenter. Cent trente-sept nouveaux équipements d'imagerie (69 scanners et 68 IRM) sont inscrits dans les investissements régionaux du Plan "Hôpital 2007". L'augmentation du parc d'imagerie concernera en premier lieu les hôpitaux ayant une activité de cancérologie et devra permettre la mise à niveau des DOM. Le suivi de ces investissements est assuré par la Mission à l'Investissement National Hospitalier (MAINH), avec laquelle la DHOS et MILC sont en lien étroit pour s'assurer du respect des engagements du Plan Cancer.

3.11 OFFRIR L'ACCÈS LE PLUS LARGE À L'INNOVATION DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

L'accès aux dispositifs coûteux et innovants nécessite un effort financier très important. Le programme national de soutien aux innovations diagnostiques et thérapeutiques coûteuses (STIC) a permis de soutenir en 2002 et 2003 différents projets, pour un montant de 12,5 millions d'euros.

Ainsi, cinq projets nouveaux démarrent en 2004 dont deux concernent des méthodes de diagnostic et trois,

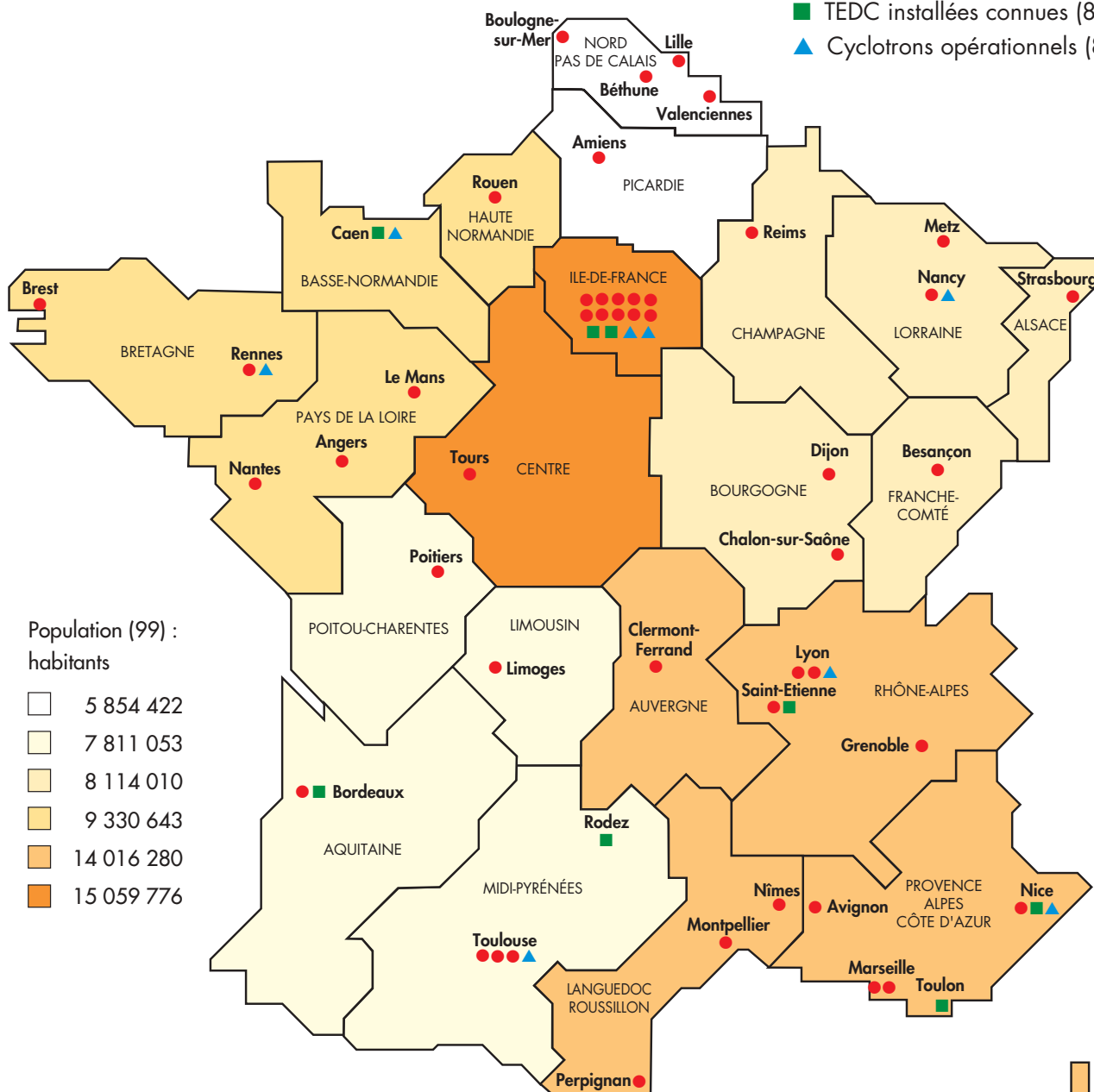
34) SNRO : Syndicat National des Radiothérapeutes Oncologues
35) SFRO : Société Française de Radiothérapie Oncologique

Equipements lourds

> TEP, TEDC, Cyclotrons

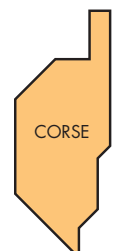
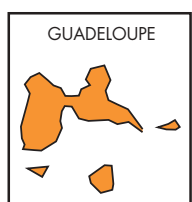
TEP - Tomographie par émission de positons
 TEDC - Tomographie par émission de coïncidence

- TEP autorisées et/ou installées (47)
- TEDC installées connues (8)
- ▲ Cyclotrons opérationnels (8)



Population (99) : habitants

□	5 854 422
□	7 811 053
□	8 114 010
□	9 330 643
□	14 016 280
□	15 059 776



des thérapies. Le projet de structuration et d'organisation en réseaux régionaux des activités de biologie innovatrice en onco-hématologie (cytologie moléculaire) va permettre de mettre en place des contrôles de qualité nationaux et d'identifier les établissements ayant un volume d'activité suffisant. Il permettra également de mettre en commun des procédures et des outils informatiques.

3.12 AMÉLIORER L'ACCÈS AUX TRAITEMENTS LES PLUS ONÉREUX

Un des objectifs du Plan Cancer est d'offrir au patient les traitements les plus appropriés, quel que soit le lieu où il est pris en charge : secteur public ou privé.

Dès 2004, dans le cadre de la mise en place de la tarification à l'activité (T2A), un nouveau mode de financement des molécules onéreuses identique pour tous les établissements, est proposé. Ces traitements sont financés en fonction du coût réellement supporté par l'établissement, en contrepartie d'un engagement à respecter un contrat de bon usage du médicament. La liste des molécules financées selon ce procédé (médicaments anti-cancéreux ou utilisés pour d'autres pathologies importantes) est diffusée auprès des ARH³⁶ par voie de circulaire. En 2004, 40 millions d'euros supplémentaires sont consacrés au financement des traitements onéreux du cancer, en plus des 50 millions d'euros déjà consacrés en 2003 pour renforcer ce poste de dépenses.

Cancérologie et tarification à l'activité

La tarification à l'activité aligne les ressources des établissements publics et privés sur leur stricte activité. Trois pôles de financement sont individualisés :

- le financement lié directement à l'activité de l'établissement (séjour hospitalier, consultation...), prix "catalogue" pour un séjour d'hospitalisation en fonction de la pathologie traitée. Ceci constituera la première source de financement de l'établissement,
- le financement mixte lié au fonctionnement des urgences, aux prélèvements d'organes, aux équipes mobiles de soins palliatifs qui bénéficieront d'un forfait annuel,
- une dotation pour le financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), qui regroupe notamment l'enseignement, la recherche, l'innovation et le rôle de recours.

3.13 RENFORCEMENT DES TUMOROTHÈQUES

L'évolution des traitements médicaux du cancer laissera probablement une place croissante à une adaptation tenant compte des caractéristiques génomiques de chaque tumeur. Pour que les structures de soins soient en mesure de conserver des échantillons tumoraux dans de bonnes conditions, un effort a donc été engagé depuis 2002 pour constituer un réseau de tumorothèques, en créant de nouveaux sites de conservation et en renforçant ceux qui existent déjà. L'objectif du plan est de mettre en place 50 tumorothèques supplémentaires d'ici 2005 pour atteindre un potentiel d'environ 80 lieux de conservation.

En 2003, 2,5 millions d'euros ont été affectés à la création de 45 nouveaux sites et au renforcement de 10 sites existants.

En 2004, cette action sera poursuivie dans la même logique et à hauteur de 4,5 millions d'euros. Seront notamment prises en considération les tumorothèques gérées par les pôles régionaux de cancérologie en lien avec les cancéropôles. Un effort particulier a été entrepris pour améliorer les systèmes d'information en vue d'assurer le fonctionnement en réseau des tumorothèques.

3.14 DES MESURES ADAPTÉES À LA SITUATION DES DOM/TOM

En raison des particularités géographiques des départements d'Outre Mer, des dispositions spécifiques concernant la répartition des équipements et des moyens humains, les filières de prises en charge et les modalités de déplacement des patients pour des soins très spécialisés sont nécessaires. Il s'agit de moderniser l'offre de soins, de mettre en réseau autant que possible les dispositifs existants dans les différents départements et, enfin, d'organiser une complémentarité interrégionale. Le parc d'imagerie et de radiothérapie va être mis à niveau dans le cadre du Plan "Hôpital 2007". En plus des mesures thématiques du Plan Cancer qui s'appliquent à toutes les régions, les ARH vont recevoir dès cette année des montants spécifiques pour leur permettre de financer les priorités qu'elles auront identifiées en Cancérologie.

Des financements ciblés seront également inscrits dans les projets de loi de financement de la Sécurité Sociale de 2005 à 2007.

4 VOLET SOCIAL ET INFORMATION :

NE PAS AJOUTER À L'ÉPREUVE DE LA MALADIE CELLE DE L'EXCLUSION SOCIALE

Les actions du Plan Cancer dans le domaine social sont essentielles pour les patients : elles doivent leur permettre de mener une vie active aussi normale que possible et d'être aidés dans leurs différentes démarches.

4.1 ACCÉLÉRATION DE L'APPLICATION DE LA CONVENTION BELORGEY

On évalue à 2 millions le nombre de personnes vivant avec un cancer en France dont 5 à 10% pourraient souscrire des emprunts chaque année s'ils se savaient assurables. Le plan cancer inscrit notamment comme priorité de donner aux patients toutes les possibilités de mener une vie active aussi normale que possible, afin de ne pas ajouter à l'épreuve de la maladie celle de l'exclusion sociale. Renforcer l'accès des patients aux prêts bancaires et aux assurances fait l'objet de la mesure 54 qui prévoit d'améliorer l'accès des patients et de leur famille aux dispositions issues de la Convention relative à l'assurance (Convention Belorgey).

Partant du constat que les malades, premiers concernés par ce dossier n'étaient pas encore suffisamment intégrés dans les discussions, la mission a donc demandé à un représentant du réseau des malades et de la Ligue, Patrick Ferrer et à François Bunel (experts bénévoles), de suivre en particulier ce dossier et de travailler, dans un premier temps, à une meilleure information des malades sur les droits contenus dans la Convention Belorgey.

En complément, afin de sensibiliser les principaux acteurs à la bonne application de la Convention, la Mission a confié à Josette Fourrier (expert bénévole) le soin de rencontrer les principaux présidents de banques et de compagnies d'assurance.

Les premières avancées sur ce travail :

Information :

Le dispositif d'information du public sur les possibilités ouvertes par la convention va encore être renforcé. Dans un souci de plus grande lisibilité, une refonte du dépliant d'information a été engagée et est en phase de finalisation. Le document est réalisé par la Fédération Bancaire Française en collaboration avec des associations de consommateurs et de malades, la Fédération Française des Sociétés d'Assurances (FFSA) et la MILC. Cette brochure d'information va être largement diffusée, des affiches vont être apposées dans les services sociaux, les hôpitaux et tous les lieux fréquentés par les malades. Une plate-forme

téléphonique viendra compléter ce dispositif d'information.

Dans le cadre de la convention, il a été décidé en 2003 d'examiner de façon systématique en "3° niveau" les dossiers des patients présentant un risque de santé très aggravé. Les demandes des patients les plus affectés par la maladie seront donc examinées dans tous les cas, un dispositif de médiation étant par ailleurs prévu.

La Fédération bancaire française (FBC) a recommandé le 20 novembre 2003 – par extension de la convention Belorgey – à tous ses adhérents de ne plus demander de questionnaires de santé pour tous les prêts à la consommation dédiés.

Jean Michel Belorgey a décidé de mettre à l'ordre du jour des travaux de la Commission de suivi de la Convention, l'extension de ses dispositions au **risque invalidité**.

Enfin, pour tenir compte de l'amélioration de la survie des patients dans le calcul des coefficients de surprime demandés par les assureurs, il est essentiel de disposer de données épidémiologiques récentes sur ce sujet. C'est dans cet objectif que la Mission Cancer, en concertation avec la DGS³⁷, a saisi l'INSERM pour mettre en place une étude sur les taux de survie en fonction des différents types de cancer. La mise à la disposition des assureurs de chiffres récents et incontestables favorisera un calcul plus précis des montants des surprimes demandées.

4.2 INFORMATION ET ACCOMPAGNEMENT

4.2.1 Numéro azur " cancer info service "

"Cancer info service" **0 810 810 821**, numéro destiné au grand public et aux professionnels de santé, est ouvert depuis le 22 mars 2004. Chacun, qu'il soit ou non malade, doit pouvoir y trouver l'information qui lui est nécessaire et notamment sur l'existence des dispositifs qui permettent de recevoir une aide au niveau social lorsqu'elle est nécessaire. Ce numéro permet en outre aux patients qui en font la demande de bénéficier d'une écoute psycho-sociale. Cet outil, dont la mise en place a été confiée à la Ligue Nationale Contre le Cancer, a bénéficié d'un financement à hauteur de 1,5 millions d'euros dès 2003. Comme le prévoit le Plan Cancer, ce numéro élargira progressivement le champ des réponses apportées en s'appuyant sur le futur INCa.

4.2.2 Kiosques d'information

Les projets de création de nouveaux espaces " accueil santé ", hors du milieu hospitalier et sans consultation médicale, dans un but d'information et de soutien

psychologique et social aux malades et à leur entourage, se multiplient sous l'impulsion de Françoise Marchal (expert bénévole). Composées de personnels ayant reçu une formation adaptée pour informer et orienter les personnes, ces structures assurent des entretiens gratuits. Des conférences et des animations peuvent être proposées par des experts médicaux et scientifiques. Elles sont complémentaires de l'accueil réservé par les assistantes sociales et les psychologues des hôpitaux et peuvent servir de relais.

Quatre kiosques d'information fonctionnent déjà à Paris. En 2002, l'activité de trois de ces structures a représenté environ 3 500 contacts, avec demande de soutien psychologique dans 70% des cas. Un tiers des consultants faisait partie de l'entourage des patients ; ils avaient une demande de suivi de deuil dans près de la moitié des cas.

Dès le 5 juillet 2004, Nice va inaugurer un espace d'information comparable, intégré au sein d'un centre commercial. Toujours à Nice, il est prévu d'ouvrir un second au cours de l'hiver 2004-2005. Le budget prévisionnel d'une telle structure est évalué à 40 000 euros pour la première année.

D'autres projets sont en cours d'élaboration, dont celui d'Amiens qui est en voie de concrétisation. Les autres villes ayant déjà un projet d'implantation à l'étude sont : Bordeaux, Montpellier, Lyon, Rennes, Saint-Nazaire, Nantes et Lille. Annecy et le département du Val de Marne se sont aussi déclarés très intéressés

4.2.3 Convention association-hôpital

Pour favoriser la présence des associations de patients et d'usagers dans l'hôpital une convention type, définissant un cadre d'intervention de ces associations en milieu hospitalier, sera prochainement transmise aux établissements par le ministère de la santé.

4.2.4 Site Internet "Plan Cancer"

Le site Internet (www.plancancer.fr) créé par la Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer (MILC) est en ligne depuis février 2004. Il permet au public et aux professionnels de suivre, en temps réel, l'avancement des 70 mesures et 200 actions du Plan Cancer. Les événements récents concernant le Plan et les initiatives qui méritent d'être mieux connues et éventuellement "copiées" figurent également sur le site. Les professionnels peuvent également y trouver des liens pour accéder à un certain nombre de documents de référence : textes officiels, appels d'offre, référentiels, recommandations de pratique clinique.

37) DGS : Direction Générale de la Santé

5 DÉMOGRAPHIE MÉDICALE ET ÉVOLUTION DES FORMATIONS : PRÉPARER L'AVENIR

Le domaine de la cancérologie n'échappe aux problèmes généraux de démographie médicale. Ils sont même amplifiés par le fait que cette discipline est en mutation rapide – évolution des traitements et des techniques, développement de la prise en charge ambulatoire, de la prévention et du dépistage –, que la demande des patients évolue à tous les stades de la prise en charge et que se modifient les profils d'activité de la profession.

Aujourd'hui, près de 3500 médecins exercent la cancérologie dont la moitié de façon exclusive (données Bulletin du cancer, mars 2004). Compte tenu de la pyramide des âges, d'ici 15 ans, si rien n'était fait, les effectifs pourraient être réduits de 25%. La variation des densités de médecins exerçant la cancérologie passe de 3,2 à 8,6 pour 100 000 habitants selon les régions.

Ces données ont imposé d'agir à différents niveaux :

5.1 RÉ-OUVRIR LES POSSIBILITÉS DE QUALIFICATION DES SPÉCIALISTES : un impact immédiat possible. Le décret ouvrant la possibilité de qualifier de spécialistes justifiant d'une formation et d'une expérience qui leur assurent des compétences équivalentes à celles qui sont requises pour l'obtention du DES ou du DESC de cancérologie a été pris le 19 mars 2004. Un arrêté doit maintenant préciser la composition des commissions de qualification, la procédure d'examen des dossiers ainsi que les spécialités concernées.

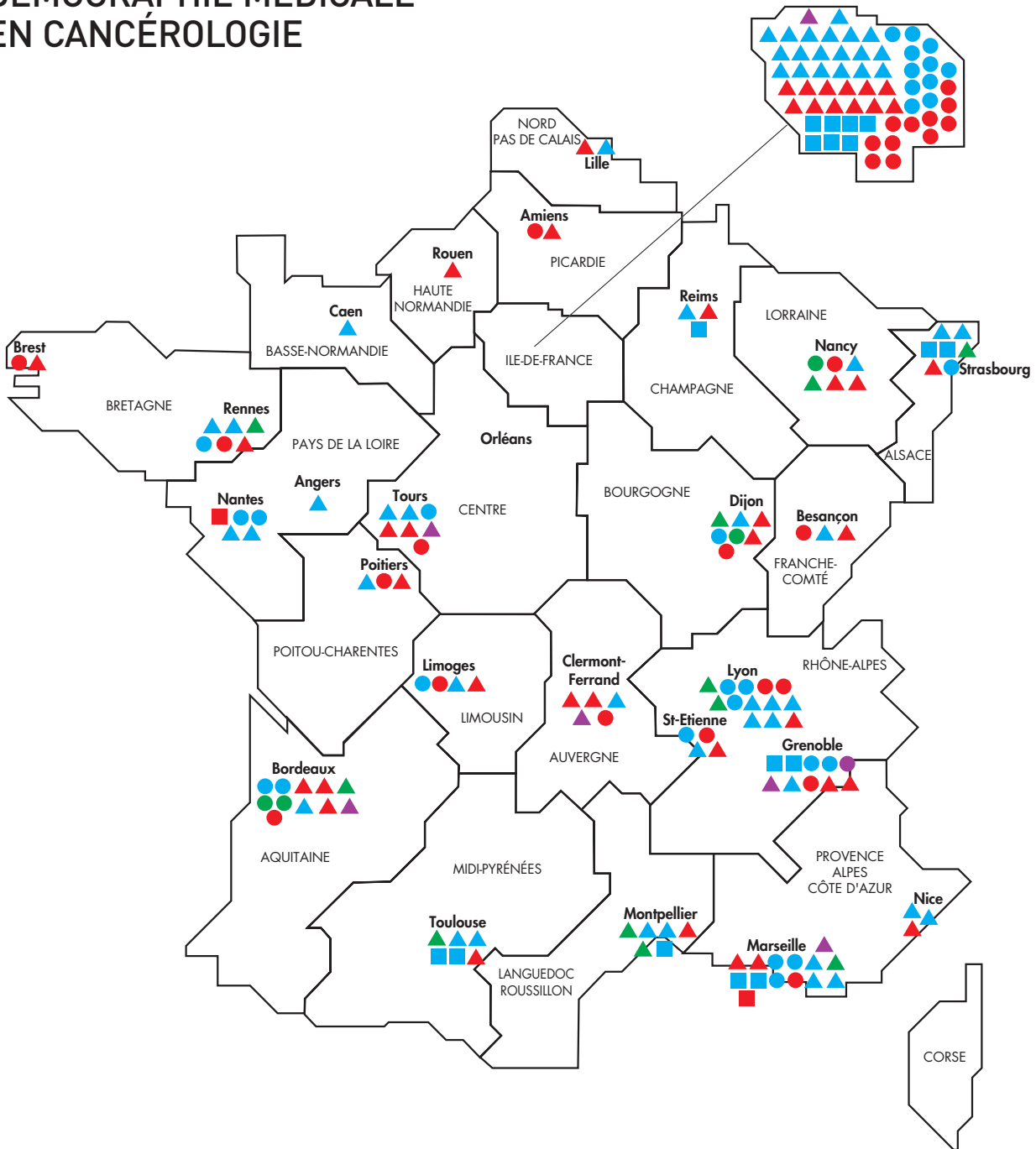
5.2 AUGMENTER LE NOMBRE D'ÉTUDIANTS ET L'ATTRACTIVITÉ DE LA DISCIPLINE

Le ministre de la santé a annoncé que le *numerus clausus* sera porté à 7000. Le flux doit être dirigé vers les disciplines déficitaires.

Pour améliorer l'attractivité de la discipline il faut :

- faire découvrir la Cancérologie de façon plus précoce au cours du cursus de formation des médecins. La conférence des doyens de faculté de Médecine s'est prononcée favorablement sur la mise en place de stages pratiques en Cancérologie dès la deuxième année de Médecine. Il convient de suivre la traduction de cette volonté dans les programmes.
- faciliter les formations ; la rémunération des stagiaires radiophysiciens a été décidée dès la promotion 2003-2004. Il s'agit de doubler le nombre de radiophysiciens formés chaque année (avec actuellement 300 professionnels, la France est en avant dernière position des pays européens).

DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN CANCÉROLOGIE



	Oncologie médicale	Oncologie radiothérapique	Oncologie chirurgicale	Oncologie biologique
Chef de clinique assistant Assistant hospitalo-universitaire	●	●	●	●
Professeur des universités Praticien hospitalier	▲	▲	▲	▲
Maître de conférence des universités Praticien hospitalier	■	■	■	■

Sources : Collège National des enseignants en Cancérologie

- améliorer les perspectives de carrière : le Plan prévoit la création de 50 postes de chefs de clinique-assistants dans les services pour la formation en cancérologie. Aucune création n'a eu lieu en 2003 et 2004. Le ministre de la Santé a confirmé en avril 2004 que les 50 postes annoncés seraient bien créés
- améliorer la capacité d'encadrement des services formateurs en cancérologie.
En 2003, le nombre de postes de professeurs publiés au Journal Officiel (arrêté du 22 décembre 2003) a été de 12 PU-PH (7 hématologues et 5 cancérologues) et de 12 MCU-PH (10 en hématologie et 2 en cancérologie) par création ou redéploiement, en conformité avec les objectifs du Plan Cancer. Cinq postes de PU-PH avaient été publiés en 2002. Sur les 20 postes de PU-PH, toutes disciplines, qui devraient être créés pour 2005, cinq devraient concerner la Cancérologie.
- mettre en adéquation les besoins et le nombre d'internes par discipline : le Plan Cancer a pour objectif de faire passer le nombre d'internes, en hématologie, radiothérapie et oncologie médicale, de 140 actuellement à 210 en 2007. La filiarisation de la spécialité, qui permettrait de garantir les effectifs d'internes en Cancérologie n'a pas été décidée pour l'instant, mais, en prévision, des crédits DHOS (500 000 euros) sont prévus au PLFSS 2004 en cas de filiarisation effective. La réduction des inadéquations entre le nombre de postes proposés et les postes effectivement choisis par les internes, si elle est nécessaire pour réguler les flux, ne doit évidemment pas entraîner une diminution des postes affichés en Cancérologie.

5.3 AMÉLIORER L'ADÉQUATION ENTRE LES BESOINS ET L'OFFRE DE SOINS DANS LES DIFFÉRENTES RÉGIONS :

les propositions relèvent en ce domaine de la mission présidée par le Pr. Berland et de l'Observatoire de la démographie médicale qui ont, en réponse à la demande de la MILC placé en priorité les mesures qui peuvent toucher ce secteur.

5.4 ADAPTER LES FORMATIONS À L'EXIGENCE D'UN RENFORCEMENT DE LA PRÉVENTION

La formation des personnels soignants doit inclure de façon plus systématique des modules orientés vers la prévention des cancers (lutte contre le tabagisme : un module prévention et éducation à la santé comportant un volet tabac doit être mis en place au cours du tronc commun de la première année des études médicales ; prévention des risques professionnels...).

5.5 FORMATIONS PARAMÉDICALES : compte tenu du nombre important de places non pourvues dans les deux cursus de formation au métier de manipulateur-radio, un renforcement de l'information auprès des conseillers d'orientation des lycées sur ce métier est programmé.

5.6 FORMATION CONTINUE : le cancer a été intégré parmi les orientations nationales prioritaires de formation des personnels soignants de la fonction publique hospitalière et de formation médicale continue. A partir de 2004 seront organisées des sessions régionales sur le thème de la cancérologie (formation/action sur 2 à 3 jours).

6 RECHERCHE : ACCÉLÉRER L'INNOVATION ET ACCROÎTRE LA VISIBILITÉ INTERNATIONALE

6.1 LA RECHERCHE CLINIQUE EN CANCÉROLOGIE : UNE PRIORITÉ DU PHRC

(Programme Hospitalier de Recherche Clinique) qui s'est traduite en 2003 par un fort pourcentage de projets déposés et retenus (42%). Cinquante deux projets sont ainsi financés pour une durée de 3 ans et pour un montant de 12,7 millions d'euros dans les domaines de la prévention (2), des études épidémiologiques ou d'impact (13), des méthodes diagnostiques (17) et de traitement (20).

Dans l'appel à projet relatif au PHRC 2004, les essais cliniques dans le domaine du cancer, figurent encore au premier rang des thématiques prioritaires pour les projets nationaux. En outre, les PHRC régionaux peuvent sélectionner des projets de recherche en cancérologie, si ceux-ci sont en cohérence avec les thèmes du cancéropôle dont ils dépendent.

La recherche clinique en cancérologie bénéficiera de l'organisation des pôles régionaux (qui associent les établissements de soins les plus impliqués dans la recherche) et de la structuration des cancéropôles (au sein desquels sont facilités tant le continuum recherche cognitive/recherche clinique que les connexions public/privé). Pôles régionaux et cancéropôles doivent aussi permettre une plus grande participation des équipes à des projets internationaux. Enfin c'est l'une des grandes missions du futur Institut National du Cancer que de promouvoir les meilleures conditions de développement de la recherche clinique en cancérologie.

6.2 LES CANCÉROPÔLES EN ÉMERGENCE : UNE DYNAMIQUE EXCEPTIONNELLE

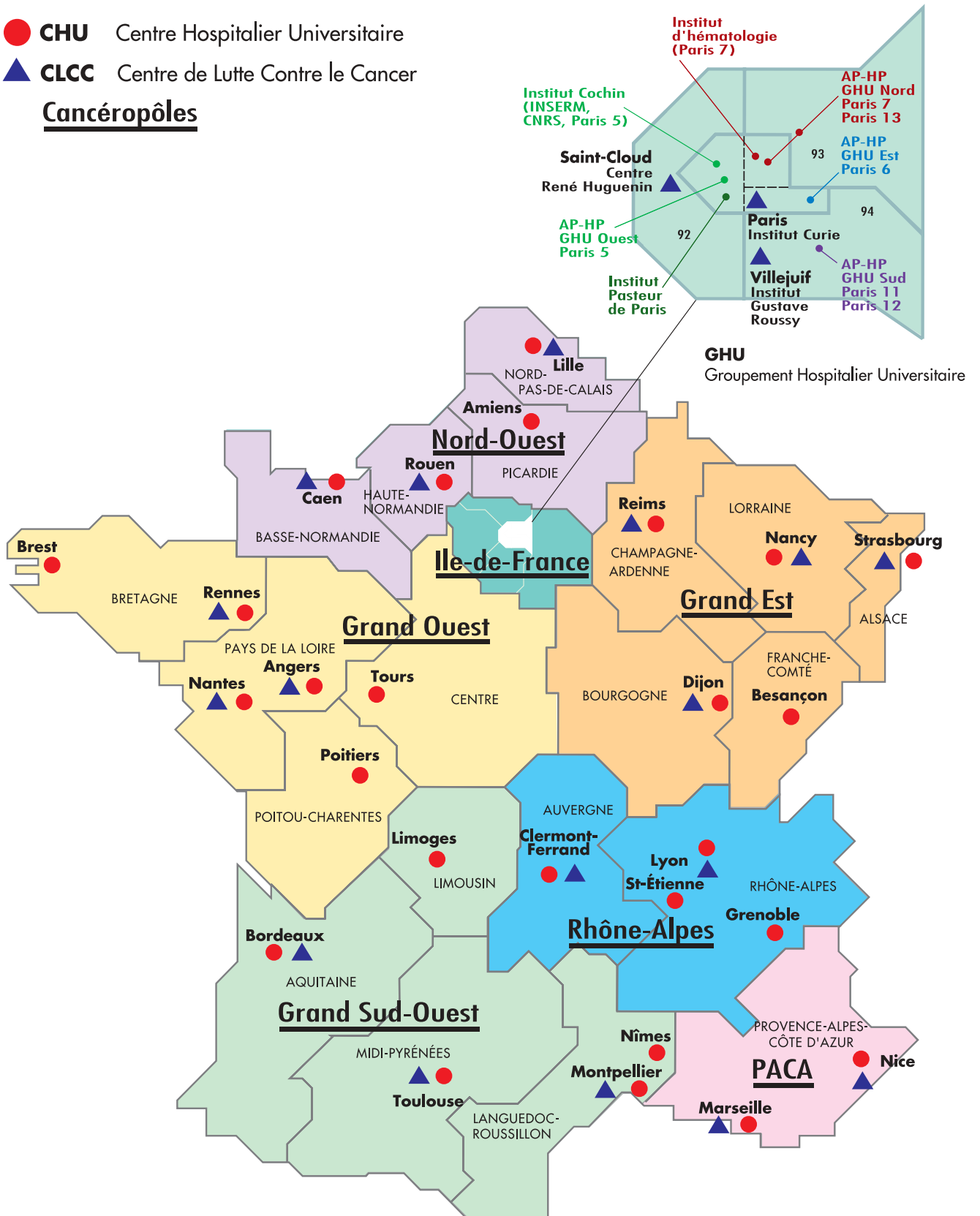
La constitution de cancéropôles répond à la nécessité de coordonner et de mettre en réseau des équipes de recherche d'appartenances variées – hôpitaux, laboratoires universitaires, instituts de recherche – pour favoriser la recherche et accélérer l'accès des patients aux innovations thérapeutiques.

En 2003, suite à un appel d'offre lancé par les ministères de la Recherche et de la Santé, 7 cancéropôles en émergence – régionaux ou interrégionaux – ont été financés, pour un montant total de 16,5 millions d'euros :

- Ile-de-France coordonné par Daniel Louvard, directeur de recherche au CNRS et directeur de la section recherche de l'Institut Curie à Paris,
- Provence-Alpes-Côte d'Azur coordonné par le professeur Dominique Maraninchi, directeur de l'Institut Paoli-Calmettes à Marseille,
- Rhône-Alpes et Auvergne, coordonné par le docteur Jean-Yves Bonnefoy ancien cadre des laboratoires Pierre Fabre,

CANCÉROPÔLES

- **CHU** Centre Hospitalier Universitaire
 - ▲ **CLCC** Centre de Lutte Contre le Cancer
- Cancéropôles**



Cancéropôle Grand-Ouest • P' Khaled Meflah • kmefflah@nantes.inserm.fr / Cancéropôle Grand Sud-Ouest • P' Georges Delsol • delsol.g@chu-toulouse.fr
 Cancéropôle Ile-de-France • P' Daniel Louvard • daniel.louvard@curie.fr / Cancéropôle Nord-Est • P' Pierre Oudet • Pierre.Oudet@chru-strasbourg.fr
 Cancéropôle Nord-Ouest • P' Pierre Formstecher • Formstecher@lille.inserm.fr / Cancéropôle PACA • P' Dominique Maraninchi • maraninchid@marseille.fnclcc.fr
 Cancéropôle Rhône-Alpes • P' Jean-Yves Bonnefoy • jybbonnefoy@canceropole-ira.com

- Grand-Ouest (Bretagne, Centre, Charentes-Poitou et Pays-de-la-Loire) coordonné par le professeur Khaled Meflah, directeur du département de cancérologie de l'unité Inserm U 601 à Nantes,
- Nord-Ouest (Basse-Normandie, Haute Normandie, Nord-Pas-de-Calais et Picardie) coordonné par le professeur Pierre Formstecher, directeur de l'unité Inserm U 459 à Lille,
- Grand Sud-Ouest (Aquitaine, Languedoc-Roussillon, Limousin et Midi-Pyrénées) coordonné par le professeur Georges Delsol directeur de l'unité Inserm U 563 à Toulouse,
- Grand Est (Alsace, Bourgogne, Champagne-Ardenne, Franche-Comté et Lorraine) coordonné par le professeur Pierre Oudet responsable d'équipe au sein de l'unité Inserm U 381 à Strasbourg.

Le tableau suivant représente les financements 2003 pour les cancéropôles, issus du ministère de la Recherche pour 10 (plus 1) millions d'euros et du ministère de la Santé pour 5,5 millions d'euros

Budget 2003 pour les cancéropôles (en millions d'euros)

Cancéropôle	2003
Grand-Est (Strasbourg)	0,25
Grand-Ouest (Nantes)	1,2
Grand Sud-Ouest (Toulouse)	1,8
Ile-de-France (Paris)	5,95
Nord-Ouest (Lille)	1
Provence-Côte d'Azur (Marseille)	2,45
Rhône-Alpes (Lyon)	2,85
Total	15,5 +1*

* Aux dotations 2003 indiquées ci dessus ont été ajoutés un million d'euros (par la Direction de la Technologie du ministère de la Recherche) pour des projets comportant un partenariat public/privé.

Un deuxième appel à propositions a été lancé en février 2004. Son objectif est de promouvoir des projets ambitieux, ayant une visibilité européenne. Cet appel doit favoriser le rapprochement des laboratoires de recherche et des services cliniques et encourager les partenariats avec l'industrie. Les thèmes de recherche s'inscrivent dans les orientations du Plan Cancer :

- Biologie et génomique fonctionnelle
- Recherche clinique : innovations diagnostiques et thérapeutiques
- Epidémiologie, sciences humaines et sociales.

Cet appel d'offres va renforcer la dynamique déjà impressionnante induite par la structuration interrégionale des cancéropôles. Cette dynamique suscite toute l'attention de la DATAR³⁸, en termes d'amé-

nagement du territoire, de l'ANVAR³⁹, pour promouvoir des actions phares dans le domaine des biotechnologies et des innovations liées au cancer, de l'industrie pharmaceutique et des biotechnologies.

6.3 PLAN CANCER ET EUROPE DE LA RECHERCHE

La MILC a confié à Thierry Philip, le soin de préfigurer la dimension européenne des activités du futur INCa et de définir, avec Paul Janiaud, une stratégie permettant un meilleur positionnement des équipes françaises de cancérologie dans les programmes européens de soutien à la recherche.

L'évolution du programme européen qui impose pluridisciplinarité et attitudes nouvelles (aller de la découverte du principe au traitement en prenant en compte les dimensions éthiques, participation de petites entreprises...), rend la compétition de plus en plus ardue. La nécessité d'une coordination des propositions françaises commence à être mieux comprise par les équipes.

L'émergence des cancéropôles constitue une réelle opportunité pour les équipes de recherche en cancérologie de mieux se situer dans la compétition européenne. C'est la raison pour laquelle, la MILC a confié à Paul Janiaud le soin d'apporter aux coordinateurs des cancéropôles toutes les informations et l'aide nécessaire pour monter les projets de façon optimale.

Des correspondants "Europe" ont été désignés dans chaque cancéropôle et des réunions seront organisées, sur sites, dans les prochaines semaines. Ainsi une information complète pourra être fournie sur le 6ème programme cadre de recherche et développement (6ème PCRD) dont la priorité "génomique et biotechnologies pour la santé" comporte un segment "combattre le cancer". L'appel à proposition sera clos mi-novembre et sera doté d'un budget d'environ 95 millions d'euros.

Parallèlement un appui a été apporté pour la préparation de projets de recherche relatifs au soutien scientifique à l'élaboration des politiques, ou à la mise en réseau de programmes nationaux (ERA NET).

Un suivi des activités des diverses directions de la commission européenne est par ailleurs assuré, afin d'améliorer la coordination (programme d'action communautaire en santé publique, suivi des programmes en matière d'utilisation de la génétique) et de permettre à terme au dispositif français, dans ses diverses composantes, d'être plus "proactif" en

38) DATAR : Délégation à l'Aménagement du Territoire et à l'Action Régionale

39) ANVAR : Agence Nationale de Valorisation de la Recherche

7 | COOPÉRATION FRANCO- BRITANNIQUE

La problématique du cancer dépasse évidemment le cadre national. Le Royaume Uni enregistrant chaque année 225 000 cas de cancer et 120 000 décès, un plan Cancer britannique a été mis en place en 2000, visant à améliorer les stratégies de prévention, dépistage, diagnostic, traitement et recherche en Cancérologie. Un rapport de synthèse sur les trois années écoulées vient d'être publié. Des avancées ont été obtenues en terme de mortalité et de réduction des inégalités. Certaines actions doivent être renforcées : réduction des délais d'attente, guide national de bonnes pratiques, développement du dépistage, amélioration de l'information donnée au patient en terme de traitement et de service de soins. Pour mettre en commun expériences et réflexions sur la lutte contre le cancer, une première réunion bilatérale s'est tenue à Paris le 16 février 2004, en présence des deux responsables des Plans Cancer nationaux. Un cadre de travail bilatéral a été défini pour l'année 2004. Il s'articule autour de quatre thèmes correspondant aux préoccupations partagées par les deux pays :

- la politique de prévention : impact des mesures politiques prises, évolution des axes de prévention, évaluation des mesures ;
- la politique de dépistage : analyse des programmes et évaluation, aspects méthodologiques d'enregistrement des données, anticipation des évolutions technologiques ;
- l'organisation des soins : moyens de parvenir à la réalisation d'objectifs nationaux ;
- les systèmes d'information.

Des groupes de travail composés d'experts de chacun des deux pays vont être constitués sous la présidence des Missions Cancer des deux pays.

8 | L'INSTITUT NATIONAL DU CANCER

Dès 2004, le projet de loi relatif à la politique de santé publique, qui doit être adopté en mai, créera l'Institut National du Cancer sous forme d'un groupement d'intérêt public. Il bénéficiera d'un budget de lancement de 11 millions d'euros émanant du Ministère de la Santé. Instance d'expertise et de ressources, l'Institut impulsera de nouvelles orientations et actions dans tous les domaines, depuis l'épidémiologie, la prévention, les soins, à la formation, l'innovation et la recherche.

L'Institut doit devenir à terme le pôle de référence, exerçant au niveau national, une mission de conseil auprès des autorités sanitaires et constituant au niveau international, un acteur clairement identifié de la politique de lutte contre le cancer en France.

La MILC a assuré les travaux préparatoires à la constitution administrative de l'Institut (groupe de travail présidé par Jean-Louis Segura pour l'élaboration d'un pré-projet de convention constitutive). Un groupe de préfiguration, dirigé par les Pr. David Khayat et Dominique Maraninchi et par François Werner, a été désigné par le Ministre de la Santé. A ce groupe sont associés les Pr. Roland Bugat, Victor Izrael, Daniel Louvard et Henri Pujol ainsi que Laurent Borella. L'institut pourra ainsi être créé dès l'adoption de la loi de Santé Publique.

9 INDICATEURS DE SUIVI DES OBJECTIFS DU PLAN CANCER

Les objectifs de santé publique portent le plus souvent sur des résultats à atteindre en termes d'évolution de l'état de santé ou de l'exposition à un facteur de risque. La DGS⁴¹ et la DREES⁴² ont été chargées de définir les indicateurs de suivi des objectifs de santé qui sont inscrits dans le rapport annexé au projet de loi relatif à la politique de Santé Publique. Parmi eux figurent ceux qui relèvent de la thématique cancer. A la demande de la Mission, les indicateurs en cancérologie ont donc fait l'objet d'une analyse prioritaire. L'outil d'évaluation sera ainsi disponible dès le mois de juin. Le recueil systématisé de ces indicateurs permettra de mesurer de façon plus précise l'impact des actions du Plan Cancer.

Dans le cadre du contrat Etat-ARH⁴³, chaque année, trois indicateurs seront documentés, l'un concernant les molécules coûteuses et innovantes et les deux autres choisis sur proposition de l'ARH. Ce type d'outils, pertinents et reproductibles donnera une image dynamique des principaux changements qui vont s'opérer dans les années à venir.

Mais au delà de ces trois indicateurs, le Plan Cancer prévoit un suivi plus exhaustif, dont le tableau de bord régional constitue la base (voir volet régional). Les chiffres fournis dans le présent rapport intègrent les premières données ainsi recueillies auprès des régions. Neuf indicateurs sont relatifs à la coordination des soins autour du patient et cinq à l'amélioration de l'accès aux équipements lourds et aux innovations (diagnostiques et thérapeutiques).

41) DGS : Direction Générale de la Santé

42) Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques

43) ARH : Agence Régionale de l'hospitalisation

10 BUDGETS ALLOUÉS AU PLAN CANCER

10.1 BUDGET DE L'ÉTAT

Le budget de l'état consacré à la lutte contre le Cancer a globalement augmenté de 49% entre 2001 et 2003, passant de 154,5 à 230,9 millions d'euros. Sa progression est faible en 2004 avec un budget d'environ 232 millions d'euros.

Evolution du budget global entre 2001 et 2004 (en millions d'euros)

	2001	2002	2003	2004
Etat/ PLF	3,18	5,35	41,1	59,2
Assurance-Maladie/PLFSS				
FNPEIS ⁴⁴	47,2	51,1	74,8	47,8
ONDAM ⁴⁵	104,15	119,4	115	125*
Total Assurance-Maladie	151,35	170,5	189,8	172,8
Total Général	154,525	175,85	230,9	232

*: estimation incluant PHRC⁴⁶ et STIC⁴⁷ 2004

Budget Etat (hors ARH⁴⁸)

Les budgets globaux de la DGS attribués au Plan Cancer connaissent une forte croissance, passant de 5,35 millions d'euros en 2002 à 41,2 millions en 2003 et à 59,2 millions en 2004.

Les crédits gérés par l'administration centrale sont destinés essentiellement à l'accompagnement de la mise en place des dépistages organisés des cancers, la formation des professionnels de Santé, l'information du public et des patients, l'expertise et le soutien aux associations de patients. Dans un objectif plus général de connaissance et de suivi des pathologies cancéreuses, des crédits ont aussi été consacrés à la mise en œuvre de la veille technologique et participent à des actions plus larges du Plan Cancer.

Une partie de ce budget finance le soutien à la mise en place des structures départementales de dépistage et la sensibilisation au dépistage.

44) FNPEIS : Fonds National de Prévention d'Education et d'Information Sanitaire

45) ONDAM : Objectif national des dépenses d'assurance maladie

46) PHRC : Projet Hospitalier de Recherche Clinique

47) STIC : Soutien aux techniques innovantes coûteuses

48) ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

49) DGS : Direction Générale de la Santé

Utilisation des crédits de la DGS (en millions d'euros)

Thème d'action	2002	2003	2004
Dépistage	3,5	17,8	33
Formation des professionnels de santé	0,8	1	0,6
Information du public et des patients	0,25	0,4	-
Expertise	0,26	0,2	-
Soutien à des associations de patients d'envergure nationale	0,11	0,2	0,6
Appel à projet pour l'émergence de cancéropôles	-	5,5	-
Réseau hôpital sans tabac association tabac	-	0,3	-
Lutte contre le tabac et l'alcool	-	-	8
Téléphonie sociale et site internet	-	-	3
Mise en place d'un numéro vert Ecoute Cancer (opérateur la Ligue nationale contre le Cancer)	-	1,5	-
Programmes d'évaluation	-	-	0,5
Elaboration des guides médicaux	-	-	0,4
INCa	-	-	11
MILC	-	1	2
Total	4,92	27,9	59,1

Budget des collectivités départementales

Les dépenses directes des départements sous la compétence des Conseils Généraux pour la lutte contre le Cancer s'élevaient à 8 millions d'euros en 2003.

Budget Assurance Maladie (hors prise en charge)

Elle intervient pour la prévention et le dépistage par l'intermédiaire du FNPEIS⁵⁰, pour un budget de 74,8 millions d'euros en 2003.

Les dotations régionales des ARH représentaient 115 millions d'euros en 2003. Elles concernaient le financement :

- du marqueur FDG : 10 millions d'euros
- des tumeurthèques : 2,5 millions d'euros
- des consultations d'oncogénétique : 2,3 millions d'euros
- allogreffes : 2,6 millions d'euros
- molécules coûteuses et innovantes : 50 millions d'euros (ordre de grandeur)
- mesures diverses des ARH : 21,6 millions d'euros (montant théorique).

Au titre du plan " Hôpital 2007 ", le montant global de l'aide à l'investissement hospitalier pour lutter contre le cancer (imagerie et radiothérapie) est estimé à 104,72 millions d'euros jusqu'en 2007.

Les dotations globales pour les hôpitaux (hors réseaux) se sont élevées à 82,63 millions d'euros en 2003 et 86,52 millions en 2004. Les financements

pour le secteur privé représentaient 7,5 millions d'euros pour 2004 et concernaient le renforcement des soins de support.

Les réseaux de Cancérologie ont vu leur financement passer de 1,5 millions d'euros en 2002 à 3,4 millions en 2003 pour atteindre 6,2 millions en 2004.

10.2 BUDGETS DES AGENCES SANITAIRES

InVS⁵¹

Les principales actions conduites dans le cadre du Plan Cancer par cet institut qui, dans le domaine de l'épidémiologie, coordonne, anime et mobilise un réseau de santé publique comprenant des professionnels de santé, des instituts de recherche, des établissements de soins publics ou privés, des caisses d'assurance maladie, des associations de malades et d'usagers, ont été financées pour les années 2003 et 2004 à hauteur de 1,5 million d'euros.

Ces actions portent :

- sur le renforcement des registres existants (1 700 000 euros en 2003 et 2 111 000 euros en 2004),
- la rémunération d'épidémiologistes pour 2 études sur les cancers professionnels (69 000 euros)
- l'engagement de crédits pour deux études : thyroïde (300 000 euros) et dioxine (600 000 euros).

INPES⁵²

Le budget de l'INPES pour la prévention du Cancer est passé de 30,9 millions d'euros en 2003 à 37 millions d'euros en 2004.

Resté stable pour la lutte contre le tabagisme (environ 20 millions d'euros), il a augmenté pour la lutte contre l'alcoolisme (2,8 millions d'euros en 2003 contre 6 millions d'euros en 2004) et pour le programme nutrition (4,3 à 7 millions d'euros entre 2003 et 2004).

La prévention du mélanome et la sensibilisation des professionnels de Santé au dépistage a bénéficié d'un budget stable entre 2003 et 2004, représentant respectivement 4,2 et 4 millions d'euros.

ANAES⁵³

Les actions engagées sur la période 2003-2004 ont été financées à hauteur de 2,7 millions d'euros. Elles

comprenaient la mise au point de 3 conférences de consensus, de 6 recommandations professionnelles, de 6 évaluations techniques, d'1 évaluation économique, de 3 évaluations des pratiques et de 68 évaluations d'actes de nomenclatures.

AFSSE⁵⁴

Pour l'année 2005, le budget consacré au cancer représentera 1,3 millions d'euros et permettra de poursuivre les projets financés en 2004 (1 million d'euros), partagé entre des actions d'expertise collective et de veille scientifique, des programmes de recherche "Environnement-Santé" et "Santé-Travail", des travaux d'amélioration des connaissances (caractérisation de l'exposition à des substances cancérigènes) et détermination des valeurs toxiques de référence et valeurs limites d'exposition.

50) FNPEIS : Fonds National de Prévention d'Education et d'Information Sanitaire

51) InVS : Institut de Veille Sanitaire

52) INPES : Institut National de Prévention et Education pour la Santé

53) ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

54) AFSSE : Agence Française de Sécurité Sanitaire Environnementale



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

8, avenue de Ségur - 75007 Paris
Tél. : 01 40 56 71 65
Fax : 01 40 56 79 44
www.plancancer.fr

la dynamique du Plan Cancer

Un an d'actions et de résultats Volet régional



Mission
Interministérielle pour
la Lutte contre le
Cancer

Véritable chantier de vie, le Plan Cancer 2003-2007 répond aux grandes questions que nous nous posons tous : comment améliorer la prévention pour éviter les cancers évitables ? Comment généraliser les dépistages précoces de certains cancers fréquents ? Comment donner aux patients les traitements les plus adaptés, tout en respectant mieux la relation humaine et la prise en charge des besoins en soins complémentaires ? Comment mieux former les soignants du cancer, comment développer une stratégie de recherche très ambitieuse, pour trouver les nouveaux traitements ?

C'est évidemment sur le terrain que le Plan s'ancre dans le concret et vient progressivement répondre aux attentes. Pour cette raison j'ai souhaité, dès la création de la mission de projet qui en assure le pilotage, réaliser un premier tour de France des Régions. Sous la présidence des préfets de région, des réunions ont systématiquement été organisées en moins d'un an sur tout le territoire.

Des contacts ont été ainsi directement établis avec plus de 2000 représentants des services de l'Etat, des professionnels de santé, des caisses d'assurance maladie, des associations de patients et des collectivités territoriales.

Je tiens à remercier tous ceux qui ont permis de dresser un premier panorama des avancées du Plan, et notamment les correspondants cancer des DRASS et des ARH. Bien sûr, ces données vont être affinées d'année en année bénéficiant en cela du travail effectué par la DRESS et la DGS sur les indicateurs de santé publique.

Ces échanges régionaux, que j'entends renouveler chaque année, ont aussi pour intérêt de bien faire percevoir la diversité des contextes et donc la nécessité d'adapter les dispositifs pour respecter les objectifs de fond. Ils permettent enfin d'identifier et de mieux faire connaître les initiatives qui mériteraient d'être élargies au delà de la Région qui les a vu naître. Certaines sont présentées dans ce rapport, d'autres sont accessibles sur le site www.plancancer.fr

Pascale Briand
Déléguée Interministérielle

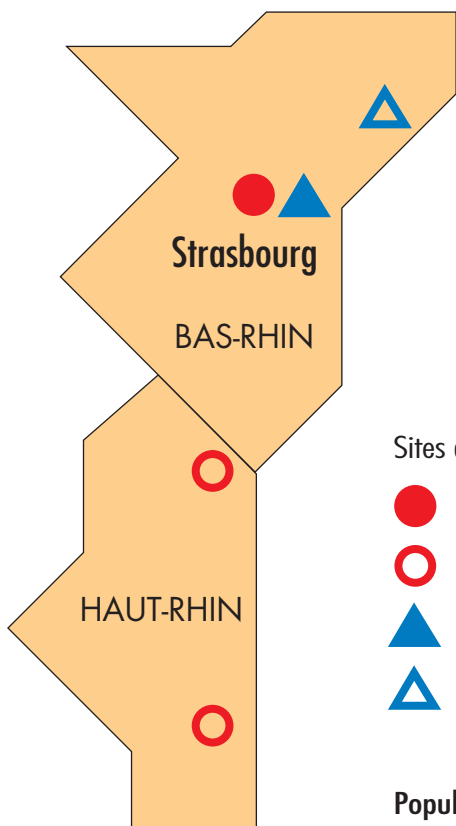
→ VOLET GÉNÉRAL (TOME I)

→ VOLET RÉGIONAL (TOME II)





Régions	Réunions MILC	Correspondants Cancer ARH / DRASS	
ALSACE	03/11/2003	André Aoun / Pascale Fritsch	7
AQUITAINE	22/09/2003	Annie Fouard / Jocelyne Armougon et Annie-Claude Clavel	9
AUVERGNE	29/09/2003	Paquerette Lonchambon	13
BOURGOGNE	04/07/2003	Nathalie Arnould / Jean-François Dodet	15
BRETAGNE	21/11/2003	Elisabeth Bretagne	19
CENTRE	13/02/2004	André Ochmann / Henriette Pouyade, Francisca Gutierrez-Vallein, Béatrice Luminet	23
CHAMPAGNE-ARDENNES	26/01/2004	Anne Pernet / Martine Mure	25
CORSE	21/04/2004	Jean Houbeaut /	27
FRANCHE-COMTÉ	13/01/2004	Michel Goguy / Catherine Espinasse	29
ILE DE FRANCE	17/02/2004	Gilles Echardour / Dr d'Acromont	31
LANGUEDOC-ROUSSILLON	29/10/2003	Alice Cournoyer / Mme Dominique Keller, Jean-Claude Guyonnet	35
LIMOUSIN	30/01/2004	Fabrice Averlant et Gilles Alayrangues / Patricia Viale et Marie-Laure Ferial	39
LORRAINE	02/06/2004	Brigitte Honoré et Christine Carle / Anne Brusquet et Muriel Hette	43
MIDI-PYRÉNÉES	04/09/2003	Christine Fraboul / Michel Clément et Nassera Menou	21
NORD-PAS-DE-CALAIS	27/10/2003	Véronique Tourbez / Isabelle Loens	51
BASSE-NORMANDIE	28/11/2003	Thierry Preaux / Jean-Claude Millard	55
HAUTE-NORMANDIE	02/12/2003	Jocelyne Blondeau / Mme Dominique Lechanteur, Marie-Françoise Merlin- Bernard, Pascale Vandebrouck	57
PAYS DE LOIRE	13/10/2003	Chantal Ravaudet / Brigitte Simon	59
PICARDIE	12/12/2003	Jean-Louis Grenier / Alain Cadou et Jeannine Tison	63
POITOU-CHARENTES	19/12/2003	Joelle Perrin / Bénédicte Gohin-Perio	65
PROVENCE- ALPES-CÔTE-D'AZUR	25/06/2003	Isabelle Deloffre-Asin / Cécile Lucas et Danièle Marquis	69
RHÔNE-ALPES	12/06/2003	Bernard Cassou-Mounat / Marie-Christine Annino	73
DÉPARTEMENTS D'OUTRE-MER			75
MARTINIQUE	19/04/2004	Patrick Escarmant / Olivier Puech	
GUADELOUPE	20/04/2004	Jean François Razat / Marie Caillard	
GUYANE		Edmée Panelle et Benoît Coterelle	
RÉUNION	16/06/2003	Pascale Luciani / Christian Lassalle	
Cartes et graphiques			78

→ ENQUÊTES ANNEXÉES (TOME III)

EN ALSACE



Sites de référence ou orientés en cancérologie

-  **CHU** Centre Hospitalier Universitaire
-  Autre établissement public
-  **CLCC** Centre de Lutte Contre le Cancer
-  Établissement privé

Population : 1 733 732

Les cancers constituent une préoccupation particulière en Alsace, compte tenu de leur prévalence qui y est supérieure à la moyenne nationale. L'Alsace est une région où existe une mobilisation depuis de nombreuses années, ce dont témoignent l'existence de registres et l'organisation déjà ancienne de campagnes de dépistage, rendues possibles grâce à l'intervention des collectivités territoriales, de l'Assurance Maladie et de l'Union européenne. La région inscrit son engagement dans le Plan Cancer dans une continuité d'action : l'évaluation du précédent Programme régional de santé (PRS "Alsace contre le cancer") a permis de poser les axes prioritaires régionaux.

1. PRÉVENTION

Registres

Il existe actuellement deux registres.

Des discussions sont engagées pour mieux les articuler et leur donner une assise universitaire qui permette de les conforter.

Tabac/ Alcool

En 2003 deux projets de lutte contre le tabac ont été financés par l'INPES¹ pour un total de 253 000 euros dans le cadre des projets régionaux en matière d'éducation

pour la santé. En 2003 six associations ont aussi bénéficié au niveau régional d'un financement de 4 500 euros pour la lutte contre le tabac.

Il existe une consultation de tabacologie dans chaque département et 6 équipes de liaison hospitalière en addictologie. Pour renforcer ce dispositif et diminuer les délais de rendez-vous, une consultation expérimentale collective de tabacologie va être créée en 2004 au CHU de Strasbourg.

Nutrition

Concernant les actions sur la nutrition, la région s'inscrit dans le Programme National Nutrition-Santé (PNNS).

Un état des lieux régional est en cours : recensement des données épidémiologiques, des acteurs et des actions. Fin 2003, un séminaire a été organisé afin de dégager des priorités.

2. Dépistage

L'Alsace mène des campagnes de dépistage du cancer du sein depuis 1989 et du cancer du col de l'utérus depuis 1990. Initiées dans le Bas-Rhin (Ademas), elles ont été élargies au Haut-Rhin en 2002.

A la fin de l'année 2003, le taux de participation des

1) INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

femmes au dépistage du cancer du sein était de 70 %, l'un des plus élevés de France. Le taux de participation au dépistage du cancer du col de l'utérus concernait, pour la même période, environ 38% des femmes. Une campagne haut-rhinoise (Adeca 68) est par ailleurs menée dans le cadre de l'expérimentation du dépistage du cancer colo-rectal.

3. SOINS ET ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

Le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) de cancérologie de la région Alsace a été mis en œuvre et a fait l'objet d'une évaluation.

Réseau de cancérologie

Le réseau de cancérologie CAROL, constitué en 2002, devrait être rapidement opérationnel.

Hospitalisation à domicile (HAD)

Le nombre de places a doublé, passant de 21 à 40 entre 2002 et 2003.

Soins de support

L'organisation des soins palliatifs est dépourvue de réseau régional de coordination, mais s'articule autour de 4 unités de soins, de 8 équipes mobiles et de 31 lits identifiés.

L'expérimentation du dispositif d'annonce est mise en place, en 2004, à la clinique de l'Orangerie à Strasbourg.

Equipements lourds

Le programme "Hôpital 2007" va permettre une accélération des investissements, notamment en ce qui concerne l'imagerie médicale et les appareils de radiothérapie. Un TEP¹ sera opérationnel en 2004 au CHU de Strasbourg. Un effort de renforcement de la radiothérapie a été effectué avec 4,5 postes complémentaires financés dans ce secteur.

1) TEP : tomographe à émission de positons

4. FORMATION ET RECHERCHE

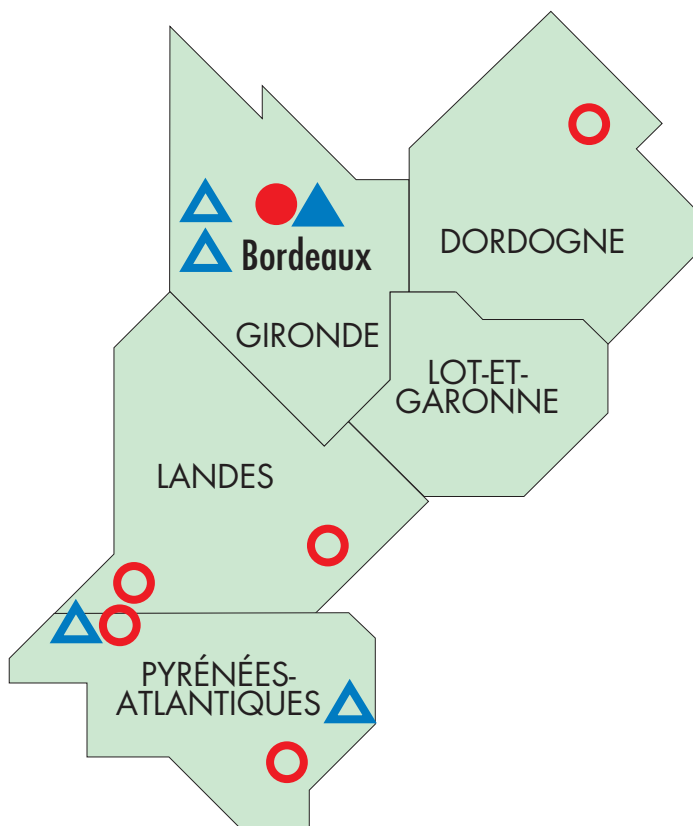
En 2003, 5 internes en 2003 étaient inscrits au diplôme d'études spécialisées (DES) de cancérologie, 3 en oncologie médicale et 2 en radiothérapie. Deux internes étaient inscrits au DES d'hématologie.

Le cancéropôle "Grand Est" intègre des équipes de la région Alsace au sein d'axes fédérateurs associant des équipes médico-scientifiques des régions Bourgogne, Champagne-Ardenne, Franche-Comté et Lorraine. Plusieurs thèmes ont été retenus, dont la plasticité cellulaire, l'hétérogénéité des tumeurs et le rôle du micro-environnement dans la progression tumorale.

L'association EVE est partenaire, avec l'Europe contre le cancer, les organismes d'assurance maladie d'Alsace et les conseils généraux du Bas-Rhin et du Haut-Rhin, du programme EVE, mené au niveau régional et destiné à prévenir le cancer du col de l'utérus.

L'association est impliquée dans la mise en œuvre de la mesure 26 du Plan Cancer : "renforcer les actions en faveur du dépistage du cancer du col de l'utérus auprès des femmes à risque - développer les actions d'information auprès des femmes".

A ce titre, elle se consacre à l'information des femmes âgées de 25 à 65 ans afin d'améliorer leur participation à la formation des médecins généralistes au dépistage et à la mise en place de l'assurance-qualité en cytologie.



EN AQUITAINE

Sites de référence ou orientés en cancérologie

- **CHU** Centre Hospitalier Universitaire
- Autre établissement public
- ▲ **CLCC** Centre de Lutte Contre le Cancer
- Établissement privé

Population : 2 908 953

En Aquitaine, la mortalité par cancer touche beaucoup plus les hommes que les femmes, avec un taux de mortalité masculine supérieur au double de celui des femmes. Pour autant, la situation relative des femmes aquitaines par rapport aux femmes françaises est moins favorable que celle des hommes aquitains. Sur le moyen terme (1980–2000), l'incidence des cancers chez la femme augmente plus nettement que celle des hommes (34 % contre 30 %) avec notamment une évolution très forte des cancers du poumon.

1. PRÉVENTION

Registres

L'Aquitaine s'est dotée récemment d'un registre spécialisé, relatif aux hémopathies malignes, fruit d'une association entre le Centre aquitain de Lutte Contre le Cancer, l'Institut Bergonié (CLCC), et l'Institut de Santé Publique, d'Épidémiologie et de Développement (ISPED). Un projet plus ambitieux de registre général est en cours d'élaboration en collaboration avec l'InVS¹ dans le cadre du Plan Cancer pour le département de la Gironde. L'implication des acteurs aquitains dans le registre national du mésothéliome constitue également une base importante de recherche.

Alcool/Tabac

Le développement d'une action très ambitieuse en matière de repérage précoce des buveurs abusifs par les médecins généralistes et prochainement par les médecins du travail constitue un pas important dans la prévention du cancer.

Plus en amont, en promouvant la prise en compte de leur santé par les individus et la lutte contre les conduites à risque, le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), constitue un socle favorable aux attitudes de prévention et à la réduction des risques de cancer.

Un programme de lutte contre le tabac à l'école " 25 collèges d'Aquitaine mobilisés contre le tabac " piloté par le CRAES² et le CODES³ a été financé par l'INPES⁴ à hauteur de 67 000 euros en 2003 dans le cadre des appels à projets régionaux en matière d'éducation pour la Santé.

Trois lycées participent à l'expérimentation " lycées sans tabac " en Dordogne et en Gironde.

1) InVS : Institut de Veille Sanitaire
 2) CRAES : Comité Régional d'Aquitaine d'Éducation pour la Santé
 3) CODES : Comité Départemental d'Éducation pour la Santé
 4) INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

Il existe au moins une consultation hospitalière de tabacologie dans chaque département en association avec 6 équipes hospitalières de liaison en addictologie. Pour renforcer ce dispositif et diminuer les délais de rendez-vous, une consultation hospitalière expérimentale collective de tabacologie va être créée en 2004 au CHU de Bordeaux.

Dix associations ont été financées pour un total de 760 000 euros au niveau de la région.

2. DÉPISTAGE

Le département du Lot-et-Garonne a débuté le dépistage du cancer du sein en mai 2003.

Les structures de gestion départementale, départements de Dordogne, de Gironde (Agica) et des Pyrénées-Atlantiques ont été opérationnelles en novembre 2003 et celle du département des Landes en décembre 2003. La participation des femmes au dépistage du cancer du sein était estimée à 24% en 2003, ce qui, compte tenu de ce démarrage récent, s'explique aisément.

3. SOINS ET ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

Réseau de cancérologie

Le fonctionnement d'un réseau régional de cancérologie a débuté en décembre 2000. Ce réseau a notamment privilégié la mise en place d'unités de coordination pluridisciplinaire, le développement d'un système d'information support du dossier communiquant, le travail en groupes thématiques régionaux pour proposer des guides pour la qualité de la prise en charge. Les objectifs majeurs assignés au réseau ont donc incontestablement conforté la démarche d'amélioration de la prise en charge des malades.

Au même titre que trois autres régions françaises, le réseau de cancérologie d'Aquitaine participe à l'expérimentation du dossier communiquant en cancérologie conduite par le ministère de la Santé. Ce dossier partageable associant médecine hospitalière et médecine libérale, intégré dans une démarche régionale incluant plusieurs spécialités, s'appuiera sur un logiciel déjà utilisé dans d'autres régions.

Hospitalisation à domicile (HAD)

Le nombre de places (312) n'a pas augmenté entre 2002 et 2003.

Soins de support

L'organisation des soins palliatifs repose sur une unité de soins, 11 équipes mobiles et 11 lits identifiés. Le réseau de soins palliatifs couvre seulement 10% de la région.

La clinique Bordeaux-Nord a été retenue dans le cadre de l'expérimentation en cours du dispositif d'annonce.

Equipements lourds

Deux TEP¹-scan doivent être installés en 2004 au CHU de Bordeaux et à l'institut Bergognié de Bordeaux (CLCC).

Social

La région est particulièrement sensibilisée aux problématiques liées à l'accompagnement des malades et aux conditions de retour à domicile.

Cette préoccupation rejoint celle qui a été exprimée à de nombreuses reprises par la Ligue contre le cancer en Aquitaine comme dans toutes les régions.

Un état des lieux de l'impact du cancer sur la vie professionnelle est en cours à partir duquel les mesures susceptibles de favoriser l'insertion (par exemple, la visite de pré-reprise très en amont du retour au travail) seront proposées.

4. FORMATION ET RECHERCHE

En 2003, 10 internes en 2003 étaient inscrits au diplôme d'études spécialisées (DES) de cancérologie, 4 en oncologie médicale et 6 en radiothérapie. Un interne était inscrit au DES d'hématologie.

Le cancéropôle du " Grand Sud-Ouest " intègre des équipes de la région Aquitaine au sein d'axes fédérateurs associant des équipes médico-scientifiques des régions Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon et Limousin. Deux millions d'euros ont permis de financer le dispositif sur 2003.

Le cancéropôle regroupe des plate-formes technologiques partagées et des tumorothèques ; il sera un lieu de convergence pour la recherche publique et privée.

1) TEP : tomographe à émission de positons

Sept thématiques ont été sélectionnées :

- 1) Signalisation et recherche de nouvelles cibles thérapeutiques;
- 2) Cancers hormono-dépendants (sein et prostate);
- 3) Invasions tumorales et métastases ;
- 4) Instabilité génétique et modifications épigénétiques ;
- 5) Les déterminants pharmacologiques de la réponse aux agents anti-cancéreux ;
- 6) Les biothérapies ;
- 7) Épidémiologie et prévention.

Les quatre premiers thèmes ont pour objectif général de déterminer la " signature moléculaire " des différents cancers en utilisant les techniques de génomique et protéomique appliquées aux tumeurs humaines. Le PHRC¹ national 2003 finance 3 projets de recherche en cancérologie soutenus par le CHU de Bordeaux.

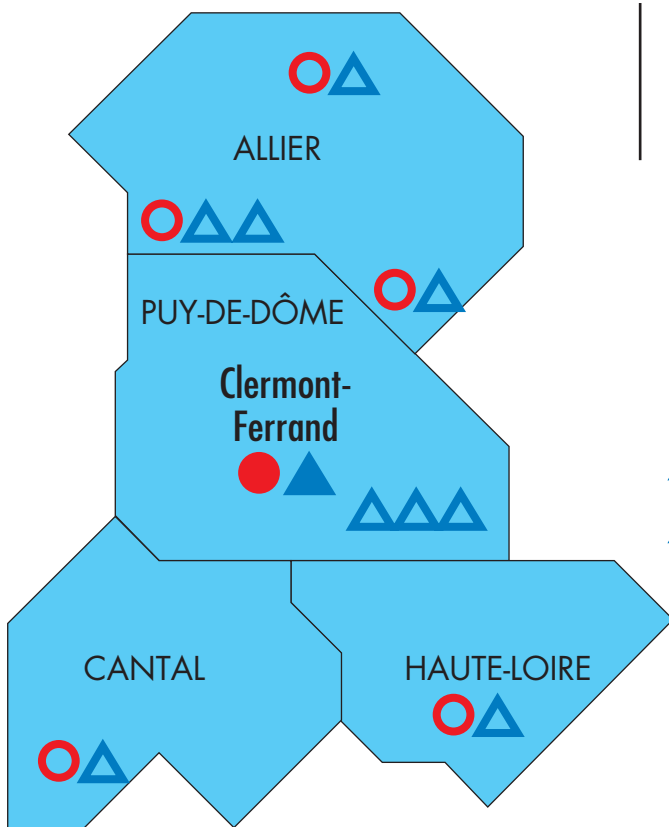
1) PHRC : Programme Hospitalier de Recherche Clinique

Actions CRAM :

- afin d'améliorer l'information des patients et des professionnels sur les droits sociaux et les modalités d'accès à ces droits ont été élaborés :
 - des plaquettes d'information " Quelques réponses à vos questions ", largement diffusées;
 - une version adaptée au contexte régional du guide élaboré par le CHU de Nancy " Votre enfant a un cancer, comment vous aider ? " ;
 - un guide sur les droits des malades et l'action des services sociaux, disponible sur les sites Internet de la CRAM et du réseau de cancérologie.

Ces documents ont fait l'objet d'une large diffusion auprès des services d'oncologie des hôpitaux et auprès des services sociaux hospitaliers et de la CRAM.

- une subvention de la CNAM a été versée au Comité girondin de la Ligue contre le cancer pour financer du temps de travail social : l'objectif est d'améliorer à titre expérimental la prise en charge sociale dans des établissements privés ayant une importante activité de cancérologie.
- afin d'aider les malades à domicile, une convention entre la CRAM et la Ligue contre le cancer a permis la mise en place de groupes d'accueil et d'entraide animés par des travailleurs sociaux de la Caisse régionale. Ces groupes proposent aux personnes retournées à leur domicile aide et soutien afin de lutter contre leur isolement. Ils favorisent l'accès à l'autonomie et la réorganisation de la vie quotidienne.



EN AUVERGNE

Sites de référence ou orientés en cancérologie

- **CHU** Centre Hospitalier Universitaire
- Autre établissement public
- ▲ **CLCC** Centre de Lutte Contre le Cancer
- Établissement privé

Population : 1 308 656

Sur la période 1997-1999, on observe dans la région Auvergne une faible surmortalité (+2%) par cancer par rapport à la moyenne nationale. Elle est plus importante chez les hommes que chez les femmes, mais a tendance à diminuer pour les deux sexes. En 1999, les deux localisations les plus fréquentes étaient : le cancer du poumon pour les hommes et le cancer du sein pour les femmes.

1. PRÉVENTION

Un Programme régional de santé (PRS) a été lancé en Auvergne fin 1999 et a été l'un des premiers en France. En matière d'éducation pour la santé, le CREAS (comité régional exécutif des actions de santé), coordonnateur des différents financeurs, a été mis en place afin d'améliorer la lisibilité des financements accordés et de permettre des décisions partagées sur les projets à soutenir. Afin d'éviter les doubles financements, cette coordination se traduit par un appel à projet commun et une instruction également commune des dossiers. Neuf associations ont été financées en 2003 pour un montant global de 81 000 euros.

Tabac/Alcool

De nombreuses formations des personnels scolaires infir-

miers sont en cours. Actuellement, il existe 5 lycées sans tabac et 5 autres sont en projet. Au lycée de Banville, il est proposé une aide au sevrage tabagique avec une première consultation par l'infirmier du lycée puis si nécessaire prise en charge par l'hôpital de Moulins.

Tous les départements auront d'ici fin 2004 au moins une consultation hospitalière de tabacologie avec la création d'une consultation de tabacologie en Haute Loire dans le cadre du renforcement de la tabacologie hospitalière dès cette année. Il existe 6 équipes hospitalières de liaison en addictologie. Une recherche-action est engagée auprès des femmes enceintes en matière de consommation d'alcool et de tabac par le réseau périnatalité, animé par le CHU et l'équipe de liaison.

Cancers professionnels

Un suivi post-professionnel des personnels exposés à l'amiante a été mis en place dans deux entreprises.

Cancer de la peau

Des actions d'information ont été financées sur les risques d'exposition solaire et sur la prévention du mélanome : réalisation d'une affiche pour les cabinets médicaux et les pharmacies invitant les consultants à faire examiner leur peau, campagne de sensibilisation dans les campings et piscines du Cantal.

2. DÉPISTAGE

Les départements de l'Allier et du Puy-de-Dôme ont été pionniers en matière de dépistage du cancer du sein. Il a été initié respectivement en 1994 et 1995 dans ces deux départements (Abidec et Ardocsg). Le taux de participation des femmes au dépistage en 2003 est de 48% pour le Puy de Dôme et de 51% pour l'Allier. Pour les deux autres départements de la région qui ont démarré le dépistage en mars 2003 (Ardocsg), l'évaluation du taux de participation n'est pas encore disponible.

En matière de dépistage colo-rectal, les départements de l'Allier et du Puy-de-Dôme ont été retenus dans le cadre de l'expérimentation nationale. Le démarrage effectif du dépistage interviendra au cours du premier trimestre 2004.

3. SOINS ET ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

Le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) a pris en compte l'organisation en cancérologie dans ses différents volets : médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), soins de suite et de réadaptation (SSR), radiothérapie, imagerie, systèmes d'information et soins palliatifs.

