

la dynamique du Plan cancer

Actions et Résultats



Mission
Interministérielle pour
la Lutte contre le
Cancer

Depuis deux ans la lutte contre le cancer a pris une nouvelle dimension. Ce qui hier encore semblait impossible est aujourd'hui en passe de se réaliser. Pas à pas, mais résolument. Avec la plus grande détermination d'un nombre chaque jour croissant d'acteurs au service des patients, de citoyens devenant eux-mêmes acteurs de l'amélioration de leur santé. Oui, tout indique qu'ensemble nous allons relever le défi.

Ces changements sont directement liés à un engagement sans précédent au plus haut niveau de l'Etat. En faisant de la lutte contre le cancer une priorité nationale et l'un des grands chantiers de son quinquennat, le Président de la République, Monsieur Jacques Chirac, a montré la voie et fait prendre conscience que le cancer était au-delà d'un problème de santé publique, un véritable enjeu de société. Une étape essentielle a ainsi été franchie vers la compréhension de l'urgence et déjà vers celle d'une guérison sociale du cancer.

Priorité présidentielle, le Plan cancer est donc un immense chantier de vie qui n'a laissé inexplorée aucune des pistes susceptibles de nous faire progresser vers un avenir où le cancer sera une maladie mieux maîtrisée.

En 2007, nous le savons, le cancer ne sera pas totalement vaincu mais ensemble nous aurons gagné des vies. Nous aurons donné aux chercheurs des conditions favorables pour accélérer l'innovation au bénéfice des patients. Nous aurons, avec les professionnels de santé, fait évoluer les organisations pour répondre aux exigences d'approches thérapeutiques innovantes et complexes. Enfin, nous aurons rendu équitable l'accès aux dépistages et fait évoluer la culture de la prévention.

Et si nous pouvons aujourd'hui l'affirmer c'est qu'en deux ans, des pas, petits et grands, et même pour certains de géant, ont été collectivement franchis. Oui, les engagements ont été tenus et les objectifs respectés. Chacun s'approprie le Plan cancer parce qu'il a du sens et chacun peut y inscrire ses actions : « Dans le cadre du Plan cancer », est devenu un fil d'Ariane.

Depuis deux ans, le Plan cancer avance dans toutes les régions de France. Dès 2003, anticipant ce qui résulte de l'application de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, j'ai demandé aux préfets de régions, de bien vouloir mettre en place des comités de pilotage du Plan cancer afin que les mesures soient mises en œuvre sans tarder. Ancrer le dispositif dans la réalité, suivre et accompagner l'avancée des actions par le dialogue, le maillage territorial, la multiplication des têtes de réseaux, exiger la remontée d'indicateurs de suivi et préparer celle de mesures d'impact : telles ont été les actions de la Mission que j'ai eu l'honneur de conduire. Sur le terrain, grâce aux nombreux déplacements que j'ai systématiquement effectués dans les régions, j'ai pu constater le chemin parcouru.

Une mobilisation sans précédent est enclenchée autour d'un Plan dont personne ne conteste la pertinence. Ses objectifs à la fois clairs et ambitieux sont devenus des objectifs partagés, consensuels que chacun s'attache à mettre en œuvre à la lettre et avec pragmatisme, en tenant compte des contextes d'exercices et des spécificités régionales. Ensemble, nous voyons s'opérer ce dont nous avons tous un jour rêvé pour cette grande cause : la fin des frontières, des chapelles et des domaines réservés. Au profit d'actions coordonnées, synergiques et cohérentes.

Cette dynamique doit désormais s'ancrer dans la durée. Il ne peut en être autrement, l'attente est trop forte. L'Institut National du Cancer va s'attacher, conformément aux missions que lui confie la loi et grâce aux moyens propres dont il dispose (70 millions d'euros en 2005), à conforter et amplifier l'action en adoptant un mode opératoire adapté à son statut.

Dans son mode de gouvernance, le Plan cancer est un modèle de gestion innovante de politique de santé publique : la logique de mise sous objectif, d'exigence de résultats, d'évaluation, bouleverse positivement les organisations, impose la coordination et les décloisonnements. Deux années de mise en œuvre apportent la preuve que de telles évolutions sont possibles. Oui, il est possible de conduire une politique publique guidée par l'obligation de résultats.

En un an fut ainsi relevé le défi de la généralisation de l'organisation du dépistage du cancer du sein qu'il avait fallu près de 10 ans pour mettre en place dans moins de 40 départements. Beaucoup reste à faire pour atteindre le taux de participation fixé à 80 % à l'horizon 2007 mais déjà, un an après sa généralisation, avec 40 %, la progression est significative et ce qu'il convient d'améliorer est de mieux en mieux identifié. Il faut diversifier les campagnes et les modes de sensibilisation pour mieux faire percevoir à chacune la chance qu'offre un dépistage de qualité. Nous avons trois ans pour faire aussi bien pour le dépistage du cancer colorectal dont personne ne remet en question la pertinence. Les résultats de la phase expérimentale qui touche déjà 23 départements, devront rapidement permettre de proposer les modalités de sa généralisation et en 2007, il sera généralisé, c'est l'engagement pris par Monsieur Philippe Douste-Blazy, ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille.

Ce qui compte maintenant, c'est que tombent toutes les barrières psychologiques au dépistage. Convaincre et toujours convaincre. Toutes et tous. La pratique du dépistage doit devenir naturelle, un acte assimilable à une bonne hygiène de vie. Un formidable enjeu pour notre société toute entière : faire changer l'image du cancer, faire du dépistage un acte d'adhésion à une politique collective de santé publique, se donner les meilleures chances de guérison.

En matière de prévention et donc de cancers évitables, la lutte contre le tabagisme actif et passif a pris une dimension jamais atteinte auparavant, grâce à des choix courageux qui commencent à porter leurs fruits. Et à terme, des milliers de vie sauvées. Un impératif, faire mieux encore auprès des jeunes. La France moteur

de la politique européenne de lutte contre le tabagisme voit aujourd'hui sa politique confortée par celle de ses partenaires et par la première convention internationale de l'OMS qui s'impose juridiquement à ses signataires.

Sans doute moins spectaculaire mais tout aussi indispensable, l'effort doit maintenant porter sur l'éducation à la santé, la prévention des cancers professionnels et environnementaux. Le Plan cancer se voit aujourd'hui conforté en ces domaines par le Plan national santé environnement et le Plan santé au travail. Tous soulignent la nécessité et donnent des moyens pour accroître nos connaissances et disposer ainsi des expertises pertinentes et fiables sans lesquelles les inquiétudes légitimes se mêlent aux angoisses infondées.

Quant à l'organisation des soins, une première étape a permis de recenser la diversité des contextes d'exercice, les expérimentations et les phases pilotes nécessaires pour préciser et adapter les dispositifs. Ces données ont servi à préparer, puis à diffuser, des textes traduisant en mesures opérationnelles toutes les orientations du Plan cancer qui visent à garantir l'accès à des soins de qualité pour tous. Mais déjà, plus de 600 postes de soignants ont été créés et pourvus.

Le dispositif d'annonce, l'une des mesures les plus attendues et les plus structurantes a par exemple été testé dans 58 établissements. Près de 30 000 patients en bénéficient. Gérée par la Ligue Nationale Contre le Cancer et l'Institut National du Cancer, l'amélioration de l'annonce de la maladie tirera ainsi profit de la diversité des expérimentations menées en 2004-2005 et pourra être généralisée dans les meilleures conditions.

Résolument tourné vers la qualité globale de la prise en charge dans sa dimension médicale et humaine, le Plan cancer engage très fortement les équipes soignantes. Il est aux avants postes de la réorganisation de notre système de soins. Sur le terrain, j'ai pu constater à quel point, le respect des premiers engagements budgétaires et l'attention portée à la concrétisation des orientations, constituait pour les équipes un réel espoir qu'il ne faut pas décevoir.

Il en est de même dans le domaine de la formation où, on le sait, les problèmes de démographie médicale ne peuvent être résolus en un jour. La création des postes de formateurs annoncés a été effective et, d'ores et déjà, dans les choix des internes, sont perceptibles les premiers signes d'une attractivité retrouvée pour ces disciplines.

Enfin, s'il est un volet où l'impact du Plan cancer est particulièrement marquant, c'est bien celui de la recherche. Les cancéropôles révolutionnent les perspectives de l'innovation en cancérologie dans notre pays. Le mot révolution n'est pas trop fort. La logique de projet renverse la logique purement institutionnelle et cela sur un mode à ce point pertinent que les institutions elles mêmes en deviennent des partenaires convaincus.

Au sein des cancéropôles, les chercheurs adhèrent naturellement à une vision programmatique de la recherche parce qu'elle préserve créativité et liberté de mise en œuvre. Ils y trouvent un lieu d'échanges, de construction de projets d'envergure

internationale, des budgets importants et adaptés incluant notamment la possibilité de financer des ressources humaines. Ils y trouvent surtout l'application du principe tant attendu d'une évaluation à posteriori. En bref, plus grande autonomie et responsabilité.

Enfin, jamais le continuum entre la recherche fondamentale et la recherche clinique n'a trouvé un meilleur contexte pour s'exprimer, un continuum guidé par l'impérieuse nécessité d'accélérer l'innovation thérapeutique et diagnostique. Il y a urgence pour les malades. Les chercheurs l'ont bien compris.

Les Cancéropôles donnent lisibilité et force à la recherche en cancérologie. Ils suscitent l'intérêt des collectivités territoriales régionales qui s'engagent à les cofinancer et celui des industries pharmaceutiques et biotechnologiques qui y voient une source de transferts et d'innovations. Ils s'inscrivent ainsi naturellement dans les nouveaux pôles de compétitivité à composante santé dont ils partagent pleinement la philosophie. Oui, les Cancéropôles sont novateurs et la preuve du concept étant apportée, ils pourraient inspirer d'autres secteurs de la recherche. L'Institut National du Cancer s'est engagé à les conforter en leur apportant de nouveaux moyens selon les procédures simples et réactives qu'autorise son statut.

Grâce à l'engagement du Président de la République, la France s'est dotée d'un Plan cancer national dont l'écho international est déjà une réalité. Des collaborations franco-britanniques sont engagées et au delà, c'est l'Europe toute entière qui structure sa politique de lutte contre le cancer attentive à ce modèle. Demain, le réseau des Instituts Nationaux pourrait porter une politique concertée encore plus active.

Ce second Rapport annuel au Premier ministre, Monsieur Jean-Pierre Raffarin, atteste du chemin parcouru en deux ans. Cette mission au service d'une grande cause fut passionnante.

Le cancer fait encore peur mais on a plus peur d'en parler. Le chemin qui reste à parcourir pour vaincre cette terrible maladie sera peut être long mais la voie est bien tracée. La lutte contre le cancer dispose dorénavant de l'Institut National du Cancer, instrument emblématique prévu par le Plan cancer.

Pascale Briand

Le 4 avril 2005

Déléguée

1	PRÉVENTION : ÉVITER LES CANCERS ÉVITABLES	
1.1	Mieux connaître pour mieux prévenir	8
1.2	Agir sur les facteurs de risque professionnels : le Plan santé au travail	12
1.3	Agir sur les facteurs de risque environnementaux : le Plan National Santé-Environnement vient renforcer le Plan cancer	13
1.4	Lutter contre le tabagisme, sans relâche, sur tous les fronts : une offensive sans précédent contre le tabac	14
1.5	Promouvoir des attitudes favorables à la santé	20
1.6	Une nouvelle politique de santé publique : le Plan cancer inscrit dans la loi	22
2	DÉPISTAGE : SE DONNER TOUTES LES CHANCES	
2.1	Le dépistage organisé du cancer du sein est effectif sur tout le territoire	24
2.2	Vers le dépistage généralisé du cancer colo-rectal	28
2.3	Favoriser le dépistage du cancer du col de l'utérus : des actions de sensibilisation encore trop peu nombreuses	29
2.4	L'oncogénétique progresse : des laboratoires mieux financés et coordonnés, deux fois plus de consultations	30
3	SOINS : ASSURER L'ÉQUITÉ D'ACCÈS À DES SOINS DE QUALITÉ	
3.1	Circulaire du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie	32
3.2	A ces nouvelles organisations, s'ajoutent des mesures visant à assurer une équité d'accès aux médicaments les plus coûteux et à l'innovation	48
3.3	Un plan pour faciliter et accélérer l'accès à la greffe de moelle osseuse	54
3.4	Cancérologie pédiatrique : nouvelle organisation, nouveaux moyens	54
3.5	Un appui spécifique aux CECOS	54
3.6	Un réseau de tumorothèques	55
3.7	Recherche clinique en cancérologie : une priorité du PHRC	55
4	VOLET SOCIAL ET INFORMATION : L'ACCOMPAGNEMENT DES MALADES	
	L'information au plus près des lieux de vie	56
	Améliorer l'accès aux prêts bancaires	58
	Un rôle renforcé pour les associations à l'Hôpital	59
	Au sein des Hôpitaux, la constitution de comités de patients favorisée	59
	Renforcer l'implication des patients dans les essais cliniques	59
	Adapter l'Allocation de Présence Parentale	59
	Travailler avec un cancer	59

5	DÉMOGRAPHIE MÉDICALE ET ÉVOLUTION DES FORMATIONS : PRÉPARER L'AVENIR	
5.1	Des professionnels plus nombreux	61
5.2	Former davantage de médecins dans les spécialités de la cancérologie	64
5.3	Former le plus grand nombre de professionnels à la prise en charge du cancer	66
6	RECHERCHE ; COORDONNER POUR ACCÉLÉRER L'INNOVATION	
6.1	Sept cancéropôles en mouvement	67
6.2	Un réseau de tumorothèques	70
6.3	Recherche clinique en cancérologie : une priorité du PHRC	72
6.4	Création d'emplois d'ARC et de TEC supplémentaires	72
6.5	La recherche sur le cancer inscrite dans les pôles de compétitivité	73
7	INSTITUT NATIONAL DU CANCER	77
8	INDICATEURS DE SUIVI DES OBJECTIFS DU PLAN CANCER	78
9	BUDGETS ALLOUÉS AU PLAN CANCER	
9.1	Crédits de l'Etat	80
9.2	Crédits de l'assurance maladie (mesures nouvelles)	81
9.3	Budget des agences sanitaires	83

PLANNING DES RÉUNIONS DE COMITÉ DE PILOTAGE EN PRÉFECTURE DE RÉGION 87

Régions	Correspondants Cancer ARH / DRASS	
ALSACE	André Aoun/Pascale Fritsch	89
AQUITAINE	Annie Fouard/Jocelyne Armougon	93
AUVERGNE	Paquerette Lonchambon	97
BOURGOGNE	Marianne Verot/Jean-François Dodet	101
BRETAGNE	Elisabeth Bretagne	105
CENTRE	André Ochmann/Francisca Gutierrez-Valein	111
CHAMPAGNE-ARDENNE	Anne Pernet/Yann Demars	115
CORSE	Jean Houbeaut/Annie Macarry	119
FRANCHE-COMTE	Michel Goguey/Laurent Mouterde	121
ILE-DE-FRANCE	Gilles Echardour/Marie-France D'acremont	125
LANGUEDOC-ROUSSILLON	Alice Cournoyer/Jean Paul Guyonnet	131
LIMOUSIN	Gilles Alayrangues/Patricia Viale	135
LORRAINE	Brigitte Honore/Muriel Hette	139
MIDI-PYRENEES	Christine Fraboul/Michel Clement	143
NORD-PAS-DE-CALAIS	Véronique Tourbez/Isabelle Loens	147
BASSE-NORMANDIE	Thierry Preaux/Jean-Pierre Danin	153
HAUTE-NORMANDIE	Jocelyne Blondeau/Marie-Françoise Merlin-Bernard	157
PAYS-DE-LA-LOIRE	Jean-Yves Gagner/Brigitte Simon	161
PICARDIE	Jean-Louis Grenier/Alain Cadou	167
POITOU-CHARENTES	Joëlle Perrin/Bénédicte Gohin-Perio	171
PACA	Isabelle Deloffre-Asin/Cécile Lucas	177
RHONE-ALPES	Bernard Cassou-Mounat/Marie-Christine Annino	183
MARTINIQUE	Patrick Escarmant/Olivier Puech	187
GUADELOUPE	Maurice Meissonnier/Marie Caillard	187
GUYANE	Edmée Pannelle/Marc Munoz	187
REUNION	Pascale Luciani/Christian Lassalle	187
EXEMPLE D'ACTION RÉGIONALE INTÉGRÉE :		
LE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN EN PAYS-DE-LA-LOIRE		194
DONNÉES RÉGIONALES SUR LE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN ET L'HOSPITALISATION À DOMICILE		201
LOCALISATION DES SITES DE CANCÉROLOGIE (SROS 2)		202
ENTREPRISES DE BIOTECHNOLOGIE « CANCER »		209

1 PRÉVENTION

ÉVITER LES CANCERS ÉVITABLES

En deux ans, grâce à la politique volontariste menée contre le tabagisme, la culture de la prévention dans son ensemble a fait du chemin dans notre pays. Preuve a été apportée qu'il est possible d'agir. La sensibilisation du citoyen aux comportements à risque : fumer, boire à l'excès, exposer un jeune enfant au soleil sans protection, avoir une alimentation déséquilibrée – doit maintenant s'ancrer dans la durée. La promotion d'attitudes favorables à la santé doit faire partie du socle éducatif.

Mais les risques peuvent aussi résulter de l'environnement : tabagisme passif, exposition à des produits cancérigènes au travail, pollution de l'air.

Ainsi, la prévention, volet capital de la lutte contre le cancer, nécessite une mobilisation sur plusieurs fronts : accroître la connaissance des facteurs de risque et de l'épidémiologie, lutter contre le tabagisme, renforcer la prévention des cancers professionnels et environnementaux, prévenir les autres risques (alcool, soleil...). Dans tous ces domaines, des étapes décisives ont été franchies, les connaissances s'affinent, des actions très concrètes sont engagées et les résultats sont déjà tangibles. Le Plan cancer se voit en outre conforté par le Plan santé au travail et le Plan national santé-environnement.

1.1 MIEUX CONNAÎTRE POUR MIEUX PRÉVENIR

La connaissance précise du nombre de cancers survenant chaque année au sein de la population et des facteurs de risque associés à ces cancers, sont un préalable indispensable pour mieux comprendre et mettre en œuvre des actions de prévention efficaces. De nombreuses études épidémiologiques ont été engagées et fournissent déjà d'importants résultats.

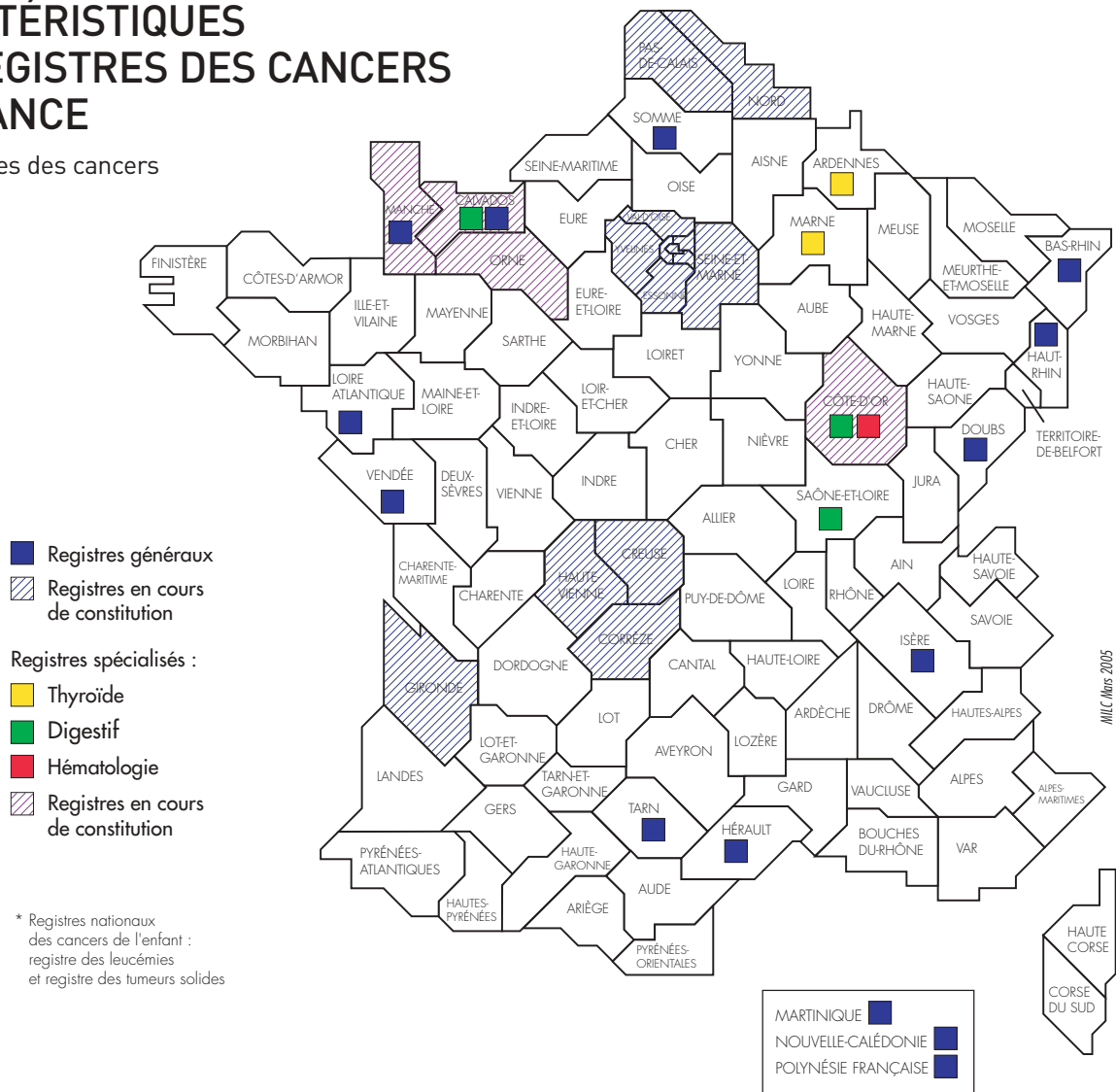
1.1.1 Mieux connaître l'évolution de l'incidence des cancers

La surveillance épidémiologique des cancers a été confiée à l'InVS (Institut de Veille Sanitaire) par le législateur. Cette surveillance s'appuie sur le réseau des registres du cancer (9 registres généraux et 5 spécialisés) et sur le CépiDC qui fournit les données de mortalité. Le rapport sur l'évolution de l'incidence et la mortalité par cancer en France, de 1978 à 2000 a été publié fin 2003 à partir de ces travaux.

Les trois nouveaux registres du cancer prévus au Plan cancer sont en cours de constitution dans le Nord, la Gironde, l'Ile-de-France. En Gironde, l'équipe a été recrutée et la demande de qualification du registre doit être déposée en 2005. Dans le Nord-Pas-de-Calais et l'Ile-de-France, des projets de faisabilité sont en cours portant sur des zones d'étude et des

CARACTÉRISTIQUES DES REGISTRES DES CANCERS EN FRANCE

Hors registres des cancers
de l'enfant*



localisations réduites : agglomération lilloise et tumeurs solides pour Nord-Pas-de-Calais et Val-de-Marne ; cancers du poumon, VADS et mélanomes pour l'Île-de-France. Un quatrième registre est en cours de constitution dans le Limousin.

A côté des registres, il est d'autres données exploitables : PMSI, ALD 30, données anatomopathologiques.

L'exploitation des données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) des hôpitaux permet de mieux connaître les soins dispensés. L'InVS a ainsi présenté lors de ses journées scientifiques des 7 et 8 décembre 2004, une étude sur l'activité chirurgicale du cancer colorectal en France à partir d'une analyse de la base de données du PMSI pour 1998-2001.

La mise en place du codage PMSI pour la radiothérapie libérale, qui réalise 53 % de l'activité totale de radiothérapie en France, va être expérimentée dans deux régions (Aquitaine et Rhône-Alpes) afin de mieux évaluer l'activité de l'ensemble de cette discipline, ses moyens de fonctionnement et les besoins en termes d'aménagement du territoire.

Les données de l'assurance maladie concernant les Affections de Longue Durée (ALD30) permettent de mesurer les évolutions temporelles et les disparités spatiales de la fréquence de ces affections. L'étude sur l'incidence du cancer du poumon en France de 1997 à 2002, publiée au printemps 2004 par la CNAMTS, en est un exemple.

C'est en fait l'intégration de ces différentes sources de données qui peut permettre d'accroître la réactivité du système de surveillance des cancers. L'expérimentation d'une telle approche est engagée par l'InVS pour les cancers thyroïdiens.

La production d'indicateurs régionaux permettant d'orienter les Politiques Régionales de Santé progresse. Des données concernant plus particulièrement la mortalité prématurée et l'évolution du risque en fonction de l'âge de la population seront prochainement disponibles sur le site Internet de l'InVS.

Une convention de partenariat a été signée début 2005 entre l'InVS et la Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer (FNCLCC) pour développer des analyses épidémiologiques régionales

sur les cancers du sein et les cancers du col de l'utérus. Un croisement des données du Répertoire National d'Identification des Personnes Physiques (RNIPP) et de celles issues de l'Enquête Permanente Cancer (EPC) de la Fédération va permettre d'analyser la survie à court et à moyen terme. L'EPC est un registre hospitalier mis en place par la FNCLCC en 1975, concernant tous les cancers pris en charge dans les 20 Centres de Lutte Contre le Cancer. Cette base contient 3 millions de fiches patients et 1 million de fiches sur les tumeurs malignes. Cette collaboration pourrait être étendue à d'autres localisations.

Une formation en matière d'épidémiologie du cancer est mise en place par l'InVS et le CIRC (Centre International de Recherche sur le Cancer) de Lyon. Elle s'adresse aux acteurs des nouveaux registres des pays francophones et notamment maghrébins. Les enseignements débiteront en novembre 2005.

Les Observatoires Régionaux de Santé (ORS) fournissent aussi des données précieuses reprises dans les fiches régionales. Ce sont des acteurs essentiels de la politique régionale de santé publique.

1.1.2 Cerner les facteurs de risque

1.1.2.1 Risques professionnels et environnementaux

La nécessité d'améliorer les connaissances sur les risques cancérigènes professionnels et environnementaux et sur l'importance des cancers liés à ces expositions est inscrite dans le Plan cancer (mesures 13 et 14). Cet objectif figure également dans le Plan National Santé-Environnement (PNSE), lancé le 21 juin 2004, qui prévoit de renforcer l'évaluation des risques sanitaires liés aux substances chimiques (y compris en milieu professionnel) et de renforcer les connaissances scientifiques des effets de l'environnement sur la santé humaine. Cette nécessité est en outre relayée par le Plan de cohésion sociale (juin 2004) qui fait de la santé au travail l'un des six thèmes prioritaires du « nouveau pacte pour l'emploi », ainsi que dans les orientations nationales de la politique d'amélioration des conditions de travail et de la protection de la santé et de la sécurité au travail.

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique confie par ailleurs à l'InVS, en liaison avec l'assurance maladie et les services statistiques concernés, la mise en œuvre d'un outil permettant la centralisation et l'analyse des statistiques sur :

- les accidents du travail ;

- les maladies professionnelles et présumées d'origine professionnelle ;
- toutes les autres données relatives aux risques sanitaires en milieu du travail (projet COSMOP). Les premiers résultats de cette étude ont été présentés en septembre 2004 par l'InVS, ils décrivent les causes de décès de la population française, par profession et par secteur d'activité. La mortalité par cancers y occupe une large place. Cette étude va permettre de repérer les secteurs professionnels à risque particulier et d'orienter les actions de prévention.

Pour améliorer les réponses apportées face aux déclarations, de plus en plus nombreuses, de cas de cancers groupés, l'InVS a diffusé en août 2004 un « Guide méthodologique pour l'évaluation et la prise en charge des agrégats spatio-temporels de maladies non-infectieuses ». Cet outil va contribuer à systématiser et à standardiser les études afin de mieux comprendre les cas de cancers groupés dans le temps et l'espace et de rechercher une surexposition à un risque environnemental.

L'InVS a lancé en mars 2005, en collaboration avec l'AFSSA (Agence Française pour la Sécurité Sanitaire des Aliments), une vaste enquête nationale sur l'imprégnation de la population par les dioxines. L'objectif est de quantifier une éventuelle sur-imprégnation par les dioxines des populations vivant à proximité d'usines d'incinération d'ordures ménagères. Une phase pilote a été menée de septembre à novembre 2004 en Savoie et dans les Côtes-d'Armor. Huit sites répartis sur tout le territoire sont concernés ainsi que des secteurs « témoins » éloignés des usines d'incinération. L'enquête portera sur environ 1 000 personnes réparties sur une quarantaine de communes, les résultats étant attendus pour la fin du premier semestre 2006. Par ailleurs, les résultats d'une étude écologique sur la relation entre cancers et incinérateurs, réalisée en partenariat avec les registres de quatre départements (Haut-Rhin, Bas-Rhin, Tarn, Isère) seront disponibles fin 2005.

En matière de risques professionnels, le contrat cadre signé le 13 février 2004 entre le ministre chargé de la santé et le ministre chargé du travail permet une meilleure coordination entre les services des deux ministères pour améliorer la lutte contre les cancers professionnels (voir encadré : le contrat cadre santé-travail). Il prévoit, parmi ses actions, la mise en place d'outils de surveillance et d'études pour approfondir la connaissance des risques cancérigènes en entreprise.

UN CONTRAT CADRE SANTÉ-TRAVAIL POUR INTENSIFIER LA LUTTE CONTRE LES CANCERS PROFESSIONNELS

Le contrat cadre signé le 13 février 2004 entre le ministre chargé de la santé et le ministre chargé du travail permet une meilleure coordination entre les services des deux ministères pour améliorer la lutte contre les cancers professionnels.

Ces travaux impliquent plusieurs directions d'administration centrale (DGS, DRT, DREES, DSS...), des organismes experts et de recherche (InVS, AFSSE, IRSN, INSERM...), les caisses d'assurance maladie (CNAM, MSA) et d'autres organismes (IFEN, ADEME, INERIS, ANACT, INRS, OPPBTP, INPES...). Un comité de coordination nationale, présidé par la MILC et rassemblant tous ces acteurs a été réuni tous les trimestres pour élaborer le programme d'actions, suivre et évaluer sa mise en œuvre. Un avenant au contrat cadre, adopté le 26 mars 2004, précisait le programme d'action pour l'année 2004. L'avenant pour 2005 a été finalisé début février 2005. Les services déconcentrés des deux ministères ont été mobilisés (circulaire du 4 novembre 2004) pour mettre en œuvre les actions qui s'organisent autour de 4 axes :

1. Améliorer la connaissance des risques cancérigènes en entreprise, la veille scientifique toxicologique et renforcer les règles de protection des travailleurs exposés

- l'InVS élabore des « matrices emplois – expositions » destinées à évaluer les expositions professionnelles des travailleurs à des substances cancérigènes et à estimer la part des cancers attribuables à ces facteurs. Les matrices sur l'amiante et les poussières de bois sont disponibles, celles sur le charbon, les solvants pétroliers, les matières plastiques et le bitume-asphalte sont en cours d'élaboration ;
- l'AFSSE met en place une phase pilote de coordination de la veille scientifique toxicologique en partenariat avec des laboratoires qui s'engageront à faire le point 2 à 3 fois par an sur des sujets précis. L'INRS participera à cette veille.
- les appels à projets du programme « environnement et santé » ont concerné 3 projets en rapport avec les cancers professionnels sur les 6 projets retenus en 2004 :
 - incidence des cancers chez les travailleurs de l'industrie nucléaire française,
 - étude des facteurs de risque professionnels et environnementaux des tumeurs cérébrales,
 - approche moléculaire pour l'évaluation de la relation entre l'exposition à des particules miné-

rales fibreuses et la survenue de tumeurs pulmonaires et pleurales chez l'homme.

Un appel à projets exclusivement axé sur les cancers professionnels a été lancé conjointement par l'AFSSE, la DRT et l'InVS. Le financement total de l'AFSSE est de 150 000 euros.

2. Mieux détecter les cancers professionnels dans l'entreprise en identifiant très rapidement les séries de cas (clusters) et en mettant en place un suivi post-professionnel des travailleurs exposés

- mise en place par l'InVS d'outils de surveillance épidémiologique :
 - élaboration d'un protocole de cohorte pour la surveillance épidémiologique au travail (projet COSET) ; mise en place d'une cohorte multi-secteurs et multirisques avec suivi du cursus professionnel et de l'état de santé : en particulier suivi de l'incidence des cancers et de la mortalité par cancer, d'un échantillon de travailleurs de divers secteurs,
 - analyse systématique de la mortalité par cancer et par profession dans la population française à partir des données du recensement de l'INSEE et de la déclaration des décès (projet COSMOP),
 - constitution de cohortes professionnelles (projet en cours d'élaboration à la RATP. Première analyse de la mortalité par cancer en relation avec les expositions professionnelles réalisée à EDF-GDF),
 - une étude « AGRICAN » va se mettre en place dans 12 départements à partir des caisses MSA. Il s'agit d'une cohorte d'assurés ou anciens assurés du régime agricole. 400 000 personnes vont être contactées et environ 80 000 réponses sont attendues. Les personnes seront interrogées sur leur activité agricole au cours des 40 dernières années et ces informations seront croisées avec les registres de cancer sur les 15 à 20 dernières années. Il s'agit de la première étude de ce type en France et en Europe. Elle sera coordonnée par le laboratoire « Santé, travail et environnement » de Bordeaux ;
- un guide méthodologique « Surveillance épidémiologique de la mortalité et investigation d'agrégats spatio-temporels en entreprise » a été élaboré par l'InVS en collaboration avec l'INRS à destination des médecins du travail pour permettre d'identifier rapidement les séries de cas (cluster). L'étude « Comentry » est un exemple d'investigation d'un agrégat de cancer du rein parmi le personnel d'une entreprise. Son état d'avancement a été présenté en décembre 2004 lors des Journées scientifiques de l'InVS. Une étude

cas/témoin va lui faire suite dont le résultat sera connu en 2006 ;

- le Directeur Général de la Santé a mandaté l'InVS pour le suivi des effets des pesticides à court et long terme sur la population générale et chez les travailleurs, en particulier agricoles ;
- un Programme National de Surveillance du Mésotéliome (PNSM), également conduit par l'InVS dans 17 départements, va fournir aux autorités sanitaires des informations scientifiques fiables sur les conséquences des expositions passées à l'amiante. Des informations sur la confrontation des données du PNSM et PMSI, volet médico-social, volet anatomopathologique, mortalité et risque de mésotéliome par profession et secteurs d'activité devraient être rapidement disponibles. La possibilité de créer d'autres registres du mésotéliome est envisagée, notamment pour la région PACA en 2005.

3. Mieux connaître l'importance des cancers professionnels au sein de la population

- une première réunion entre l'InVS et le réseau des registres du cancer Francim a eu lieu en septembre 2004 pour démarrer une étude de faisabilité permettant de documenter l'origine professionnelle dans l'apparition des cas de cancer, en collaboration avec les registres ;
- par ailleurs, une étude pilote va être réalisée en 2005 sur 5 sites (Bordeaux, Caen, Nancy, Paris, Grenoble) pour tester et valider un auto-questionnaire de repérage des expositions professionnelles aux cancérigènes dans le cadre du cancer broncho-pulmonaire (questionnaire qui pourra dans un deuxième temps être étendu à la France entière), évaluer la faisabilité d'un réseau d'expertise partagée des consultations de pathologie professionnelle et sensibiliser les médecins prenant en charge des patients atteints de cancer pulmonaire à la recherche d'une origine professionnelle du cancer.