Réseau de cancérologie

Le réseau hospitalier ONCAUVERGNE a été constitué en 2001. Il rassemble 30 établissements de soins sur 53, et prend en charge 57% des patients atteints de cancer dans la région.

Hospitalisation à domicile (HAD)

Trois départements sur quatre disposent d'une structure d'HAD. Le nombre de places d'HAD (69) n'a pas augmenté entre 2002 et 2003.

Soins de support

Pour renforcer les soins de support, une unité commune d'oncopsychologie a été créée entre le Centre Jean Perrin et le CHU de Clermont-Ferrand. Elle comporte la création de 2 postes de psychologues et un poste de psychiatre en 2002.

L'expérimentation du dispositif d'annonce est mise en place au centre Jean Perrin (CLCC) en 2004.

Les soins palliatifs sont organisés autour de 6 équipes mobiles et d'une unité de soins implantée au CHU. Un réseau expérimental de soins palliatifs est en cours d'expérimentation dans le département de la Haute-Loire. Un projet de réseau régional a été déposé en 2003, mais n'a pas été à ce jour agréé.

Equipements lourds

Un TEP¹-scan est opérationnel depuis mars 2004 au centre Jean Perrin (CLCC).

Tumorothèque

Une tumorothèque a été créée en 2003 à Clermont-Ferrand.

4. FORMATION ET RECHERCHE

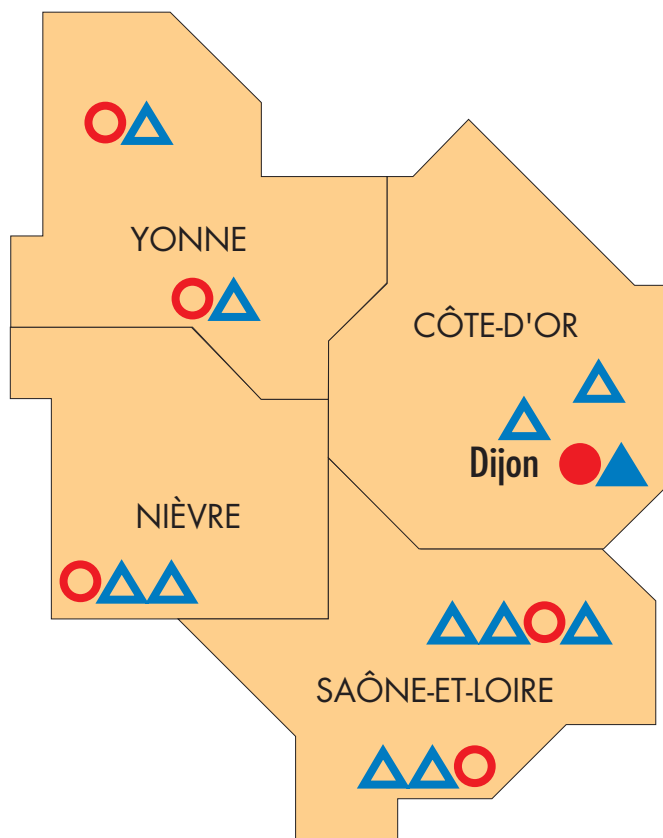
En 2003, 4 internes étaient inscrits au diplôme d'études spécialisées (DES) de cancérologie, 3 en oncologie médicale et 1 en radiothérapie.

Le Cancéropôle " Lyon-Rhône-Alpes " intègre des équipes de la région Rhône-Alpes au sein d'axes fédérateurs associant des équipes médico-scientifiques de la région Rhône-Alpes.

3 thèmes fédérateurs ont été retenus dans ce cadre :

- Nutrition et cancer (thème sur lequel l'Auvergne se positionne plus particulièrement compte tenu de l'expertise existante sur son territoire en matière de recherche en nutrition)
- Génomique fonctionnelle
- Imagerie

1) TEP : tomographe à émission de positons



EN BOURGOGNE

Sites de référence ou orientés en cancérologie

- **CHU** Centre Hospitalier Universitaire
- Autre établissement public
- ▲ **CLCC** Centre de Lutte Contre le Cancer
- ▲ Établissement privé

Population : 1 610 407

Depuis le début des années 1990, il existe une surmortalité par tumeur (toutes localisations confondues), tous âges et avant 65 ans, des hommes de la région Bourgogne par rapport à la moyenne nationale. Par ailleurs, l'incidence et la mortalité masculine par cancers colo-rectaux et cancer du poumon sont plus élevées en Bourgogne qu'en France. Le cancer du poumon représente une part importante dans l'incidence et la mortalité des hommes et une forte croissance de l'incidence et de la mortalité chez les femmes.

1. PRÉVENTION

Registres

La région Bourgogne compte plusieurs registres thématiques de cancer (colo-rectal, sein, hémopathies malignes). Il est prévu de réaliser un état des lieux des registres entre 2003 et 2006 et de promouvoir en 2004 des études épidémiologiques au sein de la cellule d'Intervention Régionale en Epidémiologie (CIRE)(financement par l'InVS¹).

Tabac/Alcool

Deux établissements pilotes sont impliqués dans l'expérimentation "Ecole sans tabac" pour l'année scolaire 2003-2004, mais dix autres lycées ont aussi choisi fait ce choix

en dehors du dispositif La formation des personnels scolaires infirmiers à l'aide et au suivi du sevrage tabagique réalisée dans ce cadre va être généralisée à toutes les infirmières scolaires de l'Académie de Dijon en 2004.

Un programme d'actions départementales de prévention du tabagisme en milieu professionnel piloté par le CORES² de Bourgogne a été financé par l'INPES³, dans le cadre des projets régionaux en matière d'éducation pour la santé, pour un montant total de 111 000 euros en 2003. Par ailleurs, la région a financé 8 associations pour un montant de 94 000 euros. Dans le cadre de l'aide à l'arrêt du tabac, tous les départements disposent au moins d'une consultation hospitalière de tabacologie et 8 équipes hospitalières de liaison en addictologie sont en place, dont 6 spécifiques pour le tabac.

2. DÉPISTAGE

En décembre 2003, la Côte d'Or (Adeco) et l'Yonne (Aidec) ont mis en place le dépistage organisé du cancer du sein, complétant ainsi les dispositifs déjà opérants depuis plusieurs années dans les départements de la

1) InVS : Institut de Veille Sanitaire

2) CORES : Comité Régional d'Éducation pour la Santé

3) INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

Nièvre et de la Saône-et-Loire (respectivement 1997 et 1998, par l'association Andemas).

L'estimation du taux de participation des femmes au dépistage du cancer du sein pour 2003 est de 17%. Ce faible taux s'explique par la généralisation tardive du dépistage dans cette région.

Pour le cancer colorectal, la mise en place d'un dépistage organisé est effective depuis octobre 2003 dans les départements de la Côte d'Or et de la Saône-et-Loire.

En 2000, le taux de participation au dépistage du cancer du col de l'utérus est estimé à 28%.

3. SOINS ET ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

Réseau de cancérologie

La coordination des soins en ville et à l'hôpital autour du patient nécessite la poursuite de la structuration du réseau Oncobourgogne (base de données patients, référentiels, formation).

Le réseau est en voie d'obtenir des financements en temps médical, en secrétariat de coordination et en équipement informatique.

Une évaluation de l'application de l'accord cadre signé entre le CHU de Dijon et le Centre de Lutte Contre le Cancer (CLCC) G.-F. Leclerc est en cours : cet accord porte notamment sur la mise en place de réunions pluridisciplinaires communes, d'une fiche médicale commune, d'essais cliniques et d'actions de recherche, ces différents éléments étant menés en partenariat dans le cadre du pôle régional de référence.

Le pôle régional devrait par ailleurs être étendu au centre de radiothérapie privé du Parc.

Afin que tous les nouveaux patients bénéficient de consultations pluridisciplinaires et d'un programme personnalisé de soins, les consultations existantes et leurs modalités de fonctionnement sont en cours d'inventaire. Il a été convenu dès 2004 que les dossiers définis comme " complexes " par le réseau Oncobourgogne seront étudiés, avant prise de décision en concertation pluridisciplinaire.

Un dossier médical communiquant sera par ailleurs mis en place sur la plate-forme régionale " Télésanté ", dont l'appel d'offre a été lancé fin 2003. Au terme du Plan, un identifiant commun à tous les réseaux sera utilisé.

Hospitalisation à domicile (HAD)

Deux dossiers d'hospitalisation à domicile sont en cours d'instruction en Côte d'Or. L'objectif est de disposer en 2007 d'un service d'HAD par territoire, fonctionnant en réseau avec le centre référent en cancérologie, et d'augmenter les services de soins infirmiers à domicile.

Pour l'année 2002, il existait 24 places d'HAD dont 12 réservées au cancer. En 2003, il n'y a pas eu de création de nouvelles places pour la cancérologie en 2003.

Soins de support

La prise en charge des soins palliatifs est assurée par 10 équipes mobiles et 15 lits identifiés. Seul un département sur 4 est couvert par le réseau de soins " Émeraude ". L'objectif du Plan est d'étendre le réseau à l'ensemble de la région et de conforter les 10 équipes mobiles (en personnel, séances de paroles,...).

L'expérimentation du dispositif d'annonce est largement testée en 2004 dans plusieurs types de structures de soins (9 établissements de santé : le CHU de Dijon, le CLCC G.-F. Leclerc, 6 centres hospitaliers et 1 clinique).

Equipements lourds

Dans le domaine de l'innovation diagnostique et thérapeutique, l'ARH de Bourgogne va réviser l'indice d'IRM afin de permettre deux implantations supplémentaires, la DRASS étant chargée de faire le point sur la mise en œuvre des autorisations précédemment délivrées. Le Centre G.-F. Leclerc étant un des derniers CLCC dépourvu de scanner, il est prévu d'en installer un à la fin de l'année 2004 pour la dosimétrie en radiothérapie et d'étendre son utilisation au diagnostic et au suivi des patients. Un TEP -scan a été autorisé en 2003 au centre G.-F. Leclerc.

En radiothérapie, une rénovation du parc d'équipements est en cours afin de mettre à disposition des patients les techniques nouvelles. Un financement complémentaire a été accordé pour un poste d'interne en radiothérapie et un poste de manipulateur radio. Par ailleurs, il est prévu d'élaborer des conventions entre les centres de radiothérapie afin d'assurer la continuité des soins. Une évaluation des centres ne comprenant qu'une seule machine (Mâcon, Nevers, Auxerre) est également en cours.

Social

Pour faciliter l'accès à l'information des patients, la Direction du service médical régional et l'Observatoire régional de Santé (ORS) ont animé en décembre 2003 un groupe de réflexion sur les besoins d'information des usagers avec les représentants du Comité régional inter-associatif pour la santé (CISS), de la Ligue contre le cancer, de " Cancer Action Solidarité ", avec les collectivités locales (CCASS Yonne, Centre de prévention des cancers de la Nièvre) et la ville de Dijon en qualité de représentante du réseau Ville-Santé. L'ORS va prochainement

constituer un répertoire des associations de malades et d'usagers concernés par le cancer.

Il est prévu, par ailleurs, de définir très prochainement les modalités d'expérimentation d'un " kiosque d'information cancer " et de choisir un site pilote.

4. FORMATION ET RECHERCHE

En 2003, 4 internes étaient inscrits au diplôme d'études spécialisées (DES) de cancérologie, 3 en oncologie médicale et 1 en radiothérapie.

Le cancéropôle du " Grand Est " intègre des équipes de la région Bourgogne au sein d'axes fédérateurs associant des équipes médico-scientifiques des régions Alsace, Champagne-Ardenne, Franche-Comté et Lorraine.

Plusieurs axes fédérateurs ont été retenus, la Bourgogne se positionnant principalement sur trois axes thématiques :

- les causes et effets de la thérapeutique anti-cancéreuse,
- l'épidémiologie des cancers,
- la protéomique appliquée à la clinique.

Le PHRC¹ national 2003 finance 2 projets de recherche en cancérologie soutenus par le CHU de Dijon.

1) PHRC : Programme Hospitalier de Recherche Clinique

L'action d'une association de la Fédération des stomisés de France (FSF) en Saône et Loire

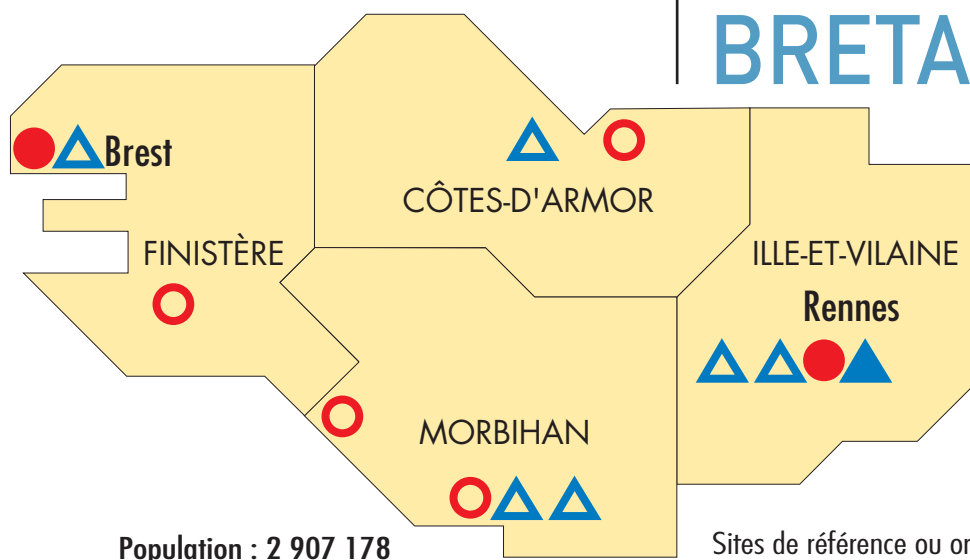
Le but essentiel de cette association est de " réinsérer " les stomisés en leur donnant les informations qui leur sont nécessaires pour vivre normalement et de communiquer aux malades futurs stomisés les éléments qui peuvent les rassurer en leur montrant qu'il y a un " après " valable et acceptable.

Chaque mois, l'antenne de Saône-et-Loire organise une réunion à Chalon et/ ou à Mâcon soit sous forme de permanence, soit pour une intervention extérieure, soit pour une rencontre conviviale.

Jusqu'à un passé relativement récent, les stomisés se trouvaient rejetés de la société et livrés à eux-mêmes lorsqu'ils quittaient le service chirurgical où ils avaient été opérés.

Un traumatisme personnel, familial, social ou professionnel peut en découler ; de là cette idée d'associations d'anciens malades et la formation de stomisés-contact (visite d'un stomisé à un nouveau stomisé) qui apportent le soutien psychologique pour assumer la stomie avec comme idée sous-jacente : " la maladie est vaincue ou le sera ".

EN BRETAGNE



Sites de référence ou orientés en cancérologie

-  **CHU** Centre Hospitalier Universitaire
-  Autre établissement public
-  **CLCC** Centre de Lutte Contre le Cancer
-  Établissement privé

On observe en Bretagne une surmortalité chez les hommes alors qu'il existe une sous-mortalité féminine. L'incidence des cancers y croît plus rapidement que dans les autres régions. La mortalité est particulièrement importante pour certains cancers : seconde place au niveau national pour les décès par cancer des voies aéro-digestives, la première place pour le mélanome chez les femmes et la seconde place pour le cancer de l'estomac toujours chez les femmes.

1. PRÉVENTION

Registres

Les cancers rencontrés chez l'enfant sont connus précisément depuis la mise en place en 1991 d'un registre sous l'égide de l'Institut régional de la mère et de l'enfant et de l'Observatoire régional de Santé (ORS). Ce registre porte sur les nouveaux cas de cancers d'enfants jusqu'à 14 ans révolus, domiciliés en Bretagne. Au cours de la période 1991-1996, 579 enfants y ont été inclus.

Il existe par ailleurs un registre finistérien des tumeurs digestives. En matière de cancer digestif, le Finistère présente l'incidence la plus élevée de France pour le cancer de l'œsophage et pour le cancer de l'estomac.

Enfin, un projet d'analyse épidémiologique de l'acti-

tivité de cancérologie à partir des données PMSI¹ commandité par la DRASS² de Bretagne a été confié à l'ORS Bretagne.

L'objectif de cette étude est :

- d'une part d'analyser la pertinence épidémiologique du PMSI comme source d'indicateurs de suivi et d'évaluation de programmes de santé,
- d'autre part, de produire ces indicateurs pour le suivi et l'évaluation du PRS³ " La Bretagne contre le cancer ".

Tabac/Alcool

Un Programme Régional de Santé Cancer a été élaboré en 1999 dans la région. Dans ce cadre, des actions en matière de lutte contre le tabagisme ont été menées. En 2003, le CRES⁴ a mené des actions en milieu scolaire autour de la prévention des conduites à risque avec un financement de la DGS⁵ et de l'INPES⁶ d'un montant de 147 000 euros. Le FNPEIS⁷ a financé 5 projets de lutte contre le tabac pour un montant total de 10 400 euros.

1) PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
2) DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
3) PRS : Programme Régional de Santé
4) CRES : Comité Régional pour l'Éducation à la Santé
5) DGS : Direction Générale de la Santé
6) INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
7) FNPEIS : Fonds National de Prévention d'Éducation et d'Information Sanitaire

Pour l'aide à l'arrêt du tabac, tous les départements bénéficient au moins d'une consultation hospitalière de tabacologie et de 18 équipes hospitalières de liaison d'addictologie. Dès cette année, pour renforcer ce dispositif et diminuer les délais de consultation, 2 consultations hospitalières expérimentales collectives de tabacologie vont être implantées aux CHU de Brest et de Rennes.

Environnement

Il faut noter une action spécifique dans cette région concernant la prévention des effets du radon dans les logements, liés à la présence de sous-sols granitiques.

2. DÉPISTAGE

Le département d'Ille-et-Vilaine s'est engagé dans le dépistage du cancer du sein depuis 1995 (Icones).

Les trois autres départements de Bretagne sont opérationnels depuis janvier et février 2003 (Adec Armor, Adec 29, Adecam).

Un dispositif de suivi du programme de dépistage du cancer du sein est lancé par l'ORS¹. Les taux de participation à la première campagne de dépistage pour 2003 à mi-parcours étaient par département : 20% pour les Côtes d'Armor, 34 % pour le Finistère, 28% pour le Morbihan. Pour l'Ille et Vilaine (quatrième campagne de dépistage), le taux de participation était estimé à 44% pour l'année 2003.

L'Ille-et-Vilaine a démarré l'expérimentation du dépistage du cancer colo-rectal à la fin de l'année 2002. Le Finistère fait également partie des départements pilotes et engagera ce dépistage dès cette année.

Le dépistage du mélanome doit démarrer en 2004.

De façon générale, il faut souligner l'existence d'un partenariat avancé entre les différents acteurs des actions de dépistage, ainsi qu'une implication importante des médecins du travail dans cette région.

3. SOINS ET ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) a permis à la région Bretagne de disposer d'une offre de soins graduée et de réseaux qui participent à une prise en charge de qualité et à un égal accès aux soins.

Réseau de cancérologie

Dès 2000, une première évaluation du dispositif effectuée par la DRASS² a recensé 40 unités de concertation pluridisciplinaires spécialisées (UCPS) installées dans 7 secteurs sanitaires sur 8. Des postes de coordonnateurs ont été financés par l'ARH³.

Un financement attribué à titre expérimental en 2002 par le fonds "FAQSV"⁴ à trois UCPS a permis d'étudier les modes de financement souhaitables pour associer le mieux possible les praticiens du secteur privé à la bonne marche de ces réseaux sectoriels. Ces réseaux s'ouvrent petit à petit à une externalisation de certaines prises en charge jadis réservées à l'hospitalisation (chimiothérapie, repli plus précoce à domicile...). Fin 2003, cinq réseaux locaux étaient bien structurés, et trois autres en cours de formalisation.

La création officielle du réseau régional de cancérologie, aboutissement naturel de réseaux locaux structurés, a eu lieu le 14 novembre 2003.

Hospitalisation à domicile (HAD)

En 2002 les places autorisées et installées étaient au nombre de 52 en 2002. En 2003 huit places supplémentaires ont été autorisées et installées.

Soins de support

En 2003 dans le cadre du renforcement des soins de support, 1 poste et demi de psychologue a été créé.

En matière de soins palliatifs, 10 unités de soins fonctionnent en Bretagne et 6 équipes mobiles ont été créées depuis 1999 (une nouvelle équipe est en cours de formation en 2004). Il existe 53 lits identifiés en soins palliatifs. Le réseau régional de soins palliatifs couvre 75% de la région.

L'expérimentation du dispositif d'annonce est testée dans 2 centres hospitaliers et 2 cliniques en 2004.

Equipements lourds

La totalité des appareils à Cobalt est désormais remplacée par des accélérateurs de particules. En 2002 quatre nouveaux accélérateurs ont été autorisés. En 2003 un poste complémentaire en radiothérapie a été financé.

Deux TEP⁵ ont été autorisés à Brest et à Rennes, un cyclotron est installé à Rennes.

1) ORS : Observatoire Régional de Santé

2) DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

3) ARH : Agence régionale de l'hospitalisation

4) FAQSV : Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville

5) TEP : tomographe à émission de positons

Accès aux traitements onéreux

Il faut souligner l'installation interrégionale d'un Observatoire du Médicament et de l'Innovation Thérapeutique (OMIT), créé en 2002 avec la région des Pays de Loire. Les missions de cet observatoire consistent essentiellement à :

- suivre la consommation de certaines molécules et en prévoir la dépense.
- vérifier l'adéquation des prescriptions aux recommandations et le respect des standards de prise en charge.

Les résultats du suivi de quatre molécules utilisées en hémato-cancérologie devraient être connus prochainement.

Tumorothèques

L'installation de tumorothèques fait l'objet de réflexions interrégionales avec les Pays de Loire. En définitive, il est envisagé de constituer une tumorothèque multi-site entre Angers, Brest, Nantes et Rennes. Chaque ville collectionnera un maximum de prélèvements, mais se spécialisera dans des recherches spécifiques. Cette collaboration s'appuiera sur l'utilisation de procédures identiques.

4. FORMATION ET RECHERCHE

En 2003, un interne était inscrit au diplôme d'études spécialisées (DES) de cancérologie, option oncologie médicale.

Le cancéropôle " Grand-Ouest " intègre des équipes de la région Bretagne au sein d'axes fédérateurs associant les équipes médico-scientifiques des régions Pays-de-Loire, Centre et Poitou-Charentes. Cinquante-deux équipes sont impliquées dans ce projet. Dans ce cadre, quatre thèmes fédérateurs ont été retenus :

- La vectorisation tumorale d'agents diagnostiques et thérapeutiques
- La valorisation des produits de la mer en cancérologie
- La thérapie cellulaire
- La pharmacogénomique et pharmacogénétique du cancer.

Le PHRC¹ national 2003 finance un projet de recherche clinique en cancérologie soutenu par le CHU de Brest.

Un exemple de fonctions en réseau : Onco'Kerne

Mettre en pratique la notion de réseau, la rendre concrète et immédiatement utile au patient, tel est l'objectif du réseau Onco'Kerne dans le Finistère-Sud, créé en 2002 et qui prend aujourd'hui toute sa dimension dans le Plan Cancer pour :

- harmoniser la pratique médicale
- coordonner la continuité et la proximité des soins
- informer et former les intervenants du secteur
- écouter et soutenir les patients adultes atteints d'un cancer et leur entourage durant toutes les phases de la maladie.

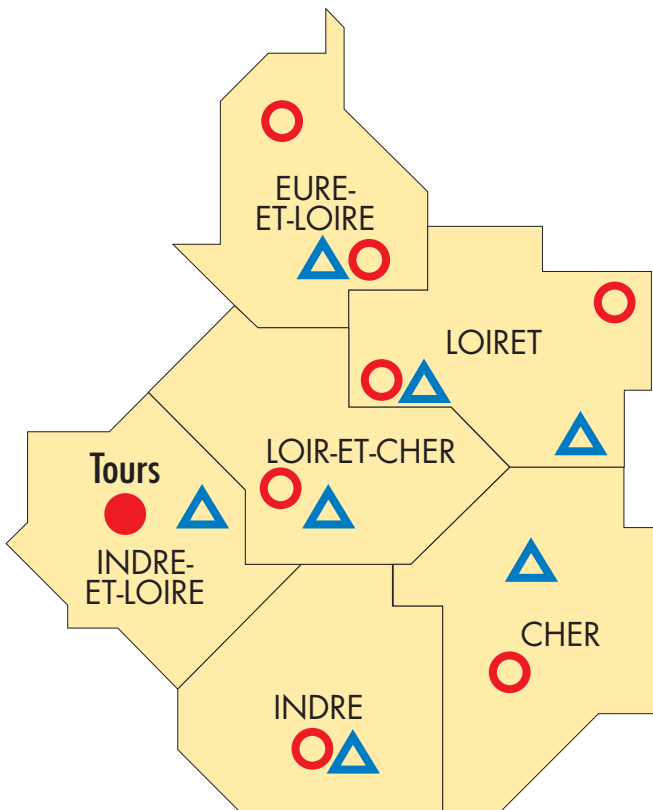
Onco'Kerne s'articule autour d'une cellule d'accueil du réseau. Sont associés à cette prise en charge conjointe et cohérente les professionnels de ville, les établissements de soins du secteur, les relais psycho-sociaux et les associations d'aide aux patients.

Le réseau est étroitement lié à la Ligue contre le cancer et à l'association " Brin de soleil " qui contribue notamment par l'aide d'une infirmière.

Deux objectifs sont essentiels : le médecin généraliste reste le pivot des soins à domicile ; le dossier médical partagé- lien entre le domicile et les services hospitaliers - est véhiculé par le patient.

1) PHRC : Programme Hospitalier de Recherche Clinique

CENTRE



Sites de référence ou orientés en cancérologie

- **CHU** Centre Hospitalier Universitaire
- Autre établissement public
- △ Établissement privé

Population : 2 439 962

Dans la région Centre, l'incidence du cancer est 12 000 nouveaux cas par an. Les décès par cancer (6 900 cas en 2000) représentent 32% de la mortalité totale. Entre 1980 et 2000, l'incidence des cancers a augmenté de 30%, mais avec une diminution concomitante de 10% de la mortalité (amélioration thérapeutique, dépistage). Il existe globalement une sous-mortalité masculine par rapport à la moyenne nationale sauf pour le cancer colo-rectal. Il existe une sous-mortalité féminine. On note cependant une disparité locale suivant les départements. Les localisations les plus fréquentes chez les hommes sont : la prostate, le poumon, les cancers colo-rectaux et les cancers des voies aéro-digestives. Elles concernent chez les femmes : le sein, les cancers colo-rectaux et l'utérus.

1. PRÉVENTION

Tabac/Alcool

La lutte contre le tabac apparaît comme une priorité de la région avec 4 établissements scolaires sans tabac et 97 lycées présentant des aménagements pour faire respecter la loi Evin.

Dans le cadre des projets régionaux financés par la DGS¹ et par l'INPES², 76 000 euros ont été attribués au CESEL³ pour une action "Tabac et milieu professionnel

dans la région Centre". D'autres financements (FNPEIS⁴ à hauteur de 62 000 euros et FAQSV⁵ à hauteur de 88 000 euros) ont soutenu des associations et des réseaux de tabacologie.

Pour l'aide au sevrage tabagique, tous les départements ont au moins une consultation hospitalière de tabacologie.

2. DÉPISTAGE

Le dépistage du cancer du sein qui avait débuté en 1999 dans l'Indre (Credep) est effectif dans toute la région depuis le début de l'année 2004 (Adoc 28, CCDPC, Adoc 41 et Adoc 45).

Le département de l'Indre-et-Loire est engagé depuis janvier 2004 dans l'expérimentation nationale du dépistage du cancer colo-rectal.

1) DGS : Direction Générale de la Santé
2) INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
3) CESEL : Comité d'Éducation pour la Santé d'Eure et Loir
4) FNPEIS : Fonds National de Prévention d'Éducation et d'Information Sanitaire
5) FAQSV : Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville

3. SOINS ET ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

Réseau de cancérologie

Un réseau régional en cancérologie ONCOcentre a été agréé en 2000. Il est encore en cours de constitution.

Hospitalisation à domicile (HAD)

En 2002, 70 places d'HAD étaient autorisées. Trente places supplémentaires ont été autorisées en 2003. A la fin de 2003, 65 places sont réellement installées.

Soins de support

Dans le cadre du renforcement des soins de support, un mi-temps de psychologue a été mis en place dans 3 départements.

Le réseau de soins palliatifs couvre actuellement 83 % de la région, mais la couverture complète est d'ores et déjà budgétisée. Les soins palliatifs sont assurés par 14 équipes (8 équipes mobiles financées par les établissements de référence et 6 équipes d'appui départemental financées par le réseau).

Equipements lourds

Un TEP¹-scan a été autorisé en 2003 au CHU de Tours.

4. FORMATION ET RECHERCHE

En 2003, 4 internes étaient inscrits au diplôme d'études spécialisées (DES) de cancérologie, 3 en oncologie médicale et 1 en radiothérapie.

Le cancéropôle " Grand-Ouest " intègre des équipes de la région Centre au sein d'axes fédérateurs associant les équipes médico-scientifiques des régions Bretagne, Pays-de-Loire et Poitou-Charentes. Cinquante-deux équipes sont impliquées dans ce projet. Dans ce cadre, quatre thèmes fédérateurs ont été retenus :

- La vectorisation tumorale d'agents diagnostiques et thérapeutiques
- La valorisation des produits de la mer en cancérologie
- La thérapie cellulaire
- La pharmacogénomique et pharmacogénétique du cancer.

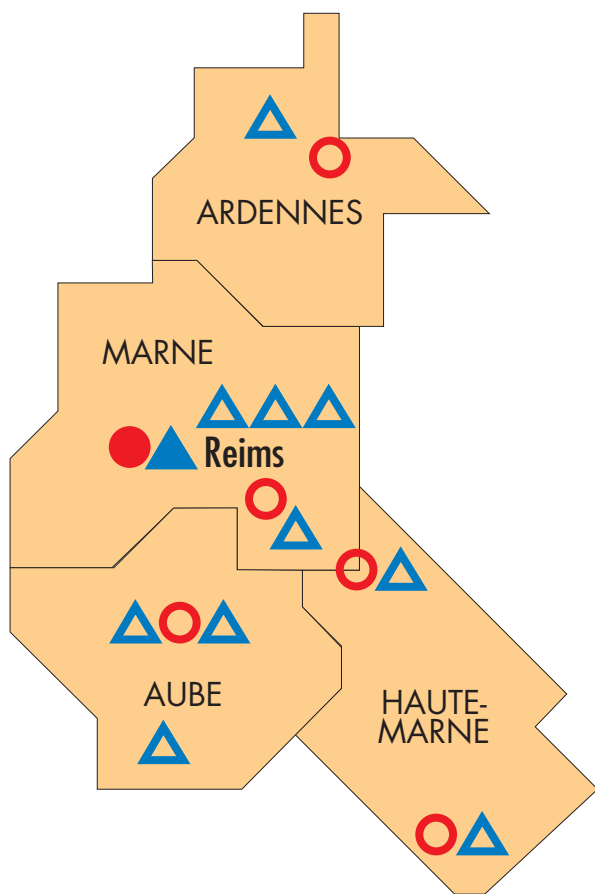
Le PHRC² national 2003 finance un projet de recherche clinique en cancérologie soutenu par le CHU de Tours.

Prévention des mélanomes : le soleil expliqué à l'école

" Le soleil à l'école ", réseau d'éducation aux risques de l'exposition solaire a réalisé une action de prévention primaire du mélanome auprès d'enfants des classes de CM1 et CM2 d'Orléans. Ce réseau, soutenu par la Ligue contre le cancer, la ville d'Orléans et l'Inspection d'académie du Loiret, est composé d'infirmières scolaires, d'infirmières du service de dermatologie du CH d'Orléans et de la cellule hygiène et santé de la ville d'Orléans, de dermatologues libéraux et hospitaliers. Une représentation interactive avec diaporama didactique y donnait des informations sur les effets bénéfiques et nocifs du soleil, sur les cancers photo-induits (mélanome) et sur les moyens de se protéger du soleil. L'évaluation des connaissances des enfants un mois après montrait l'efficacité de ce type d'action. Cela confirme l'intérêt des actions réalisées précocement dans l'enfance, période au cours de laquelle l'exposition au soleil est particulièrement nocive.

1) TEP : tomographe à émission de positons

2) PHRC : Programme Hospitalier de Recherche Clinique



EN CHAMPAGNE- ARDENNE

Sites de référence ou orientés en cancérologie

- **CHU** Centre Hospitalier Universitaire
- Autre établissement public
- ▲ **CLCC** Centre de Lutte Contre le Cancer
- Établissement privé

Population : 1 342 202

La Région Champagne-Ardenne enregistre à la fois une surmortalité par cancer et une plus forte incidence des cancers pour les hommes par rapport à la moyenne française. On estime à 560 le nombre de décès annuel par cancers " évitables ", 380 chez les hommes et 180 chez les femmes.

1. PRÉVENTION

Registres

En matière d'épidémiologie, il existe un registre des cancers de la thyroïde dans la Marne, créé par le Centre J. Godineau (CLCC) à Reims.

Tabac/Alcool

Un programme " Ecole du souffle " a été mis en place dans la région sous l'égide du CFES avec un financement de 181.000 euros de la part de la DGS et de l'INPES pour l'année 2003. Au titre du programme régional de santé, 4 associations ont été financées pour un montant de 38 500 euros.

Pour aider au sevrage tabagique, des consultations anti-tabac ont été organisées dans plusieurs hôpitaux.

Une consultation hospitalière de tabacologie dans le département des Ardennes doit être créée en 2004 pour parvenir à l'objectif d'au moins une consultation hospitalière par département. Il existe 6 équipes de liaison hospitalières en addictologie.

2. DÉPISTAGE

Deux départements se sont engagés depuis 1990 dans les programmes de dépistage du cancer du sein : il s'agit des départements de la Marne (ADPS sein) et des Ardennes (SAC 80).

Les départements de l'Aube (Adeca 10) et de la Haute-Marne (ADPS 51) ont mis en place le dispositif de dépistage en juin 2003.

La Marne et les Ardennes ont été volontaires pour participer à l'expérimentation nationale du dépistage du cancer colo-rectal. Cette campagne de dépistage débute cette année.

1) CFES : Comité Français d'Éducation pour la Santé

2) DGS : Direction Générale de la Santé

3) INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

3. SOINS ET ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

Réseau de cancérologie

Le réseau régional de cancérologie est en cours de constitution et s'appuiera sur un support associatif. Le pôle régional de cancérologie associant le CHU de Reims et le Centre J. Godineau (CLCC) y jouera un rôle important.

Hospitalisation à domicile (HAD)

En 2002, le nombre de places d'HAD était de 48. Aucune place n'a été créée en 2003. Le département de la Haute-Marne ne dispose d'aucune place en HAD. Il faut donc poursuivre l'effort de financement de l'HAD pour homogénéiser l'offre de soins au sein de la région.

Soins de support

Les soins palliatifs sont assurés par 8 équipes mobiles et une unité de soins. La région est totalement couverte par le réseau de soins palliatifs.

Equipements lourds

Le programme " Hôpital 2007 " a d'ores et déjà permis une accélération des investissements, notamment en ce qui concerne l'imagerie médicale et les appareils de radiothérapie.

En 2003 un TEP¹ a été implanté et mis en fonctionnement au Centre J. Godineau.

1) TEP : Tomographe à émission de positons

4. FORMATION ET RECHERCHE

Le cancéropôle " Grand-Est " intègre des équipes de la région Champagne-Ardenne au sein d'axes fédérateurs associant des équipes médico-scientifiques des régions Alsace, Bourgogne, Franche-Comté et Lorraine.

Plusieurs axes fédérateurs ont été retenus, dont l'un concernant plus particulièrement la région Champagne-Ardenne a pour objet les agents infectieux et la carcinogénèse (infection virale, infection bactérienne, parvovirus autonomes et activités antitumorales).

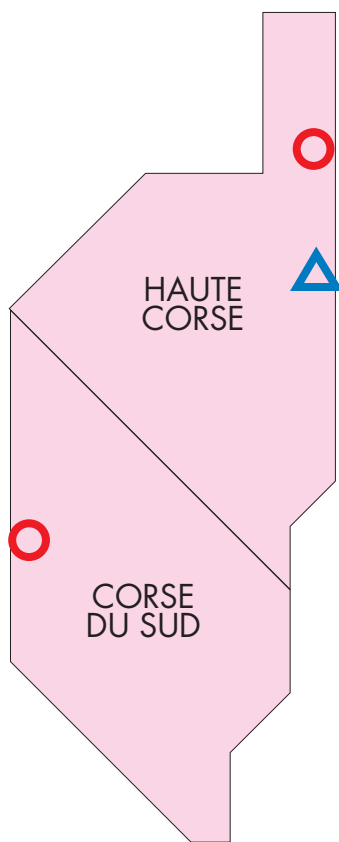
Imagerie : de nouveaux équipements

Le CHU de Reims a déposé au printemps 2003 une demande d'autorisation pour l'acquisition d'un nouvel équipement d'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) utilisant les derniers développements technologiques.

Cette technologie d'imagerie par résonance magnétique nucléaire, très performante, sera utilisée en partie à des fins de recherche clinique en matière d'imagerie fonctionnelle et de spectroscopie, notamment pour des pathologies neurologiques et psychiatriques, ainsi que dans le domaine de la cancérologie (cancers hormonaux, sein et prostate).

La Région Champagne-Ardenne va financer cet important investissement en complément de l'apport du CHU et a prévu une enveloppe budgétaire de 750 000 euros à cette fin dans son budget 2004.

EN CORSE



Sites de référence ou orientés en cancérologie

○ Autre établissement public

△ Établissement privé

Population : 260 149

Si la mortalité globale par cancer en Corse est identique à la moyenne nationale, on observe une surmortalité pour les cancers du poumon et pour le cancer du sein chez la femme. Par contre, il existe une sous-mortalité pour les cancers colo-rectaux, de la prostate et de l'utérus.

1. PRÉVENTION

Tabac/Alcool

En 2003, le FNPEIS¹ a financé 4 actions en 2003 pour un montant de 20 000 euros. D'autres actions coordonnées par le Centre régional d'information jeunesse (CRIJ) ont concerné les jeunes (affiches, brochures, journée sans tabac). Plusieurs collèges ont également choisis d'être " sans tabac " en dehors de cette expérimentation.

Certains établissements de santé comme les centres hospitaliers de Bastia et d'Ajaccio ont adhéré au réseau " Hôpital sans tabac ".

Pour l'aide au sevrage tabagique, plusieurs consultations de tabacologie ont été mises en place en Corse. Une consultation hospitalière de tabacologie va être créée en 2004 en Corse du Sud, ce qui permettra d'atteindre l'objectif national d'une consultation hospitalière par département. Il existe par ailleurs 2 équipes hospitalières de liaison en addictologie.

La lutte contre l'alcoolisme s'appuie sur les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA), présents dans les deux départements, qui assurent en dehors des soins, des actions de prévention et de formation. En 2003, cinq actions spécifiques ont été financées par le FNPEIS pour un montant de 45.000 euros.

Nutrition

En 2003, la CNAMTS² a financé 2 actions locales pour un montant de 20 000 euros.

2. DÉPISTAGE

En mars 2004 le dépistage du cancer du sein a débuté en Haute Corse (Arcodeca).

L'association Arcodeca gèrera aussi les dépistages des cancers colo-rectaux et du col de l'utérus.

1) FNPEIS : Fonds National de Prévention d'Éducation et d'Information Sanitaire

2) CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance-Maladie des Travailleurs Salariés

3. SOINS ET ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

Le SROS prévoit d'installer dans l'île deux " sites orientés " en application de la circulaire du 24 mars 1998.

Réseau de cancérologie

En 2003 dans le cadre de la dotation régionale de développement des réseaux, 5 réseaux ont bénéficié de financements (RESOP, R2C, ONCAZUR, ONCOREP, ONCOGYN). Il s'agit en l'occurrence de réseaux implantés dans la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur qui prennent en charge des patients originaires de Corse.

En Corse du Sud, l'Unité de Coordination pluridisciplinaire (UCP) de cancérologie de Casteluccio organise des réunions de concertation au minimum mensuelles. Sept cent dossiers sont examinés en moyenne par an.

En Haute Corse, sous l'égide de la Société de cancérologie, une UCP regroupe les médecins du secteur public et privé, répartis par discipline : digestif et gynécologie-sénologie. En 2003, 200 dossiers ont été étudiés. Ceux-ci se réunissent deux fois par mois. Au niveau de la région, l'UCP pneumo-thoracique organise des réunions régulières entre les centres de Bastia et d'Ajaccio au moyen de visioconférence.

Hospitalisation à domicile (HAD)

En 2002, il n'existait pas de places d'HAD en Corse. Dix places ont été autorisées en 2003, qui ne sont pas encore installées. De plus, une structure associative (ONCOMAD) assure avec l'aide de praticiens libéraux une mission de soin en cancérologie s'apparentant à un service d'hospitalisation à domicile (la réalisation de chimiothérapie à domicile représentait 33% des actes pratiqués à domicile en 2001).

Soins de support

Il existe un réseau de soins palliatifs qui couvre la moitié de la région. Les soins palliatifs sont assurés par une unité de soins à l'hôpital d'Ajaccio fonctionnant en articulation avec une équipe mobile. Il existe par ailleurs 8 lits identifiés soins palliatifs.

Equipements lourds

Concernant la radiothérapie, un nouvel appareil doit être installé au centre hospitalier de Casteluccio à Ajaccio. En 2004 l'appareil de cobalthérapie de Bastia doit être remplacé par un accélérateur de particules.

Social

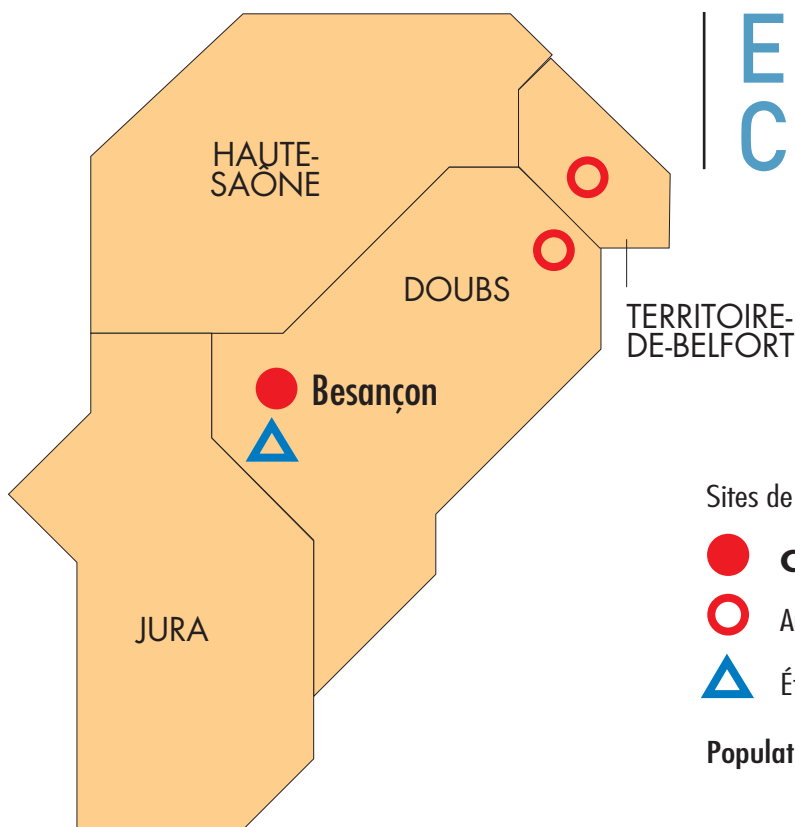
Un bus d'information sur le cancer est mis en place et contribue à l'information de la population sur le terrain.

L'exposition au radon présent à l'état naturel en Corse : un problème de santé publique.

Sur la thématique " Environnement et cancer ", une action a été menée au niveau de la région sur l'exposition des populations au radon par les services Santé/Environnement de la DSS¹ de Corse et de la DDASS². Des mesures de la radioactivité, secondaire à la présence de radon à l'état naturel dans le sol granitique corse, ont été effectuées dans les locaux publics et privés. Des conseils ont ensuite été donnés pour l'amélioration de la ventilation des locaux et de l'étanchéité des murs et des sols. L'association radon et tabac multipliant le risque de cancer du poumon, la prévention du tabagisme dans cette région est d'autant plus importante.

1) DSS : Direction de la Solidarité et de la Santé de Corse et de la Corse du Sud.
2) DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales de haute-Corse.

EN FRANCHE-COMTÉ



Sites de référence ou orientés en cancérologie

- **CHU** Centre Hospitalier Universitaire
- Autre établissement public
- △ Établissement privé

Population : 1 117 257

En Franche-Comté, 28 % des 14 800 personnes relevant d'une affection de longue durée (ALD) en 2001, souffraient de tumeurs malignes. Les tumeurs sont la première cause de décès prématurés. Elles représentent 39 % de ces décès, plus d'un tiers des décès chez les hommes et plus de la moitié chez les femmes. L'évolution et la répartition des cancers dans la région est superposable à celle de la France en terme d'incidence ou en terme de mortalité. On note toutefois une surmortalité et une incidence plus élevée que la moyenne nationale pour le cancer du poumon. La Région s'est dotée en 2002 d'un Comité régional des cancers. Co-présidé par le préfet et le président de l'URCAM¹, il a depuis juillet 2003 un rôle de pilotage du Plan Cancer dans la région. Plusieurs groupes de travail ont été constitués dans ce cadre afin de décliner les différentes mesures du Plan.

1. PRÉVENTION

Registres

Le département du Doubs est l'un des dix départements français dotés d'un registre général des cancers. Il s'agit là d'un outil important pour la politique régionale de lutte contre la maladie. En janvier 2004 une étude sur l'incidence et la mortalité des cancers en Franche-Comté a été réalisée.

Tabac/Alcool/Nutrition

En 2003 un projet de prévention du tabagisme en Franche-Comté a été développé par le Centre régional pour l'éducation pour la santé (CRES) et financé à hauteur de 150 000 euros par l'INPES². Les objectifs de ce projet, planifiés sur trois ans, étaient d'accroître le nombre d'écoles et d'établissements de santé sans tabac, de dénormaliser le tabac, de lutter contre le tabagisme chez la femme enceinte (promotion du site " grossesse et tabac "), de promouvoir l'aide à l'arrêt du tabac, de contractualiser entre partenaires régionaux (DRASS, Rectorat, Direction régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation professionnelle..) sur une série d'objectifs et de programmes de prévention.

D'autres projets ont été soutenus sur le thème du tabac (12 associations financées à hauteur de 289 000 euros), de l'alcool (2 associations financées pour un montant de 10 000 euros) et la nutrition (16 associations financées pour un montant de 130 000 euros).

Dans le cadre de l'aide au sevrage tabagique, une consultation hospitalière de tabacologie va être créée en 2004 dans le Jura pour parvenir à l'objectif d'au moins une consultation hospitalière de tabacologie par département au niveau national. Quatre équipes hospitalières de liaison en addictologie complètent cette prise en charge.

1) URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
2) INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

2. DÉPISTAGE

Le démarrage du dépistage du cancer du sein a été effectif au 1er octobre 2003 pour l'ensemble de la région (ADECA). Cent quarante cinq mille femmes âgées de 50 à 74 ans sont concernées. Au 31 décembre 2003, 21 642 femmes ont été invitées à effectuer une mammographie. 7 061 mammographies ont été réalisées à la date du 31 décembre 2003, soit un taux de participation de 33%. Depuis 1989, une expérimentation du dépistage du cancer du col utérin est menée dans le département du Doubs. Il est prévu de l'étendre à toute la région d'ici 2005. En 2003, le taux estimé de participation au dépistage du cancer du col de l'utérus était de 25% au sein de la population cible. Courant 2004, l'association gestionnaire (l'APCC 25) intégrera l'association ADECA, qui poursuivra ce programme de dépistage dans le Doubs.

3. SOINS ET ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

Réseau de cancérologie

Le cadre d'un réseau régional de cancérologie a été tracé et a pris forme juridique par arrêté préfectoral du 30 octobre 2001. Un projet de dossier médical partagé minimal préfigure la mise en place ultérieure d'un véritable dossier communiquant ainsi que le prévoit le Plan.

Hospitalisation à domicile (HAD)

En 2002 le nombre de places est passé de 65 places installées en 2002 à 75 en 2003. En 2004 ont été installées 25 nouvelles places, portant à 100 le nombre total de places d'HAD disponibles actuellement.

Soins de support

Les soins palliatifs sont assurés par 8 équipes mobiles, 6 lits identifiés et une unité de soin. La région est couverte à 100% par le réseau de soins palliatifs.

Equipements lourds

Dans le cadre du Plan "Hôpital 2007", une modernisation des plateaux de radiothérapie est engagée, à Besançon et à Belfort, pour mettre à la disposition des patients des équipements de dernière génération. Par ailleurs, un TEP¹ a été installé à Besançon en avril 2003, dans le cadre d'une coopération avec le site de Nancy (cyclotron). Ceci s'inscrit dans les perspectives du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) "imagerie" arrêté en novembre 2002.

Accès aux traitements onéreux

Une commission régionale de l'innovation thérapeutique a été constituée pour superviser et organiser le financement des molécules coûteuses et innovantes.

Tumorothèques

Des financements ont été obtenus en 2002 et 2003 pour le renforcement des capacités de conservation en tumorothèque.

4. FORMATION ET RECHERCHE

En 2003, 3 internes étaient inscrits au diplôme d'études spécialisées (DES) de cancérologie, 2 en oncologie médicale et 1 en radiothérapie. Deux internes étaient inscrits au DES d'hématologie.

Le cancéropôle "Grand-Est" intègre des équipes de la région Franche-Comté au sein d'axes fédérateurs associant des équipes médico-scientifiques des régions Alsace, Bourgogne, Champagne-Ardenne et Lorraine. L'objectif de ce cancéropôle, placée au cœur du regroupement européen des industries pharmaceutiques, est d'utiliser au travers d'un réseau de plates-formes cliniques et technologiques toutes les informations nouvellement accessibles pour caractériser les tumeurs et étudier l'impact des nouvelles thérapies. La région Franche-Comté y contribuera notamment sur la thématique "Modulation de l'alloréactivité et de la réponse vaccinale" (greffes hématopoïétiques et vaccins cellulaires, coordonnateur : Dr. E. Deconinck).

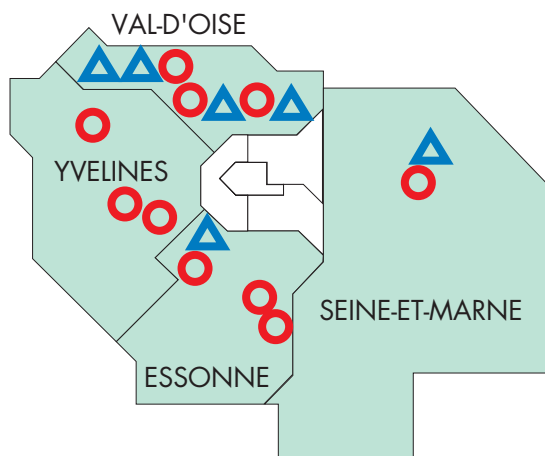
Le PHRC² national 2003 finance 3 projets de recherche clinique en cancérologie soutenus par le CHU de Besançon.

1) TEP : Tomographe à émission de positons

2) PHRC : Programme Hospitalier de Recherche Clinique

Un outil technique au service des réseaux, les "TIC" : techniques de l'information et de la communication

A l'aide des "TIC", a été mise en place en Franche-Comté une plate-forme régionale de santé (selon le cahier des charges défini par l'ARH et l'URCAM). Elle abrite le dossier médical partagé (dossier communiquant), et notamment sa composante minimale qui est le DMMP (données médicales minimum partagées). A ce dossier minimum partagé peut être joint et rendu accessible, en fonction des habilitations, le dossier de spécialité, notamment cancérologique. Ce système a été construit dans un souci d'interopérabilité. Il est à noter que le grand public peut avoir accès à cette plate forme régionale de santé. La Franche-Comté a développé dans le cadre de cette dynamique "TIC" la télé-médecine avec notamment la télé-imagerie et la visioconférence permettant les consultations à distance des spécialistes. La région Franche-Comté a été sélectionnée dans le cadre de l'appel à projet européen de télé-médecine.



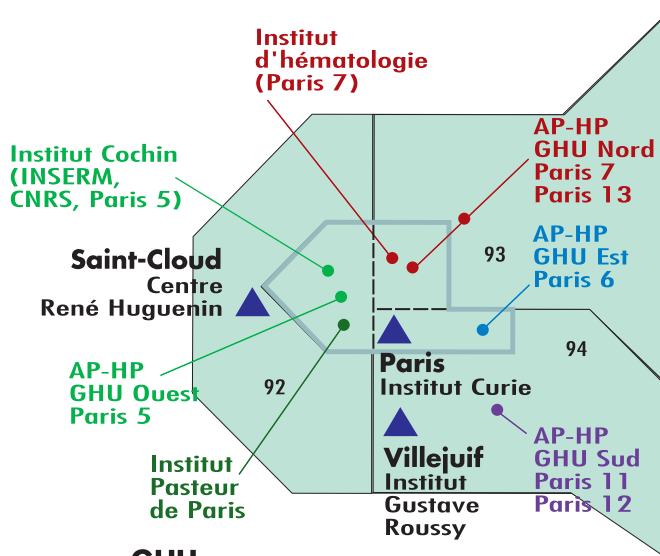
Sites de référence ou orientés en cancérologie

○ Autre établissement public

▲ Établissement privé

Population : 10 951 136

EN ILE-DE-FRANCE



GHU

Groupement Hospitalier Universitaire

En 2003 le nombre de nouveaux cas de cancer en Ile de France était d'environ 50 000. Le taux de décès est légèrement en dessous de la moyenne nationale. Les décès par cancers (22 174 décès annuels) représentent 30% de l'ensemble des décès. L'alcool et le tabac sont responsables d'environ 4 000 décès prématurés chaque année en Ile de France, soit 26% des décès masculins et 10% des décès féminins.

1. PRÉVENTION

Tabac/Alcool

Depuis 2003 les actions et programmes d'éducation pour la santé, intégrés au plan de lutte contre la toxicomanie depuis 1985 sont axés prioritairement sur la lutte contre le tabac.

Le programme " Ecole sans tabac " est mis en place dans 3 lycées pilotes parisiens depuis la rentrée 2003. Dans ces établissements, un centre d'information et de conseil propose aux élèves une information et un soutien au sevrage. Trente-six autres lycées ont opté pour la suppression du tabac à l'intérieur des établissements. En 2003 un projet d'action similaire au niveau des universités a été mis en place par l'Alliance contre le tabac en Ile de France avec le soutien financier de l'INPES¹ (appel à projets régionaux) pour un

montant de 300 000 euros.

Dans le milieu professionnel, le CRESIF² a mis en place une action pour développer la prévention du tabagisme actif et passif dans les entreprises, favoriser et accompagner les démarches de sevrage avec le soutien financier de l'INPES et de la DGS³ (dans le cadre des appels à projet régional) pour une somme de 244 000 euros en 2003.

Quarante huit autres actions ont été financées dans le cadre du projet régional de santé pour une somme globale de 239 000 euros.

Concernant l'aide à l'arrêt du tabac, la région propose 89 consultations de tabacologie avec une couverture de tous les départements. Six établissements parisiens vont expérimenter en 2004 une consultation hospitalière collective de tabacologie permettant ainsi de réduire les délais des premiers rendez-vous des consultations de sevrage tabagique. Il existe par ailleurs 56 équipes hospitalières de liaison en addictologie pour renforcer ce dispositif.

1) INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

2) CRESIF : Comité Régional pour l'Éducation à la Santé d'Ile de France

3) DGS : Direction Générale de la Santé

2. DÉPISTAGE

A la fin de l'année 2003 le dépistage du cancer du sein a été effectif dans les huit départements de l'Ile-de-France.

Ce dépistage était déjà mis en œuvre dans les départements des Yvelines (Admy) depuis 1997, de l'Essonne (Admaca) depuis 2000, de la Seine-Saint-Denis (Ardepassa) depuis 1999 et du Val d'Oise (Apsvo) depuis 1994. Dans les huit départements, une structure de gestion a été mise en place, financée par les collectivités locales et l'Assurance-Maladie. Cette structure est notamment chargée d'inviter les femmes de 50 à 74 ans à venir bénéficier d'une mammographie et d'un examen clinique tous les deux ans. L'estimation de l'activité de dépistage était de 17% pour 2003 (ces données ne concernent que 6 départements sur 8 et sont estimées sur les 6 à 8 derniers mois de l'année).

L'expérimentation du dépistage du cancer colo-rectal a débuté pour l'Essonne en janvier 2004 et dans les mois à venir pour la Seine-Saint-Denis.

Il faut souligner que le Centre de regroupement informatique et statistique d'anatomie pathologique en Ile-de-France (CRISAPIF), qui associe les structures publiques et privées de la région, mène deux études épidémiologiques concernant le cancer du col de l'utérus et le cancer du colon et s'apprête à en lancer une troisième sur le cancer du sein. En l'absence d'un registre francilien des cancers et alors que les programmes nationaux de dépistage de ces trois cancers sont lancés, il est en effet apparu nécessaire que la région Ile-de-France se dote d'outils permettant d'évaluer les effets de ces campagnes.

3. SOINS ET ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

Après avoir défini un volet cancérologie dans le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) 1999-2004, l'ARH¹ vient de mener à bien la procédure d'identification des sites et des réseaux de cancérologie. Elle permettra, outre une meilleure lisibilité de l'offre de soins en cancérologie, de rassembler les professionnels sur des principes communs en matière d'organisation des soins. Cette identification s'inscrit dans un mouvement général amorcé depuis plusieurs années et concrétisé par le SROS, en application de la circulaire du 24 mars 1998.

Confié à une commission ad hoc composée de 24 membres, médecins cancérologues, représentants des établissements de santé publics et privés et de l'ARH, cette procédure a concerné près de 150 établissements.

Réseau de cancérologie

Un important travail de concertation a été mené en ce domaine en Ile-de-France, aboutissant en 2002 à un appel à projet qui a permis à dix réseaux (s'ajoutant à deux autres préexistants) de bénéficier d'un soutien financier.

Les réseaux désormais en place sont les suivants : UNI K (Meaux et alentours), ONCOVAL (Marne-la Vallée), ESSONONCO (Essonne), YVELINES NORD (Nord des Yvelines), ROA (Argenteuil), ONCO 94 (Val-de-Marne), ONOF (Vexin), SCOOP (Levallois-Perret), ONCOROP (Hauts-de-Seine), RESOMED (Interdépartemental), GYNECOMED (Interdépartemental), ONCONORD (Est du Val d'Oise et Nord de la Seine-Saint-Denis). D'autres sont en voie de constitution.

Bien entendu, les réseaux ne remplacent pas l'organisation locale, d'où l'intérêt de sites bien définis permettant une collaboration de proximité pour les maladies tumorales les plus courantes et en relation avec les sites hautement spécialisés pour les cas les plus difficiles.

Il existe donc deux axes complémentaires : les sites avec leur gradation (sites de proximité, spécialisés et hautement spécialisés) et les réseaux, fédérateurs de l'ensemble.

Hospitalisation à domicile (HAD)

En 2002 le nombre de places d'HAD était de 2350 places autorisées, dont 2278 actuellement installées. En 2003 aucune place supplémentaire n'a été créée.

Soins de support

En 2003 dans le cadre de son renforcement, 4 postes de psychologues ont été créés.

Les soins palliatifs étaient assurés en 2003 par 55 équipes mobiles, 25 unités de soins et 78 lits identifiés (sous réserve d'une évaluation plus précise actuellement en cours pour les lits dédiés).

Neuf réseaux de soins palliatifs sont présents dans cinq départements sur 8 en Ile de France et couvrent une partie variable de ces départements

L'expérimentation du dispositif d'annonce est mise en place, en 2004, dans 8 CHU, 2 CLCC, 4 centres hospitaliers et 1 clinique.

Equipements lourds

Après les 4 TEP² installés en 2003, trois nouveaux appareils doivent être installés en 2004.

Social

Dans le but d'améliorer l'information des patients, 4 kiosques d'information hors hôpital sont actuellement

1) ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

2) TEP : Tomographe à émission de positons

fonctionnels. Ces structures comprennent 2 secrétaires médico-sociales de formation spécifique qui orientent les personnes consultantes vers 2 psycho-oncologues et l'assistante sociale. Ces entretiens sont gratuits. L'activité en 2002 de 3 de ces structures représentait environ 3 500 contacts, avec demande de soutien psychologique dans 70% des cas. Un tiers des consultants faisaient partie de l'entourage des patients avec une demande de suivi de deuil dans près de la moitié des cas.

4. FORMATION ET RECHERCHE

En 2003, 9 internes étaient inscrits au diplôme d'études spécialisées (DES) de cancérologie, 7 en oncologie médicale et 2 en radiothérapie. Neuf internes étaient inscrits au DES d'hématologie.

Le cancéropôle d'Ile-de-France intègre des équipes de l'Institut Curie, de l'Institut Gustave-Roussy (IGR), de l'Institut universitaire d'hématologie de Saint-Louis (Paris VII), de l'AP-HP, de l'Institut Cochin et du Centre René Huguenin.

Six thèmes fédérateurs ont été retenus :

- la carte d'identité des tumeurs
- de la biologie des tumeurs aux nouvelles thérapeutiques
- la relation hôte-tumeurs
- le poids des gènes et leur interaction avec l'environnement
- l'imagerie fonctionnelle
- les biothérapies.

Le PHRC¹ national 2003 finance 15 projets de recherche clinique en cancérologie soutenus par des CHU et des CLCC.

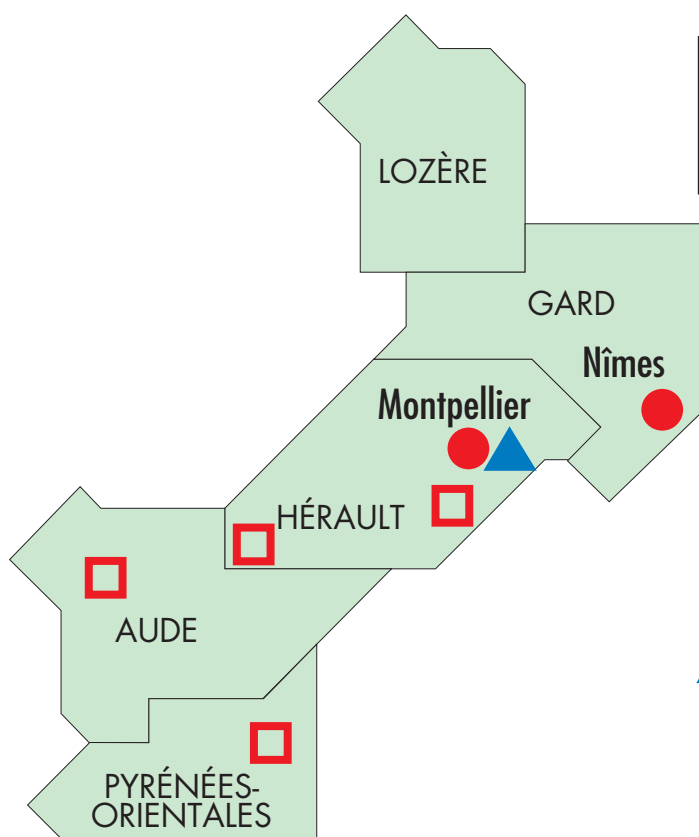
Le Comité féminin des Yvelines a mené en 2003 une action tout à fait remarquable de sensibilisation et de participation au dépistage du cancer du sein auprès de femmes immigrées, en cours d'alphabétisation, dans des quartiers ciblés (par exemple, Le Bois de l'Etang à La Verrière et Les Merisiers à Trappes)

Cette action a été conduite avec l'aide des élus municipaux chargés de la Santé et de l'Action sociale, d'associations locales (" Femmes Relais "), de travailleurs sociaux, de professionnels de santé : médecins, radiologues et gynécologues et de la structure de gestion départementale de dépistage.



Le but de ces opérations – qui ont nécessité une préparation de près de deux ans - est de convaincre les femmes de participer elles-mêmes à l'élaboration de l'action, d'organiser l'information, d'inviter toutes les femmes concernées à une réunion publique, en allant le cas échéant convaincre voisines de paliers et de bâtiments, afin d'inciter le plus grand nombre de femmes de plus de 50 ans à passer l'examen de dépistage. De nombreuses inscriptions pour l'examen de mammographie ont pu être effectuées, et Une participation importante des femmes au dépistage a été constatée.

1) PHRC : Programme Hospitalier de Recherche Clinique

EN LANGUEDOC-ROUSSILLON



Sites de référence ou orientés en cancérologie

-  **CHU** Centre Hospitalier Universitaire
-  **CLCC** Centre de Lutte Contre le Cancer
-  Autre sites de référence ou orientés

Population : 2 996 357

D'après les chiffres les plus récents, 6 000 nouveaux cas de cancers sont dénombrés dans cette région, soit une progression de 42% depuis 1978.

1. PRÉVENTION

Registres

Il existe un registre général du cancer dans l'Hérault.

Tabac/Alcool/Nutrition

La région Languedoc-Roussillon est une région particulièrement dynamique en matière de prévention et d'éducation à la santé. C'est à Montpellier qu'a été créé le Centre Epidaure (voir encadré) dont deux actions peuvent notamment être citées :

- le programme "jeunes comme LR" en matière de prévention du tabagisme auprès des jeunes, dans 16 lycées volontaires de la région (financement par INPES¹ de 155 000 euros en 2003 au titre de l'appel à projet régional)

- l'opération "Tout petit au restau", programme d'information et d'éducation nutritionnelle à l'école et au restaurant scolaire, à destination des enfants de maternelle.

Dans le cadre du Plan, le projet "Ecole sans tabac" établi conjointement par le ministère de la Santé et le ministère de l'Éducation nationale concerne 2 établis-

sements pilotes pour l'année scolaire 2003-2004 dans le département de l'Hérault.

Tous les départements auront au moins une consultation hospitalière de tabacologie avec le financement d'une consultation hospitalière de tabacologie en 2004 dans le département de la Lozère. Une consultation expérimentale collective de tabacologie va être implantée à l'hôpital Arnaud de Villeneuve à Montpellier, ainsi qu'au CHU de Nîmes, pour réduire les délais de rendez-vous. S'associent à ce dispositif d'aide au sevrage tabagique 4 équipes hospitalières de liaison d'addictologie.

2. DÉPISTAGE

L'Hérault a été un des départements pionniers en matière de dépistage du cancer du sein, la première campagne ayant été lancée en 1999. Les quatre autres départements de la région ont démarré depuis octobre 2003.

En matière de dépistage du cancer du colon, le département de l'Hérault a commencé l'expérimentation, le département des Pyrénées Orientales est sélectionné parmi les départements pilotes et débutera l'opération en 2004.

1) INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

3. SOINS ET ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

La cancérologie fait l'objet d'un volet récent du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS). Un important travail a été fourni dans ce cadre, à partir d'une enquête régionale auprès des établissements de santé, et a donné lieu à la production d'un bilan régional. Il a été ainsi constaté que :

- l'organisation des soins était très contrastée selon les bassins de santé, certaines zones devant être renforcées afin d'améliorer les possibilités de recours à proximité des malades,
- l'offre de soins en radiothérapie est actuellement relativement dispersée,
- l'offre de soins en chimiothérapie est actuellement peu lisible,
- la région dispose d'une offre de soins importante au sein des établissements ; toutefois, les coopérations devront être mieux formalisées afin d'aboutir à la constitution d'un réseau régional de soins gradué.

La nouvelle organisation des soins prévue dans le Plan Cancer (pluridisciplinarité, organisation en réseaux, pôle de référence régional et offre graduée des soins en 4 niveaux, 1 pôle de référence régional, 5 sites spécialisés, 9 sites de proximité, des réseaux locaux) a pu être intégrée dans le SROS.

Réseau de cancérologie

Le réseau régional OncoLR existe depuis décembre 1997 et rassemble les cancérologues du secteur privé, du CLCC, du CHU, des CH généraux et les représentants de l'Union Professionnelle des Médecins Libéraux. Il rassemble plusieurs comités d'organes et a mis en place un dossier informatisé partagé. Il existe une banque de données informatisée pour les cancers du sein, du poumon et du colon.

Hospitalisation à domicile (HAD)

Le nombre de places d'HAD est passé de 63 en 2002 à 61 en 2003.

Soins de support

Les soins palliatifs sont assurés par 13 équipes mobiles, mais seulement 40% de la région est couverte par le réseau de soins palliatifs.

L'expérimentation du dispositif d'annonce est mise en place en 2004 dans 1 CHU, 1 CLCC et dans un autre établissement à confirmer.

Equipements lourds

Deux TEP¹ sont autorisés en 2004, un au CHU de Nîmes et un au CHU de Montpellier.

4. FORMATION ET RECHERCHE

En 2003, un interne était inscrit au diplôme d'études spécialisées (DES) de cancérologie, en radiothérapie. Un interne était inscrit au diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) de cancérologie.

Le cancéropôle du " Grand Sud-Ouest " intègre des équipes de la région du Languedoc-Roussillon au sein d'axes fédérateurs associant des équipes médico-scientifiques des régions Aquitaine, Midi-Pyrénées et Limousin. Deux millions d'euros ont financé le dispositif sur 2003. Le cancéropôle regroupe des plateformes technologiques partagées et des tumorothèques ; il sera un lieu de convergence pour la recherche publique et privée.

Sept thèmes de recherche ont été retenus :

- Signalisation et recherche de nouvelles cibles thérapeutiques
- Cancers hormono-dépendants (sein et prostate)
- Invasion tumorale et métastase
- Instabilité génétique et modifications épigénétiques
- Les déterminants pharmacologiques de la réponse aux agents anti-cancéreux.
- Les biothérapies
- Epidémiologie et prévention

Les quatre premiers thèmes ont pour objectif général de déterminer la " signature moléculaire " des différents cancers en utilisant les techniques de génomique et protéomique appliquées aux tumeurs humaines.

Le PHRC² national 2003 finance un projet de recherche clinique en cancérologie soutenu par le CHU de Nîmes.

1) TEP : Tomographe à émission de positons

2) PHRC : Programme Hospitalier de Recherche Clinique

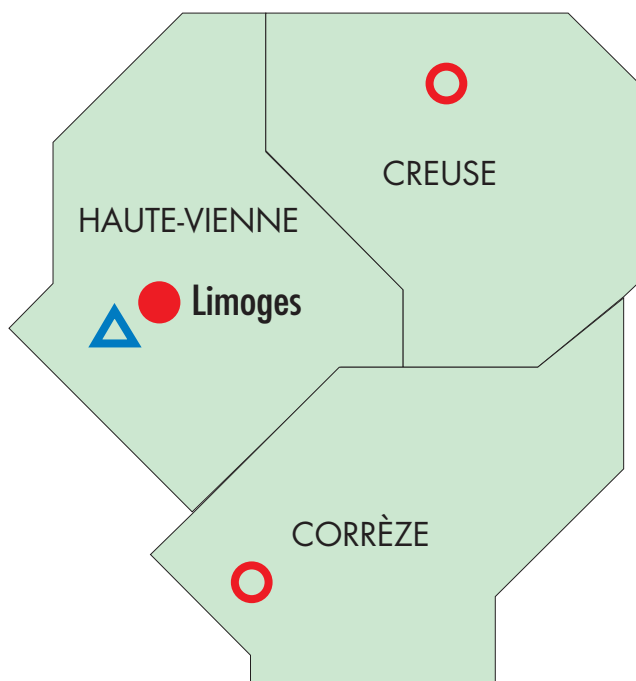
Epidaure dans la mobilisation contre le cancer

Le centre Epidaure de Montpellier – " Espace de prévention " qui relève du Centre de Lutte Contre le Cancer Val d'Aurelle et qui est en lien étroit avec l'Education Nationale - est une référence dans notre système de santé, comme lieu de rencontre, d'information sur la santé, notamment en matière de cancer.

Épidaure se veut un lieu de promotion de comportements pour " mieux vivre son corps et sa santé " et développe des activités dans le domaine de l'éducation à la santé. Autour d'une exposition interactive permanente, une animation comprenant projections, débats, jeux de découverte, est proposée aux classes en visite. Une médiathèque offre, en prêt gratuit, films, livres, revues, cassettes, valises pédagogiques à thèmes.

Des enseignants missionnés par l'Inspection Académique et le Rectorat, en collaboration avec l'équipe médicale présente en permanence sur le site, préparent les projets avec les enseignants, et accompagnent techniquement et pédagogiquement les enseignants qui en font la demande.

Des outils pédagogiques à destination des classes sont aussi proposés sur le site.



EN LIMOUSIN

Sites de référence ou orientés en cancérologie

- **CHU** Centre Hospitalier Universitaire
- Autre établissement public
- ▲ Établissement privé

Population : 710 792

Entre 1997 et 1999, les cancers ont provoqué, en région Limousin, une moyenne annuelle de 2 356 décès. Si la mortalité par cancer a considérablement diminué entre la période 1981-1983 et la période 1997-1999 (- 8% chez les hommes et - 13 % chez les femmes en Limousin, contre -10 % pour les deux sexes en moyenne nationale), les cancers constituent néanmoins la première cause de mortalité chez les 35-64 ans dans cette région (512 décès annuels en moyenne pour cette tranche d'âge sur la période de 1997-1999).

1. PRÉVENTION

Dès 1996, la Conférence Régionale de Santé du Limousin avait retenu comme première priorité de santé publique la lutte contre le cancer.

La DRASS¹ avait piloté la réflexion qui a abouti à l'élaboration d'un Programme régional de santé (PRS) proposant une stratégie de lutte contre le cancer pour la période 1999-2010.

Ce programme régional est construit autour de 4 grands axes :

- prévenir pour agir sur les facteurs de risques
- dépister pour favoriser un diagnostic précoce
- améliorer la prise en charge du patient
- améliorer la connaissance des cancers en Limousin

Une première série de 16 mesures, faisant une large place à la prévention primaire (information et éducation des populations), à la formation des professionnels (santé, éducatifs, enseignants...) et au dépistage (cancer du sein, mélanome) a été développée pour appliquer 9 orientations prioritaires, représentant un volume de financement par l'Etat (DRASS) de 705 000 euros sur 3 ans (2001-2002-2003). Pour la seule année 2003, 15 associations différentes ont été financées pour un montant total de 167 000 euros.

Tabac/Alcool

Le bilan de la mise en œuvre des 9 orientations prioritaires est en cours de réalisation.

En matière de prévention du tabagisme, il a été décidé que l'opération " Pataclope ", mise en place dans la région depuis plusieurs années, sera reconduite au moins jusqu'en 2005.

Tous les départements disposent d'une consultation hospitalière de tabacologie. En renforcement, il existe 1 équipe de liaison hospitalière en addictologie dans le département de la Creuse.

1) DRASS : Direction Régionale des affaires sanitaires et sociales

Cancers professionnels et environnementaux

En matière de prévention, il faut noter :

- l'initiative régionale de prévention du cancer de l'ethmoïde auprès des travailleurs indépendants de la filière bois
- l'enquête " pomiculture " et " radon " au sein des lieux recevant du public.

2. DÉPISTAGE

En matière de dépistage du cancer du sein, la Haute-Vienne était expérimentatrice depuis 1996. En 2003, les structures de gestion de ce département ont invité 27 718 femmes : 12 508 (45%) d'entre elles ont bénéficié d'une mammographie.

La Corrèze, qui est entrée dans le dispositif en mars 2003, a invité 15 150 femmes, et déjà

6 640 (44%) ont passé une mammographie (chiffres arrêtés au 31 décembre 2003) dans le cadre du dispositif. Enfin, la Creuse, qui a rejoint la campagne de dépistage organisé en septembre 2003, a invité 3522 femmes à passer une mammographie ; 612 d'entre elles (17%) s'étaient déjà rendu chez leur radiologue au 31 décembre 2003. Le taux moyen de participation pour la région était de 35% pour l'année 2003, ce qui est déjà un bon résultat, compte tenu du démarrage récent de la campagne.

Une consultation d'oncogénétique a été créée au CHRU de Limoges en 2003.

3. SOINS ET ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

Réseau de cancérologie

Le réseau régional de cancérologie ONCOLIM a été mis en place à l'initiative du Pr Tubiana, du CHU de Limoges. Il faut noter l'existence d'un autre réseau ONCORESE (ville-hôpital) avec une participation active des médecins généralistes libéraux, des pharmaciens de ville et des infirmières libérales. La cancérologie pédiatrique est désormais insérée dans un réseau inter-régional avec le CHRU de Clermont-Ferrand, ainsi que dans un réseau national avec l'Institut Gustave Roussy (Villejuif).

Hospitalisation à domicile (HAD)

Il n'y a pas eu de modifications du nombre de places d'HAD entre 2002 et 2003 (62).

Soins de support

Trois postes de psychologue ont été créés à la fin de l'année 2002.

La prise en charge des soins palliatifs est assurée par 3 équipes mobiles avec la mise en place progressive d'un réseau régional qui à terme couvrira toute la région.

Social

Dans le cadre de l'action d'aide à la vie quotidienne de la Ligue contre le Cancer, une coordination est assurée par un travailleur social concernant les dispositifs favorisant le retour à domicile et la qualité de vie des malades. Il s'agit d'une action remarquable qui mériterait d'être largement reprise dans d'autres régions. Le réseau ONCORESE, les services d'HAD, les unités mobiles de soins palliatifs ainsi que les associations facilitent l'aide et le maintien à domicile.

De même, le dispositif de soutien et d'aide à l'hébergement des parents d'enfants malades est favorisé, grâce notamment au travail de l'association " Trait d'Union ".

Le Limousin est l'une des régions où la connexion médico-sociale est la mieux établie.

Equipements lourds

Le parc IRM a été renforcé d'un appareil en juillet 2002 et comprend désormais 4 IRM dans la région. Le nombre de scanners a également été augmenté de 6 à 9 appareils.

Un TEP¹ a été autorisé au CHRU de Limoges fin 2001.

Le nombre d'accélérateurs de particules est de cinq. Le remplacement de 2 " cobalts " sera effectué d'ici 2005 dans le cadre du Plan " Hôpital 2007 ". Le personnel de radiothérapie a été renforcé avec la création de 3 postes temps plein (1 radiopharmacien, 1 radiophysicien et 1 manipulateur radio).

1) TEP : Tomographe à émission de positons

4. FORMATION ET RECHERCHE

En 2003, 1 interne était inscrit au diplôme d'études spécialisées (DES) de cancérologie option radiothérapie.

Le cancéropôle du " Grand Sud-Ouest " intègre des équipes de la région Limousin au sein d'axes fédérateurs associant des équipes médico-scientifiques des régions Aquitaine, Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon. Deux millions d'euros ont permis de financer le dispositif sur 2003. Le cancéropôle regroupe des plate-formes technologiques partagées et des collections d'échantillons en tumorothèque ; il sera un lieu de convergence pour la recherche publique et privée.

Sept thèmes ont été sélectionnés :

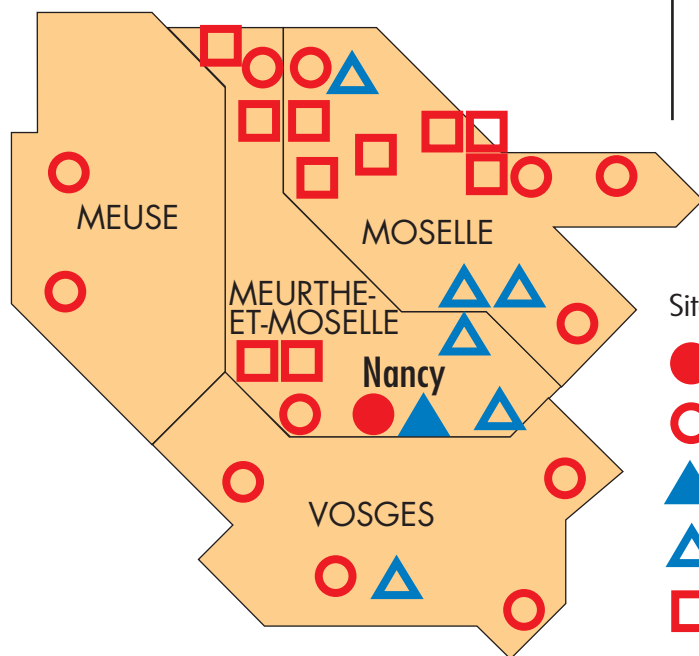
- Signalisation et recherche de nouvelles cibles thérapeutiques
- Cancers hormono-dépendants (sein et prostate)
- Invasion tumorale et métastase
- Instabilité génétique et modifications épigénétiques
- Les déterminants pharmacologiques de la réponse aux agents anti-cancéreux
- Les biothérapies
- Epidémiologie et prévention

Le PHRC¹ national 2003 finance 2 projets de recherche clinique en cancérologie soutenus par le CHU de Limoges.

L'Association "Trait d'Union" (Association Régionale en faveur d'enfants atteints de pathologies hémato-oncologiques) aide les enfants et leurs parents pendant l'hospitalisation, organise des rencontres, organise et finance des loisirs, aide à la scolarisation des enfants, améliore les conditions d'hospitalisation et relaye les associations de portée nationale ayant les mêmes objectifs. Le siège social est situé : 6, rue Guy Moquet 87570 Rilhac-Rancon
Tél. : 05 55 39 79 95

1) PHRC : Programme Hospitalier de Recherche Clinique

EN LORRAINE



Sites de référence ou orientés en cancérologie

-  **CHU** Centre Hospitalier Universitaire
-  Autre établissement public
-  **CLCC** Centre de Lutte Contre le Cancer
-  Établissement privé
-  Autre établissement

Population : 2 310 023

La région Lorraine est classée au quatrième rang national en ce qui concerne la surmortalité. La mortalité prématurée est significativement supérieure à la moyenne nationale. Les tumeurs représentent la deuxième cause de décès dans la région.

1. PRÉVENTION

Tabac/Alcool

Dans le cadre de l'appel d'offres de l'INPES¹, un programme de lutte contre le tabagisme a été engagé en 2003. Il vise notamment la communication " grand public " et les actions éducatives en direction des lycées, des universités, des entreprises et des hôpitaux. Une forte implication des médecins du travail et de l'Inspection médicale a été organisée dans le cadre de l'action " Défi lorrain ", sous forme notamment de consultations d'aide à l'arrêt du tabac avec un financement de 145 000 euros. Un colloque national concernant plus particulièrement la lutte contre le tabagisme des femmes enceintes (" Femme, famille, tabac ") a été organisé en mai 2003 à Nancy.

Le volet " lutte contre l'alcoolisme " du Plan Cancer s'inscrit dans les deux programmes successifs que sont le programme régional de santé (PRS) " Dépendance aux produits addictifs " et le schéma régional d'orga-

nisation sanitaire " addictologie ".

Pour aider au sevrage tabagique, tous les départements disposent au moins d'une consultation hospitalière de tabacologie en partenariat avec 7 équipes hospitalières de liaison en addictologie. Pour renforcer cette action et diminuer les délais de rendez-vous, une consultation collective expérimentale va être mise en place au CHU de Nancy.

Nutrition

Dans le cadre du Programme National Nutrition Santé (PNNS), des actions ont été programmées pour la période 2002-2004 sur la thématique " Boire, bouger, manger " : éducation nutritionnelle des jeunes, promotion de l'activité physique et mise en place de fontaines à eau.

Cancers professionnels

La Direction régionale du Travail a entrepris une enquête " SUMMER " pour 2003 et 2004 sur la surveillance des risques professionnels.

1) PHRC : Programme Hospitalier de Recherche Clinique

2. DÉPISTAGE

A la fin de l'année 2003 le dépistage organisé du cancer du sein a été effectif dans les quatre départements de la Lorraine.

Ce dépistage était déjà mis en œuvre depuis 1996 dans le département de la Meurthe et Moselle (Apodes) et depuis 1997 dans celui de la Moselle (Amodemas). Le dispositif de dépistage organisé a été effectif en décembre 2003 dans les Vosges (Avodeca) et dans la Meuse (AMPM). L'estimation du pourcentage global de participation des femmes de la région au dépistage était de 30% pour l'année 2003.

Dans le cadre de l'expérimentation du dépistage du cancer colo-rectal, le département de la Moselle va débiter en 2004.

Une campagne de communication pour la prévention du cancer du sein et du col de l'utérus chez les femmes en situation de précarité va être réalisée cette année avec la participation du CRES¹ et du réseau ONCOLOR.

3. SOINS ET ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

Réseau de cancérologie

En Lorraine, le réseau ONCOLOR a été agréé en juin 1998. Il est constitué de 5 sites de cancérologie hautement spécialisés et de 15 sites spécialisés.

Hospitalisation à domicile (HAD)

Il existait 37 lits d'HAD dédiés à la cancérologie en 2002. En 2003, il a été créé 5 lits supplémentaires.

Soins de support

Une convention a été signée en 2003 entre le CHU de Nancy et le Centre Alexis-Vautrin afin d'organiser une fédération de soins de support. Parallèlement, un audit est en cours sur les structures de soins de support des établissements participant au réseau Oncolor.

Les soins palliatifs sont assurés par 13 équipes mobiles et 54 lits identifiés. Le réseau de soins palliatifs couvre la totalité de la région.

L'expérimentation du dispositif d'annonce est mise en place en 2004 au CHU de Nancy et au Centre Alexis-Vautrin (CLCC).

Equipements lourds

Deux TEP¹ étaient installés en Lorraine fin 2003. Il faut souligner la présence à Nancy depuis septembre 2003 d'un cyclotron dédié au Grand-Est et qui est également accessible aux équipes de recherche. Pour renforcer les capacités en radiothérapie, un demi poste complémentaire a été financé en 2003.

Social

Il existe un kiosque d'information pour les patients dans la région. Depuis 2002, il existe un site internet associatif sur le cancer du sein dans le département de la Meurthe et Moselle.

4. FORMATION ET RECHERCHE

En 2003, 9 internes étaient inscrits au diplôme d'études spécialisées (DES) de cancérologie, 3 en oncologie médicale et 6 en radiothérapie. Trois internes étaient inscrits au DES d'hématologie. Dans le cadre d'un programme de formation médicale continue (FMC) destiné aux médecins libéraux en Moselle, 8 soirées d'actualité sur le cancer ont été programmées pour 2003-2004.

Pour les infirmières, une formation spécifique sur la chimiothérapie à domicile est assurée par le centre Alexis-Vautrin (CLCC) depuis 2003.

Le cancéropôle " Grand-Est " intègre des équipes de la région Lorraine au sein d'axes fédérateurs associant des équipes médico-scientifiques des régions Bourgogne, Champagne-Ardenne, Alsace et Franche-Comté.

Plusieurs axes fédérateurs ont été retenus :

- les causes et effets de la thérapeutique anti-cancéreuse,
- l'épidémiologie des cancers,
- la protéomique appliquée à la clinique.

Le PHRC² national 2003 finance un projet de recherche en cancérologie soutenu par le CHU de Nancy.

1) TEP : Tomographe à Emission de Positron

2) PHRC : Programme Hospitalier de Recherche Clinique

3) ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

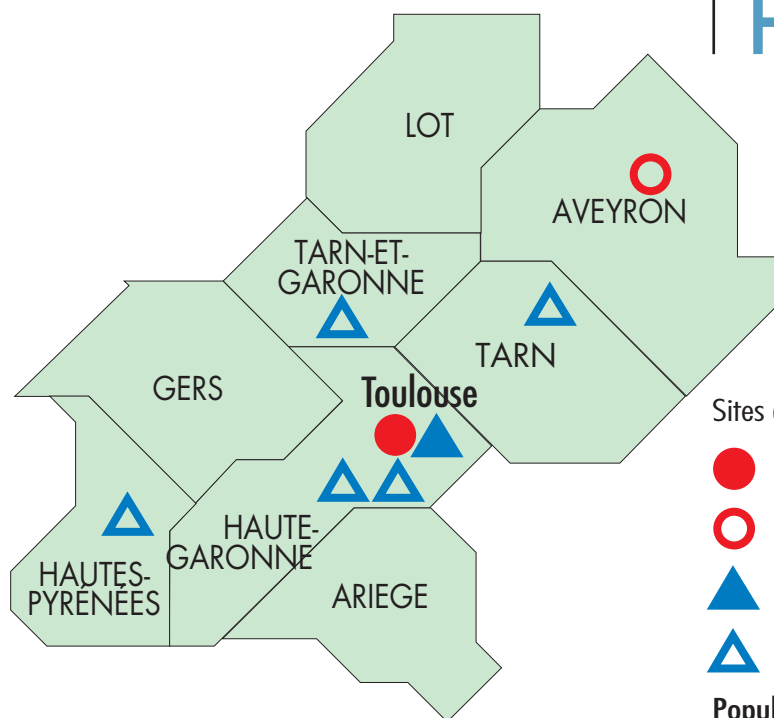
ONCOLOR : un réseau très actif

La création et le fonctionnement du réseau " ONCOLOR " ont été financés par l'ARH⁹, sur la période 1998-2002 par un budget de 260 000 euros.





Le réseau est à l'origine d'une série d'initiatives :

- l'organisation de comités de concertation pluridisciplinaire (CCP), chaque comité étant animé par un coordinateur
- la mise en place d'un système d'aide à la décision (Kasimir) pour les médecins généralistes et d'un système d'information commun aux réseaux (Hermès)
- l'élaboration de référentiels régionaux de bonne pratique (106 référentiels élaborés fin juin 2003 dont 85 publiés, répartis en 15 thèmes), l'organisation de formations avec un financement spécifique de 33 500 euros sur la période 1998-2002
- la mise en place depuis le 1er trimestre 2002 d'un site internet www.oncolor.org, accessible aux professionnels, aux patients et au grand public.
- Le projet d'intégration de l'onco-pédiatrie dans le réseau Oncolor.

EN MIDI-PYRÉNÉES



Sites de référence ou orientés en cancérologie

-  **CHU** Centre Hospitalier Universitaire
-  Autre établissement public
-  **CLCC** Centre de Lutte Contre le Cancer
-  Établissement privé

Population : 2 552 696

En Midi-Pyrénées, on observe environ 14 000 nouveaux cancers annuels et 8 000 décès par cancer. Le taux d'incidence du cancer est le plus bas de France, avec toutefois une tendance à l'augmentation. De même, les taux de mortalité par cancer sont parmi les plus bas de France. Les localisations les plus fréquentes sont pour les hommes la prostate (27% des cas), le poumon (16% des cas), et le cancer colo-rectal (16%). Pour les femmes, les localisations les plus fréquentes sont le sein (33% des cas) et le cancer colo-rectal (18% des cas).

1. PRÉVENTION

Tabac/Alcool

En 2003/2004, le rectorat a lancé un plan ambitieux de lutte contre le tabagisme dans tous les établissements scolaires de la région : rappel de la loi Evin, journées de sensibilisation/réflexion pour les chefs d'établissements, actions collectives en direction des collégiens. Deux lycées sont sites pilotes de l'expérimentation nationale " Lycées sans tabac ".

Quatorze associations ont été financées en 2003 pour une somme totale de 60 000 euros.

Concernant l'aide au sevrage tabagique, les départements du Gers et de l'Ariège vont bénéficier de la création d'une

consultation hospitalière de tabacologie pour permettre une couverture de tous les départements de la région.

Cancers professionnels

L'Assurance Maladie et l'Inspection du travail se sont associées pour mener une série d'actions destinées à la prévention des cancers professionnels : formation des agents de contrôle et des médecins du travail aux risques de cancers professionnels, formation sur les risques chimiques et ceux qui sont liés à l'amiante.

2. DÉPISTAGE

A ce jour, chacun des huit départements de la région dispose d'une structure de gestion (de forme juridique variable), composée des différents acteurs impliqués dans le dépistage et devant évoluer à terme vers la constitution d'un GIP¹. Le dépistage du cancer du sein a été engagé en 2001 pour l'Aveyron (association Adeca). Il s'est mis en place progressivement pour les autres départements, à partir de mai 2003 jusqu'en janvier 2004 pour le Lot.

Le taux de participation estimé au dépistage du cancer du sein était de 17% en 2003 pour l'ensemble de la région.

1) GIP : Groupement d'Intérêt Public

" Femmes et Santé " : une action de proximité exemplaire

Une fois les structures de dépistage installées, l'objectif est d'inciter le maximum de femmes à y participer. L'expérience " Femmes et Santé " menée dans deux cantons de la région a montré tout son intérêt à cet égard. Démarche de développement social local, elle vise à mobiliser sur un territoire donné l'ensemble des acteurs : professionnels, bénévoles et bénéficiaires potentiels. Elle propose aux femmes d'exprimer ensemble leurs questions et leurs besoins de santé. Elle permet de mieux les comprendre et de leur offrir des réponses adaptées. Des financements Etat-Assurance Maladie permettront, à partir d'une action de formation régionale, de diffuser cette initiative dans 80 cantons ou sites prioritaires.

3. SOINS ET ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

La part de financement des investissements de la cancérologie dans le plan " Hôpital 2007 " atteint 10% du montant global régional.

Le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) prend en compte les particularités géographiques et démographiques de la région pour mieux assurer l'égalité des chances de traitement pour l'ensemble de la population.

Il vise également à généraliser la pluridisciplinarité lors du diagnostic et du traitement, dans la lutte contre la douleur et les soins palliatifs, à favoriser le partage et l'application des référentiels de bonne pratique clinique, enfin, à construire un système d'information centré sur le patient - son dossier de santé -, partagé par les différents professionnels et équipes.

Réseau de cancérologie

Le réseau régional de cancérologie - ONCOMIP - associe les 7 sites hospitaliers référencés en cancérologie et établit des liens avec les professionnels libéraux. L'un de ses objectifs est de permettre à tous les nouveaux patients d'être vus dans l'une des unités de consultation pluridisciplinaire (UCP) déjà présentes dans la région. Il reste à bien formaliser l'activité de ces UCP et à généraliser la pluridisciplinarité dans toutes les étapes de la prise en charge des malades.

Les années 2003-2004 verront une consolidation, dans la région, des réseaux de soins existants pour le cancer et les soins palliatifs dans le cadre de la dotation régionale pour le développement des réseaux.

Hospitalisation à domicile (HAD)

Le nombre de places d'HAD est passé de 68 à 81 entre 2002 et 2003.

Soins de support

Les soins palliatifs sont assurés par 10 équipes mobiles, 205 lits identifiés et une unité de soins. Le réseau de soins palliatifs couvre 75% de la région.

L'expérimentation du dispositif d'annonce est mise en place au centre Claudius-Regnaud (CLCC) dès cette année.

Equipements lourds

Le nombre d'appareils de radiothérapie va passer de 15 à 19, permettant ainsi de renforcer les sites ne comportant qu'un seul appareil. La modernisation des équipements et du potentiel en matière d'imagerie médicale a pris forme dès septembre 2003 avec l'installation d'un TEP¹-scan au centre Claudius-Regnaud.

Social

L'action " Femmes et santé " intègre une dimension d'accompagnement social ; les femmes se retrouvent en groupes de paroles : les témoignages de femmes ayant fait une mammographie ou ayant eu un cancer permettent de lever les obstacles socio-culturels au dépistage et d'adopter des comportements de prévention. Cette démarche a suscité ou renforcé des solidarités de voisinage.

Grâce à un Projet d'Aide Individualisé (PAI), 23 enfants cancéreux ont pu être scolarisés. Ceux dont l'état de santé ne permettait pas une présence physique à l'école ont fait l'objet d'une scolarisation à domicile avec une aide pédagogique ; ce sont plus de 2 000 enfants qui pourraient être concernés par une telle mesure.

4. FORMATION ET RECHERCHE

En 2003, 2 internes étaient inscrits au diplôme d'études spécialisées (DES) de cancérologie, 1 en oncologie médicale et 1 en radiothérapie. Un interne était inscrit au DES d'hématologie.

Le cancéropôle du " Grand Sud-Ouest " intègre des équipes de la région Midi-Pyrénées au sein d'axes fédérateurs associant des équipes médico-scientifiques des régions Aquitaine, Languedoc-Roussillon et Limousin. Deux millions d'euros financeront le dispositif sur 2003. Sept thématiques scientifiques ont été retenues. Le cancéropôle regroupe des plate-formes technologiques partagées et des tumorothèques ; il sera un lieu de convergence pour la recherche publique et privée.

Le PHRC² national 2003 finance un projet de recherche en cancérologie soutenus par le CLCC de Toulouse.

1) TEP : Tomographe à Emission de Positron

2) PHRC : Programme Hospitalier de Recherche Clinique

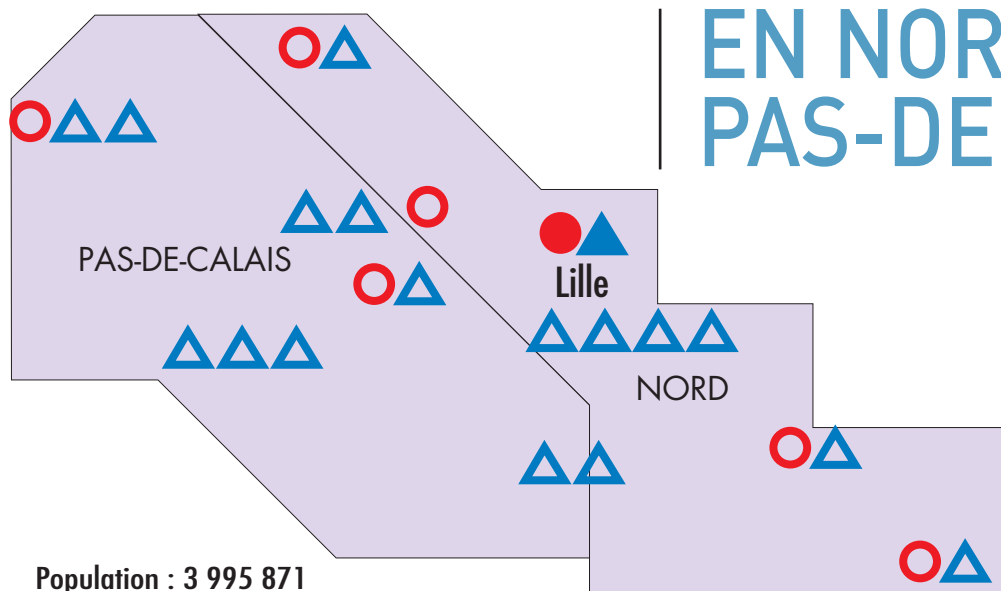
L'action associative à l'hôpital : l'Institut Claudius-Regnaud (Toulouse)

Le Plan Cancer prévoit dans sa mesure 60 de " mieux reconnaître et organiser la présence des bénévoles et des associations de patients au sein des structures de soins ".

Dès à présent, à l'Institut Claudius-Regnaud, de nombreuses associations viennent apporter leur soutien aux patients, compte tenu de leurs besoins spécifiques. Il en est ainsi de :

- l' " Association des laryngectomisés et des mutilés de la voix du Sud-Ouest " , et l'association " La main tendue " , qui proposent de rencontrer les patients avant et/ou après l'intervention. Tous anciens opérés, ils peuvent apporter réconfort, soutien moral, social, matériel et administratif.
- l'Association des stomisés du Sud-Ouest, qui propose de rencontrer les personnes porteuses d'une stomie digestive ou urinaire et tient des permanences dans l'établissement.
- l'Association " Vivre comme avant " , qui rencontre sur leur demande les femmes qui ont subi une mastectomie
- l'Association des visiteurs des malades des établissements hospitaliers " VMEH "
- l' " Association pour le développement des soins palliatifs Toulouse Midi Pyrénées " qui propose par une présence attentive de conforter l'environnement social et affectif des patients
- l'association " Jeunes solidarité Cancer " , dont l'objet est d'épauler et de créer des liens d'amitié et d'entraide pour les jeunes adultes concernés par la maladie.
- l'action associative sur le terrain : Femmes et santé ; une action exemplaire d'accompagnement social et de coordination pour une meilleure sensibilisation des femmes à l'importance du dépistage.

EN NORD-PAS-DE-CALAIS



Population : 3 995 871

Sites de référence ou orientés en cancérologie

- **CHU** Centre Hospitalier Universitaire
- Autre établissement public

- ▲ **CLCC** Centre de Lutte Contre le Cancer
- △ Établissement privé

La Région Nord-Pas-de-Calais est la plus concernée par le cancer au plan national. La mortalité prématurée par cancer y est supérieure de 43,8 % par rapport à la moyenne nationale pour les hommes et de 18,7 % pour les femmes. Ces statistiques défavorables concernent la plupart des types de cancers.

1. PRÉVENTION

Tabac/Alcool

Pour sensibiliser la population adolescente, dans un cadre établi conjointement par le ministère de la Santé et le ministère de l'Éducation Nationale, a été lancée l'opération "Ecole sans tabac". Dans la région Nord-Pas-de-Calais, 3 établissements pilotes se sont constitués pour l'année scolaire 2003-2004 avec la mise en place, à titre expérimental, d'un centre d'information et de conseil, proposant aux élèves une information et un soutien au sevrage.

Dans le cadre des projets régionaux soutenus par l'INPES¹ et la DGS², un projet de prévention des cancers évitables en entreprise a bénéficié d'un financement de 45 000 euros. Toujours soutenu par l'INPES, un projet visant à mobiliser les entreprises et les établissements scolaires dans la lutte contre le tabac a bénéficié d'un soutien financier de 170 000 euros.

Au niveau régional, 35 associations ont été financées en 2003 pour un montant total de 145 000 euros.

Pour soutenir le sevrage tabagique, tous les départements disposent d'une consultation hospitalière de tabacologie en association avec 12 équipes hospitalières de liaison d'addictologie. Pour diminuer les délais, une consultation hospitalière collective de tabacologie va être créée à l'hôpital Calmette de Lille cette année.

Nutrition

L'amélioration de la qualité de la nutrition est dans cette région une perspective prioritaire de la lutte contre le cancer, soutenue par les différents programmes régionaux de santé (PRS). Le groupe CORALI porte désormais ces projets, en tenant compte des publics prioritaires que sont les enfants et les personnes en situation de précarité.

Environnement

La CIRE (Cellule interrégionale d'épidémiologie-Drass) est particulièrement mobilisée sur le développement d'un système d'épidémiologie permettant d'améliorer le dispositif de connaissance des agents polluants.

1) INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
2) DGS : Direction Générale de la Santé

2. DÉPISTAGE

L'objectif de généralisation du dépistage organisé du cancer du sein a été atteint en région Nord-Pas-de-Calais : ce dépistage a été mis en place dans le département du Nord (ADCN) depuis 1997 et dans le département du Pas-de-Calais (Opaline 62) depuis septembre 2003.

Le taux de participation des femmes au dépistage du cancer du sein est estimé à 34% dans le Nord et 12% dans le Pas-de-Calais (dépistage organisé seulement depuis septembre 2003).

La DRASS¹ met en place, par ailleurs, dans le cadre du Plan Cancer, des actions de sensibilisation des professionnels et de la population au dépistage du cancer du col de l'utérus.

L'URML² Nord-Pas-de-Calais, s'est directement impliquée dans le Plan, afin d'accompagner les médecins libéraux dans la mise en place des dépistages organisés, de favoriser leur adhésion au dispositif et de pérenniser leur participation. Trois actions ont notamment été retenues et financées par l'Etat : réalisation d'un guide pratique, accompagnement par des attachés d'information, séminaires de sensibilisation. Ces actions s'effectuent dans un partenariat associant notamment les structures de gestion, l'Assurance maladie et les conseils généraux.

Dans le cadre de l'expérimentation nationale du dépistage du cancer colo-rectal (22 départements), le département du Nord a débuté le dépistage en juin 2003.

3. SOINS ET ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

Préparant la création du pôle régional de cancérologie prévu par le Plan Cancer, le CHRU de Lille et le Centre Oscar-Lambret (CLCC) se sont engagés dès 2003 à s'associer pour parvenir à un groupement de coopération sanitaire (GCS). Ce groupement pourra s'appuyer dans son développement sur des coopérations déjà organisées, notamment en termes de partage de compétences médicales.

Réseau de cancérologie

Une des priorités de la région - et c'est l'enjeu principal des années 2004-2007 - est la constitution d'un véritable réseau régional de cancérologie. Plusieurs réseaux de soins existent déjà dans la région en cancérologie, sur lesquels le développement du réseau régional pourra s'appuyer : PEDONCO (oncologie pédiatrique), ONCOMEL (oncologie libérale de la

métropole lilloise), ONCOLITTORAL, OSCAR Douai, Réseau de cancérologie digestive du Bassin de l'Artois, Réseau URO-ONCO de la métropole.

Hospitalisation à domicile (HAD)

Le nombre de places n'a pas augmenté entre 2002 et 2003 (141).

Soins de support

Les soins palliatifs sont assurés par 16 équipes mobiles, 146 lits identifiés et 13 unités de soins. La région est entièrement couverte par le réseau régional de soins palliatifs.

L'expérimentation du dispositif d'annonce est mise en place en 2004 au centre Oscar-Lambert (CLCC), au CHU et au centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer.

Equipements lourds

La modernisation des équipements et du potentiel en matière d'imagerie médicale a pris forme en 2003 avec l'installation d'un TEP³-scan au centre Oscar-Lambret (CLCC) de Lille.

Dans le cadre du renforcement des soins en radiothérapie, un poste de praticien temps plein a été créé en 2002.

Social

Deux kiosques d'information sont à la disposition des malades et de leur entourage.

4. FORMATION ET RECHERCHE

En 2003, 7 internes étaient inscrits ou allaient s'inscrire au diplôme d'études spécialisées (DES) de cancérologie, 3 en oncologie médicale et 4 en radiothérapie.

Dans le cadre du PRS, il est prévu d'expérimenter une formation pour tous les étudiants du secteur santé, à la relation d'aide et à l'accompagnement de malades atteints de cancer. Par ailleurs, des modules de formation axés sur l'accompagnement des malades vont être institués dans les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI).

Le cancéropôle " Nord-Ouest " intègre des équipes de la région Nord-Pas-de-Calais au sein d'axes fédérateurs associant des équipes médico-scientifiques des régions Basse-Normandie, Haute-Normandie et Picardie. Le site de Bruxelles (hôpital Erasme) complète cet ensemble.

1) DRASS : Direction Régionale des affaires sanitaires et sociales

2) URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

3) TEP : Tomographe à Emission de Positron

Les thématiques du cancérpôle sont les suivantes :

- Développement et évaluation de nouveaux outils pour le dépistage de masse des cancers et la détection des sujets présentant un risque accru particulier, héréditaire (côlon, sein) ou lié à l'environnement (poumon, mésothéliome).
- Recherche de nouveaux marqueurs pronostiques des hémopathies malignes en utilisant les ressources de la génomique et de la cytogénétique moléculaire.
- Nouvelles stratégies de chimiothérapie des cancers épithéliaux, en particulier le cancer du côlon.
- Recherche de nouveaux marqueurs et cibles thérapeutiques dans les cancers hormono-dépendants (sein, prostate).
- Développement de nouveaux traitements biologiques du cancer par immunothérapie cellulaire et génique, notamment dans le cas du mélanome.
- Recherche technologique en radiothérapie conformationnelle.
- Développement des collaborations transfrontalières avec la Belgique, notamment dans le cadre européen du 6ème PCRD.

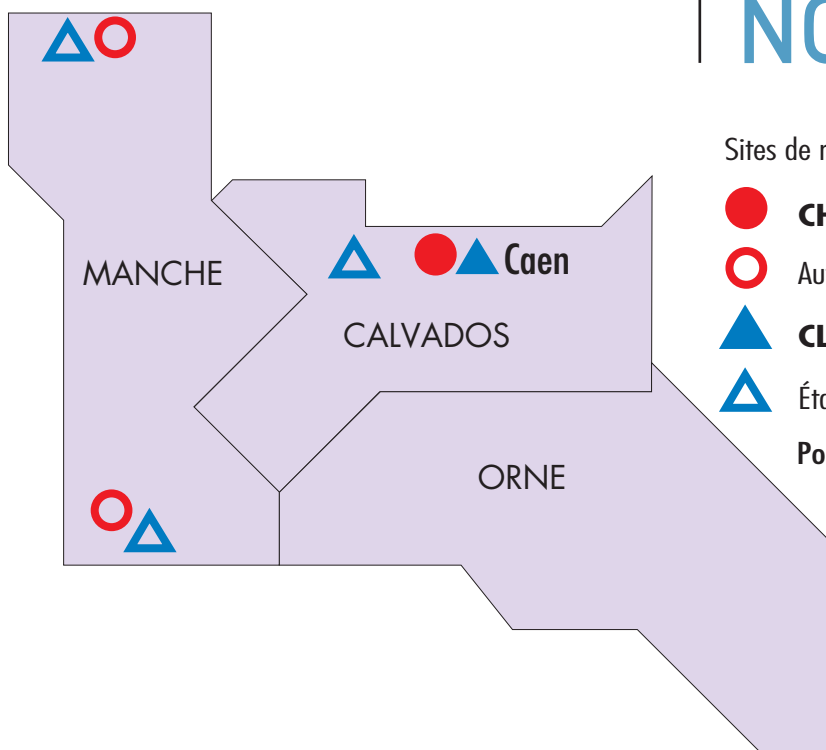
En 2003, le PHRC¹ national finance un projet de recherche en cancérologie soutenu par le CHU de Lille.

1) PHRC : Programme Hospitalier de Recherche Clinique

La ligue dans le Nord

- Un " Point information " a été mis en place par la Ligue avec d'autres associations au Centre Oscar-Lambret (Lille), organisant une présence effective du lundi au mercredi l'après-midi et le jeudi et le vendredi le matin. A ce " Point info ", les malades et les proches trouvent un accueil chaleureux et des informations sur les aides possibles et les associations qu'ils peuvent contacter.
- Un numéro d'appel local a été installé pour recueillir les appels des malades qui souhaitent s'exprimer.
- Quatre groupes de parole fonctionnent en Flandre Intérieure, à Lille, Fourmies et Dunkerque.
- La Ligue aide à la mise en place d'une aide psychologique dans les structures de soins où les malades atteints du cancer sollicitent des entretiens. Toute une série d'actions ont pour but le soutien financier aux malades en difficulté (une commission de fonds de secours se réunit toutes les semaines), aux associations spécialisées dans l'accompagnement des malades atteints de cancer avant et après la maladie, ou encore le financement de matériel innovant.

EN BASSE-NORMANDIE



Sites de référence ou orientés en cancérologie

- **CHU** Centre Hospitalier Universitaire
- Autre établissement public
- ▲ **CLCC** Centre de Lutte Contre le Cancer
- Établissement privé

Population : 1 422 436

La mortalité par cancer représente 2 372 décès chez les hommes (33,9 % des décès) et 1 495 décès chez les femmes (23% des décès). On observe une surmortalité chez les hommes par rapport à la moyenne française pour les cancers des voies aérodigestives supérieures, pour le poumon avant 65 ans dans le Calvados, la prostate, le foie dans le Calvados et l'estomac dans la Manche. Pour les femmes, la surmortalité concerne le cancer du sein avant 65 ans, l'ovaire l'estomac et le colon-rectum pour le département de la Manche. Comme partout en France, il y a une évolution inquiétante du cancer du poumon chez la femme.

1. PRÉVENTION

Registres

La Région Basse-Normandie comprend plusieurs registres du cancer, qui voient leurs moyens renforcés dans le cadre du Plan Cancer et permettront de disposer d'une meilleure connaissance épidémiologique de la maladie :

- deux registres généraux (Calvados, Manche)
- trois registres spécialisés (cancers digestifs, hémopathies malignes, mésothéliomes).

Tabac/Alcool

La lutte contre le tabagisme fait l'objet d'actions spé-

cifiques en Basse-Normandie :

- plusieurs hôpitaux sont engagés dans les opérations " Hôpital sans tabac " ; Dix lycées sont " sans tabac ", même si aucun ne constitue un site pilote de l'opération " Lycée sans tabac ".

- Dans le cadre des appels à projets régionaux financés par l'INPES¹, un projet " Entreprises sans tabac de Basse-Normandie " soutenu par l'Alliance régionale pour la création label régional (AIRTBN) a bénéficié d'un financement de 71 000 euros et un projet de prévention primaire des cancers par un programme régional d'éducation pour la santé (PRS) coordonné par le Cores Basse-Normandie d'un financement de 182 000 euros.

Un total de 19 associations ont par ailleurs reçu un financement au niveau régional.

Pour l'aide au sevrage, tous les départements bénéficient au moins d'une consultation hospitalière de tabacologie en association avec une équipe de liaison hospitalière en addictologie. Pour diminuer les délais du premier rendez-vous de consultation, le CHU de Caen va bénéficier de la création expérimentale d'une consultation hospitalière collective de tabacologie en 2004. Une consultation anti-tabac a été mise en place au Centre hospitalier de Vire à l'attention des femmes enceintes.

1) INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

2. DÉPISTAGE

L'objectif de généralisation du dépistage organisé du cancer du sein a été atteint en région Basse-Normandie : ce dépistage est mis en place dans le département de l'Orne (Diss) depuis 1992 et utilise pour cela un mammobile, dans le département du Calvados (Mathilde) depuis 1996 et dans le département de la Manche (Iris-Manche) depuis novembre 2003.

Pour l'année 2003, le taux de participation des femmes au dépistage du cancer du sein est estimé dans la région à 50 %. A partir de 2004, dans le cadre de l'expérimentation du dépistage du cancer colo-rectal, le Calvados et l'Orne ont été retenus pour participer à ce dépistage.

Compte tenu du contexte régional et des préoccupations liées à la prévalence de mésothéliome, un suivi renforcé des travailleurs ayant été en contact avec l'amiante a été mis en place. Un poste de praticien hospitalier a été créé à ce titre, conjointement pour le CHU de Caen et le Centre hospitalier de Cherbourg.

3. SOINS ET ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

L'organisation d'un pôle régional de cancérologie – associant le CHU de Caen et le Centre de Lutte Contre le Cancer François-Baclesse est un des objectifs du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) qui se concrétisera courant 2004.

Réseau de cancérologie

Une priorité est la constitution d'un véritable réseau régional du cancer couvrant l'ensemble de la région et y coordonnant l'ensemble des acteurs de soins. Le réseau ONCOCOM en sera le support. La Région Basse-Normandie s'est engagée en 2004 dans l'expérimentation d'un dossier " communiquant " avec 3 autres régions françaises, outil essentiel du réseau de cancérologie et qui permettra une prise en charge coordonnée et efficace.

Hospitalisation à domicile (HAD)

Il existait en 2002, en relais de l'hospitalisation classique, 88 places d'HAD. Aucune nouvelle place n'a été créée en 2003.

Soins palliatifs

Les soins palliatifs sont assurés par 10 équipes mobiles, 16 lits identifiés et 5 unités de soins. La totalité de la région est couverte par le réseau régional de soins palliatifs.

Equipements lourds

Un TEDC¹ est installé à Caen, commun au CHU et au CLCC, associé à un cyclotron qui permet de fabriquer le 18 FDG, nécessaire à son fonctionnement.

Un important effort d'investissement hospitalier a été

réalisé avec l'installation d'un équipement IRM au Centre François-Baclesse (Caen), au CHP St-Martin et aux centres hospitaliers de St-Lô, de Lisieux et d'Alençon. D'autre part, un renouvellement de l'appareil de radiothérapie du Centre hospitalier de Cherbourg et un renforcement de la radiothérapie du Centre François-Baclesse sont prévus.

Tumorothèque

Dans le cadre du Plan sera mise en place une tumorothèque commune au CHU de Caen et au centre François-Baclesse (CLCC).

4. FORMATION ET RECHERCHE

En 2003, 3 internes étaient inscrits au diplôme d'études spécialisées (DES) de cancérologie.

Le cancéropôle " Nord-Ouest " intègre les équipes de la région Basse-Normandie au sein d'axes fédérateurs associant des équipes médico-scientifiques des régions Nord-Pas-de Calais, Haute-Normandie et Picardie. Le site de Bruxelles (hôpital Erasme) complète cet ensemble.

Plusieurs axes fédérateurs ont été retenus, la Basse-Normandie présentant un potentiel particulièrement fort de recherche en épidémiologie.

1) TEDC : Tomographie par émission de coïncidence

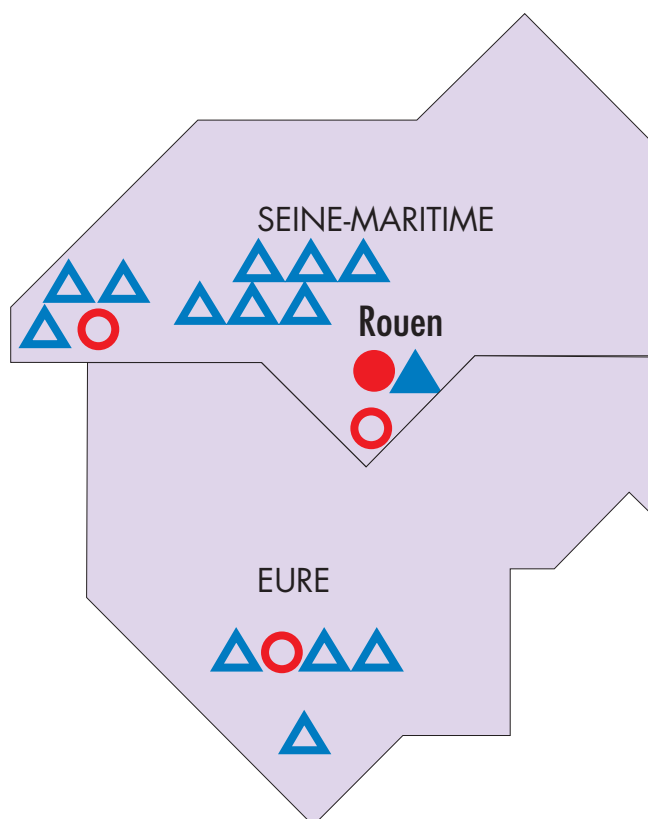
Prévention des cancers cutanés

La prévention des cancers cutanés est un élément important du Plan Cancer en Basse-Normandie, dans le cadre du Programme régional de santé (PRS) de cette région consacré à la prévention des cancers.

Toute une série d'actions – faisant intervenir des associations (notamment l'Association de formation continue en dermatologie-vénéréologie de Basse-Normandie), l'Education Nationale, les mairies et les professionnels – est prévue en ce domaine, avec comme objectif de diminuer les risques pour la population régionale.

Notamment :

- des instructions départementales et des programmes pédagogiques pour les colonies de vacances sur les risques liés à l'exposition excessive au soleil ;
- une information sur les plages et les piscines ;
- la formation des élèves esthéticiennes, des élèves coiffeurs ;
- la sensibilisation des coiffeurs ;
- l'information des professeurs des écoles, des salariés,...



EN HAUTE-NORMANDIE

Sites de référence ou orientés en cancérologie

- **CHU** Centre Hospitalier Universitaire
- Autre établissement public
- ▲ **CLCC** Centre de Lutte Contre le Cancer
- △ Établissement privé

Population : 1 780 439

Une mortalité due aux cancers supérieure à la moyenne nationale fait du cancer une priorité de santé publique en Haute-Normandie. Cette région se place en effet en seconde position des régions françaises touchées par le cancer (la surmortalité y est de 6,3% par rapport à la moyenne nationale : + 9% pour les hommes et + 3,6% pour les femmes).

1. PRÉVENTION

Tabac/Alcool

Dans le cadre des appels à projets régionaux financés par l'INPES¹, une action de prévention du tabagisme chez les jeunes " Les Suricates ", soutenu par le CRES² de Haute-Normandie, a reçu un financement de 79 500 euros en 2003.

Toute une série d'actions ont été menées en Haute-Normandie, notamment dans le cadre du Programme régional de santé (PRS), sur les facteurs de risque du cancer, notamment l'élaboration d'une plaquette à l'attention des professionnels de la région afin de faciliter l'aide au sevrage tabagique.

Trois associations ont été financées en 2003 au niveau de la région, pour un montant de 31 000 euros.

Concernant l'aide au sevrage tabagique, tous les départements ont au moins une consultation hospitalière de tabacologie.

Des actions ciblées en direction des femmes enceintes (à la Maternité du Belvédère, au Mont Saint-Aignan) ont été mises en place. Pour diminuer les délais de premier rendez-vous, une consultation expérimentale hospitalière collective va être mise en place au CHU de Rouen en 2004.

2. DÉPISTAGE

La généralisation du dépistage du cancer du sein a été réalisée en région Haute-Normandie, avec le début des campagnes en mai 2003 pour la Seine-Maritime (Emma) et en octobre 2003 pour l'Eure (Decad'e). L'estimation des taux de participation des femmes au dépistage du cancer du sein est encore faible compte tenu du début tardif du dépistage et varie de 15% pour la Seine-Maritime à 7% pour l'Eure en 2003.

Le CRES a élaboré un guide de recommandations pour le dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus, du mélanome et du colon qui a pour population cible les publics défavorisés de la région.

En 2003, des actions de formation des médecins généralistes et autres professionnels de santé de premier contact ont été organisées par " l'Association

1) URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
2) TEP : Tomographe à émission de positon

pour une prise en charge précoce des cancers des voies aéro-digestives supérieures en Haute-Normandie ". L'objectif est de favoriser le diagnostic individuel chez les populations à risques.

En 2003, le développement des consultations et du laboratoire d'oncogénétique du CHU de Rouen a bénéficié d'un financement de 214 000 euros.

3. SOINS ET ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

Le Schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS) en cancérologie, piloté par l'ARH¹, a précisé dans un avenant arrêté en décembre 2002 les sites de cancérologie qui feront l'objet d'un agrément régional. Conformément au Plan Cancer, un site de référence en cancérologie va associer le centre Henri-Becquerel (CLCC) et le CHU de Rouen en un pôle régional. Ce site concentrera des équipements d'investigation et de traitement de technologie avancée, des compétences spécialisées dans le domaine du soin, de la recherche et de l'enseignement. Il aura vocation, dans le prolongement des activités actuellement menées, à développer des protocoles de thérapies innovantes.

Réseau de cancérologie

Le Réseau onco-normand (créé en juillet 2001) se met en place selon les recommandations s'appliquant aux réseaux de santé.

Sa structuration est suivie par l'URCAM² et l'ARH dans le cadre du comité régional des réseaux. Ce réseau a notamment pour objectif de développer la coordination entre les différents acteurs impliqués en cancérologie et à harmoniser leurs pratiques. Il repose sur l'adhésion de tous les établissements de santé publics et privés ainsi que des professionnels de santé libéraux.

Hospitalisation à domicile (HAD)

Les places d'HAD se sont développées au cours des dernières années. Aux 18 places créées et financées en 1996, se sont ajoutées 22 places autorisées en 2002. Six de ces places ont été financées en 2003 et six autres le seront en 2004, portant ainsi à 30 le total des places installées en 2004. Il reste donc encore 10 places autorisées non financées.

Soins de support

Les soins palliatifs sont assurés par 5 équipes mobiles avec un réseau régional qui couvre l'ensemble de la région. Dans le cadre du renforcement des soins de support, le CHU de Rouen participe à l'évaluation de la mise en place expérimentale du dispositif d'annonce en 2004.

Equipements lourds

L'installation d'un TEP³-scan est prévue fin 2004 dans le cadre du pôle régional de cancérologie, qui va

associer le Centre de Lutte Contre le Cancer Henri-Becquerel et le CHU de Rouen.

Tumorothèque

La mise en place de tumorothèques au niveau du site régional de référence a bénéficié d'un financement de 210 000 euros en 2002-2003.

4. FORMATION ET RECHERCHE

En 2003, 2 internes étaient inscrits au diplôme d'études spécialisées (DES) de cancérologie, un dans l'option oncologie médicale et un en radiothérapie.

Le cancéropôle " Nord-Ouest " intègre des équipes de Haute-Normandie au sein d'axes fédérateurs associant des équipes médico-scientifiques des régions Nord-Pas-de-Calais, Basse-Normandie et Picardie. Le site de Bruxelles (hôpital Erasme) complète cet ensemble.

Plusieurs axes fédérateurs ont été retenus, la Haute-Normandie étant notamment présente sur un projet leader sur l'étude de la phase précoce du cancer (équipe du Pr. Frébourg, CHU de Rouen).

Aide aux innovations diagnostiques et thérapeutiques en 2002 et 2003, six projets présentés par le Centre Henri-Becquerel ont été sélectionnés et accompagnés à hauteur de 970 000 euros.

Le PHRC⁴ national 2003 finance un projet de recherche en cancérologie soutenu par le CLCC de Rouen.

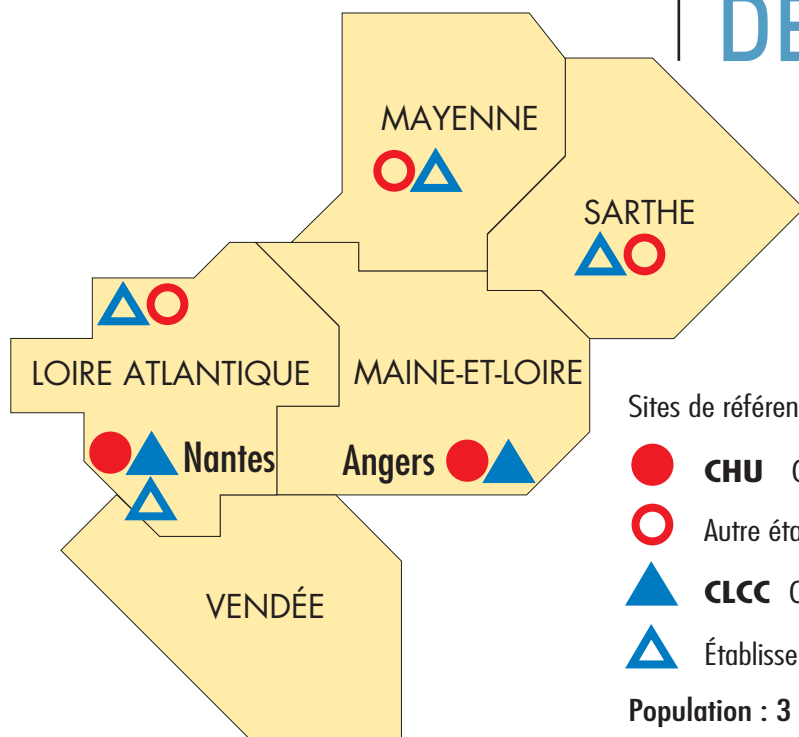
1) ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
2) URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
3) TEP : Tomographe à émission de positon
4) PHRC : Programme Hospitalier de Recherche Clinique

L'action des associations en faveur du dépistage

Parallèlement à l'action des associations EMMA et DECAD'E en Seine-Maritime et dans l'Eure pour le dépistage du cancer du sein, d'autres initiatives ont été conduites, notamment par des associations, dans le domaine du dépistage :

- un projet d'accompagnement des femmes adhérentes à la Mutuelle chirurgicale et médicale de l'Eure (MCME) en situation de précarité ou isolées vers le dépistage du cancer du sein
- un protocole de recherche sur les indications du dépistage du cancer bronchique (CHU)
- une étude sur le repérage des facteurs de risque et des expositions professionnelles passées à des cancérigènes chez les sujets atteints de cancers bronchiques (CHU)

EN PAYS-DE-LOIRE



Sites de référence ou orientés en cancérologie

- **CHU** Centre Hospitalier Universitaire
- Autre établissement public
- ▲ **CLCC** Centre de Lutte Contre le Cancer
- ▲ Établissement privé

Population : 3 222 784

Environ 14 000 nouveaux cas de cancers par an sont rapportés dans la région Pays-de-Loire tandis que 8 000 décès annuels sont constatés, soit un décès masculin sur 3 et près d'un décès féminin sur 4. Vingt six pour cent des motifs d'admission en affection de longue durée concernent des cancers, ce qui illustre bien la fréquence et la gravité de ces affections.

1. PRÉVENTION

Registres

La région dispose de deux registres généraux du cancer dans les départements de la Loire-Atlantique et de la Vendée.

Tabac/Alcool

Depuis l'année 2000, le cancer fait l'objet d'un Programme régional de santé (PRS) " Cancer et société ". Dans ce cadre, l'Observatoire Régional de la Santé a également travaillé sur l'ensemble des facteurs de risques comportementaux et environnementaux en Pays de Loire (tabac, alcool, facteurs nutritionnels, expositions professionnelles....).

En 2003, dans le cadre des appels à projets régionaux financés par l'INPES¹ et la DGS², un programme de

prévention des conduites addictives en milieu scolaire a été financé à hauteur de 150 000 euros. Ce programme, soutenu par le Comité Régional et Départemental d'Éducation et de Promotion de la Santé (CREDEPS) cible les élèves du primaire et du secondaire (1 800 enfants répartis en 60 classes suivis pendant 3 ans). Cette action insiste sur le développement des compétences psycho-sociales des enfants et sollicite leur esprit critique de façon qu'ils soient mieux préparés à résister à la consommation de produits cancérogènes.

Par ailleurs, deux établissements scolaires sont sites pilotes de l'opération nationale " Lycée sans tabac ". Un réseau régional de prévention du tabagisme en Loire-Atlantique, rassemblant 15 partenaires institutionnels, mène de nombreuses actions en termes d'information, de promotion du sevrage et de formation des professionnels et des personnes relais. Il est piloté par le CREDEPS.

Vingt-quatre actions spécifiques tabac ont été financées au niveau régional pour un montant de 63 000 euros.

En 2003, concernant l'aide au sevrage, 17 établissements de soins disposaient d'une consultation anti-tabac sur l'ensemble de la région. En 2004, tous les départements

1) INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
2) DGS : Direction Générale de la Santé

auront au moins une consultation hospitalière de tabacologie avec le financement d'une consultation hospitalière pour le département de la Vendée. Trente-sept équipes de liaison hospitalières en addictologie sont associées.

Enfin, des actions de formation destinées aux personnels des services de gynécologie-obstétrique, maternité et néonatalogie visent à les aider à aborder les thématiques du tabac, de l'alcool ou de la drogue avec les femmes enceintes. Six maternités assuraient en 2003 une action spécifique vis-à-vis du tabac pour les femmes enceintes.

Cancers professionnels

En matière de prévention des cancers professionnels, une semaine interrégionale sur le risque s'est tenue en octobre 2003.

2. DÉPISTAGE

Le dépistage organisé du cancer du sein a débuté en 1989 dans la Sarthe (Gems), en 1994 dans les départements de Loire-Atlantique (Madame) et de Mayenne (Camelias), en 2002 dans le département de la Vendée et en septembre 2003 en Maine et Loire. Pour l'année 2003, le pourcentage de participation des femmes au dépistage du cancer du sein était estimé à 25% pour les départements de la Loire-Atlantique et de la Mayenne, à 27% pour la Sarthe et à 12% pour la Vendée. Compte tenu du démarrage tardif du dépistage en Maine et Loire, il n'y a pas d'estimation disponible pour ce département. Le département de Loire-Atlantique réalisera avec le registre des cancers de Loire-Atlantique et de Vendée une étude sur les résultats du dépistage organisé en Loire-Atlantique.

Par ailleurs, la Mayenne participe depuis Novembre 2003 à l'expérimentation du dépistage systématique du cancer colo-rectal avec 21 autres départements retenus par le ministère de la Santé.

En 2002, le taux de participation des femmes au dépistage du cancer du col de l'utérus était estimé à 27%.

Deux consultations d'onco-génétique existent à Nantes et à Angers.

3. SOINS ET ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

Réseau de cancérologie

La région Pays de Loire dispose d'un réseau régional de cancérologie, le réseau " ONCO Pays de Loire ". Ce réseau est une fédération de 7 réseaux locaux, fondés sur des unités de coordination pluridisciplinaires en oncolo-

gie (UCPO) réparties sur l'ensemble de la région. Ces UCPO organisent des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP), lieux de définition des stratégies thérapeutiques pour chaque patient. Elles permettent d'établir pour chaque patient un programme personnalisé de soins, qui est un objectif majeur du Plan Cancer ; elles organisent par ailleurs une coordination des soins entre les établissements de santé et le domicile. Dans ce cadre il faut noter le déploiement en mai 2004 d'une organisation de chimiothérapie à domicile par l'UCPO de St Nazaire.

Etant donné l'état d'avancement de la réflexion en matière d'organisation des soins, la région Pays de Loire a été une des 4 régions retenues par le ministère de la Santé pour expérimenter la mise en place d'un " dossier communiquant " en 2004.

Hospitalisation à domicile (HAD)

En 2002, il y avait 148 places d'HAD installées. En 2003, quarante-sept places supplémentaires ont été créées.

Soins de support

Les soins palliatifs sont assurés par 21 équipes mobiles, 110 lits identifiés et 2 unités de soins. L'ensemble de la région est couverte par le réseau régional de soins palliatifs.

Le dispositif d'annonce expérimental est mis en place en 2004 dans les CHU d'Angers et de Nantes en oncopédiatrie, au centre Paul Papin (CLCC) à Angers, dans un centre hospitalier, dans 5 cliniques et par des praticiens libéraux (pneumologues) dans le cadre du réseau.

Equipements lourds

La région a bénéficié dans le cadre du Plan " Hôpital 2007 " d'un effort d'investissement important permettant l'installation de 3 TEP¹, au centre R. Gauducheau (CLCC) à Nantes, au centre Paul Papin (CLCC) d'Angers en coopération avec le CHU d'Angers et au centre hospitalier du Mans. Un poste supplémentaire a été financé en radiothérapie.

Accès aux thérapeutiques onéreuses

En 2003, une expérience innovante, réalisée avec la région Bretagne, a consisté en la création d'un Observatoire du Médicament et de l'Innovation Thérapeutique (OMIT) sur le modèle de l'OMIT de la région Provence-Alpes

1) TEP : Tomographe à émission de positon

Côte d'Azur. Cet observatoire poursuit les objectifs suivants :

- suivre la consommation de certaines molécules et prévoir cette dépense dans les établissements,
- s'assurer du respect des standards de prise en charge,
- apporter une aide aux décideurs dans l'allocation des moyens financiers aux établissements prescripteurs,
- mesurer le coût des traitements et anticiper leur impact financier,
- vérifier l'adéquation des prescriptions aux recommandations.

Un certain nombre de médicaments utilisés en cancérologie et en hématologie ont été retenus dans une première phase. Les résultats d'une première évaluation devraient être disponibles au cours de l'année 2004.

Tumorothèque

Une réflexion inter-régionale avec la Bretagne va permettre de constituer une banque de ressources tissulaires, par la mise en commun des différentes banques de tissus, à vocation tumorale, existantes au sein du CHU et du CRLCC sous l'égide de l'Institut Régional contre le Cancer de Nantes-Atlantique. Cette tumorothèque a vocation à communiquer avec d'autres tumorothèques dans le cadre d'un réseau, que ce soit via le cancéropôle " Grand-Ouest " ou via de grands projets nationaux.

4. FORMATION ET RECHERCHE

En 2003, 12 internes étaient inscrits au diplôme d'études spécialisées (DES) de cancérologie, options oncologie médicale et radiothérapie non différenciées. Trois internes étaient inscrits au DES d'hématologie.

Le cancéropôle " Grand-Ouest " intègre des équipes de la région Pays de la Loire au sein d'axes fédérateurs associant des équipes médico-scientifiques des régions Bretagne, Centre et Poitou-Charentes. Cinquante deux équipes sont ici impliquées.

Dans ce cadre, quatre thèmes fédérateurs ont été retenus :

- La vectorisation tumorale d'agents diagnostiques et thérapeutiques
- La valorisation des produits de la mer en cancérologie
- La thérapie cellulaire
- La pharmacogénomique et pharmacogénétique du cancer.

Le PHRC¹ national 2003 finance un projet de recherche en cancérologie soutenu par le CHU de Nantes.

1) PHRC : Programme Hospitalier de Recherche Clinique

L'action du Comité départemental de la Ligue contre le cancer de la Loire-Atlantique :

L'aide aux malades :

- Réalisation et diffusion d'un guide pratique pour faciliter la vie quotidienne des malades et de leurs familles (soins, droits sociaux et relations avec le milieu du travail, aides financières et associations de soutien aux malades).

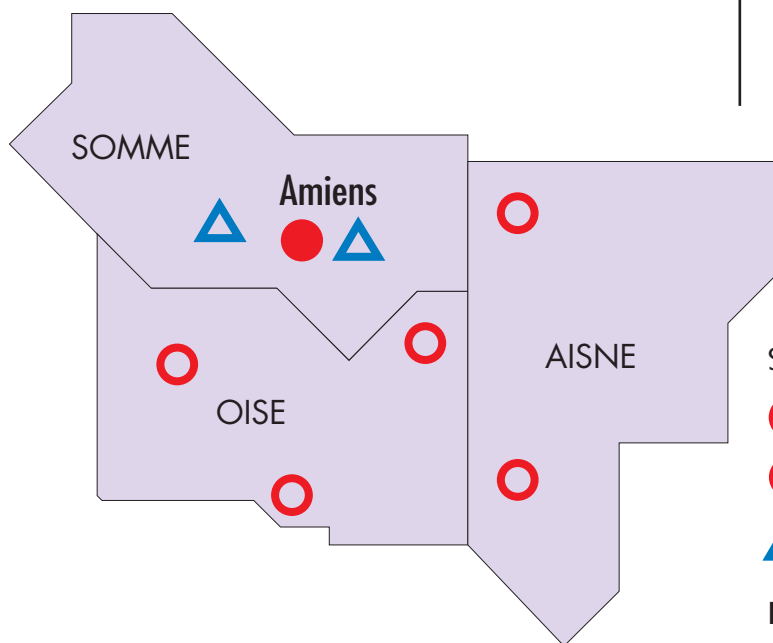
- Mise en place de réunions d'information pour les malades et leurs proches : celles-ci sont animées par des professionnels qui abordent des thèmes médicaux et sociaux, par ex : la chimiothérapie, la douleur, la reconstruction du sein, la nutrition, les problèmes de remboursements et d'assurance, etc.

- Et toujours : des permanences d'accueil pour les malades et leurs familles, des groupes de parole pour les malades, des aides financières ponctuelles et la mise à disposition d'une documentation thématique sur les cancers et les traitements.

La prévention

Conception et mise en œuvre d'une action de prévention auprès du grand public sur le thème "Santé et alimentation".

EN PICARDIE



Sites de référence ou orientés en cancérologie

● **CHU** Centre Hospitalier Universitaire

○ Autre établissement public

△ Établissement privé

Population : 1 857 105

La Picardie est la troisième région de France pour sa mortalité par cancer chez l'homme et la quatrième pour les femmes. On observe plus de 4 000 décès par an dont un tiers avant 65 ans. Il existe une surmortalité par rapport à la moyenne française de 14% chez les hommes et de 6% chez les femmes.

1. PRÉVENTION

Registres

Dans le domaine de l'épidémiologie, la région Picardie est dotée d'un registre général des cancers couvrant le département de la Somme. Les données qui en sont issues montrent notamment que la Somme occupe une place moyenne tant pour l'incidence que pour la mortalité pour les cancers du sein et colo-rectaux et présente les taux de cancers du col utérin parmi les plus élevés de France.

Tabac/Alcool

Dans le cadre des appels à projets régionaux concernant la lutte contre le tabac financés par l'INPES¹ et la DGS², un programme de prévention des cancers évitables, surtout ceux liés au tabac, a reçu un financement de 205 000 euros.

En 2003, 51 établissements (hôtels et restaurants) ont été contrôlés quant au respect de la loi Evin.

Concernant les actions en milieu scolaire, deux actions sont à remarquer: le programme " Esti ", programme régional de prévention du tabagisme en milieu scolaire de l'Assurance Maladie (qui vise principalement les élèves du CM 1 à la 4^{ème}) et la décision de choisir le label " Sans tabac " pour 6 lycées de la région.

Pour l'aide au sevrage, tous les départements disposent d'au moins une consultation hospitalière de tabacologie en association avec 8 équipes hospitalières de liaison d'addictologie (1 nouvelle équipe est en cours de constitution).

2. DÉPISTAGE

Le dépistage du cancer du sein s'est appuyé dans deux départements – la Somme (Adema) et l'Oise (Adcaso) – sur des dispositifs déjà existants, créés respectivement en 1991 et 1998.

En septembre 2003, le département de l'Aisne a débuté ce dépistage (Aisne Préventis).

En 2003 le taux moyen de participation des femmes au dépistage du cancer du sein au niveau de la région était de 20%.

1) INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
2) DGS : Direction Générale de la Santé

3. SOINS ET ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

Réseau de cancérologie

La région Picardie réfléchit actuellement aux modalités de mise en œuvre d'un véritable réseau régional de cancérologie.

La mise en place récente d'une plate-forme de télé-médecine à partir du CHU permettra de mettre progressivement en place un véritable dossier communiquant entre les professionnels et les patients.

Hospitalisation à domicile (HAD)

En 2002, il existait 58 places d'HAD installées. En 2003, 20 places supplémentaires ont été autorisées.

Soins de support

En 2003, trois postes mi-temps de psychologues ont été créés.

Les soins palliatifs sont assurés par 9 équipes mobiles, 14 lits identifiés et 2 unités de soins. L'ensemble de la région est couverte par le réseau de soins palliatifs.

Equipements lourds

Le CHU d'Amiens est désormais doté d'un TEP¹-scan. L'installation prochaine d'un second équipement de cette catégorie est envisagée. Deux postes complémentaires ont été financés en radiothérapie.

Innovation thérapeutique

En 2003 un Observatoire régional des molécules innovantes ("ORTIC") a par ailleurs été créé dans la région, sur une base multi-professionnelle et sur une initiative commune de l'ARH² et du CHU.

Social

Pour améliorer l'information des malades et de leur entourage, un kiosque d'information, hors structure de soin est en train de se mettre en place au niveau de la ville d'Amiens. Sans consultation médicale, il a vocation d'information, d'aide psychologique et/ou sociale.

4. FORMATION ET RECHERCHE

En 2003, un interne était inscrit au diplôme d'études spécialisées (DES) de cancérologie, option radiothérapie.

Le cancéropôle " Nord-Ouest " intègre des équipes de la région Picardie au sein d'axes fédérateurs associant des équipes médico-scientifiques des régions Basse-Normandie, Haute-Normandie et Nord-Pas-de-Calais. Le site de Bruxelles (hôpital Erasme) complète cet ensemble.

Les thèmes fédérateurs concernent :

- Développement et évaluation de nouveaux outils pour le dépistage de masse des cancers et la détection des sujets présentant un risque accru particulier, héréditaire (côlon, sein) ou lié à l'environnement (poumon, mésothéliome).
- Recherche de nouveaux marqueurs pronostiques des hémopathies malignes en utilisant les ressources de la

génomique et de la cytogénétique moléculaire.

- Nouvelles stratégies de chimiothérapie des cancers épithéliaux, en particulier le cancer du côlon.
- Recherche de nouveaux marqueurs et cibles thérapeutiques dans les cancers hormono-dépendants (sein, prostate).
- Développement de nouveaux traitements biologiques du cancer par immunothérapie cellulaire et génique, notamment dans le cas du mélanome.
- Recherche technologique en radiothérapie conformationnelle.
- Développement des collaborations transfrontalières avec la Belgique, notamment dans le cadre européen du 6ème PCRD.

" Faire tomber les barrières " une action de l'hôpital de Creil :

Tenant compte de la sociologie de la population de Creil (mélange de populations, multiculturelles, problèmes linguistiques, d'illettrisme, de précarité ; niveau d'éducation sanitaire insuffisant aboutissant à des diagnostics tardifs), les professionnels de l'hôpital de Creil ont engagé une série d'actions visant à " faire tomber les barrières ".

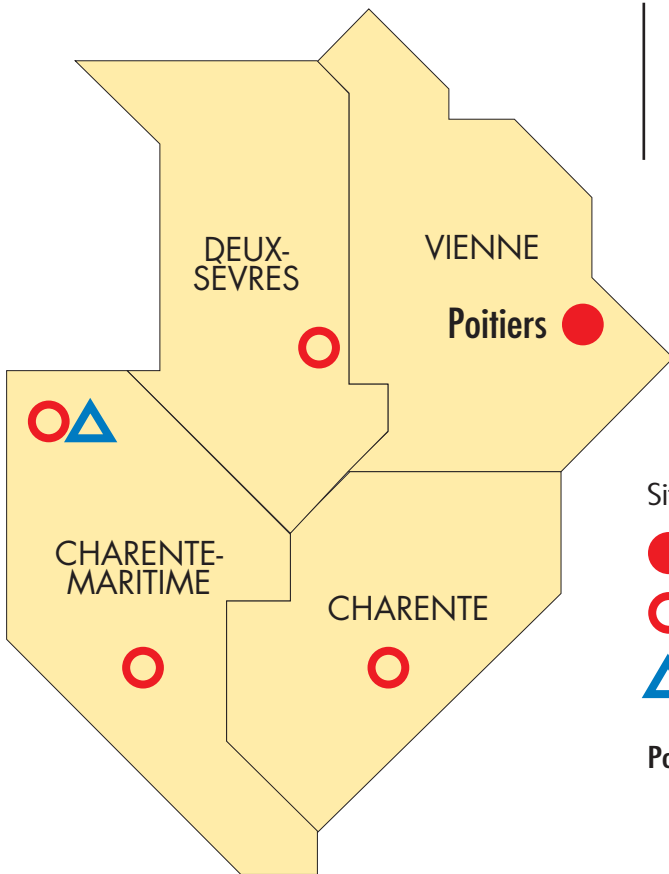
Des journées ont été organisées à plusieurs reprises en octobre 2003, appuyées sur les réseaux existants ainsi que sur le secteur associatif : groupes d'alphabétisation, médiatrices, interprètes, et sur la CPAM¹ et l'URCAM².

Ces rencontres (" Les professionnels de l'hôpital de Creil à la rencontre du public ", 9 et 18 oct. 2003) se sont déroulées :

- sous forme de (5) groupes d'échanges interactifs associant chaque fois une centaine de personnes, pendant deux heures de dialogue ouvert sur le cancer : ce qu'est la maladie, le rôle de l'hérédité, le dépistage et le diagnostic, les traitements, etc. Ces échanges ont donné lieu à des discussions libres, sans obstacles ni tabous, les professionnels veillant à utiliser un langage simple et compréhensible par tous ;
 - dans le cadre de visites de sites de soins (hôpitaux de jour, radiothérapie,...) comme support à l'échange et à l'information.
- En 2004 des rencontres de ce type seront à nouveau organisées.

1) TEP : Tomographe à émission de positon
2) ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

1) CPAM : Caisse Primaire d'Assurance-Maladie
2) URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie



EN POITOU-CHARENTES

Sites de référence ou orientés en cancérologie

- **CHU** Centre Hospitalier Universitaire
- Autre établissement public
- Établissement privé

Population : 1 640 453

L'incidence estimée des cancers en Poitou-Charentes s'appuie sur des chiffres datant de 1992 mais néanmoins illustratifs : 6 650 nouveaux cas dont 58% chez l'homme, ce qui représente en tenant compte des chiffres nationaux entre 8 500 et 9 000 nouveaux cas en 2003.

La mortalité liée au cancer évaluée en 1995-1997, est de 4 550 décès, dont 62% chez l'homme.

Actuellement, 26% de la population est âgée de plus de 60 ans et 17% de plus de 65 ans. Depuis 1968, la population des plus de 65 ans a augmenté de 50% et cette tendance va se poursuivre, ce qui ne sera pas sans conséquence sur l'incidence des cancers et leur prise en charge.

1. PRÉVENTION

Tabac/Alcool

En matière de prévention, au-delà des actions conduites en matière de lutte contre le tabac, il faut souligner l'important travail mené par l'URML¹ auprès des médecins généralistes : 150 d'entre eux ont ainsi été sensibilisés aux consultations de prévention, 300 seront concernés en 2004. De nombreuses autres actions sont menées en matière de prévention par l'intermédiaire des médecins libéraux (opération "présentoir", consultation de promo-

tion personnalisée avec le logiciel ESPER, agenda de l'adolescent, ...).

L'INPES² dans le cadre des appels à projet régionaux a participé aux programmes de prévention du tabagisme pour un montant de 160 000 euros.

Cinq associations ont été financées au niveau régional pour une somme totale de 178 000 euros

Concernant l'aide au sevrage tabagique, tous les départements ont au moins une consultation hospitalière de tabacologie, associée à 3 équipes hospitalières de liaison en addictologie.

Nutrition

Concernant la nutrition, 32 mairies ont une démarche de qualité nutritionnelle et font appel à une diététicienne pour les contrats avec les cantines.

Cancers professionnels

Un important repérage des sites cancérogènes a été initié par les services de la Direction Régionale du Travail : 8% des salariés suivis seraient susceptibles d'être exposés à des facteurs cancérogènes (poussières

1) URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

2) INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

de bois, amiante ...) en Poitou-Charentes, alors que seulement 22 cas seraient déclarés. Les médecins du travail se sont particulièrement mobilisés dans cette région et mènent des actions de sensibilisation et de prévention. Dès 2004, des actions expérimentales sont conduites dans cinq entreprises pour tester les outils élaborés et la méthodologie recommandée par le Ministère.

2. DÉPISTAGE

Le dépistage du cancer du sein, débuté pour le département de la Charente en 1997 (Orchidées), s'est étendu en décembre 2002 au département de la Vienne (Docvie) et respectivement en juin et octobre 2003 aux départements de la Charente-Maritime (Lucide17) et des Deux-Sèvres (Arcandes). En 2003 le taux de participation au dépistage était estimé à 15% pour la Charente-Maritime.

Fin mai 2003, à titre expérimental, le dépistage du cancer colo-rectal a par ailleurs été engagé dans le département de la Charente, comme dans les 21 autres départements retenus sur le territoire. Il concerne plus du quart de la population charentaise. Des actions de communication importantes accompagnent cette politique de dépistage.

Un colloque sur les "Dépistages : un enjeu de vie" a été organisé le 13 novembre 2003 pour diffuser l'information (documents presse, vidéos) sur la mise en place effective du dépistage des cancers du sein dans les quatre départements de la région.

L'objectif essentiel de cette manifestation a été de développer la communication en direction des professionnels et des associations relais, notamment sur le rôle des médecins libéraux et des usagers, les techniques de dépistages des cancers, les actions de communication mises en œuvre par les associations de gestion de dépistage du cancer du sein et du cancer colo-rectal.