4. Renforcer la prévention des cancers liés au tabac dans les entreprises (cf. page 14)

1.2 AGIR SUR LES FACTEURS DE RISQUE PROFESSIONNELS : LE PLAN SANTÉ AU TRAVAIL

Sur les 280 000 nouveaux cas de cancer enregistrés chaque année, l'InVS estime que 4 à 8,5 % sont d'origine professionnelle, soit entre 11 000 et 23 000 cas nouveaux chaque année.

Appuyant le Plan cancer, et notamment la mesure 13 concernant la prévention du cancer en milieu professionnel, le Plan santé au travail (2005-2009) a été présenté le 17 février 2005. Il prévoit principalement :

- la création d'un agence publique chargée de la santé au travail, afin de fournir une expertise scientifique indépendante sur l'évaluation des risques en milieu professionnel, notamment en matière de risques chimiques. La future agence, aura une mission d'évaluation des risques pour l'homme en milieu de travail (pathologies liées notamment aux agents nuisibles chimiques, physiques et biologiques) et une mission de veille scientifique et technique sur les risques en milieu de travail. Elle jouera un rôle actif dans le futur système européen REACH ;
- un programme d'expertise prioritaire, doté d'un budget de 5,7 millions d'euros, sera mis en œuvre dès 2005. Ce programme vient conforter et renforcer les actions mises en œuvre par le contrat cadre santé-travail ;
- la mobilisation de la communauté scientifique sur le champ de la santé au travail dans les différentes disciplines, et le renforcement de la formation des professionnels de santé à la prévention et au dépistage des pathologies d'origine professionnelle ;
- le renforcement de l'efficacité du contrôle du respect de la réglementation. Pour 2005, 30 postes de directeurs adjoints du travail, d'ingénieurs de prévention, de médecins inspecteurs du travail et d'inspecteurs du travail seront créés ;
- la promotion de la prévention dans les entreprises.

L'un des 8 objectifs stratégiques du Plan santé au travail est de « réduire les effets sur la santé des travailleurs des expositions aux agents cancérigènes (cat. 1 et 2) par diminution des seuils d'exposition ». Pour y parvenir, trois objectifs préalables ont été définis :

- évaluer la faisabilité de l'identification des cancers d'origine professionnelle dans les registres généraux du cancer ;
- systématiser la surveillance épidémiologique des travailleurs exposés sur le lieu de travail (renforcement du rôle de l'InVS) ;
- développer la connaissance des dangers des substances utilisées en milieu professionnel.

1.3 AGIR SUR LES FACTEURS DE RISQUE ENVIRONNEMENTAUX : LE PLAN NATIONAL SANTÉ-ENVIRONNEMENT VIENT RENFORCER LE PLAN CANCER

L'impact de l'environnement sur la santé est aujourd'hui reconnu : on estime que 7 à 20 % des cancers sont imputables à des facteurs environnementaux. D'autre part, un million de salariés seraient exposés à des substances cancérigènes sur leur lieu de travail. Le Plan National Santé-Environnement (PNSE 2004-2008), présenté le 21 juin 2004, répond à des enjeux majeurs comme l'impact sanitaire des produits chimiques ou l'augmentation continue du nombre de cancers à âge égal. Il comporte plusieurs actions destinées à prévenir les pathologies d'origine environnementale et notamment les cancers :

Réduire les expositions professionnelles aux agents cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques

Plusieurs actions spécifiques ont été initiées en 2004 et se poursuivent en 2005 :

- sur le plan réglementaire : fixation de valeurs limites d'exposition professionnelle pour certains agents cancérigènes (fibres céramiques réfractaires...);
- sur le volet accompagnement des entreprises : diffusion de brochures et guides de bonnes pratiques relatifs au plomb, au benzène et aux poussières de bois ;
- pour encourager les pratiques innovantes par les services de santé du travail : expérimentation dans le Nord-Pas-de-Calais d'un programme de prévention pluridisciplinaire (approche médicale, technique, organisationnelle) ;
- pour renforcer les moyens de contrôle sur le terrain : nouveaux modes d'intervention (cellules régionales pluridisciplinaires), appui technique accru aux services d'inspection du travail (réseau de formateurs amiante) prévus dans le cadre du Plan santé-travail (voir encadré).

Renforcer les capacités d'évaluation des risques sanitaires liés aux substances chimiques

- la France s'est engagée à participer à l'exercice européen SPORT (Strategic Partnership for Reach Testing), qui vise à tester le dispositif REACH (Registration, Evaluation and Autorisation of Chemicals). REACH est un projet de règlement européen dont l'objectif est d'évaluer systématiquement les risques de substances chimiques utilisées dans l'Union. Sur les 9 substances retenues pour ce projet, la France va en évaluer 3 : les composés organiques volatils, le formaldéhyde pour lesquels les études ont été initiées en 2004, et les produits

phytosanitaires. Les évaluations interviendront au printemps 2005 ;

- la participation des experts français à des travaux (évaluation de substances, modèles d'exposition) au niveau international et communautaire sera renforcée ;
- la réorganisation du fonctionnement des trois agences (AFSSE, AFSSA et InVS) et l'augmentation de leurs moyens permettront de renforcer l'expertise en matière de sécurité sanitaire alimentaire, environnementale et au travail ;
- un nouveau logiciel d'alerte, SICAP, élaboré par le ministère de la Santé pour renforcer la toxicovigilance, sera mis en service en 2005.

Renforcer les connaissances fondamentales des déterminants environnementaux et sociétaux de la santé des populations et développer de nouvelles méthodes en sciences expérimentales

- un travail de prospective sur la recherche en santé-environnement a été lancé en 2004, associant une centaine de chercheurs. Il permettra de lancer de nouvelles actions de recherche dès le printemps 2005 dans trois domaines : les déterminants environnementaux, les impacts sur la santé et les caractéristiques de populations ;
- des appels à propositions de recherche, notamment sur les perturbateurs endocriniens, ont été lancés ;
- un bilan du programme de recherche environnement santé, initié en 1998 par le ministère de l'écologie, a été réalisé : les 107 projets financés ont donné lieu à 250 publications de niveau international ;
- un séminaire de réflexion stratégique a eu lieu fin mars 2005 à Paris, à la suite duquel sera créé un conseil scientifique pour l'orientation de la recherche afin de lancer des actions sur les thèmes stratégiques qui auront été identifiés.

Le PNSE a également pour objectif de garantir un air de bonne qualité. Afin de diminuer les expositions chroniques à certaines substances émises par l'industrie et susceptibles de favoriser l'apparition de pathologies, le PNSE entend :

Réduire les émissions aériennes de substances toxiques d'origine industrielle

Une circulaire du ministère de l'Écologie du 13 juillet 2004 a demandé aux préfets de région et de département de réaliser en 2004 un inventaire précis des installations concernées et de réaliser un bilan de leurs émissions. Une liste des établissements cibles sera disponible à l'été 2005. Des programmes d'action régionaux seront mis en œuvre dès cette année avec les exploitants. Des objectifs globaux de réduction des

émissions ont été fixés pour plusieurs substances (benzène, plomb, cadmium, dioxines, chlorure de vinyle) et sont déclinés en mesures à mettre en œuvre dans chacun des secteurs industriels concernés (incinération d'ordures ménagères, production d'acier, métallurgie, grandes installations de combustion...).

Mieux connaître les déterminants de la qualité de l'air intérieur

Un arrêté publié le 22 juillet 2004 précise les modalités de gestion du risque radon dans les lieux recevant du public. Le radon, qui constitue la première source d'exposition aux rayonnements ionisants est considéré comme le deuxième facteur de risque de cancer du poumon.

Une circulaire du 3 novembre 2004 confie aux préfets de région la mise en œuvre du PNSE sous forme de plans régionaux santé-environnement qui porteront sur la détection, l'évaluation et la gestion de l'ensemble des risques sanitaires liés aux agents chimiques, biologiques et physiques présents dans les différents milieux de vie, y compris le milieu du travail.

1.4 LUTTER CONTRE LE TABAGISME, SANS RELÂCHE, SUR TOUS LES FRONTS : UNE OFFENSIVE SANS PRÉCÉDENT CONTRE LE TABAC

Le tabagisme est responsable de 90 % des cancers du poumon et de 60 000 décès par an. C'est la première cause de mortalité évitable en France. Dans notre pays, 13 millions de personnes fument quotidiennement. Le Plan cancer consacre 9 mesures sur 70 à la mise en place d'une stratégie complète de lutte contre le tabagisme avec pour objectif de faire diminuer de 30 % le tabagisme chez les jeunes et de 20 % chez les adultes.

Dès 2003, la lutte contre le tabagisme a connu des avancées sans précédent qui ont été consolidées et amplifiées en 2004. Les actions ont porté à la fois sur les prix et la vente du tabac, le respect de la loi Evin, l'éducation à la santé, la mobilisation des associations, la sensibilisation de tous par d'importantes campagnes d'information, mais également sur l'incitation et l'aide à l'arrêt du tabac. Un effort prioritaire a été réalisé en direction des jeunes.

La France, moteur de « l'Europe contre le tabac », voit aujourd'hui sa politique confortée par l'OMS et par l'engagement de ses partenaires.

1.4.1 Des mesures législatives fortes

Plusieurs lois et textes d'application ont permis des avancées décisives dans la lutte contre le tabac.

1.4.1.1 Restreindre la vente

En application de la loi du 31 juillet 2003 qui interdit la vente de tabac aux moins de 16 ans ainsi que les paquets de moins de 19 cigarettes et encadre la vente de papier à rouler les cigarettes (interdiction de publicité, message sanitaire sur les emballages), les modalités de contrôle de l'âge de l'acheteur sont définies dans le décret du 6 septembre 2004. Il donne la possibilité aux buralistes d'exiger une pièce d'identité ou un autre document officiel muni d'une photographie apportant la preuve de l'âge de l'intéressé. Une affiche rappelant l'interdiction de la vente de tabac aux moins de 16 ans, sous peine d'une amende de 150 euros, doit être visible au public dans les établissements concernés.

Depuis le 5 mars 2003, des avertissements sanitaires forts (par exemple « Fumer tue ») sont inscrits sur les paquets de cigarettes.

La revente du tabac a été interdite dans les manifestations culturelles et sportives, ainsi que dans les établissements de santé, par le décret du 16 janvier 2004.

1.4.1.2 Augmenter les prix

En janvier 2004, une augmentation des taxes de 20 % a porté à 42 % en moyenne la hausse du prix du tabac en un an.

Par ailleurs, **la loi du 9 août 2004** a mis en place un dispositif fiscal visant à éviter la mise en vente de cigarettes à un prix trop inférieur au prix moyen des autres produits. Le prix de détail des cigarettes ne peut être homologué s'il est inférieur à 95 % du prix moyen de ces produits (décret du 13 septembre 2004). Ce prix plancher est fixé à 222,78 euros les 1 000 unités par l'arrêté du 13 septembre 2004. En outre, la vente de tabac à prix promotionnel est interdite.

En refusant d'homologuer, début 2005, les tarifs proposés par les industriels, le gouvernement a évité une baisse des prix des cigarettes. Pour sa part, le prix du tabac à rouler pourrait augmenter en 2005.

Très bien perçue par le grand public, l'augmentation du prix du tabac a été déterminante dans le recul du tabagisme et nombreux sont ceux qui appellent de leurs vœux de nouvelles augmentations.

1.4.1.3 Faciliter l'application de la loi Evin

La loi du 9 août 2004 a également renforcé le contrôle de l'interdiction de fumer dans les lieux publics. Elle donne compétence aux médecins inspecteurs de santé publique, ingénieurs du génie sanitaire, inspecteurs

de l'action sanitaire et sociale ainsi qu'aux inspecteurs contrôleurs du travail de faire respecter l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif et de constater les infractions. Une grille de contrôle a été construite en 2004 pour faciliter la mise en œuvre concrète des contrôles et le programme d'inspection 2004 a plus particulièrement concerné les établissements de restauration (cafés, bars, débits de boisson, restaurants). Tous les départements devaient s'engager dans cette action qui s'inscrit dans un cadre pluriannuel et fera l'objet d'une évaluation.

Pour mieux faire respecter l'interdiction de propagande ou de publicité, directe ou indirecte, en faveur du tabac, **la loi du 9 août 2004** permet de déclarer les personnes morales pénalement responsables en cas de non-respect de ces interdictions et elle porte à 100 000 euros (au lieu de 75 000 euros) le montant de l'amende en cas d'infraction. Cette amende s'applique aussi aux infractions en matière de teneur maximale en goudron des cigarettes, d'informations qui doivent être portées sur les conditionnements ou encore en cas de fabrication, vente ou distribution de produits destinés à un usage oral constitués totalement ou partiellement de tabac. Par ailleurs, le droit d'ester en justice en cas d'infraction à la lutte contre le tabagisme a été élargi aux associations de consommateurs et familiales ayant plus de 5 ans d'existence.

1.4.1.4 Agir auprès des jeunes

La loi du 9 août 2004 a instauré un contrôle médical régulier de prévention et de dépistage auprès des élèves de l'ensemble des établissements d'enseignement pendant tout le cours de la scolarité obligatoire.

La loi d'orientation pour l'avenir de l'école prévoit une augmentation des effectifs d'infirmiers scolaires dans les collèges et lycées (au moins 1 par établissement) et leur participation à un programme d'actions en matière de prévention des comportements à risque pour la santé et des conduites addictives (lutte contre le tabac, la drogue, l'alcool).

En application du Plan quinquennal d'actions proposé par la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT), l'éducation préventive est progressivement intégrée à l'emploi du temps des élèves du secondaire. Depuis février 2005, dans 80 établissements dépendant de 5 académies, les élèves de CM2 et 6^e bénéficient de messages sur le tabac tandis que les élèves de 3^e – 2nde sont sensibilisés aux risques du cannabis. Ce démarrage doit permettre de tester les outils réalisés par la MILDT. Cette action atteindra sa pleine mesure en 2008. Elle est financée par la MILDT et la Direction des enseignements scolaires et est conduite par des intervenants scolaires et extérieurs.

1.4.2 Des actions de sensibilisation

En complément des mesures législatives et réglementaires pour faire appliquer l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs, des actions de sensibilisation et d'aide à l'arrêt ont été engagées dans les entreprises, les hôpitaux et les lycées.

Entreprise sans tabac

L'INPES va proposer aux exploitants de bars et restaurants, à l'occasion de la Journée mondiale sans tabac du 31 mai 2005, une signalétique (espace non-fumeur/espace fumeur). D'autre part, un label « Entreprise sans tabac » va être proposé aux 35 000 entreprises de plus de 35 salariés au second semestre 2005. Le guide destiné à mettre en place ce label constituera un outil méthodologique pour aider les entreprises à s'inscrire dans cette démarche.

L'association DNF (Droits des Non-Fumeurs) diffuse sur son site www.dnf.asso.fr, plusieurs documents destinés à aider les entreprises, les établissements scolaires et les restaurants à « réussir la loi Evin ».

Par ailleurs, DNF propose aux entreprises une méthode d'intervention pour les aider à appliquer la législation antitabac : le DTE, « Diagnostic Tabagisme Etablissement ». Cette initiative est soutenue par la Direction Générale de la Santé. Depuis janvier 2004, plusieurs entreprises ont adopté cette démarche, notamment les deux opéras de Paris. Les 30 premières entreprises volontaires bénéficient de l'intervention gratuite de DNF et de son réseau d'experts.

Hôpital sans tabac

Le réseau Hôpital sans tabac comptait, au 17 mars 2005, 537 établissements publics et privés, dont plus de 40 maternités, qui se sont engagés en adoptant la charte « Hôpital sans tabac ». La montée en charge du dispositif s'est accélérée : environ 400 des 1 200 établissements de Médecine chirurgie et obstétrique appartiennent au réseau et de plus en plus de petits établissements (cliniques, hôpitaux locaux, maisons de retraite, centres de soins) figurent parmi les nouveaux adhérents. L'objectif du réseau est d'apporter ses services à tous les établissements de santé et, qu'à terme, tous les hôpitaux deviennent « sans tabac ». L'auto-évaluation 2004, réalisée par 681 établissements dont 182 membres du réseau, montre que le tabagisme reste insuffisamment pris en charge dans la politique hospitalière. Seuls 23 % des établissements disposent d'un comité local de prévention du tabagisme, seuls 7,3 % déclarent intégrer le tabac dans leur plan de formation (3,8 % des cliniques) et seuls 29 % disposent de moyens spécifiques pour l'accompagnement au sevrage. L'interdiction de fumer dans

les parties communes est effective pour 70 % des établissements, partielle pour 24,5 % et inexistante pour 4 %. 23 % des établissements réalisent des actions de promotion de la santé dans leur environnement.

Montée en charge du réseau Hôpital sans tabac

	2003	2004	2005* (objectif)
Nouveaux adhérents au réseau	70	171	200

* Au total 537 établissements publics et privés

Afin de soutenir les efforts engagés par les établissements, l'auto-évaluation lancée en 2004 par le réseau est renouvelée en 2005. Cette opération guide les établissements dans l'élaboration d'un plan stratégique de réduction du tabagisme. Réalisée régulièrement tous les ans, l'auto-évaluation permet aux établissements de progresser vers l'objectif « hôpital sans tabac », c'est-à-dire un établissement où l'on s'abstient de fumer et où est mise en œuvre une politique de prévention ainsi que la prise en charge du tabagisme des patients et des personnels.

Dans le cadre de l'accréditation effectuée par la Haute Autorité de Santé, les experts visiteurs sont devenus très attentifs aux mesures prises pour lutter contre le tabagisme. Le réseau a envoyé fin mars « 100 000 affiches pour l'hôpital » à plus de 2 400 établissements de santé pour inciter au respect de la loi Evin. Une formation des formateurs était organisée les 25 et 29 mars 2005, destinée à 150 représentants des Instituts des Formations en Soins Infirmiers, écoles de sages-femmes et de puériculture. La troisième édition de l'opération « Ce mois-ci j'arrête de fumer » se déroulera du 1^{er} au 31 mai pour 150 établissements. Le 31 mai, à l'occasion de la journée mondiale sans tabac, le réseau organisera au Palais des congrès de Paris la dixième rencontre « Professionnels de santé et tabagisme » (www.hopitalsanstabac.org).