3. SOINS ET ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

L'extension du centre de cancérologie de la Rochelle, financée en partie par l'ARH¹ et réalisée au printemps 2003, est une bonne illustration des efforts accomplis pour une meilleure prise en charge des patients en hospitalisation complète, en hospitalisation de jour et en radiothérapie sur le même site.

Réseau de cancérologie

En Poitou-Charentes, la prise en charge cancérologique est organisée en réseau par la fédération des 5 unités de concertation pluridisciplinaires d'oncologie (UCPO) de la Vienne, des Deux-Sèvres, du bassin sanitaire charentais, de la Charente-Maritime Nord et de la Charente-Maritime Sud.

Au travers du contrat de Plan État-Région, un "portail régional de santé" se met en place et permettra de disposer d'un outil commun, ainsi que d'un dispositif de visioconférence.

Enfin, dans le cadre du plan "Hôpital 2007", un effort particulier va permettre de doter la région Poitou-Charentes qui ne dispose pas de Centre de Lutte Contre le Cancer, d'un Institut régional de cancérologie au CHU de Poitiers. Il regroupera l'ensemble des activités liées à la cancérologie et ouvrira ses portes en 2007. Le coût total de cette opération atteint près de 32 millions d'euros.

Hospitalisation à domicile (HAD)

En 2002, il y avait 97 places d'HAD autorisées, dont 85 installées. En 2003 il n'y a pas eu de nouvelle place créée.

Soins de support

Les soins palliatifs sont assurés par 10 équipes mobiles et 2 unités de soins. Seule 25% de la région est couverte par le réseau régional de soins palliatifs.

Dans le cadre de l'action nationale, le CHU de Poitiers expérimente le dispositif d'annonce en 2004. Un poste de psychologue a été créé en 2003 pour renforcer le soutien psychologique aux patients.

Equipements lourds

En novembre 2003 un équipement TEP² de deuxième génération a été mis en service au CHU de Poitiers.

En 2003 concernant la radiothérapie, 3 postes temps plein de radiothérapeutes ont été financés.

Social

Un recensement exhaustif concernant l'accompagnement social des patients a été réalisé auprès des établissements de santé afin de mieux connaître les actions existantes. A partir de cet état des lieux, des actions vont être engagées dans une cohérence régionale.

1) ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

2) TEP : Tomographe à émission de positon

4. FORMATION ET RECHERCHE

En 2003, 2 internes étaient inscrits au DES de cancérologie, option oncologie médicale.

Le cancéropôle " Grand-Ouest " intègre des équipes de la région Poitou-Charentes au sein d'axes fédérateurs associant des équipes médico-scientifiques des régions Bretagne, Centre et Pays de Loire.

52 équipes sont impliquées et 4 projets fédérateurs ont été retenus :

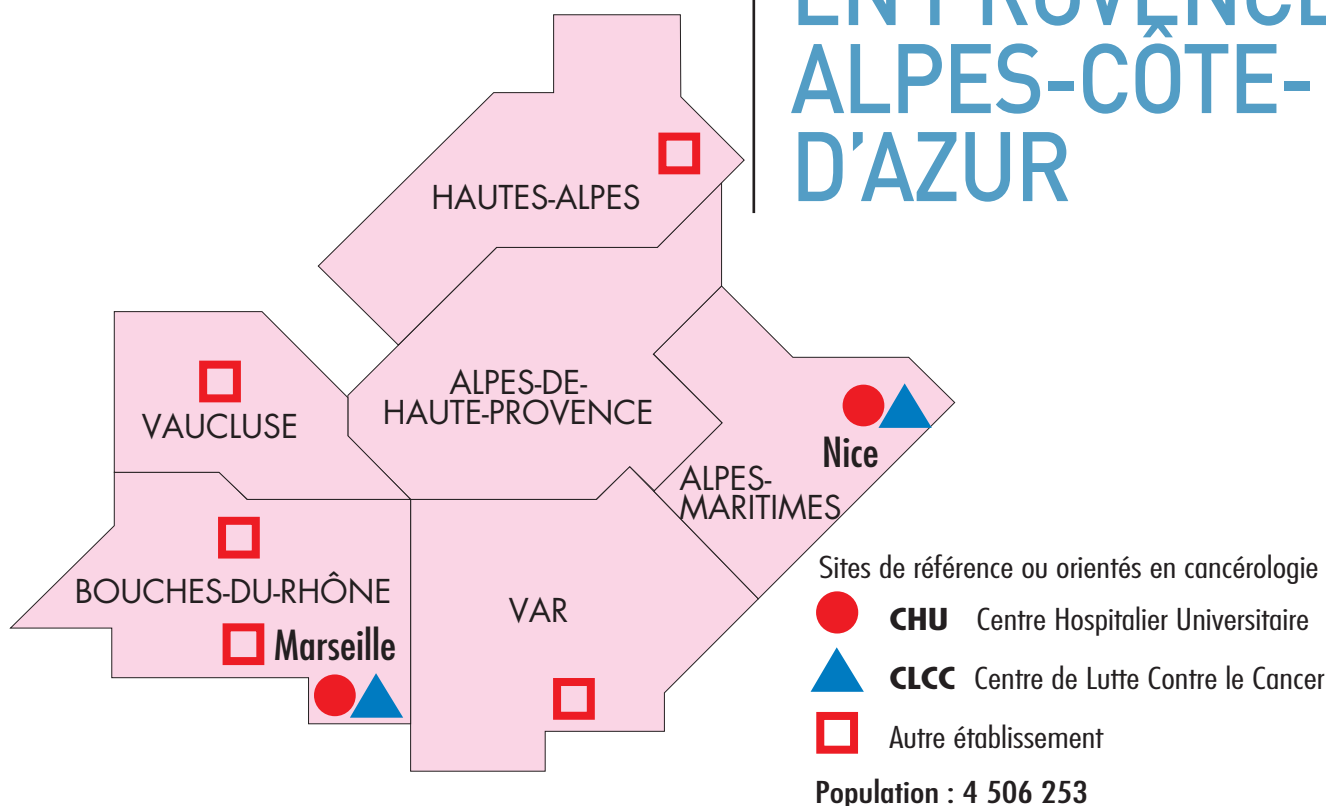
- La vectorisation tumorale d'agents diagnostiques et thérapeutiques
- La valorisation des produits de la mer en cancérologie
- La thérapie cellulaire
- La pharmacogénomique et la pharmacogénétique du cancer.

Le dépistage au quotidien. Communication et sensibilisation par l'association Doc'Vie.

Un dispositif de dépistage – en l'occurrence le dépistage du cancer du sein - doit pour réussir s'appuyer sur des campagnes résolues de communication auprès du public, des administrations et des médecins. L'association Doc'Vie œuvre dans ce sens dans le département de la Vienne :

- Communication auprès du public : présentations générales puis encarts réguliers dans toute la presse locale, reportage France 3, interviews sur les radios locales, campagnes d'affichage sur les panneaux municipaux, les bus...
- Communication auprès des administrations et associations : lettres d'information avec affiches et dépliants pour toutes les mairies du département, pour tous les bureaux de poste et les principales associations et centres socio-culturels en lien avec les femmes ; interventions auprès des assistantes sociales de la Vienne.
- Communication auprès des professionnels de Santé : courriers à l'ensemble des professionnels de santé du département ; réunions de présentation de la campagne auprès des généralistes et gynécologues, des médecins du travail et anatomopathologistes ; interventions lors de colloques médicaux et à la faculté de médecine ; lettres d'information et affiches adressées à l'ensemble des pharmacies du département ; visite des professionnels de Santé par des étudiants en médecine formés pour présenter la campagne.

EN PROVENCE-ALPES-CÔTE-D'AZUR



Les cancers touchent chaque année en région PACA 21 500 nouvelles personnes et concernent 12 000 décès. Il y existe une surmortalité régionale de l'ordre de 7%, expliquée principalement par la forte proportion de personnes âgées.

Le 6 janvier 2004, afin d'assurer la cohérence et la coordination de l'ensemble des mesures et actions du Plan Cancer au niveau régional, le Préfet de Région a installé le Comité régional de pilotage du Plan Cancer. L'ARH¹ et la DRASS² ont lancé un état des lieux de l'organisation de la lutte contre le cancer. Il couvre l'ensemble des domaines et concerne le maximum d'actions, qu'elles entrent directement ou indirectement dans les 70 mesures du Plan National. Plus de 500 structures ont été interrogées. L'exploitation des réponses est en cours.

1. PRÉVENTION

Tabac/Alcool

Dans le cadre de l'expérimentation " 22 lycées sans tabac ", 1 lycée pilote du Vaucluse participe à ce projet. D'autres établissements adoptent progressivement cette mesure. Dans les Alpes Maritimes, des actions

antérieures ont été fortement développées et systématisées auprès des élèves, du primaire au lycée. Plus globalement, un nombre important d'actions sont menées en matière de prévention du tabagisme auprès des élèves de la région.

Pour l'aide au sevrage tabagique, tous les départements ont au moins une consultation hospitalière de tabacologie. Elles sont associées à 9 équipes hospitalières de liaison en addictologie. Pour diminuer les délais de premier rendez-vous, une consultation hospitalière collective de tabacologie va être créée à titre expérimental au CHU de Nice et à l'hôpital Sainte Marguerite à Marseille.

Cancers professionnels

Une attention particulière a été portée à la prévention des cancers professionnels : un contrat de plan Etat-Région PACA a inscrit la prévention des cancers professionnels comme une priorité ; les actions portent ainsi sur la mise en place d'un système d'information, des actions en entreprises, de la formation ainsi qu'une veille sanitaire.

1) ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
2) DRASS : Direction Régionale des affaires sanitaires et sociales

Cancers de la peau

En sus des actions nationales, des actions spécifiques de prévention du mélanome sont développées.

2. DÉPISTAGE

Le dépistage organisé du cancer du sein est opérationnel dans tous les départements de la région. Il a débuté en 1990 pour les Bouches-du-Rhône (Arcades), en 1996 pour le Var (Isis 83) et en 1998 pour les Alpes-Maritimes. En juillet 2003, le Vaucluse a mis en place le dépistage (Adca 84). Plus de 600 000 femmes sont potentiellement concernées par ce dépistage.

En 2003 le taux moyen de participation des femmes au dépistage à mi-campagne était de 28%.

Le Comité technique régional des dépistages a organisé une campagne de communication ciblant les populations précaires et/ou isolées, afin de compléter la campagne proposée sur le plan national en faveur du dépistage organisé du cancer du sein.

Cette campagne régionale, confiée au CRES¹, est basée sur l'interactivité et l'autonomie : son objectif est d'inciter les femmes à se faire dépister, mais aussi, et de manière plus globale, à prendre en main leur santé et leur corps.

Développée avec de nombreux partenaires, (notamment les CODES², les structures de gestion, la DRASS³, l'Assurance-Maladie, la Ligue contre le cancer, les conseils généraux, l'URML⁴ et les associations de femmes), elle comporte deux axes :

- la formation de relais intervenant au quotidien au plus près des femmes potentiellement concernées,
- la conception d'outils de communication spécifiques (affiche et brochure d'information diffusés auprès de tous les relais locaux ; dispositif de partenariat presse écrite et radio).

La réalisation d'un CD-Rom sur le dépistage organisé du cancer du sein à destination des professionnels de santé de la région est en cours. Il s'agit de promouvoir le dépistage organisé, et de favoriser l'adhésion des médecins généralistes, des gynécologues, des infirmières, des sages-femmes et des kinésithérapeutes. Le CD-Rom présentera de manière attractive les avantages du programme national et le fonctionnement des dispositifs existants dans chacun des six départements. La reprise d'une telle initiative dans d'autres régions est souhaitable.

1) CRES : Comité Régional d'Education pour la Santé

2) CODES : Comité Départemental d'Education pour la Santé

3) DRASS : Direction Régionale des affaires sanitaires et sociales

4) URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

Le département des Bouches-du-Rhône est également " pilote " pour le dépistage du cancer colo-rectal qui a débuté en décembre 2002 dans le cadre de l'expérimentation nationale au sein de 22 départements.

3. SOINS ET ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

Deux pôles de référence comprenant des missions d'enseignement et de recherche, - prévus dans l'annexe cancérologie du SROS PACA - ont été constitués : le pôle CHU/CLCC Marseille et le pôle CHU/CLCC Nice. La coordination entre ces pôles sera essentielle pour répondre à l'objectif de constitution d'un pôle régional de cancérologie.

Réseau de cancérologie

Les réseaux de soins en cancérologie d'organe déjà existants sont en cours de structuration et de regroupement pour former à court terme deux réseaux régionaux centrés sur les deux pôles de référence. Ces réseaux commencent à développer et à organiser la complémentarité entre les secteurs hospitaliers et ambulatoires. Parallèlement, des réseaux locaux fédèrent l'offre de soins en matière de cancérologie au niveau de bassins de population clairement définis. En 2003, huit réseaux ont pu bénéficier d'un financement au titre de la dotation régionale de développement des réseaux ; la cancérologie a été retenue comme thème prioritaire pour les attributions 2004. C'est dans le cadre de ces réseaux que devra se dessiner progressivement la répartition optimale entre centres orientés et centres de proximité. Par ailleurs, des actions importantes de réorganisation de la chimiothérapie ont été effectuées.

La formalisation d'un système de normalisation des échanges informatiques (ENOSIS) est la première étape vers la concrétisation du " dossier communiquant ".

La prise en charge globale des enfants cancéreux fait par ailleurs déjà l'objet d'un réseau d'oncopédiatrie individualisé auquel participent de nombreux acteurs de santé médicaux, paramédicaux, médico-sociaux... ; ce réseau a aussi fait l'objet d'un financement.

Hospitalisation à domicile (HAD)

En 2002, il existait 411 places d'HAD autorisées. En 2003 aucune place n'a été créée. Il existe par ailleurs un service d'HAD spécifique à Marseille, qui permet la réalisation de chimiothérapie à domicile et qui comportait 249 places en 2003. Un projet similaire est en cours d'évaluation pour Nice.

Soins de support

Les soins palliatifs sont assurés par 22 équipes mobiles, 47 lits identifiés et 3 unités de soins. Pour l'instant, il n'existe qu'un réseau de soins palliatifs qui ne couvre qu'un département, soit 17% de la région. Trois autres réseaux sont en cours de validation.

En 2004 le dispositif d'annonce expérimental est testé au CHU de Marseille, aux CLCC de Marseille et de Nice, au centre hospitalier de Toulon et dans une clinique.

Social

Pour améliorer l'information des malades et de leur entourage, un kiosque d'information, hors structure de soin, sera inauguré en juillet 2004 à Nice, dans l'enceinte d'un centre commercial assurant ainsi une très bonne visibilité de la structure. Un deuxième centre d'information devrait ouvrir l'hiver prochain dans le centre-ville de Nice. Ils ont vocation à fournir information, aide psychologique et/ou sociale mais ne comporte pas de consultation médicale.

Innovation thérapeutique

Le premier observatoire du médicament et de l'innovation thérapeutique a été mis en place en région Provence-Alpes-Côte-d'Azur. Trois axes sont développés :

- un axe scientifique qui consiste essentiellement à élaborer des référentiels et à estimer des files actives
- un axe statistique visant à recenser les achats et mesurer les consommations
- un axe financier permettant d'estimer des prix moyens régionaux et de mettre en place des enveloppes ciblées.

Il s'agira dans cadre d'évaluer notamment l'impact des innovations en cancérologie sur les dépenses de santé. Cet observatoire a centré son action actuellement sur les médicaments anti-cancéreux.

Equipements lourds

Un TEP¹ débute son activité au CHU de Marseille. L'année 2004 verra la mise en fonctionnement d'un même équipement à Avignon, à Nice et d'un deuxième appareil à Marseille en association entre l'Institut Paoli-Calmettes et la Générale de Santé. Il existe aussi un TEP à Monaco, ainsi que deux gamma-caméras avec extension en coïncidence à Nice et Toulon.

En 2004, dans le domaine de la radiothérapie, il est prévu l'installation d'un accélérateur supplémentaire à Toulon, puis d'un équipement à Cannes et de deux appareils à Marseille.

La région PACA, comme l'Ile-de-France, a développé un modèle d'analyse de l'activité en cancérologie à partir des bases PMSI . L'activité de radiothérapie libérale a été réintégrée par extrapolation.

La région PACA est particulièrement mobilisée sur l'accès aux soins des personnes en situation précaire et/ou isolée. Trois axes de travail ont été identifiés dans le cadre d'une contribution de la région au futur Institut National du Cancer :

- l'observation des comportements à partir d'enquêtes, d'analyse de la mortalité, de suivi de cohortes.
- l'incitation à la prévention et au dépistage des cancers.
- le suivi du continuum dépistage - soins, de l'observance des traitements, à partir de l'expérience du CLCC de Nice qui a développé le concept de " soins d'optimisation thérapeutique ". Ces soins visent à spécifier, évaluer et prendre en compte les facteurs médicaux et psychosociaux susceptibles d'influencer le cours de la maladie.

4. FORMATION ET RECHERCHE

En 2003, 3 internes étaient inscrits au DES de cancérologie, un pour l'option oncologie médicale et 2 en radiothérapie.

Dans le cadre d'une contribution de la région au futur Institut National du Cancer, la région PACA est candidate pour être le site d'un centre de formation spécialisé dans les métiers paramédicaux spécifiques à la cancérologie et de manière plus globale dans les nouveaux métiers, non médicaux, de la cancérologie.

Le Cancéropôle Provence-Alpes-Côte-d'Azur intègre des équipes de la région PACA au sein d'axes fédérateurs associant 53 équipes de recherche ainsi que 4 hôpitaux (les 2 CHU et les 2 CLCC de Marseille et Nice), 7 structures industrielles, principalement au stade de start-up, l'INSERM¹ et le CNRS², les UFR de médecine marseillaises et niçoises.

Dans ce cadre, quatre thèmes fédérateurs ont été retenus :

- la génomique descriptive
- la génomique fonctionnelle
- l'immunothérapie des cancers
- l'épidémiologie sociale et les impacts socio-économiques de la prise en charge des cancers.

Une enquête sur les conditions de vie des patients cancéreux est conduite en collaboration avec la

1) TEP : Tomographe à Emission de Positron

1) INSERM : Institut National de Santé et Recherche Médicale
2) CNRS : Centre National de la Recherche Scientifique

DREES¹ et les équipes de recherche de l'INSERM et de l'ORS² de PACA. Ce thème figure d'ailleurs dans les thèmes fédérateurs du cancérpôle auquel participe la région.

Dans le cadre de l'appel à projet du PHRC national 2003, 12 projets de recherche en cancérologie sont financés, 6 soutenus par l'Institut Paoli Calmettes (CLCC), 2 par le CHU de Marseille et 4 par le CHU de Nice.

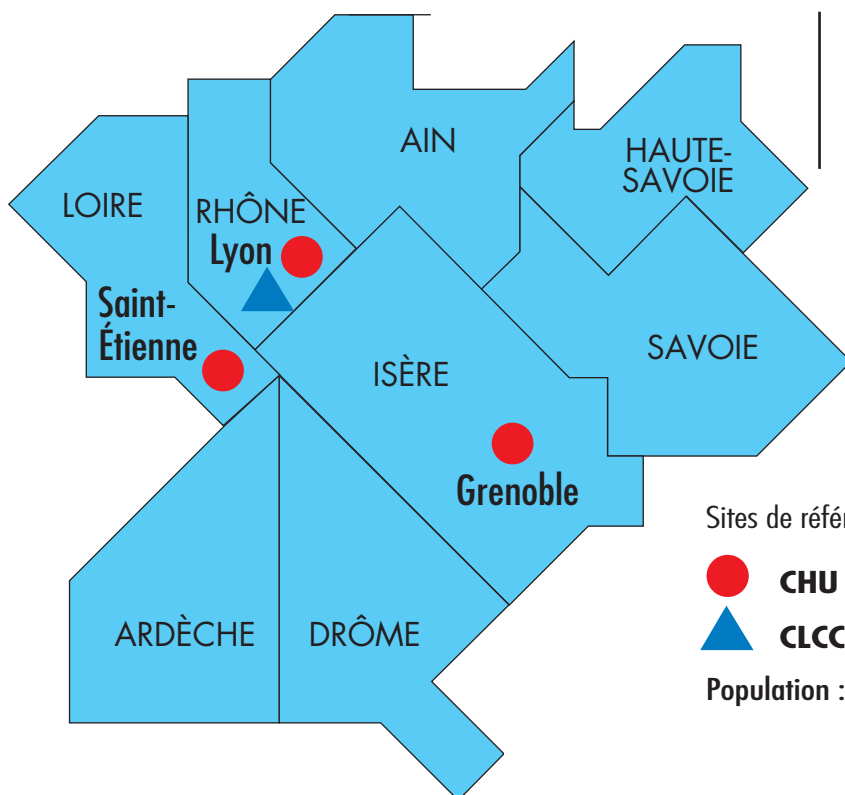
1) DREES : Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

2) ORS : Observatoire Régional de Santé

" Je souhaite que, dans toutes les structures d'hospitalisation, un comité de patients, comme celui qui existe à l'Institut Paoli-Calmettes, soit créé ". Cette phrase tirée du discours prononcé par le Président de la République lors du bilan qu'il a effectué en de la mise en oeuvre du Plan Cancer à 10 mois, le 2 février 2004 en région PACA, a souligné le caractère pionnier en la matière de l'Institut Paoli-Calmettes (IPC) à Marseille.

Destiné à jouer le rôle d'interface avec la direction de l'établissement et les équipes médicales sur des sujets pratiques de la vie des malades, le " comité des patients " est une instance d'information et de dialogue qui a pour vocation de placer le malade au cœur du dispositif de prise en charge. Il réunit une douzaine de personnes et se regroupe à raison de quatre réunions plénières par an, pour donner son avis sur des sujets comme la consultation d'annonce, le dossier médical, les enquêtes de satisfaction ou l'organisation des soins palliatifs.

EN RHÔNE-ALPES



Sites de référence ou orientés en cancérologie

-  **CHU** Centre Hospitalier Universitaire
-  **CLCC** Centre de Lutte Contre le Cancer

Population : 5 645 847

En 2000, environ 14 000 hommes et 10 000 femmes y ont été touchés par le cancer. La région Rhône-Alpes se situe juste en dessous de la moyenne nationale pour l'incidence des cancers. Les cancers les plus fréquents sont chez l'homme celui de la prostate et du poumon et chez les femmes le cancer du sein.

1. PRÉVENTION

Dans le cadre des appels à projet financés par l'INPES¹, deux projets ont été retenus

- un projet régional de prévention du tabagisme auprès des jeunes soutenu par le CRAES-CRIPS² (financement en 2003 pour un montant de 264 000 euros).
- un projet portant sur l'extension à toute la région Rhône-Alpes d'expériences locales confirmées dans le monde du travail menées depuis 1997 dans le cadre du PRS³ Alcool et sur la création d'une synergie d'intervention " alcool-tabac " (financement en 2003 pour un montant de 213 000 euros).

Dans le cadre du partenariat entre le ministère de l'Éducation Nationale et le ministère de la Santé autour du projet " Lycée sans tabac ", 4 établissements

ont été désignés établissements pilotes dans les départements de l'Isère, de la Loire et du Rhône. Pour la seule ville de Grenoble, il existe 19 autres lycées qui ont choisi d'être sans tabac.

Au total, 4 associations ont vu leur actions financées au niveau de la région pour un montant total de 595 000 euros.

En 2003, pour l'aide au sevrage tabagique, tous les départements avaient au moins une consultation hospitalière de tabacologie en association avec 24 équipes de liaison hospitalières en addictologie. En 2004 pour diminuer les délais de premier rendez-vous, deux consultations hospitalières collectives expérimentales vont être créées au CHU de Grenoble et à l'hôpital Louis Herriot à Lyon.

1) INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
2) CRAES-CRIPS : Collège Rhône Alpes d'Éducation pour la Santé - Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida
3) PRS : Programme Régional de Santé

2. DÉPISTAGE

Le dépistage du cancer du sein a débuté au début des années 1990 dans les départements du Rhône (Ademas 69), de l'Isère et de la Loire (Vivre). En mars 2003 le dépistage s'est généralisé pour le département de l'Ain, en décembre 2003 pour les départements de la Drôme (Gip Drôme Ardèche) et de la Haute-Savoie (Gip Haute-Savoie). A la fin du premier trimestre 2004, les deux derniers départements, la Savoie (Gip) et l'Ardèche (Gip Drôme Ardèche) ont démarré le dépistage. Compte tenu du début tardif du dépistage, nous ne disposons pas encore d'estimations régionales du taux de participation des femmes au dépistage du cancer du sein.

En mai 2002, dans le cadre de l'expérimentation du dépistage du cancer colo-rectal, le département de l'Isère a débuté ce dépistage.

3. SOINS ET ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

En septembre 2004, l'ouverture de l'Institut de Cancérologie de la Loire (ICL) sur l'initiative du CHU de St Etienne et de la Mutualité Française de la Loire, a pour objectif d'améliorer la prise en charge des patients porteurs de cancer. Cette création permettra de réunir les différents spécialistes de l'onco-hématologie sur un même site.

Hospitalisation à domicile (HAD)

Le nombre de places d'HAD est passé de 373 en 2002 à 393 en 2003.

Soins de support

Les soins palliatifs sont assurés par 19 équipes mobiles et 164 lits identifiés. Il n'y a pas de réseau régional de soins palliatifs.

Au cours de l'année 2004, dans le cadre de la mise en place du dispositif d'annonce, les CHU de Lyon et de Grenoble, l'hôpital St-Joseph-St-Luc, l'Institut de Cancérologie de la Loire et le Centre Léon Bérard-Lyon vont expérimenter ce dispositif.

Equipements lourds

Concernant les équipements lourds, 2 TEP¹ ont été installés dans la région Rhône-Alpes, 1 au CHU de Grenoble et 1 au CHU de Lyon.

4. FORMATION ET RECHERCHE

En 2003, quatre internes étaient inscrits au DES de cancérologie, option oncologie médicale et 7 internes étaient inscrits au DES d'hématologie.

Le cancéropôle associe des équipes de la Région Rhône-Alpes et d'Auvergne.

Deux grands thèmes fédérateurs ont été choisis :

- L'Epidémiologie du cancer avec de l'épidémiologie descriptive, des études biostatistiques reposant sur du génotypage et des nouveaux biomarqueurs avec un partenariat européen fort. Cette thématique Epidémiologie renforcera les activités de registre du cancer.
- La biothérapie du cancer avec pour priorité l'immunothérapie des cancer viro-induits.

Le PHRC national 2003 finance 4 projets de recherche en cancérologie, 2 soutenus par le CHU de St Etienne et 2 par le CHU de Lyon.

Un outil multimédia d'information pour les enfants hospitalisés :

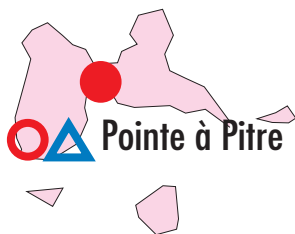
En 2003 le CLCC lyonnais Léon Bérard a expérimenté un nouvel outil multimédia d'information dans les chambres des patients en Pédiatrie en 2003.

La station patient est un écran tactile d'usage facile, installée au lit du malade, qui permet d'accéder à Internet, à la télévision, d'écouter des CD ou de regarder des DVD. Cet outil interactif offre également des informations pédagogiques sur les examens (IRM, Scanner, échographie, des schémas sur la ponction lombaire et sur les traitements et les pathologies. Il a été développé en interne par le Dr. C. Bergeron, en partenariat avec des associations (association régionale Léon-Bérard pour 90 000 euros, association L'enfant à l'hôpital pour son expérience avec le logiciel Kanari) et industriels (Hewlett-Packard, France Télécom). Les adolescents et les enfants sont ravis. Ils ont élu d'emblée les jeux, le " chat " avec leurs amis et les informations sur l'IRM. Les mini-reportages sur les examens rassurent. Le dispositif a ensuite été généralisé à l'ensemble des 18 lits de l'unité. Chaque année, une centaine d'enfants sont pris en charge dans le service de Pédiatrie, pour un séjour moyen de 4 jours.

1) TEP : Tomographe à Emission de Positron

EN OUTRE-MER

GUADELOUPE



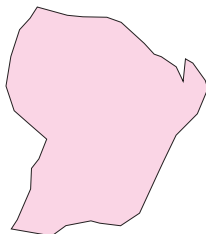
Population : 422 222

MARTINIQUE



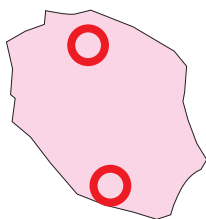
Population : 381 325

GUYANE



Population : 156 790

LA RÉUNION



Population : 706 180

Sites de référence ou orientés en cancérologie

- **CHU** Centre Hospitalier Universitaire
- Autre établissement public
- ▲ Établissement privé

Population : 1 666 517

A la Réunion, avec environ 1 000 nouveaux cancers annuels, l'incidence du cancer est inférieure à celle de métropole, sauf pour les cancers des voies aérodigestives supérieures et du col de l'utérus. Elle est cependant en progression générale.

Pour la Martinique, les cancers les plus fréquents sont le cancer du sein (13,1%), du col de l'utérus (8,2%) et colorectal (6,9%) pour les femmes, le cancer de la prostate (37,7%) et des voies aérodigestives supérieures et poumon (18,1%) pour l'homme.

En Guyane, l'incidence des cancers est relativement faible, plutôt au second plan en terme de Santé Publique après les affections cardiovasculaires.

1. PRÉVENTION

A LA RÉUNION

En 2003, concernant la lutte contre le tabagisme, l'INPES¹ a financé un projet du CRES² Réunion " Génération non fumeurs " pour un montant de 148 000 euros dans le cadre des appels à projets régionaux. En 2003 il y avait trois lycées " sans tabac " mais n'entrant pas dans le cadre de l'expérimentation nationale " Ecole sans tabac ".

Cinq associations ont été financées au niveau de la région pour un montant de 45 000 euros.

Il existait deux consultations hospitalières de tabacologie dans le département, associée à 2 équipes hospitalières de liaison en addictologie.

EN GUADELOUPE

Un projet " Audit " avant après " du dépistage des cancers et des pratiques préventives des médecins de Guadeloupe et des dépendances " promu par l'Association pour le Développement de l'information Médicalisée en Guadeloupe est en cours de mise en place avec un financement conjoint de La Ligue et du FAQSV³ Guadeloupe pour un montant de 242 000 euros.

Au deuxième semestre 2004 l'opération " Ecole sans tabac " doit être mise en place.

Il existait au moins une consultation hospitalière de tabacologie dans le département associée à une équipe hospitalière de liaison en addictologie.

EN GUYANE

Concernant la lutte contre le tabagisme, 36 établissements ont été contrôlés pour vérifier la bonne application de la loi Evin. En 2003 il existait 3 lycées " sans tabac ", mais n'entrant pas dans le cadre de l'expérimentation nationale " Ecole sans tabac ".

1) INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

2) CRES : Comité Régional pour l'Éducation à la Santé

3) FAQSV : Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville

Une association a été financée au niveau régional en 2003 pour un montant de 4 000 euros.

A LA MARTINIQUE

Registres

Il existe un registre général de cancérologie à la Martinique, créé en 1986.

Tabac/Alcool

En 2003 deux associations ont vu leurs actions de prévention financées pour un montant de 35 000 euros. Il existe au moins une consultation hospitalière de tabacologie dans le département, associée à une équipe hospitalière de liaison en addictologie.

2. DÉPISTAGE

Exceptée la Guyane, qui n'a pas encore mis en place le dépistage organisé du cancer du sein, tous les autres départements d'Outre-Mer ont initié le processus, ou vont le faire dans un proche délai, en décembre 2003 à la Martinique (Amerec) et à la Réunion (Mammorum), en juin 2004 à la Guadeloupe.

En 2003 le taux de participation des femmes au dépistage est estimé seulement pour la Réunion et évalué à 30% de la population cible.

En 2003, le taux de participation au dépistage du cancer du col de l'utérus est estimé à 30% à la Réunion.

3. SOINS ET ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

A LA RÉUNION

Le SROS¹ de cancérologie de 1999 a permis de planifier les soins en cancérologie à la Réunion.

Réseau

En mars 2002 le réseau Oncorun a été créé. Il travaille sur le dossier médical partagé, la constitution des unités de concertation pluridisciplinaires et la mise en réseau des cancérologues, spécialistes d'organes et anatomopathologistes par télé-médecine.

La Réunion participe avec 3 autres régions de France à l'expérimentation nationale " dossier communiquant ".

Hospitalisation à domicile (HAD)

Le nombre de places en HAD est resté stable en 2003 après la création en 2002 de 45 places.

Soins de support

L'ensemble du département est couvert par un réseau de soins palliatifs. Ceux-ci sont assurés par 2 équipes mobiles, 4 lits identifiés et 1 unité de soins.

Radiothérapie

Dans le cadre du renforcement de la radiothérapie, 1 poste complémentaire a été financé.

Equipements lourds

L'implantation d'une TEP¹ associée à un cyclotron est envisagé, mais reste à financer.

EN GUADELOUPE

Réseau de cancérologie

En 2001 le réseau KARUKERA ONCO a été agréé par l'ARH et financé dans le cadre du FAQSV. Des référentiels de gynécologie, urologie et pathologie digestive ont été rédigés.

Le dossier médical partagé informatique est en cours d'évaluation avant généralisation.

Les formations ont été nombreuses, tant sur place qu'en métropole.

Le registre des tumeurs attend un accord de la CNIL. Le site orienté de cancérologie de Basse Terre est fonctionnel avec création sur place de réunions de concertation pluridisciplinaire.

Un système de visioconférence entre la Guadeloupe et l'Institut Gustave Roussy est en cours de mise en place.

Hospitalisation à domicile (HAD)

Le nombre de places d'HAD existantes en 2002 était de 5, et a été multiplié par 4 en 2003 avec un total de 20 places d'HAD actuellement installées.

Soins de support

En 2003 deux postes de psychologues ont été créés dans le service de Psychiatrie.

Les soins palliatifs sont assurés par 1 équipe mobile, 20 lits identifiés et 2 unités de soins.

EN GUYANE

Réseau de cancérologie

Le 31 mars 2004 un réseau ONCO-GUYANE vient d'obtenir un financement URCAM/ARH. Il est chargé de mettre en place un registre du cancer et un dossier médical communiquant.

1) SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

1) TEP : Tomographe à Emission de Positron

En 2003 une convention signée entre le CHU de Fort-de-France et le centre hospitalier de Cayenne a posé les bases de la création d'un pôle de cancérologie, tant sur le plan de la chimiothérapie que de la radiothérapie et de l'imagerie à visée diagnostique ou tournée vers le dépistage. En attendant que le poste de praticien hospitalier de Cayenne soit pourvu, un médecin du CHU de Fort-de-France assure les soins, selon un système de rotation. Une consultation pluridisciplinaire mensuelle à Cayenne avec la venue d'un médecin de Fort-de-France est mise en place. Un système de visioconférence entre la Martinique et la Guyane est sur le point de fonctionner.

L'organisation des soins ne comporte ni lits d'HAD, ni prise en charge des soins palliatifs.

Equipements lourds

En avril 2003 des autorisations d'équipement ont été accordées pour la mise en place de 2 scanners, une IRM, un appareil de radiothérapie.

EN MARTINIQUE

Réseau de cancérologie

Il s'agit d'un réseau inter établissement, couvrant l'ensemble des établissements publics et privés de la Martinique. Il est pluridisciplinaire. Des référentiels pour toutes les pathologies ont été rédigés puis distribués à l'ensemble des médecins des établissements de soins et aux médecins libéraux, avec le projet à terme de les distribuer aux médecins généralistes.

Hospitalisation à domicile (HAD)

Il n'existe pas de structure d'HAD à la Martinique.

Soins de support

En 2003 deux psycho-oncologues ont été recrutés. Les soins palliatifs sont coordonnés au sein d'un réseau régional couvrant tout le département. Il existe 4 lits identifiés en soin palliatif et une unité de soin.

Equipements lourds

Concernant la radiothérapie, il existe 2 accélérateurs de particules, dont l'un pourrait être remplacé en 2006. Un radiophysicien devrait être recruté prochainement.

Un projet d'installation de TEP¹ à la Martinique est envisagé, pour un usage inter-îles.

4. RECHERCHE ET FORMATION

En 2003 un interne était inscrit au diplôme d'études spécialisées (DES) d'oncologie à la Martinique.

Le PHRC¹ national 2003 finance un projet de recherche en cancérologie soutenu par le CHU de Pointe-à-Pitre.

Mise en place de soins de proximité pour les habitants de Basse-Terre

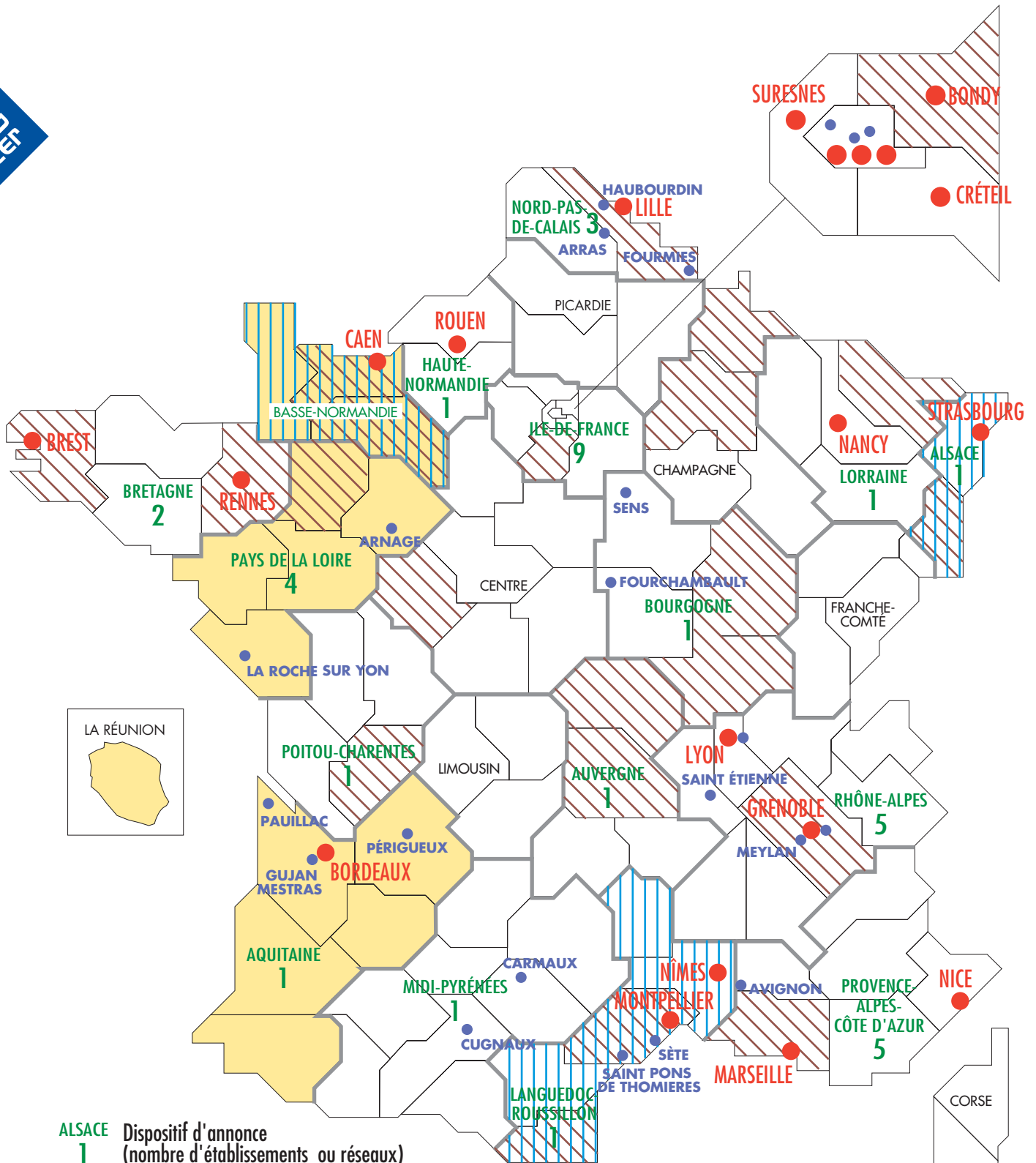
Une collaboration public-privé, associée à l'action de la Ligue Guadeloupe contre le cancer et du réseau de cancérologie KARU-KERA, a permis de proposer aux malades de Basse Terre une unité d'hospitalisation traditionnelle au Centre hospitalier de Basse Terre et une unité de chimiothérapie ambulatoire de 5 places au sein de l'établissement Centre médico-social de Basse Terre. Cette collaboration est renforcée par l'existence et le bon fonctionnement d'une réunion de concertation pluridisciplinaire hebdomadaire concourant à la meilleure prise en charge des patients. Autour de cette nouvelle activité se sont affirmées des collaborations efficaces avec d'autres acteurs de Santé : chirurgiens, kinésithérapeutes, travailleurs sociaux, laboratoires, pharmaciens. Au bout d'un an de fonctionnement, 300 malades ont pu bénéficier de cette prise en charge de proximité. Dans le même temps va être installé l'unité de radiothérapie de Basse-Terre, ainsi que de nouveaux moyens diagnostiques (scanners, IRM) et un renforcement des soins de support.

1) TEP : Tomographe à Emission de Positron

1) PHRC : Programme Hospitalier de Recherche Clinique

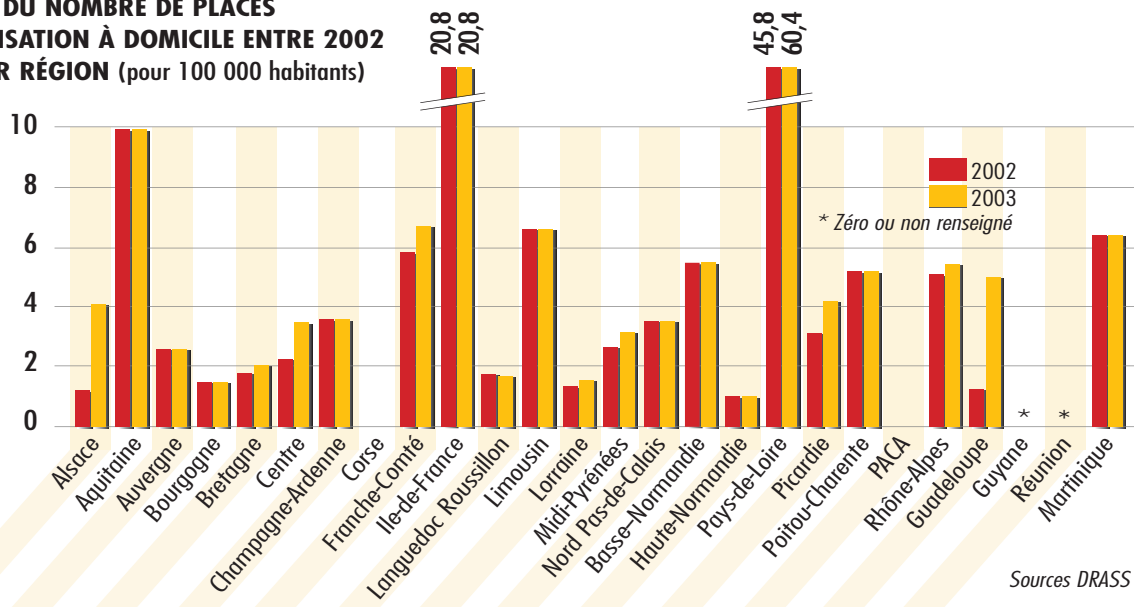
Cartographie des sites d'expérimentations 2003 - 2004

Planifier
cancer



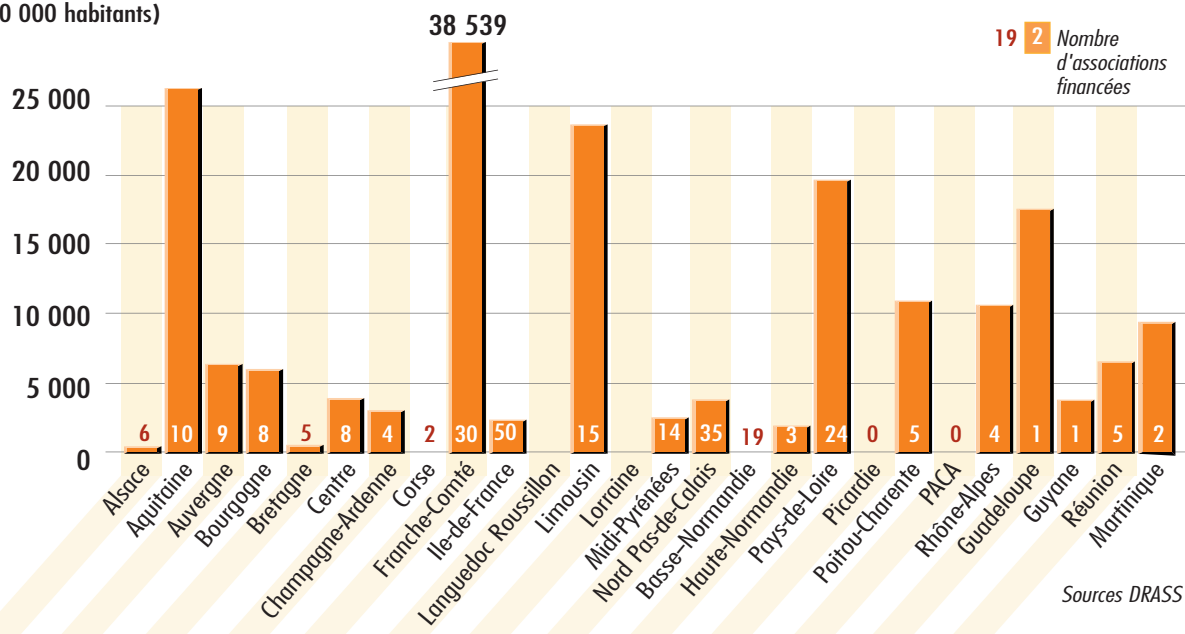
Les expérimentations répondent à des cahiers des charges rigoureux et sont évalués pour adaptation éventuelle avant généralisation.

EVOLUTION DU NOMBRE DE PLACES D'HOSPITALISATION À DOMICILE ENTRE 2002 ET 2003 PAR RÉGION (pour 100 000 habitants)



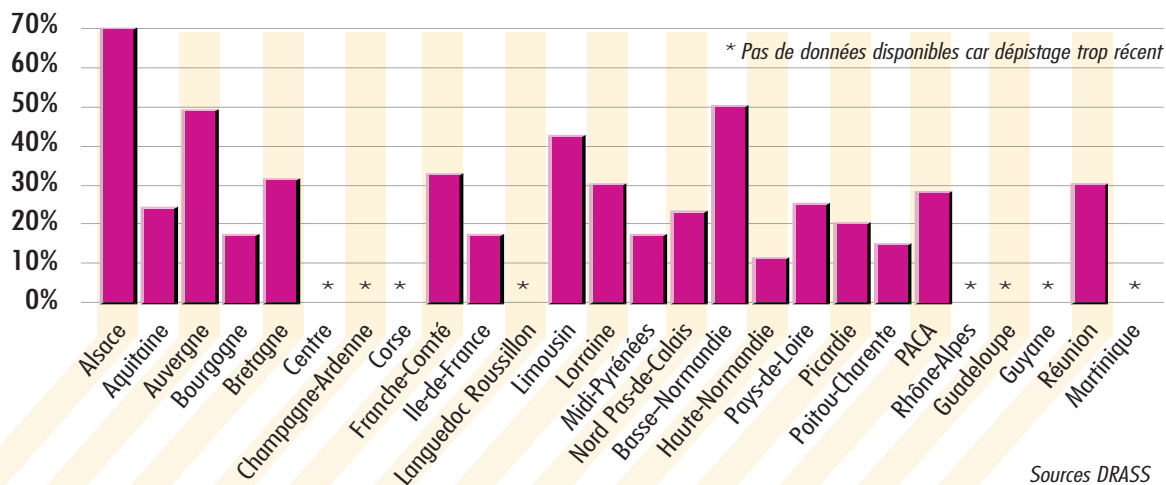
FINANCEMENT DES ASSOCIATIONS EN 2003 PAR RÉGION (pour 100 000 habitants)

(pour 100 000 habitants)



POURCENTAGE DE PARTICIPATION DES FEMMES AU DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN POUR L'ANNÉE 2003 PAR RÉGION

Régions où l'estimation a été possible



Localisation des sites de Cancérologie SROS 2 -Volet oncologie (1999 - 2004)



© Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées - Décembre 2003 - IGN 1990

Cartographie : DHOS - SDO - 01

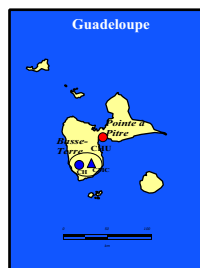
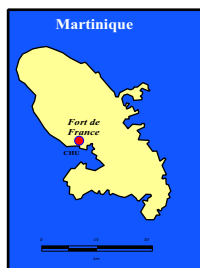
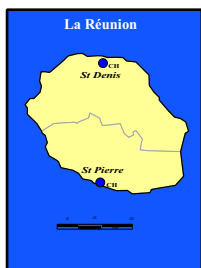
LEGENDE

STATUT

- EPS (Etablissement public de santé)
- PSPH (Etablissement participant au service public hospitalier)
- △ Privé lucratif

- Site de référence en cancérologie
- Site orienté en cancérologie
- Région Pays de Loire, (fusion des sites de références et orientés)

- Site arrêté
- Site en projet





Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

8, avenue de Ségur - 75007 Paris
Tél. : 01 40 56 71 65
Fax : 01 40 56 79 44
www.plancancer.fr

la dynamique du Plan Cancer

Un an d'actions et de résultats
Enquêtes annexées



Mission
Interministérielle pour
la Lutte contre le
Cancer

Annexes

→ VOLET GÉNÉRAL (TOME I)

→ VOLET RÉGIONAL (TOME II)

→ ENQUÊTES ANNEXÉES (TOME III)

Enquête "Réseaux" Philippe Bergerot

Enquête "Psycho-oncologie" Daniel Serin

Rapport sur l'état des lieux des réseaux de cancérologie à la fin de l'année 2003

Dr Philippe Bergerot

Avril 2004

Mission
Interministérielle pour
la Lutte contre le
Cancer

«Mettre en place les conditions d'une coordination systématique des acteurs de soins - à l'hôpital et en ville -, par la généralisation des réseaux de Cancérologie, et par une régulation graduée des structures de soins.»

**Rapport
sur l'état des lieux
des réseaux
de cancérologie
à la fin de l'année 2003
&
annexes**

Dr Philippe Bergerot
Avril 2004



Mission Interministérielle pour
La Lutte contre le Cancer
La Déléguée

Paris le 2 septembre 2003

Monsieur Philippe BERGEROT
Centre Etienne Dolet
22, rue Etienne Dolet
44600 SAINT NAZAIRE

Monsieur,

Je vous remercie d'avoir accepté la mission que je souhaite vous confier au sein de la Mission Interministérielle pour la lutte contre le cancer.

Le Plan de mobilisation nationale contre le cancer inscrit comme priorité des actions relatives aux soins de « faire évoluer de façon très volontariste l'organisation des soins autour des patients, rendre le système transparent, coordonner les structures de soins, donner accès de façon égale à l'information, aux innovations thérapeutiques et à une prise en charge globale et personnalisée ».

Vous serez ainsi amené à coordonner les travaux engagés et à faire les propositions nécessaires pour rendre les mesures annoncées opérationnelles, ces dernières visent à organiser les conditions d'une coordination systématique des acteurs de soins au service des patients, en particulier par la généralisation des réseaux en cancérologie. Pour cela, il sera nécessaire de veiller à :

- bâtir vos propositions et vos actions, autant que faire se peut, à partir de l'existant et de l'expérience des professionnels,
- toujours donner la primauté à l'amélioration de la qualité et de l'efficacité de la prise en charge des malades et des soins,
- l'articulation des dispositifs entre les statuts, les modes d'exercice, les niveaux de compétence, d'équipement et de régularisation,
- organiser la possibilité d'évaluation des systèmes et des organisations,
- accompagner le mouvement de décentralisation afin de garantir l'égalité des chances sur tout le territoire.

Les mesures étant d'ores et déjà fixées, qu'il s'agisse de la mise en place des pôles régionaux de cancérologie, des centres de coordination en cancérologie, de la définition des cahiers des charges des réseaux de cancérologie, ou des programmes personnalisés de soins, votre action sera focalisée sur la mise en place opérationnelle et la coordination.

Les modalités de prises en charge par la Mission de vos honoraires et de vos frais de déplacement seront précisées par un document spécifique.

Je vous prie de croire, Monsieur, en l'assurance de mes salutations distinguées.

Pascale Briand
Déléguée

Les réseaux de cancérologie en 2004

Etat des lieux

Rapport du Dr Philippe Bergerot
Avril 2004

L'une des priorités du plan cancer est de faire évoluer de façon très volontariste l'organisation des soins autour du patient. La coordination de l'ensemble des acteurs de la prise en charge du cancer, en ville et à l'hôpital, constitue un élément fondamental pour garantir la qualité et l'équité des soins sur tout le territoire. Le plan cancer prévoit donc deux éléments essentiels pour mettre en place les conditions d'une coordination systématique des acteurs de soins : « la généralisation des réseaux de cancérologie » et « une régulation graduée des structures de soins ».

Le Plan Cancer : entre rupture et continuité

L'organisation en réseaux et la graduation des soins existent déjà dans un certain nombre de régions, ces pratiques se sont notamment développées sur la base de la circulaire du 24 mars 1998 relative à l'organisation des soins en cancérologie. Celle-ci permettait aux acteurs de se regrouper en « sites » afin de disposer d'un plateau technique et d'un éventail de compétences suffisantes pour constituer un site de référence ou un site orienté vers la cancérologie. Elle recommandait, parallèlement, l'organisation des soins dans le cadre d'un réseau et insistait sur les notions de multidisciplinarité, de qualité et de coordination des soins.

Il s'agit aujourd'hui, dans le cadre du plan cancer, de donner une impulsion décisive et d'accélérer la mise en place de ces bonnes pratiques organisationnelles. Il était donc important, avant de mettre en place les mesures nécessaires à leur généralisation, notamment la rédaction d'un cahier des charges des réseaux de cancérologie, qui sera réalisé par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), de dresser un état des lieux de l'existant. Cet état des lieux, qui va contribuer à clarifier une organisation de travail aujourd'hui largement consensuelle, a d'autant plus d'intérêt qu'il intervient au moment où s'engage le travail d'élaboration des SROS de troisième génération.

Un bilan de l'existant était nécessaire pour fonder les actions futures

La mission interministérielle pour la lutte contre le cancer (MILC) a missionné le Dr Philippe Bergerot, oncologue radiothérapeute à Saint Nazaire, pour réaliser un bilan le plus exhaustif possible des réseaux existants et de leurs pratiques pour en déduire un certain nombre d'enseignements et de propositions.

Pour cela, après un travail de concertation, un questionnaire a été envoyé à une soixantaine de réseaux de cancérologie recensés et un autre, complémentaire, aux établissements appartenant à un réseau. Par ailleurs, des déplacements ont été effectués dans les régions.

L'analyse des données recueillies auprès de 56 réseaux de cancérologie, apporte des éléments précis sur la couverture géographique, leur architecture, leur composition, leurs statuts, les modes de financement, les pratiques d'évaluation, mais aussi sur les structures de coordination et l'organisation de la pluridisciplinarité.

Deux constats s'imposent :

- Tout d'abord l'important travail réalisé, depuis quelques années dans les régions ou les bassins de vie, pour formaliser des organisations de concertation et de coordination, tant par les établissements, les médecins que par le personnel soignant ;
- Mais aussi la très grande diversité des modes d'organisation.

Les raisons de la diversité des organisations

Au-delà de l'aspect juridique, plusieurs raisons sont à l'origine de la diversité organisationnelle :

- Des raisons d'ordre général, liées au fait que les régions ne sont pas toutes semblables sur le plan de la démographie, de la superficie, du nombre d'établissements, du niveau des plateaux techniques ou des compétences disponibles, sans compter un nombre de CHU et de CRLCC variable tout comme celui des établissements privés.
- Dans la rédaction des SROS, et selon les cas, les ARH ont privilégié une organisation soit par territoire de santé, soit d'emblée régionale.

- Les modalités d'exercice des médecins (salarié d'un établissement public ou PSPH, libéral) et de financement des réseaux (ARH, e-santé, FAQSV, collectivités locales...) ont souvent eu des effets structurels comme, par exemple, le choix de tel ou tel statut.
- Ce nouveau mode d'exercice de la médecine formalisant la concertation et la coordination, a surtout reposé sur le volontariat, le bénévolat, voire le militantisme, ce qui explique des modes de fonctionnement variés selon les sensibilités, les personnalités, les volontés de partage, de coopération ou de pouvoir.
- Enfin, la place prise par le patient et la volonté de le faire ou non participer à cette démarche a eu, elle aussi, des conséquences organisationnelles.

Une première typologie des réseaux

Cet état des lieux permet de distinguer trois types de réseaux :

- Le réseau ville-hôpital, structuré le plus souvent autour d'un seul établissement pour une pratique bien spécifique comme le soin à domicile, ou réunissant différents établissements et la médecine de ville pour organiser la pluridisciplinarité.
- Le réseau entre établissements privés et/ou publics à l'échelle d'un secteur, d'un territoire de santé ou d'une région, principalement pour la rédaction de guides de bonnes pratiques cliniques et pour formaliser la pluridisciplinarité entre les secteurs publics et privés.
- Le réseau fédérant des réseaux thématiques et/ou territoriaux. Ce mode d'organisation est celui qui répond le mieux aux exigences de la mesure 29 du plan cancer concernant les réseaux régionaux de cancérologie.

Les enseignements de cet état des lieux

Un certain nombre d'enseignements peuvent être tirés de cette enquête pour l'élaboration des différents cahiers des charges (réseaux régionaux de cancérologie et d'une coordination au niveau des territoires de santé) et pour parvenir à l'objectif fixé par le Plan Cancer.

Il apparaît nécessaire :

- D'unifier les sigles et abréviations, certains sigles identiques n'ayant pas la même signification d'un réseau à l'autre.
- D'assurer la cohérence entre les différentes mesures du plan cancer visant à favoriser l'organisation multidisciplinaire associée à une coordination des professionnels pour assurer la qualité et la continuité des soins dispensés à proximité du lieu de vie des patients. Il faut ainsi clarifier les relations entre :
 - ce qui relève du domaine de la prise en charge « soignante » du malade et ce qui ressort de l'organisation des métiers et des structures des intervenants, c'est-à-dire de leur organisation en système cohérent de santé et de recours (gradation des établissements et des sites, réseau de territoire de santé, réseau régional, pôle régional...);
 - la médecine hospitalière et la médecine de ville, trop souvent opposées ;
 - le niveau local ou de « territoire de santé » et le niveau régional car, si l'objectif de qualité des soins est le même, les fonctions sont souvent différentes.
- De développer l'évaluation au sein des réseaux.
- D'accélérer les modalités de transmission d'informations médicalisées entre les acteurs de santé bien souvent équipés de systèmes hétérogènes. L'expérimentation menée dans le cadre du plan cancer par la DHOS dans 4 régions (Aquitaine, Basse-Normandie, Pays-de-Loire et Réunion), qui repose sur des principes d'intégration et/ou de communication entre systèmes d'information différents, devrait rapidement fournir des réponses aux nombreuses interrogations. Les premiers résultats sont en effet attendus pour la fin de l'année 2004.
- De proposer une ou des réponses juridiques adaptées concernant la nature de l'activité, les statuts, le champ des responsabilités, et surtout des modalités de financement pérennes. Ce dernier point reste, en effet, la grande interrogation des réseaux.

PLAN

LETTRE DE MISSION	1
RÉSUMÉ DES CONCLUSIONS	2
RAPPORT :	

1. Méthodologie de travail	6
1.1 Le Questionnaire "réseaux" (annexe 1)	6
♦ Choix de la méthode	6
♦ Choix du contenu	6
♦ Choix des destinataires	6
1.2 Questionnaire "établissements" (annexe 3)	7
2. Résultats des questionnaires « réseaux »	7
3. Analyse des résultats	8
3.1 Chapitre 1 portant sur l'organisation des réseaux avec étude	8
♦ La couverture géographique	8
♦ Les statuts	12
♦ Les membres composant les réseaux	13
♦ Certains réseaux ont déjà rédigé des documents constitutifs	13
♦ Les modes de financement	13
♦ L'évaluation est souvent le parent pauvre des réseaux	13
3.2 Chapitre 2 portant sur la structure de coordination	13
♦ Au niveau des 25 réseaux régionaux	13
♦ Au niveau des 31 réseaux des territoires de santé	14
3.3 Chapitre 3 portant sur l'organisation de la pluridisciplinarité	14
♦ Les questions portant sur les Réunions de Concertation Pluridisciplinaire	14
♦ L'organisation de la pluridisciplinarité	15
♦ Le compte-rendu des RCP et son accessibilité	15
4. Questions libres	16
4.1 Ce qu'a pu apporter le réseau	16
4.2 Les suggestions	16
5. Travaux en devenir	16
5.1 Un certain nombre de questions se posent	16
5.2 Un langage commun est à définir	18
5.3 Les réseaux répondent-ils à un véritable besoin de santé de la population ?	19
6. Conclusion	19
6.1 Le Plan Cancer s'inscrit dans une continuité	19
6.2 Quelles sont les raisons qui ont amené à cette diversité en termes d'organisation ?	20
6.2.1 Des raisons d'ordre général	20
6.2.2 Des raisons d'ordre institutionnel	21
6.2.3 Des raisons liées au facteur humain	22
6.3 Les résultats de cette enquête permettent-ils de dégager une première typologie des réseaux ?	22
6.4 Quels sont les enseignements qui peuvent être tirés de cette enquête pour l'élaboration des différents cahiers des charges et pour parvenir à l'objectif fixé par le Plan Cancer ?	23
6.4.1 Il faut parvenir à...	23
6.4.2 Pour cela, il faut clarifier les relations entre...	23
6.4.3 Sans oublier l'adaptation nécessaire du droit et la pérennisation des financements	24
6.4.4 Et enfin inciter à une évaluation en termes de résultats au moins pour tout ce qui concerne la concertation pluridisciplinaire	25

ANNEXES :

Annexe 1 : le questionnaire "réseaux"	26
Annexe 2 : liste des correspondants des 56 réseaux qui ont répondu au questionnaire	34
Annexe 3 : le questionnaire "établissements"	38
Annexe 4 : liste des 205 réponses au questionnaire "établissements"	45
Annexe 5 : liste des 56 réseaux qui ont répondu au questionnaire	50
a - liste des réseaux ayant répondu au premier chapitre	
b - liste des réseaux ayant répondu au second chapitre	
c - liste des réseaux ayant répondu au troisième chapitre	
Annexe 6 : résultats bruts des questionnaires	52
Annexe 7 : résultats des réseaux régionaux	59
Annexe 8 : résultats des réseaux des territoires de santé	66
Annexe 9 : résultats des réseaux dotés de visio-conférence	73
Annexe 10 : énumération dans les réseaux :	80
combien de patients les réseaux de cancérologie déclarent-ils avoir pris en charge ?	
combien de dossiers patients ont-ils été enregistrés ou discutés dans les RCP ?	
Annexe 11 : selon les réponses reçues des Etablissements, combien de dossiers patients ont-ils été enregistrés ou discutés dans les RCP ?	82
Annexe 12 : Cartes MILC - Localisation des réseaux de cancérologie	85

Rapport sur l'état des lieux des réseaux de cancérologie à la fin de l'année 2003

Dr Philippe BERGEROT (MILC)

Avril 2004

Dans la partie "soins" du plan cancer, l'organisation en réseau est fortement mentionnée avec dans l'introduction du Chapitre C1 :

«Mettre en place les conditions d'une coordination systématique des acteurs de soins - à l'hôpital et en ville -, par la généralisation des réseaux de Cancérologie, et par une régulation graduée des structures de soins»

suivie de la mesure 29 :

«Assurer d'ici quatre ans la couverture de l'ensemble des régions françaises par un réseau régional du cancer coordonnant l'ensemble des acteurs de soins... La coordination des acteurs dans la prise en charge du cancer, en ville et à l'hôpital, constitue une dimension fondamentale du plan... Au delà d'une nécessaire graduation des établissements, c'est l'organisation coordonnée de réseaux de soins en cancérologie qui est retenue».

Si au niveau régional, le réseau a vocation à :

*«Coordonner les acteurs à l'échelle régionale (l'ensemble des établissements et médecins libéraux de la région ... devront à terme intégrer ce réseau régional) ;
Fédérer les réseaux locaux existants ;
Organiser les outils communs à l'ensemble des acteurs de la région ;
Organiser l'évaluation de ses membres ;
Être l'interlocuteur privilégié de l'ARH »*

cette organisation doit se concevoir en parfaite harmonie avec d'autres mesures, en particulier celles qui prévoient la constitution d'un pôle régional de cancérologie, l'identification de Centres de Coordination en Cancérologie dans chaque établissement (ou réseau), celles qui prévoient de faciliter la prise en charge et le suivi de proximité en intégrant les médecins généralistes dans les réseaux de soins avec, toujours, un même objectif : faire bénéficier 100 % des nouveaux patients atteints de cancer d'une concertation pluridisciplinaire autour de leur dossier. Les difficultés de mise en place se résument dans la volonté de graduation des soins et dans celle de faire bénéficier toute la population de soins de proximité.

Depuis plusieurs années, et plus particulièrement depuis la Circulaire DGS/DH/N°98/213 du 24 mars 1998 portant sur l'organisation des soins en cancérologie, certaines structures ou sites avaient développé une démarche pluridisciplinaire et une prise en charge des patients dans le cadre de « réseaux ».

Comme le prévoit la Lettre de mission, le but du présent "état des lieux" n'est en aucun cas de se substituer au travail qui sera entrepris par la Direction de l'hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) dans le cadre du Plan Cancer. Ce dernier prévoit, en effet, la rédaction de cahiers des charges qui présideront à la mise en place de plusieurs de ses mesures et, en particulier, de celles concernant les réseaux de cancérologie.

Il s'agit ici de faire un état des lieux de ce qui existe réellement sur l'ensemble du territoire à partir de l'expérience des principaux réseaux de cancérologie. Certains, par leurs écrits, ont été des moteurs, d'autres ont été moins médiatisés ou se sont investis dans des actions plus ponctuelles (réseau de spécialité ou organisation des soins à domicile) ou sur un bassin de population plus réduit. Tous ceux qui ont répondu à l'enquête qui a présidé à la rédaction de ce document ont été pris en compte.

1. Méthodologie de travail

Pour essayer de faire un bilan de l'existant le plus exhaustif possible, le plus proche du terrain et sans *à priori*, il a été retenu une double approche par :

- envoi d'un questionnaire aux réseaux recensés, de dimension régionale ou de territoire de santé, voire thématique ;
- passage dans les régions, dans le cadre des déplacements effectués par Madame P. BRIAND, suivi et complété par des déplacements spécifiques dans les régions et des échanges téléphoniques et/ou mail.

1.1 Le Questionnaire "réseaux" (annexe 1)

♦ *Choix de la méthode*

Le choix de procéder par questionnaires directs auprès des acteurs des réseaux de cancérologie, avait plusieurs avantages mais il avait aussi quelques limites.

- Les avantages d'un questionnaire :
 - permettre un recueil de données complémentaires tels que les statuts, les chartes, les guides de bonnes pratiques... ;
 - homogénéiser les questions pour avoir une base de données suffisante pour une exploitation et apporter des réponses sur l'existant ;
 - permettre, dans certains cas, d'être prospectif lorsque le réseau est moins élaboré et/ou en cours de réflexion. Les réponses sont alors considérées comme la volonté de ce réseau d'évoluer vers tel ou tel type d'organisation, ou modalités de RCP.
- Les limites du questionnaire :
 - les questions peuvent être plus adaptées au rédacteur du questionnaire qu'aux personnes y répondant ;
 - les réponses aux questions ouvertes sont difficiles à exploiter ;
 - le mode déclaratif a ses propres limites : il peut s'agir de déclarations d'intentions autant que de pratiques avérées, de début d'expérience que de mise en œuvre ancienne et éprouvée.

♦ *Choix du contenu*

La méthode retenue se caractérise par :

- des questionnaires composés d'une majorité de questions fermées afin d'en faciliter l'exploitation, même si l'approche par questions fermées risque d'être parfois un peu réductrice par rapport à la richesse des expériences qu'elles sont sensées décrire ;
- un seul questionnaire, quelque soit la taille du réseau, afin de ne pas enfermer la remontée d'expériences dans une typologie conçue, *a priori* (réseau, filière, ou simple coordination...). C'est au contraire l'analyse des réponses et la description des expériences réelles qui devront, le cas échéant, permettre de tenter de définir une typologie adaptée ;
- une structuration en 3 grands chapitres, portant sur :
 - le réseau, son architecture, ses membres et son financement ;
 - la structure de coordination du réseau ;
 - la pluridisciplinarité par l'organisation de réunions de concertation pluridisciplinaires.

♦ *Choix des destinataires*

- Il a été voulu le plus large possible. Une liste évolutive et ouverte a été dressée à partir des informations connues ou portées à notre connaissance par les membres des réseaux, les fédérations d'établissements, les ARH, sans aucune exclusive sur la taille, sur l'ancienneté, sur le champ couvert (région ou territoire de santé), et sans entrer dans le débat filière et/ou réseau ;
- On trouvera, en annexe 2, la liste des 56 réseaux qui ont répondu au questionnaire avec leurs correspondants, présidents et médecins coordonnateurs.

1.2. Questionnaire “établissements” (annexe 3)

Le second questionnaire était destiné aux établissements de santé.

- ♦ Il a été conçu de façon plus synthétique afin de ne pas faire doublon avec le questionnaire “réseaux” mais d'en être complémentaire. Il ne s'agissait pas de faire un recensement exhaustif de l'activité cancérologique des établissements mais simplement de relever la pratique, les avantages, les limites et les difficultés rencontrés par les professionnels en établissement de santé, dans leur exercice de la cancérologie en réseau. Il a aussi permis de compléter les renseignements venant des réseaux.
- ♦ Ce questionnaire a été mis au point en concertation avec les quatre Fédérations d'Établissements (FEHAP, FHF, FHP, FNCLCC) ;
- ♦ Il a été complété d'un courrier d'accompagnement de Mme P. Briand, et d'un message introductif des quatre Fédérations ;
- ♦ A ce jour 205 réponses nous sont parvenues (annexe 4).

Un premier et rapide dépouillement des réponses apportées à ce questionnaire “établissements” est fortement encourageant. Il met en évidence l'important travail réalisé par les différentes structures privées ou publiques pour instaurer une réelle pluridisciplinarité autour des dossiers des patients.

Ces réunions de concertation sont le plus souvent organisées par spécialités et concernent les pathologies les plus fréquentes. Elles s'organisent pour les tumeurs plus rares. Certaines peuvent s'apparenter à des "réunions de service" ou de "département", d'autres sont ouvertes à d'autres services de mêmes spécialités des établissements voisins. Ces différentes réunions ou organisations par pathologie s'apparentent plus à la notion de "réseaux thématiques". Elles rencontrent bien souvent aussi des difficultés concrètes : celles que rencontrent toutes les structures et tous les acteurs de santé qui cherchent à se coordonner, tant au niveau des territoires de santé qu'au niveau régional.

L'organisation des Hôpitaux de l'Assistance Publique de Marseille est assez révélatrice d'une approche centrée sur de nombreux "réseaux thématiques" (certains sont déjà créés : ONCOREP, ONCOGYN, ROTHOR, URONCO, ODIPAC, ONCOTEC. D'autres sont en cours de formation : ONCOPEAU, NEURONCO, RHEMAP). Les médecins de certains établissements privés assistent à ces réunions. Parallèlement le Réseau R2C a mis en place des Unités de Concertation Pluridisciplinaire en Oncologie qui rassemblent praticiens hospitaliers autant que libéraux. Ces UCPO réalisées soit sur site, soit par visioconférence permettent d'enregistrer les différents dossiers du réseau mais aussi la discussion pluridisciplinaire. Toutefois les rapports entre ces deux "organisations" restent à préciser.

L'AP-HP présente une organisation similaire avec des réunions par spécialités, plutôt dans le cadre de pôles de référence. Elles sont encore peu ouvertes aux autres établissements de l'Ile-de-France. L'ARH, de son côté, a poussé à une organisation en réseau, par secteur, département ou territoire de santé. Ce faisant, elle rejoignait l'expérience de plusieurs des organisations mises en place par les professionnels dans la grande couronne.

De façon générale, certains établissements, bien souvent en l'absence d'organisation régionale ou infra-régionale, ont mis en place, entre eux, des concertations pluridisciplinaires. D'autres, principalement en situation limitrophe de deux régions, se rattachent à un réseau de la région voisine ou travaillent avec plusieurs réseaux.

2. Résultats des questionnaires « réseaux »

La synthèse des réponses au questionnaire “réseaux” est présentée en annexe. A sa lecture, il faut garder à l'esprit que des réponses n'ont pas été systématiquement données à toutes les questions posées même lorsque celles-ci étaient de type questions “fermées” à réponses binaires “oui ou non”. L'énumération présentée, issue du dépouillement des réponses, est complétée de pourcentages, qu'il convient, bien sûr, de prendre avec précaution. Il faut, en particulier, garder en mémoire

la double approche : nombre total de réponses aux questionnaires / nombre de réponses à la question posée.

Comment se lisent les tableaux qui sont en annexes ?

L'exemple ci-dessus est repris de la première page de l'annexe 7 concernant les réseaux régionaux.

Tri sur :
TOUTES LES REPONSES AU QUESTIONNAIRE RESEAUX
Ce tri a extrait 25 fiches sur un total de 56 soit un taux de réponse de 45 %

25 réseaux ont eu des réponses montrant qu'ils étaient des réseaux régionaux, soit 45 % du total des 56 réponses.

Parmi ces 25, 15 disent qu'ils sont articulés à d'autres réseaux, soit 68 % d'entre eux, et 7 répondent non à la même question, soit 32 %. On a bien 68 % + 32 % = 100 % de réponses à cette question.

Articulation à d'autres réseaux dans la Région :

<i>Oui</i>		<i>Non</i>		<i>Réponses</i>	
Nb	%	Nb	%	Nb	%/Tot
15	68 %	7	32 %	22	39 %

Mais tous les réseaux régionaux n'ont pas répondu puisque seuls 22 réseaux régionaux l'ont fait soit 39 % des 56 réseaux recensés alors que 45 % d'entre eux auraient dû répondre (22 ont répondu alors qu'on attendait ici les 25 réponses des 25 réseaux régionaux).

Autrement dit le pourcentage cumulé des réponses oui et des réponses non fait bien un total de 100 %. Le pourcentage du nombre total des réponses oui et non est lui ramené au nombre total des réseaux qui sont dans l'enquête, soit 56 quel que soit le tri effectué. Si on veut savoir combien de réseaux sont concernés par le tri effectué, on se rapporte au cartouche de tri qui est en tête de chaque page. Ce pourcentage là est invariant puisque c'est le tri de départ à partir duquel sont extraites les réponses à chaque question.

On trouvera, en annexe :

- ◆ La liste des réseaux ayant répondu est jointe en annexe 5. Elle est présentée de façon à distinguer :
 - ceux ayant répondu au premier chapitre ;
 - ceux ayant répondu au second chapitre ;
 - ceux ayant répondu au troisième chapitre.
- ◆ Les résultats bruts des questionnaires sont donnés en annexe 6.
- ◆ Les résultats des réseaux régionaux sont donnés en annexe 7.
- ◆ Les résultats des réseaux des territoires de santé sont donnés en annexe 8.
- ◆ Les résultats des réseaux dotés de possibilité de visio-conférence sont donnés en annexe 9.

3. Analyse des résultats

3.1. Chapitre 1 portant sur l'organisation des réseaux avec étude :

- ◆ *La couverture géographique*
 - Sur 56 réseaux ayant répondu, 25 déclarent une couverture régionale et 31 de territoire de santé ;
 - En fonction des régions le choix aura été de privilégier soit une approche volontairement régionale d'emblée basée sur la mise en place de thésaurus et de guides

de bonne pratique de la pluridisciplinarité, soit une approche plus sectorielle à partir de territoire de santé avec le développement et la traçabilité de la pluridisciplinarité (ex. en Bretagne avec une évaluation des RCP), voire une relation ville-hôpital basée sur une prise en charge bien définie telle que la chimiothérapie à domicile ;

- Certaines régions ont donc tenté de mettre en place une véritable organisation régionale avec une plus ou moins grande participation des acteurs sur le terrain. Ainsi il est parfois possible de retrouver une organisation qui pourrait se rapprocher des recommandations écrites dans le Plan Cancer :

« Coordonner les acteurs à l'échelle régionale (l'ensemble des établissements et médecins libéraux de la région ... devront à terme intégrer ce réseau régional)

Fédérer les réseaux locaux existants

Organiser les outils communs à l'ensemble des acteurs de la région

Organiser l'évaluation de ses membres

Être l'interlocuteur privilégié de l'ARH »

- Les réseaux développés en Aquitaine, Lorraine, Pays de Loire s'orienteraient plutôt vers ce type de construction car, à côté d'une organisation régionale avec rédaction de documents constitutifs du réseaux (charte, cahier des charges, thésaurus...), ont été définis un certain nombre de territoires de santé avec une coordination (plus ou moins formalisée) principalement entre les établissements privés et publics (autour de la notion de sites référents ou d'Unités de Coordination Pluridisciplinaire en Oncologie - UCPO - "locales"). Les relations avec la médecine de ville restent encore assez pauvres.

La région Aquitaine a la particularité de compter une capitale régionale dotée d'un CRLC, d'un CHU (avec un service de radiothérapie) et d'un secteur libéral comprenant 2 sites de radiothérapie. Elle a su mettre en place le Réseau de Cancérologie Aquitain (RCA). Ce réseau regroupe dix UCPO constituant autant de réseaux locaux dont les modalités de fonctionnement peuvent différer. La coordination du RCA est assurée à deux niveaux, celui de la structure régionale de coordination et celui des UCPO.

- o Le RCA comporte une structure de coordination régionale avec un médecin coordinateur (détaché par le CRLCC sans compensation financière) et un médecin épidémiologiste (PH mi-temps payé par l'ARH et détaché au RCA).
- o Le RCA signale la difficulté de fonctionnement des structures de coordination des UCPO. Elles sont en effet basées essentiellement sur le bénévolat (seule une coordination régionale est financée).

Le réseau Lorrain (ONCOLOR) est un des plus anciens. Il s'est d'emblée et volontairement positionné comme un véritable réseau régional d'établissements. Dans la convention constitutive du 29/06/2000, agréée par l'ARH, cette organisation individualise des sites hautement spécialisés en cancérologie (SHS), des sites spécialisés en cancérologie (SSP) et des membres associés. Les représentants des établissements membres du réseau, se sont groupés en personne morale sous la forme d'une association loi 1901. La structure de coordination est l'interlocutrice de l'ARH pour définir les orientations générales du réseau. Comme dans d'autres régions de nombreux documents constitutifs ont été rédigés (charte, référentiels, cahier des charges des sites de références et orientés). Mais le réseau ONCOLOR a été le premier à organiser des missions d'audit de ses sites dans le cadre d'une démarche d'assurance-qualité et d'accréditation. Un gros travail a aussi été fait en termes de qualité des pharmacies hospitalières publiques et privées (PUI). L'ouverture vers la médecine

cine de ville dans le cadre des réseaux territoriaux est le point faible mais elle fait actuellement l'objet d'une réflexion spécifique.

Le réseau des Pays de Loire (ONCOPL) est plus récent. Il est né de rapprochements et réorganisations sous forme de fédérations de réseaux et de réunions de visioconférences inter-régionales avec des sites de cancérologie de la région Bretagne. La région se caractérise par un faible sentiment d'identité régionale mais aussi par la présence de 2 CHU, de 2 CRLCC (Nantes et Angers), d'un secteur libéral organisé et d'un "taux de fuite" vers Paris significatif pour l'Est de la région (département de la Sarthe). L'organisation du réseau s'est fondée sur des "habitudes de collaboration" déjà anciennes. A partir du SROS et de la définition de "sites de cancérologie", une organisation par UCPO de territoire de santé a été mise en place. Ces Unités de "Coordination" Pluridisciplinaire ont un rôle d'organisation, d'harmonisation, de relais logistique du niveau régional. Elles constituent l'organisation du réseau de soins au niveau territorial. Sur les 7 UCPO, 5 sont déjà formalisées et financées, dont celles dans lesquelles se situent les CHU et les CRLC de Nantes et d'Angers. Ces UCPO s'articulent entre elles. Elles organisent aussi leur fonctionnement territorial avec la médecine de ville.

- Les régions Auvergne, Haute-Normandie, Centre, Languedoc-Roussillon, Bourgogne et Limousin ont déjà rédigé des documents constitutifs de référence (convention, charte, référentiels, guide de bonne pratique, cahier des charges) et organisé la mise en place de Réunions de Concertations Pluridisciplinaires dans les établissements sans pour autant mettre en place une coordination dans les territoires de santé.

La Région Auvergne a créé, à l'instigation des établissements de santé publics et privés, un Réseau nommé ONCAUVERGNE. Il regroupe 28 établissements sur la totalité de la région. Outre la rédaction de référentiels, il s'est attaché à l'organisation de la pluridisciplinarité avec identification d'Unités de "Concertation" Pluridisciplinaire d'Oncologie. Une réflexion sur un système d'information commun est en cours.

La Haute Normandie a pris le parti de développer la pluridisciplinarité par la concertation des professionnels impliqués dans la prise en charge des cancers afin de :

- o respecter des référentiels de qualité ou des guides de pratiques et d'harmoniser ces pratiques au niveau régional.
- o développer, pour les établissements de santé, des actions de collaboration par la signature de conventions qui définissent le cheminement du patient et le comportement optimal de chacun.

La Région Centre, qui présente la particularité d'être une des régions ne possédant pas de CRLC, a voulu commencer par se doter d'un réseau régional. Il s'est créé sur une base conventionnelle. Il permet l'adhésion des établissements et des acteurs ayant une activité en cancérologie. Dépourvu de personnalité juridique, la représentation administrative et la gestion sont assurées par le CHRU de Tours. Ce réseau agira en synergie avec les Unités de "Concertation" Pluridisciplinaire en Oncologie en cours de constitution.

Le **Languedoc-Roussillon** s'est d'emblée positionné au niveau régional avec la création du réseau de cancérologie (ONCOLR). Ce réseau s'est créé autour des URML et des établissements et structures des secteurs publics et privés. Dans sa conception initiale, il s'est volontairement limité à la prise en charge médicale avec rédaction des thésaurus régionaux et élaboration d'une fiche de recueil de données

médicales. L'évaluation a été confiée à une structure indépendante, l'Institut Universitaire de Recherche de la Faculté de Médecine.

La Bourgogne a mis en place, à partir de la fédération CHU-CRLC, un réseau régional nommé ONCOBOURGOGNE. Il regroupe, sur la base du volontariat, les établissements privés et publics, le Réseau de Cancérologie libérale (ARBRE-CRCLB,) les spécialistes en anatomie-pathologies, et, plus largement, les praticiens ayant une activité dans le domaine de la cancérologie. Ses objectifs sont plutôt d'ordre organisationnel avec la mise en place d'une coordination pour les concertations pluridisciplinaires et une volonté d'homogénéisation des pratiques.

Le Limousin, a regroupé, dans le cadre du réseau ONCOLIM, les établissements publics et privés ainsi que les médecins spécialistes et généralistes. Son objectif est de fédérer les réseaux de spécialités de cancérologie et de promouvoir l'utilisation des technologies de communication entre les acteurs. A coté de cette organisation régionale, dans le cadre des réseaux dits "Soubie", un réseau de soins oncologiques coordonnés à domicile, s'appliquant en particulier à la chimiothérapie, a été créé. Ce réseau, dénommé "ONCORESE", a été créé autour de l'Hôpital de Brive, sans véritable lien avec le réseau régional de cancérologie.

- L'Alsace, la Basse-Normandie et la région Midi-Pyrénées ont rédigé leurs documents constitutifs - pour certains depuis plusieurs mois - mais sans véritable application pratique et sont en cours de réorganisation d'un réseau à point de départ régional.

La Basse-Normandie présente la particularité d'une organisation régionale sous la forme d'une convention inter-établissement pour le réseau ANCELOT. Une association de type loi 1901 a été créée, pour la gestion du système informatique (réseau ONCOCOM). Une réflexion est menée pour une meilleure articulation entre les deux, la structure de gestion informatique devant se positionner comme un "outil" du réseau régional.

- D'autres ont privilégié une approche plus sectorielle :

- En Bretagne ainsi qu'en Poitou-Charente, autour des sites de niveau 2 de la Circulaire de 1998, a été mise en place une coordination locale autour de l'organisation de réunions ou comités pluridisciplinaires, voire un développement de relation ville - hôpital pour les soins à domicile et la chimiothérapie à domicile.

A partir de cette structuration "territoire de santé" est apparue la nécessité de mettre en place secondairement une coordination régionale avec création d'un véritable réseau régional d'organisation ou de coordination plutôt que de soins.

La Région Poitou-Charente, qui ne compte qu'un CHU et au minimum une offre de radiothérapie dans chaque département, a développé une coordination dans chaque département ou territoire de santé, CHU inclus.

Au niveau de la **Région Bretagne**, une coordination publique - privée est organisée dans les territoires de santé "non universitaires". Cette organisation est en effet moins net à Brest et surtout à Rennes. L'étude du questionnaire "établissements" montre en effet que pour Brest, si le CHU et la clinique Pasteur revendiquent leur appartenance au réseau Régional, ils ne font pas mention de réseau "territorial". A Rennes, seule la Polyclinique Rennaise a répondu au questionnaire. Elle a mis en place une pluridisciplinarité au sein de son établissement et participe à des réunions de concertation avec des établissements extérieurs, mais elle ne mentionne aucune apparte-

nance à un réseau local ou régional. Les autres établissements (CHU et CRLCC) n'ont pas répondu. La mise en place du réseau régional fin 2003 devrait impulser une nouvelle dynamique.

- La **Région Nord-Pas de Calais** semble devoir s'organiser selon un mode similaire : elle a, elle aussi, une volonté de formalisation de réseaux de cancérologie par bassin de vie avec la création des réseaux ONCOMEL, ONCOLITTORAL et C2RC (renseignements incomplets obtenus uniquement par réponse du questionnaire "établissements" du centre Oscar Lambret) et d'un pôle régional de cancérologie.
- D'autres sont en cours de formalisation des pratiques existantes :
 - La **Picardie, la Corse** et la **Champagne** conservent une organisation pluridisciplinaire plutôt tournée vers les comités d'organe sans véritable structuration régionale ou territoriale.
 - Une organisation en réseau existe dans les **Dom-Tom** principalement autour de la rédaction de référentiels et de la mise en place de réunions pluridisciplinaires privées et publiques. Les réponses de la Guadeloupe et de la Martinique montrent une organisation et un fonctionnement fortement dépendants des relations déjà existantes entre les structures de soins.
- La taille de certaines régions ainsi que le nombre de nouveaux patients fait ressortir certaines spécificités «régionales». En effet :
 - en **Ile-de-France**, à côté de la définition des sites de cancérologie, des moyens ont été attribués pour mettre en place une organisation sectorielle ou départementale afin de regrouper les établissements et d'impliquer la médecine de ville.
A côté de cette structuration, une réflexion sur une organisation régionale ou infra-régionale est proposée par le réseau RESOMED qui compte, parmi ses membres, des établissements répartis sur la totalité de l'Ile-de-France et adhérents à des réseaux territoriaux.
Plus qu'ailleurs, certains établissements ou sites de la région Ile de France sont des destinations de recours, dans des situations bien précises, pour des patients en provenance d'autres Régions.
 - en **Provence-Alpes-Côte-d'Azur**, si 2 pôles semblent s'individualiser autour de Nice et Marseille, la Région d'Avignon s'est déjà regroupée depuis plusieurs années dans le cadre du réseau ONCOSUD. Les rapprochements entre CHU et CRLCC ne doivent pas faire oublier une nécessaire articulation avec le secteur libéral tant à Nice qu'à Marseille.
 - en **Rhône-Alpes**, où sont regroupés 3 CHU, 1 CRLCC et une offre libérale importante, l'organisation en réseaux est déjà ancienne pour certains mais avec des structurations juridiques (GIP, association loi 1901 et Convention) et des modalités pratiques d'organisation et de fonctionnement de la pluridisciplinarité diverses. Par contre, il existe une volonté pour réaliser une convergence de leurs réseaux.

◆ *Les statuts*

Toutes les réponses concernant les statuts ont été renseignées (56 réponses sur 56). En dehors des 2 GIP, les membres de 37 réseaux sont regroupés en association de type loi 1901, 14 sont signataires d'une simple convention et 3 sont, à la fois, signataires d'une convention et membres d'une association loi 1901.

Un certain nombre de réseaux ont opté pour l'association loi 1901 plutôt qu'ils l'ont choisie, d'une part, faute de textes mieux adaptés, et d'autre part dans le but de pouvoir être financés. Ils sont en attente de statuts adaptés à une telle organisation.

A partir des statuts et documents joints par de nombreux réseaux, une étude est en cours afin de préciser les spécificités de cette activité, les besoins de chacun et surtout les possibi-

lités d'adaptation à la nouvelle formule juridique du GCS, à ces structures pré-existantes et les conséquences d'une telle modification.

♦ **Les membres composant les « réseaux »**

Le plus souvent, ils appartiennent à la fois aux secteurs publics et privés. Seuls les réseaux "territoriaux" Oncolia, Oncomel, Onco CCS et Onco 37 ont des membres venant principalement de structures privées, mais ils ont la volonté de s'intégrer au sein d'un réseau régional.

Les établissements et leurs médecins spécialistes ne sont pas les seuls membres des réseaux car, outre les médecins généralistes (47 réponses positives sur un total de 53), des para-médicaux libéraux (41/52), des structures d'HAD (29/53) et des associations de malades (39/52) sont souvent présents. Pour les associations de patients, leur implication est plus importante au niveau des réseaux de "territoire de santé" avec 22 réponses positives sur 28 (78%) contre 17/24 (70%) pour les réseaux régionaux.

♦ Certains réseaux ont déjà rédigé des **documents constitutifs** tels que :

- Convention constitutive et charte (44/55)
- Référentiels (44/54)
- Règlement des RCP (35/51)
- Cahier des charges des "sites" (25/50)
- Cahier des charges pour chimio (11/48)

♦ **Les modes de financement.**

- Il y a eu peu de réponses à cette question. Cela ne manque pas d'être paradoxal puisque, par ailleurs, très nombreux sont les réseaux qui insistent sur leurs problèmes de financement et, lorsqu'ils sont financés, sur les craintes qu'ils ont quant à la pérennité de ces financements. Peut-être voit-on là les limites d'un tel questionnaire basé sur le volontariat. Peut-être existe-t-il une certaine prudence dans des réponses envoyées à la "Tutelle".

- La Dotation Nationale pour le Développement des Réseaux (DNDR) et/ou le Fonds d'Aide à la Qualité des soins de ville (FAQsv) financent actuellement la majorité des réseaux avec le même souci exprimé quant à la pérennité de ce financement. La T2A qui se met en place progressivement est source d'espoir et de crainte face à une activité bien spécifique qui, actuellement, n'est pas reconnue en tant que telle.

♦ **L'évaluation est souvent le parent pauvre des réseaux.**

- S'il en est toujours fait mention, elle se résume, pour un certain nombre de réseaux, à une phrase du type "le réseau fera l'objet d'une évaluation annuelle selon des modalités qui seront proposées par la commission ad'hoc",

- Les critères les plus souvent retenus sont plus d'ordre quantitatif (flux de patients pris en charge par le réseau, nombre de Réunions de Concertations organisées, production annuelle du réseau en termes de référentiels, de documents d'information, de sessions de formation,...) que qualitatif (évaluation du respect des référentiels, de la cohérence entre la proposition de traitement et sa réalisation, des délais, de la satisfaction des patients et de leur entourage...).

3.2. Chapitre 2 portant sur la structure de coordination

Ce chapitre a été renseigné 52 fois avec 46 réponses positives. Il s'agit souvent d'un élément majeur dans le fonctionnement et la réussite des réseaux, avec des moyens humains et financiers très différents selon la nature du réseau. En dehors de quelques cas, ce financement est récent. Il a souvent permis la structuration des réseaux.

♦ **Au niveau des 25 réseaux régionaux.**

• Les 25 réponses permettent de dénombrer 21 médecins coordinateurs dont 2 bénévoles, 9 salariés d'un établissement du réseau et 10 payés directement par le réseau.

- La prise en charge financière d'un secrétariat n'est retrouvée que dans 17 cas avec 10 personnes salariées d'un établissement du réseau et 7 payées directement par le réseau.
- ♦ **Au niveau des 31 réseaux des territoires de santé.**
 - Les 29 réponses permettent de dénombrer 20 médecins coordinateurs et un cadre médical dont seulement 15 sont rémunérés, 6 médecins étant "bénévoles" du réseau.
Parmi les 15 salariés :
 - 9 salariés d'un établissement du réseau,
 - et 6 payés directement par le réseau.
 - La prise en charge financière d'un secrétariat n'est assurée que pour 22 réseaux, avec :
 - 7 personnes salariées d'un établissement du réseau,
 - et 15 payées directement par le réseau.

3.3. Chapitre 3 portant sur l'organisation de la pluridisciplinarité

Ce chapitre n'a pas toujours été renseigné, principalement dans le cadre des réseaux régionaux.

Certains réseaux régionaux considèrent que l'organisation de la pluridisciplinarité n'est pas dans leurs fonctions mais dans celles des réseaux de proximité ou des établissements (l'étude complémentaire portant sur les établissements trouve ici une de ses justifications). Ces réseaux régionaux se situent plutôt dans un rôle d'organisation et d'élaboration des thésaurus, que dans celui de l'organisation pratique des réunions. Pour autant, ils ne semblent pas donner souvent de recommandations et encore moins de cahier des charges pour mettre en cohérence les organisations et les méthodes au niveau de la région.

Pour d'autres, un recul insuffisant ne leur permettait pas de répondre sauf à indiquer ce qui pourrait être demandé dans un futur cahier des charges régional de ce type de réunions.

- ♦ Les questions portant sur les **Réunions de Concertation Pluridisciplinaire** (79 %) cherchaient à connaître le degré d'exhaustivité de présentation des dossiers.
Si la Circulaire de 1998 préconisait une présentation de la totalité des nouveaux dossiers des patients, la réalité est tout autre :
 - Pour les dossiers d'expertise : sur les 41 réponses obtenues, cette concertation existe dans 39 réseaux où tous les nouveaux dossiers "difficiles" sont présentés ou devraient l'être.
 - Le nombre passe à 66 % pour les dossiers "standards" : il s'agit de dossiers qui répondent à un référentiel (sans que la notion de référentiel soit toujours bien définie) et qui peuvent faire l'objet d'un simple enregistrement.

Il s'agit d'une véritable question au travers de laquelle un choix équitable et rigoureux va devoir s'opérer : faire bénéficier l'ensemble des patients d'une pluridisciplinarité, gage de qualité des soins, tout en tenant compte des difficultés liées à la disponibilité des médecins. Cette question de la disponibilité ne fera que s'amplifier compte-tenu de l'évolution prévisible de la démographie médicale.

Il n'existe pas aujourd'hui de critères précis permettant de décider du passage ou pas en concertation pluridisciplinaire. On pourrait néanmoins décrire le choix ainsi :

- pluridisciplinarité d'amont avec élaboration de thésaurus et discussion des dossiers pour les 20% à 30% qui ne répondent pas au standard et qui nécessitent une réunion d'expertise. Ceci modifie un peu le sens de la pluridisciplinarité, et se rapproche plus d'une pratique individuelle, "encadrée" par un guide de bonne pratique. Il n'existe actuellement aucune traçabilité rigoureuse, ni pour les propositions de traitements ni pour leurs justifications.
- pluridisciplinarité étendue par la tentative d'être le plus exhaustif possible, en admettant que les "dossiers standards", correspondant au thésaurus, puissent bénéficier d'un quorum réduit ou d'une procédure d'examen simplifiée. Il faut garantir, autant que possible, les bonnes pratiques et donc alléger sans pour autant réduire la réunion de concertation à une simple procédure d'enregistrement des dossiers. On sait en effet que la proposition de traitement est directement influencée par la classification de la tumeur en T (Tumeur) N (Node ou ganglion) et M (Métasta-

ses). Souvent, la difficulté est d'abord de classer la maladie et son extension. C'est elle qui justifie la nécessité de se réunir autour du dossier du patient. Une fois l'accord intervenu sur la classification, la proposition de traitement est plus simple, surtout lorsqu'il est possible de se référer à un thésaurus.

Quelle que soit l'orientation prise, la traçabilité de ces réunions est la condition de leur évaluation.

♦ ***L'organisation de la pluridisciplinarité*** au sein de Réunions de Concertation Pluridisciplinaire :

- La participation des médecins généralistes à ces réunions est exceptionnelle. Même si 13 des 44 réponses (30 %) signalent leur présence, elle reste très anecdotique.
- La connaissance de l'organigramme et la composition des RCP sont données comme effectives dans la très grosse majorité des réseaux (39 réponses positives sur 41).
- Les modalités de ces RCP ont été renseignées :
 - à 44 reprises, il s'agit de réunions "physiques", mais seulement 23 d'entre elles sont certifiées par une feuille de présence soumise à signature des participants ;
 - à 41 reprises et 40 réponses positives pour la rédaction d'un compte-rendu écrit.
- Le quorum est variable selon le type de RCP avec, au minimum, la présence d'oncologues, de chirurgiens et/ou de spécialistes de la pathologie concernée. Les imageurs et les anatomopathologistes sont souvent présents alors que les médecins généralistes, même en cas de réseau de bassin de vie, s'ils en sont membres, ne sont que très rarement présents aux réunions.
Il apparaît que cette notion de quorum est importante car, si celui-ci doit être le plus "complet" en cas de réunion d'expertise ou régionale, il pourrait être plus "réduit" pour les réunions organisées dans le cadre des établissements ou d'une coordination de territoire de santé, où il doit être tenu compte des spécificités des localisations tumorales étudiées. Afin d'assurer le minimum de rigueur à ces RCP, la notion de quorum minimal ne devrait-elle pas être définie dans le cadre d'un "cahier des charges" régional ?
- La rémunération des médecins libéraux est exceptionnelle et, de plus, non pérenne (4/40). Une réflexion à ce sujet est menée dans certaines régions. Ce principe d'une rémunération se heurte principalement à l'absence de reconnaissance de cette activité. Cette reconnaissance est un préalable à toute valorisation, dans le secteur privé comme dans le secteur public. Une fois cette reconnaissance acquise, un recueil ou un codage pourrait être créé dans le cadre de la mise en place de la CCAM et de la T2A.
- Malgré les nouvelles technologies, les réunions en visio-conférence restent peu nombreuses (11 réseaux sur 56) soit 20 % des réseaux dont la moitié dans la même région (Pays de Loire). On trouvera, en annexe 9, un dépouillement spécifique aux réseaux dotés d'une possibilité de visio-conférence. On y constate que leurs "résultats" ne sont pas significativement différents des réseaux qui n'ont pas accès à ce moyen de communication. Autrement dit, sur ce petit échantillon, on peut considérer que le moyen de communication de la visio-conférence ne change pas les pratiques de concertation : il ne fait que les améliorer, les faciliter lorsqu'elles existent ; il ne les crée pas.

♦ ***Le compte-rendu des RCP et son accessibilité*** :

- si l'accord du patient est le plus souvent demandé (28 fois sur 40 - 70 %), il est le plus souvent oral (29 fois sur 42), un accord écrit n'étant mentionné que 8 fois sur 42 réponses (19 %).
- un compte-rendu de la proposition de traitement est rédigé, au moins sur un format papier, dans les 44 réponses obtenues.

- son archivage se fait, soit dans le dossier du médecin traitant (28/40 - 70 %), soit dans le dossier de l'établissement (37/41 - 90 %), plus rarement au niveau du secrétariat du réseau (25/41 - 61 %).
- l'accessibilité aux fiches de propositions de traitement par les membres du réseau est plus rare (11/43 - 26 %), plus rare encore pour les malades (7/39 - 18 %).

4. Questions libres

4.1. Ce qu'a pu apporter le réseau :

Au vu des réponses, on peut retenir que l'apport des réseaux se traduit surtout par :

- une harmonisation des pratiques avec la rédaction des référentiels et des guides de bonnes pratiques facilitant une prise de décision concertée ;
- la rédaction de cahiers des charges sur le mode organisationnel ;
- une amélioration des relations public-privé et ville-hôpital principalement pour les réseaux des territoires de santé avec, pour certains, une interrogation concernant les relations avec les réseaux régionaux et les pôles régionaux de cancérologie.

4.2. Les suggestions :

Il ressort, plus particulièrement, les suggestions suivantes :

- une harmonisation du langage est considérée comme indispensable pour bien préciser ce que l'on entend ou ce que l'on souhaite lorsqu'on parle d'exigence de pluridisciplinarité ;
- avoir rapidement une réflexion sur les statuts juridiques de la structure et la nature de l'activité développée, d'autant que, lorsqu'un financement par la DNDR existe, une crainte est exprimée quant à la pérennité financière de ces structures ;
- une amélioration des modalités de communication des informations médicales entre les différentes structures et/ou acteurs de santé.

5. Travaux en devenir

5.1 Un certain nombre de questions se posent :

Quelques-unes ont déjà été évoquées.

- *Quel cadre juridique pour ces réseaux ?* : on rencontre aujourd'hui deux GIP, par nature limitatifs quant à la diversité de leurs membres, beaucoup d'associations mais aussi, dans près d'un tiers des cas, de simples conventions.

La qualification de la nature de l'activité (s'agit-il de soins ?) est le préalable à la pérennisation des financements et donc à une mise en conformité des possibilités d'embauche, à l'élaboration de contrats d'assurance adaptés, etc...

- *La pérennité du financement des réseaux* : si la dotation "réseaux" doit progressivement se mettre en place, le "relais" avec les financements "FAQSV" ou autres pose parfois des problèmes. Le risque exprimé est celui de voir disparaître les réseaux, l'ampleur prise par leur organisation rendant de plus en plus le seul recours au bénévolat décourageant.

La T2A se met en place actuellement. Comment va-t-elle intégrer cette activité pluridisciplinaire qui est de plus en plus souvent détachée de l'acte technique notamment pour les réunions d'expertises où les "séniors", présents dans le cadre du quorum, participeront à l'élaboration de la proposition de traitement, sans pour autant être amenés à voir les patients.

Que dire de la prise en charge des dossiers lorsqu'une partie du traitement sera réalisée dans un autre établissement ? Les règles pressenties pour organiser la prise en charge lors de "transferts" suffiront-elles à assurer l'équité nécessaire ?

- *Le cahier des charges* des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) a été rédigé dans un certain nombre de réseaux mais pas dans tous. La plupart des réseaux régionaux ne fixent pas les règles d'organisation relatives à la pluridisciplinarité. Parfois, elles ne sont pas du tout formalisées, parfois, elles le sont dans le cadre des réseaux de territoires de santé.

Certains réseaux, qui organisent ces réunions, n'ont pas répondu à ce chapitre du questionnaire, ce qui montre bien les difficultés qu'engendre la rédaction d'un cahier des charges relatif à l'organisation de la pluridisciplinarité. Tout le monde n'est pas forcément d'accord sur ce que l'on entend par pluridisciplinarité, modalités pratiques et contenu du cahier des charges.

L'analyse plus détaillée des questionnaires adressés aux établissements et, en particulier, le chapitre II concernant "*les renseignements relatifs aux Réunions de Concertation Pluridisciplinaire*" fait apparaître la nécessité de:

- mieux faire comprendre les difficultés actuelles d'organisation de cette pluridisciplinarité souvent présente, mais rarement bien formalisée et encore moins systématisée ;
 - mieux définir ce qui relève du simple domaine de la décision partagée (réunions de service ou de spécialités définies autour de référentiels, autour des médecins ou équipes médicales prenant une part active au diagnostic et aux traitements) et ce qui relève du domaine des réunions d'expertise (hors référentiels) ou des pathologies rares à organiser à l'échelle infra-régionale, régionale ou nationale ;
 - préciser quel quorum et/ou quelle spécialité exiger pour la validation de telle ou telle réunion ;
 - indiquer quels dossiers présenter : tous ou uniquement certains dossiers et sur quels critères ;
 - aider à réfléchir sur le positionnement des médecins généralistes ;
 - aider à la définition des moyens à mettre en place pour pérenniser ce mode d'organisation.
- *Le lien* nécessaire qu'il faut trouver entre les différentes structurations : Régions, Territoires de santé, Sites, Etablissements et médecine de ville. L'analyse des questionnaires "réseaux et établissements" fait bien souvent ressortir la difficulté de relations entre les différents niveaux de réseaux et de prises en charge. Si pour les établissements ou les sites orientés vers la cancérologie, la notion de territoire de santé est souvent et facilement formalisée, associant le plus souvent les structures publiques et privées, elle l'est beaucoup moins au niveau des villes "universitaires". Cela est dû au caractère plus ou moins harmonieux de la cohabitation entre CHU, CRLCC et secteur libéral, et à la spécificité de certaines missions d'innovation et de recours. Certains de ces acteurs préfèrent ne considérer qu'un niveau régional, souvent dénommé "réfèrent". L'organisation mise en place en Lorraine, en Pays-de-Loire et en Poitou-Charente est intéressante car alternative. Elle formalise et donne sens aux notions de coordination et de gradation des soins.
 - *La mise en place d'un système d'information "communiquant"* entre les différents établissements et structures impliqués dans le réseau est une demande de tous. Il s'agit d'un outil indispensable à la bonne marche des réseaux, préalable à toute concertation sérieuse.

Certains réseaux se sont déjà dotés d'un "portail internet". Il permet aux réseaux de se faire connaître, de faire connaître leur organisation. Il est parfois le support et le moyen d'échanges sur l'organisation - dates et heures - des réunions de concertation pluridisciplinaire. Certains permettent un accès aux thésaurus. Peu ont mis en place un système permettant des échanges de données entre praticiens ou donnant au patient un accès aux informations médicales le concernant.

La transmission d'informations médicalisées entre systèmes hétérogènes fait actuellement l'objet d'une expérimentation menée par la DHOS dans 4 régions (Aquitaine, Basse-Normandie, Pays-de-Loire et Réunion). Cette expérimentation,

qui repose sur des principes d'intégration et/ou de communication entre systèmes d'information différents, devrait rapidement fournir des réponses aux nombreuses interrogations qui ont cours sur le sujet. Les premiers résultats sont en effet attendus pour la fin de l'année 2004.

5.2 Un langage commun est à définir :

Il est souvent difficile de s'y retrouver entre les différents sigles, d'autant que certains sont employés avec des significations différentes, qu'ils soient anciens (STAFF, RCP, UCPO) ou émergents (3C).

- Les Pluridisciplinarités autour des dossiers des patients, le plus souvent d'une même pathologie, venant d'un ou plusieurs services, d'un ou plusieurs établissements et qui font intervenir des médecins de spécialités différentes, d'une ou plusieurs structures, sont nommées de différentes façons avec, pour chaque dénomination, des cahiers des charges plus ou moins définis se rapportant aux recommandations de la Circulaire du 24 mars 1998.

Ainsi on retrouve les sigles et termes de :

STAFF	terme le plus ancien, principalement utilisé pour les "réunions de service" ;
RCP	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
UCPO	Unité de Concertation Pluridisciplinaire en Oncologie
UCPS	Unité de Concertation Pluridisciplinaire Spécialisée
UCP	Unité de Concertation Pluridisciplinaire
CCP	Comité de Concertation Pluridisciplinaire.

- Tous les établissements ne possèdent pas, en interne, les acteurs nécessaires au quorum pour permettre une telle organisation pluridisciplinaire.

Ainsi se sont mis en place des structures de coordination entre établissements ou entre services. Ces structures "gèrent" ou mettent en place la logistique de ces réunions pluridisciplinaires et sont définies par des "sigles" tels que :

UCPO	Unité de Coordination Pluridisciplinaire en Oncologie
3C	Centre de Coordination en Cancérologie
Structure	de Coordination locale

Réseau centré autour d'une seule pathologie ou organe : ainsi il est retrouvé des réseaux centrés sur la pédiatrie mais également des réseaux gynéco, pneumo, gastro, Orl, urologie, à partir d'une organisation pluridisciplinaire mise en place autour d'un ou plusieurs services d'un CHU, plus ou moins articulée avec les services de même spécialité du CRLC ou du secteur privé, dans le meilleur des cas intégrée au sein d'une organisation régionale ou de territoire de santé.

- Sous les termes de "réseaux" sont regroupées des entités extrêmement différentes selon que l'on se situe à l'échelle :
 - régionale, avec parfois plusieurs réseaux "régionaux" pour une même région, une organisation plutôt centralisée autour de "centres de référence", ou une organisation plutôt fédérative des organisations et/ou des coordinations de "bassins de vie" d'une même région ;
 - infra-régionale, des territoires de santé ou des bassins de vie, parfois difficiles à définir et à géométrie variable ;
 - inter-établissements sous dotation globale ou sous OQN, qui traduisent une volonté de coopération entre plusieurs établissements, ou qui formalisent une approche en termes de "sites de cancérologie" ;
 - ville-hôpital, le plus souvent dans le cadre d'une application bien précise comme la chimiothérapie à domicile, autour d'un établissement, sur un territoire donné (ONCORESE), ou pour les soins à domicile (ONCORIENT).

5.3 Les réseaux répondent-ils à un véritable besoin de santé de la population ?

Cette question peut paraître surprenante car la raison pour laquelle ces réseaux ont été créés est claire. Il s'agit d'améliorer la concertation et la coordination des professionnels - c'est à dire les bonnes pratiques - mais aussi l'égalité d'accès au système de santé, le tout bien sûr au profit des patients. Mais ces mesures d'amélioration de la qualité de la prise en charge des malades atteints du cancer sont, de fait et avant tout, des mesures qui touchent à l'organisation de cette prise en charge. Ceci explique que les questions posées dans les deux questionnaires touchaient plus à l'organisation, aux relations entre acteurs de santé, qu'au ressenti des malades. Une meilleure lisibilité de ces réseaux et de leurs relations avec les différents établissements et acteurs de santé, associée à une participation de plus en plus fréquente et active des associations au sein des structures de gestion et d'organisation devrait faciliter l'intégration des patients dans ce mode de prise en charge.

Les malades et les associations de patient participent à l'organisation des réseaux, cela a été noté plus haut. Mais au vu des réponses aux questionnaires, le nombre de patients pris en charge par de telles organisations reste très faible. Si l'on exclut les réseaux thématiques, sur les 53 questionnaires, 13 réseaux seulement ont répondu à la question de savoir combien de patients avaient été "inclus" pour un nombre total de 15.800 patients au sein de 4 réseaux régionaux sur 25 et 9 réseaux de territoire de santé sur 31. De plus ceci regroupe des prises en charge extrêmement variables. L'inclusion des patients dans les réseaux régionaux correspond le plus souvent à un enregistrement de la pluridisciplinarité à partir des dossiers difficiles ou d'expertise discutés entre les UCPO ou sites de la région.

Le nombre de patients qui a bénéficié d'une prise en charge pluridisciplinaire a été étudié dans le chapitre portant sur cette question. Les chiffres sont nettement supérieurs avec 56.411 dossiers discutés. Ce chiffre reste encore loin de ce que préconise la **mesure 31** dont l'objectif est de faire bénéficier 100% des nouveaux patients atteints du cancer d'une Concertation Pluridisciplinaire autour de leur dossier. Pourtant il n'est très certainement pas représentatif de la réalité. En effet tous les réseaux n'ont pas répondu et au niveau des réseaux régionaux bien souvent ne sont enregistrés que les dossiers ne répondant pas à un thésaurus. L'étude du questionnaire portant sur les établissements confirme en effet que ces réunions sont des pratiques courantes. Si elles sont organisées par service, voire par établissements (CHU, CRLC, CH, établissements ou cabinets de radiothérapie privés) elles ne possèdent pas pour autant une véritable organisation commune, d'où cette difficulté d'évaluation. Ce sont bien les réseaux de territoire de santé qui pourraient apporter cohérence, continuité et capacité d'évaluation puisqu'ils sont plus adaptés aux parcours du patient. Aujourd'hui c'est l'organisation centrée sur l'établissement qui domine et non celle centrée sur le patient et son "parcours".

Les résultats détaillés sont en annexes 10 et 11. Toutes les réponses ont été prises en compte. Mais ces résultats sont déclaratifs et établis sur la base de réponses volontaires à un questionnaire. Ils sont donc à prendre avec grande prudence. Tout au plus donnent-ils des indications en termes d'organisation. Les résultats de l'enquête nationale en cours de finalisation par les Caisses d'Assurance Maladie sur les conditions de prescription et d'administration des chimiothérapies anticancéreuses fourniront rapidement des données plus élaborées et plus contrôlées.

6. Conclusion

L'introduction du chapitre "soins" souligne la volonté de *«mettre en place les conditions d'une coordination systématique des acteurs de soins - à l'hôpital et en ville -, par la généralisation des réseaux de Cancérologie, et par une régulation graduée des structures de soins»*. Cette introduction distingue donc deux éléments : l'organisation en réseau et la gradation des soins.

6.1 Le plan cancer s'inscrit dans une continuité

Organisation en réseau et gradation des soins : s'agit-il d'une idée nouvelle ? Cette "volonté" ne traduit-elle pas le nécessaire besoin de clarifier un concept et une organisation de travail dont le principe est admis par tous depuis quelques années ? Assurément il s'agit d'une

confirmation, de la recherche des meilleurs moyens d'impulser une accélération dans le développement des bonnes pratiques. Il fallait donc partir du constat objectif d'une situation en devenir, et somme toute très mal connue dans ses réalités concrètes.

La Circulaire DGS/DH/N°98/213 du 24 mars 1998 relative à l'organisation des soins en cancérologie dans les établissements d'hospitalisation publics et privés a été à l'origine de cette organisation graduée du système de soins.

Cette Circulaire avait pour objet d'indiquer *“les principes qu'il convient de prendre en considération pour l'organisation des soins concernant la cancérologie dans les établissements de santé”* et précisait *“les principes d'organisation des soins en cancérologie”*. Elle visait *“à promouvoir la nécessaire pluridisciplinarité des traitements, à garantir à tous les patients une égalité d'accès à des soins de qualité et à assurer la gradation, la coordination et la continuité des soins par la constitution de réseaux de soins”*.

Elle précisait aussi : *“Ces principes englobent, dans une même idée directrice de pluridisciplinarité et de collaboration concertée, les exigences propres au fonctionnement interne des structures ou unités de cancérologie et les exigences relatives aux coopérations entre les dispensateurs de soins dans la volonté d'une organisation coordonnée en réseaux. Ils incluent la décision et la mise en œuvre des stratégies thérapeutiques à l'égard de tout patient.”*

Et enfin : *“Dans tous les cas il importera de rappeler que ces réseaux sont constitués autour d'un projet de soins commun à leurs auteurs”*.

La même Circulaire permettait aux établissements de se *“regrouper en sites”* afin d'avoir une taille suffisante pour répondre aux critères de *“sites de cancérologie”* :

- Les *“sites de référence en cancérologie”*
- Les *“sites orientés vers la cancérologie”*
- Les *“moyens de proximité traitant les patients cancéreux”*

Cette approche est structurante puisqu'elle est un des fondements des SROS de deuxième génération. Ainsi, fin 2002, au niveau de chaque région hors Guyane et Ile de France, il a été arrêté une structuration des établissements regroupés en sites afin de leur donner un «volume» suffisant pour prendre en charge les patients atteints de cancer. Il a été ainsi dénombré 36 sites spécialisés référents en cancérologie, 105 sites orientés en cancérologie et 5 sites référents-orientés.

La région Ile de France avait, dans un premier temps, choisi de ne pas désigner de sites de référence compte-tenu de leur multiplicité et de leur spécialisation relative. Elle s'est structurée selon ce triptyque durant l'année 2003.

L'analyse des résultats de l'enquête auprès des réseaux et des établissements permet :

- **de constater le gros travail effectué en termes de formalisation des organisations, depuis quelques années dans les régions, tant par les établissements que par le personnel soignant ;**
- **mais aussi de mettre en évidence une grande diversité dans ces modes d'organisation.**

6.2 Quelles sont les raisons qui ont amené à cette diversité en termes d'organisation ?

Ces raisons sont de trois ordres :

6.2.1 Des raisons d'ordre général

Nos régions ne sont pas toutes semblables. Leur découpage géographique est déjà ancien. Elles sont d'une grande disparité d'un point de vue démographique, comme de superficie, d'infrastructure routière ou d'implantation en termes d'établissements, de plateaux techniques, de niveau d'équipements ou d'éventail de compétences disponibles (nombre de CHU et de CRLCC, poids des établissements sous OQN).

Les logiques organisationnelles privilégiées sont, elles aussi, différentes d'une région à l'autre.

- Une approche “établissement” : cette approche privilégie de fait le management de l'institution. Dans la mesure où l'établissement de santé domine, l'organisation de l'établissement est censée valoir organisation de la cancérologie dans son ensemble. Dans un système administré, elle débouche sur l'organisation en “comités” afin de donner une visibilité et du pouvoir aux professionnels concernés.

Cette approche est souvent mise en avant par les gros établissements sous dotation globale afin de résoudre leurs problèmes d'organisation ou de régulation du pouvoir interne.

- Une approche “structuration et hiérarchisation de l'offre de soins” : cette approche privilégie de fait la restructuration du système hospitalier et sa régulation. Elle débouche sur l'organisation des établissements et/ou des sites en “niveaux” et sur la formalisation de “coopérations” entre acteurs de “niveaux” différents. L'ensemble prendra le nom de réseau. Si possible on lui donnera une dimension régionale. Pour les tutelles, cette gradation hiérarchisée simplifie le système hospitalier en diminuant le nombre des interlocuteurs.

Cette approche est souvent mise en avant par des ARH qui ont des problèmes de restructuration ou de gros établissements qui, malgré une faible activité, peuvent prétendre au titre de “référénts”.

- Une approche “coordination tout au long du parcours du patient” : cette approche privilégie de fait la prise en charge concrète du patient souffrant d'une maladie à épisodes exigeant des formes de prises en charge diversifiées. Le cancer s'y prête bien. Elle débouche sur l'organisation en “réseaux” afin de faciliter la coordination des professionnels et d'optimiser le parcours du patient. S'il y a gradation, elle est non hiérarchique, sauf cas spécifique.

Cette approche est souvent mise en avant par les tenants d'une amélioration de la qualité de la prise en charge des patients privilégiant une approche globale de ses besoins et de son parcours.

6.2.2 Des raisons d'ordre institutionnel

- Suite à la Circulaire de 1998, dans la rédaction des SROS, la pluridisciplinarité et l'organisation des soins dans le cadre de réseaux constituaient le socle d'une bonne prise en charge des patients atteints de cancer. L'orientation voulue par la Circulaire était celle de la continuité des soins et de la coordination des professionnels pour des soins de qualité et de proximité. Les choix présidant à l'application de ces orientations ont eu des conséquences sur la structuration et la couverture même des réseaux.

Certains, en s'appuyant prioritairement sur le parcours du patient et les pratiques concrètes ont, de fait, privilégié, dans leur organisation, les sites de cancérologie et les bassins de vie. Sachant que tout ne peut pas se faire sur le bassin de vie, il y aura ensuite, en plus, une dimension régionale à cette organisation. D'abord le bassin de vie, ensuite la région, selon un principe de subsidiarité et non l'inverse. La gradation a du sens ici du point de vue de la localisation de prise en charge, et non du point de vue de la capacité de prise en charge. Celle-ci est déjà graduée de fait par les compétences et les autorisations, tout le monde ne fait pas d'oncologie pédiatrique et/ou de l'hématologie, les plateaux techniques et les structures d'hospitalisation ne sont pas les mêmes... L'ensemble des bassins de vie ou de population, chacun organisé de façon cohérente, permet de couvrir l'ensemble de la Région.

D'autres ont plutôt opté pour une cohérence d'emblée régionale avec une organisation unifiée, ordonnée et graduée à partir d'un site de référence en cancérologie. A partir des 3 niveaux de prises en charge, les patients remontent d'un niveau selon la gravité de leur situation. Cette organisation a le mérite, au moins, en apparence "d'ordonner" et de "hiérarchiser" les établissements. Elle est supposée aussi standardiser les pratiques, par un savoir descendant.

- Les modalités d'exercice (salarié d'établissements sous DG, publics ou PSPH, libéral, Etablissements sous DG sous OQN) et d'accès aux financements (ARH, e-santé, FAQSV, Etat ou Sécurité Sociale) de ce nouveau mode d'exercice de la médecine formalisant la concertation et la coordination ont souvent eu des effets structurels. Les modalités de financement ont, par exemple, eu une influence directe sur la prééminence de fait de tel ou tel statut.

6.2.3. Des raisons liées au facteur humain

Dans son rapport, la Commission d'Orientation (16/1/03, p. 184) résume bien les spécificités liées à la maladie cancéreuse.

«La particularité de la prise en charge du cancer est l'intégration de plusieurs disciplines médicales (pluridisciplinarité) dans une chaîne thérapeutique qui dure plusieurs mois : améliorer la prise en charge, c'est agir sur plusieurs disciplines, le plus souvent dans plusieurs structures de soins à l'hôpital, comme en ville pour garantir la qualité d'un «parcours» thérapeutique qui doit intégrer autour de la personne soignée plusieurs acteurs réalisant des traitements dits spécifiques et d'autres dits complémentaires (prise en charge globale).

Cette spécificité impose une modalité d'action originale et globale pour garantir une équité de prise en charge aux patients partout sur le territoire national qui devra intégrer aussi bien une architecture cohérente, une coordination renforcée et des actions concrètes sur les maillons essentiels de notre système de soins.

La lutte contre le Cancer mobilise et impacte l'ensemble du système de soins : disciplines médicales (spécialités, chirurgie, radiothérapie, oncologie, imagerie) et établissements de soins (CHRU, CRLCC, CHG, Cliniques), médecine de ville, soins spécifiques et soins complémentaires.

TOUTES les disciplines et TOUTES les structures sont concernées, pour que TOUS les malades puissent également en bénéficier.»

Cette formulation est bien révélatrice du fait que, si l'ensemble des acteurs du système de santé est concerné, en nommant "les disciplines, les établissements et les malades", elle ne sous entend le rôle majeur de l'un des acteurs, celui du corps médical. Ce facteur humain est pourtant très important car toute volonté d'organisation du corps médical, quelle que soit l'intention (autoriser, faciliter, inciter, évaluer, sanctionner le cas échéant...), peut susciter un sentiment d'inquiétude.

Par ailleurs, les organisations concrètes sont, par définition, fort diverses, fortement influencées par les pratiques, leur contexte, l'histoire et la culture des équipes dans lesquelles elles se développent.

Enfin, cette démarche de formalisation et de systématisation d'une médecine concertée et coordonnée est encore ressentie comme une innovation. De ce fait, elle est encore souvent basée sur le volontariat, le bénévolat, le militantisme ce qui explique des modes de fonctionnement variés en fonction des sensibilités, des personnalités, des orientations dominantes en termes de partage des pratiques ou de volonté de pouvoir.

6.3 Les résultats de cette enquête permettent-ils de dégager une première typologie des réseaux ?

Au-delà des "réseaux thématiques" ou "de pathologies", bien souvent partie prenante dans un ou plusieurs réseaux en étant un outil d'organisation des réunions de concertation pluridisciplinaire, il est possible de retrouver sous ce terme de réseau, une organisation :

- Ville - hôpital
 - structurée le plus souvent autour d'un seul établissement pour une pratique bien spécifique telle que le soin à domicile ;

- réunissant parfois différents établissements associés à la médecine de ville autour d'une organisation de la pluridisciplinarité.
- Entre établissements privés et/ou publics ou de sites de "cancérologie" à l'échelle soit d'un secteur, soit d'un territoire de santé, voire d'une région, principalement pour la rédaction de guide de bonne pratique clinique et la formalisation de la pluridisciplinarité entre les structures publiques et privées.
- Fédérative des réseaux thématiques et/ou territoriaux. Ce mode d'organisation en réseaux est celui qui répond le mieux aux exigences de la mesure 29 concernant les réseaux régionaux.

6.4 Quels sont les enseignements qui peuvent être tirés de cette enquête pour l'élaboration des différents cahiers des charges et pour parvenir à l'objectif fixé par le plan cancer ?

6.4.1 Il faut parvenir à :

- unifier les sigles et abréviations. Cela est indispensable, certains de ceux qui sont employés n'ayant pas la même signification d'un réseau à l'autre.
- assurer la cohérence entre les différentes mesures du plan visant à favoriser l'organisation multidisciplinaire associée à une coordination des professionnels pour la qualité et la continuité des soins à proximité du lieu de vie des patients. Il faut citer ici, tout particulièrement, la mesure 29 qui concerne le réseau régional de cancérologie mais aussi d'autres mesures, par exemple :
 - **la mesure 30** qui incite à la constitution d'un pôle régional de cancérologie ;
 - **la mesure 31** dont l'objectif est de faire bénéficier 100% des nouveaux patients atteints du cancer d'une Concertation Pluridisciplinaire autour de leur dossier ;
 - **la mesure 32** qui vise à identifier des Centres de Coordination en Cancérologie (3C) dans chaque établissement ou réseau traitant des patients cancéreux ;
 - **la mesure 33** qui vise à faciliter la prise en charge et le suivi de proximité des patients atteints du cancer par une meilleure insertion des médecins généralistes dans les réseaux de soins en cancérologie.

6.4.2 Pour cela, il faut clarifier les relations entre :

- ce qui relève du domaine de la prise en charge "soignante" du malade et ce qui ressort de l'organisation des métiers et des structures des intervenants, c'est-à-dire de leur organisation en système cohérent de santé et de recours (gradation des établissements et des sites, réseau de territoire de santé, réseau régional, pôle régional...). En effet, si l'organisation des soins repose d'abord, en cancérologie, sur les réseaux de proximité, le pôle régional reste un des éléments majeurs de la gradation souhaitée. Il l'est en tant qu'élément final du recours ou en tant qu'élément organisationnel du système de recours. Il ne l'est pas en tant que pilote de l'organisation du réseau ;
- la médecine «hospitalière» et la médecine «de ville» trop souvent mises en opposition ;
- le niveau local ou de «territoire de santé» et le niveau régional; car si l'objectif de qualité des soins est le même, les fonctions sont souvent différentes.

L'organisation des métiers et des structures ressort plutôt du niveau régional. De fait, la mesure 29 précise que c'est au niveau régional qu'il faut :

“1) Coordonner les acteurs à l'échelle régionale (l'ensemble des établissements et médecins libéraux de la région ... devront à terme intégrer ce réseau régional)

2) Fédérer les réseaux locaux existants ;”

ce qui devrait harmoniser les pratiques au niveau d'une région pour éviter la "balkanisation" dans la mesure où cela permet :

- la rédaction de la charte du réseau (engagement des acteurs à réaliser et évaluer la pluridisciplinarité), et de l'évaluation de sa mise en œuvre ;
- l'élaboration et la validation des thésaurus régionaux, et de l'évaluation de leur mise en œuvre ;
- la rédaction du cahier des charges régional type des RCP standard et d'expertise ;
- l'organisation et l'optimisation des RCP régionales d'expertise (visioconférence...);
- la mise au point de la proposition du contenu d'une «fiche patient» régionale, voire l'adaptation d'une fiche nationale,

3) Organiser les outils communs à l'ensemble des acteurs de la région ;”

et donc établir les relations indispensables avec les autres réseaux de cancérologie mais aussi ceux de soins palliatifs et douleurs, sans oublier les autres, gériatrie, urgence, diabète ... quand ils existent.

4) Organiser l'évaluation de ses membres ;

5) Être l'interlocuteur privilégié de l'ARH”

Sans vouloir les placer en opposition, il est logique d'écrire que la prise en charge "soignante" des patients ressort plutôt du territoire de santé, en cohérence avec le niveau régional. C'est à l'échelon du territoire de santé que doivent d'abord se coordonner les établissements et structures publiques comme privées, mais également la médecine de ville et les patients. Ce niveau territorial pourrait être chargé de :

- s'approprier et aider à l'implantation des référentiels locaux, des méthodes et outils de l'évaluation (en liaison avec le réseau régional).
- organiser de la mise en place de la pluridisciplinarité sur le plan local et d'assurer la coordination des réunions de concertation au sein des établissements, des sites voire des réunions communes aux différentes structures.
- permettre l'élaboration d'une proposition thérapeutique écrite au sein du dossier médical et en assurer sa traçabilité.
 - s'assurer du respect par les signataires des engagements signés dans la charte du réseau régional (en particulier que l'ensemble des établissements enregistrent bien les nouveaux dossiers de cancer, sous la forme communicable dé-cidée) ;
 - mettre en place l'évaluation de la pluridisciplinarité ;
 - suivre les critères nécessaires à la labellisation des réseaux de cancérologie et leur impact sur les pratiques.
- Offrir l'accès à un système de visioconférences et garantir son fonctionnement afin de permettre la concertation pluridisciplinaire pour les cas compliqués ou rares.
- Promouvoir la continuité des soins et les moyens facilitant la coordination ville hôpital.
- Faciliter les initiatives collectives des acteurs du réseau en matière de prise en charge locale du cancer, de mise en relation avec la médecine

cine de ville et avec les autres réseaux des bassins de vie (douleur et soins palliatifs en particulier).

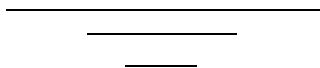
6.4.3 Sans oublier l'adaptation nécessaire du droit et la pérennisation des financements

- proposer une ou des réponses juridiques adaptées à la nature de l'activité, aux statuts, au champ des responsabilités; les décrets d'application du GCS sont attendus avec impatience.
- en conséquence pérenniser les financements puis en harmoniser les modalités et enfin assurer leur articulation entre les différents réseaux. Ce financement doit-il :
 - être destiné au réseau régional ? En fonction de critères bien définis, voire de crédits "fléchés", il reverserait leur part aux "réseaux de territoires de santé". A condition d'être organisé de façon démocratique, ce système pourrait avoir l'avantage d'une certaine transparence et d'une certaine équité au sein d'une même région. Il pourrait inciter à un développement et à un équipement harmonieux au niveau de la région. A l'inverse, ce système pose les problèmes juridiques et fiscaux.
 - être directement affecté au niveau des réseaux ? Le risque est celui d'une balkanisation des organisations et une difficulté d'individualisation de certains territoires à la jonction et en partenariat avec plusieurs réseaux (problèmes des grosses agglomérations mais également des petites structures dans des territoires isolés)
 - renforcer une organisation "fédérative régionale" ? Cette organisation pourrait être garante de l'équité par un financement direct des réseaux des territoires de santé ? Ces réseaux paieraient les prestations de leur réseau régional, conçu comme leur société de service.

Des réponses devront être apportées car au vu des éléments recueillis par les questionnaires, la question de la pérennisation des financements reste la grande interrogation des réseaux.

6.4.4 Et enfin inciter à une évaluation en termes de résultats, au moins pour tout ce qui concerne la concertation pluridisciplinaire

L'évaluation n'a d'intérêt ici que si elle contribue à développer la concertation considérée par tous comme le premier critère de bonne pratique. Le pourcentage de patients qui bénéficient aujourd'hui d'une réelle concertation pluridisciplinaire est insuffisant et trop souvent mal connu. Il faut donc en connaître précisément le pourcentage sur chaque site de cancérologie, en diffuser le résultat, en tirer les conséquences organisationnelles et en mesurer les effets sur les pratiques.



**Rapport
sur l'état des lieux
des réseaux
de cancérologie
à la fin de l'année 2003**

Annexe 1

le questionnaire “réseaux”

QUESTIONNAIRE AUX RESEAUX DE CANCEROLOGIE

10/2003

L'origine et la finalité de ce questionnaire vous ont été précisées dans la lettre d'accompagnement.

Il a été formalisé avec une majorité de questions fermées afin d'en faciliter le traitement. Notre objectif est de mieux connaître ce qui est opérationnel en termes d'amélioration de la prise en charge des patients et des pratiques. Il est aussi de connaître ce qui freine ces réseaux dans leur développement et dans l'amélioration du service rendu.

Les questionnaires sont adressés aux Présidents des Réseaux. Il leur revient de procéder aux consultations nécessaires auprès de leurs instances et/ou des membres du réseau afin de s'assurer du caractère consensuel des réponses ou de la prise en compte des remarques, suggestions ou éléments d'information qui pourront contribuer aux travaux futurs.

Les établissements recevront de leur côté, par l'intermédiaire des Fédérations, un questionnaire portant principalement sur les relations réseaux/établissements.

Les réponses sont à retourner à la Mission, au plus tard pour la première semaine de Novembre, de façon à pouvoir établir un premier bilan pour la fin Novembre 2003. Ce premier dépouillement sera complété par un déplacement dans votre Région au cours du premier trimestre 2004. Les contacts pris à cette occasion en faciliteront et en affineront l'interprétation. La rédaction d'un document de synthèse est prévue pour la fin du premier semestre 2004.

I

COORDONNEES DU RESEAU

Nom du Réseau :

Adresse :

Président :

Nom :

E-Mail :

Médecin coordonnateur

Nom :

E-Mail :

Secrétariat

Nom :

E-Mail :

Site Internet

<http://www.>

Merci de joindre à votre réponse :

- les statuts du réseau, s'ils sont déposés et/ou sa charte constitutive
- la liste des membres de votre instance dirigeante (bureau, CA,)

II ORGANISATION DU RESEAU

Rayer la case fausse

Couverture géographique :

Région	Oui	Non
Territoire (bassin) de santé	Oui	Non
Articulation à d'autres réseaux dans la Région :	Oui	Non

Si oui, lesquels ?

Caractéristiques du réseau :

STATUTS

Convention simple	Oui	Non
Association loi 1901	Oui	Non
GIP	Oui	Non
GIE	Oui	Non
GCS	Oui	Non
Autre (lequel) :	Oui	Non
Date de signature des statuts :		

OBJET du réseau

Généraliste (tout type de pathologie cancéreuse)	Oui	Non
Spécialisé sur un organe	Oui	Non
Lequel :		

ARCHITECTURE de l'organisation

Verticale (<i>hiérarchisée, graduée à partir d'un pôle de référence</i>)	Oui	Non
Transversale (<i>réunissant sur un même plan les pôles orientés et de référence</i>)	Oui	Non

MEMBRES du RESEAU

• Etablissement(s) public(s)	Oui	Non
• Etablissement(s) privé(s) sous OQN	Oui	Non
• Etablissement(s) privé(s) sous dotation globale	Oui	Non
• Cabinet(s) de radiothérapie	Oui	Non
• Médecins spécialistes libéraux	Oui	Non
• Médecin(s) généraliste(s)	Oui	Non
• Structure(s) d'HAD	Oui	Non
• Autres professionnels de santé	Oui	Non
• Association(s) de malades	Oui	Non
• Autre(s)	Oui	Non

Coordination du réseau**Pour coordonner le réseau, il existe une structure de coordination :**

- Spécifique au réseau
- Financée par le réseau
- Mise à la disposition du réseau par un Etablissement

Oui	Non
Oui	Non
Oui	Non

Moyens propres au réseau

- Un médecin coordonnateur
- Un secrétariat
- Des moyens bureautiques dévolus
- Un local individualisé
- Un numéro de téléphone spécifique
- Un portail web spécifique
- Un budget spécifique
- Autre(s)

Oui	Non
Oui	Non
Oui	Non
Oui	Non
Oui	Non
Oui	Non
Oui	Non

S'il y a un médecin coordonnateur :

Dispose-t-il d'une définition de fonction écrite ?

Oui	Non
-----	-----

Si oui, principales fonctions :

Est-il :

- Payé par le réseau (salarié ou sur honoraires) ?
- Salarié par un employeur dédommagé par le réseau ?
Si oui, cet employeur est-il membre du réseau ?
- Bénévole pour le réseau ?

Oui	Non
Oui	Non
Oui	Non
Oui	Non

Est-il nommé :

- Par le Président du Réseau ?
- Par le CA ou le Bureau du Réseau ?
- Par l'AG du réseau ?

Oui	Non
Oui	Non
Oui	Non

Est-il :

- A plein temps ou à équivalent plein temps ?
- A temps partiel ?

Oui	Non
Oui	Non

S'il y a un secrétariat propre au réseau :

Dispose-t-il d'une définition de fonction écrite ?

Oui	Non
-----	-----

Est-il :

- Payé par le réseau (salarié ou sur honoraires) ?
- Salarié par un employeur dédommagé par le réseau ?
- Bénévole pour le réseau ?

Oui	Non
Oui	Non
Oui	Non

Nombre d'équivalent(s) temps plein :

Autre(s) et commentaires :

III

REUNIONS DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRES (RCP) ORGANISEES DANS LE CADRE DU RESEAU

(le cas échéant dupliquer la fiche s'il y a des RCP organisées sur un mode différent dans le réseau)

Rayer la case fausse

TYPE DE RCP

Généraliste	D'organe
-------------	----------

S'il s'agit d'une RCP d'organe, préciser l'organe concerné :

TYPE DE DOSSIERS présentés, discutés et/ou enregistrés dans le cadre de cette RCP

Tous les nouveaux cas de cancer...

sont ils : • Discutés ?

• Uniquement enregistrés, sans discussion ?

Nombre de dossiers discutés en 2002 :

Nombre de dossiers uniquement enregistrés en 2002 :

Les dossiers "standards" (dossiers relevant d'un référentiel type adopté dans le réseau) sont discutés

Si oui : • ils proviennent d'un Etablissement

• ils proviennent du Territoire (bassin) de santé

• ils proviennent de toute la Région

Nombre de dossiers en 2002 : %

Les dossiers "d'expertise" (dossiers ne répondant pas aux référentiels du réseau, complexes ou rares) sont discutés

Si oui : • ils proviennent d'un Etablissement

• ils proviennent du Territoire (bassin) de santé

• ils proviennent de toute la Région

Nombre de dossiers en 2002 : %

ORGANISATION

Participation médicale

Médecins spécialistes libéraux

Médecins spécialistes salariés d'Etablissements sous dotation globale

Médecins généralistes

Autres

Les participants disposent d'informations écrites et accessibles sur :

La date, le lieu et l'heure des RCP

Le nom et les coordonnées du médecin coordinateur de RCP

Le nom et les coordonnées des participants

Modalités pratiques

Réunions Physiques

Une feuille de présence toujours soumise à signature des présents ?

Visio-conférence

Télétransmission

Il existe un compte-rendu écrit de la RCP

Nombre de réunions mensuelles

Durée moyenne

Oui	Non
Oui	Non

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Oui	Non
-----	-----

Oui	Non
-----	-----

Oui	Non
-----	-----

Oui	Non
-----	-----

<input type="text"/>	%
----------------------	---

Oui	Non
-----	-----

Oui	Non
-----	-----

Oui	Non
-----	-----

Oui	Non
-----	-----

<input type="text"/>	%
----------------------	---

Oui	Non
-----	-----

Oui	Non
-----	-----

Oui	Non
-----	-----

Oui	Non
-----	-----

Oui	Non
-----	-----

Oui	Non
-----	-----

Oui	Non
-----	-----

Oui	Non
-----	-----

Oui	Non
-----	-----

Oui	Non
-----	-----

Oui	Non
-----	-----

Oui	Non
-----	-----

Participation par spécialités

Oncologues Médicaux	Oui	Non	Radiologues	Oui	Non
Radiothérapeutes Oncologues	Oui	Non	Médecins généralistes	Oui	Non
Chirurgiens	Oui	Non	Psychologues	Oui	Non
Spécialistes de la localisation concernée	Oui	Non	Psychiatres	Oui	Non
Anatomopathologistes	Oui	Non	Oncogénéticiens	Oui	Non

Autres :

Les médecins libéraux sont dédommagés pour leur présence	Oui	Non
--	-----	-----

Documents patients supports de la RCP

Recueil de l'accord du patient pour la présentation de son dossier en RCP	Oui	Non
---	-----	-----

Si Oui :	Oral	Oui	Non	Traçabilité	Oui	Non
	Ecrit et signé	Oui	Non		Oui	Non

Il existe une fiche patient avec la proposition du traitement rédigée après la RCP	Oui	Non
--	-----	-----

Si Oui :	Fiche papier	Oui	Non	Fiche informatisée	Oui	Non
	Un exemplaire de cette fiche est adressé	au médecin généraliste		Oui	Non	
		au médecin spécialiste		Oui	Non	

Cette fiche est archivée	Oui	Non
dans le dossier médical du médecin traitant	Oui	Non
dans le dossier médical de l'Etablissement concerné	Oui	Non
au niveau du secrétariat du réseau	Oui	Non
Autre(s) archivage(s)	Oui	Non

ACCESSIBILITE AUX FICHES DE RCP (DOSSIER MEDICAL)

Le réseau dispose-t-il d'une base de données partagées sur support informatique regroupant les propositions de traitement énoncée lors de la RCP ?	Oui	Non
--	-----	-----

Si oui :	Hors RCP, ce dossier est-il accessible aux médecins du réseau ?	Oui	Non
	Hors RCP, ce dossier est-il accessible aux médecins participant à la prise en charge du patient ?	Oui	Non
	Ce dossier est-il accessible au patient ?	Oui	Non
	La liste des personnes habilitées à consulter ce dossier est-elle soumise par écrit à l'approbation du patient, ainsi que ses modifications ?	Oui	Non

AUTRES AIDES DU RESEAU POUR LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Hospitalisation, y compris ambulatoire	Oui	Non	Diététique	Oui	Non
Médecin généraliste	Oui	Non	Nutrition	Oui	Non
HAD	Oui	Non	Douleur	Oui	Non
Chimiothérapie à domicile	Oui	Non	Soins palliatifs	Oui	Non
Soins à domicile	Oui	Non	Kinésithérapie	Oui	Non
Soins de suite et de réadaptation	Oui	Non	Soutien spirituel	Oui	Non
Suivi infirmier	Oui	Non	Aide sociale	Oui	Non
Prise en charge psychologique	Oui	Non	Soutien aux proches	Oui	Non
Education-information	Oui	Non	Dépistage	Oui	Non
Inclusion dans des essais	Oui	Non			

Autres :

IV

QUESTIONS OUVERTES

Personne ayant rempli le questionnaire :
Coordonnées

Qu'est-ce qui marche dans votre réseau ?

Choix du protocole	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Evaluation des pratiques	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Recherche	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Mise en œuvre du protocole	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Relations Ville-Hôpital	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non			
Dépistage	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Aide au Patient	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non			
Autre(s) :								

Considérez-vous que le réseau a participé à l'amélioration des pratiques ?

<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
------------------------------	------------------------------

Si oui : dans quels domaines ?
Si non, pourquoi ?

Quelles sont pour vous les mesures les plus importantes à prendre pour développer votre réseau ?

REMARQUES :

SUGGESTIONS :

**Merci de renvoyer au plus tôt ce questionnaire rempli
à la Mission Interministérielle pour la Lutte contre le Cancer, à l'adresse ci-dessous :**

Personnes pouvant être jointes sur ce questionnaire :

Madame Pascale BRIAND - Mission cancer

Docteur Philippe BERGEROT - Chargé de mission

Tel : 02 40 53 88 44

Fax : 02 40 53 88 45

E-Mail : pb.cedolet@wanadoo.fr et cedolet@aol.com

Adresse de la Mission Cancer :

Mission Interministérielle pour la Lutte contre le Cancer
8, avenue de Ségur
75350 PARIS 07SP

**Rapport
sur l'état des lieux
des réseaux
de cancérologie
à la fin de l'année 2003**

Annexe 2

liste

des correspondants

des 56 réseaux

qui ont répondu

au questionnaire “réseaux”

LES 56 RÉSEAUX AYANT RÉPONDU AU QUESTIONNAIRE

REGION	RÉSEAUX	PRÉSIDENT	MÉDECIN COORDONATEUR
ALSACE	CAROL Coordination Alsacienne des Réseaux Oncologiques Locaux		Dr Anne LE LOUARN
	ONCOLIA	Dr Pierre HAEHNEL	Dr Jean-Philippe WAGNER
AQUITAINE	Réseau de Cancérologie d'AQUITAINE	Dr Jean Pierre DUJOLS	Dr Jean Louis RENAUD-SALIS
AUVERGNE	ONCAUVERGNE	Pr Hervé CURE	Dr Isabelle VAN PRAGH
BASSE-NORMANDIE	ANCELOT	Pr Jean François HERON	Dr Françoise LEFORT
	ONCOCOM	Dr Jean Pierre VALLEE	
BOURGOGNE	ONCOBOURGOGNE Réseau De cancérologie	Pr Jean-Claude HORIOT	Dr Monique TITTON
BRETAGNE	ONC ARMOR	Dr Pierre Luc ETIENNE	
	ONCO KERNE		Mr VAUCHELLE
	ONCOBRETAGNE	Dr Erik MONPETIT	Dr Catherine BOHEC
	ONCOVANNES	Dr Patrick DESPREZ	
	Réseau ONC'ORIENT	Dr Marie Josephe GOUDIER	Dr Sophie ROSELLO
CENTRE	ONCOCENTRE Réseau de Cancérologie de la Région Centre	Pr Claude LINASSIER	Dr Noel BRETEAU
	ONCOLOGIE 37	Dr Pierre Etienne CAILLEUX	
CHAMPAGNE ARDENNES	RESCOD Réseau Champagnonnais d'Oncologie Digestive	Dr O. BOUCHE	
FRANCHE-COMTE	Réseau de Cancérologie de Franche Comté		Dr Emmanuel GUANDIOLA
GUADELOUPE	Réseau KARUKERA-ONCO	Dr Daniel VACQUE	
HAUTE-NORMANDIE	Réseau Onco-Normand	Pr Mathieu MONCONDUIT	Dr Etienne COUSSENS

LES 56 RÉSEAUX AYANT RÉPONDU AU QUESTIONNAIRE

REGION	RÉSEAUX	PRÉSIDENT	MÉDECIN COORDONATEUR
ILE DE FRANCE	ONCO 94	Dr Pierre LEVY	Mr Laurent CENARD
	ONCO SUD OISE		Dr Beatrix RHEIN
	ONCOLOGIE 93	Pr Jean Luc BREAU	Mme Corinne ROZOTTE
	ONCONORD	Dr KANOUI	Dr Isabelle MARIN
	ONCOROP	Pr Jacques ROUESSE	
	ONCOVAL	Dr Michel VAN DEN AKKER	
	Réseau Cancer Yvelines Nord (RCYN)	Mme Daniele LACROIX	Dr Michael AZGURY
	Réseau GYNECOMED Ile de FRANCE	Mme Isabelle DAGOUSSET	
	RESOMED	M. André GAURON	Dr Arlette POMMEROL
	SCOOP	M. TRIAUREAU	Mme Annick LEROL
	UNI-K	Melle Michel GLUKMANAS	Dr Martine CHOLIN
LANGUEDOC-ROUSSILLON	ONCOLR	Pr François LAFFARGUE	Pr Philippe ROUANET
LIMOUSIN	ONCOLIM	Dr Nicole TUBIANA MATHIEU	Mme Cecile VINCENT
	ONCORESE 19	Dr Bernard LEDUC	Dr Catherine BRILLAT
LORRAINE	ONCOLOR	Pr Danièle SOMMELET	Dr Isabelle KLEIN
MARTINIQUE	Réseau d'Oncologie de la Martinique		Dr Patrick ESCARMANT
MIDI-PYRENEES	ONCOMIP	Pr Nicolas DALY -SCHWEITZER	Mme Marie BICHARA
NORD-PAS DE CALAIS	ONCOLITTORAL	Dr Jean Marc DEGREEF	
	ONCOMEL	Dr Philippe MARTIN	Dr François Denis DRUART
PAYS-DE-LOIRE	OCLE (Onco Loire Estuaire)	Dr Philippe BERGEROT	
	ONCOPL	Dr Gérard GANEM	Dr Hervé LACROIX
	ONCOSARTHE	Dr Gérard GANEM	
	Réseau de Cancérologie ANJOU-MAINE	Pr Pierre JALLET	
	UCPO Nantes CCS	Dr Christophe ALLAVENA	
	UCPO NANTES IRCNA	Dr Marc Antoine MAHE	

LES 56 RÉSEAUX AYANT RÉPONDU AU QUESTIONNAIRE

REGION	RÉSEAUX	PRÉSIDENT	MÉDECIN COORDONATEUR
POITOU-CHARENTES	Réseaux de cancérologie de la Région Poitou - Charente	Dr Eric Pascal SATRE	
	UCPO de Charente Maritime Sud (17 Sud)	Dr Loic PRIE	Dr SATRE
	UCPO de la Charente Maritime Nord (17 La Rochelle)	Dr Dominique HEYMANS	Dr SATRE
	UCPO de la Vienne (86)	Pr Alain DABAN	
	UCPO des Deux-Sèvres (79)	Dr Paul GESTA	
	UCPO du Bassin Sanitaire Charentais (16)	Dr Didier CAMP	
PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR	ONCAZUR	Pr Jean Pierre GERARD	
	ONCOSUD	Dr Gérard LEPEU	Dr Bénédicte LINDECKERT
	Réseau Convergence Cancer		Dr Jacques CARMELO
	RESOP Oncologie Pédiatrique	Mme Michele PORTAS	Dr Pierre REYES
RHONE-ALPES	CONCORDE Concertation Oncologique Organisée en Réseau d'établissement	Pr François Noel GILLY	Mr Nicola CAUTELA
	ONCORA	M. Claude POUSSIÈRE	Dr Fadila FARSI
	Réseau de Cancérologie de l'ARC ALPIN	Pr M. BOLLA	

**Rapport
sur l'état des lieux
des réseaux
de cancérologie
à la fin de l'année 2003**

Annexe 3

**le questionnaire
“établissements”**

*Reproduction de la
lettre de Mme Briand
aux Présidents des Fédérations
d'Etablissements*



Paris le 16 octobre 2003

Monsieur le Président,

Suite à la réunion de concertation organisée le 10 septembre dernier dans le cadre de la Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer et comme nous en étions convenus avec vos représentants, je vous prie de bien vouloir trouver ci joint :

- Le courrier d'accompagnement qui précise les contours de cette mission,
- Le questionnaire Réseau adressé aux Présidents des réseaux de cancérologie,
- Le questionnaire de psycho-oncologie.