D'autre part, à la suite de la conférence de consensus sur le thème « Grossesse et tabac » organisée les 7 et 8 octobre 2004 par l'ANAES, les experts ont émis un certain nombre de recommandations qui doivent contribuer à sensibiliser les femmes à ce problème majeur de santé publique (37 % des femmes fument avant le début de leur grossesse et 19,5 % continuent de fumer pendant tout ou partie de celle-ci). Les experts recommandent notamment d'inscrire le statut tabagique dans le dossier médical personnel, d'inscrire l'exposition de l'enfant au tabagisme familial dans les certificats obligatoires, de mener des campagnes d'information sur le rôle du tabagisme dans la survenue des morts subites du nourrisson, d'interdire la vente de cigarettes sans tabac en raison du taux élevé de CO

qu'elles produisent ainsi que des mesures visant à aider les femmes à arrêter de fumer.

En raison de l'exemplarité que pourrait avoir le corps médical en matière de lutte contre le tabagisme, il est impératif de parvenir d'ici 2007 à une stricte application de la loi Evin dans les établissements de soins.

Ecole sans tabac

L'expérimentation des 22 lycées non-fumeurs a été étendue en 2004 à 78 autres établissements et va être élargie à tous les lycées volontaires. Une évaluation sur 4 ans concernera les 22 premiers lycées intégrés. Un nombre important d'établissements développe aussi des initiatives dans ce sens (cf. fiches régionales).

Une dizaine de lycées agricoles ont rejoint le dispositif en 2004.

Le plan quinquennal de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool de la MILDT, présenté le 29 juillet 2004, vient conforter ces actions, en particulier pour faire appliquer la loi Evin dans les établissements scolaires, les restaurants et autres lieux publics.

1.4.3 La mobilisation des associations

De nombreuses actions de proximité ont été menées par les comités d'éducation pour la santé. En 2003, les projets associatifs de lutte contre le tabac ont été soutenus à hauteur de 6 millions d'euros, dont 4 millions pour des actions régionales et 2 pour des actions nationales.

En 2004, près de 3,5 millions d'euros ont assuré la poursuite des 19 projets engagés en 2003 et un nouvel appel à projet lancé par l'INPES a permis de financer 3 nouveaux projets. Au vu du bilan des années précédentes, ces projets pourront bénéficier d'un nouveau financement en 2005. L'objectif de cet appel à projets est de favoriser une meilleure articulation entre les politiques nationales et les actions de terrain.

Le dispositif « Emploi jeune tabac » a permis de recruter 117 personnes pour accroître et diversifier les actions de prévention du tabagisme en s'appuyant sur les réseaux des caisses d'assurance maladie et des comités d'éducation pour la santé.

1.4.4 Des campagnes d'information

Le programme de prévention du tabagisme mené par l'INPES s'inscrit dans une stratégie globale de « dénormalisation » du tabagisme qui vise trois objectifs principaux :

- faire prendre conscience des risques du tabagisme actif et passif pour débanaliser la consommation de cigarettes ;

- inciter et aider les fumeurs à s'arrêter de fumer ;
- diffuser des messages spécifiques aux publics cibles (jeunes, femmes, femmes enceintes).

Dans le prolongement de la campagne 2003 dont l'objectif était de lutter contre l'image positive du tabac (campagne TV, radio, brochures d'information, partenariats avec la presse...) notamment chez les enfants, les jeunes et les femmes, l'INPES a conçu en 2004 une nouvelle campagne média sur les risques du tabagisme actif. Dirigée vers le public et les professionnels de santé, elle a poursuivi deux objectifs : alerter sur les risques du tabac en terme de cancer et de maladies cardio-vasculaires, encourager et aider les fumeurs à arrêter de fumer par des conseils pratiques sur les processus de sevrage.

Le dispositif de communication grand public comprenait :

- une campagne télévisée « Le tabac, rien ne peut l'arrêter à part vous » entre le 30 mai et le 20 juin (1 150 spots au total) ;
- une campagne d'affichage « Faisons de notre corps un espace non-fumeur » (10 000 affiches entre le 31 mai et le 16 juin) ;
- une affichette pour les réseaux de proximité (150 000 affichettes diffusées dans les hôpitaux, les associations, les comités d'éducation pour la santé, les CPAM...);
- une campagne radio d'aide à l'arrêt du tabac pour donner des conseils simples aux fumeurs et faire connaître la ligne d'aide à l'arrêt « Tabac info service » (5 spots radio de 45 secondes diffusés 800 fois entre le 21 juin et le 11 juillet).

Pour mobiliser les professionnels de santé à informer leurs patients sur le tabac, un kit (fiche sur la prise en charge du fumeur, document d'aide à l'accompagnement, dépliants d'information, guide d'aide à l'arrêt, cartes avec les coordonnées de « Tabac info service ») a été envoyé à l'ensemble des pharmaciens et des médecins, soit 100 000 points de diffusion.

A l'automne 2004, une autre campagne télévisée a, pour la première fois, mis l'accent sur le tabagisme passif autour d'un message simple : « Lorsque l'on fume à côté d'un non-fumeur, il fume aussi ». Deux spots, l'un au domicile, l'autre en milieu de travail, illustraient les quantités de cigarettes inhalées par un non-fumeur en présence d'un fumeur. 800 spots TV ont été diffusés entre le 17 octobre et le 7 novembre.

Parallèlement, 7 spots radio, s'appuyant sur un dialogue avec un tabacologue, ont diffusé des messages sur l'arrêt du tabac. La diffusion a été effectuée 867 fois sur les radios grand public (Europe 2, RTL) et les stations jeunes (NRJ, Fun radio).

L'INPES a également mené, entre septembre et décembre 2004, des actions spécifiques auprès des jeunes pour les dissuader de commencer à fumer ou les inciter à l'arrêt du tabac avant que la dépendance ne s'installe en les renvoyant sur la ligne « Tabac info service ». Spots radio, site Internet, rédactionnels, livrets, rubriques... ont abordé des thèmes comme la dépendance à la cigarette et la liberté, l'élégance, la beauté, l'odeur, le coût, l'arrêt du tabac, la pilule et le tabac, la confiance en soi sans tabac, la manipulation par les fabricants de tabac.

Les actions de communication sur le tabac se poursuivront en 2005, notamment à l'occasion de la Journée mondiale sans tabac du 31 mai avec une reprise des spots télévisés sur le tabagisme passif, une campagne d'affichage et la mobilisation des professionnels de santé (envoi aux généralistes du « Repère pour la pratique » pour les aider à mieux prendre en charge le patient fumeur, publication des baromètres médecins généralistes et pharmaciens). Des publications spécifiques et une campagne presse sont également prévues en direction des femmes et notamment des femmes enceintes. Le magazine « Femmes sans tabac » est diffusé depuis la fin du mois de mars par 70 000 professionnels de santé, 51 000 salons de coiffure et plus de 10 000 centres de beauté ainsi que par les réseaux de l'assurance maladie et de l'INPES. Pour les jeunes, une nouvelle campagne est programmée au second semestre 2005 qui visera à faire évoluer les représentations positives de la cigarette. La campagne radio « Tabac info service » a été reprise du 24 janvier au 13 février 2005 et une nouvelle campagne d'aide à l'arrêt est programmée au second semestre.

1.4.5 Multiplier les aides à l'arrêt du tabac

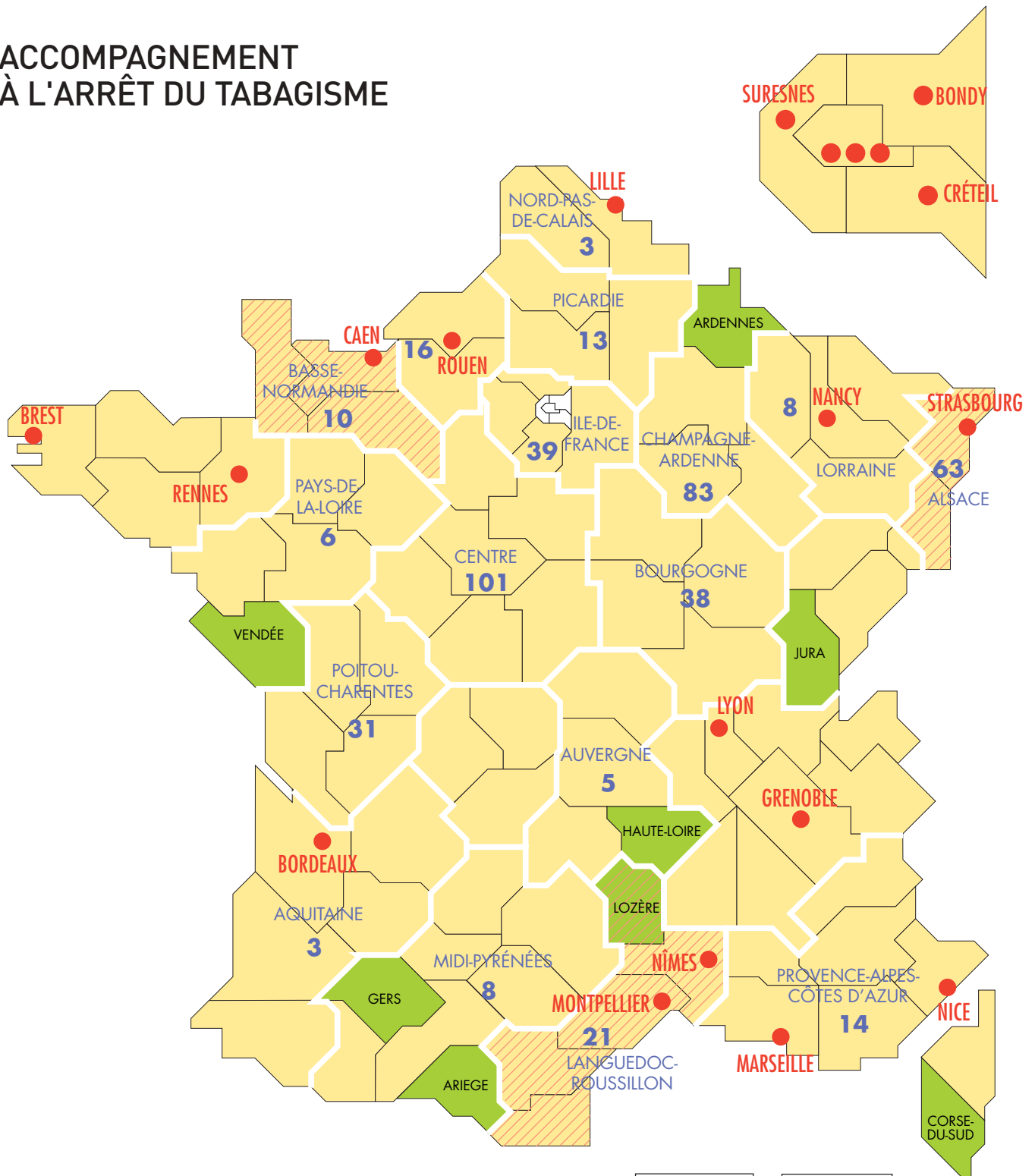
Pour répondre à la demande accrue de sevrage tabagique, très directement associée à l'augmentation du prix du tabac et aux actions d'information et de sensibilisation, des mesures nouvelles ont été mises en œuvre en 2004.

Renforcement de la tabacologie hospitalière : création de 8 centres de consultations dans les 8 départements qui en étaient dépourvus et mise en place à titre expérimental de 20 consultations de groupe, sans rendez-vous, dans 12 régions (1 million d'euros).

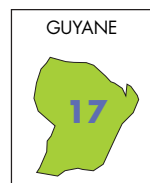
La France dispose désormais de 464 centres de consultations de tabacologie hospitalières et non hospitalières. Le dispositif sera encore renforcé en 2005 avec 2 millions d'euros de mesures nouvelles.

Un groupe d'appui pour le renforcement de la tabacologie dans le cadre du Plan cancer a été constitué

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
- Remboursement des substituts nicotiniques



Le chiffre indique le nombre de lycées « sans tabac » par région (transmission encore partielle des données)

pour suivre et évaluer les 20 consultations expérimentales de groupe et émettre des recommandations nationales sur les actions prioritaires à mener pour renforcer la tabacologie hospitalière.

Développement d'actions « tabac/précarité » : le remboursement des substituts nicotiques expérimentés.

La Journée mondiale sans tabac du 31 mai 2004 a eu pour thème « Tabac et pauvreté ». Elle a été l'occasion d'inclure des personnes en situation de précarité (en particulier celles ayant recours aux Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) des hôpitaux), dans des démarches de sevrage et d'organiser dans les hôpitaux des manifestations en direction des personnes en difficulté sociale. Pour ces personnes en situation de précarité, des substituts nicotiques peuvent désormais être fournis gratuitement dans les centres d'examen de santé de la CNAMTS (1,2 million d'euros en 2003 et autant en 2004). Par ailleurs, les personnes les plus défavorisées qui fréquentent les Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA) peuvent bénéficier d'un accompagnement à l'arrêt du tabac. L'assurance maladie finance l'équivalent d'une vacation par semaine dans 200 structures (537 390 euros). Par ailleurs, il a été demandé aux Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA) de mettre des substituts nicotiques à disposition des détenus qui devront également pouvoir bénéficier, s'ils le souhaitent, de cellules sans fumée.

L'expérimentation de la prise en charge des substituts nicotique se déroule entre janvier et fin juin 2005 dans trois régions (Alsace, Basse-Normandie et Languedoc-Roussillon). Tous les patients fumeurs de plus de 18 ans, adhérents à la CMU complémentaire, reçoivent un courrier leur proposant un sevrage tabagique gratuit pendant trois mois. Les personnes intéressées se rendent alors auprès du médecin de leur choix qui leur prescrit des substituts sous forme de patch pour 28 jours. Le renouvellement nécessite une nouvelle consultation, le dispositif en prévoyant 3 au total. Sur les 280 000 bénéficiaires de la CMU complémentaire dans les trois régions, 15 000 environ sont susceptibles de vouloir arrêter de fumer. Une évaluation du dispositif aura lieu en juillet 2005.

En complément de la ligne « Tabac info service », qui permet d'apporter une information personnalisée pour aider les fumeurs dans leur démarche d'arrêt, un nouveau site Internet d'aide à l'arrêt du tabac (www.tabac-info-service.com) sera mis en ligne fin

mai 2005 par l'INPES. Ce site proposera un accompagnement en fonction des besoins propres de chaque internaute (ceux qui hésitent ou sont décidés à arrêter de fumer, ceux qui ont arrêté mais craignent de « craquer » ou encore pour ceux qui veulent aider un proche à cesser de fumer). Le site proposera des informations et des liens vers d'autres sources ainsi qu'un soutien personnalisé par e-mail et une série de questionnaires permettant à l'internaute de faire le point sur son tabagisme, sa santé...

1.4.6 L'entrée en vigueur de la convention cadre pour la lutte anti-tabac de l'OMS le 28 février 2005

Actuellement, le tabac est à l'origine d'environ 5 millions de décès chaque année dans le monde. Ce chiffre pourrait doubler en 2020 si les habitudes tabagiques restent inchangées.

La convention cadre pour la lutte antitabac¹, adoptée en mai 2003 après trois années de négociation, et ratifiée au 29 novembre 2004 par 40 pays dont la France sur les 168 signataires, est entrée en vigueur le 28 février 2005. Elle fixe les grands objectifs à atteindre et un plan de travail à appliquer dans les pays qui l'ont ratifiée. Sont notamment prévues : des normes internationales pour l'augmentation des prix du tabac et des taxes, la publicité et le parrainage, l'étiquetage, le commerce illicite et l'exposition à la fumée du tabac. Premier traité mondial de santé publique élaboré sous l'égide de l'OMS, la convention est dirigée par la « Conférence des Parties » (pays ayant ratifié) qui sera convoquée dans l'année pour examiner les questions juridiques et techniques relatives au développement de la convention.

1.4.7 Des résultats encourageants

Ces actions se sont déjà traduites par des résultats très encourageants : 1,8 million de personnes avaient cessé de fumer fin 2003 (15,3 millions en 1999 contre 13,5 en décembre 2003), cette baisse portant essentiellement sur 2003. La prévalence du tabagisme dans la population générale est ainsi passée de 34,5 % fin 1999 à 30,4 % fin 2003, soit une chute de 12 % du tabagisme. Cette baisse est de 18 % chez les femmes et les jeunes, de 7 % chez les hommes (enquête INPES/IPSOS février 2004).

Une diminution du nombre de fumeurs chez les jeunes a également été mise en évidence par la quatrième Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation A la Défense (ESCAPAD) réalisée en mai 2003 par l'OFDT.

¹ Pour consulter le texte complet de la convention, connaître les 168 pays signataires et les 40 Etats devenus « Parties » : <http://www.who.int/tobacco/framework/countrylist/fr/index.html>

Usage quotidien du tabac

	2000	2002	2003
Filles de 17 ans	40,2 %	39 %	37,2 %
Garçons	41,9 %	40 %	38,1 %

Les résultats du baromètre tabac du personnel hospitalier 2003, réalisé par le réseau Hôpital sans tabac montrent que l'année a été marquée par une diminution importante de la prévalence du tabagisme chez le personnel hospitalier. Celle-ci s'établissait à 32,6 % en 2001, 31 % en 2002 et 24 % en 2003. Parmi les fumeurs, 65 % envisageaient d'arrêter de fumer en 2003 contre seulement 48 % en 2002.

La vente de substituts nicotiques a atteint des chiffres records après chaque augmentation du prix du tabac. Le nombre de fumeurs traités est, par exemple, passé de 213 791 en décembre 2003 à 412 743 en janvier 2004, date de la dernière augmentation du prix de vente du tabac. Parallèlement, les quantités de cigarettes vendues ont chuté de près de 40 % entre décembre 2002 et novembre 2004. Le fabricant Altadis annonce une baisse de 21 % du marché français du tabac en 2004.

Le nombre d'appels reçus sur la ligne Tabac info service (0825 309 310) a été multiplié par quatre entre décembre 2002 (1 017 appels traités) et novembre 2004 (4 523), avec des pics à environ 6 500 appels en janvier et juin 2004. Depuis janvier 2004, les missions de Tabac Info Service ont été élargies pour aider les médecins et les professionnels de santé à améliorer l'offre de soins aux fumeurs.

L'activité des consultations de tabacologie hospitalière augmente régulièrement : le nombre moyen de consultations par centre est passé de 65 en avril 2004 à 73 en novembre 2004, tandis que le délai moyen d'attente pour un premier rendez-vous est passé de 28,3 jours en avril 2004 à 14,4 jours en novembre 2004, grâce au renforcement des consultations. Le nombre de patients pris en charge sur une semaine est passé de 1 903 en janvier 2001 à 4 673 en janvier 2004.

Depuis décembre 2004, tous les TGV sont entièrement non-fumeurs à la grande satisfaction des voyageurs y inclus des fumeurs.

en millions d'euros	2002	2003	2004
Crédits publics* consacrés à la lutte contre le tabac	13	26	30

*(DGS, INPES, MILDT, assurance maladie)

1.5 PROMOUVOIR DES ATTITUDES FAVORABLES À LA SANTÉ

1.5.1 Mieux comprendre les comportements à risque pour mieux agir

La première phase de l'Etude Nationale Nutrition Santé (ENNS) s'est déroulée en Indre-et-Loire entre mai et juillet 2004. Elle concerne 150 adultes et autant d'enfants. En 2005, 4 000 adultes et 2 000 enfants seront inclus dans cette vaste enquête nationale destinée à apprécier les habitudes alimentaires, l'état nutritionnel, l'activité physique et l'exposition de la population à différents agents présents dans l'environnement (métaux lourds, pesticides...). Les résultats de cette enquête permettront aussi d'évaluer l'impact des actions entreprises dans le cadre du PNNS pour agir sur les comportements alimentaires.

Le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC) de Lyon poursuit les recherches engagées en 2003 sur les comportements à risque : déterminants conduisant les jeunes à commencer à fumer, motivations d'arrêt de la consommation, impact des mesures réglementaires...

1.5.2 Chez les jeunes

Le contrat cadre signé en juillet 2003 entre le ministère de l'Education nationale et le ministère chargé de la Santé prévoit, parmi ses objectifs prioritaires, la lutte contre le tabac. L'opération « lycée non-fumeur » s'y inscrit.

La loi du 9 août 2004 prévoit une information dans les collèges et les lycées sur les conséquences de la consommation d'alcool et de drogue sur la santé. Elle prévoit également d'étendre aux étudiants le suivi sanitaire prévu pour les élèves au cours de la scolarité obligatoire (contrôle médical de prévention et de dépistage). La première campagne de sensibilisation sur les effets de la consommation de cannabis, lancée le 1^{er} février par la MILDT, dans le cadre du plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008, vise à informer les jeunes de 15 à 25 ans des conséquences de la consommation de cannabis sur la santé, en particulier les cancers du poumon et de la gorge. De récentes études ont en effet montré que le cancer du poumon est plus précoce chez les consommateurs de cannabis. La fumée de cannabis contient plus de cancérigènes que celle du tabac et elle peut aussi favoriser le cancer de la gorge.

Pour aider les médecins généralistes et les autres professionnels de santé à prendre en charge les patients en situation d'addiction (tabac, alcool, cannabis, opiacés ou psychotropes), un pôle « ressources » national a été inauguré en décembre 2004. Il permet de développer

la recherche, de créer des réseaux et de coordonner l'action des médecins en matière de conduites addictives. Il met à disposition des généralistes une information et un soutien méthodologique. Un site Internet permettant de relayer l'information auprès du public et des médecins généralistes a ouvert en janvier. Un service de télé expertise, permettant à un professionnel de santé d'obtenir un avis d'expert dans les 48 heures sera mis en place dans le courant de l'année.

1.5.3 Une alimentation équilibrée

Selon les experts, une alimentation équilibrée permettrait de réduire de 30 % le risque de cancer. Le Plan cancer prend appui sur le Programme National Nutrition Santé (PNNS). Les actions initiées dans le cadre du PNNS (guides, promotion de la consommation de fruits et légumes...) se sont poursuivies en 2004 avec le lancement, le 11 février, d'une campagne nationale de promotion de l'activité physique.

Le 16 septembre 2004, trois nouveaux guides ont été diffusés : « La santé vient en mangeant et en bougeant. Le guide nutrition des enfants et des ados pour tous les parents », « La santé vient en bougeant. Le guide nutrition pour tous » ainsi que le livret « La santé vient en mangeant et en bougeant » qui est diffusé auprès des médecins généralistes et autres professionnels de santé. Ces guides sont téléchargeables sur le site dédié au programme d'éducation nutritionnel : www.mangerbouger.fr.

L'INPES a diffusé début 2005 un guide « nutrition ado » dans tous les collèges à l'intention des élèves de 5^e.

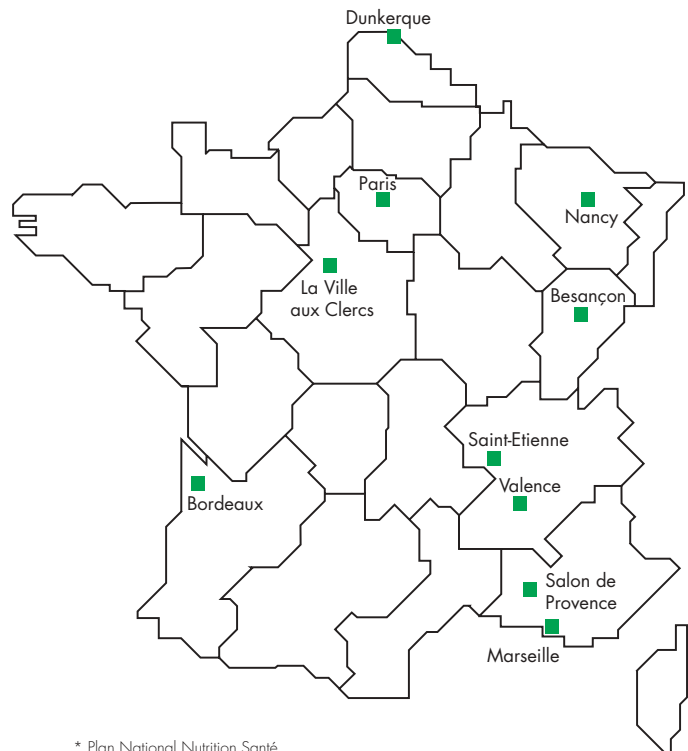
Les municipalités s'engagent

Fin 2004, 10 villes avaient signé la charte « Ville active du PNNS » qui engage les municipalités dans un certain nombre d'actions pour améliorer la nutrition et la santé de la population, en particulier en matière de restauration scolaire. L'INPES diffuse depuis mars 2005 auprès des collectivités locales un kit d'accompagnement d'actions communales de promotion de l'activité physique. Un classeur « Alimentation à tout prix » sera disponible à partir de mai 2005.

Par ailleurs, **la loi du 9 août 2004** relative à la politique de santé publique a renforcé les mesures de prévention concernant l'alimentation : information à caractère sanitaire accompagnant la publicité de certaines boissons et produits manufacturés ou versement d'une taxe au profit de l'INPES pour réaliser des opérations d'information et d'éducation nutritionnelles, interdiction des distributeurs automatiques de boissons et de produits alimentaires payants dans les établissements scolaires à compter du 1^{er} septembre 2005.

Un rapport de synthèse, récemment publié par l'Unité

LES 10 PREMIÈRES VILLES SIGNATAIRES DE LA CHARTE « VILLES ACTIVES DU PNNS* »



de Surveillance et d'Epidémiologie Nutritionnelle (USEN, unité mixte InVS – CNAM) montre que malgré une amélioration de l'alimentation des Français, avec notamment une progression de la consommation de fruits et légumes, les habitudes alimentaires doivent encore beaucoup évoluer pour être conformes aux recommandations du PNNS.

1.5.4 La lutte contre l'alcoolisme

Cause directe ou indirecte de 45 000 décès chaque année, la consommation excessive d'alcool est la deuxième cause de mortalité évitable après le tabac.

L'un des objectifs du Plan cancer est de diminuer de 20 % le nombre d'adultes dépendant de l'alcool.

La loi du 9 août 2004 de santé publique fixe comme objectif une diminution de 20 % de la consommation moyenne d'alcool par habitant en cinq ans.

Pour mieux faire respecter la loi Evin, cette loi étend aux agents habilités et assermentés de la Direction Générale de la Consommation, la Concurrence et la Répression des Fraudes (DGCCRF) la mission de veiller au respect des mesures encadrant la publicité et la propagande en faveur des boissons alcoolisées. Elle étend également aux associations de consommateurs et aux associations familiales la possibilité

d'exercer les droits reconnus à la partie civile pour les infractions à la publicité sur les alcools. Elle renforce la fiscalité sur les boissons alcooliques et les « premix » (mélange de sodas et d'alcool) au profit de la CNAMTS. Les boissons dont le titre alcoolique est compris entre 1,2 % vol. et 12 % vol. seront taxées à raison de 11 euros par décilitre d'alcool pur. Enfin, la loi prévoit la tenue d'États généraux de la lutte contre l'alcoolisme en juin 2005.

Parallèlement, l'INPES a poursuivi ses actions de prévention autour de plusieurs objectifs : 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.

Les campagnes TV

Faisant suite aux campagnes 2003 diffusée du 15 septembre au 5 octobre 2004 sur le thème « L'alcool, pas besoin d'être ivre pour en mourir », une nouvelle campagne TV a été lancée du 14 novembre au 7 décembre sur le thème « Alcool. Votre corps se souvient de tout », mettant en scène les risques sanitaires liés à la consommation régulière excessive d'alcool et indiquant des repères de consommation à risque. Le film télévisé « Le geste qui sauve » a été diffusé 1 150 fois sur les chaînes hertziennes, le câble et le satellite. En accompagnement, une série de trois annonces a été diffusée dans la presse masculine, les magazines d'information et la presse TV en novembre et décembre. Le message rappelait « qu'au-delà de trois verres par jour pour les hommes et de deux verres pour les femmes, l'alcool favorise l'apparition de cancers ».

De nouveaux outils pour les professionnels

Plus de 1 100 000 dépliants « Alcool. Votre corps se souvient de tout » ont été diffusés auprès des médecins généralistes, médecins du travail, pharmaciens, comités d'entreprises, réseaux locaux de prévention. Ces dépliants rappellent les risques liés à une consommation excessive, les repères de consommation et les équivalences entre les différents types de boissons alcoolisées. D'autres outils ont également été mis gratuitement à leur disposition : document synthétique « Repères pour votre pratique », guide pratique pour aider le patient à faire le point sur sa consommation, kit d'intervention « Alcool. Ouvrons le dialogue », revue bimestrielle d'information « Alcool Actualités ». Ils sont disponibles sur le site de l'INPES, www.inpes.sante.fr

En 2005, le film « Le geste qui sauve » sera rediffusé au dernier trimestre. Le dépliant « Alcool. Votre corps se souvient de tout » continuera d'être diffusé tout au long de l'année. En mars, une nouvelle campagne presse et radio a rappelé les équivalences entre types d'alcool (un verre de vin = un demi de bière = un baby de whisky...). Une affichette destinée aux salles d'attente sera envoyée aux professionnels de santé au printemps pour inciter les femmes enceintes à parler du tabac et de l'alcool avec leur médecin.

Un appel à projets permettra de financer des actions locales liées à la prévention de la consommation d'alcool.

1.5.5 Du bon usage des rayons UV

L'incidence du mélanome a doublé en 10 ans. En 2000, 7 231 nouveaux cas et 1 364 décès ont été enregistrés. Les campagnes d'information et les actions de sensibilisation sont indispensables pour amener les Français à modifier leurs comportements solaires, d'autant que la raréfaction de l'ozone atmosphérique, entraîne une augmentation des doses d'UV solaires et donc du risque de mélanome.

Le 24 juin 2004, une campagne nationale sur la prévention des risques liés au soleil et aux UV a été lancée à la fois par l'Institut National du Cancer en direction du grand public et par l'INPES en direction des professionnels.

D'autre part, plusieurs actions ont été engagées pour prévenir les risques liés à l'exposition aux UV artificiels (UVA) utilisés dans les cabines de bronzage :

- réalisation d'un état des connaissances scientifiques concernant les effets sur la santé de l'exposition aux UV artificiels. L'AFSSE pilote le groupe de travail qui rassemble l'AFSSAPS, l'InVS et le CIRC et dont le rapport devrait être rendu public avant l'été 2005 ;
- renforcement des contrôles inopinés dans les salons de bronzage pour s'assurer du respect de la réglementation. En 2004, 64 DGCCRF (Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes) se sont mobilisées sur les contrôles des installations de bronzage contre 21 en 2003. Près de 14 000 installations UV sont recensées en France. Durant les quatre dernières années, 3 699 contrôles ont été effectués, donnant lieu à 301 procès verbaux et 895 rappels de la réglementation ;
- information des consommateurs sur les risques liés à l'utilisation de cabines solaires. Un document d'information et de conseils est en préparation, il sera prochainement remis à tous les clients des centres

de bronzage. Ce document comportera aussi des informations concernant le dépistage précoce du mélanome.

- après évaluation de la mise en œuvre actuelle de la réglementation et au vu des résultats de l'expertise collective pilotée par l'AFSSE, renforcement éventuel de la réglementation.

La Direction Générale de la Santé mettra en ligne avant l'été 2005, un dossier thématique sur les rayonnements UV et les risques sanitaires.

Pour sa part, le syndicat national des dermatologues organise depuis 7 ans une journée nationale de dépistage des cancers de la peau, qui permet de diagnostiquer entre 100 et 200 cancers de la peau chaque année. En 2004, cette journée a eu lieu le jeudi 6 mai 2004. Près de 1 000 dermatologues ont examiné plus de 15 000 personnes dans 341 centres de dépistage. Cette journée a permis de détecter 2 082 lésions suspectes, dont plus d'une centaine de cancers de la peau, concernant près d'un patient examiné sur quatre. Cette action de santé publique sera orientée en 2005 vers les publics les plus démunis, elle aura lieu le 19 mai.

Avant l'été 2005, l'Institut National de Cancer devrait mener, comme en 2004, une campagne de prévention solaire.

1.6 UNE NOUVELLE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE : LE PLAN CANCER INSCRIT DANS LA LOI

La loi du 9 août 2004 a réaffirmé la responsabilité de l'État dans le domaine de la santé publique. Elle décrit 100 objectifs quantifiés à cinq ans, retenus à la suite d'une consultation nationale et auxquels correspondent des indicateurs spécifiques, ainsi que cinq plans stratégiques au premier rang desquels figure le Plan cancer. Ces objectifs et ces plans stratégiques sont déclinés dans chaque région par un Plan Régional de Santé Publique (PRSP) dont la mise en œuvre est confiée à un Groupement Régional de Santé Publique (GRSP). Depuis 2003, anticipant cette organisation, la MILC a bénéficié de l'appui de comités régionaux mis en place à sa demande et présidés par les préfets de région.

Le PRSP, dont les modalités d'élaboration ont été précisées par la circulaire DGS du 24 septembre 2004, comporte un ensemble coordonné de programmes et d'actions pluriannuels dans la région et notamment un programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus dému-

nies, un programme de prévention des risques liés à l'environnement général et au travail ainsi qu'un programme de santé scolaire et d'éducation à la santé. Ces programmes et actions doivent permettre d'atteindre les objectifs régionaux de santé et de mettre en œuvre le volet régional des programmes nationaux de santé publique, en particulier dans le domaine du cancer, de la nutrition, de la santé environnementale, de la santé au travail, de la santé des jeunes en milieu scolaire, de l'éducation à la santé et des situations d'urgence sanitaire.

L'élaboration du PRSP se fait sous l'autorité du préfet, en étroite collaboration avec de nombreux partenaires (ARH, organismes d'assurance maladie, conseil régional, collectivités territoriales, ORS, partenaires économiques et sociaux, professionnels, associations...). Elle s'appuie sur un diagnostic partagé de l'état de santé de la région, sur un bilan des programmes et plans en cours ainsi que sur un bilan des ressources.

C'est dans cet esprit qu'ont fonctionné depuis deux ans, les comités de pilotage régionaux du Plan cancer.

Dans ce nouveau cadre, la loi du 9 août 2004 met en place des consultations médicales périodiques de prévention, des examens de dépistage ainsi que des actions d'information et d'éducation pour la santé. Déterminés par le ministre de la Santé, ces programmes sont destinés à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou incapacités.

2 DÉPISTAGE : SE DONNER TOUTES LES CHANCES

Le diagnostic d'un cancer à un stade précoce permet d'augmenter les chances de guérison et de bénéficier d'un traitement souvent moins lourd. Parfois, le dépistage des affections qui précèdent l'apparition d'un cancer permet même d'éviter l'apparition de ce dernier. C'est le cas pour le col utérin. Le Plan cancer prévoit donc, parmi les actions prioritaires, de favoriser l'accès à un dépistage de qualité. Trois types de cancers sont particulièrement concernés : le cancer du sein, le cancer colo-rectal et le cancer du col utérin. Des groupes techniques nationaux spécifiques ont été mis en place pour élaborer les différents programmes de dépistage et assurer leur suivi. Dans tous les départements, des structures assurent la gestion de ces dépistages. L'évaluation de ces programmes a été confiée à l'Institut de Veille Sanitaire (InVS). S'appuyant largement sur les professionnels exerçant à titre libéral, ce dispositif est guidé par le souci d'équité, de qualité et d'efficacité. De nombreux professionnels de santé ont adhéré à cette démarche qualité qui leur imposait notamment des formations spécifiques² et des investissements pour la mise à niveau de leurs équipements.