En vous remerciant pour votre participation, je vous prie de croire, Monsieur le Président, en l'assurance de mes respectueuses salutations.

Pascale Briand
Déléguée

*Reproduction de la
lettre de Mme Briand
"courrier d'accompagnement"*

Mission
Interministérielle pour
la Lutte contre le
Cancer

Paris le 16 octobre 2003

Monsieur le Président,

Le plan de mobilisation nationale contre le Cancer présenté par le Président de la République le 24 mars dernier inscrit comme priorité des actions relatives aux soins *« de faire évoluer de façon très volontariste l'organisation des soins autour des patients : rendre le système transparent, coordonner les structures de soins, donner accès de façon égale à l'information, aux innovations thérapeutiques et à une prise en charge globale et personnalisée. »*

Les réseaux de cancérologie sont au cœur du dispositif. Le calendrier de mise en œuvre prévu est le suivant : *« 2003 : premier bilan de l'existant*

2004 : définition du cahier des charges des réseaux de cancérologie

2005 : mise en place des : ...réseaux régionaux du cancer »

Une évaluation précise de leur mode de fonctionnement s'avère indispensable compte tenu de la diversité des pratiques. J'ai missionné le Dr Bergerot pour coordonner une enquête à ce sujet dans le cadre de la Mission Interministérielle pour la Lutte contre le Cancer et je me permets de solliciter votre contribution.

Vous trouverez joint à ce courrier le questionnaire ayant pour objet de faire un état des lieux le plus réaliste possible du niveau actuel d'implication des Etablissements de santé dans les réseaux de cancérologie. Ce questionnaire n'a pas pour but de faire une évaluation quantitative de l'activité en cancérologie (données dont nous disposons par ailleurs via la DHOS), mais de préciser la réalité des pratiques avec leurs difficultés comme leurs réussites.

Ce questionnaire « établissement » est complété par :

- le questionnaire « réseaux - établissements » directement envoyé par les Fédérations (FNCLCC, FHF, FHP, FEHAP)
- le questionnaire relatif à l'offre de soins hospitalière dans le domaine de la psycho-oncologie. J'ai chargé le Dr SERIN de coordonner les travaux relatifs à cette question.

Le Plan cancer prévoyant une généralisation rapide de l'organisation des soins en réseaux selon un cahier des charges qu'il convient de faire évoluer, je vous demanderais de bien vouloir faire parvenir les réponses à la Mission, au plus tard le 15 novembre.

Ce rapport d'étape sera complété par les données recueillies lors des déplacements dans les régions qu'effectuera le Dr Bergerot au cours du premier trimestre 2004 afin de rencontrer les différents acteurs (médecins, responsables des établissements, URML,.....) de votre réseau.

Le Dr Bergerot peut être contacté pour toutes précisions relatives au questionnaire.

Je vous prie de croire, Monsieur le Président, en l'assurance de mes respectueuses salutations.

Pascale Briand
Déléguée

Mission Interministérielle pour la Lutte contre le Cancer Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées
8, avenue de Ségur 75350 Paris 07 SP – 01.40.56.75.11 e-mail Chef de Cabinet : veronique.moireau@sante.gouv.fr

Questionnaire aux Etablissements prenant en charge des malades atteints du cancer

10/2003

I

Nom de l'Établissement :

Adresse :

N° FINESS :

Statut :

CH

CHU

CRLCC

Privé

PSPH

Nombre de nouveaux dossiers ouverts pour des malades atteints du cancer, par an, tous services confondus :

Rayer la case fausse

1) Y a-t-il sur le site de votre Etablissement une activité de cancérologie ? :

a) En médecine (y compris chimiothérapie ambulatoire) :

b) En chirurgie :

c) En radiothérapie :

Oui	Non
Oui	Non
Oui	Non

2) Prise en charge pluridisciplinaire et Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP) :

a) Existe-t-il des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire dans l'Etablissement ? :

b) Si oui, ces réunions sont-elles ? :

b1) Intra établissement ? : Nombre / mois :

b2) Inter établissements ? : Nombre / mois:

b3) Existe-t-il un "médecin coordonnateur" de ces réunions ? :

c) Si non, les praticiens de votre Etablissement participent-ils à des RCP dans le cadre d'un réseau de cancérologie ?

Oui	Non
Oui	Non
Oui	Non
Oui	Non
Oui	Non

3) Dans votre Établissement existe-t-il une traçabilité des réunions-décisions dans le cadre des RCP ? :

a) Existe-t-il un compte-rendu écrit de la proposition de traitement ? :

b) Ce CR est-il enregistré dans le dossier du patient ? :

Oui	Non
Oui	Non

4) Votre établissement travaille-t-il dans le cadre d'un réseau de cancérologie ?

a) Il s'agit d'un réseau officiel, tel que défini par l'article L 6321-1 du CSP

b) Il s'agit d'un réseau de fait

Oui	Non
Oui	Non

Si oui, quel est son nom ? :

Si vous répondez "Non"...

à la question 1 : Ce questionnaire se termine là pour vous, merci d'y avoir prêté attention.

à la question 2 : La partie II du questionnaire ne vous concerne pas, passez directement au III

à la question 4 : La partie III du questionnaire ne vous concerne pas, passez directement au IV

II

A ne remplir qu'en cas de réponse oui aux questions 2 et 3

Renseignements relatifs aux Réunions de Concertation Pluridisciplinaire

Rayer la case fausse

TYPE DE RCP (le cas échéant dupliquer la fiche s'il y a d'autres RCP organisées différemment)

Généraliste	D'organe
-------------	----------

S'il s'agit d'une RCP d'organe, préciser l'organe concerné :

ORGANISATION

Existe-t-il une charte de fonctionnement ou un règlement intérieur relatif au fonctionnement de la RCP ?

Oui	Non
-----	-----

Type de dossiers de votre Etablissement présentés et/ou discutés dans le cadre de cette RCP

Tous les nouveaux cas de cancer

sont ils : • Discutés ?

Oui	Non
Oui	Non

• Uniquement enregistrés, sans discussion ?

Nombre de dossiers discutés en 2002 :

Nombre de dossiers uniquement enregistrés en 2002 :

Les dossiers "standards" (dossiers relevant d'un référentiel type adopté dans le réseau) **sont discutés**

Si oui : • ils proviennent de votre Etablissement
• ils proviennent du Territoire (bassin) de santé
• ils proviennent de toute la Région

Oui	Non
Oui	Non
Oui	Non
Oui	Non

Nombre de dossiers en 2002 :

Les dossiers "d'expertise" (dossiers ne répondant pas aux référentiels du réseau, complexes ou rares) **sont discutés**

Si oui : • ils proviennent de votre Etablissement
• ils proviennent du Territoire (bassin) de santé
• ils proviennent de toute la Région

Oui	Non
Oui	Non
Oui	Non
Oui	Non

Nombre de dossiers en 2002 :

Composition

Médecins spécialistes libéraux

Oui	Non
Oui	Non
Oui	Non

Médecins spécialistes salariés d'Etablissements sous dotation globale

Médecins généralistes

Archivage

Informatisé

Centralisé (Établissement, UCPO, 3C...)

Dans le dossier patient

Envoyé au médecin traitant

Feuille de présence signée par chacun des participants

Oui	Non
Oui	Non
Oui	Non
Oui	Non
Oui	Non

Modalités pratiques

Réunions Physiques

Une feuille de présence toujours soumise à signature des présents

Visio-conférence

Télétransmission

Oui	Non
Oui	Non
Oui	Non
Oui	Non

PARTICIPATION

Oncologues Médicaux

Radiothérapeutes Oncologues

Chirurgiens

Spécialistes de la localisation concernée

Anatomopathologistes

Oui	Non
Oui	Non
Oui	Non
Oui	Non
Oui	Non

Radiologues

Médecins généralistes

Psychologues

Psychiatres

Oncogénéticiens

Oui	Non
Oui	Non
Oui	Non
Oui	Non
Oui	Non

Autres :

III

A ne remplir qu'en cas de réponse oui à la question 4

Renseignements relatifs au réseau de cancérologie

Nom du réseau : _____
Adresse : _____
Site internet : http://www. _____
Médecin coordonnateur
Nom : _____
E-Mail : _____ @ _____

Rayer la case fausse

ORGANISATION

Couverture géographique :

Région

Territoire (bassin) de santé

Oui	Non
Oui	Non
Oui	Non

Articulation à d'autres réseaux dans la Région :

Si oui, lesquels ? _____

Fonctionnement

DOCUMENTS CONSTITUTIFS DE REFERENCE

- L'Etablissement a-t-il signé les documents juridiques de base (convention constitutive et charte du réseau) ?
- L'Etablissement a-t-il participé à l'élaboration de référentiels propres au réseau et adoptés selon une procédure formalisée ?
- Les référentiels du réseaux sont-ils accessibles dans l'Etablissement sous forme de bases de données informatiques ?

Oui	Non
Oui	Non
Oui	Non

CRITERES D'INCLUSION DES PATIENTS

- Le réseau a établi des critères d'inclusion des patients.
Si oui : merci d'en donner la liste sur feuille jointe.
- Les patients sont informés de leur inclusion dans le réseau.
- Si oui : le document d'information prévu à l'article D 766-1-3 du CSP est transmis systématiquement.
- Nombre de patients inclus dans le réseau en 2002
- Les patients inclus dans le réseau sont dotés d'un numéro d'enregistrement unique dans une base de donnée commune.

Oui	Non
Oui	Non
Oui	Non
Oui	Non

SUPPORT DE L'INFORMATION MEDICALE

- Papier
- Informatique
- Si oui, existe-t-il un dossier médical communiquant accessible à tous les professionnels de santé du réseau ?

Oui	Non
Oui	Non
Oui	Non

Evaluation

- Une procédure d'évaluation est prévue par les textes fondateurs (convention constitutive, charte...).
- Une évaluation périodique du fonctionnement du réseau du point de vue de l'Etablissement est communiquée à tous les membres.
- Une évaluation périodique des résultats médicaux du réseau est communiquée à tous les membres.

Oui	Non
Oui	Non
Oui	Non

IV

Conclusions - Suggestions

Personne ayant rempli le questionnaire :

Coordonnées :

Dans votre pratique, quelle aide attendez-vous du réseau ?

Choix du protocole	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Evaluation des pratiques	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Recherche	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Mise en œuvre du protocole	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Relations Ville-Hôpital	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non			
Dépistage	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Aide au Patient	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non			

Autre(s) :

Considérez-vous que le réseau a participé à l'amélioration des pratiques ?

oui non

Si oui : dans quels domaines ?

Si non, pourquoi ?

REMARQUES :

SUGGESTIONS :

**Merci de renvoyer au plus tôt ce questionnaire rempli
à l'adresse qui vous a été communiquée par votre Fédération**

Personnes pouvant être jointes à la Mission Cancer, sur ce questionnaire :

Madame Pascale BRIAND - Mission cancer

Docteur Philippe BERGEROT - Chargé de mission

Tel : 02 40 53 88 44

Fax : 02 40 53 88 45

E-Mail : pb.cedolet@wanadoo.fr et cedolet@aol.com

Adresse de la Mission Cancer :

Mission Interministérielle pour la Lutte contre le Cancer

8, avenue de Ségur

75350 PARIS 07SP

**Rapport
sur l'état des lieux
des réseaux
de cancérologie
à la fin de l'année 2003**

Annexe 4

**liste
des 205 réponses
au questionnaire
“établissements”**

LISTE DES ETABLISSEMENTS AYANT RÉPONDU AU QUESTIONNAIRE "ETABLISSEMENT"

TYPE	Dept	ETABLISSEMENTS	LIEU	RESEAUX
CRLCC	6	Centre Antoine Lacassagne	NICE	ONCAZUR
	13	Institut Paoli Calmettes	MARSEILLE	R2C
	14	Centre Régional François Baclesse	CAEN	ANCELOT
	21	Centre Georges François Leclerc	DIJON	ONCOBOURGOGNE
	31	Institut Claudius Regaud	TOULOUSE	ONCOMIP
	33	Institut Bergonie	BORDEAUX	Réseau de Cancéro d'Aquitaine
	34	Val d'Aurelle Paul Lamarque	MONTPELLIER	ONCO LR
	44	Centre René Gauducheau	SAINT HERBLAIN	ONCOPL
	51	Institut Jean Godinot	REIMS	
	54	Centre Alexix Vautrin	VANDOEUVRE LES NANCY	ONCOLOR
	59	Centre Oscar Lambret	LILLE	C2 RC
	63	Centre Jean Perrin	CLERMONT FERRAND	ONCAUVERGNE
	67	Paul Strauss	STRASBOURG	CAROL
	75	Institut Curie	PARIS	RESOMED
	76	Centre Henri Becquerel	ROUEN	ONCO NORMAND
92	Centre Rene Huguenin	SAINT CLOUD	ONCOROP	
94	IGR	VILLEJUIF	ONCO 94	
CHU	6	CHU Nice	NICE	ONCAZUR
	13	CH Marseille	MARSEILLE	ONCOREP/ONCOGYN
	14	CHU Caen	CAEN	ANCELOT
	21	CHU Dijon	DIJON	ONCOBOURGOGNE
	29	CHU Brest	BREST	ONCOBRETAGNE
	31	Hopitaux de Toulouse	TOULOUSE	ONCOMIP
	32	CHU Montpellier	MONTPELLIER	ONCO - LR
	37	CHRU Tours	TOURS	ONCOCENTRE
	38	CHU Grenoble	GRENOBLE	ARC ALPIN
	67	Hôpitaux Universitaires de Strasbourg	STRASBOURG	CAROL
	69	HOSPICES CIVILS	LYON	CONCORDE
	75	APHP Paris	LARIBOISIERE	ONCONORD
			Hopital L. Mourier (COLOMBES)	ONCOROP
			Ambroise PARE	ONCOROP
			NECKER	RESOMED / ONCOSUD
			Antoine BECLERE	ONCO 92 SUD
			Armand TROUSSEAU	<i>CANCER EST (pôle de ref)</i>
			BEAUJON	
			BICETRE	ONCO 94
			BICHAT - CLAUDE BERNARD	Cancer Yvelines Nord
			COCHIN CHU OUEST	RESOMED
			Henri MONDOR	ONCO 94
		Jean VERDIER	ONCONORD	
		NECKER (enfant)	RESOMED	
		Paul BROUSSE	ONCO 94	
		Pitié SALPETRIERE		
		Robert DEBRE	RESOMED	
		SAINT ANTOINE	<i>CANCER EST (pôle de ref)</i>	
		SAINT LOUIS	ONCONORD	
		TENON	<i>CANCER EST (pôle de ref)</i>	
97	CHRU Fort de France	FORT DE FRANCE	ROM	

LISTE DES ETABLISSEMENTS AYANT RÉPONDU AU QUESTIONNAIRE "ETABLISSEMENT"

TYPE	Dept	ETABLISSEMENTS	LIEU	RESEAUX
CHG	5	CH de GAP	GAP	C2R - ONCOREP
	32	CH de AUCH	AUCH	ONCOMIP
	42	Centre Hospitalier de Roanne	ROANNE	ONCORA
	44	Centre Hospitalier de Saint Nazaire	SAINT NAZAIRE	OCLE / ONCOPL
	45	CHR Orleans	ORLEANS	ONCOCENTRE
	46	CH de FIGEAC	FIGEAC	ONCOMIP
	60	CH Compiègne	COMPIEGNE	
	60	Centre hospitalier Laennec	CREIL	ONCOSUD OISE
	60	Hopital Senlis	SENLIS	
	77	Centre Hospitalier de Lagny Marne la Vallée	LAGNY SUR MARNE	ONCOVAL
	79	CH Niort	NIORT	UCPO 79
	93	CH le Raincy - Montfermeil	MONTFERMEIL	RESOMED
Libéral	1	Clinique Mutualiste d'Ambérieu	AMBERIEU EN BUGEY	CONCORDE
	1	Clinique Convert	BOURG en BRESSE	CONCORDE
	4	Clinique Jean Giono	MANOSQUE	R2C
	6	Clinique St Francois	NICE	
	6	Polyclinique St Jean	CAGNES S/MER	ONCAZUR
	9	Clinique La Soulano	LAVELANET	ONCOMIP
	10	Clinique de Champagne	TROYES	
	11	Polyclinique du Languedoc	NARBONNE	ONCO - LR
	13	Clinique Axium	AIX EN PROVENCE	
	13	Polyclinique Parc Rambot	AIX EN PROVENCE	ONCOREP
	13	Clinique Jeanne d'Arc	ARLES	
	13	Château Gombert Convalescence	MARSEILLE	
	13	Hôpital Privé Beauregard	MARSEILLE	ONCOREP
	13	Hôpital Privé Clairval	MARSEILLE	ONCOREP
	13	Clinique Vignoli	SALON DE PROVENCE	ONCOSUD
	14	Centre Hospitalier Privé Saint Martin	CAEN	Réseau ONCOCOM
	16	Clinique Arc en Ciel	CHATEAUBERNARD	
	19	Cmc Des Ceches	BRIVE	ONCOLIM
	20	Polyclinique Furiani	BASTIA	
	20	Clinique Filippi	BASTIA	
	20	Centre de Convalescence Ile de Beauté	MEZZAVIA	
	20	Clinique St Antoine	BASTIA	
	22	Clinique Armoricaïne de Radiologie	SAINT BRIEUC	ONC'ARMOR / ONCOBRETAGNE
	22	Polyclinique du Pays de France	DINAN	
	23	Clinique de la Marche	GUERET	ONCOLIM
	24	Polyclinique Francheville	PERIGUEUX	Réseau de Cancéro d'Aquitaine
	25	Polyclinique Les Portes Du Jura	MONTBELIARD	
	25	Clinique Saint Vincent	BESANCON	Réseau de Cancéro de Fr-Comté
	27	Clinique de la Ravine	LOUVIERS	
	27	Clinique Chirurgicale Pasteur	EVREUX	ONCO NORMAND
	29	Clinique St Michel et Ste Anne	QUIMPER	ONCO KERNE / ONCOBRETAGNE
	29	Clinique Pasteur Saint Esprit	BREST	ONCOBRETAGNE
	30	Clinique Mistral	ALES	ONCO - LR
	30	Polyclinique du Grand Sud	NIMES	
	30	Les Cliniques Chirurgicales	NIMES	ONCO - LR
	31	Clinique Ambroise Pare	TOULOUSE	ONCOMIP
31	Clinique du Courdillon	TOULOUSE	ONCOMIP	
31	Polyclinique du Parc	TOULOUSE	ONCOMIP	
31	Clinique Pasteur	TOULOUSE	ONCOMIP	
33	Clinique Ducos	BORDEAUX		
33	Clinique Arcachon	ARCACHON	Réseau de Cancéro d'Aquitaine	

LISTE DES ETABLISSEMENTS AYANT RÉPONDU AU QUESTIONNAIRE "ETABLISSEMENT"

TYPE	Dept	ETABLISSEMENTS	LIEU	RESEAUX
Libéral	33	Clinique Tivoli	BORDEAUX	Réseau de Cancéro d'Aquitaine
	33	Polyclinique Jean Villar	BRUGES	Réseau de Cancéro d'Aquitaine
	33	Clinique St Martin	PESSAC	Réseau de Cancéro d'Aquitaine
	34	Selarl Oncodoc	BEZIERS	ONCO - LR
	34	Clinique Jean Causse	COULOMBIERS	
	34	Polyclinique Saint Roch	MONTPELLIER	ONCO - LR
	35	Polyclinique Rennaise	St GREGOIRE	
	37	Clinique St Gatien	TOURS	ONCO 37
	37	Clinique Fleming	TOURS	ONCO 37 / ONCOCENTRE
	38	Institut Privé de Cancérologie	GRENOBLE	ONCORA / ARC ALPIN
	38	Clinique de Chartreuse	VOIRON	ONCORA / ARC ALPIN
	41	Polyclinique de Blois	BLOIS	ONCOCENTRE
	42	Centre Hospitalier Privé de la Loire	SAINT-ETIENNE	ONCORA
	43	Sa Clinique Bon Secours	LE PUY EN VELAY	ONCAUVERGNE
	44	Clinique Sourdile	NANTES	ONCOPL
	44	Centre Catherine de Sienne	NANTES	ONCOPL
	44	Polyclinique de l'Europe	SAINT NAZAIRE	OCLE / ONCOPL
	44	Centre Etienne Dolet	SAINT NAZAIRE	OCLE / ONCOPL
	44	Polyclinique de Saint Nazaire	SAINT NAZAIRE	OCLE / ONCOPL
	45	Clinique de la Reine Blanche	ORLEANS	
	45	Clinique de Montargis	MONTARGIS	
	50	Polyclinique du Bocage	AVRANCHES	ANCELOT
	51	Centre de Radiothérapie et d'Oncologie Médicale	REIMS	
	55	Clinique St Joseph	VERDUN	ONCOLOR
	57	Hôpital-clinique Claude Bernard	METZ	ONCOLOR
	58	Clinique Val De Loire	NEVERS	ONCOBOURGOGNE
	59	Clinique Saint Roch	CAMBRAI	
	59	Clinique du Croisé - Laroche	MARCQ EN BAROEIL	ONCOMEL
	59	Clinique de la Louvière	LILLE	ONCOMEL / C2 RC
	59	Thierache	WIGNEHIES	
	59	Clinique du Hainaut	VALENCIENNES	
	59	Clinique de Villeneuve d'Ascq	VILLENEUVE d'ASCQ	
	61	Clinique Saint Joseph	ALENÇON	
	62	Clinique les Drags	LE TOUQUET	
	62	Centre Mdc Cote Opale	BOULOGNE SUR MER	ONCOLITORAL
	62	Clinique des Acacias	CUEQ	ONCOLITORAL
	62	Clinique Médico Chir	BRUAY LA BUISSIERE	
	63	Unité de radiothérapie République	CLERMONT FERRAND	ONCAUVERGNE
	64	Clinique Médicale et Cardio d'Aressy	ARESSY	
	64	Clinique Chirurgicale Larrieu	PAU	
	64	Centre d'Oncologie du Pays Basque	BAYONNE	Réseau de Cancéro d'Aquitaine
	65	Polyclinique de l'Ormeau	TARBES	ONCOMIP
	65	Groupe Oncologie des Pyrénées	TARBES	ONCOMIP
	66	Clinique St Pierre	PERPIGNAN	ONCO - LR
	68	Clinique des Trois Frontières	SAINT-LOUIS	CAROL
	69	Clinique du Val d'Ouest-Vendome	ECULLY	CONCORDE
	69	Clinique Champ Fleuri	DECINES	
69	Clinique de la Sauvegarde	LYON	CONCORDE / ONCORA	
69	Infirmierie Protestante de Lyon	CALUIRE	ONCORA	
69	Clinique Jeanne d'Arc	LYON	ONCORA	
69	Clinique Médico-chirurgicale Charcot	SAINTE FOY LES LYON	ONCORA	
69	Polyclinique du Beaujolais	VILLEFRANCHE S/SAONE	ONCORA	
71	Clinique générale de Bourgogne	SAINT - REMY	ONCOBOURGOGNE	

LISTE DES ETABLISSEMENTS AYANT RÉPONDU AU QUESTIONNAIRE "ETABLISSEMENT"

TYPE	Dept	ETABLISSEMENTS	LIEU	RESEAUX
Libéral	71	Centre de Radiothérapie du Parc	CHALON sur SAONE	ONCOBOURGOGNE ARBRE
	71	Polyclinique du Val de Saône	MACON	ONCOBOURGOGNE / CONCORDE
	72	Centre Jean Bernard	LE MANS	ONCOSARTHE /ONCOPL
	72	Clinique du Tertre Rouge	LE MANS	ONCOSARTHE
	72	Clinique Victor Hugo	LE MANS	ONCOSARTHE /ONCOPL
	73	Clinique Générale de Savoie	CHAMBERY	CONCORDE / ONCORA
	74	Clinique d'Argonay	PRINGY	CONCORDE
	75	Clinique de l'Alma	PARIS	
	75	Maison de Santé St Jean de Dieu	PARIS	RESOMED
	75	Marternité Ste Félicité	PARIS	
	75	Centre Médico-chirurgical De Vinci	PARIS	
	75	Clinique Ste Thérèse	PARIS	
	76	Clinique Malthilde	ROUEN	ONCO NORMAND
	76	Clinique St Hilaire	ROUEN	ONCO NORMAND
	76	Clinique de l'Abbaye	FECAMP	ONCONORD
	76	Clinique St Antoine	BOIS GUILLAUME	ONCO NORMAND
	76	Clinique St Pierre	DIEPPE	ONCO NORMAND
	77	Clinique des Chelles	CHELLES	
	77	Centre Obst-chirurgical Chantereine	BROU S/CHANTEREINE	ONCONORD
	77	Gmr	MELUN	RESOMED
	78	Clinique Marie-Thérèse	SAINT GERMAIN EN LAYE	Réseau YVELINES NORD
	78	Hôpital privé de l'Ouest parisien	TRAPPES	RYSC
	80	Clinique Sainte Isabelle	ABBEVILLE	
	80	Clinique du Mail	AMIENS	
	80	Clinique Victor Pauchet	AMIENS	
	81	Centre Médico-chirurgical Claude Bernard	ALBI	ONCOMIP
	82	Clinique du Dr Cave	MONTAUBAN	ONCOMIP
	82	Clinique du Pont de Chaume	MONTAUBAN	ONCOMIP
	83	Clinique St Vincent	TOULON	
	87	Clinique Chenieux	LIMOGES	ONCOLIM
	90	Clinique de la Miotte	BELFORT	
	92	Hôpital Américain de Paris	NEUILLY S/SEINE	ONCOROP
	92	Clinique de Meudon	MEUDON LA FORET	ONCO92 / RESOMED/.....
	92	Clinique du Plateau	CLAMART	ONCO 92
	92	Clinique de la Porte de Saint Cloud	BOULOGNE	ONCOROP
	92	Centre Chirurgical des Princes	BOULOGNE BILLANCOURT	
92	Clinique Chirurgicale du Val d'Or	SAINT-CLOUD		
93	Clinique de la Roseraie	AUBERVILLIERS	ONCOLOGIE 93 / ONCOGYN	
93	Clinique d'Aulnay	AULNAY S/BOIS		
93	Institut de Radiothérapie de Hautes Energies	BOBIGNY	ONCOLOGIE 93	
93	Clinique du Vert Galant	TREMBLAY EN FRANCE	ONCOGYN	
94	Clinique de Soins de suite de Choisy le Roi	CHOISY le ROI		
94	Hopital Privé	NOGENT SUR MARNE		
94	Centre de Cancerologie de Thiais	THIAIS	ONCO 94	
94	Hopital Privé De Thiais	THIAIS	ONCO 94	
95	Clinique de l'Ermitage	MONTMORENCY		
95	Clinique du Parisis	CORMEILLES EN PARISIS	ONCONORD	
95	Clinique Médicale du Château d'Herblay	HERBLAY		
95	Clinique Sainte Marie	PONTOISE	ONOF	
97	Clinique Sainte Clotilde	Ste CLOTILDE	Réseau ONCORUN	
PSPH	30	Centre de radiologie et de traitement de la Clinique Rochebelle	ALES	ONCO - LR
	84	Institut Sainte Catherine	AVIGNON	ONCOSUD

**Rapport
sur l'état des lieux
des réseaux
de cancérologie
à la fin de l'année 2003**

Annexe 5

liste

des réseaux ayant répondu

Liste des réseaux ayant répondu au "questionnaire réseaux"

REGIONS	NOM	Réponses questionnaire "réseau"	Réponses questionnaire "coordination"	Réponses questionnaire "RCP"
ALSACE	ONCOLIA	oui	oui	oui
	Réseau CAROL	oui	oui	oui
AQUITAINE	Réseau Cancero d'AQUITAINE	oui	oui	oui
AUVERGNE	ONCAUVERGNE	oui	oui	oui / non
BASSE NORMANDE	ONCOCOM	oui	oui	oui / non
	Réseau ANCELOT	oui	oui	oui
BOURGOGNE	ONCO BOURGOGNE	oui	oui	oui / non
BRETAGNE	ONCO'KERNE	oui	non	oui
	Réseau ONCARMOR	oui	oui	oui
	ONC'ORIENT	oui	oui	oui
	ONCOVANNES	oui	oui	oui
	Réseau de soin pour patients cancéreux ONCO BRETAGNE	oui	oui	non
CENTRE	ONCOCENTRE	oui	oui	oui
	Oncologie 37	oui	oui	oui
CHAMPAGNE	RESCOD	oui	oui	oui
FRANCHE COMTE	RESEAU CANCEROLOGIE	oui	oui	oui
HAUTE NORMANDIE	ONCONORMAND	oui	oui	oui
ILE de France	ONCO SUD OISE	oui	oui	oui
	Réseau UNI-K	oui	oui	oui
	Réseau GYNECOMED	oui	oui	non
	Réseau SCOOP	oui	oui	oui
	Réseau ONCOROP	oui	oui	oui
	RESOMED	oui	oui	non
	RCYN	oui	oui	oui
	ONCOVAL	oui	oui	oui
	ONCO 94	oui	oui	
	ONCOLOGIE 93	oui	oui	non / oui
LANGUEDOC ROUSSILON	ONCOLR	oui	oui	oui
LIMOUSIN	ONCOLIM	oui	oui	oui
	ONCORESE	oui	oui	oui
LORAIN	ONCOLOR	oui	oui	oui
MIDI PYRENE	ONCOMIP	oui	oui	oui / non
NORD PAS DE CALAIS	ONCOMEL	oui	oui	oui
	ONCOLITTORAL	oui	oui	oui
PAYS DE LOIRE	ONCOPL	oui	oui	oui
	ONCOSARTHE	oui	oui	oui
	Réseau IRCNA	oui	oui	oui
	ONCANJOU	oui	oui	oui
	UCPO Nantes CCS	oui	oui	oui
	OCLE	oui	oui	oui
POITOU CHARENTE	RC Poitou Charente	oui	oui	non
	UCPO 86	oui	oui	oui
	UCPO 79	oui	oui	oui
	UCPO 16	oui	oui	oui
	UCPO 17 Nord	oui	oui	oui
	UCPO 17 Sud	oui	oui	non
PROVENCE	R2C Réseau Convergence	oui	oui	non
	ONCOSUD	oui	oui	oui
	ONCAZUR	oui	oui	oui
RHONE ALPES	ONCORA	oui	oui	non
	CONCORDE	oui	oui	oui
	RC de l'ARC alpin	oui	oui	oui
MARTINIQUE	Réseau MARTINIQUE	oui	oui	oui
GUADELOUPE	KARUKERA ONCO	oui	oui	oui

**Rapport
sur l'état des lieux
des réseaux
de cancérologie
à la fin de l'année 2003**

Annexe 6

**résultats bruts
des questionnaires**

Tri sur :

TOUTES LES REPONSES AU QUESTIONNAIRE RESEAUX

Ce tri a extrait 56 fiches sur un total de 56 soit un taux de réponse de 100 %

II

ORGANISATION DU RESEAU

<i>Oui</i>		<i>Non</i>		Réponses	
Nb	%	Nb	%	Nb	%/Tot

Couverture géographique :

Région

25	45 %	31	55 %	56	100 %
----	------	----	------	----	-------

Territoire (bassin) de santé

31	55 %	25	45 %	56	100 %
----	------	----	------	----	-------

Articulation à d'autres réseaux dans la Région :

Si oui, lesquels ?

38	81 %	9	19 %	47	84 %
----	------	---	------	----	------

Caractéristiques du réseau :

STATUTS

Convention simple

17	30 %	39	70 %	56	100 %
----	------	----	------	----	-------

Association loi 1901

40	71 %	16	29 %	56	100 %
----	------	----	------	----	-------

GIP

2	4 %	54	96 %	56	100 %
---	-----	----	------	----	-------

GIE

0		56	100 %	56	100 %
---	--	----	-------	----	-------

GCS

0		56	100 %	56	100 %
---	--	----	-------	----	-------

Autre (lequel) :

8	15 %	47	85 %	55	98 %
---	------	----	------	----	------

Date de signature des statuts :

OBJET du réseau

Généraliste (tout type de pathologie cancéreuse)

53	95 %	3	5 %	56	100 %
----	------	---	-----	----	-------

Spécialisé sur un organe

0		53	100 %	53	95 %
---	--	----	-------	----	------

Lequel :

ARCHITECTURE de l'organisation

Verticale (*hiérarchisée, graduée à partir d'un pôle de référence*)

13	26 %	37	74 %	50	89 %
----	------	----	------	----	------

Transversale (*réunissant sur un même plan les pôles orientés et de référence*)

37	74 %	13	26 %	50	89 %
----	------	----	------	----	------

MEMBRES du RESEAU

• Etablissement(s) public(s)

48	91 %	5	9 %	53	95 %
----	------	---	-----	----	------

• Etablissement(s) privé(s) sous OQN

49	91 %	5	9 %	54	96 %
----	------	---	-----	----	------

• Etablissement(s) privé(s) sous dotation globale

40	75 %	13	25 %	53	95 %
----	------	----	------	----	------

• Cabinet(s) de radiothérapie

40	74 %	14	26 %	54	96 %
----	------	----	------	----	------

• Médecins spécialistes libéraux

49	91 %	5	9 %	54	96 %
----	------	---	-----	----	------

• Médecin(s) généraliste(s)

47	89 %	6	11 %	53	95 %
----	------	---	------	----	------

• Structure(s) d'HAD

29	55 %	24	45 %	53	95 %
----	------	----	------	----	------

• Autres professionnels de santé

41	79 %	11	21 %	52	93 %
----	------	----	------	----	------

• Association(s) de malades

39	75 %	13	25 %	52	93 %
----	------	----	------	----	------

• Autre(s)

25	81 %	6	19 %	31	55 %
----	------	---	------	----	------

Tri sur :

TOUTES LES REPONSES AU QUESTIONNAIRE RESEAUX

Ce tri a extrait 56 fiches sur un total de 56 soit un taux de réponse de 100 %

Fonctionnement :

DOCUMENTS CONSTITUTIFS DE REFERENCE

- Les membres du réseau ont tous signé les documents juridiques de base (convention constitutive et charte du réseau).
- Les membres du réseau disposent de référentiels propres au réseau, adoptés selon une procédure formalisée.
- Les membres du réseau mettent en œuvre un règlement intérieur commun relatif au fonctionnement des Réunions de Concertation Pluridisciplinaires.
- Les membres du réseau mettent en œuvre un cahier des charges commun définissant les notions de "sites de cancérologie".
- Les membres du réseau mettent en œuvre un cahier des charges commun relatif au fonctionnement des unités de reconstitution des cytotoxiques.

CRITERES D'INCLUSION DES PATIENTS

- Le réseau a établi des critères d'inclusion des patients.
Si oui : merci d'en donner la liste sur feuille jointe.
- Les patients sont systématiquement informés de leur inclusion dans le réseau.
- Si oui : le document d'information prévu à l'article D 766-1-3 du CSP est transmis systématiquement.
- Nombre de patients ayant signé un consentement écrit en 2002
- Nombre de patients inclus dans le réseau en 2002 et qui sont dotés d'un numéro d'enregistrement unique dans une base de donnée commune

SUPPORT DE L'INFORMATION MEDICALE

- Papier
- Informatique
- Si oui, existe-t-il un dossier médical communiquant accessible à tous les professionnels de santé ?

EVALUATION

- Une procédure d'évaluation est prévue par les textes fondateurs (convention constitutive, charte...).
- Une évaluation périodique du fonctionnement du réseau est communiquée à tous les partenaires.
- Une évaluation périodique des résultats médicaux du réseau est communiquée à tous les partenaires.

Financeme: (plusieurs financements sont possibles)

Le réseau est-il financé ?

Si oui : - Origine(s) :

- Dotation de Développement des Réseaux
- FAQSV
- ARH
- e-santé
- Collectivités locales
- Membres du réseau
- Industrie
- Autre (préciser)

- S'agit-il d'un financement pérenne ?

- S'agit-il d'un financement à durée déterminée ?

Durée :

- Montant annuel total

- Salariés ETP (nombre)

Oui		Non		Réponses	
Nb	%	Nb	%	Nb	%/Tot

44	80 %	11	20 %	55	98 %
44	81 %	10	19 %	54	96 %
35	69 %	16	31 %	51	91 %
25	50 %	25	50 %	50	89 %
11	23 %	37	77 %	48	86 %

18	35 %	34	65 %	52	93 %
30	64 %	17	36 %	47	84 %
21	51 %	20	49 %	41	73 %

45	88 %	6	12 %	51	91 %
34	68 %	16	32 %	50	89 %
11	26 %	32	74 %	43	77 %

44	90 %	5	10 %	49	88 %
35	71 %	14	29 %	49	88 %
19	39 %	30	61 %	49	88 %

46	87 %	7	13 %	53	95 %
23	49 %	24	51 %	47	84 %
16	33 %	32	67 %	48	86 %
27	56 %	21	44 %	48	86 %
9	19 %	38	81 %	47	84 %
4	9 %	43	91 %	47	84 %
23	50 %	23	50 %	46	82 %
8	18 %	37	82 %	45	80 %
13	39 %	20	61 %	33	59 %
29	60 %	19	40 %	48	86 %
22	55 %	18	45 %	40	71 %
33	92 %	3	8 %	36	64 %

Tri sur :

TOUTES LES REPONSES AU QUESTIONNAIRE RESEAUX

Ce tri a extrait 56 fiches sur un total de 56 soit un taux de réponse de 100 %

Coordination du réseau

Pour coordonner le réseau, il existe une structure de coordination :

- Spécifique au réseau
- Financée par le réseau
- Mise à la disposition du réseau par un Etablissement

Oui		Non		Réponses	
Nb	%	Nb	%	Nb	%/Tot

46	87 %	7	13 %	53	95 %
30	58 %	22	42 %	52	93 %
22	42 %	30	58 %	52	93 %

Moyens propres au réseau

- Un médecin coordonnateur
- Un secrétariat
- Des moyens bureautiques dévolus
- Un local individualisé
- Un numéro de téléphone spécifique
- Un portail web spécifique
- Un budget spécifique
- Autre(s)

41	77 %	12	23 %	53	95 %
44	85 %	8	15 %	52	93 %
40	78 %	11	22 %	51	91 %
38	75 %	13	25 %	51	91 %
39	78 %	11	22 %	50	89 %
30	59 %	21	41 %	51	91 %
36	75 %	12	25 %	48	86 %

S'il y a un médecin coordonnateur :

Dispose-t-il d'une définition de fonction écrite ?

Si oui, principales fonctions :

36	72 %	14	28 %	50	89 %
----	------	----	------	----	------

Est-il :

- Payé par le réseau (salarié ou sur honoraires) ?
- Salarié par un employeur dédommagé par le réseau ?
Si oui, cet employeur est-il membre du réseau ?
- Bénévole pour le réseau ?

18	37 %	31	63 %	49	88 %
16	33 %	33	67 %	49	88 %
16	34 %	31	66 %	47	84 %
9	18 %	40	82 %	49	88 %

Est-il nommé :

- Par le Président du Réseau ?
- Par le CA ou le Bureau du Réseau ?
- Par l'AG du réseau ?

10	24 %	32	76 %	42	75 %
22	52 %	20	48 %	42	75 %
11	27 %	30	73 %	41	73 %

Est-il :

- A plein temps ou à équivalent plein temps ?
- A temps partiel ?

19	42 %	26	58 %	45	80 %
22	48 %	24	52 %	46	82 %

S'il y a un secrétariat propre au réseau :

Dispose-t-il d'une définition de fonction écrite ?

Est-il :

- Payé par le réseau (salarié ou sur honoraires) ?
- Salarié par un employeur dédommagé par le réseau ?
- Bénévole pour le réseau ?

Nombre d'équivalent(s) temps plein :

33	69 %	15	31 %	48	86 %
----	------	----	------	----	------

22	52 %	20	48 %	42	75 %
17	40 %	25	60 %	42	75 %
6	14 %	37	86 %	43	77 %

Autre(s) et commentaires :

Tri sur :

TOUTES LES REPONSES AU QUESTIONNAIRE RESEAUX

Ce tri a extrait 56 fiches sur un total de 56 soit un taux de réponse de 100 %

III

REUNIONS DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRES (RCP) ORGANISEES DANS LE CADRE DU RESEAU

(le cas échéant dupliquer la fiche s'il y a des RCP organisées sur un mode différent dans le réseau)

TYPE DE RCP	Généraliste		D'organe		Oui		Non		Réponses	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%/Tot

S'il s'agit d'une RCP d'organe, préciser l'organe concerné :

TYPE DE DOSSIERS présentés, discutés et/ou enregistrés dans le cadre de cette RCP

Tous les nouveaux cas de cancer...

- sont ils : • Discutés ?
• Uniquement enregistrés, sans discussion ?

22	51 %	21	49 %	43	77 %
11	28 %	28	72 %	39	70 %

Nombre de dossiers discutés en 2002 :

Nombre de dossiers uniquement enregistrés en 2002 :

Les dossiers "standards" (dossiers relevant d'un référentiel type adopté dans le réseau) sont discutés

- Si oui : • ils proviennent d'un Etablissement
• ils proviennent du Territoire (bassin) de santé
• ils proviennent de toute la Région

29	67 %	14	33 %	43	77 %
21	55 %	17	45 %	38	68 %
24	65 %	13	35 %	37	66 %
10	29 %	25	71 %	35	63 %

Nombre de dossiers en 2002 :

Les dossiers "d'expertise" (dossiers ne répondant pas aux référentiels du réseau, complexes ou rares) sont discutés

- Si oui : • ils proviennent d'un Etablissement
• ils proviennent du Territoire (bassin) de santé
• ils proviennent de toute la Région

39	95 %	2	5 %	41	73 %
28	74 %	10	26 %	38	68 %
32	84 %	6	16 %	38	68 %
19	58 %	14	42 %	33	59 %

Nombre de dossiers en 2002 :

ORGANISATION

Participation médicale

- Médecins spécialistes libéraux 41 91 %
 Médecins spécialistes salariés d'Etablissements sous dotation globale 43 96 %
 Médecins généralistes 13 30 %
 Autres 10 45 %

41	91 %	4	9 %	45	80 %
43	96 %	2	4 %	45	80 %
13	30 %	31	70 %	44	79 %
10	45 %	12	55 %	22	39 %

Les participants disposent d'informations écrites et accessibles sur :

- La date, le lieu et l'heure des RCP 39 95 %
 Le nom et les coordonnées du médecin coordinateur de RCP 37 90 %
 Le nom et les coordonnées des participants 35 88 %

39	95 %	2	5 %	41	73 %
37	90 %	4	10 %	41	73 %
35	88 %	5	13 %	40	71 %

Modalités pratiques

- Réunions Physiques 44 100 %
Une feuille de présence toujours soumise à signature des présents 23 55 %
 Visio-conférence 11 27 %
 Télétransmission 8 19 %
 Il existe un compte-rendu écrit de la RCP 41 100 %
 Nombre de réunions mensuelles
 Durée moyenne

44	100 %	0		44	79 %
23	55 %	19	45 %	42	75 %
11	27 %	30	73 %	41	73 %
8	19 %	34	81 %	42	75 %
41	100 %	0		41	73 %

Tri sur :

TOUTES LES REPONSES AU QUESTIONNAIRE RESEAUX

Ce tri a extrait 56 fiches sur un total de 56 soit un taux de réponse de 100 %

Participation par spécialités

	Oui		Non		Réponses			Oui		Non		Réponses	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%/Tot		Nb	%	Nb	%	Nb	%/Tot
Oncologues Médicaux	44	98 %	1	2 %	45	80 %	Radiologues	41	93 %	3	7 %	44	79 %
Radiothérapeutes Oncologues	45	100 %	0		45	80 %	Médecins généralistes	12	29 %	30	71 %	42	75 %
Chirurgiens	44	98 %	1	2 %	45	80 %	Psychologues	8	19 %	34	81 %	42	75 %
Spécialistes de la localisation concernée	43	98 %	1	2 %	44	79 %	Psychiatres	2	5 %	39	95 %	41	73 %
Anatomopathologistes	41	91 %	4	9 %	45	80 %	Oncogénétiiciens	5	12 %	36	88 %	41	73 %

Autres :

Oui		Non		Réponses	
Nb	%	Nb	%	Nb	%/Tot
4	10 %	36	90 %	40	71 %

Les médecins libéraux sont dédommagés pour leur présence

Documents patients supports de la RCP

Recueil de l'accord du patient pour la présentation de son dossier en RCP

29	69 %	13	31 %	42	75 %
----	------	----	------	----	------

Si Oui : Oral

30	70 %	13	30 %	43	77 %
----	------	----	------	----	------

 Traçabilité

12	41 %	17	59 %	29	52 %
----	------	----	------	----	------

 Ecrit et signé

8	19 %	34	81 %	42	75 %
---	------	----	------	----	------

Il existe une fiche patient avec la proposition du traitement rédigée après la RCP

44	100 %	0		44	79 %
----	-------	---	--	----	------

	Fiche papier	Nb	%	0		Nb	%	Fiche informatisée	Nb	%	13	31 %	42	75 %
Si	Un exemplaire de cette fi-	44	100 %	0		44	79 %		29	69 %	13	31 %	42	75 %
Oui	che est adressé							au médecin généraliste	29	67 %	14	33 %	43	77 %
								au médecin spécialiste	38	90 %	4	10 %	42	75 %

Cette fiche est archivée

dans le dossier médical du médecin traitant

dans le dossier médical de l'Etablissement concerné

au niveau du secrétariat du réseau

Autre(s) archivage(s)

42	98 %	1	2 %	43	77 %
28	70 %	12	30 %	40	71 %
37	90 %	4	10 %	41	73 %
25	61 %	16	39 %	41	73 %
11	92 %	1	8 %	12	21 %

ACCESSIBILITE AUX FICHES DE RCP (DOSSIER MEDICAL)

Le réseau dispose-t-il d'une base de données partagées sur support informatique regroupant les propositions de traitement énoncée lors de la RCP ?

12	29 %	30	71 %	42	75 %
9	23 %	30	77 %	39	70 %
10	26 %	29	74 %	39	70 %
7	18 %	32	82 %	39	70 %
4	11 %	33	89 %	37	66 %

Si oui :

Hors RCP, ce dossier est-il accessible aux médecins du réseau ?

Hors RCP, ce dossier est-il accessible aux médecins participant à la prise en charge du patient ?

Ce dossier est-il accessible au patient ?

La liste des personnes habilitées à consulter ce dossier est-elle soumise par écrit à l'approbation du patient, ainsi que ses modifications ?

AUTRES AIDES DU RESEAU POUR LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT

	Oui		Non		Réponses			Oui		Non		Réponses	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%/Tot		Nb	%	Nb	%	Nb	%/Tot
Hospitalisation, y compris ambulatoire	23	66 %	12	34 %	35	63 %	Diététique	14	40 %	21	60 %	35	63 %
Médecin généraliste	22	61 %	14	39 %	36	64 %	Nutrition	14	40 %	21	60 %	35	63 %
HAD	15	42 %	21	58 %	36	64 %	Douleur	24	67 %	12	33 %	36	64 %
Chimiothérapie à domicile	18	50 %	18	50 %	36	64 %	Soins palliatifs	23	64 %	13	36 %	36	64 %
Soins à domicile	20	56 %	16	44 %	36	64 %	Kinésithérapie	18	50 %	18	50 %	36	64 %
Soins de suite et de réadaptation	14	39 %	22	61 %	36	64 %	Soutien spirituel	3	9 %	30	91 %	33	59 %
Suivi infirmier	18	50 %	18	50 %	36	64 %	Aide sociale	18	51 %	17	49 %	35	63 %
Prise en charge psychologique	20	57 %	15	43 %	35	63 %	Soutien aux proches	18	50 %	18	50 %	36	64 %
Education-information	19	54 %	16	46 %	35	63 %	Dépistage	18	51 %	17	49 %	35	63 %
Inclusion dans des essais	24	69 %	11	31 %	35	63 %							

Autres :

Tri sur :

TOUTES LES REPONSES AU QUESTIONNAIRE RESEAUX

Ce tri a extrait 56 fiches sur un total de 56 soit un taux de réponse de 100 %

IV

QUESTIONS OUVERTES

Personne ayant rempli le questionnaire :

Coordonnées

Qu'est-ce qui marche dans votre réseau ?

- Choix du protocole
- Mise en œuvre du protocole
- Dépistage
- Evaluation des pratiques
- Relations Ville-Hôpital
- Aide au Patient
- Recherche
- Autre(s) :

<i>Oui</i>		<i>Non</i>		Réponses	
Nb	%	Nb	%	Nb	%/Tot
37	97 %	1	3 %	38	68 %
35	90 %	4	10 %	39	70 %
11	31 %	25	69 %	36	64 %
19	50 %	19	50 %	38	68 %
31	82 %	7	18 %	38	68 %
24	71 %	10	29 %	34	61 %
14	38 %	23	62 %	37	66 %

Considérez-vous que le réseau a participé à l'amélioration des pratiques ?

31	97 %	1	3 %	32	57 %
----	------	---	-----	----	------

Si oui : dans quels domaines ?

Si non, pourquoi ?

Quelles sont pour vous les mesures les plus importantes à prendre pour développer votre réseau ?

REMARQUES :

SUGGESTIONS :

**Rapport
sur l'état des lieux
des réseaux
de cancérologie
à la fin de l'année 2003**

Annexe 7

**résultats
des réseaux régionaux**

Tri sur :

LES REPONSES DES RESEAUX REGIONAUX

Ce tri a extrait 25 fiches sur un total de 56 soit 45 % de toutes les réponses

II

ORGANISATION DU RESEAU

<i>Oui</i>		<i>Non</i>		Réponses	
Nb	%	Nb	%	Nb	%/Tot

Couverture géographique :

Région

Territoire (bassin) de santé

25	100 %	0		25	45 %
0		25	100 %	25	45 %
15	68 %	7	32 %	22	39 %

Articulation à d'autres réseaux dans la Région :

Si oui, lesquels ?

Caractéristiques du réseau :

STATUTS

Convention simple

Association loi 1901

GIP

GIE

GCS

Autre (lequel) :

12	48 %	13	52 %	25	45 %
13	52 %	12	48 %	25	45 %
2	8 %	23	92 %	25	45 %
0		25	100 %	25	45 %
0		25	100 %	25	45 %
2	8 %	23	92 %	25	45 %

Date de signature des statuts :

OBJET du réseau

Généraliste (tout type de pathologie cancéreuse)

Spécialisé sur un organe

Lequel :

23	92 %	2	8 %	25	45 %
0		23	100 %	23	41 %

ARCHITECTURE de l'organisation

Verticale (*hiérarchisée, graduée à partir d'un pôle de référence*)

Transversale (*réunissant sur un même plan les pôles orientés et de référence*)

9	43 %	12	57 %	21	38 %
12	57 %	9	43 %	21	38 %

MEMBRES du RESEAU

• Etablissement(s) public(s)

• Etablissement(s) privé(s) sous OQN

• Etablissement(s) privé(s) sous dotation globale

• Cabinet(s) de radiothérapie

• Médecins spécialistes libéraux

• Médecin(s) généraliste(s)

• Structure(s) d'HAD

• Autres professionnels de santé

• Association(s) de malades

• Autre(s)

24	96 %	1	4 %	25	45 %
23	92 %	2	8 %	25	45 %
21	84 %	4	16 %	25	45 %
20	80 %	5	20 %	25	45 %
23	92 %	2	8 %	25	45 %
20	80 %	5	20 %	25	45 %
15	60 %	10	40 %	25	45 %
18	75 %	6	25 %	24	43 %
17	71 %	7	29 %	24	43 %
13	87 %	2	13 %	15	27 %

Tri sur :

LES REPONSES DES RESEAUX REGIONAUX

Ce tri a extrait 25 fiches sur un total de 56 soit 45 % de toutes les réponses

Fonctionnement :

DOCUMENTS CONSTITUTIFS DE REFERENCE

- Les membres du réseau ont tous signé les documents juridiques de base (convention constitutive et charte du réseau).
- Les membres du réseau disposent de référentiels propres au réseau, adoptés selon une procédure formalisée.
- Les membres du réseau mettent en œuvre un règlement intérieur commun relatif au fonctionnement des Réunions de Concertation Pluridisciplinaires.
- Les membres du réseau mettent en œuvre un cahier des charges commun définissant les notions de "sites de cancérologie".
- Les membres du réseau mettent en œuvre un cahier des charges commun relatif au fonctionnement des unités de reconstitution des cytotoxiques.

Oui		Non		Réponses	
Nb	%	Nb	%	Nb	%/Tot

23	92 %	2	8 %	25	45 %
19	79 %	5	21 %	24	43 %
15	68 %	7	32 %	22	39 %
14	67 %	7	33 %	21	38 %
6	32 %	13	68 %	19	34 %

CRITERES D'INCLUSION DES PATIENTS

- Le réseau a établi des critères d'inclusion des patients.
Si oui : merci d'en donner la liste sur feuille jointe.
- Les patients sont systématiquement informés de leur inclusion dans le réseau.
- Si oui : le document d'information prévu à l'article D 766-1-3 du CSP est transmis systématiquement.
- Nombre de patients ayant signé un consentement écrit en 2002
- Nombre de patients inclus dans le réseau en 2002 et qui sont dotés d'un numéro d'enregistrement unique dans une base de donnée commune

7	30 %	16	70 %	23	41 %
13	62 %	8	38 %	21	38 %
10	53 %	9	47 %	19	34 %

SUPPORT DE L'INFORMATION MEDICALE

- Papier
- Informatique
- Si oui, existe-t-il un dossier médical communiquant accessible à tous les professionnels de santé ?

19	83 %	4	17 %	23	41 %
13	59 %	9	41 %	22	39 %
5	29 %	12	71 %	17	30 %

EVALUATION

- Une procédure d'évaluation est prévue par les textes fondateurs (convention constitutive, charte...).
- Une évaluation périodique du fonctionnement du réseau est communiquée à tous les partenaires.
- Une évaluation périodique des résultats médicaux du réseau est communiquée à tous les partenaires.

22	100 %	0		22	39 %
18	78 %	5	22 %	23	41 %
11	50 %	11	50 %	22	39 %

Financeme: (plusieurs financements sont possibles)

Le réseau est-il financé ?

Si oui : - Origine(s) :

- Dotation de Développement des Réseaux
- FAQSV
- ARH
- e-santé
- Collectivités locales
- Membres du réseau
- Industrie
- Autre (préciser)

- S'agit-il d'un financement pérenne ?

- S'agit-il d'un financement à durée déterminée ?

Durée :

- Montant annuel total

- Salariés ETP (nombre)

20	83 %	4	17 %	24	43 %
8	40 %	12	60 %	20	36 %
7	33 %	14	67 %	21	38 %
14	64 %	8	36 %	22	39 %
6	29 %	15	71 %	21	38 %
2	10 %	19	90 %	21	38 %
9	43 %	12	57 %	21	38 %
3	15 %	17	85 %	20	36 %
6	35 %	11	65 %	17	30 %
14	64 %	8	36 %	22	39 %
12	60 %	8	40 %	20	36 %
14	88 %	2	13 %	16	29 %

Tri sur :

LES REPONSES DES RÉSEAUX RÉGIONAUX

Ce tri a extrait 25 fiches sur un total de 56 soit 45 % de toutes les réponses

Coordination du réseau

Pour coordonner le réseau, il existe une structure de coordination :

- Spécifique au réseau
- Financée par le réseau
- Mise à la disposition du réseau par un Etablissement

Oui		Non		Réponses	
Nb	%	Nb	%	Nb	%/Tot

21	88 %	3	13 %	24	43 %
14	58 %	10	42 %	24	43 %
12	50 %	12	50 %	24	43 %

Moyens propres au réseau

- Un médecin coordonnateur
- Un secrétariat
- Des moyens bureautiques dévolus
- Un local individualisé
- Un numéro de téléphone spécifique
- Un portail web spécifique
- Un budget spécifique
- Autre(s)

21	88 %	3	13 %	24	43 %
18	78 %	5	22 %	23	41 %
17	74 %	6	26 %	23	41 %
17	74 %	6	26 %	23	41 %
18	78 %	5	22 %	23	41 %
17	74 %	6	26 %	23	41 %
15	65 %	8	35 %	23	41 %

S'il y a un médecin coordonnateur :

Dispose-t-il d'une définition de fonction écrite ?

Si oui, principales fonctions :

17	74 %	6	26 %	23	41 %
----	------	---	------	----	------

Est-il :

- Payé par le réseau (salarié ou sur honoraires) ?
- Salarié par un employeur dédommagé par le réseau ?
Si oui, cet employeur est-il membre du réseau ?
- Bénévole pour le réseau ?

9	43 %	12	57 %	21	38 %
10	48 %	11	52 %	21	38 %
10	48 %	11	52 %	21	38 %
2	10 %	19	90 %	21	38 %

Est-il nommé :

- Par le Président du Réseau ?
- Par le CA ou le Bureau du Réseau ?
- Par l'AG du réseau ?

5	29 %	12	71 %	17	30 %
9	50 %	9	50 %	18	32 %
8	44 %	10	56 %	18	32 %

Est-il :

- A plein temps ou à équivalent plein temps ?
- A temps partiel ?

13	65 %	7	35 %	20	36 %
7	33 %	14	67 %	21	38 %

S'il y a un secrétariat propre au réseau :

Dispose-t-il d'une définition de fonction écrite ?

Est-il :

- Payé par le réseau (salarié ou sur honoraires) ?
- Salarié par un employeur dédommagé par le réseau ?
- Bénévole pour le réseau ?

14	67 %	7	33 %	21	38 %
----	------	---	------	----	------

7	41 %	10	59 %	17	30 %
10	59 %	7	41 %	17	30 %
2	12 %	15	88 %	17	30 %

Nombre d'équivalent(s) temps plein :

Autre(s) et commentaires :

Tri sur :

LES REPONSES DES RESEAUX REGIONAUX

Ce tri a extrait 25 fiches sur un total de 56 soit 45 % de toutes les réponses

III

REUNIONS DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRES (RCP) ORGANISEES DANS LE CADRE DU RESEAU

(le cas échéant dupliquer la fiche s'il y a des RCP organisées sur un mode différent dans le réseau)

TYPE DE RCP	Généraliste	D'organe	Oui		Non		Réponses	
			Nb	%	Nb	%	Nb	%/Tot

S'il s'agit d'une RCP d'organe, préciser l'organe concerné :

TYPE DE DOSSIERS présentés, discutés et/ou enregistrés dans le cadre de cette RCP

Tous les nouveaux cas de cancer...

- sont ils :
- Discutés ?
 - Uniquement enregistrés, sans discussion ?

Nombre de dossiers discutés en 2002 :

Nombre de dossiers uniquement enregistrés en 2002 :

Les dossiers "standards" (dossiers relevant d'un référentiel type adopté dans le réseau) sont discutés

- Si oui :
- ils proviennent d'un Etablissement
 - ils proviennent du Territoire (bassin) de santé
 - ils proviennent de toute la Région

Nombre de dossiers en 2002 :

Les dossiers "d'expertise" (dossiers ne répondant pas aux référentiels du réseau, complexes ou rares) sont discutés

- Si oui :
- ils proviennent d'un Etablissement
 - ils proviennent du Territoire (bassin) de santé
 - ils proviennent de toute la Région

Nombre de dossiers en 2002 :

6	35 %	11	65 %	17	30 %
4	29 %	10	71 %	14	25 %

9	50 %	9	50 %	18	32 %
9	60 %	6	40 %	15	27 %
8	53 %	7	47 %	15	27 %
9	56 %	7	44 %	16	29 %

16	94 %	1	6 %	17	30 %
12	75 %	4	25 %	16	29 %
13	76 %	4	24 %	17	30 %
14	88 %	2	13 %	16	29 %

ORGANISATION

Participation médicale

Médecins spécialistes libéraux

Médecins spécialistes salariés d'Etablissements sous dotation globale

Médecins généralistes

Autres

18	95 %	1	5 %	19	34 %
19	100 %	0		19	34 %
5	28 %	13	72 %	18	32 %
4	44 %	5	56 %	9	16 %

Les participants disposent d'informations écrites et accessibles sur :

La date, le lieu et l'heure des RCP

Le nom et les coordonnées du médecin coordinateur de RCP

Le nom et les coordonnées des participants

16	94 %	1	6 %	17	30 %
15	88 %	2	12 %	17	30 %
15	88 %	2	12 %	17	30 %

Modalités pratiques

Réunions Physiques

Une feuille de présence toujours soumise à signature des présents

Visio-conférence

Télétransmission

Il existe un compte-rendu écrit de la RCP

Nombre de réunions mensuelles

Durée moyenne

18	100 %	0		18	32 %
9	53 %	8	47 %	17	30 %
6	35 %	11	65 %	17	30 %
5	29 %	12	71 %	17	30 %
17	100 %	0		17	30 %

Tri sur :

LES REPONSES DES RESEAUX REGIONAUX

Ce tri a extrait 25 fiches sur un total de 56 soit 45 % de toutes les réponses

Participation par spécialités

	Oui		Non		Réponses			Oui		Non		Réponses	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%/Tot		Nb	%	Nb	%	Nb	%/Tot
Oncologues Médecins	18	100 %	0		18	32 %	Radiologues	17	100 %	0		17	30 %
Radiothérapeutes Oncologues	18	100 %	0		18	32 %	Médecins généralistes	5	29 %	12	71 %	17	30 %
Chirurgiens	18	100 %	0		18	32 %	Psychologues	4	25 %	12	75 %	16	29 %
Spécialistes de la localisation concernée	18	100 %	0		18	32 %	Psychiatres	1	6 %	15	94 %	16	29 %
Anatomopathologistes	17	94 %	1	6 %	18	32 %	Oncogénétiiciens	4	25 %	12	75 %	16	29 %

Autres :

Oui		Non		Réponses	
Nb	%	Nb	%	Nb	%/Tot
0		17	100 %	17	30 %

Les médecins libéraux sont dédommagés pour leur présence

Documents patients supports de la RCP

Recueil de l'accord du patient pour la présentation de son dossier en RCP

13	72 %	5	28 %	18	32 %
----	------	---	------	----	------

Si Oui : Oral

13	72 %	5	28 %	18	32 %
----	------	---	------	----	------

 Traçabilité

4	40 %	6	60 %	10	18 %
---	------	---	------	----	------

 Ecrit et signé

2	12 %	15	88 %	17	30 %
---	------	----	------	----	------

Il existe une fiche patient avec la proposition du traitement rédigée après la RCP

18	100 %	0		18	32 %
----	-------	---	--	----	------

	Fiche papier	Nb	%	0		18	32 %	Fiche informatisée	Nb	%	6	33 %	18	32 %
Si Oui	Un exemplaire de cette fiche est adressé							au médecin généraliste	12	71 %	5	29 %	17	30 %
								au médecin spécialiste	16	100 %	0		16	29 %

Cette fiche est archivée

dans le dossier médical du médecin traitant

dans le dossier médical de l'Etablissement concerné

au niveau du secrétariat du réseau

Autre(s) archivage(s)

18	100 %	0		18	32 %
13	81 %	3	19 %	16	29 %
17	94 %	1	6 %	18	32 %
7	41 %	10	59 %	17	30 %
5	83 %	1	17 %	6	11 %

ACCESSIBILITE AUX FICHES DE RCP (DOSSIER MEDICAL)

Le réseau dispose-t-il d'une base de données partagées sur support informatique regroupant les propositions de traitement énoncée lors de la RCP ?

Si oui :
 Hors RCP, ce dossier est-il accessible aux médecins du réseau ?
 Hors RCP, ce dossier est-il accessible aux médecins participant à la prise en charge du patient ?
 Ce dossier est-il accessible au patient ?
 La liste des personnes habilitées à consulter ce dossier est-elle soumise par écrit à l'approbation du patient, ainsi que ses modifications ?

5	29 %	12	71 %	17	30 %
3	20 %	12	80 %	15	27 %
2	13 %	13	87 %	15	27 %
2	13 %	13	87 %	15	27 %
2	14 %	12	86 %	14	25 %

AUTRES AIDES DU RESEAU POUR LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT

	Oui		Non		Réponses			Oui		Non		Réponses	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%/Tot		Nb	%	Nb	%	Nb	%/Tot
Hospitalisation, y compris ambulatoire	8	62 %	5	38 %	13	23 %	Diététique	4	31 %	9	69 %	13	23 %
Médecin généraliste	7	54 %	6	46 %	13	23 %	Nutrition	4	31 %	9	69 %	13	23 %
HAD	4	31 %	9	69 %	13	23 %	Douleur	9	69 %	4	31 %	13	23 %
Chimiothérapie à domicile	6	46 %	7	54 %	13	23 %	Soins palliatifs	7	54 %	6	46 %	13	23 %
Soins à domicile	8	62 %	5	38 %	13	23 %	Kinésithérapie	6	46 %	7	54 %	13	23 %
Soins de suite et de réadaptation	4	31 %	9	69 %	13	23 %	Soutien spirituel	1	9 %	10	91 %	11	20 %
Suivi infirmier	6	46 %	7	54 %	13	23 %	Aide sociale	6	50 %	6	50 %	12	21 %
Prise en charge psychologique	6	46 %	7	54 %	13	23 %	Soutien aux proches	5	38 %	8	62 %	13	23 %
Education-information	9	69 %	4	31 %	13	23 %	Dépistage	10	77 %	3	23 %	13	23 %
Inclusion dans des essais	10	77 %	3	23 %	13	23 %							

Autres :

Tri sur :

LES REPONSES DES RÉSEAUX RÉGIONAUX

Ce tri a extrait 25 fiches sur un total de 56 soit 45 % de toutes les réponses

IV

QUESTIONS OUVERTES

Personne ayant rempli le questionnaire :

Coordonnées

Qu'est-ce qui marche dans votre réseau ?

Choix du protocole

Mise en œuvre du protocole

Dépistage

Evaluation des pratiques

Relations Ville-Hôpital

Aide au Patient

Recherche

Autre(s) :

<i>Oui</i>		<i>Non</i>		<i>Réponses</i>	
<i>Nb</i>	<i>%</i>	<i>Nb</i>	<i>%</i>	<i>Nb</i>	<i>%/Tot</i>
14	93 %	1	7 %	15	27 %
15	94 %	1	6 %	16	29 %
6	43 %	8	57 %	14	25 %
11	79 %	3	21 %	14	25 %
12	86 %	2	14 %	14	25 %
7	58 %	5	42 %	12	21 %
7	50 %	7	50 %	14	25 %

Considérez-vous que le réseau a participé à l'amélioration des pratiques ?

13	100 %	0		13	23 %
-----------	-------	----------	--	-----------	------

Si oui : dans quels domaines ?

Si non, pourquoi ?

Quelles sont pour vous les mesures les plus importantes à prendre pour développer votre réseau ?

REMARQUES :

SUGGESTIONS :

**Rapport
sur l'état des lieux
des réseaux
de cancérologie
à la fin de l'année 2003**

Annexe 8

**résultats
des réseaux
des territoires de santé**

Tri sur :

LES RÉPONSES DES RÉSEAUX DE TERRITOIRE DE SANTÉ

Ce tri a extrait 31 fiches sur un total de 56 soit 55 % de toutes les réponses

II

ORGANISATION DU RESEAU

<i>Oui</i>		<i>Non</i>		Réponses	
Nb	%	Nb	%	Nb	%/Tot

Couverture géographique :

Région

Territoire (bassin) de santé

0		31	100 %	31	55 %
31	100 %	0		31	55 %
23	92 %	2	8 %	25	45 %

Articulation à d'autres réseaux dans la Région :

Si oui, lesquels ?

Caractéristiques du réseau :

STATUTS

Convention simple

Association loi 1901

GIP

GIE

GCS

Autre (lequel) :

5	16 %	26	84 %	31	55 %
27	87 %	4	13 %	31	55 %
0		31	100 %	31	55 %
0		31	100 %	31	55 %
0		31	100 %	31	55 %
6	20 %	24	80 %	30	54 %

Date de signature des statuts :

OBJET du réseau

Généraliste (tout type de pathologie cancéreuse)

Spécialisé sur un organe

Lequel :

30	97 %	1	3 %	31	55 %
0		30	100 %	30	54 %

ARCHITECTURE de l'organisation

Verticale (*hiérarchisée, graduée à partir d'un pôle de référence*)

Transversale (*réunissant sur un même plan les pôles orientés et de référence*)

4	14 %	25	86 %	29	52 %
25	86 %	4	14 %	29	52 %

MEMBRES du RESEAU

• Etablissement(s) public(s)

• Etablissement(s) privé(s) sous OQN

• Etablissement(s) privé(s) sous dotation globale

• Cabinet(s) de radiothérapie

• Médecins spécialistes libéraux

• Médecin(s) généraliste(s)

• Structure(s) d'HAD

• Autres professionnels de santé

• Association(s) de malades

• Autre(s)

24	86 %	4	14 %	28	50 %
26	90 %	3	10 %	29	52 %
19	68 %	9	32 %	28	50 %
20	69 %	9	31 %	29	52 %
26	90 %	3	10 %	29	52 %
27	96 %	1	4 %	28	50 %
14	50 %	14	50 %	28	50 %
23	82 %	5	18 %	28	50 %
22	79 %	6	21 %	28	50 %
12	75 %	4	25 %	16	29 %

Tri sur :

LES RÉPONSES DES RÉSEAUX DE TERRITOIRE DE SANTÉ

Ce tri a extrait 31 fiches sur un total de 56 soit 55 % de toutes les réponses

Fonctionnement :

DOCUMENTS CONSTITUTIFS DE REFERENCE

- Les membres du réseau ont tous signé les documents juridiques de base (convention constitutive et charte du réseau).
- Les membres du réseau disposent de référentiels propres au réseau, adoptés selon une procédure formalisée.
- Les membres du réseau mettent en œuvre un règlement intérieur commun relatif au fonctionnement des Réunions de Concertation Pluridisciplinaires.
- Les membres du réseau mettent en œuvre un cahier des charges commun définissant les notions de "sites de cancérologie".
- Les membres du réseau mettent en œuvre un cahier des charges commun relatif au fonctionnement des unités de reconstruction des cytotoxiques.

Oui		Non		Réponses	
Nb	%	Nb	%	Nb	%/Tot

21	70 %	9	30 %	30	54 %
25	83 %	5	17 %	30	54 %
20	69 %	9	31 %	29	52 %
11	38 %	18	62 %	29	52 %
5	17 %	24	83 %	29	52 %

CRITERES D'INCLUSION DES PATIENTS

- Le réseau a établi des critères d'inclusion des patients.
Si oui : merci d'en donner la liste sur feuille jointe.
- Les patients sont systématiquement informés de leur inclusion dans le réseau.
- Si oui : le document d'information prévu à l'article D 766-1-3 du CSP est transmis systématiquement.
- Nombre de patients ayant signé un consentement écrit en 2002
- Nombre de patients inclus dans le réseau en 2002 et qui sont dotés d'un numéro d'enregistrement unique dans une base de donnée commune

11	38 %	18	62 %	29	52 %
17	65 %	9	35 %	26	46 %
11	50 %	11	50 %	22	39 %

SUPPORT DE L'INFORMATION MEDICALE

- Papier
- Informatique
- Si oui, existe-t-il un dossier médical communiquant accessible à tous les professionnels de santé ?

26	93 %	2	7 %	28	50 %
21	75 %	7	25 %	28	50 %
6	23 %	20	77 %	26	46 %

EVALUATION

- Une procédure d'évaluation est prévue par les textes fondateurs (convention constitutive, charte...).
- Une évaluation périodique du fonctionnement du réseau est communiquée à tous les partenaires.
- Une évaluation périodique des résultats médicaux du réseau est communiquée à tous les partenaires.

22	81 %	5	19 %	27	48 %
17	65 %	9	35 %	26	46 %
8	30 %	19	70 %	27	48 %

Financeme: (plusieurs financements sont possibles)

Le réseau est-il financé ?

Si oui : - Origine(s) :

- Dotation de Développement des Réseaux
- FAQSV
- ARH
- e-santé
- Collectivités locales
- Membres du réseau
- Industrie
- Autre (préciser)

- S'agit-il d'un financement pérenne ?

- S'agit-il d'un financement à durée déterminée ?

Durée :

- Montant annuel total

- Salariés ETP (nombre)

26	90 %	3	10 %	29	52 %
15	56 %	12	44 %	27	48 %
9	33 %	18	67 %	27	48 %
13	50 %	13	50 %	26	46 %
3	12 %	23	88 %	26	46 %
2	8 %	24	92 %	26	46 %
14	56 %	11	44 %	25	45 %
5	20 %	20	80 %	25	45 %
7	44 %	9	56 %	16	29 %
15	58 %	11	42 %	26	46 %
10	50 %	10	50 %	20	36 %
19	95 %	1	5 %	20	36 %

Tri sur :

LES RÉPONSES DES RÉSEAUX DE TERRITOIRE DE SANTÉ

Ce tri a extrait 31 fiches sur un total de 56 soit 55 % de toutes les réponses

Coordination du réseau

Pour coordonner le réseau, il existe une structure de coordination :

- Spécifique au réseau
- Financée par le réseau
- Mise à la disposition du réseau par un Etablissement

Oui		Non		Réponses	
Nb	%	Nb	%	Nb	%/Tot

25	86 %	4	14 %	29	52 %
16	57 %	12	43 %	28	50 %
10	36 %	18	64 %	28	50 %

Moyens propres au réseau

- Un médecin coordonnateur
- Un secrétariat
- Des moyens bureautiques dévolus
- Un local individualisé
- Un numéro de téléphone spécifique
- Un portail web spécifique
- Un budget spécifique
- Autre(s)

20	69 %	9	31 %	29	52 %
26	90 %	3	10 %	29	52 %
23	82 %	5	18 %	28	50 %
21	75 %	7	25 %	28	50 %
21	78 %	6	22 %	27	48 %
13	46 %	15	54 %	28	50 %
21	84 %	4	16 %	25	45 %

S'il y a un médecin coordonnateur :

Dispose-t-il d'une définition de fonction écrite ?

Si oui, principales fonctions :

19	70 %	8	30 %	27	48 %
-----------	------	----------	------	-----------	------

Est-il :

- Payé par le réseau (salarié ou sur honoraires) ?
- Salarié par un employeur dédommagé par le réseau ?
Si oui, cet employeur est-il membre du réseau ?
- Bénévole pour le réseau ?

9	32 %	19	68 %	28	50 %
6	21 %	22	79 %	28	50 %
6	23 %	20	77 %	26	46 %
7	25 %	21	75 %	28	50 %

Est-il nommé :

- Par le Président du Réseau ?
- Par le CA ou le Bureau du Réseau ?
- Par l'AG du réseau ?

5	20 %	20	80 %	25	45 %
13	54 %	11	46 %	24	43 %
3	13 %	20	87 %	23	41 %

Est-il :

- A plein temps ou à équivalent plein temps ?
- A temps partiel ?