2.1 LE DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN EST EFFECTIF SUR TOUT LE TERRITOIRE

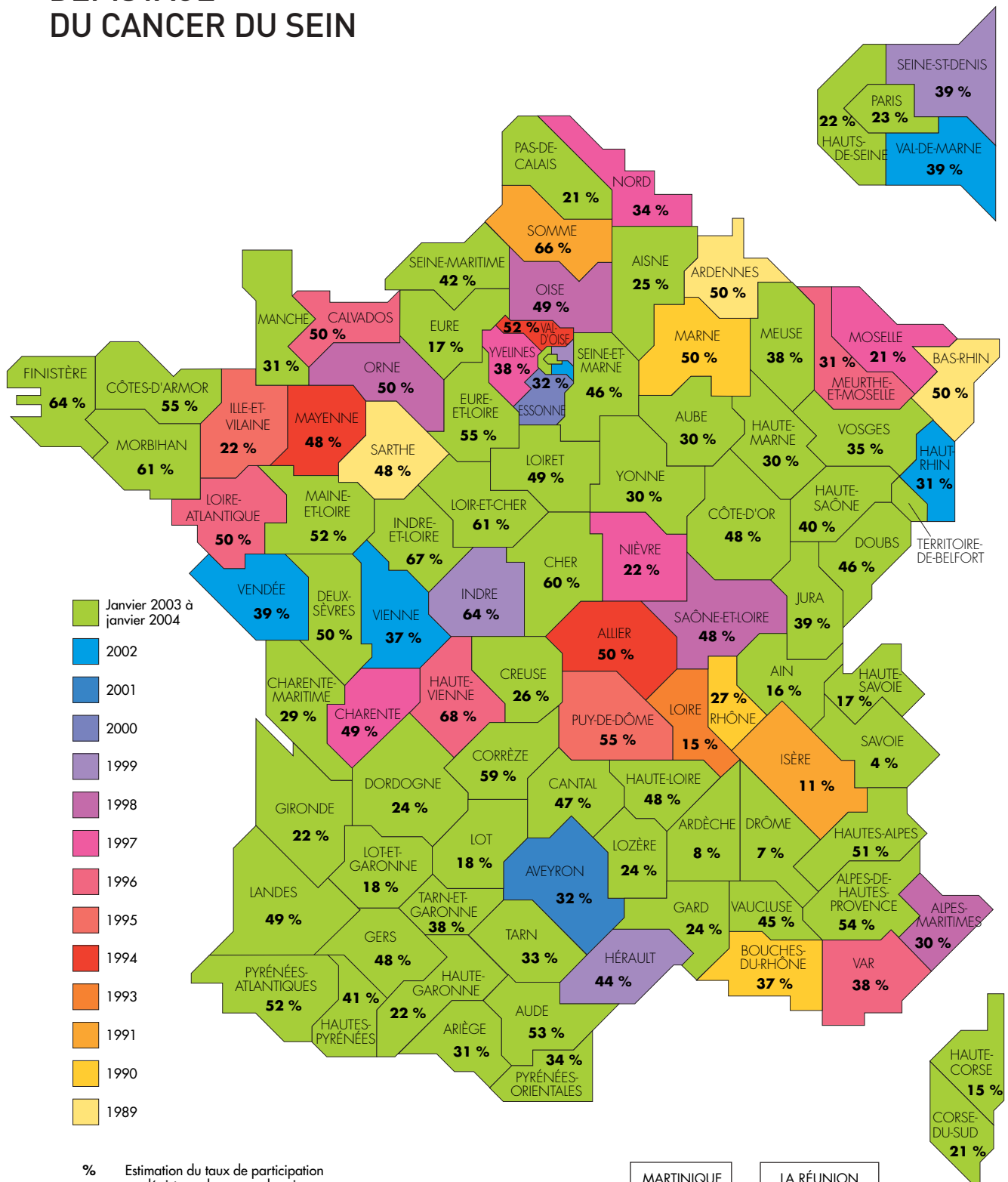
Principale cause de mortalité par cancer chez les femmes, le cancer du sein tue encore près de 12 000 femmes par an. Pour l'année 2000, 42 000 nouveaux cas ont été enregistrés en France. Entre 1980 et 2000, les cancers du sein ont augmenté de près de 60 %, expliquant à eux seuls 93 % de l'augmentation globale de l'incidence des cancers chez la femme. Réduire la mortalité liée à cette maladie est donc un véritable enjeu de santé publique.

Fin 2002, 39 départements seulement proposaient un dépistage organisé du cancer du sein. **Le Plan cancer a permis en 10 mois de doubler l'effort accompli en dix ans.** Tous les départements français disposent désormais d'un outil de dépistage organisé performant et exigeant, qui s'appuie à 90 % sur la médecine libérale. L'organisation repose sur trois niveaux : départemental (structure de gestion), régional (comité régional des politiques de santé) et national (groupe technique national).

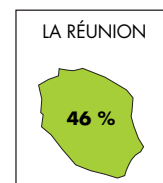
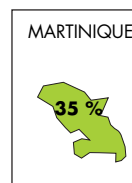
Les radiologues qui y participent ont reçu une formation complémentaire et ont fait mettre à niveau leurs équipements.

2) 8 000 généralistes ont été formés au dépistage du cancer colo-rectal et 11 000 radiologues et manipulateurs radio au dépistage du cancer du sein en 2004.

DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN



% Estimation du taux de participation au dépistage du cancer du sein dans les départements disposant de données



Toutes les femmes âgées de 50 à 74 ans bénéficient gratuitement tous les deux ans d'une mammographie. L'examen réalisé dans le dépistage organisé offre un avantage majeur : la double lecture des clichés qui permet de dépister précocement un plus grand nombre de cancers (15 %). D'ici à la fin 2005, toutes les femmes concernées (8,2 millions de femmes) auront reçu leur invitation afin de bénéficier de ce dépistage pour lequel le ministre, Monsieur Philippe Douste-Blazy, a réaffirmé l'exonération du forfait de 1 euro.

Le programme français de dépistage du cancer du sein est ambitieux. Il est l'aboutissement d'une démarche structurée. L'objectif de généralisation a été atteint grâce à une mobilisation exceptionnelle des professionnels de santé, des services de l'Etat, des conseils généraux, de l'assurance maladie et des associations (Ligue contre le cancer et Comités féminins notamment).

Programme de santé publique exemplaire, il intègre et c'est essentiel, le suivi des indicateurs précoces et des indicateurs d'impact.

Il faut saluer l'engagement des professionnels qui adhèrent massivement à ce programme qui, au delà du dépistage organisé, contribue à améliorer la qualité globale du dépistage et donc de notre système de santé.

La sensibilisation des femmes à la chance offerte par ce programme de santé publique conditionne son efficacité³. Actuellement, cette participation est encore insuffisante. Les chiffres provisoires disponibles montrent des taux compris dans la plupart des départements entre 20 et 67 % avec une moyenne frôlant les 40 %. Taux largement inférieur au taux cible qui doit atteindre 80 % (pour espérer réduire, par une prise en charge précoce, la mortalité de 30 %). L'enquête publiée par la DREES le 6 avril 2005, montre cependant une bonne progression du dépistage des cancers féminins (69 % de femmes ont eu recours à une mammographie durant les 5 ans précédant l'enquête, 85 % ont eu un frottis). Ces chiffres comptabilisent le dépistage individuel et le dépistage organisé.

Pourtant, nous le savons et les comités de pilotage régionaux en attestent : les femmes isolées, les femmes de milieux modestes sont les moins réceptives à l'invitation au dépistage. Il s'agit donc de diversifier les actions de sensibilisation des publics cibles pour changer d'échelle en terme de participation.

La campagne des pouvoirs publics intitulée « Rendez-vous Santé + » lancée en 2003 et renforcée en 2004 par de nouveaux spot TV, n'a pas encore eu les répercussions attendues. Partout en France, elle a pourtant été relayée par de nombreuses actions associatives de proximité. Une nouvelle campagne nationale prendra le relais en 2005 afin de convaincre les femmes encore réticentes et de fidéliser celles ayant déjà répondu à une première invitation. Elle s'adressera aussi aux professionnels de santé, médecins généralistes et gynécologues. Des outils ont également été fournis aux médecins généralistes pour faciliter le dialogue avec leurs patientes sur le « rendez-vous+ » : triptyque sur les enjeux du programme, bloc de fiches détachables à remettre aux patientes.

Mais l'essentiel est de diversifier les approches, de s'attacher à cibler les catégories de femmes réfractaires au dépistage en analysant au mieux les causes de cette défiance⁴. Nous devons arriver sur ce champ à faire ce qui est à l'œuvre ailleurs : l'appropriation par des acteurs diversifiés de cette action qui fait sens pour chacun d'entre nous. **La loi du 9 août 2004** prévoit, en effet, que les mesures de dépistage du cancer comportent un programme spécifique pour les populations confrontées à l'exclusion. Des actions spécifiques pour les femmes en situation de difficultés d'accès aux soins (handicapées, isolées ou démunies) doivent être mises en place dès cette année. En liaison avec la Fédération Nationale des Sourds de France et le Comité national pour la promotion sociale des aveugles et des amblyopes, ont ainsi été réalisés un film en langage des signes pour les malentendantes et une cassette audio pour les malvoyantes. Sont en préparation des brochures en langues étrangères pour les femmes issues de l'immigration. Une mobilisation des services sociaux des villes et des départements et une meilleure exploitation des fichiers des caisses et des mutuelles s'organisent.

3) L'efficacité des programmes de dépistage organisé dépend du taux de participation des femmes. Des études européennes et nord-américaines ont montré que chez les femmes de plus de 50 ans, la mammographie pratiquée tous les deux ans permet de réduire d'environ 30 % la mortalité par cancer du sein, après 7 à 13 ans de suivi, mais à condition que plus de 60 % de la population concernée y participe. Les premiers résultats de l'évaluation du programme de dépistage organisé du cancer du sein, confiée à l'InVS, sont encourageants, mais ils montrent la nécessité de progresser encore. En 2003, le taux de participation au niveau national est de 33 % en moyenne, avec d'importantes variations d'un département à l'autre (de 20 % à 70 %). Les premières données, publiées début octobre 2004, montrent également que le dépistage organisé est de bonne qualité : le taux de mammographies positives avant bilan complémentaire est de 13,4 %, avec des extrêmes allant de 4 à 20 % selon les départements. La mobilisation des radiologues est forte : sur les données disponibles (67 départements), près de 87 % des radiologues participent au dépistage organisé.

4) Les ORS de plusieurs régions ont conçu des enquêtes pour établir de façon plus objective les facteurs limitant la participation aux campagnes de dépistages. De son côté l'industrie s'engage : à titre d'exemple, une enquête Sofrès, lancée en janvier 2005 par le laboratoire Roche, et dénommée « Edifice » (Etude sur le dépistage des cancers et ses facteurs de compliance), vise à constituer une base de données sur les comportements face aux programmes de dépistages organisés.

Plusieurs éléments pour passer à la vitesse supérieure sont d'ores et déjà en place :

- le ministre de la Santé vient d'annoncer l'instauration d'une journée nationale du dépistage du cancer du sein, le 1^{er} octobre, prélude à une forte mobilisation durant tout le mois. Le ruban rose, lancé en 1992 par Evelyn Lauder est désormais un symbole de ralliement qui s'est imposé comme dénominateur commun aux actions de promotion du dépistage pendant cette période de l'année ;
- les associations de femmes agissant au niveau national ou local (Comités féminin, Cancer du Sein Parlons-en, Europa Donna, Vivre comme avant, Femmes Marnaises, Ligue contre le cancer et son réseau des malades...) multiplient les initiatives de terrain (cf. les fiches régionales) ;
- en outre, un timbre « dépistage du cancer du sein » sera lancé au mois d'octobre 2005.

L'action du groupe technique national, présidé par le Dr Brigitte Seradour, a accompagné ce processus de façon déterminante.

La France est le seul pays européen à proposer un dépistage organisé reposant principalement sur la médecine libérale (plus de 2 000 cabinets de radiologie impliqués).

Un certain nombre d'établissements de santé agréés participent également au programme de dépistage organisé, notamment lorsque les besoins de proximité ne sont pas couverts par la radiologie libérale. En 2004, 4,1 millions ont été affectés à ces établissements (publics et PSPH) pour le dépistage organisé du cancer du sein.

Maintenir et renforcer la mobilisation

Pour être efficace, ce programme doit s'inscrire dans la durée, être financé de manière pérenne et fédérer tous les acteurs dont certains se sont mobilisés depuis de nombreuses années. **La loi du 9 août 2004** recentre les responsabilités en matière de santé publique vers l'Etat et la loi du 13 août 2004, relative aux libertés et responsabilités locales, prévoit que les Départements puissent continuer à s'impliquer, en passant des conventions avec l'Etat.

L'Etat y a consacré 26 millions d'euros en 2004 et 18 millions d'euros en 2003. Le budget prévisionnel 2005 atteint 41 millions d'euros.

Une approche toujours plus qualitative

La garantie du dispositif est assurée par :

- le groupe technique national présidé par Brigitte Seradour en charge de la conception et du respect du cahier des charges⁵ ;
- l'évaluation confiée à l'InVS ;
- les contrôles techniques pour garantir la conformité des appareils de mammographie analogique effectués par l'AFFSAPS ;
- la formation continue des professionnels ;
- les recommandations de bonnes pratiques⁶ ;
- la création de l'observatoire de la sénologie ;

Mis en place dans le cadre de l'Accord de Bon Usage des Soins (signé entre la Fédération nationale des médecins radiologues et les caisses d'assurance maladie), l'Observatoire de la sénologie, permet depuis 2004 de rassembler auprès des radiologues libéraux de très nombreuses informations relatives à la pratique mammographique, et contribue ainsi à contrôler la qualité des examens. Les premières statistiques émanant de l'Observatoire ont été rendues publiques en septembre 2004, elles ont porté sur 17 000 actes et ont montré une part encore importante d'actes relevant du dépistage individuel, mais déjà 52 % de femmes de 50 à 74 ans répondant au dépistage organisé. En Seine-Maritime, afin de permettre à toutes les femmes concernées de bénéficier du dépistage organisé, objectivement de meilleure qualité (double lecture, contrôle qualité), la structure de gestion a distribué aux médecins et aux radiologues des convocations non nominatives. Celles-ci permettent d'inclure immédiatement les femmes qui se présentent pour une mammographie dans le dépistage organisé, et de réduire ainsi la part de dépistage individuel. En Ile-de-France, les médecins peuvent délivrer eux-mêmes la prise en charge.

En janvier 2005, l'Observatoire était opérationnel dans toutes les régions et recueillait en moyenne les données de 5 000 examens par jour, concernant essentiellement des femmes de 50 à 74 ans. La base de données comptait 280 000 mammographies, dont 132 000 avaient été réalisées depuis le 1^{er} décembre 2004. Ceci confirme la montée en charge très rapide du dispositif. Le recueil des données par l'Observatoire devrait être élargi aux radiologues hospitaliers qui pratiquent aussi le dépistage.

5) Le cahier des charges prévoit l'utilisation de la mammographie analogique. Une expérimentation du dépistage organisé avec mammographie numérique a démarré dans la Vienne au cours du premier trimestre 2005. Elle va permettre de savoir si cette technologie est porteuse de progrès pour l'avenir.

6) Par exemple le référentiel d'évaluation produit par l'ANAES en décembre 2004 « Dépistage du cancer du sein en médecine générale ».

Des financements soutenus

En 2004, l'Etat a consacré 18 millions d'euros pour généraliser le dépistage organisé dans tous les départements.

Les structures de gestion, de statut associatif pour la plupart, sont financées à hauteur de 50 % par le Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaire (FNPEIS) sur la base de 13 euros par mammographie effectuée. L'Etat a prévu 41,59 millions d'euros en 2005 pour financer, en cas de besoin, le dépistage, notamment pour que l'éventuelle décision de certains conseils généraux de se désengager financièrement n'ait aucune conséquence pour la réalisation du programme de dépistage.

Des options confortées

Le fait d'organiser le dépistage permet-il de faire adhérer plus de femmes à la démarche ?

L'Enquête Santé Protection Sociale (ESPS) renouvelée par l'IRDES en 2002 auprès de 20 830 assurés sociaux et qui comportait une question sur la pratique de la mammographie révèle que c'est bien le cas. Un nombre supérieur de femmes de 50 à 69 ans avait pratiqué une mammographie dans les départements proposant le dépistage organisé. D'autre part, l'existence d'une telle organisation semble gommer l'effet du statut socio-économique et de la ruralité sur le recours à la mammographie. En revanche, elle révèle que chez les femmes disposant de faibles revenus et n'ayant pas de suivi gynécologique, la pratique de la mammographie était basse qu'il y ait ou non de dépistage organisé. Cette analyse conforte donc les orientations du Plan cancer qui prévoit de cibler les femmes des milieux économiquement défavorisés et de renforcer le rôle incitateur du médecin généraliste, en particulier pour les femmes non suivies par un gynécologue.

Par ailleurs, l'ANAES a confirmé (juin 2004) l'absence de pertinence à élargir la tranche d'âge aux 40-49 ans et le bien fondé du critère retenu pour la population cible (femmes de 50 à 74 ans) dans le cahier des charges du dépistage organisé du cancer du sein.

2.2 VERS LE DÉPISTAGE GÉNÉRALISÉ DU CANCER COLO-RECTAL

Alors qu'aucun autre pays n'a jusqu'à présent mis en place en Europe un programme national de dépistage organisé du cancer colorectal, la France accélère la phase pilote prévue au Plan cancer et précise les modalités de la généralisation conformément aux recommandations de l'Académie de médecine et à de nombreuses études nationales et internationales.

Avec 36 250 nouveaux cas estimés en 2 000 et 16 000 décès, le cancer colo-rectal voit son incidence augmenter depuis 20 ans puisque l'on recensait 24 000 cas et 14 700 décès en 1980. Le taux français de survie après un cancer colo-rectal est le meilleur d'Europe, vraisemblablement en raison d'un accès plus rapide au diagnostic et au traitement.