6	24 %	19	76 %	25	45 %
15	60 %	10	40 %	25	45 %

S'il y a un secrétariat propre au réseau :

Dispose-t-il d'une définition de fonction écrite ?

Est-il :

- Payé par le réseau (salarié ou sur honoraires) ?
- Salarié par un employeur dédommagé par le réseau ?
- Bénévole pour le réseau ?

19	70 %	8	30 %	27	48 %
-----------	------	----------	------	-----------	------

15	60 %	10	40 %	25	45 %
7	28 %	18	72 %	25	45 %
4	15 %	22	85 %	26	46 %

Nombre d'équivalent(s) temps plein :

Autre(s) et commentaires :

Tri sur :

LES RÉPONSES DES RÉSEAUX DE TERRITOIRE DE SANTÉ

Ce tri a extrait 31 fiches sur un total de 56 soit 55 % de toutes les réponses

III

REUNIONS DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRES (RCP) ORGANISEES DANS LE CADRE DU RESEAU

(le cas échéant dupliquer la fiche s'il y a des RCP organisées sur un mode différent dans le réseau)

TYPE DE RCP	Généraliste		D'organe		Oui		Non		Réponses	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%/Tot
S'il s'agit d'une RCP d'organe, préciser l'organe concerné : 										
TYPE DE DOSSIERS présentés, discutés et/ou enregistrés dans le cadre de cette RCP										
Tous les nouveaux cas de cancer...										
sont ils : • Discutés ?										
16 62 % 10 38 % 26 46 %										
• Uniquement enregistrés, sans discussion ?										
7 28 % 18 72 % 25 45 %										
Nombre de dossiers discutés en 2002 : 										
Nombre de dossiers uniquement enregistrés en 2002 : 										
Les dossiers "standards" (dossiers relevant d'un référentiel type adopté dans le réseau) sont discutés										
Si oui : • ils proviennent d'un Etablissement										
12 52 % 11 48 % 23 41 %										
• ils proviennent du Territoire (bassin) de santé										
16 73 % 6 27 % 22 39 %										
• ils proviennent de toute la Région										
1 5 % 18 95 % 19 34 %										
Nombre de dossiers en 2002 : %										
Les dossiers "d'expertise" (dossiers ne répondant pas aux référentiels du réseau, complexes ou rares) sont discutés										
Si oui : • ils proviennent d'un Etablissement										
23 96 % 1 4 % 24 43 %										
• ils proviennent du Territoire (bassin) de santé										
16 73 % 6 27 % 22 39 %										
• ils proviennent de toute la Région										
19 90 % 2 10 % 21 38 %										
Nombre de dossiers en 2002 : %										
5 29 % 12 71 % 17 30 %										
ORGANISATION										
Participation médicale										
Médecins spécialistes libéraux										
23 88 % 3 12 % 26 46 %										
Médecins spécialistes salariés d'Etablissements sous dotation globale										
24 92 % 2 8 % 26 46 %										
Médecins généralistes										
8 31 % 18 69 % 26 46 %										
Autres 										
6 46 % 7 54 % 13 23 %										
Les participants disposent d'informations écrites et accessibles sur :										
La date, le lieu et l'heure des RCP										
23 96 % 1 4 % 24 43 %										
Le nom et les coordonnées du médecin coordinateur de RCP										
22 92 % 2 8 % 24 43 %										
Le nom et les coordonnées des participants										
20 87 % 3 13 % 23 41 %										
Modalités pratiques										
Réunions Physiques										
26 100 % 0 26 46 %										
Une feuille de présence toujours soumise à signature des présents										
14 56 % 11 44 % 25 45 %										
Visio-conférence										
5 21 % 19 79 % 24 43 %										
Télétransmission										
3 12 % 22 88 % 25 45 %										
Il existe un compte-rendu écrit de la RCP										
24 100 % 0 24 43 %										
Nombre de réunions mensuelles 										
Durée moyenne 										

Tri sur :

LES RÉPONSES DES RÉSEAUX DE TERRITOIRE DE SANTÉ

Ce tri a extrait 31 fiches sur un total de 56 soit 55 % de toutes les réponses

Participation par spécialités

	Oui		Non		Réponses			Oui		Non		Réponses	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%/Tot		Nb	%	Nb	%	Nb	%/Tot
Oncologues Médicaux	26	96 %	1	4 %	27	48 %	Radiologues	24	89 %	3	11 %	27	48 %
Radiothérapeutes Oncologues	27	100 %	0		27	48 %	Médecins généralistes	7	28 %	18	72 %	25	45 %
Chirurgiens	26	96 %	1	4 %	27	48 %	Psychologues	4	15 %	22	85 %	26	46 %
Spécialistes de la localisation concernée	25	96 %	1	4 %	26	46 %	Psychiatres	1	4 %	24	96 %	25	45 %
Anatomopathologistes	24	89 %	3	11 %	27	48 %	Oncogénétiiciens	1	4 %	24	96 %	25	45 %

Autres :

Oui		Non		Réponses	
Nb	%	Nb	%	Nb	%/Tot
4	17 %	19	83 %	23	41 %

Les médecins libéraux sont dédommagés pour leur présence

Documents patients supports de la RCP

Recueil de l'accord du patient pour la présentation de son dossier en RCP

16	67 %	8	33 %	24	43 %
----	------	---	------	----	------

Si Oui : Oral

17	68 %	8	32 %	25	45 %
----	------	---	------	----	------

 Traçabilité

8	42 %	11	58 %	19	34 %
---	------	----	------	----	------

 Ecrit et signé

6	24 %	19	76 %	25	45 %
---	------	----	------	----	------

Il existe une fiche patient avec la proposition du traitement rédigée après la RCP

26	100 %	0		26	46 %
----	-------	---	--	----	------

Fiche papier	26	100 %	0		26	46 %	Fiche informatisée	17	71 %	7	29 %	24	43 %
Si Oui	Un exemplaire de cette fiche est adressé		au médecin généraliste		17	65 %	9		35 %	26		46 %	
			au médecin spécialiste		22	85 %	4		15 %	26		46 %	

Cette fiche est archivée

dans le dossier médical du médecin traitant	24	96 %	1	4 %	25	45 %
dans le dossier médical de l'Etablissement concerné	15	63 %	9	38 %	24	43 %
au niveau du secrétariat du réseau	20	87 %	3	13 %	23	41 %
Autre(s) archivage(s)	18	75 %	6	25 %	24	43 %
	6	100 %	0		6	11 %

ACCESSIBILITE AUX FICHES DE RCP (DOSSIER MEDICAL)

Le réseau dispose-t-il d'une base de données partagées sur support informatique regroupant les propositions de traitement énoncée lors de la RCP ?

Si oui :

Hors RCP, ce dossier est-il accessible aux médecins du réseau ?	7	28 %	18	72 %	25	45 %
Hors RCP, ce dossier est-il accessible aux médecins participant à la prise en charge du patient ?	6	25 %	18	75 %	24	43 %
Ce dossier est-il accessible au patient ?	8	33 %	16	67 %	24	43 %
La liste des personnes habilitées à consulter ce dossier est-elle soumise par écrit à l'approbation du patient, ainsi que ses modifications ?	5	21 %	19	79 %	24	43 %
	2	9 %	21	91 %	23	41 %

AUTRES AIDES DU RESEAU POUR LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT

	Oui		Non		Réponses			Oui		Non		Réponses	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%/Tot		Nb	%	Nb	%	Nb	%/Tot
Hospitalisation, y compris ambulatoire	15	68 %	7	32 %	22	39 %	Diététique	10	45 %	12	55 %	22	39 %
Médecin généraliste	15	65 %	8	35 %	23	41 %	Nutrition	10	45 %	12	55 %	22	39 %
HAD	11	48 %	12	52 %	23	41 %	Douleur	15	65 %	8	35 %	23	41 %
Chimiothérapie à domicile	12	52 %	11	48 %	23	41 %	Soins palliatifs	16	70 %	7	30 %	23	41 %
Soins à domicile	12	52 %	11	48 %	23	41 %	Kinésithérapie	12	52 %	11	48 %	23	41 %
Soins de suite et de réadaptation	10	43 %	13	57 %	23	41 %	Soutien spirituel	2	9 %	20	91 %	22	39 %
Suivi infirmier	12	52 %	11	48 %	23	41 %	Aide sociale	12	52 %	11	48 %	23	41 %
Prise en charge psychologique	14	64 %	8	36 %	22	39 %	Soutien aux proches	13	57 %	10	43 %	23	41 %
Education-information	10	45 %	12	55 %	22	39 %	Dépistage	8	36 %	14	64 %	22	39 %
Inclusion dans des essais	14	64 %	8	36 %	22	39 %							

Autres :

Tri sur :

LES RÉPONSES DES RÉSEAUX DE TERRITOIRE DE SANTÉ

Ce tri a extrait 31 fiches sur un total de 56 soit 55 % de toutes les réponses

IV

QUESTIONS OUVERTES

Personne ayant rempli le questionnaire :

Coordonnées

Qu'est-ce qui marche dans votre réseau ?

Choix du protocole

Mise en œuvre du protocole

Dépistage

Evaluation des pratiques

Relations Ville-Hôpital

Aide au Patient

Recherche

Autre(s) :

<i>Oui</i>		<i>Non</i>		<i>Réponses</i>	
Nb	%	Nb	%	Nb	%/Tot
23	100 %	0		23	41 %
20	87 %	3	13 %	23	41 %
5	23 %	17	77 %	22	39 %
8	33 %	16	67 %	24	43 %
19	79 %	5	21 %	24	43 %
17	77 %	5	23 %	22	39 %
7	30 %	16	70 %	23	41 %

Considérez-vous que le réseau a participé à l'amélioration des pratiques ?

18	95 %	1	5 %	19	34 %
----	------	---	-----	----	------

Si oui : dans quels domaines ?

Si non, pourquoi ?

Quelles sont pour vous les mesures les plus importantes à prendre pour développer votre réseau ?

REMARQUES :

SUGGESTIONS :

**Rapport
sur l'état des lieux
des réseaux
de cancérologie
à la fin de l'année 2003**

Annexe 9

**résultats
des réseaux
dotés de visio-conférence**

Tri sur :

REPONSES DES RESEAUX DISPOSANT DE VISIO CONFÉRENCE

Ce tri a extrait 11 fiches sur un total de 56 soit 20 % de tous les réseaux

II

ORGANISATION DU RESEAU

<i>Oui</i>		<i>Non</i>		Réponses	
Nb	%	Nb	%	Nb	%/Tot

Couverture géographique :

Région

6	55 %	5	45 %	11	20 %
---	------	---	------	----	------

Territoire (bassin) de santé

5	45 %	6	55 %	11	20 %
---	------	---	------	----	------

Articulation à d'autres réseaux dans la Région :

Si oui, lesquels ?

8	73 %	3	27 %	11	20 %
---	------	---	------	----	------

Caractéristiques du réseau :

STATUTS

Convention simple

2	18 %	9	82 %	11	20 %
---	------	---	------	----	------

Association loi 1901

9	82 %	2	18 %	11	20 %
---	------	---	------	----	------

GIP

0		11	100 %	11	20 %
---	--	----	-------	----	------

GIE

0		11	100 %	11	20 %
---	--	----	-------	----	------

GCS

0		11	100 %	11	20 %
---	--	----	-------	----	------

Autre (lequel) :

1	9 %	10	91 %	11	20 %
---	-----	----	------	----	------

Date de signature des statuts :

OBJET du réseau

Généraliste (tout type de pathologie cancéreuse)

11	100 %	0		11	20 %
----	-------	---	--	----	------

Spécialisé sur un organe

0		11	100 %	11	20 %
---	--	----	-------	----	------

Lequel :

ARCHITECTURE de l'organisation

Verticale (*hiérarchisée, graduée à partir d'un pôle de référence*)

2	20 %	8	80 %	10	18 %
---	------	---	------	----	------

Transversale (*réunissant sur un même plan les pôles orientés et de référence*)

8	80 %	2	20 %	10	18 %
---	------	---	------	----	------

MEMBRES du RESEAU

• Etablissement(s) public(s)

11	100 %	0		11	20 %
----	-------	---	--	----	------

• Etablissement(s) privé(s) sous OQN

11	100 %	0		11	20 %
----	-------	---	--	----	------

• Etablissement(s) privé(s) sous dotation globale

9	82 %	2	18 %	11	20 %
---	------	---	------	----	------

• Cabinet(s) de radiothérapie

7	64 %	4	36 %	11	20 %
---	------	---	------	----	------

• Médecins spécialistes libéraux

11	100 %	0		11	20 %
----	-------	---	--	----	------

• Médecin(s) généraliste(s)

10	91 %	1	9 %	11	20 %
----	------	---	-----	----	------

• Structure(s) d'HAD

6	55 %	5	45 %	11	20 %
---	------	---	------	----	------

• Autres professionnels de santé

8	80 %	2	20 %	10	18 %
---	------	---	------	----	------

• Association(s) de malades

6	60 %	4	40 %	10	18 %
---	------	---	------	----	------

• Autre(s)

1	25 %	3	75 %	4	7 %
---	------	---	------	---	-----

Tri sur :

REPONSES DES RESEAUX DISPOSANT DE VISIO CONFÉRENCE

Ce tri a extrait 11 fiches sur un total de 56 soit 20 % de tous les réseaux

Fonctionnement :

DOCUMENTS CONSTITUTIFS DE REFERENCE

- Les membres du réseau ont tous signé les documents juridiques de base (convention constitutive et charte du réseau).
- Les membres du réseau disposent de référentiels propres au réseau, adoptés selon une procédure formalisée.
- Les membres du réseau mettent en œuvre un règlement intérieur commun relatif au fonctionnement des Réunions de Concertation Pluridisciplinaires.
- Les membres du réseau mettent en œuvre un cahier des charges commun définissant les notions de "sites de cancérologie".
- Les membres du réseau mettent en œuvre un cahier des charges commun relatif au fonctionnement des unités de reconstruction des cytotoxiques.

Oui		Non		Réponses	
Nb	%	Nb	%	Nb	%/Tot

11	100 %	0		11	20 %
9	82 %	2	18 %	11	20 %
8	73 %	3	27 %	11	20 %
5	56 %	4	44 %	9	16 %
3	38 %	5	63 %	8	14 %

CRITERES D'INCLUSION DES PATIENTS

- Le réseau a établi des critères d'inclusion des patients.
Si oui : merci d'en donner la liste sur feuille jointe.
- Les patients sont systématiquement informés de leur inclusion dans le réseau.
- Si oui : le document d'information prévu à l'article D 766-1-3 du CSP est transmis systématiquement.
- Nombre de patients ayant signé un consentement écrit en 2002
- Nombre de patients inclus dans le réseau en 2002 et qui sont dotés d'un numéro d'enregistrement unique dans une base de donnée commune

5	50 %	5	50 %	10	18 %
5	56 %	4	44 %	9	16 %
4	50 %	4	50 %	8	14 %

SUPPORT DE L'INFORMATION MEDICALE

- Papier
- Informatique
- Si oui, existe-t-il un dossier médical communiquant accessible à tous les professionnels de santé ?

10	91 %	1	9 %	11	20 %
6	60 %	4	40 %	10	18 %
2	29 %	5	71 %	7	13 %

EVALUATION

- Une procédure d'évaluation est prévue par les textes fondateurs (convention constitutive, charte...).
- Une évaluation périodique du fonctionnement du réseau est communiquée à tous les partenaires.
- Une évaluation périodique des résultats médicaux du réseau est communiquée à tous les partenaires.

9	90 %	1	10 %	10	18 %
9	90 %	1	10 %	10	18 %
4	40 %	6	60 %	10	18 %

Financeme: (plusieurs financements sont possibles)

Le réseau est-il financé ?

Si oui : - Origine(s) :

- Dotation de Développement des Réseaux
- FAQSV
- ARH
- e-santé
- Collectivités locales
- Membres du réseau
- Industrie
- Autre (préciser)

- S'agit-il d'un financement pérenne ?

- S'agit-il d'un financement à durée déterminée ?

Durée :

- Montant annuel total

- Salariés ETP (nombre)

9	100 %	0		9	16 %
4	44 %	5	56 %	9	16 %
4	44 %	5	56 %	9	16 %
5	56 %	4	44 %	9	16 %
2	22 %	7	78 %	9	16 %
0		9	100 %	9	16 %
4	44 %	5	56 %	9	16 %
1	11 %	8	89 %	9	16 %
3	50 %	3	50 %	6	11 %
9	100 %	0		9	16 %
2	25 %	6	75 %	8	14 %
6	86 %	1	14 %	7	13 %

Tri sur :

REPONSES DES RESEAUX DISPOSANT DE VISIO CONFERENCE

Ce tri a extrait 11 fiches sur un total de 56 soit 20 % de tous les réseaux

Coordination du réseau

Pour coordonner le réseau, il existe une structure de coordination :

- Spécifique au réseau
- Financée par le réseau
- Mise à la disposition du réseau par un Etablissement

<i>Oui</i>		<i>Non</i>		Réponses	
Nb	%	Nb	%	Nb	%/Tot

8	89 %	1	11 %	9	16 %
5	56 %	4	44 %	9	16 %
5	56 %	4	44 %	9	16 %

Moyens propres au réseau

- Un médecin coordonnateur
- Un secrétariat
- Des moyens bureautiques dévolus
- Un local individualisé
- Un numéro de téléphone spécifique
- Un portail web spécifique
- Un budget spécifique
- Autre(s)

7	78 %	2	22 %	9	16 %
8	89 %	1	11 %	9	16 %
8	89 %	1	11 %	9	16 %
8	89 %	1	11 %	9	16 %
8	89 %	1	11 %	9	16 %
4	44 %	5	56 %	9	16 %
7	78 %	2	22 %	9	16 %

S'il y a un médecin coordonnateur :

Dispose-t-il d'une définition de fonction écrite ?

Si oui, principales fonctions :

6	67 %	3	33 %	9	16 %
---	------	---	------	---	------

Est-il :

- Payé par le réseau (salarié ou sur honoraires) ?
- Salarié par un employeur dédommagé par le réseau ?
Si oui, cet employeur est-il membre du réseau ?
- Bénévole pour le réseau ?

3	38 %	5	63 %	8	14 %
2	25 %	6	75 %	8	14 %
2	25 %	6	75 %	8	14 %
2	25 %	6	75 %	8	14 %

Est-il nommé :

- Par le Président du Réseau ?
- Par le CA ou le Bureau du Réseau ?
- Par l'AG du réseau ?

2	25 %	6	75 %	8	14 %
4	50 %	4	50 %	8	14 %
1	13 %	7	88 %	8	14 %

Est-il :

- A plein temps ou à équivalent plein temps ?
- A temps partiel ?

5	63 %	3	38 %	8	14 %
2	25 %	6	75 %	8	14 %

S'il y a un secrétariat propre au réseau :

Dispose-t-il d'une définition de fonction écrite ?

Est-il :

- Payé par le réseau (salarié ou sur honoraires) ?
- Salarié par un employeur dédommagé par le réseau ?
- Bénévole pour le réseau ?

8	89 %	1	11 %	9	16 %
---	------	---	------	---	------

6	75 %	2	25 %	8	14 %
1	13 %	7	88 %	8	14 %
1	13 %	7	88 %	8	14 %

Nombre d'équivalent(s) temps plein :

Autre(s) et commentaires :

Tri sur :

REPONSES DES RESEAUX DISPOSANT DE VISIO CONFÉRENCE

Ce tri a extrait 11 fiches sur un total de 56 soit 20 % de tous les réseaux

III

REUNIONS DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRES (RCP) ORGANISEES DANS LE CADRE DU RESEAU

(le cas échéant dupliquer la fiche s'il y a des RCP organisées sur un mode différent dans le réseau)

TYPE DE RCP	Généraliste		D'organe		Oui		Non		Réponses	
					Nb	%	Nb	%	Nb	%/Tot
S'il s'agit d'une RCP d'organe, préciser l'organe concerné : 										
TYPE DE DOSSIERS présentés, discutés et/ou enregistrés dans le cadre de cette RCP										
Tous les nouveaux cas de cancer...										
sont ils :					5	45 %	6	55 %	11	20 %
• Discutés ?					3	27 %	8	73 %	11	20 %
• Uniquement enregistrés, sans discussion ?										
Nombre de dossiers discutés en 2002 :										
Nombre de dossiers uniquement enregistrés en 2002 :										
Les dossiers "standards" (dossiers relevant d'un référentiel type adopté dans le réseau) sont discutés										
Si oui :					8	73 %	3	27 %	11	20 %
• ils proviennent d'un Etablissement					7	70 %	3	30 %	10	18 %
• ils proviennent du Territoire (bassin) de santé					8	80 %	2	20 %	10	18 %
• ils proviennent de toute la Région					3	30 %	7	70 %	10	18 %
Nombre de dossiers en 2002 : 					%					
Les dossiers "d'expertise" (dossiers ne répondant pas aux référentiels du réseau, complexes ou rares) sont discutés										
Si oui :					11	100 %	0		11	20 %
• ils proviennent d'un Etablissement					9	82 %	2	18 %	11	20 %
• ils proviennent du Territoire (bassin) de santé					10	91 %	1	9 %	11	20 %
• ils proviennent de toute la Région					6	60 %	4	40 %	10	18 %
Nombre de dossiers en 2002 : 					%					
ORGANISATION										
Participation médicale										
Médecins spécialistes libéraux					10	91 %	1	9 %	11	20 %
Médecins spécialistes salariés d'Etablissements sous dotation globale					11	100 %	0		11	20 %
Médecins généralistes					2	18 %	9	82 %	11	20 %
Autres 					2	40 %	3	60 %	5	9 %
Les participants disposent d'informations écrites et accessibles sur :										
La date, le lieu et l'heure des RCP					9	90 %	1	10 %	10	18 %
Le nom et les coordonnées du médecin coordinateur de RCP					8	80 %	2	20 %	10	18 %
Le nom et les coordonnées des participants					7	70 %	3	30 %	10	18 %
Modalités pratiques										
Réunions Physiques					11	100 %	0		11	20 %
Une feuille de présence toujours soumise à signature des présents					7	64 %	4	36 %	11	20 %
Visio-conférence					11	100 %	0		11	20 %
Télétransmission					3	27 %	8	73 %	11	20 %
Il existe un compte-rendu écrit de la RCP					11	100 %	0		11	20 %
Nombre de réunions mensuelles 										
Durée moyenne 										

Tri sur :

REPONSES DES RESEAUX DISPOSANT DE VISIO CONFÉRENCE

Ce tri a extrait 11 fiches sur un total de 56 soit 20 % de tous les réseaux

Participation par spécialités

	Oui		Non		Réponses			Oui		Non		Réponses	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%/Tot		Nb	%	Nb	%	Nb	%/Tot
Oncologues Médicaux	11	100 %	0		11	20 %	Radiologues	11	100 %	0		11	20 %
Radiothérapeutes Oncologues	11	100 %	0		11	20 %	Médecins généralistes	3	27 %	8	73 %	11	20 %
Chirurgiens	11	100 %	0		11	20 %	Psychologues	1	9 %	10	91 %	11	20 %
Spécialistes de la localisation concernée	11	100 %	0		11	20 %	Psychiatres	0		11	#####	11	20 %
Anatomopathologistes	10	91 %	1	9 %	11	20 %	Oncogénétiiciens	2	18 %	9	82 %	11	20 %

Autres :

Oui		Non		Réponses	
Nb	%	Nb	%	Nb	%/Tot
2	22 %	7	78 %	9	16 %

Les médecins libéraux sont dédommagés pour leur présence

Documents patients supports de la RCP

Recueil de l'accord du patient pour la présentation de son dossier en RCP

8	73 %	3	27 %	11	20 %
---	------	---	------	----	------

Si Oui : Oral

8	73 %	3	27 %	11	20 %
---	------	---	------	----	------

 Traçabilité

2	29 %	5	71 %	7	13 %
---	------	---	------	---	------

 Ecrit et signé

1	10 %	9	90 %	10	18 %
---	------	---	------	----	------

Il existe une fiche patient avec la proposition du traitement rédigée après la RCP

11	100 %	0		11	20 %
----	-------	---	--	----	------

	Fiche papier	11	100 %	0		11	20 %	Fiche informatisée	8	73 %	3	27 %	11	20 %
Si Oui	Un exemplaire de cette fiche est adressé			au médecin généraliste		7	70 %			3	30 %	10		18 %
				au médecin spécialiste		8	8			8	8	16		29 %

Cette fiche est archivée

 dans le dossier médical du médecin traitant

 dans le dossier médical de l'Etablissement concerné

 au niveau du secrétariat du réseau

Autre(s) archivage(s)

10	91 %	1	9 %	11	20 %
6	60 %	4	40 %	10	18 %
10	91 %	1	9 %	11	20 %
6	60 %	4	40 %	10	18 %
1	100 %	0		1	2 %

ACCESSIBILITE AUX FICHES DE RCP (DOSSIER MEDICAL)

Le réseau dispose-t-il d'une base de données partagées sur support informatique regroupant les propositions de traitement énoncée lors de la RCP ?

5	50 %	5	50 %	10	18 %
2	25 %	6	75 %	8	14 %
2	25 %	6	75 %	8	14 %
2	25 %	6	75 %	8	14 %
2	25 %	6	75 %	8	14 %

Si oui :

Hors RCP, ce dossier est-il accessible aux médecins du réseau ?

Hors RCP, ce dossier est-il accessible aux médecins participant à la prise en charge du patient ?

Ce dossier est-il accessible au patient ?

La liste des personnes habilitées à consulter ce dossier est-elle soumise par écrit à l'approbation du patient, ainsi que ses modifications ?

AUTRES AIDES DU RESEAU POUR LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT

	Oui		Non		Réponses			Oui		Non		Réponses	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%/Tot		Nb	%	Nb	%	Nb	%/Tot
Hospitalisation, y compris ambulatoire	6	67 %	3	33 %	9	16 %	Diététique	2	22 %	7	78 %	9	16 %
Médecin généraliste	6	67 %	3	33 %	9	16 %	Nutrition	2	22 %	7	78 %	9	16 %
HAD	3	33 %	6	67 %	9	16 %	Douleur	6	67 %	3	33 %	9	16 %
Chimiothérapie à domicile	5	56 %	4	44 %	9	16 %	Soins palliatifs	5	56 %	4	44 %	9	16 %
Soins à domicile	4	44 %	5	56 %	9	16 %	Kinésithérapie	3	33 %	6	67 %	9	16 %
Soins de suite et de réadaptation	2	22 %	7	78 %	9	16 %	Soutien spirituel	1	11 %	8	89 %	9	16 %
Suivi infirmier	3	33 %	6	67 %	9	16 %	Aide sociale	3	33 %	6	67 %	9	16 %
Prise en charge psychologique	4	44 %	5	56 %	9	16 %	Soutien aux proches	5	56 %	4	44 %	9	16 %
Education-information	5	56 %	4	44 %	9	16 %	Dépistage	4	44 %	5	56 %	9	16 %
Inclusion dans des essais	5	56 %	4	44 %	9	16 %							

Autres :

Tri sur :

REPONSES DES RESEAUX DISPOSANT DE VISIO CONFÉRENCE

Ce tri a extrait 11 fiches sur un total de 56 soit 20 % de tous les réseaux

IV

QUESTIONS OUVERTES

Personne ayant rempli le questionnaire :

Coordonnées

Qu'est-ce qui marche dans votre réseau ?

Choix du protocole

Mise en œuvre du protocole

Dépistage

Evaluation des pratiques

Relations Ville-Hôpital

Aide au Patient

Recherche

Autre(s) :

<i>Oui</i>		<i>Non</i>		<i>Réponses</i>	
<i>Nb</i>	<i>%</i>	<i>Nb</i>	<i>%</i>	<i>Nb</i>	<i>%/Tot</i>
7	100 %	0		7	13 %
8	100 %	0		8	14 %
4	50 %	4	50 %	8	14 %
4	50 %	4	50 %	8	14 %
7	88 %	1	13 %	8	14 %
5	71 %	2	29 %	7	13 %
3	38 %	5	63 %	8	14 %

Considérez-vous que le réseau a participé à l'amélioration des pratiques ?

8	100 %	0		8	14 %
---	-------	---	--	---	------

Si oui : dans quels domaines ?

Si non, pourquoi ?

Quelles sont pour vous les mesures les plus importantes à prendre pour développer votre réseau ?

REMARQUES :

SUGGESTIONS :

**Rapport
sur l'état des lieux
des réseaux
de cancérologie
à la fin de l'année 2003**

Annexe 10

**Combien de patients
les réseaux de cancérologie
déclarent-ils
avoir pris en charge ?
et
Combien de dossiers patients
ont-ils été enregistrés
ou discutés
dans les RCP ?**

REGIONS	NIVEAU "REGION"		
	NIVEAU "TERRITOIRE de SANTE"		
	NOM des RESEAUX	Nombre de patients inclus dans le réseau	Nombre de dossiers présentés ou enregistrés
ALSACE	ONCOLIA		
	CAROL		
AQUITAINE	RCA		
AUVERGNE	ONCAUVERGNE		
BASSE NORMANDIE	ONCOCOM		
	ANCELOT		9.671
BOURGOGNE	ONCO BOURGOGNE		
BRETAGNE	ONCO'KERNE	298	1.740
	Réseau ONCARMOR		
	ONC'ORIENT		
	ONCOVANNES		
	ONCO BRETAGNE		1.558
CENTRE	ONCOCENTRE		
	ONCOLOGIE 37		
CHAMPAGNE			
CORSE			
FRANCHE-COMTE	RESEAU CANCEROLOGIE		
HAUTE NORMANDIE	ONCONORMAND		
ILE de FRANCE	ONCO SUD OISE	70	860
	ESSONONCO		
	UNI-K		
	SCOOP		
	ONCOROP	4.600	
	ONCO 92 SUD		
	R C Y Sud	2.906	720
	RESOMED		
R C Y Nord			
ONCOVAL			
ONCONORD	9	1.732	
ONCO 94			
LANGUEDOC ROUSSILLON	ONCOLR	2.794	
LIMOUSIN	ONCOLIM		1.192
	ONCORESE	150	
LORRAINE	ONCOLOR		3.922
MIDI-PYRENEES	ONCOMIP		
NORD PAS DE CALAIS	ONCOMEL	2.500	770
PAYS de LOIRE	ONCOLITTORAL		
	ONCOPL	1.824	1.824
	ONCOANJOU		
	ONCOSARTHE		200
	UCPO Nantes CCS Réseau IRCNA OCLE	1.060	1.060
PICARDIE	Pas de réseau		
POITOU CHARENTE	RC Poitou Charente		
	UCPO 86	1.077	1.077
	UCPO 79	430	440
	UCPO 16		760
	UCPO 17 Nord		
	UCPO 17 Sud		
PROVENCE COTE D'AZUR	R2C	1.782	8.800
	ONCAZUR		
	ONCOSUD		1.515
RHONE ALPES	ONCORA		
	CONCORDE		8.000
	RC de l'ARC Alpin		5.565
MARTINIQUE	ROM	900	125
GUADELOUPE	KARUKERA ONCO		280
REUNION	ONCORUN		
GUYANE			
	Nb total de patients	15.800	56.411

**Rapport
sur l'état des lieux
des réseaux
de cancérologie
à la fin de l'année 2003**

Annexe 11

**Selon les réponses
reçues des Etablissements,
combien de dossiers patients
ont-ils été enregistrés
ou discutés
dans les RCP ?**

	Dept	VILLES	ETABLISSEMENTS	Nombre de patients	RESEAUX
CLCC		MARSEILLE	Institut Paoli CALMETTES	8.800	R2C
		CAEN	Centre François BACLESSE	1.900	ANCELOT
		BORDEAUX	Institut BERGONIE	2.300	RCA
		SAINT HERBLAIN	Centre René GAUDUCHEAU	2.400	ONCOPL
		REIMS	Institut Jean GODINOT	1.400	
		LILLE	Centre Oscar LAMBRET	3.728	C2 RC
		CLERMONT FERRAND	Centre Jean PERRIN	2.336	ONCAUVERGNE
		STRASBOURG	Centre Paul STRAUSS	1.321	CAROL
		SAINT CLOUD	Centre René HUGUENIN	4.600	ONCOROP
		VILLEJUIF	IGR	11.414	ONCO 94
TOTAL CLCC				40.199	
CHU	6		CHU Nice	2.500	ONCAZUR
	13		AP-HP Marseille	2.500	ONCOREP/ONCOGYN
	21		CHU Dijon	1.500	ONCOBOURGOGNE
	31		Hôpitaux de Toulouse	1.500	ONCOMIP
	67		Hôpitaux Universitaires de Strasbourg	2.000	CAROL
	69		Hospices Civils de Lyon	8.000	CONCORDE
	75		AP-HP Paris: Lariboisière	600	ONCONORD
			Hôpital Louis Mourier	300	ONCOROP
			Ambroise Paré	1.138	ONCOROP
			Necker	858	RESOMED / ONCOSUD
			Beaujon	2.000	
			Bichat-Claude Bernard	740	Cancer Yvelynes Nord
			Cochin CHU Ouest	1.550	RESOMED
			Necker (enfants)	80	RESOMED
			Robert Debré	50	RESOMED
			Saint-Antoine	1.000	CANCER EST
		Saint-Louis	2.480	ONCONORD	
		Tenon	1.800	CANCER EST	
97		CHRU Fort de France	1.028	ROM	
TOTAL CHU				31.624	
CH			CH de GAP	483	C2R - ONCOREP
			CH de AUCH	550	ONCOMIP
			Centre Hospitalier de Roanne	293	ONCORA
			Centre Hospitalier de Saint Nazaire	500	OCLE / ONCOPL
			CH de FIGEAC	100	ONCOMIP
			CH Compiègne	480	
			Hopital SENLIS	150	
			Centre Hospitalier de Lagny Marne la Vallée	910	ONCOVAL
			CH le Raincy - Montfermeil	400	RESOMED
TOTAL CH				3.866	

Dept	ETABLISSEMENTS PRIVÉS		Patients	RESEAUX
1	Clinique Convert	BOURG en BRESSE (01)	150	CONCORDE
6	Polyclinique St Jean	CAGNES S/MER (06800)	211	ONCAZUR
9	Clinique La Soullano	LAVELANET (09300)	160	ONCOMIP
13	Polyclinique Parc Rambot	AIX EN PROVENCE (13611)	1.200	ONCOREP
13	Hôpital Privé Clairval	MARSEILLE (13009)	2.750	ONCOREP
19	CMC des Ceches	BRIVE (19100)	200	ONCOLIM
20	Polyclinique Furiani	BASTIA (20600)	260	
20	Clinique Filippi	BASTIA (20200)	30	
22	Polyclinique du Pays de Rance	DINAN (22)	180	
23	Clinique de la Marche	GUERET (23)	120	ONCOLIM
25	Polyclinique les Portes du Jura	MONTBELIARD (25)	50	
25	Clinique Saint Vincent	BESANCON (25)	200	Réseau de Cancéro de Fr-Comté
27	Clinique Chirurgicale Pasteur	EVREUX (27025)	200	ONCO NORMAND
29	Clinique St Michel et Ste Anne	QUIMPER (29)	200	ONCO KERNE / ONCOBRETAGNE
30	Clinique Mistral	ALES (30100)	100	ONCO - LR
30	Polyclinique du Grand Sud	NIMES (30932)	400	
30	Les Cliniques Chirurgicales	NIMES (30014)	50	ONCO - LR
31	Clinique Ambroise Paré	TOULOUSE (31)	250	ONCOMIP
31	Clinique du Courdillon	TOULOUSE (31)	293	ONCOMIP
31	Polyclinique du Parc	TOULOUSE (31)	262	ONCOMIP
31	Clinique Pasteur	TOULOUSE (31)	1.000	ONCOMIP
33	Clinique Tivoli	BORDEAUX (33)	562	Réseau de Cancéro d'Aquitaine
34	SELARL ONCODOC	BEZIERS (34500)	400	ONCO - LR
35	Polyclinique Rennaise	St GREGOIRE (35)	2.000	
37	Clinique Fleming	TOURS (37)	900	ONCO 37 / ONCOCENTRE
38	Institut Privé de Cancérologie	GRENOBLE (38034)	2.042	ONCORA / ARC ALPIN
38	Clinique de Chartreuse	VOIRON (38503)	207	ONCORA / ARC ALPIN
44	Centre Catherine de Sienne	NANTES (44200)	800	ONCOPL
44	Polyclinique de l'Europe	St NAZAIRE (44600)	400	OCLE / ONCOPL
44	Centre Etienne Dolet	St NAZAIRE (44600)	1.000	OCLE / ONCOPL
44	Polyclinique de Saint Nazaire	St NAZAIRE (44600)	350	OCLE / ONCOPL
50	Polyclinique du Bocage	AVRANCHES (50)	105	ANCELOT
51	Centre de Radiothérapie et onco med	REIMS (51)	900	
58	Clinique Val de Loire	NEVERS (58000)	848	ONCOBOURGOGNE
59	Clinique du Croisé - Laroche	MARCQ EN BAREUIL (59706)	900	ONCOMEL
59	Clinique de la Louvière	LILLE (59800)	2.155	ONCOMEL / C2 RC
62	Clinique des Acacias	CUEQ (62780)	445	ONCOLITORAL
63	Unité de radiothérapie République	CLERMONT FERRAND (63023)	400	ONCAUVERGNE
65	Polyclinique de l'Ormeau	TARBES (65)	271	ONCOMIP
69	Infirmierie Protestante de Lyon	CALUIRE (69300)	650	ONCORA
69	Polyclinique du Beaujolais	VILLEFRANCHE S/SAONE (69653)	120	ONCORA
71	Centre de Radiothérapie du Parc	CHALON sur SAONE (71100)	900	ONCOBOURGOGNE ARBRE
71	Polyclinique du Val de Saône	MACON	1.000	ONCOBOURGOGNE/CONCORDE
72	Clinique du Tertre Rouge	LE MANS (72)	180	ONCOSARTHE
72	Clinique Victor Hugo	LE MANS (72015)	1.013	ONCOSARTHE /ONCOPL
73	Clinique Générale de Savoie	CHAMBERY (73)	20	CONCORDE / ONCORA
76	Clinique St Hilaire	ROUEN (76)	200	ONCO NORMAND
76	Clinique St Pierre	DIEPPE (76)	98	ONCO NORMAND
80	Clinique du Mail	AMIENS (80)	80	
81	Centre M. C. Claude Bernard	ALBI (81)	981	ONCOMIP
82	Clinique du Pont de Chaume	MONTAUBAN (82)	300	ONCOMIP
92	Hôpital Américain de Paris	NEUILLY S/SEINE (92)	300	ONCOROP
92	Clinique de Meudon	MEUDON LA FORET (92)	300	ONCO92 / RESOMED/.....
92	Clinique du Plateau	CLAMART (92)	300	ONCO 92
94	Centre de Cancérologie de Thiais	THIAIS (94320)	1.000	ONCO 94
94	Hopital Privé de Thiais	THIAIS (94320)	690	ONCO 94
95	Clinique du Parisis	CORMEILLES EN PARISIS (95)	500	ONCONORD
TOTAL ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS			31.583	

**Rapport
sur l'état des lieux
des réseaux
de cancérologie
à la fin de l'année 2003**

Annexe 12

Carte MILC

Localisation

des réseaux de cancérologie

- 1) Carte des réseaux de cancérologie établie directement à partir du questionnaire**
- 2) Carte des réseaux de cancérologie établie à partir de l'analyse des réponses au questionnaire : *Bilan 2003***

**Rapport sur l'état des lieux
de la Psycho-oncologie en France**

**Propositions pour améliorer la prise en charge
psycho-oncologique des patients atteints de
cancer en France**

Daniel Serin

Expert missionné

Plan du rapport

1- Attendus du Plan Cancer 2003	p 4-5
2 - Lettre de Mission	p 6
3 - Rappel des propositions du Cercle et de la Société Française de Psycho -Oncologie- Association Psychologie et Cancer (SFPO –APC)	p 7
4 -Enquête nationale sur l'état de la psycho-oncologie (ψ -o) en France	p 8
4.1 - Méthodologie	p 8
4.2 - Le questionnaire	p 8
4.3 - Analyse des principaux résultats	p 9
5 - Enquête sur l'état des formations en ψ -o en France	p 19
5.1 - Pour les étudiants en médecine	p 19
5.2 - Implication des universitaires en psychiatrie	p 25
5.3 - Pour les internes en cancérologie	p 25
5.4 - Pour les psychologues	p 25
5.5 - Pour les infirmiers (es)	p 25
6 - Propositions pour améliorer la prise en charge psycho-oncologique des patients atteints de cancer en France.	p 26
6.1 - Définition, missions	p 26
6.2 - Intervention des psycho-oncologues	p 26
6.3 - Evaluation de l'activité des psycho-oncologues	p 27
6.4 - Valorisation	p 27
6.5 - Formation des intervenants	p 28
6.6 – Organisation de la psycho-oncologie	p 28
7 - Conclusions	p 31
8 - Remerciements	p 32
9 - Annexes	
1 – Le groupe de travail	
2 – Le questionnaire	
3 – Listes des établissements ayant répondu	
4 – Autres formations que les DU de psycho –oncologie, citées par les intervenants des établissements de santé ayant répondu à l'enquête	
5 - Besoins exprimés en psychiatres et en psychologues par région et par type d'établissements	

« J'ai souhaité qu'une mobilisation nationale soit lancée contre le cancer et j'ai décidé de m'y engager personnellement...

...Pour le malade, pour ses proches, il faut d'abord affronter l'annonce d'un diagnostic qui bouleverse. Les conditions de cette annonce sont cruciales pour aider le patient et sa famille à se mobiliser et à agir contre la maladie. Or, cette annonce n'est pas toujours réalisée avec la psychologie nécessaire ni dans des conditions d'intimité satisfaisantes. Faute de temps, faute d'espace, de formation. Faute d'humanité parfois.

Nous devons y remédier, en renforçant la formation psychologique des praticiens.... »

Monsieur Jacques Chirac
Président de la République
Lundi 24 mars 2003

1 - Attendus du Plan Cancer

C.3

Assurer aux patients un accompagnement global de la personne, au-delà des protocoles techniques, par le développement des soins complémentaires et des soins palliatifs.

⇒ **Mesure 40**

Permettre aux patients de bénéficier de meilleures conditions d'annonce du diagnostic de leur maladie

☞ Définir les conditions de l'annonce du diagnostic au patient, incluant le recours possible à un soutien psychologique et à des informations complémentaires.

⇒ **Mesure 42**

Accroître les possibilités pour les patients de bénéficier de soins de support, en particulier prise en compte de la douleur et soutien psychologique et social.

☞ Créer des unités mobiles de soins de support en oncologie, en particulier dans les centres spécialisés, et éventuellement, au sein des réseaux : médecins de la douleur, assistants sociaux, psychologues, kinésithérapeutes, nutritionnistes ...

Dans les hôpitaux non dédiés à la cancérologie, ces équipes devraient être disponibles au-delà du cancer, pour répondre à l'ensemble de la demande en soins complémentaires, toutes pathologies confondues.

Ces équipes, comme les centres de coordination en cancérologie, contribueront à redonner du temps aux médecins cliniciens, qui doivent faire face à un afflux de patients dans un contexte de pénurie démographique.

Les établissements de petite taille doivent pouvoir, dans le cadre du réseau, orienter leurs patients vers des équipes de support des établissements appartenant au réseau.

☞ Accroître la possibilité de recours pour le patient à des **consultations psycho-oncologiques de soutien**. Cette augmentation pourra prendre deux formes complémentaires :

- l'augmentation du nombre de psychologues et de psychiatres au sein des unités mobiles de soutien, dans les hôpitaux sous DGF14 et dans les cliniques (environ 150 postes). Ces professionnels auront été formés à la psycho-oncologie avant intégration dans les unités,

- le financement auprès des réseaux de soins d'un forfait de 3 à 5 consultations auprès de psychologues de ville formés à la psycho-oncologie, et associés au réseau.

📁 Former les soignants et les médecins cliniciens à la dimension psychologique de l'accompagnement du patient.

📁 Poursuivre le programme de lutte contre la douleur (2000-2005).

📁 Améliorer le soutien aux familles des patients, en particulier dans le cas des enfants, en impliquant les associations.

2 - Lettre de Mission



Mission Interministérielle pour
La Lutte contre le Cancer
La Déléguée

Paris le 2 septembre 2003

Monsieur Daniel SERIN
Institut Sainte Catherine
BP 846
84082 Avignon cedex 2

Monsieur,

Je vous remercie d'avoir accepté la mission que je souhaite vous confier au sein de la Mission Interministérielle pour la lutte contre le cancer.

Le Plan de mobilisation nationale contre le cancer inscrit comme priorité

- la réponse aux attentes formulées par les patients et leurs proches par un accompagnement thérapeutique favorisant mieux la relation humaine et l'information du malade afin de lui permettre d'être acteur de sa prise en charge s'il le souhaite et
- d'assurer à ces mêmes patients un accompagnement global de la personne, au delà des protocoles techniques, par le développement des soins complémentaires et des soins palliatifs.

Vous serez ainsi amené à coordonner les travaux engagés et à faire les propositions nécessaires pour rendre les mesures annoncées opérationnelles.

Pour cela, il sera nécessaire de veiller à :

- bâtir vos propositions et vos actions, autant que faire se peut, à partir de l'existant et de l'expérience des professionnels,
- toujours donner la primauté à l'amélioration de la qualité et de l'efficacité de la prise en charge globale des malades,
- l'articulation des dispositifs entre les statuts, les modes d'exercice, les niveaux de compétence, d'équipement et de régularisation,
- organiser la possibilité d'évaluation des systèmes et des organisations,
- accompagner le mouvement de décentralisation afin de garantir l'égalité de la prise en charge globale sur tout le territoire.

Pascale Briand
Déléguée

Mission Interministérielle pour la Lutte contre le Cancer Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées
8, avenue de Ségur 75350 Paris 07 SP – 01.40.56.75.11

3 - Rappel des propositions du Cercle des Cancérologues Français et de la Société Française Psycho-Oncologie - Association Psychologie et Cancer - (S.F.P.O.-A.P.C.) 1998 - 2000

Le Cercle des Cancérologues avait mis à l'ordre du jour de ses réflexions dès 1998 le thème de la prise en charge globale associant le volet médico-technique et le volet psycho-social. C'est ainsi que les thèmes de la consultation d'ancrage, du développement de la prise en charge psychologique et d'un meilleur accompagnement social avaient été l'objet de propositions structurantes. Lors de la réunion du Cercle tenue à Lyon en présence du Secrétaire d'Etat à la Santé B. Kouchner, et en collaboration avec le bureau de la Société Française de Psycho – Oncologie ces propositions ont été exposées et des propositions de financement avancées.

1°- Faire le point sur l'existant dans le domaine de la ψ -o en France grâce à une enquête nationale,

2°- Soutenir ce qui existe afin d'éviter l'épuisement ou l'effondrement des acteurs et des initiatives,

3°- Former les différents acteurs et pour cela faire le point sur les différentes formations existantes tant pour les intervenants psychologues, psychiatres ou psychanalystes, que pour les autres soignants

4°- Valoriser la pratique de la psycho – oncologie, c'est à dire définir les intervenants, les interventions, les modalités d'attribution des postes, de fonctionnement, d'évaluation etc.

5°- Enfin créer des postes pour satisfaire à la demande des malades, des proches et des soignants eux-mêmes.

Ces propositions ont été exposées en leur temps devant la Commission nationale de concertation, le Comité national du Cancer et finalement reprises dans le Plan Cancer 2003.

4 - Enquête nationale sur l'état de la psycho-oncologie (_-o) en France

4.1- Méthodologie

Afin de mener à bien la mission sur l'état de la psycho – oncologie en France, un groupe de travail (*annexe 1*) a été constitué réunissant des psychologues, des psychiatres, des psychanalystes, des oncologues, des représentants d'association de malades et de structures de formation professionnelle ayant déjà manifesté leur intérêt et leur engagement dans le domaine de la psycho – oncologie.

Un questionnaire d'enquête (*annexe 2*) a été élaboré avec l'aide de membres de la Société Française de Psycho –oncologie et validé par certains membres du groupe de travail. Il a été adressé à tous les établissements de santé français par l'intermédiaire des fédérations hospitalières qui nous avaient donné leur accord de participation : Fédération Hospitalière de France, Fédération Nationale des Centres de Lutte contre le Cancer, Union Hospitalière Privée, Fédération des Etablissements Hospitaliers de l'Assistance Privée.

L'envoi des questionnaires a débuté le 15 novembre 2003. Il était couplé à celui des réseaux établis par P. Bergerot. Il. Les questionnaires nous sont parvenus soit par l'intermédiaire des Fédérations soit directement à la Mission. Les derniers à nous parvenir sont arrivés fin mars 2004. La liste des établissements ayant répondu est donnée en annexe (*annexe 3*).

4.2 - Le questionnaire _-o

Il a été établi en collaboration avec des membres du bureau de la S.F.P.O., des membres du groupe de travail et a fait l'objet d'une concertation préliminaire avec la D.H.O.S.

Pourquoi un questionnaire :

- permettre un recueil de données, telles que l'identification de l'établissement, le nombre de nouveaux dossiers de malades cancéreux ouverts,
- homogénéiser les questions pour avoir une base de données suffisante pour une exploitation et apporter des réponses,
- permettre d'être prospectif lorsque la prise en charge est en voie de constitution ou précaire afin de tenir compte de toutes les initiatives.

Limites du questionnaire :

- questions plus adaptées à l'interrogateur qu'aux personnes devant remplir le document,
- difficultés d'exploitation des questions ouvertes,
- limites liées au mode déclaratif : il peut s'agir de déclarations d'intention autant que de pratiques avérées, de début d'expérience que de mise en œuvre ancienne et éprouvée.

Choix du contenu :

- un questionnaire avec une grande majorité de questions fermées afin de faciliter l'exploitation bien que cela soit parfois un peu réducteur ;
- un seul questionnaire, quelle que soit la taille de l'établissement ;
- quatre grands chapitres :
 - o identification, statut, nombre de nouveaux cas/an
 - o état de la prise en charge ψ -o dans l'établissement
 - o état des besoins
 - o suivi, évaluation

Enfin un espace pour des remarques et suggestions a été créé pour enrichir la réflexion sur le développement de la ψ -o en France.

4.3 Analyse des principaux résultats

4.3.1 - Identification de l'établissement

Nous avons reçu 201 réponses.

Seuls 82 établissements ont
nombre de dossiers ouverts.

Statut	Effectif total
Effectif	201
Non renseigné	2
CHG	19
CHU	35
CAC	18
Privé	124
PSPH	3

renseigné le

Nombre de dossiers ouverts/an	Effectif	Valeurs manquantes	Moyenne	Nouveaux dossiers ouverts en 2002
	82	119	1999	163923

Avec plus de 160.000 nouveaux dossiers de malades atteints de cancer, ouverts déclarés dans 82 établissements, l'enquête atteint un niveau de pertinence, du sens et une valeur indicative très forte.

Afin d'éviter un « effet « centre » dû au grand nombre de répondants du secteur privé, le tableau ci dessous fait apparaître la médiane avec minimum et maximum de dossiers ouverts en fonction du type d'établissements

Statut	Nombre de répondants	Dossiers ouverts/an Médiane (mini/maxi)
CHG	19	750 (75 ; 1900)
CHU	35	1450 (160 ; 13583)
CAC	18	3127 (1000 ; 23000)
Privé	124	950 (37 ; 7889)
PSPH	3	2377 (600 ; 3500)

4. 3.2 - Prise en charge psychologique au sein des établissements

4.3.2.1 - Question : «Y a-t-il dans votre établissement une prise en charge _-o des malades et de leur famille ? »

Y a-t-il une prise charge _-o	%	nombre
effectif	100	201
Non renseigné	5.5	11
oui	67.7	136
non	26.9	54

11 répondants /201 (5,5 %) n'ont pas renseigné la question, et 54 répondants/ 201 (26.9%) ont répondu non.

Ces chiffres pourraient laisser penser que 2/3 des établissements seraient dotés d'une prise en charge ψ-o. Il faut sûrement être très mesuré dans l'interprétation de ces chiffres car en fait, il s'agit d'éléments déclaratifs et non d'un audit de pratique. La prise en charge peut aller d'un simple «recours » à un(e) vacataire ou une présence possible dans le cadre d'une unité de liaison et pouvant aller jusqu'à un véritable service organisé. Ces remarques faites, il faut considérer que le concept de prise en charge ψ-o irrigue déjà largement les établissements qui sont le plus concernés par le traitement des malades du cancer. La France n'est pas un désert pour la prise en charge ψ-o !

Depuis combien d'années	Effectif	Valeurs manquantes	Moyenne En années
	107	29	7.4
Moins d'un an	2		
De 1 à 2 ans	15		
De 2 à 5 ans	35		
De 5 à 10 ans	19		
Plus de 10 ans	36		

L'ancienneté de cette offre est en moyenne de plus de 7 années et pour 36 des établissements répondants elle remonte à plus de 10 ans.

Dans la majorité des cas cette prise en charge n'est pas limitée aux seuls malades du service d'oncologie mais elle est ouverte à tous les malades cancéreux de l'établissement.

Ouverte à tous les malades suivis dans l'établissement	%	nombre
Effectif	100	136
Non renseigné	2.2	3
Oui	80.9	110
Non	16.9	23

Par contre dans 2/3 des établissements cette prise en charge ne déborde pas sur les malades ambulatoires.

Ouverte aux malades ambulatoires	%	nombre
Effectif	100	136
Non renseigné	2.9	4
Oui	34.6	47
Non	62.5	85

Lorsque les établissements n'ont pas de prise en charge in situ moins de la moitié fait appel à des intervenants extérieurs

Appel à des intervenants extérieurs	%	nombre
Effectif	100	201
Non renseigné	38.3	77
Oui	44.3	89
Non	17.4	35

Les patients étant alors pris en charge à l'intérieur de l'établissement dans 2/3 des cas et devant se déplacer chez ces intervenants extérieurs dans le tiers restant.

4.3.2.2. – La prise en charge des soignants au sein des établissements se fait dans la moitié des répondants.

Prise charge des soignants	%	Nombre
Effectif	100	201
Non renseigné	8.0	16
Oui	52.2	105
Non	39.8	80

Ces chiffres montrent que la prise en charge des soignants et de leurs éventuelles difficultés ou souffrance est loin d'être le fait de toutes les institutions.

4.3.2.3 – Ressources humaines

4.3.2.3.1 - Résultats généraux

Temps de présence en E.T.P	Effectif	Valeurs manquantes	Moyenne
Psychiatre	47	154	0.6
Psychologues	108	93	1.8

Pour les établissements ayant répondu et dotés d'un recours, la moyenne est d'un 0.6 E.T.P. psychiatre et 3 fois plus de temps psychologue. Ce ratio est un reflet du déficit à la fois démographique en psychiatre et d'un engagement peu important de la spécialité. Cependant **_ ETP psychiatre est probablement une solution à retenir** s'il est conçu à la fois comme un référent pour l'équipe de psycho – oncologie et aussi comme un acteur de terrain dans certaines situations.

Nombre moyen de consultations de ψ -o/ semaine	Effectif	Valeurs manquantes	Moyenne
Psychiatre	25	176	18.8
Psychologue	79	122	19.9

Une moyenne autour de 20 «consultations» tournées vers les malades ou les familles est une valeur très intéressante et indicative de l'importance la charge de travail des équipes de soutien psycho oncologique.

Formation spécifique en ψ -o	Effectif	Valeurs manquantes	Moyenne
Psychiatre	21	180	0.7
Psychologue	67	134	2.2

Parmi les équipes actives en ψ -o le nombre de personnels formés spécifiquement à la ψ -o représente un peu plus de la moitié des intervenants. D'autres formations ont été suivies comme on peut l'extraire du verbatim (*Annexe 4*) : formations en soins palliatifs, en douleur et accompagnement. Ceci montre bien les interrelations qui existent entre ces éléments des soins de support et nécessitent les uns comme les autres des compétences dans le domaine du soutien psychologique.

4.3.2.3.2 - Résultats par type d'établissements

Les psychiatres :

Statut	Nombre	Dossiers ouverts/an	Nombre de psychiatres	Temps de présence
CHG	19	(n=10) 830.50±514.16 ** 750.00 [75.00 ; 1900.00]	(n=11) 0.23±0.61 0.00 [0.00 ; 2.00]	(n=6) 0.50±0.84 0.00 [0.00 ; 2.00]
CHU	35	(n=22) 2326.00±2871.14 1450.00 [160.00 ; 13583.00]	(n=22) 0.51±1.01 0.00 [0.00 ; 4.00]	(n=9) 0.48±0.76 0.10 [0.00 ; 2.00]
CAC	18	(n=13) 4507.15±5683.02 3127.00 [1000.00 ; 23000.00]	(n=16) 1.39±1.92 1.00 [0.00 ; 8.00]	(n=15) 0.72±0.66 0.60 [0.00 ; 2.60]
Privé	124	(n=33) 1181.09±1373.89 950.00 [37.00 ; 7889.00]	(n=41) 0.49±0.98 0.00 [0.00 ; 5.00]	(n=15) 0.57±1.33 0.10 [0.00 ; 5.00]
PSPH	3	(n=3) 2159.00±1462.24 2377.00 [600.00 ; 3500.00]	(n=3) 0.67±0.58 1.00 [0.00 ; 1.00]	(n=2) 0.90±0.14 0.90 [0.80 ; 1.00]

*Légende du résultat ** :*

n= 10 : nombre de dossiers renseignés pour l'item

830.50 : moyenne avec écart type

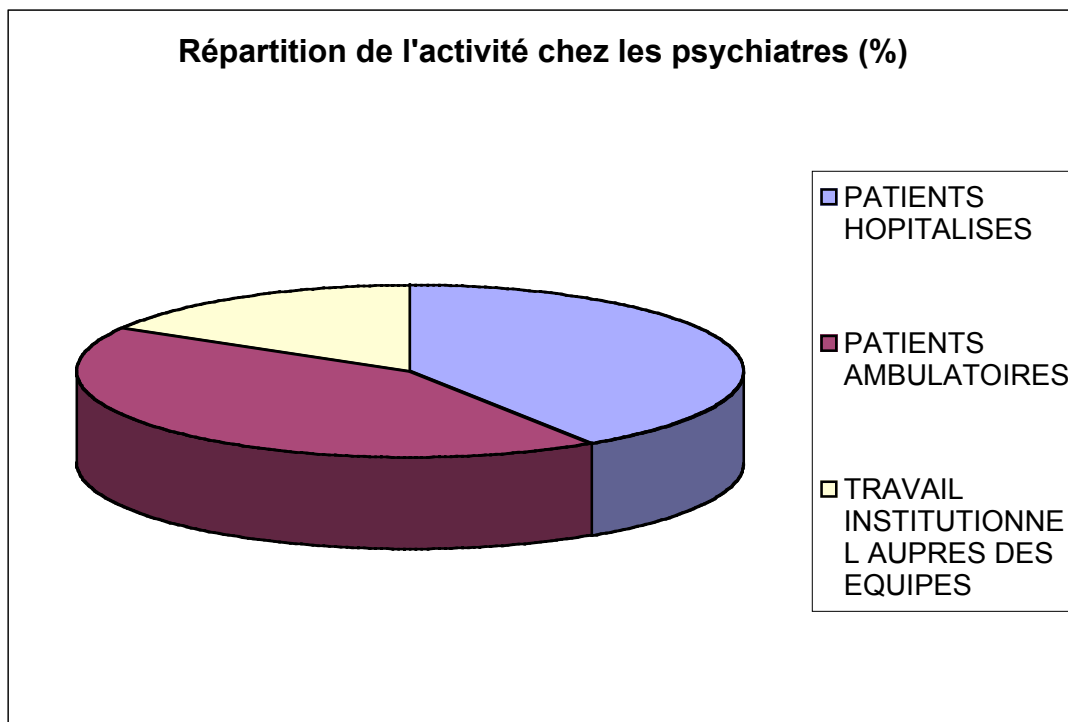
750.00 : médiane avec écart type ce qui signifie que 50% des établissements qui ont répondu ont traité plus ou moins 750 dossiers, les extrêmes allant de 75 à 1900 dossiers. Cette valeur médiane donne une vue plus réaliste de l'existant que la moyenne qui lisse trop les résultats.

L'analyse de ces résultats montre à l'évidence que 50% des établissements de santé n'ont pas de psychiatre agissant en tant qu'intervenant en psycho-oncologie. Cette carence témoigne du déficit démographique de cette spécialité.

Type d'activité des psychiatres

	Nombre de consultations/ semaine	Activité : patients hospitalisés (%)	Activité : patients ambulatoires (%)	Travail auprès des équipes (%)	Besoins ETP
CHG	(n=1) 10.00± 10.00 [10.00 ; 10.00]	(n=3) 26.67±46.19 0.00 [0.00 ; 80.00]	(n=1) 10.00± 10.00 [10.00 ; 10.00]	(n=2) 0.00±0.00 0.00 [0.00 ; 0.00]	(n=10) 0.49±0.39 0.40 [0.00 ; 1.00]
CHU	(n=3) 33.00±25.24 45.00 [4.00 ; 50.00]	(n=4) 47.50±37.75 40.00 [10.00 ; 100.00]	(n=3) 33.00±25.24 45.00 [4.00 ; 50.00]	(n=2) 25.00±7.07 25.00 [20.00 ; 30.00]	(n=24) 1.06±0.69 1.00 [0.10 ; 3.00]
CAC	(n=13) 18.15±12.22 16.00 [1.00 ; 45.00]	(n=14) 46.21±20.05 40.00 [20.00 ; 90.00]	(n=13) 18.15±12.22 16.00 [1.00 ; 45.00]	(n=9) 15.56±8.82 20.00 [0.00 ; 30.00]	(n=11) 1.06±1.02 1.00 [0.25 ; 4.00]
Privé	(n=6) 6.83±6.65 4.00 [2.00 ; 19.00]	(n=8) 22.50±30.24 7.50 [0.00 ; 80.00]	(n=6) 6.83±6.65 4.00 [2.00 ; 19.00]	(n=6) 12.50±15.41 7.50 [0.00 ; 40.00]	(n=39) 0.59±0.43 0.50 [0.00 ; 2.00]
Psph	(n=2) 42.50±31.82 42.50 [20.00 ; 65.00]	(n=2) 29.00±1.41 29.00 [28.00 ; 30.00]	(n=2) 42.50±31.82 42.50 [20.00 ; 65.00]	(n=2) 27.50±17.68 27.50 [15.00 ; 40.00]	(n=1) 3.00± 3.00 [3.00 ; 3.00]

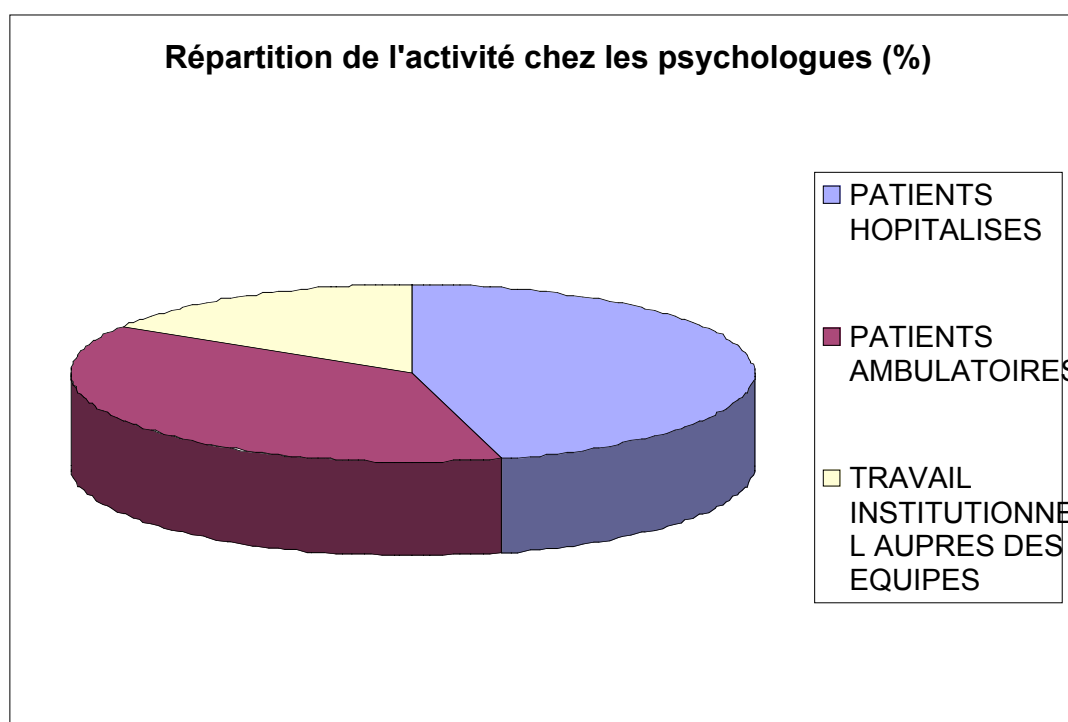
L'activité des psychiatres a tendance à être plus tournée vers les patients ambulatoires que vers les malades hospitalisés sauf dans les C.A.C.



Ce diagramme montre que pour les psychiatres le temps d'intervention est majoritairement consacré aux malades et que le temps institutionnel est très faible ce qui pénalise l'institution elle-même.

Psychologues

Statut	Nombre de psychologues	Temps de présence
CHG	(n=14) 1.41±1.38 1.00 [0.00 ; 5.30]	(n=13) 6.94±21.96 1.00 [0.50 ; 80.00]
CHU	(n=27) 2.33±3.44 1.50 [0.00 ; 18.00]	(n=22) 2.07±2.04 1.35 [0.20 ; 9.10]
CAC	(n=16) 2.47±1.26 2.00 [0.50 ; 5.00]	(n=17) 1.42±0.69 1.30 [0.50 ; 3.40]
Privé	(n=65) 0.86±0.54 1.00 [0.00 ; 2.00]	(n=53) 0.49±0.37 0.50 [0.10 ; 2.00]
PSPH	(n=3) 1.67±1.15 1.00 [1.00 ; 3.00]	(n=3) 1.18±1.17 0.80 [0.25 ; 2.50]



Les mêmes remarques s'appliquent aux psychologues : leur temps est très majoritairement consacré aux patients et très peu au travail institutionnel auprès des équipes.

Type d'activité des psychologues

Nombre de consultations / semaine	Activité : patients hospitalisés (%)	Activité : patients ambulatoires (%)	Travail auprès des équipes (%)	Besoins ETP
(n=12) 19.75±12.19 19.00 [4.00 ; 40.00]	(n=12) 51.25±20.46 52.50 [10.00 ; 80.00]	(n=12) 40.42±18.15 42.50 [10.00 ; 70.00]	(n=11) 9.09±4.91 10.00 [0.00 ; 20.00]	(n=15) 1.10±0.66 1.00 [0.00 ; 2.00]
(n=16) 28.06±18.90 28.00 [2.00 ; 80.00]	(n=20) 62.25±17.43 62.50 [30.00 ; 100.00]	(n=18) 23.06±15.82 20.00 [5.00 ; 70.00]	(n=16) 25.00±18.26 20.00 [5.00 ; 80.00]	(n=21) 2.81±1.91 3.00 [0.00 ; 7.00]
(n=15) 28.23±16.47 24.00 [12.00 ; 80.00]	(n=16) 44.50±17.05 47.50 [10.00 ; 70.00]	(n=16) 43.00±17.42 42.50 [20.00 ; 70.00]	(n=13) 16.92±10.11 20.00 [0.00 ; 30.00]	(n=13) 1.27±0.67 1.00 [0.50 ; 3.00]
(n=33) 10.50±8.81 8.00 [0.60 ; 35.00]	(n=31) 43.19±27.41 40.00 [0.00 ; 100.00]	(n=29) 55.63±27.44 50.00 [0.00 ; 100.00]	(n=23) 17.12±19.86 15.00 [0.00 ; 100.00]	(n=47) 1.95±2.66 1.00 [0.00 ; 16.00]
(n=3) 40.00±26.46 50.00 [10.00 ; 60.00]	(n=3) 47.67±28.04 33.00 [30.00 ; 80.00]	(n=3) 40.67±35.73 55.00 [0.00 ; 67.00]	(n=3) 16.67±2.89 15.00 [15.00 ; 20.00]	(n=2) 1.75±1.77 1.75 [0.50 ; 3.00]

4.3.3 – Synthèse des besoins en psycho oncologie en France

Synthèse nationale des besoins en psychiatres et psychologues

Besoins exprimés par les 201 établissements ayant répondu à l'enquête et correspondant à plus de 160.000 nouveaux malades du cancer traités en France :

Nombre de psychiatres en exercice actuellement	Psychiatres (ETP)	Besoins en psychiatres (ETP)	Nombre de psychologues en exercice actuellement	Psychologues (ETP)	Besoins en psychologues (ETP)
58	29	68	183	110	188

Synthèse régionale des besoins en psychiatres et psychologues

Besoins exprimés dans chaque Région française et en fonction des différents types d'exercice.

INTERVENANTS – PAR REGION	Nombre de psychiatres en exercice actuellement	Psychiatres (ETP)	Besoins en psychiatres (ETP)	Nombre de psychologues en exercice actuellement	Psychologues (ETP)	Besoins en psychologues (ETP)
Alsace	2	.	1	6	3	4
Aquitaine	2	1	2	9	3	4
Auvergne	6	6	.	5	2	.
Basse Normandie	0	0	2	3	2	2
Bourgogne	1	0	3	4	2	3
Bretagne	.	0	.	2	2	3
Centre	2	2	4	11	8	11
Champagne-Ardennes	2	2	2	2	1	4
Corse	0	.	.	0	.	2
Franche-Comté	0	0	0	1	0	4
Haute Normandie	1	1	1	4	3	9
Ile de France	9	6	23	51	29	52

INTERVENANTS – PAR REGION	Nombre de psychiatres en exercice actuellement	Psychiatres (ETP)	Besoins en psychiatres (ETP)	Nombre de psychologues en exercice actuellement	Psychologues (ETP)	Besoins en psychologues (ETP)
Languedoc-Roussillon	2	0	4	9	3	13
Limousin	1	1	1	2	4	2
Lorraine	8	1	1	2	2	0
Midi-Pyrénées	6	1	5	9	4	25
Nord-Pas-de-Calais	1	1	4	7	5	11
Pays de la Loire	1	0	2	8	4	8
Picardie	1	0	2	7	3	5
Poitou-Charentes	0	0	0	1	1	0
PACA	7	5	8	22	14	16
Rhône-Alpes	5	1	5	19	13	12
DOM	1	0	0	2	2	1

On trouvera en [annexe 5](#) la répartition des besoins exprimés au niveau régional par les établissements regroupés par type d'exercice.

Les besoins sont très variables en fonction de l'importance démographique des régions concernées. Ces chiffres correspondent à des besoins MINIMAUX car rappelons le seuls 201 établissements de santé ont répondu à l'enquête. Cependant ces chiffres peuvent être considérés comme utiles pour une planification par les A.R.H. des besoins à satisfaire, sous réserve d'étude régionale plus poussée.

5 – Enquête sur l'état des formations en ψ-o en France

Un état des lieux des différentes formations en psycho - oncologie a été réalisée en France avec l'aide du groupe de travail pluridisciplinaire.

On a recensé les formations universitaires ou professionnelles délivrées pendant le cursus professionnel pour les étudiants en médecine, ceux en spécialisation d'oncologie, les psychiatres, les psychologues et les infirmiers.

Les autres formations ont été listées.

5.1 - Etat des formations en psycho-oncologie pour les étudiants en médecine

Ce rapport décrit l'évaluation de l'enseignement de la psycho-oncologie au sein des modules 6 (douleur - soins palliatifs - accompagnement) et 10 (oncologie et hématologie) des facultés de médecine en France.

5.1.1 - Méthodologie :

Les enseignants coordinateurs des modules 6 et 10 des facultés de médecine considérées ont été contactés soit par téléphone, soit par courrier électronique.

Deux questions ont été posées à chaque enseignant :

- la psycho-oncologie est-elle abordée au sein de l'enseignement du module ?
- et dans l'affirmative, quel est le volume horaire consacré à cet enseignement de psycho-oncologie ?

Les coordinateurs avaient la possibilité de fournir des commentaires.

L'enquête a débutée le 3 décembre 2003, et le recueil des réponses a été clos le 8 janvier 2004.

Les coordinateurs des 29 facultés suivantes ont été contactés :

Province : Amiens, Angers, Besançon, Brest, Caen, Clermont-Ferrand, Dijon, Lille, faculté libre de Lille, Limoges, Nancy, Nantes, Poitiers, Reims, Rennes, Rouen, Strasbourg, Tours.

Ile de France : Paris V Cochin, Paris V Necker, Paris V Ouest, Paris VI Broussais, Paris VI Pitié, Paris VI Saint Antoine, Paris VII Bichat, Paris VII Lariboisière, Paris XI Kremlin Bicêtre, Paris XII Créteil, Paris XIII Bobigny.

L'enquête portant sur l'inter-région Sud n'a pas suivi exactement la même méthodologie. Les résultats ont été rapportés sur le tableau ci-dessous.

Tableau : Enseignement de la psycho-oncologie au sein des modules 6 et 10

Province	Module 6		Module 10	
	Coordinateur	Volume	Coordinateur	Volume
AMIENS	Deramond	Abordé	Desablens	3h
ANGERS	Dubin	Non	Gamelin	?
BESANCON	Boillot/Aubry	4h	Bosset	?
BREST	Bail/Leboul	non	Berthou	?
CAEN	Letellier/Denise	4h	Leporrier/Heron	Abordé
CLERMONT	Bazin/Eschalier	non	Chollet/Travade	1h
DIJON	Giroud	2h	Cuisenier	2 h
LILLE	Blond	Abordé	Bauters/Bonneterre	1h
LILLE fac. Libre	De Broucker	0h30	Adenis	2h
LIMOGES	Bertin/Bordessoule	2h	Clavère/Tubiana	1h
NANCY	Krakowski	2h	Conroy	2h
NANTES	Dabouis	non	Milpied	non
POITIERS	Aries	non	Daban/Guilhot-Gaudefroy	abordé
REIMS	Léon	non	Tan Dat N'Guyen	non
RENNES	Ecoffey	non	Guyader	?
ROUEN	Hacpille	5h	Thiberville/Dubray	2h
STRASBOURG	Fraissard	?	Lessard	2h
TOURS	Mercier	4h	Lefloch	?
BORDEAUX		6 h		2h
LYON				
MARSEILLE		4h		
MONTPELLIER		abordé		
NÎMES				
NICE		?		1h
SAINT ETIENNE				4h + 2 h stage
TOULOUSE		Non enseigné		idem
Ile de France				
Paris V Cochin	Sicard	non	Goldwasser	2h
Paris V Necker	Le Jeunne	3h	Housset/Varet	3h
Paris V Ouest	Chauvin/Drouet	6h	Rougier/Castaigne	2h30
Paris VI Broussais	Lassaunière	2h	Marie	4h
Paris VI Pitié	Cesselin	non	Mazon	abordé
Paris VI St Antoine	Bourreau	abordé	Touboul/Najman	non
Paris VII Bichat	Mantz	abordé	Bezaud/Michon	abordé
Paris VII Larib	Mebazaa	2h	Trédaniel	?
Paris XI KB	Salamagne/Poulain	?	Bourhis	?
Paris XII Créteil	Pilot	2h30	Lagrange	1h
Paris XIII Bobigny	Gatt	4h	Morère	?

5.1.2 - Résultats et commentaires pour le Nord de la France (Dr Piolot),

Le taux de réponse varie selon le module concerné : 93 % (27/29) des coordinateurs des enseignements du module 6 ou des soins palliatifs ont répondu à l'enquête, alors que 72 % (21/29) des coordinateurs des enseignements d'oncologie et d'hématologie ont répondu. L'enseignement modulaire (modules 6 et 10) n'existe pas dans certaines facultés (Poitiers, Rouen), mais les thèmes soins palliatifs et oncologie sont bien représentés et les réponses des coordinateurs ont été jointes aux réponses respectives données dans le cadre d'un enseignement modulaire.

- Les résultats concernant le module 6 :

La psycho-oncologie n'est pas abordée dans l'enseignement de 9 facultés sur 27. La psycho-oncologie est abordée, c'est-à-dire évoquée sans horaire précis, dans l'enseignement de 4 facultés. De nombreux coordinateurs donnent un volume horaire consacré à la psycho-oncologie variant de 30 minutes à 6 heures au sein de 14 facultés, avec une médiane de 2 h 30. Les modalités de l'enseignement sont multiples : cours magistraux, enseignements dirigés, séminaires, cas-cliniques. La participation de psychologues ou de psychiatres a été signalée par 6 coordinateurs. L'enseignement de la psycho-oncologie est fréquemment lié aux thèmes de fin de vie, de deuil.

- Les résultats concernant le module 10 :

La psycho-oncologie n'est pas abordée dans 3 facultés sur 21 ayant répondu au questionnaire. Elle est évoquée dans l'enseignement de 4 facultés. Le volume horaire fourni par 14 coordinateurs varie entre 1h et 4h (médiane 2h). L'enseignement est plus fréquemment fait par des cours magistraux ou des enseignements dirigés.

5.1.3 - Résultats et commentaires pour le Sud de la France (Pr Souteyrand) :

L'enseignement est majoritairement modulaire. Le champ de la psycho-oncologie étant mal défini dans les différents modules, les réponses sont variables d'une faculté à l'autre. Certains aspects de +apparaissent dans les module 1 et module 3. A Saint Etienne 2 heures de cours sont réalisés en D3 pendant leur stage obligatoire en cours de certificat d'éthique...

Il apparaît donc clairement que les étudiants en médecine français reçoivent des formations très hétérogènes à l'intérieur des différents modules.

Il sera essentiel de sensibiliser très tôt les futurs médecins à la ψ -o probablement avant la préparation de l'examen classant national (ancien internat)

- de valoriser la ψ -o dans le cadre du futur examen classant national
- de créer un véritable enseignement non seulement pour les futurs spécialistes du cancer mais aussi pour les médecins généralistes.

5.2 - Etat des lieux de l'enseignement de la psycho oncologie en France, sur l'initiative des universitaires en psychiatrie (sondage effectué par le Pr Silla Consoli)

Ville	Universitaire(s) contacté(s) * = collègues particulièrement impliqués	Cours sur cancer en Psychologie Médicale	Module 3 (Psychiatrie) DCEM	Module 10 (Onco-Hématologie) DCEM	Autres Modules DCEM	Séminaire pour les DES de psychiatrie incluant des cours sur cancer	D.U.	Autres
Besançon	Sechter, Nezelof*	En P2 (deux cours sur maladie grave et cancer)	/	Pas par les psychiatres	Soins palliatifs (module 6) intervention de psychologues Module 1 : 1 séance (3h00) sur relation médecin-malade avec patients atteints de cancer	Séminaire de génétique (aspects psychologiques de la psychogénéétique)	/	Certificat optionnel de psychologie médicale DCEM (2 séances sur cancer)
Brest	Walter	?	?	?	?	?	?	?
Caen	Dolfus	?	?	?	?	?	?	?
Lille	Goudemand	En P2 (pas de cours spécifiques sur le cancer)	/	Pas par les psychiatres	/	Séminaire de psychiatrie de liaison comprenant des cours sur le cancer	Attestation d'Etudes Complémentaires devenue D.U. de Psycho-Oncologie, animé par 2 psy : (Pr. Goudeman + Dr. Reich - Centre Oscar Lambret)	/
Lyon	Marie-Cardine*, Terra, Damato	En P2 : 3h30 (film + discussion + jeux de rôle)	/	Pas par les psychiatres	/	/	D.U. de Psychologie médicale (cours sur cancer)	Certificat optionnel de psychologie médicale DCEM (cours sur cancer)

Ville	Universitaire(s) contacté(s) * = collègues particulièrement impliqués	Cours sur cancer en Psychologie Médicale	Module 3 (Psychiatrie) DCEM	Module 10 (Onco-Hématologie) DCEM	Autres Modules DCEM	Séminaire pour les DES de psychiatrie incluant des cours sur cancer	D.U.	Autres
Marseille	Azorin	(pas d'enseignement spécifique)	/	(Cours sur la prise en charge globale, fait par un oncérologue)	/	/	"Approche psychodynamique du cancer chez l'adulte" [D.U. sous la responsabilité d'un oncérologue et d'un psychiatre non universitaire, le Dr P. Ben Soussan]	/
Montpellier	Boulenger	?	?	?	?	?	?	?
Nantes	Venisse	Oui	1 cours	1 cours	/	/	/	/
Paris V (Broussais-Hotel Dieu)	Consoli*	Oui	/	Pas par les psychiatres	/	Séminaire de psychiatrie de liaison comprenant des cours sur le cancer	DU de psychoncologie clinique, animé par un psy et un oncologue (Prs S. Consoli et F. Baillet)	DIU de psychosomatique (1 journée sur le cancer) DIU de psychologie médicale et psychiatrie de liaison (plusieurs cours sur le cancer, dès 2004/2005)
Paris VI St Antoine	Ferreri*	Oui (2h de cours + 4h de TD)	Dans le cadre du cours sur deuil normal et pathologique	/	Dans le module sur les soins palliatifs	/	/	DIU de soins palliatifs, sur 2 ans

Ville	Universitaire(s) contacté(s) * = collègues particulièrement impliqués	Cours sur cancer en Psychologie Médicale	Module 3 (Psychiatrie) DCEM	Module 10 (Onco-Hématologie) DCEM	Autres Modules DCEM	Séminaire pour les DES de psychiatrie incluant des cours sur cancer	D.U.	Autres
Paris VI Pitié Salpêtrière	Allilaire Mazet	?	?	1 cours	Dans le module sur les soins palliatifs	?	?	Enseignement du 3 ^{ème} cycle : cours sur la fin de vie + groupe Balint pour les MG
Paris XI	Graindorge + Hardy	Oui (cours sur le cancer de l'enfant)	/	1 cours	/	/	/	DU sur l'enfant malade (cours sur le cancer) Projet de master sur Ethique, Science, Santé et Société
Paris X	Lejoyeux	Oui	/	/	/	/	/	/
Poitiers	Senon*	Psychologie médicale enseignée en module 1 (plusieurs heures sur maladie grave)	Très brièvement	Très brièvement	/	Psychiatrie de Liaison et Psychologie Médicale, incluant des cours sur le cancer	/	/
Saint-Etienne	Pellet*	pas spécifiquement	Cours sur la psychoncologie durant les stages en psychiatrie des étudiants	/	1 cours fait par un psychiatre dans le Module.	/	/	Certificat d'éthique et déontologie médicale (6h sur le cancer) (1/3 des promotions en bénéficient)
Strasbourg	Patris	pas spécifiquement	/	1 table ronde en partenariat psychiatre-oncologue	/	/	Uniquement D.U. de soins palliatifs	/

Cet état des lieux permet de mesurer l'ampleur de l'engagement des universitaires en psychiatrie dans l'enseignement de la psycho-oncologie en France tant à Paris qu'en Province.

5.3 - Formation universitaire pour les internes en cancérologie

Le programme du D.E.S. comporte une base commune à toutes les options (maladies du sang, onco-hématologie, oncologie médicale, onco-hématologie, radiothérapie) dans laquelle est identifié un chapitre : aspects psychologiques et sociaux. Ceci correspond à environ 6 heures d'enseignement théorique suivant les universités.

Pour le D.E.S.C. de cancérologie validé par le Bureau du Collège National des Enseignants de Cancérologie en mai 2003 il existe dans l'enseignement de base un module dénommé : « Soins oncologiques de support », et dans l'enseignement optionnel un module consacré aux « soins de support », la ψ -o étant nommément cité.

Ceci correspond à environ 3 heures d'enseignement à la psycho oncologie.

5.4 - Formation universitaire spécifique en psycho-oncologie pour les psychologues

Aucune formation spécifiquement psycho –oncologique n'est délivrée à l'heure actuelle en France dans le cursus universitaire de formations des psychologues.

Il existe des possibilités de formation qui relèvent de l'initiative personnelle au sein des D.U. ou de certaines associations comme l'A.F.T.C.C. (Association Française de Thérapeutique cognitive et Comportementale).

5.5 - Formation en en psycho-oncologie dans I.F.S.I. (Institut de Formation aux Soins Infirmiers) pour les infirmiers(es)

Les formations délivrées dans les I.F.S.I. et concernant la psychologie et la cancérologie se font dans le cadre d'une maquette nationale au sein de 2 modules :

- sciences humaines : notions d'anthropologie, d'ethnologie, de psychologie, de psychanalyse, de sociologie et de psychologie sociale. Les 30 heures sont utilisées de façon très variable d'une I.F.S.I. à l'autre.

- hématologie-cancérologie : prévention des complications biologiques et psychologiques des traitements, gestion du stress, traitement de la douleur, accompagnement, résolution des problèmes moraux et éthiques.

Plus spécifiquement l'enseignement de la psycho – oncologie est pris en compte de façon variable de 30 minutes à 3 heures car il n'y a aucune recommandation officielle dans ce domaine.

Hors de l'enseignement délivré au sein des I.F.S.I., d'autres formations de type sensibilisation à la ψ -o sont proposées comme celles de la Fédération Nationale des Centre de Lutte contre le Cancer. Par ailleurs les infirmier(e)s ont accès au cursus universitaire pour devenir psychologue puis psychologue - clinicien(ne).

6 – Propositions pour améliorer la prise en charge psycho-oncologique des patients atteints de cancer en France :

6-1 - Définitions

- Les intervenants en psycho-oncologie sont les professionnels du psychisme et de la santé mentale : psychiatres, psychologues cliniciens et psychanalystes.

Une formation spécifique en ψ -O facilitera leur travail dans le domaine de l'oncologie qui comporte aussi la prise en charge de la douleur, les soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie.

Leurs missions sont précises :

- dépister, diagnostiquer, prendre en charge et traiter (pour les psychiatres) les conséquences psychologiques de la maladie cancéreuse sur les malades, leur famille et les soignants.

- Ils ont aussi un rôle à jouer pour et dans l'institution.

La présence d'un psy, dans un service, un établissement ou un réseau de soins n'exonère en aucune façon l'ensemble des soignants : oncologues, médecins généralistes, spécialistes d'organe, infirmières... de leur devoir d'écoute, d'empathie et de soutien à leurs patients comme à leurs proches.

- Les autres soignants, non psychologues, non psychiatres, non psychanalystes ont pour mission de dépister, de pointer les souffrances psychologiques, de les entendre et de les référer en cas de nécessité à un intervenant professionnel du champ psychologique.

Ils ne peuvent en aucun cas être reconnus comme des psycho oncologues professionnels.

6-2 - Les interventions des psycho - oncologues dans le champ de la ψ -O sont diverses :

On peut distinguer :

Les interventions centrées autour du patient :

- consultation face à face avec le patient, avec les familles,
- en groupe de parole avec les patients, les familles éventuellement avec les soignants,
- en relation avec les autres soins de support dans le cadre de l'Unité de Soins Oncologiques (U.S.O.) dans le domaine de la douleur, des soins palliatifs et de l'accompagnement .

de celles centrées autour de l'institution :

- soutien aux soignants sous différentes formes,
- formations des soignants, des bénévoles,
- activités organisationnelles, etc.

6-3 - Evaluation de l'activité des psycho-oncologues

Il faut d'emblée affirmer qu'il n'est pas question d'envisager une évaluation QUALITATIVE mais bien une évaluation quantitative des interventions des professionnels en ψ -o.

6.3.1 - Pour les patients hospitalisés :

Il serait utile distinguer l'activité

- **en temps patient : actes centrés autour du patient**
 - consultation avec le patient
 - et/ ou consultation avec la famille
 - et/ou échanges avec l'équipe de soins ou les médecins.
- **en temps institution : activité consacrée aux démarches organisationnelles, aux démarches d'accréditation, aux réflexions d'équipes.**

Cela correspond, par vacation à

- 4 entretiens « temps patient » (2/3 du temps)
- et temps institutionnel (1/3 du temps)

Pour la répartition des différentes spécificités on pourrait prévoir

- 20% de ces différents temps réalisés par un psychiatre,
- 80% de ces différents temps réalisés par un psychologue.

6.3.2 - Pour les patients ambulatoires ou les familles chaque vacation d'une demi journée devrait permettre d'envisager 6 interventions (actes, consultations). La répartition de ces activités pourrait prévoir 30% de temps psychiatre et 70% de temps psychologue.

6-4 - La valorisation de ces interventions très diverses

Ces interventions pourront faire l'objet d'une description dans le cadre de la CCAS : Codification Commune des Actes de Santé et donc apparaître dans la T2A. Au travers de la CCAS et de la T2A il sera plus aisé d'évaluer ces interventions, d'en assurer la traçabilité et de les valoriser.

Les psychologues ont négocié au travers de leurs syndicats une prise en compte de leur temps de formation professionnelle et personnelle dans leur temps de travail. Une telle disposition doit faire l'objet d'un examen approfondi dans le domaine spécifique de la cancérologie.

6-5 - Formations des intervenants

6.5.1 - Pour les psychiatres, les psychologues et les psychanalystes il existe peu de formations « professionnalisantes » au travers des DU existants.

Pour les psychologues et psychanalystes il est souhaitable d'envisager un cursus spécifique, professionnalisant à l'issue de la maîtrise actuelle à travers la création d'un MASTERE de psycho oncologie qui pourrait comporter deux années :

1. la première année correspondrait à l'actuel D.E.S.S. de psychopathologie clinique,
2. la seconde année comporterait pour moitié une formation académique à la psycho-oncologie et pour moitié un stage pratique rémunéré dans les services adéquats de type interne en psycho-oncologie.

La localisation de ces mastères devrait s'appuyer sur les universités où il existe déjà des D.U. ou des D.I.U. : Mulhouse, Paris, Lille, Nice. D'autres universités, Marseille, Nîmes seraient probablement intéressées par l'organisation d'un tel enseignement. Une double autorité pourrait coiffer ces formations à la fois la Faculté de Sciences Humaines et Sociales et d'autre part la Faculté de Médecine.

Le contenu et les modalités de cette formation seront définies par les universitaires du champ psy et les oncologues. Elle devrait comporter aussi une formation douleur, soins palliatifs et accompagnement afin de satisfaire à un besoin de rationalisation des postes à pourvoir tant en psychologue « douleur » que « soins palliatifs et accompagnement ».

Le stage pratique de la 2^{ème} année du Mastère serait l'occasion d'une immersion dans des services d'oncologie. L'apprentissage de cette pluridisciplinarité dans le cursus des études permettra d'installer des habitudes de travail en commun et de partager la prise en charge des malades du cancer.

L'accès à la formation académique de la 2^{ème} année du Mastère devrait être possible aux médecins non psychiatres, infirmiers(es) et autres soignants sans délivrance de diplôme professionnalisant.

Les soignants non psy pourraient éventuellement avoir eux aussi accès à la deuxième année du Mastère pour leur propre formation mais avec les mêmes restrictions que les infirmières.

6-6 - Propositions pour l'organisation de la psycho – oncologie

Les données de référence (*Jimmie Holland, Handbook of Psychooncology 1990*) reprises par la SFPO–APC considèrent que l'unité fonctionnelle de ΨO réside dans une équipe formée d'un _ ETP psychiatre + 1 ETP psychologue pour 1500-2000 nouveaux malades traités dans un établissement ou un réseau.

En pratique, en France, compte tenu des problèmes démographiques affectant la profession de médecin psychiatre on doit pour l'instant accepter le concept d'un référent Psychiatre dans l'établissement ou le réseau coordonnant l'équipe ou l'unité de ΨO .

Dans les établissements sous dotation globale il sera aisé de proposer des postes salariés aux psychologues et psychiatres et d'ouvrir les interventions tant aux malades hospitalisés qu'aux malades ambulatoires issus de ces établissements ou issus d'autres établissements membres du même réseau de soins.

L'activité des psychologues dans les services doit faire l'objet d'un cahier des charges avec de véritable fiche de poste tenant compte de certains impératifs :

- travail en pluridisciplinarité,
- trace écrite dans le dossier médical respectant le secret médical et professionnel des psychologues,
- partage d'informations,
- aide aux soignants etc.

L'activité de ces psychologues doit se faire avec un psychiatre référent qui devrait être le responsable de l'équipe ou de l'unité de soutien psycho – oncologique.

Dans certains cas ce sont des associations caritatives qui subventionnent des vacations de ΨO dans des établissements sous dotation globale. Les nouvelles dispositions devraient permettre de se substituer à ce mode de financement.

Dans le secteur libéral la prise en charge des actes de $\psi-O$ revêt des formes très variables. Les consultations de soutien $\psi-O$ relèvent

- soit d'une prise en charge par l'Assurance Maladie et l'ALD si cette prise en charge est faite par des médecins psychiatres,
- soit par un paiement direct au psychologues (et au psychanalystes) sans remboursement par l'assurance maladie
- soit de façon gracieuse par des psychologues ou psychiatres salariés (vacations) au travers d'associations diverses.

Cette prise en charge financière est manifestement insuffisante, souvent très précaire dans l'ensemble peu satisfaisante. Elle ne répond que très partiellement à la demande des patients comme des acteurs de la prise charge.

Il serait souhaitable d'harmoniser cette prise en charge psychologique en créant des postes salariés au sein des réseaux ville-hôpital ouvrant ainsi la prise en charge ψ -O à tous les français qu'ils soient traités dans le public comme dans le libéral.

Le réseau pourrait alors être l'employeur de ces personnels qui pourraient assurer des interventions soit au sein des établissements, qu'ils soient privés ou public ou des cabinets de radiothérapie (qui n'ont pas le statut d'établissement), soit au sein de structure d'accueil hors institution pour des consultations, des groupes de parole ou tout type d'intervention.

Les ARH ayant une connaissance précise des réseaux territoriaux pourrait alors les financer avec des budgets ciblés et traçables.

Enfin, il est illusoire de vouloir faire reconnaître certains acteurs de la prise charge psycho oncologique (psychanalystes ou psychologues à tendance psychanalyste) par l'Assurance Maladie ; en effet ceux-ci ne souhaitent absolument pas être assimilés au monde médical et à son mode de fonctionnement.

L'intégration de la psycho – oncologie dans les soins de support

La psycho-oncologie fait partie des soins de support au même titre que le traitement de la douleur, l'accompagnement et les soins palliatifs.

Une coordination de ces soins de support se met en place au niveau des établissements et des réseaux ville – hôpital. Les besoins en psychologues dans chacune des spécificités nécessitent une approche consensuelle, de partage et de mise à disposition des compétences car on ne peut imaginer dans l'état actuel de la démographie d'avoir des psychologues uniquement dédiés à telle ou telle spécificité. Cela posera des problèmes de formation, de compétence et de disponibilité aussi bien dans les très petites unités que dans les plus grandes. Il faut garder une volonté souple organisationnelle et ne pas imposer un schéma unique aux équipes de terrain. Il faut insister sur la nécessaire formation en ψ -O pour pouvoir exercer en ψ -O et avec compétence.

7 – Conclusions

- Afin de répondre aux attendus du Plan Cancer et plus particulièrement à la mesure 40 concernant la prise en charge psycho –oncologique des malades, une enquête nationale a été réalisée entre les 15 novembre 2003 et le 15 mars 2004 auprès des établissements de santé français prenant en charge les malades du cancer.
- 201 réponses ont été retournées et 82 établissements ont renseigné l'état de la prise en charge psycho - oncologique. Avec un total de 163.923 patients traités par rapport à une incidence d'environ 280.000 nouveaux cas de cancers en France l'enquête acquiert un bon niveau de pertinence.
- Cette enquête montre que la prise en charge psycho-oncologique des malades atteints de cancer est déjà une réalité dans notre pays même si elle est insuffisante, inégalement répartie donc inégale d'accès et souffrant de manques de moyens humains et financiers.
- 2/3 des établissements concernés a un recours en psycho-oncologie mais ceci va d'une simple vacation de ψ -O, d'un consultant extérieur à une véritable unité constituée de ψ -O.
- Aujourd'hui il y a 29 ET psychiatres et 110 ETP psychologues qui interviennent dans le champ de la ψ -O en France tous établissements confondus. Leur activité est partagée entre le patient, sa famille et les soignants. Plus d'un intervenant sur deux a été formé spécifiquement à la psycho –oncologie.
- Les besoins exprimés par les établissements répondants pour satisfaire à la prise en charge des malades, des familles et des soignants sont de 68 ETP psychiatres et de 188 ETP psychologues supplémentaires.
- Les contraintes démographiques touchant les psychiatres limitent l'espoir de répondre rapidement à ces demandes.
Par contre il semble plus aisé d'envisager un recrutement conséquent de psychologues salariés qu'il faudra alors former à la ψ -O.
Ce recrutement se fera par les établissements eux-mêmes pour les hôpitaux sous dotation globale et pourrait être le fait des réseaux de soins oncologiques pour les malades traités dans le secteur libéral.

La formation à la ψ -o se fait pour l'instant dans les Universités dotées d'un D.U. ou D.I.U. On peut envisager pour l'avenir que les intervenants psy en oncologie soient formés au travers d'un Mastère de psycho –oncologie qui engloberait la formation en douleur, accompagnement et soins palliatifs. Dans l'attente, la formation des nouveaux intervenants pourrait faire appel à des formations professionnelles avec l'aide de superviseur dans le cadre d'un accompagnement par des tuteurs.

- La définition des interventions ψ -O permettra à la fois l'établissement de fiches de postes, l'évaluation quantitative du travail et sa valorisation en terme budgétaire dans le cadre de la T2A.
- Un schéma organisationnel est proposé faisant des psychologues, psychiatres et psychanalystes formés à la ψ -O les seuls professionnels du champ psycho – oncologique. Un ETP psycho – oncologues pourra prendre en charge 1500 nouveaux malades traités dans un établissement ou dans un réseau de soins permettant alors une liaison ville – hôpital. Le psycho – oncologue devra intégrer son activité, sous la responsabilité d'un psychiatre référent, dans une dynamique de pluridisciplinarité et d'un travail en étroite collaboration avec l'ensemble de l'équipe soignante : oncologues, médecins généralistes et spécialistes, autres acteurs des soins de support (douleur, accompagnement, soins palliatifs, kinésithérapeute, nutritionniste etc.).

8 - Remerciements

Je remercie Pascale Briand Déléguée à la Mission Interministérielle pour la Lutte contre le Cancer, pour la confiance dont elle m'a honoré en me chargeant de cette mission. Son soutien, ses conseils et sa bienveillance m'ont été très utiles tout au long de ce travail.

Le présent rapport s'est appuyé sur les réflexions menées au sein du Cercle des Cancérologues Français (C. Maylin, T. Philip, J. Clavier, Ph. Bergerot, D. Serin) entre 1997 et 2002, sur celles de la Société Française de Psycho-oncologie – Association Psychologie et Cancer (Présidente actuelle Nicole Pélicier) que j'ai moi-même présidée de 1999 à 2002 et enfin grâce à l'implication des membres du groupe de travail que j'ai réuni et auxquels je veux rendre un vibrant hommage pour leur disponibilité, leur implication et le soutien qu'ils m'ont apporté.

L'aide que m'a apporté au quotidien Isabelle Piollet et son équipe de psycho-oncologues, Séverine Puy-Pernias, Elise Gallon, de l'Institut Sainte Catherine a été essentielle dans de nombreux domaines allant de l'aide à l'élaboration du formulaire d'enquête à la recherche des informations sur l'enseignement de la _-o et acceptant de critiquer les propositions que j'ai apportées dans ce rapport. Je les remercie pour leur disponibilité, pour leur ouverture d'esprit et leurs contributions.

La collaboration qui s'est établie d'entrée avec Philippe Bergerot chargé de mission sur les réseaux de cancérologie en France a été fructueuse, efficace et très utile. Je le remercie très sincèrement pour son aide tant dans l'élaboration de la structure et de la méthodologie de l'enquête que pour sa réalisation pratique

Enfin sans l'aide quotidienne que m'a apportée Dominique-Jeanne Féminier, par sa disponibilité, son efficacité et sa capacité à gérer les situations et les agendas les plus difficiles, il m'aurait été très difficile (impossible,) de mener cette mission à son terme.

10 – Annexes

Annexe 1 : Le groupe de travail

Monsieur Michel Arsicault

Directeur de l'EFEC

F.N.C.L.C.C.

101, rue de Tolbiac

75654 PARIS CEDEX 13

☎ 01 44 23 55 65 - 📞 06 80 02 63 95

m-arsicault@fnclcc.fr

Professeur Marie Frédérique Bacqué Guillou

Professeur de psychologie

29, rue Planchat

75020 Paris

☎ /7 01.40.09.97.71 - 📞 06 62 45 97 71

mfbacque@club-internet.fr

Professeur Jean Clavier

Pneumologue, oncologue médical

Hôpital Morvan

5, av Foch

29609 Brest

☎ 02.98.22.34.27 - 7 02.98.22.34.98

📞 06.07.59.87.26

jean.clavier@univ-brest.fr

Professeur Consoli Silla

Médecin psychiatre

Service de Psychologie Clinique et Psychiatrie de Liaison

HEGP - 20 rue Leblanc 75015 PARIS

☎ : 00 33 (0)1 56 09 33 71 - 7 : 00 33 (0)1 56 09 31 46

silla.consoli@hop.egp.ap-hop-paris.fr

Docteur Sarah Dauchy

Médecin psychiatre, psycho - oncologue

Chef d'Unité de Psycho - oncologie

Département Interdisciplinaire de Soins de Support

Institut Gustave Roussy

39 rue Camille Desmoulins

94805 Villejuif Cedex France

☎ : 01.42.11. 46.30 - 7 : 01.42.11.48.56

7 : (33 1) 42 11 52 10

sdauchy@igr.fr

Madame Céline Dufranc
Groupes des Malades de la Ligue
28, rue Pierre Leroux
75 007 Paris
☎ : 06 15 06 41 90 - 7 : 05 58 73 42 42
celine.dufranc@wanadoo.fr

Madame Dominique Jeanne Féminier
Secrétaire générale d'Europa Donna Forum France
Institut Sainte Catherine
BP 846
84082 Avignon cedex 2
☎ : 04.90.27.61.89 - 7 : 04.90.89.62.74
d.feminier@institut-ste-catherine.org

Docteur Jean-Yves Génot
Oncologue médical
Centre François Baclesse
Route de Lion de Mer
14021 Caen cedex
☎ 02.31.45.50.30 - 7 02.31.45.50.30
jy.genot@baclesse.fr

Docteur François Morvan
Oncologue Médical
Centre Hospitalier René Dubos
F-95303 CERGY-PONTOISE CEDEX
☎ : + 33 (1) 30 75 42 82 - 7 : + 33(1) 30 75 42 84
☎ 06 08 01 87 61
morvan@ch-pontoise.fr

Professeur Pascal Piedbois
Professeur d'Oncologie médicale
Medical Oncology Department
Hôpital Henri Mondor
94000 CRETEIL, FRANCE
☎ 01.49.81.25.82
7 01.49.81.25.79
pascal.piedbois@hmn.ap-hop-paris.fr

Docteur Alain Pilot
Oncologue médical
CHU Henri Mondor
94010 Créteil cedex
☎ 01.49.81.25.67
7 01.49.81.2.79
alain.pilot@hmn.ap-hop-paris.fr

Docteur Isabelle Piollet
Médecin psychiatre – Psycho-oncologue
Institut Sainte Catherine
BP 846
84082 Avignon cedex 2
☎ 04.90.27.61.89
7 04.90.89.62.74
isabelle.piollet@wanadoo.fr

Docteur Daniel Serin
Oncologue radiothérapeute
Institut Sainte Catherine
BP 846
84082 Avignon cedex 2
☎ 04.90.27.61.89
7 04.90.89.62.74
danielserin@club-internet.fr

Professeur Pierre Souteyrand
Professeur de Dermatologie
Responsable de la cancérologie du C.H.U.
Centre Hospitalier Universitaire
58, rue Montalembert
63003 Clermont Ferrand cedex 1
☎ 04.73.750.553
7 04.73.750.552
psouteyrand@chu-clermontferrand.fr

Annexe 2 : le questionnaire

Cliquer sur l'icône PDF pour ouverture du fichier



Questionnaire Psycho-onco 12.2003 Ministère.pdf

Annexe 3 : Listes des établissements ayant répondu à l'enquête

Statut=Non renseigné

Etablissement	Code Postal	Région
GMR	77007	Ile de France
CLINIQUE D ARGONAY ET DU LAC	74371	Rhône-Alpes

LISTE DES ETABLISSEMENTS

Statut=Centre Hospitalier

Etablissement	Code Postal	Région
CENTRE HOSPITALIER DE MULHOUSE	68051	Alsace
CENTRE HOSPITALIER TACQUES COEUR	18020	Centre
CHIC EURE SEINE SITE EVREUX	28000	Centre
CH DE CASTELUCCIO	20000	Corse
CHI LE RANCY MONTFERMEIL	93370	Ile de France
CENTRE HOSPITALIER BICETRE	94270	Ile de France
CENTRE HOSPITALIER ALBI	81000	Midi-Pyrénées
CENTRE HOSPITALIER	32008	Midi-Pyrénées
CENTER HOSPITALIER	46106	Midi-Pyrénées
CENTRE HOSPITALIER LHENNEC	60100	Picardie
SENLIS HOPITAL GENERAL	60309	Picardie
CH DE NIORT	79021	Poitou-Charentes
CENTRE HOSPITALIER D AVIGNON	84902	PACA
CENTRE HOSPITALIER	84208	PACA
CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE CAVAILLON LAURIS	84304	PACA
CENTRE HOSPITALIER DE GAP	05007	PACA
CH INTERCOMMUNAL	83056	PACA
CENTRE HOSPITALIER DU PAYS D AIX	13100	PACA
CH DE ROANNE	42328	Rhône-Alpes

Rapport de Mission DS/Psycho-oncologie Avril 2004

Annexe 3 – Listes des établissements ayant répondu au questionnaire

LISTE DES ETABLISSEMENTS

Statut=Centre Hopitalier Universitaire

Etablissement	Code Postal	Région
HOP UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG	67091	Alsace
SCE ONCOLOGIE MEDICALE ET RADIOTHERAPIE	33075	Aquitaine
CHU COTE DE NACRE CAEN	14033	Basse Normandie
CHU DE DIJON	21034	Bourgogne
CHU DE BREST	29000	Bretagne
CHRU DE TOURS	37044	Centre
CHR ORLEANS	45067	Centre
HOPITAL LOUIS MOURIER	92700	Ile de France
HOP AMBROISE PARE	92104	Ile de France
HOP ANTOINE BECLERE	92141	Ile de France
HOP D ENFANTS ARMAND TROUSSEAU	75012	Ile de France
HOP AVICENNE	93009	Ile de France
HOP BEAUJON	92110	Ile de France
BICHAT CLAUDE BERNARD	75018	Ile de France
HOP HENRI MONDOR	94010	Ile de France
HOP PAUL BROUSSE	94804	Ile de France
GROUPE HOSPITALIER PITIE SALPETRIERE	75013	Ile de France
HOP ROBERT DEBRE	75019	Ile de France
ST ANTOINE	75012	Ile de France
HOP ST LOUIS AP-HP	75000	Ile de France
TENON	75020	Ile de France
LARIBOISIERE	75475	Ile de France
CHU DE MONTPELLIER	34000	Languedoc-Roussillon
CHU DUPUYTREN	87042	Limousin
CHU DE TOULOUSE	80035	Picardie
HOP DE LA TIMONE ADULTES	13000	PACA
GROUPE HOSPITALIER TIMONE ENFANTS	13385	PACA
HOP DE LA CONCEPTION	13000	PACA
HOP NORD	13915	PACA
HOP SUD	13000	PACA
CHU NICE	06202	PACA
CHU GRENOBLE	38043	Rhône-Alpes
HOP EDOUARD HERNOT UNITE D ONCOLOGUE	69003	Rhône-Alpes

Rapport de Mission DS/Psycho-oncologie Avril 2004

Annexe 3 – Listes des établissements ayant répondu au questionnaire

Etablissement	Code Postal	Région
HOSPICES CIVILS DE LYON	69229	Rhône-Alpes
CHU DU FORT DE France	97200	DOM

LISTE DES ETABLISSEMENTS

Statut=Centre Régional de Lutte Contre le Cancer

Etablissement	Code Postal	Région
CENTRE PAUL STRAUSS	67065	Alsace
INSTITUT BERGONIE	33076	Aquitaine
CENTRE JEAN PERRIN	63011	Auvergne
CENTRE FRANCOIS BACLESSE	14076	Basse Normandie
CENTRE GEORGES FRANCOIS LECLERC	21079	Bourgogne
INSTITUT JEAN GODINOT	51056	Champagne-Ardenne
CENTRE BECQUEREL	76038	Haute Normandie
CENTRE RENE HUGUENIN	92210	Ile de France
INSTITUT GUSTAVE ROUSSY	94805	Ile de France
CRLC VA L D AURELLE PAUL LAMARQUE	34298	Languedoc-Roussillon
CENTRE ALEXIS VAUTRIN	54511	Lorraine
INSTITU CLAUDIUS REGAUD	31052	Midi-Pyrénées
CENTRE OSCAR LAMBRET	59020	Nord-Pas-de-Calais
CENTRE RENE GAUDUCHEAU	44800	Pays de la Loire
CENTRE PAUL PARIN	49033	Pays de la Loire
CENTRE ANTOINE LACASSAGNE	06189	PACA
INSTITUT PAOLI CALMETTES	13273	PACA
CENTRE LEON BERARD	69373	Rhône-Alpes

LISTE DES ETABLISSEMENTS

Statut=Privé

Etablissement	Code Postal	Région
CLINIQUE DES 3 FRONTIERES	68303	Alsace
CLINIQUE DUCOS	33000	Aquitaine
AQUITAINE SANTE	33503	Aquitaine
CENTRE D ONCOLOGIE ET DE RADIOTHERAPIE DU PAYS BASQUE	64100	Aquitaine
CLINIQUE TIVOLI	33000	Aquitaine
CLINIQUE ST MARTIN	33208	Aquitaine
POLYCLINIQUE FRANCHEVILLE	24000	Aquitaine
CLINIQUE LAVRIEU PAU	64000	Aquitaine
CLINIQUE ARCACHON	33120	Aquitaine
SA CLINIQUE BON SEJOURS	43000	Auvergne
UNITE RADIOTHERAPIE REPUBLIQUE	63023	Auvergne
SARL CLINIQUE ST JOSEPH	61000	Basse Normandie
POLYCLINIQUE DU BOCAGE	50300	Basse Normandie
ASSOCIATION CLINIQUE DU MAIL	58034	Bourgogne
CENTRE DE RADIOTHERAPIE DU PARC	71100	Bourgogne
CLINIQUE GENERALE DE BOURGOGNE	71100	Bourgogne
POLYCLINIQUE DU PAYS DE RANCE	22100	Bretagne
CLINIQUE PASTEUR ST ESPRIT	29200	Bretagne
POLYCLONIQUE RENNAISE	35768	Bretagne
CENTRE D ONCOLOGIE SAINT YVES	56001	Bretagne
POLYCLINIQUE DE BLOIS	41034	Centre
CLINIQUE STE MARIE	45300	Centre
CLINIQUE DE MONTARGIS	45200	Centre
CLINIQUE ST GATIER	37000	Centre
POLYCLINIQUE FLEMING	37000	Centre
CLINIQUE ST FRANCOIS	28301	Centre
CLINIQUE GUILLAUME DE VARYE	18230	Centre
CLINIQUE DE CHAMPAGNE	10000	Champagne-Ardenne
CENTRE DE RADIO ET D ONCOLOGIE MEDICALE	51100	Champagne-Ardenne
CLINIQUE FILIPPI	20200	Corse
POLYCLINIQUE DE FURIANI	20600	Corse
LA MIOTTE	90002	Franche-Comté
CLINIQUE ST VINCENT	25044	Franche-Comté

Rapport de Mission DS/Psycho-oncologie Avril 2004

Annexe 3 – Listes des établissements ayant répondu au questionnaire

Etablissement	Code Postal	Région
CLINIQUE PASTEUR	27025	Haute Normandie
CLINIQUE ST ANTOINE	76230	Haute Normandie
CLINIQUE DE LA RAVINE	27400	Haute Normandie
CLINIQUE ST HILAIRE	76000	Haute Normandie
CENTRE CLINIQUE DE LA PORTE DE ST CLOUD	92100	Ile de France
CENTRE CHIRURGICAL DES PRINCES	92100	Ile de France
CENTRE OBSTETRICO CHIRURGICAL CHANTEREINE	77177	Ile de France
CLINIQUE DE SOINS DE SUITE DE CHOISY LE ROI	94600	Ile de France
CLINIQUE DE CHELLES	77000	Ile de France
CLINIQUE DU PLATEAU	92140	Ile de France
CLINIQUE DU PARISIS	95240	Ile de France
CLINIQUE DU VERT GALANT	93290	Ile de France
CMC DE VINCI	75011	Ile de France
MAISON DE SANTE ST JEAN DE DIEU	75007	Ile de France
HOP PRIVE ARNAUD BRILLAND	94130	Ile de France
HOP AMERICAIN DE PARIS	92200	Ile de France
CLINIQUE DE MEUDON	92360	Ile de France
HOP PRIVE DE L OUEST PARISIEN	78190	Ile de France
CENTRE DE CANCEROLOGIE DE THIAIS	94320	Ile de France
CENTRE DE RADIOTHERAPIE ET ONCOLOGIE ST FARON	77100	Ile de France
MAREUIL LES MEAUX	77100	Ile de France
INSTITUT DE RADIOTHERAPIE DES HAUTS ENERGIES	93000	Ile de France
CLINIQUE DE LA ROSERAIE	93300	Ile de France
SA CLINIQUE JEAN CAUSSE	34440	Languedoc-Roussillon
CLINIQUE MISTRAL	30100	Languedoc-Roussillon
POLYCLINIQUE LA GARAUD	30200	Languedoc-Roussillon
SELARL ONCODOC	34500	Languedoc-Roussillon
CLINIQUE ST PIERRE	66012	Languedoc-Roussillon
LES CLINIQUES CHIRURGICALES	30014	Languedoc-Roussillon
CLINIQUE CLEMENTVILLE	34000	Languedoc-Roussillon
POLYCLINIQUE ST ROCH	34967	Languedoc-Roussillon
CLINIQUE VALDYAN CENTRE RADIOTHERAPIE ET TRAITEMENT	30900	Languedoc-Roussillon
CMC LES CECHS	19100	Limousin
CLINIQUE CHENIEUX	87000	Limousin
CENTRE DE CANCEROLOGIE CHENIEUX	87000	Limousin
HOP CLINIQUE CLAUDE BERNARD	57000	Lorraine
CLINIQUE ST JOSEPH	55100	Lorraine

Rapport de Mission DS/Psycho-oncologie Avril 2004
Annexe 3 – Listes des établissements ayant répondu au questionnaire

Etablissement	Code Postal	Région
CENTRE MEDICO CHIRURGICAL OBSTETRICAL CLAUDE BERNARD	81030	Midi-Pyrénées
CLINIQUE DU DOCTEUR CAVE	82000	Midi-Pyrénées
CLINIQUE DU PONT DE CHAUME	82017	Midi-Pyrénées
CLINIQUE DE CANDILLU	31300	Midi-Pyrénées
POLYCLINIQUE DU PARC	31078	Midi-Pyrénées
CLINIQUE AMBROISE PARE	31082	Midi-Pyrénées
CLINIQUE PASTEUR	31076	Midi-Pyrénées
POLYCLONIQUE DE L OMEAU GROUPE ONCOLOGIE DES PYRENEES	65000	Midi-Pyrénées
CLINIQUE DU HAINAUT	59300	Nord-Pas-de-Calais
CLINIQUE DU PONT SAINT VAAST	59500	Nord-Pas-de-Calais
CLINIQUE MEDICO CHIRURGICALE	62702	Nord-Pas-de-Calais
CLINIQUE ST ROCH	59402	Nord-Pas-de-Calais
CLINIQUE DU PARC	59170	Nord-Pas-de-Calais
CLINIQUE DES ACACIAS	62678	Nord-Pas-de-Calais
CLINIQUE DE LA LOUVIERE	59800	Nord-Pas-de-Calais
POLYCLINIQUE DU BOIS CENTRE BOURGOGNE	59003	Nord-Pas-de-Calais
CLINIQUE LES DRAGS	62520	Nord-Pas-de-Calais
CENTRE MCO COTE D OPALE	62222	Nord-Pas-de-Calais
POLYCLINIQUE DE LA THIERADE	59212	Nord-Pas-de-Calais
CLINIQUE DE VILLENEUVE D ASCQ	59491	Nord-Pas-de-Calais
CENTRE GRAY	59600	Nord-Pas-de-Calais
CLINIQUE VICTOR HUGO	72015	Pays de la Loire
POLYCLINIQUE DE L OCEAN	44600	Pays de la Loire
CENTRE ETIENNE DOLET	44600	Pays de la Loire
CENTRE HOSPITALIER BRIVE DE LA LOIRE	72100	Pays de la Loire
CENTRE CATHERINE DE SIENNE	44200	Pays de la Loire
CLINIQUE DU MAIL	80000	Picardie
CLINIQUE STE ISABELLE	80100	Picardie
CLINIQUE ARC EN CIEL	16100	Poitou-Charentes
HOPITAL LOCAL	84390	PACA
POLYCLINIQUE ST JEAN	06800	PACA
POLYCLINIQUE PARC RAMBOT	13611	PACA
AXIUM	13100	PACA
CLINIQUE AXIUM	13090	PACA
POLYCLINIQUE JEANNE D ARC	13637	PACA
CLINIQUE LA CASAMANCE	13400	PACA
CLINIQUE JEAN GIONO	04100	PACA

Rapport de Mission DS/Psycho-oncologie Avril 2004
Annexe 3 – Listes des établissements ayant répondu au questionnaire

Etablissement	Code Postal	Région
CLINIQUE VIGNOLI	13651	PACA
CLINIQUE GENERALE DE MARIGNANE	13700	PACA
HP CLAIRVAL	13009	PACA
CENTRE INTERCOMMUNAL SOINS SANTE	26110	Rhône-Alpes
CLINIQUE CHAMP FLEURI	69150	Rhône-Alpes
CLINIQUE DU VAL D OUEST VENDOME	69130	Rhône-Alpes
CLINIQUE CHARCOT	69110	Rhône-Alpes
CLINIQUE BELLEDOUNE	38400	Rhône-Alpes
CLINIQUE CONVERT	01004	Rhône-Alpes
CLINIQUE GENERALE DE SAUDE	73000	Rhône-Alpes
CLINIQUE MUTUALISTE D AMBERIEU	01506	Rhône-Alpes
CLINIQUE RADIO JEANNE D ARC	69008	Rhône-Alpes
CLINIQUE DE LA SAUVGARDE	69337	Rhône-Alpes
CLINIQUE DE CHARTREUSE	38500	Rhône-Alpes
POLYCLINIQUE DE BEAUJOLAIS	69653	Rhône-Alpes
INFIRMIERE PROTESTANTE DE LYON	69300	Rhône-Alpes
CLINIQUE STE CLOTILDE	97492	DOM

LISTE DES ETABLISSEMENTS

Statut=Participant Service Public Hospitalier

Etablissement	Code Postal	Région
INSTITUT CURIE	75248	Ile de France
CLINIQUE ROCHEBELLE	30100	Languedoc-Roussillon
INSTITUT SAINTE CATHERINE	84082	PACA

Annexe 4 : Autres formations que les DU de psycho –oncologie, citées par les intervenants des établissements de santé ayant répondu à l'enquête

AUTRE FORMATION CHEZ LES PSYCHIATRES ET PSYCHOLOGUES

Etablissement	Statut	Région	PSYCHIATRES	PSYCHOLOGUES
INSTITU CLAUDIUS REGAUD	Centre Régional de Lutte Contre le Cancer	Midi-Pyrénées		PSYCHANALYSE DU DOULEUR
CENTRE ALEXIS VAUTRIN	Centre Régional de Lutte Contre le Cancer	Lorraine	THERAPIE POUR URGENCE MEDICO PSY	DU DOULEUR AFTCC
CENTRE HOSPITALIER LHENNEC	Centre Hospitalier	Picardie	ND	PATHOLOGIE CLINIQUE TRAUMATIQUE / SOINS PALLIATIFS
SENLIS HOPITAL GENERAL	Centre Hospitalier	Picardie		FORMATION BASE SOINS PALLIATIFS EN COURS
INSTITUT BERGONIE	Centre Régional de Lutte Contre le Cancer	Aquitaine	PSYCHOTHERAPIE INDIVIDUELLE FAMILIALE PRISE EN CHARGE PATIENT ACCOMPAGNEMENT EQUIPE	PSYCHOTHERAPIE INDIVIDUELLE FAMILIALE PRISE EN CHARGE PATIENT ACCOMPAGNEMENT EQUIPE
CENTRE OBSTETRICO CHIRURGICAL CHANTEREINE	Privé	Ile de France	ND	FORMATION A VENIR DEUIL CHEZ L ADULTE PATIENTS EN FIN DE VIE SOINS PALLIATIFS
CLINIQUE DES ACACIAS	Privé	Nord-Pas-de-Calais	ND	SOINS PALLIATIFS ET ACCOMPAGNEMENT
CLINIQUE ST VINCENT	Privé	Franche-Comté	PIU SOINS PALLIATIFS	
CHU COTE DE NACRE CAEN	Centre Hospitalier Universitaire	Basse Normandie		DE PSYHCOLOGUE DU SOINS PALLIATIFS
HOP DE LA TIMONE ADULTES	Centre Hospitalier Universitaire	PACA	FORMATION CONTINU DOULEUR SOINS PALLIATIFS RESC ET IN SITU DANS SCE SPECIALITE CANCER	FORMATION CONTINU DOULEUR SOINS PALLIATIFS RESC ET IN SITU DANS SCE SPECIALITE CANCER
GROUPE HOSPITALIER TIMONE ENFANTS	Centre Hospitalier Universitaire	PACA	FORMATION CONTINU DOULEUR SOINS PALLIATIFS RESC ET IN SITU DANS SCE SPECIALITE CANCER	FORMATION CONTINU DOULEUR SOINS PALLIATIFS RESC ET IN SITU DANS SCE SPECIALITE CANCER
HOP DE LA CONCEPTION	Centre Hospitalier Universitaire	PACA	FORMATION CONTINU DOULEUR SOINS PALLIATIFS RESC ET IN SITU DANS SCE SPECIALITE CANCER	FORMATION CONTINU DOULEUR SOINS PALLIATIFS RESC ET IN SITU DANS SCE SPECIALITE CANCER

Rapport de Mission DS/Psycho-oncologie Avril 2004

Annexe 4 : Autres formations que les DU de psycho –oncologie, citées par les intervenants des établissements de santé ayant répondu à l'enquête

Etablissement	Statut	Région	PSYCHIATRES	PSYCHOLOGUES
HOP NORD	Centre Hopitalier Universitaire	PACA	FORMATION CONTINU DOULEUR SOINS PALLIATIFS RESC ET IN SITU DANS SCE SPECIALITE CANCER	FORMATION CONTINU DOULEUR SOINS PALLIATIFS RESC ET IN SITU DANS SCE SPECIALITE CANCER
HOP SUD	Centre Hopitalier Universitaire	PACA	FORMATION CONTINU DOULEUR SOINS PALLIATIFS RESC ET IN SITU DANS SCE SPECIALITE CANCER	FORMATION CONTINU DOULEUR SOINS PALLIATIFS RESC ET IN SITU DANS SCE SPECIALITE CANCER
HOP AVICENNE	Centre Hopitalier Universitaire	Ile de France		SOINS PALLIATIFS ET DOULEUR
CLINIQUE DE LA SAUVGARDE	Privé	Rhône-Alpes	CONSULTATION DE DOULEUR DU SOINS PALLIATIFS 28 ANS DE PSYCHIATRIE DE LIAISON EN HOP GENERAL	

Rapport de Mission DS/Psycho-oncologie Avril 2004

Annexe 4 : Autres formations que les DU de psycho –oncologie, citées par les intervenants des établissements de santé ayant répondu à l'enquête

Annexe 5 : besoins exprimés en psychiatres et en psychologues par région et par type d'établissements

TEMPS DE PRESENCE ET BESOINS EN PSYCHIATRES ET PSYCHOLOGUES

Région=Alsace

TEMPERATURE DE PRESENCE ET BESOINS (ETP)	PRESENCE DES PSYCHIATRES	BESOINS EN PSYCHIATRES	PRESENCE DES PSYCHOLOGUES	BESOINS EN PSYCHOLOGUES
Centre Hospitalier				
Effectif	0	1	1	1
Valeurs manquantes	1	0	0	0
Moyenne	.	0.3	1.0	1.0
Ecart-type	.	.	.	.
Médiane	.	0.3	1.0	1.0
Centre Hospitalier Universitaire				
Effectif	0	1	1	0
Valeurs manquantes	1	0	0	1
Moyenne	.	0.1	2.0	.
Ecart-type	.	.	.	.
Médiane	.	0.1	2.0	.
Centre Régional de Lutte Contre le Cancer				
Effectif	0	1	0	1
Valeurs manquantes	1	0	1	0
Moyenne	.	1.0	.	1.0
Ecart-type	.	.	.	.
Médiane	.	1.0	.	1.0

Rapport de Mission DS/Psycho-oncologie Avril 2004

Annexe 5 : Besoins exprimés en psychiatres et en psychologues par région et par type d'établissements

TEMPS DE PRESENCE ET BESOINS (ETP)		PRESENCE DES PSYCHIATRES	BESOINS EN PSYCHIATRES	PRESENCE DES PSYCHOLOGUES	BESOINS EN PSYCHOLOGUES
Privé	Effectif	0	0	0	1
	Valeurs manquantes	1	1	1	0
	Moyenne	.	.	.	2.0
	Ecart-type	.	.	.	.
	Médiane	.	.	.	2.0

TEMPS DE PRESENCE ET BESOINS EN PSYCHIATRES ET PSYCHOLOGUES

Région=Aquitaine

TEMPS DE PRESENCE ET BESOINS (ETP)	PRESENCE DES PSYCHIATRES	BESOINS EN PSYCHIATRES	PRESENCE DES PSYCHOLOGUES	BESOINS EN PSYCHOLOGUES
Centre Hospitalier Universitaire				
Effectif	0	1	0	1
Valeurs manquantes	1	0	1	0
Moyenne	.	0.5	.	3.0
Ecart-type	.	.	.	.
Médiane	.	0.5	.	3.0
Centre Régional de Lutte Contre le Cancer				
Effectif	1	1	1	1
Valeurs manquantes	0	0	0	0
Moyenne	0.6	1.0	1.3	1.0
Ecart-type	.	.	.	.
Médiane	0.6	1.0	1.3	1.0
Effectif	0	0	2	0
Privé				
Valeurs manquantes	8	8	6	8
Moyenne	.	.	1.1	.
Ecart-type	.	.	1.3	.
Médiane	.	.	1.1	.

TEMPS DE PRESENCE ET BESOINS EN PSYCHIATRES ET PSYCHOLOGUES

Région=Auvergne

TEMPS DE PRESENCE ET BESOINS (ETP)		PRESENCE DES PSYCHIATRES	BESOINS EN PSYCHIATRES	PRESENCE DES PSYCHOLOGUES	BESOINS EN PSYCHOLOGUES
Centre Régional de Lutte Contre le Cancer	Effectif	1	0	1	0
	Valeurs manquantes	0	1	0	1
	Moyenne	0.5	.	1.0	.
	Ecart-type	.	.	.	.
	Médiane	0.5	.	1.0	.
Privé	Effectif	1	0	1	0
	Valeurs manquantes	1	2	1	2
	Moyenne	5.0	.	0.5	.
	Ecart-type	.	.	.	.
	Médiane	5.0	.	0.5	.

TEMPS DE PRESENCE ET BESOINS EN PSYCHIATRES ET PSYCHOLOGUES

Région=Basse Normandie

TEMPS DE PRESENCE ET BESOINS (ETP)	PRESENCE DES PSYCHIATRES	BESOINS EN PSYCHIATRES	PRESENCE DES PSYCHOLOGUES	BESOINS EN PSYCHOLOGUES
Centre Hospitalier Universitaire				
Effectif	0	1	1	0
Valeurs manquantes	1	0	0	1
Moyenne	.	1.0	0.5	.
Ecart-type	.	.	.	.
Médiane	.	1.0	0.5	.
Centre Régional de Lutte Contre le Cancer				
Effectif	1	1	1	1
Valeurs manquantes	0	0	0	0
Moyenne	0.1	1.0	0.6	2.0
Ecart-type	.	.	.	.
Médiane	0.1	1.0	0.6	2.0
Privé				
Effectif	0	0	1	0
Valeurs manquantes	2	2	1	2
Moyenne	.	.	0.8	.
Ecart-type	.	.	.	.
Médiane	.	.	0.8	.

TEMPS DE PRESENCE ET BESOINS EN PSYCHIATRES ET PSYCHOLOGUES

Région=Bourgogne

TEMPS DE PRESENCE ET BESOINS (ETP)	PRESENCE DES PSYCHIATRES	BESOINS EN PSYCHIATRES	PRESENCE DES PSYCHOLOGUES	BESOINS EN PSYCHOLOGUES
Centre Hospitalier Universitaire				
Effectif	0	1	0	1
Valeurs manquantes	1	0	1	0
Moyenne	.	1.0	.	1.0
Ecart-type	.	.	.	.
Médiane	.	1.0	.	1.0
Centre Régional de Lutte Contre le Cancer				
Effectif	1	1	1	1
Valeurs manquantes	0	0	0	0
Moyenne	0.1	0.5	1.3	0.5
Ecart-type	.	.	.	.
Médiane	0.1	0.5	1.3	0.5
Effectif	0	2	1	1
Privé				
Valeurs manquantes	3	1	2	2
Moyenne	.	0.5	0.4	1.0
Ecart-type	.	0.0	.	.
Médiane	.	0.5	0.4	1.0

TEMPS DE PRESENCE ET BESOINS EN PSYCHIATRES ET PSYCHOLOGUES

Région=Bretagne

TEMPS DE PRESENCE ET BESOINS (ETP)	PRESENCE DES PSYCHIATRES	BESOINS EN PSYCHIATRES	PRESENCE DES PSYCHOLOGUES	BESOINS EN PSYCHOLOGUES
Centre Hospitalier Universitaire				
Effectif	1	0	1	1
Valeurs manquantes	0	1	0	0
Moyenne	0.1	.	0.7	1.0
Ecart-type	.	.	.	.
Médiane	0.1	.	0.7	1.0
Privé				
Effectif	0	0	2	1
Valeurs manquantes	4	4	2	3
Moyenne	.	.	0.6	2.0
Ecart-type	.	.	0.6	.
Médiane	.	.	0.6	2.0

TEMPS DE PRESENCE ET BESOINS EN PSYCHIATRES ET PSYCHOLOGUES

Région=Centre

TEMPS DE PRESENCE ET BESOINS (ETP)	PRESENCE DES PSYCHIATRES	BESOINS EN PSYCHIATRES	PRESENCE DES PSYCHOLOGUES	BESOINS EN PSYCHOLOGUES
Centre Hospitalier				
Effectif	1	2	1	2
Valeurs manquantes	1	0	1	0
Moyenne	0.0	0.7	1.5	1.0
Ecart-type	.	0.5	.	1.4
Médiane	0.0	0.7	1.5	1.0
Centre Hospitalier Universitaire				
Effectif	2	1	2	2
Valeurs manquantes	0	1	0	0
Moyenne	1.1	1.0	2.5	3.0
Ecart-type	1.2	.	2.1	2.8
Médiane	1.1	1.0	2.5	3.0
Privé				
Effectif	0	3	3	2
Valeurs manquantes	7	4	4	5
Moyenne	.	0.4	0.4	1.5
Ecart-type	.	0.1	0.3	0.7
Médiane	.	0.5	0.2	1.5

Rapport de Mission DS/Psycho-oncologie Avril 2004

Annexe 5 : Besoins exprimés en psychiatres et en psychologues par région et par type d'établissements

TEMPS DE PRESENCE ET BESOINS EN PSYCHIATRES ET PSYCHOLOGUES

Région=Champagne-Ardennes

TEMPS DE PRESENCE ET BESOINS (ETP)		PRESENCE DES PSYCHIATRES	BESOINS EN PSYCHIATRES	PRESENCE DES PSYCHOLOGUES	BESOINS EN PSYCHOLOGUES
Centre Régional de Lutte Contre le Cancer	Effectif	0	0	1	1
	Valeurs manquantes	1	1	0	0
	Moyenne	.	.	1.0	1.0
	Ecart-type	.	.	.	.
	Médiane	.	.	1.0	1.0
Privé	Effectif	1	2	1	2
	Valeurs manquantes	1	0	1	0
	Moyenne	2.0	0.8	0.2	1.5
	Ecart-type	.	0.4	.	0.7
	Médiane	2.0	0.8	0.2	1.5

Rapport de Mission DS/Psycho-oncologie Avril 2004

Annexe 5 : Besoins exprimés en psychiatres et en psychologues par région et par type d'établissements

TEMPS DE PRESENCE ET BESOINS EN PSYCHIATRES ET PSYCHOLOGUES

Région=Corse

TEMPS DE PRESENCE ET BESOINS (ETP)	PRESENCE DES PSYCHIATRES	BESOINS EN PSYCHIATRES	PRESENCE DES PSYCHOLOGUES	BESOINS EN PSYCHOLOGUES
Centre Hospitalier				
Effectif	0	0	0	1
Valeurs manquantes	1	1	1	0
Moyenne	.	.	.	2.0
Ecart-type	.	.	.	.
Médiane	.	.	.	2.0
Effectif	0	0	0	0
Privé				
Valeurs manquantes	2	2	2	2
Moyenne	.	.	.	.
Ecart-type	.	.	.	.
Médiane	.	.	.	.

TEMPS DE PRESENCE ET BESOINS EN PSYCHIATRES ET PSYCHOLOGUES

Région=Franche-Comté

TEMPS DE PRESENCE ET BESOINS (ETP)	PRESENCE DES PSYCHIATRES	BESOINS EN PSYCHIATRES	PRESENCE DES PSYCHOLOGUES	BESOINS EN PSYCHOLOGUES
Privé				
Effectif	1	1	1	1
Valeurs manquantes	1	1	1	1
Moyenne	0.0	0.3	0.2	4.0
Ecart-type	.	.	.	.
Médiane	0.0	0.3	0.2	4.0

TEMPS DE PRESENCE ET BESOINS EN PSYCHIATRES ET PSYCHOLOGUES

Région=Haute Normandie

TEMPS DE PRESENCE ET BESOINS (ETP)		PRESENCE DES PSYCHIATRES	BESOINS EN PSYCHIATRES	PRESENCE DES PSYCHOLOGUES	BESOINS EN PSYCHOLOGUES
Centre Régional de Lutte Contre le Cancer	Effectif	1	1	1	0
	Valeurs manquantes	0	0	0	1
	Moyenne	1.0	0.4	1.5	.
	Ecart-type	.	.	.	.
	Médiane	1.0	0.4	1.5	.
Privé	Effectif	0	1	2	2
	Valeurs manquantes	4	3	2	2
	Moyenne	.	1.0	0.6	4.5
	Ecart-type	.	.	0.4	2.1
	Médiane	.	1.0	0.6	4.5

Rapport de Mission DS/Psycho-oncologie Avril 2004

Annexe 5 : Besoins exprimés en psychiatres et en psychologues par région et par type d'établissements

TEMPS DE PRESENCE ET BESOINS EN PSYCHIATRES ET PSYCHOLOGUES

Région=Ile de France

TEMPS DE PRESENCE ET BESOINS (ETP)	PRESENCE DES PSYCHIATRES	BESOINS EN PSYCHIATRES	PRESENCE DES PSYCHOLOGUES	BESOINS EN PSYCHOLOGUES
Centre Hospitalier				
Effectif	0	2	1	2
Valeurs manquantes	2	0	1	0
Moyenne	.	0.5	0.5	1.0
Ecart-type	.	0.7	.	0.0
Médiane	.	0.5	0.5	1.0
Centre Hospitalier Universitaire				
Effectif	3	10	9	9
Valeurs manquantes	12	5	6	6
Moyenne	0.5	1.3	2.0	2.7
Ecart-type	0.9	0.7	2.7	2.0
Médiane	0.0	1.0	1.2	2.0
Centre Régional de Lutte Contre le Cancer				
Effectif	2	1	2	2
Valeurs manquantes	0	1	0	0
Moyenne	1.8	4.0	2.0	1.5
Ecart-type	1.1	.	2.1	0.7
Médiane	1.8	4.0	2.0	1.5

Rapport de Mission DS/Psycho-oncologie Avril 2004

Annexe 5 : Besoins exprimés en psychiatres et en psychologues par région et par type d'établissements

TEMPS DE PRESENCE ET BESOINS (ETP)		PRESENCE DES PSYCHIATRES	BESOINS EN PSYCHIATRES	PRESENCE DES PSYCHOLOGUES	BESOINS EN PSYCHOLOGUES
Privé	Effectif	2	7	7	13
	Valeurs manquantes	17	12	12	6
	Moyenne	0.0	0.4	0.6	1.4
	Ecart-type	0.0	0.4	0.4	2.1
	Médiane	0.0	0.5	0.5	1.0
Participant Service Public Hospitalier	Effectif	1	1	1	1
	Valeurs manquantes	0	0	0	0
	Moyenne	1.0	3.0	2.5	3.0
	Ecart-type	.	.	.	.
	Médiane	1.0	3.0	2.5	3.0

TEMPS DE PRESENCE ET BESOINS EN PSYCHIATRES ET PSYCHOLOGUES

Région=Languedoc-Roussillon

TEMPS DE PRESENCE ET BESOINS (ETP)	PRESENCE DES PSYCHIATRES	BESOINS EN PSYCHIATRES	PRESENCE DES PSYCHOLOGUES	BESOINS EN PSYCHOLOGUES
Centre Hospitalier Universitaire				
Effectif	0	1	0	1
Valeurs manquantes	1	0	1	0
Moyenne	.	2.0	.	7.0
Ecart-type	.	.	.	.
Médiane	.	2.0	.	7.0
Centre Régional de Lutte Contre le Cancer				
Effectif	1	0	1	1
Valeurs manquantes	0	1	0	0
Moyenne	0.2	.	2.0	1.0
Ecart-type	.	.	.	.
Médiane	0.2	.	2.0	1.0
Privé				
Effectif	1	3	4	4
Valeurs manquantes	8	6	5	5
Moyenne	0.2	0.6	0.3	1.0
Ecart-type	.	0.4	0.2	0.7
Médiane	0.2	0.5	0.2	0.8

TEMPS DE PRESENCE ET BESOINS (ETP)		PRESENCE DES PSYCHIATRES	BESOINS EN PSYCHIATRES	PRESENCE DES PSYCHOLOGUES	BESOINS EN PSYCHOLOGUES
Participant	Service Public Hospitalier	0	0	1	1
	Effectif				
	Valeurs manquantes	1	1	0	0
	Moyenne	.	.	0.3	0.5
	Ecart-type	.	.	.	.
	Médiane	.	.	0.3	0.5

TEMPS DE PRESENCE ET BESOINS EN PSYCHIATRES ET PSYCHOLOGUES

Région=Limousin

TEMPS DE PRESENCE ET BESOINS (ETP)	PRESENCE DES PSYCHIATRES	BESOINS EN PSYCHIATRES	PRESENCE DES PSYCHOLOGUES	BESOINS EN PSYCHOLOGUES
Centre Hospitalier Universitaire				
Effectif	1	0	1	0
Valeurs manquantes	0	1	0	1
Moyenne	0.1	.	3.0	.
Ecart-type	.	.	.	.
Médiane	0.1	.	3.0	.
Privé				
Effectif	1	2	1	2
Valeurs manquantes	2	1	2	1
Moyenne	0.5	0.6	0.5	1.0
Ecart-type	.	0.6	.	0.0
Médiane	0.5	0.6	0.5	1.0

TEMPS DE PRESENCE ET BESOINS EN PSYCHIATRES ET PSYCHOLOGUES

Région=Lorraine

TEMPS DE PRESENCE ET BESOINS (ETP)		PRESENCE DES PSYCHIATRES	BESOINS EN PSYCHIATRES	PRESENCE DES PSYCHOLOGUES	BESOINS EN PSYCHOLOGUES
Centre Régional de Lutte Contre le Cancer	Effectif	1	1	1	0
	Valeurs manquantes	0	0	0	1
	Moyenne	1.1	1.0	1.1	.
	Ecart-type	.	.	.	.
	Médiane	1.1	1.0	1.1	.
Privé	Effectif	0	1	1	1
	Valeurs manquantes	2	1	1	1
	Moyenne	.	0.0	0.5	0.0
	Ecart-type	.	.	.	.
	Médiane	.	0.0	0.5	0.0

TEMPS DE PRESENCE ET BESOINS EN PSYCHIATRES ET PSYCHOLOGUES

Région=Midi-Pyrénées

TEMPS DE PRESENCE ET BESOINS (ETP)	PRESENCE DES PSYCHIATRES	BESOINS EN PSYCHIATRES	PRESENCE DES PSYCHOLOGUES	BESOINS EN PSYCHOLOGUES
Centre Hospitalier				
Effectif	0	1	1	1
Valeurs manquantes	3	2	2	2
Moyenne	.	1.0	0.5	1.0
Ecart-type	.	.	.	.
Médiane	.	1.0	0.5	1.0
Centre Régional de Lutte Contre le Cancer				
Effectif	1	0	1	0
Valeurs manquantes	0	1	0	1
Moyenne	0.5	.	2.0	.
Ecart-type	.	.	.	.
Médiane	0.5	.	2.0	.
Privé				
Effectif	1	4	5	4
Valeurs manquantes	7	4	3	4
Moyenne	0.1	0.9	0.4	6.0
Ecart-type	.	0.8	0.3	6.7
Médiane	0.1	0.8	0.2	3.0

TEMPS DE PRESENCE ET BESOINS EN PSYCHIATRES ET PSYCHOLOGUES

Région=Nord-Pas-de-Calais

TEMPS DE PRESENCE ET BESOINS (ETP)	PRESENCE DES PSYCHIATRES	BESOINS EN PSYCHIATRES	PRESENCE DES PSYCHOLOGUES	BESOINS EN PSYCHOLOGUES
Centre Régional de Lutte Contre le Cancer				
Effectif	1	0	1	1
Valeurs manquantes	0	1	0	0
Moyenne	1.0	.	1.0	1.0
Ecart-type	.	.	.	.
Médiane	1.0	.	1.0	1.0
Privé				
Effectif	2	4	6	3
Valeurs manquantes	11	9	7	10
Moyenne	0.0	0.9	0.7	3.3
Ecart-type	0.0	0.3	0.4	2.3
Médiane	0.0	1.0	0.6	2.0

Rapport de Mission DS/Psycho-oncologie Avril 2004

Annexe 5 : Besoins exprimés en psychiatres et en psychologues par région et par type d'établissements

TEMPS DE PRESENCE ET BESOINS EN PSYCHIATRES ET PSYCHOLOGUES

Région=Pays de la Loire

TEMPS DE PRESENCE ET BESOINS (ETP)		PRESENCE DES PSYCHIATRES	BESOINS EN PSYCHIATRES	PRESENCE DES PSYCHOLOGUES	BESOINS EN PSYCHOLOGUES
Centre Régional de Lutte Contre le Cancer	Effectif	1	1	2	2
	Valeurs manquantes	1	1	0	0
	Moyenne	0.0	0.3	1.3	2.0
	Ecart-type	.	.	0.5	1.4
	Médiane	0.0	0.3	1.3	2.0
Privé	Effectif	3	2	4	2
	Valeurs manquantes	2	3	1	3
	Moyenne	0.1	0.6	0.4	1.8
	Ecart-type	0.1	0.5	0.3	1.8
	Médiane	0.0	0.6	0.4	1.8

TEMPS DE PRESENCE ET BESOINS EN PSYCHIATRES ET PSYCHOLOGUES

Région=Picardie

TEMPS DE PRESENCE ET BESOINS (ETP)	PRESENCE DES PSYCHIATRES	BESOINS EN PSYCHIATRES	PRESENCE DES PSYCHOLOGUES	BESOINS EN PSYCHOLOGUES
Centre Hospitalier				
Effectif	1	1	2	2
Valeurs manquantes	1	1	0	0
Moyenne	0.0	0.5	1.0	1.5
Ecart-type	.	.	0.7	0.7
Médiane	0.0	0.5	1.0	1.5
Centre Hospitalier Universitaire				
Effectif	0	1	0	1
Valeurs manquantes	1	0	1	0
Moyenne	.	1.0	.	2.0
Ecart-type	.	.	.	.
Médiane	.	1.0	.	2.0
Privé				
Effectif	0	0	1	0
Valeurs manquantes	2	2	1	2
Moyenne	.	.	0.5	.
Ecart-type	.	.	.	.
Médiane	.	.	0.5	.

TEMPS DE PRESENCE ET BESOINS EN PSYCHIATRES ET PSYCHOLOGUES

Région=Poitou-Charentes

TEMPS DE PRESENCE ET BESOINS (ETP)	PRESENCE DES PSYCHIATRES	BESOINS EN PSYCHIATRES	PRESENCE DES PSYCHOLOGUES	BESOINS EN PSYCHOLOGUES
Centre Hospitalier				
Effectif	1	1	1	1
Valeurs manquantes	0	0	0	0
Moyenne	0.0	0.1	0.7	0.0
Ecart-type	.	.	.	.
Médiane	0.0	0.1	0.7	0.0
Effectif	0	0	0	0
Privé				
Valeurs manquantes	1	1	1	1
Moyenne	.	.	.	.
Ecart-type	.	.	.	.
Médiane	.	.	.	.

TEMPS DE PRESENCE ET BESOINS EN PSYCHIATRES ET PSYCHOLOGUES

Région=PACA

TEMPS DE PRESENCE ET BESOINS (ETP)	PRESENCE DES PSYCHIATRES	BESOINS EN PSYCHIATRES	PRESENCE DES PSYCHOLOGUES	BESOINS EN PSYCHOLOGUES
Centre Hospitalier				
Effectif	3	2	5	4
Valeurs manquantes	3	4	1	2
Moyenne	1.0	0.4	16.6	1.1
Ecart-type	1.0	0.2	35.4	0.6
Médiane	1.0	0.4	1.0	1.0
Centre Hospitalier Universitaire				
Effectif	1	4	4	3
Valeurs manquantes	5	2	2	3
Moyenne	0.3	1.0	1.5	3.0
Ecart-type	.	0.7	1.2	0.0
Médiane	0.3	0.8	1.5	3.0
Centre Régional de Lutte Contre le Cancer				
Effectif	2	2	2	1
Valeurs manquantes	0	0	0	1
Moyenne	0.6	1.0	1.4	1.0
Ecart-type	0.6	0.0	0.6	.
Médiane	0.6	1.0	1.4	1.0

Rapport de Mission DS/Psycho-oncologie Avril 2004

Annexe 5 : Besoins exprimés en psychiatres et en psychologues par région et par type d'établissements

TEMPS DE PRESENCE ET BESOINS (ETP)		PRESENCE DES PSYCHIATRES	BESOINS EN PSYCHIATRES	PRESENCE DES PSYCHOLOGUES	BESOINS EN PSYCHOLOGUES
Privé	Effectif	0	3	4	2
	Valeurs manquantes	11	8	7	9
	Moyenne	.	0.6	0.5	0.6
	Ecart-type	.	0.4	0.3	0.6
	Médiane	.	0.5	0.4	0.6
Participant Service Public Hospitalier	Effectif	1	0	1	0
	Valeurs manquantes	0	1	0	1
	Moyenne	0.8	.	0.8	.
	Ecart-type	.	.	.	.
	Médiane	0.8	.	0.8	.

TEMPS DE PRESENCE ET BESOINS EN PSYCHIATRES ET PSYCHOLOGUES

Région=Rhône-Alpes

TEMPS DE PRESENCE ET BESOINS (ETP)	PRESENCE DES PSYCHIATRES	BESOINS EN PSYCHIATRES	PRESENCE DES PSYCHOLOGUES	BESOINS EN PSYCHOLOGUES
Centre Hospitalier				
Effectif	0	0	1	1
Valeurs manquantes	1	1	0	0
Moyenne	.	.	1.0	1.0
Ecart-type	.	.	.	.
Médiane	.	.	1.0	1.0
Centre Hospitalier Universitaire				
Effectif	1	2	2	1
Valeurs manquantes	2	1	1	2
Moyenne	0.0	1.1	4.6	5.0
Ecart-type	.	1.2	0.6	.
Médiane	0.0	1.1	4.6	5.0
Centre Régional de Lutte Contre le Cancer				
Effectif	1	1	1	1
Valeurs manquantes	0	0	0	0
Moyenne	1.0	0.5	2.0	1.0
Ecart-type	.	.	.	.
Médiane	1.0	0.5	2.0	1.0

Rapport de Mission DS/Psycho-oncologie Avril 2004

Annexe 5 : Besoins exprimés en psychiatres et en psychologues par région et par type d'établissements

TEMPS DE PRESENCE ET BESOINS (ETP)		PRESENCE DES PSYCHIATRES	BESOINS EN PSYCHIATRES	PRESENCE DES PSYCHOLOGUES	BESOINS EN PSYCHOLOGUES
Privé	Effectif	1	3	5	6
	Valeurs manquantes	12	10	8	7
	Moyenne	0.4	0.7	0.3	0.8
	Ecart-type	.	0.5	0.2	0.3
	Médiane	0.4	1.0	0.3	0.8

TEMPS DE PRESENCE ET BESOINS EN PSYCHIATRES ET PSYCHOLOGUES

Région=DOM

TEMPS DE PRESENCE ET BESOINS (ETP)		PRESENCE DES PSYCHIATRES	BESOINS EN PSYCHIATRES	PRESENCE DES PSYCHOLOGUES	BESOINS EN PSYCHOLOGUES
Centre Hospitalier Universitaire	Effectif	0	1	1	1
	Valeurs manquantes	1	0	0	0
	Moyenne	.	0.2	1.0	1.0
	Ecart-type	.	.	.	.
	Médiane	.	0.2	1.0	1.0
Privé	Effectif	1	1	1	0
	Valeurs manquantes	0	0	0	1
	Moyenne	0.1	0.3	1.0	.
	Ecart-type	.	.	.	.
	Médiane	0.1	0.3	1.0	.