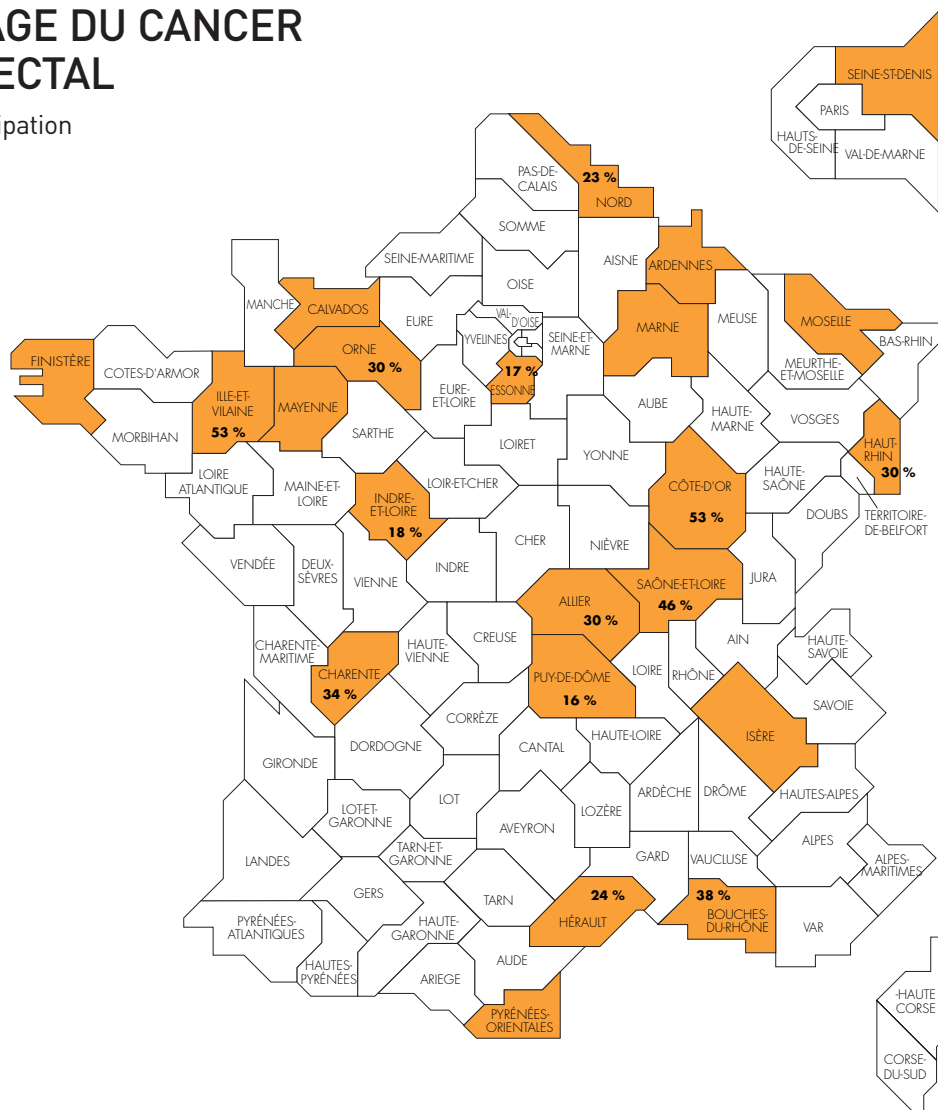
Le dépistage du cancer colo-rectal est préconisé chez les personnes de 50 à 74 ans, tous les deux ans. Ce dépistage s'effectue par la recherche de sang occulte dans les selles à l'aide du test Hemocult (gratuit dans le cadre du dépistage). En cas de présence de sang, une coloscopie permet de préciser le diagnostic.

L'expérimentation du dépistage organisé a été engagée en 2004 dans 22 départements pilotes, après avoir résolu les questions de la rémunération des médecins généralistes et du transport par voie postale des tests Hemocult. Les 22 départements pilotes sont les suivants : Haut-Rhin, Côte-d'Or, Saône-et-Loire, Ille-et-Vilaine, Indre-et-Loire, Hérault, Nord, Charente, Bouches-du-Rhône, Isère, Essonne, Finistère, Allier, Ardennes, Marne, Seine-Saint-Denis, Pyrénées-Orientales, Moselle, Calvados, Orne, Mayenne et Puy-de-Dôme. Le département des Alpes-Maritimes va rejoindre l'expérimentation en septembre 2005. 2 200 000 personnes ont été invitées à pratiquer le test. L'évaluation du dispositif débutera fin 2005 afin de définir une stratégie nationale d'ici à 2007. D'ores et déjà, les premiers résultats qualitatifs sont encourageants : bonne participation des médecins généralistes et taux de réalisation des tests par les personnes invitées en progression rapide (20 % en 2003, 31,5 % en 2004 et supérieur à 50 % dans certains départements selon les résultats préliminaires) ; le pourcentage de test positifs est de 2,8 % et 8 à 12 % des coloscopies réalisées à la suite d'un test positif permettent de découvrir un cancer.

Une étude comparative entre le test biochimique (Hémocult II), actuellement utilisé, et un test immunologique (Magstream) à lecture automatisée est en cours. Jusqu'à présent, l'Hémocult était le seul test dont l'efficacité avait été démontrée dans le cadre d'un dépistage en population générale. Les résultats de l'étude de faisabilité menée dans la Manche et portant sur 7 421 tests réalisés en 2001 et 2002, montrent que la sensibilité de Magstream (85 %) est supérieure à celle de l'Hémocult (50 %). En revanche, la spécificité est inférieure (94 % versus 97 %). Une étude comparative coût-efficacité présentée en 2003 lors des journées francophones de pathologie digestive avait déjà démontré l'intérêt du test Magstream.

DÉPISTAGE DU CANCER COLO-RECTAL

Taux de participation



A partir de ces résultats, une étude de plus grande envergure a été lancée début 2005 dans la région Nord-Ouest, principalement dans le Calvados. Elle porte sur 180 000 personnes de 50 à 74 ans.

2.3 FAVORISER LE DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS : DES ACTIONS DE SENSIBILISATION ENCORE TROP PEU NOMBREUSES

Le dépistage individuel du cancer du col de l'utérus a déjà permis de faire diminuer l'incidence (-2,8 % par an) et la mortalité (-4,4 % par an) du cancer du col de l'utérus depuis une vingtaine d'années. Le nombre de nouveaux cas est passé de 4 879 en 1980 à 3 387 en 2000 et le nombre de décès de 1 941 en 1980 à 1 004 en 2000.

Ces 1 000 décès survenant encore chaque année sont évitables puisque la détection des affections précancéreuses, par frottis, et leur traitement permet d'éviter l'apparition d'un cancer. Le Plan cancer prévoit donc de favoriser le dépistage individuel du cancer du col utérin avec l'objectif que 80 % des femmes entre 25 et 69 ans en bénéficient (16 millions de femmes sont concernées), mais les actions de sensibilisation restent

encore trop peu nombreuses et la question d'une éventuelle organisation se pose : un véritable défi pour l'Institut National du Cancer.

Réalisé tous les trois ans après deux frottis normaux à un an d'intervalle, chez les femmes de 25 à 69 ans, le dépistage est basé sur l'analyse du frottis cervico vaginal complété par le test de recherche de l'infection à papillomavirus (dit test HPV). Le principal facteur de risque est, en effet, l'existence d'une infection persistante par un papillomavirus humain (HPV) de type oncogène.

Le test HPV est inscrit à la nomenclature des actes de biologie médicale depuis le 30 décembre 2003. Son utilisation en cas de frottis incertain est remboursé depuis le 14 février 2004. En revanche, en France comme dans les autres pays européens, son utilisation en première intention n'est pas recommandée.

Le dépistage du cancer du col utérin est aujourd'hui largement individuel. Plus de 6 millions de frottis ont été réalisés en 2000 et environ 55 % de la population concernée est couverte. Cependant, 35 % des femmes de 25 à 69 ans n'ont jamais eu de frottis ou en ont eu à des intervalles trop espacés. Il est donc particulière-

ment important d'atteindre ces femmes qui sont aussi celles qui cumulent le plus grand nombre de facteurs de risque et ainsi se pose la question de l'organisation.

Un programme de dépistage organisé du cancer du col utérin est expérimenté dans 5 territoires (Alsace, Doubs, Isère, Martinique et une partie de la ville de Marseille). Un appel à candidatures devrait permettre d'intégrer 4 à 5 départements supplémentaires en 2005. Couplées avec celles qui sont menées dans le cadre du dépistage du cancer du sein, des démarches de sensibilisation vont être mises en place. Par ailleurs, pour élargir l'offre de frottis, une formation des médecins généralistes se portant volontaires à la pratique des frottis pourrait être envisagée. Une étude réalisée en Ile-de-France montre que seulement 4 % des frottis sont prélevés par des généralistes et que les 96 % restant le sont par des gynécologues, et souligne donc la nécessité d'impliquer davantage les généralistes dans ce dépistage.

L'Institut National du Cancer fait de ce dépistage et du renforcement de l'expertise en la matière, l'une de ses actions prioritaires pour 2005.

2.4 L'ONCOGÉNÉTIQUE PROGRESSE : DES LABORATOIRES MIEUX FINANCÉS ET COORDONNÉS, DEUX FOIS PLUS DE CONSULTATIONS

Certaines mutations génétiques sont associées à un risque accru de cancers (sein, ovaire, colon). Des tests de dépistage de ces mutations sont disponibles ; ils concernent à la fois les personnes malades et les membres de leur famille non malades. Lorsque ces derniers sont porteurs de la mutation prédisposant au cancer, il est possible de mettre en place des mesures de prévention, de diagnostic précoce ou des traitements plus adaptés aux malades. Le Plan cancer prévoit de conforter l'accès aux tests de prédisposition génétique par la mise en place d'un réseau de laboratoires qualifiés et de renforcer le réseau des consultations d'oncogénétique. Le Dr François Eisinger a été missionné par le Ministre de la santé et la MILC pour suivre la mise en œuvre des actions de renforcement de l'oncogénétique⁷.

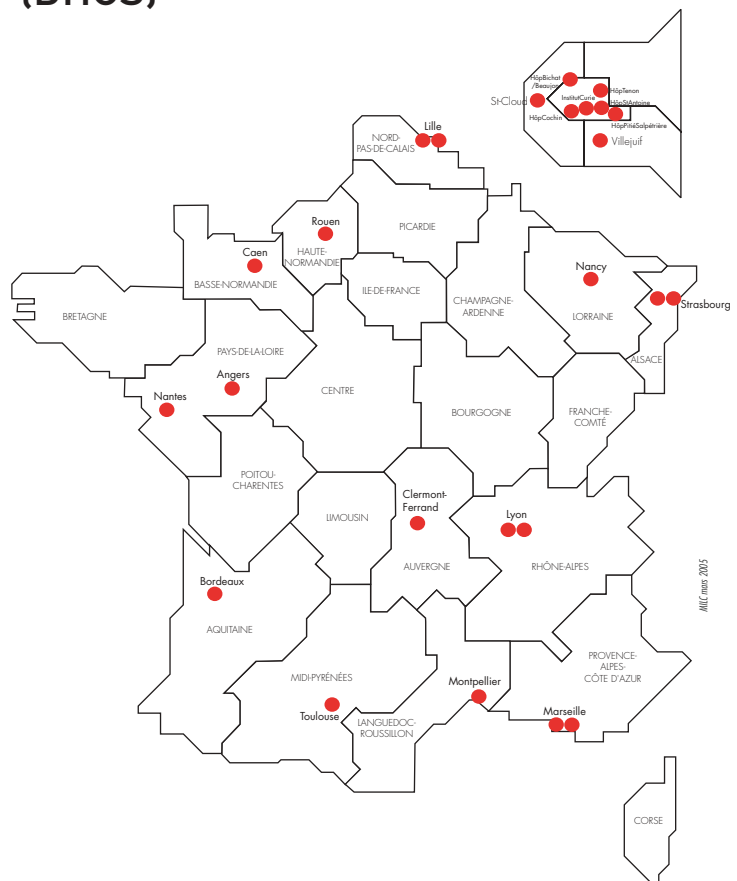
D'avantage de moyens pour les laboratoires

En 2003, 6,625 millions d'euros ont permis de soutenir les 25 laboratoires (renforcement en personnels spécialisés, achat de consommables onéreux et d'équi-

pements biomédicaux) qui ont réalisé plus de 12 000 tests (contre 3 000 en 2000). En 2004, 2 million d'euros ont permis de poursuivre cette action (15 000 tests réalisés) à laquelle 0,5 million d'euros seront à nouveau consacrés en 2005. Un soutien particulier est apporté pour la détection des prédispositions génétiques aux cancers rares. Six réseaux mixtes, biologique et clinique, de prédispositions peu fréquentes ont été mis en place en 2004 :

- prédispositions héréditaires aux cancers en pédiatrie (dont rétinoblastome) ;
- prédispositions héréditaires aux cancers du rein ;
- néoplasie endocrines multiples et tumeurs neuro-endocrines ;
- prédispositions rares aux cancers digestifs ;
- prédispositions héréditaires aux néoplasies du système nerveux ;
- prédispositions héréditaires aux cancers cutanés.

LABORATOIRES D'ONCOGÉNÉTIQUE BÉNÉFICIAIRES DU PROGRAMME DE SOUTIEN DE LA DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS (DHOS)



7) Le rapport du Dr Eisinger est disponible sur le site www.plancancer.fr

Deux fois plus de consultations

Parallèlement au renforcement de l'accès aux tests, le nombre de consultations d'oncogénétique a été plus que doublé pour atteindre 18 000 fin 2004. En 2003, un premier appel à projets a permis de renforcer 38 sites qui ont été financés à hauteur de 2,32 millions d'euros. Un deuxième appel à projets (1 million d'euros) a été lancé en 2004 ; il a permis de soutenir à nouveau 15 sites et d'en créer 9 nouveaux dont 2 privés. Au total, 47 sites sont en activité. Un troisième appel à projets (0,5 million d'euros) est prévu pour 2005.

Toutes les régions, à l'exception de la Picardie pour laquelle un accord a été passé avec la Haute-Normandie, disposent d'au moins une consultation. Les patients concernés et les familles ont ainsi accès, sur l'ensemble du territoire, aux consultations d'oncogénétique dans des conditions comparables.

Une mission spécifique de formation a été menée au printemps 2004 pour la Guyane, les Antilles et la Réunion afin de faire émerger une activité d'oncogénétique.

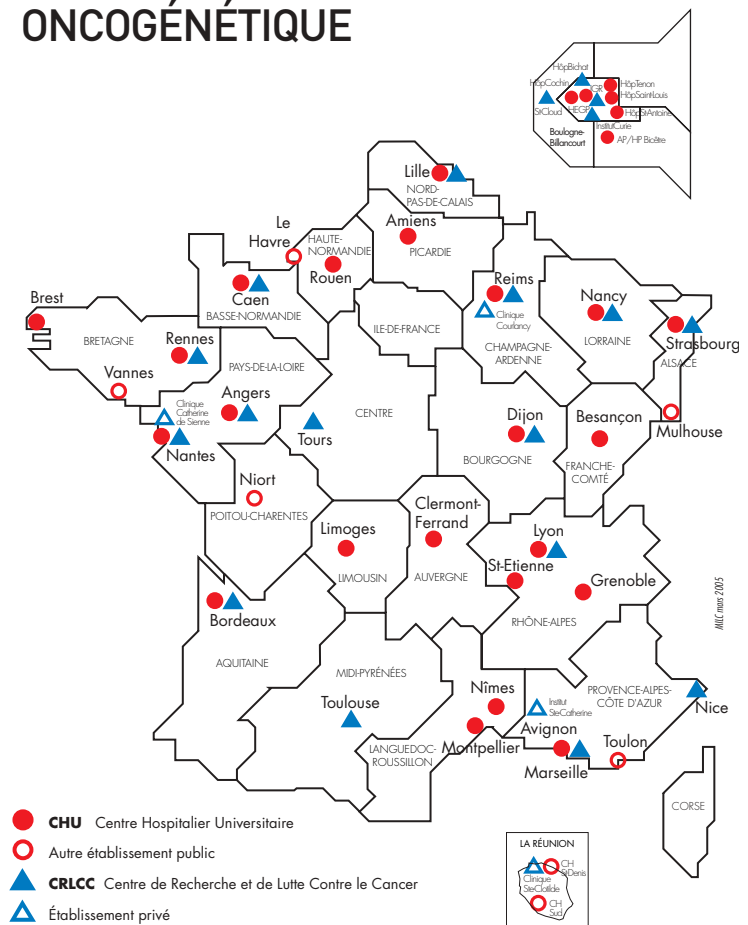
Des référentiels concernant l'oncogénétique clinique vont être mis à disposition des professionnels.

Création d'un nouveau métier :

le conseiller en génétique

La loi du 9 août 2004 a créé la profession de conseiller en génétique. Celui-ci participera, au sein d'une équipe pluridisciplinaire, à l'information, au conseil et à l'accompagnement sur le plan médico-social et psychologique, des personnes faisant l'objet de tests génétiques.

CONSULTATIONS ONCOGÉNÉTIQUE



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

Assurer l'égalité d'accès à des soins de qualité nécessite le respect de plusieurs principes - coordination des acteurs, concertation pluridisciplinaire, amélioration de l'accès aux soins, encadrement de la qualité des pratiques professionnelles, écoute et information des malades et de leurs familles - et la mise en place de nouvelles organisations au niveau des établissements de santé, des territoires et des régions.

L'année 2004 a été marquée par le développement de nombreuses actions sur le terrain sous forme d'expérimentations ou de phases pilotes et par la traduction en termes opérationnels des grandes orientations du Plan en matière d'organisation des soins. Sous l'égide du ministère de la Santé (DHOS), plusieurs groupes de travail⁸ ont été réunis en 2004 pour parfaire la rédaction de la circulaire parue le 22 février 2005 qui, actualisant celle du 24 mars 1998, va permettre de finaliser les volets « cancérologie » des Schémas Régionaux d'Organisation des Soins (SROS de troisième génération) que les ARH devront arrêter au plus tard en 2006.

Ce mode d'emploi de la nouvelle organisation des soins va venir parachever les évolutions déjà engagées pour répondre aux exigences du Plan. La présentation de ces avancées est intégrée dans les chapitres de la circulaire qui apparaissent, ci-dessous, en italique.

3.1 CIRCULAIRE DU 22 FÉVRIER 2005 RELATIVE À L'ORGANISATION DES SOINS EN CANCÉROLOGIE

Résumé

Chaque établissement de santé exerçant l'activité de traitement du cancer doit garantir une organisation appuyée sur la pluridisciplinarité, l'utilisation des référentiels validés et sur un travail en réseau. Il garantit la réalisation des missions des centres de coordination en cancérologie.

Au niveau de chaque région, le recours et l'accès à l'innovation et à la recherche clinique sont organisés au sein d'un pôle régional ; les filières de ce recours sont formalisées dans le SROS. Le réseau régional de cancérologie élabore les référentiels régionaux à partir des recommandations nationales, coordonne la mise en place du dossier communiquant de cancérologie et évalue ses membres.

8) Les rapports de ces groupes techniques sont disponibles sur le site www.plan-cancer.fr

Au niveau des territoires de santé, la coordination entre établissements et avec la ville qui s'exerce au sein des réseaux de cancérologie permet de structurer la prise en charge de la majorité des localisations cancéreuses et la continuité des soins entre l'hôpital et le domicile.

Les principes d'une prise en charge de qualité pour un patient atteint de cancer :

3.1.1 L'information du patient et son accord sur l'orientation et les modalités de son parcours thérapeutique

3.1.2 Un accès rapide au diagnostic

L'entrée dans la chaîne de soins pour suspicion de cancer est ressentie par le patient, et par ses proches, comme le début de la maladie. Tous les acteurs du soin, libéraux et hospitaliers, doivent être en mesure de se coordonner, dès ce moment, pour réduire les délais et orienter le patient, avec son accord, dans le dispositif de soins. Le rôle des radiologues, des anatomopathologistes et des biologistes qui concourent activement à cette phase diagnostique est déterminant. L'analyse des difficultés rencontrées, voire des dysfonctionnements, dans ces premiers temps du parcours patient, constitue un indicateur important pour apprécier l'amélioration de la performance des organisations mises en place.

3.1.3 Des conditions d'annonce du cancer organisées

Le Plan cancer a particulièrement souligné la nécessité de faire bénéficier les patients de meilleures conditions d'annonce de la maladie. La mise en œuvre de cette mesure, sous forme d'un dispositif d'annonce, a un impact organisationnel important.

- Pour préparer au mieux sa généralisation en 2005, un dispositif expérimental est conduit depuis juin 2004 dans 58 établissements de santé de tous statuts répartis dans 15 régions et inclut 8 réseaux de cancérologie. Il prend en compte le temps médical nécessaire à l'annonce du cancer et la mise à disposition de personnels soignants pour le patient et ses proches, afin de les soutenir et les accompagner durant cette période. Le choix a été fait, pour cette expérimentation, de se référer à la fois à l'annonce d'un diagnostic confirmé et à l'annonce d'une proposition thérapeutique s'appuyant sur l'avis et les conclusions d'une concertation pluridisciplinaire tout en ne méconnaissant pas l'antériorité d'autres annonces effectuées par le médecin généraliste, un médecin spécialiste d'organe ou un radiologue.

L'expérimentation du dispositif d'annonce se poursuivra jusqu'à la fin du premier trimestre 2005 afin

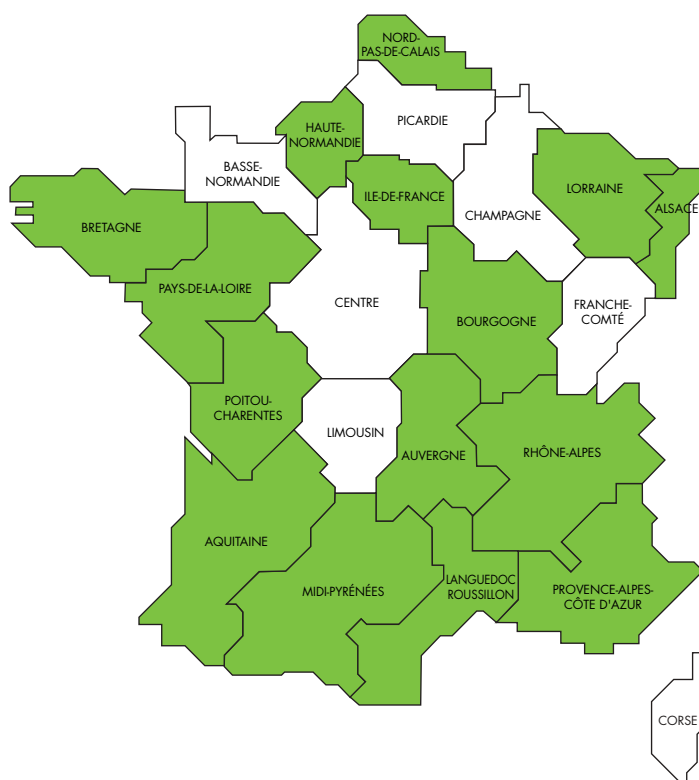
d'évaluer la faisabilité et l'impact du cahier des charges testé, son adéquation aux attentes des patients et les modalités d'accompagnement financier.

Par ailleurs, des séminaires vont être organisés par l'Institut National du Cancer et par la Ligue nationale contre le cancer pour approfondir plusieurs thématiques : les consultations paramédicales, l'articulation du dispositif d'annonce entre la ville et l'hôpital, le repérage des besoins sociaux et psychologiques, le Programme Personnalisé de Soins et d'accompagnement, les modalités de généralisation du dispositif d'annonce. De plus, la Ligue organise des « focus group patients » qui ont été programmés à Lorient, Lille, Paris et Saint-Nazaire.

Le financement de ce nouveau dispositif est assuré dans le cadre de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux (DNDR) (3 millions d'euros en 2004, 15 millions d'euros en 2005).

En dehors du cadre de l'expérimentation menée au plan national, toute une série d'initiatives ont été prises par des établissements de santé et par des équipes médicales et soignantes pour penser et mettre en place des organisations permettant d'améliorer les conditions de l'annonce de la maladie de façon plus conforme aux attentes des malades.

**DISPOSITIF D'ANNONCE
→ 58 établissements concernés
dans 15 régions**



La généralisation du dispositif d'annonce s'appuiera, en partenariat avec la Ligue nationale contre le cancer, sur un cahier des charges national, qui permettra, à compter de la mi-2005, de faire bénéficier tous les nouveaux patients de meilleures conditions d'annonce.

3.1.4 Une stratégie de traitement définie sur la base d'un avis pluridisciplinaire et de référentiels validés et régulièrement actualisés

*La mise en œuvre de la **pluridisciplinarité** est essentielle en cancérologie. Le Plan cancer a fait pour cette raison de ce mode d'organisation médicale l'un de ses objectifs prioritaires. L'avis issu de la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) doit permettre au patient de participer à la décision thérapeutique.*

- Une enveloppe de 2 millions d'euros est consacrée en 2005 à la mise en place des réunions de concertation pluridisciplinaire.
- 10,3 millions d'euros ont été affectés en 2004 aux établissements de santé (circulaire DHOS du 21 juillet 2004) afin de renforcer la coordination des soins et la pluridisciplinarité. Ces moyens ont eu notamment pour vocation de :
 - renforcer les moyens de fonctionnement des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire, en particulier en secrétariat,
 - appuyer la mise en place des Centres de Coordination en Cancérologie (« 3 C ») au sein des établissements par la reconnaissance du temps dédié à cette fonction (soignants, secrétariats, médecins), l'objectif de ces centres étant à la fois d'améliorer la lisibilité des organisations de cancérologie ainsi que le parcours individualisé des patients.

Cette stratégie thérapeutique doit se fonder sur des recommandations de pratique clinique, dont l'élaboration et la mise à jour sont assurées au niveau national par l'Institut National du Cancer, en coordination avec les programmes européens ou internationaux et les sociétés savantes concernées. A partir de ces recommandations nationales, les réseaux régionaux de cancérologie élaborent des référentiels régionaux. Au niveau local, les établissements de santé et les réseaux de santé en cancérologie, implantés au niveau du territoire, assurent leur mise en œuvre.

- Les recommandations et référentiels de bonnes pratiques ont été jusqu'à présent produits par l'ANAES et par la Fédération des Centres de Lutte Contre le Cancer (Standard, Options, Recommandations-SOR). Ces documents accessibles sur les sites (www.fnclcc.fr ; www.has-sante.fr) constituent un

corpus important qu'il convient cependant d'élargir et de diffuser auprès de l'ensemble des professionnels afin qu'ils concourent effectivement à l'amélioration des pratiques. Telle est en ce domaine la mission confiée à l'Institut National du Cancer en concertation avec la Haute Autorité de Santé (art. L. 1415-2 du code de la santé publique et décret HAS du 26 octobre 2004).

3.1.5 La remise au patient d'un Programme Personnalisé de Soins décrivant un parcours individualisé

*Un **programme personnalisé de soins (PPS)** est expliqué et remis au patient. Le PPS doit permettre de lui exposer la chaîne de soins coordonnée qui se met en place autour de sa prise en charge. Il s'impose principalement lors de la prise en charge initiale en lien avec le dispositif d'annonce et contient au minimum la proposition thérapeutique acceptée par le patient, les noms et coordonnées du médecin et de l'équipe soignante référente, ainsi que celles des associations de patients avec lesquelles il peut prendre contact. Un contenu de PPS sera proposé par l'Institut National du Cancer.*

- Fin 2004, près de 5 000 PPS avaient été remis dans le cadre de l'expérimentation du dispositif d'annonce qui doit toucher 30 000 patients.

3.1.6 Une prise en charge globale et continue avec le domicile associant la mise en œuvre de traitements de qualité et l'accès aux soins de support

*La mise en œuvre de **traitements spécifiques de qualité dans les meilleurs délais, en particulier en chirurgie, en radiothérapie et en chimiothérapie***

La chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie ont un rôle majeur dans le traitement des cancers ; pour autant la radiologie interventionnelle est amenée à prendre une place de plus en plus importante dans cette phase thérapeutique.

La chirurgie des cancers

La chirurgie est une discipline majeure dans le traitement des pathologies cancéreuses. Elle guérit aujourd'hui une proportion importante de cancers. La collaboration avec les anatomopathologistes et les anesthésistes réanimateurs est essentielle pour obtenir des résultats de qualité.

La chirurgie est souvent la première porte d'entrée du patient atteint de cancer dans le dispositif curatif de soins. Cette prise en charge initiale conditionne directement le pronostic et la survie des patients. Or les données d'activité montrent qu'un nombre non négligeable d'établissements de santé réalisent très peu d'interventions carci-

nologiques. Pour la chirurgie du cancer du sein, 50 % d'établissements effectuaient en 2000 moins de 15 mastectomies, partielles ou totales, par an et plus de 200 établissements moins d'une intervention par mois. Pour l'activité de chirurgie du cancer colo-rectal, la moitié des établissements réalisaient moins de 20 interventions chirurgicales par an et 35 établissements une seule intervention par an. On note également une grande hétérogénéité des pratiques sur le territoire national, le taux d'intervention pour cancer de la prostate variant par exemple en fonction des régions entre 58 et 87 pour 100 000 hommes.

Il est donc indispensable de garantir l'équité des soins et d'évaluer les pratiques chirurgicales. Plusieurs sociétés savantes de chirurgie, et en particulier celles concernées par les cancers les plus incidents, se sont récemment engagées dans une réflexion sur les enjeux stratégiques auxquels est confrontée leur discipline en cancérologie. Leurs recommandations portent sur les critères qualité d'une prise en charge chirurgicale dans leur spécialité, et incluent une réflexion sur le seuil d'activité minimal garantissant la qualité et la sécurité des prises en charge. Il convient d'ores et déjà de s'appuyer sur ces travaux, disponibles sur le site www.planancer.fr. Ils seront approfondis et élargis dans le cadre des travaux menés par l'Institut National du Cancer pour formaliser les critères d'agrément des établissements.

Plusieurs sociétés savantes de chirurgie ont ainsi élaboré en 2004, à la demande du ministère de la Santé (DHOS), des recommandations sur les critères de qualité en chirurgie des cancers. Destinées à unifier les pratiques chirurgicales sur des points de consensus et à élever la qualité des soins, elles portent sur :

- la chirurgie mammaire ;
- la chirurgie thoracique oncologique ;
- la chirurgie des cancers ORL ;
- la chirurgie des cancers digestifs ;
- la chirurgie des cancers urologiques ;
- la chirurgie des cancers gynécologiques.

La radiothérapie

La radiothérapie est un traitement de référence, qui concerne plus de 50 % des patients. Les principes de son organisation, définis en 2002, ont permis d'actualiser en conséquence les volets des SROS. Dans les établissements de santé, le renforcement du parc d'accélérateurs, ainsi que sa modernisation, sont en cours dans le cadre du plan d'investissement Hôpital 2007. Les centres privés de radiothérapie modernisent également leur parc. Ces mesures, couplées à une amélioration de l'organisation interne de tous les centres de radiothérapie, contribueront

à diminuer les délais d'attente entre la décision thérapeutique et sa réalisation.

Ces délais restent encore aujourd'hui une limite importante à la qualité et à l'efficacité des prises en charge. Le suivi des délais d'attente constitue donc un indicateur majeur de suivi du fonctionnement des centres de radiothérapie.

- Le parc de radiothérapie des établissements publics bénéficie du volet investissement du plan « Hôpital 2007 » qui prévoit l'installation de 122 accélérateurs de particules qui viendront remplacer les 82 machines anciennes (21 « cobalts » et les accélérateurs installés avant 1991) et accroître le parc de 40 nouveaux appareils. Fin 2004, sur les 345 accélérateurs autorisés, 294 étaient installés dont 28 entre 2003 et 2004. Depuis 2004, un financement supplémentaire est accordé pour assurer la mise en fonctionnement rapide de chaque nouvelle machine (un demi-temps plein de radiothérapeute et de radiophysicien, un manipulateur radio). En 2005, 9 nouvelles machines dans 6 régions bénéficieront de ces moyens spécifiques qui représentent au total 1,2 million d'euros. Par ailleurs, une enveloppe de 3,9 millions d'euros a été déléguée dès le début de l'année 2005 pour le renforcement des personnels de radiothérapie.

L'AFSSAPS a mis en place un contrôle de qualité obligatoire pour les installations de radiothérapie. Les modalités de contrôle de qualité interne des accélérateurs d'électrons et des dispositifs de télécobalthérapie, ainsi que les modalités de contrôle de qualité externe des installations de radiothérapie externe sont précisées dans deux décisions de mars 2004.

La Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers (MEAH) a engagé en 2003 une étude auprès de différents services de radiothérapie afin d'en dégager les types d'organisation permettant les délais les plus courts et le meilleur ratio coût-efficacité. Ces travaux ont permis d'accompagner plusieurs projets de changement pour différents sites. Ce chantier sera poursuivi en 2005 auprès d'un échantillon plus large de services et élargi, notamment sur le volet de la qualité du service au patient. Un guide de bonnes pratiques organisationnelles a été élaboré et sera diffusé sur le site de la MEAH (www.meah.sante.gouv.fr) dans le courant du premier semestre 2005.

Les traitements médicaux du cancer et la chimiothérapie

La chimiothérapie constitue un des modes principaux de traitements du cancer. Elle s'administre dans un établissement de santé, le plus souvent en hospitalisation de jour

à temps partiel, ou bien au domicile dans le cadre d'une hospitalisation à domicile (HAD). Certaines chimiothérapies peuvent être également réalisées au domicile par des professionnels de santé libéraux selon des critères précisés par l'arrêté du 20 décembre 2004 fixant les conditions d'utilisation des anticancéreux injectables inscrits sur la liste prévue à l'article L. 5126-4.

L'utilisation des molécules anticancéreuses doit s'appuyer sur les référentiels et thésaurus de protocoles validés par le réseau régional. Le suivi de leur consommation entre dans le champ du contrat de bonnes pratiques et fera l'objet de remontées nationales d'informations.

En sus de la conformité aux référentiels de bonnes pratiques cliniques, la préparation et la reconstitution des cytotoxiques doivent être réalisées dans une unité spécifique avec isolateur ou hotte à flux laminaire sous la responsabilité d'un pharmacien. 38 % seulement des établissements réalisant des chimiothérapies répondent aujourd'hui à cette condition⁹ : la généralisation de cette mesure est un objectif prioritaire des SROS de 3^e génération.

2 millions d'euros sont prévus par le ministère de la Santé (DHOS) en 2005 pour améliorer, en centralisant au sein des établissements de santé, la préparation des cytotoxiques.

3.1.7 L'accès aux soins de support

Tous les patients atteints de cancer doivent désormais, quelque soit leur lieu de prise en charge y compris au domicile, avoir accès à des soins de support. Le rapport du groupe de travail sur les soins de support en cancérologie, disponible sur le site www.plancancer.fr, a défini le champ des soins de support et les modalités organisationnelles qu'ils impliquent.

Les soins de support ne constituent pas une nouvelle discipline ; ils correspondent à une coordination qui doit mobiliser des compétences et organiser leur mise à disposition pour le patient et ses proches. C'est en particulier dans le cadre des réunions de concertation pluridisciplinaire que cette coordination est actée et peut ensuite être mise en place autour du patient. Les soins de support font partie de la démarche de cancérologie. Quand cela est nécessaire, il convient de veiller particulièrement à l'articulation avec la démarche palliative.

• Près de 130 postes de psycho-oncologues supplémentaires créés

La psycho-oncologie est une composante essentielle des soins de support. Le rapport réalisé par le Dr Daniel Serin, à la demande de la MILC, sur l'état des lieux de la psycho-oncologie en France a été diffusé en avril 2004. Cette enquête apporte d'intéressants éclairages sur les pratiques, l'état des formations en psycho-oncologie et confirme que les créations de postes de psycho-oncologues prévues dans le cadre du Plan cancer correspondent aux besoins exprimés par les établissements.

Le renforcement en postes de psycho-oncologues dans les établissements de santé s'est accéléré en 2004. Après la création de 17 postes temps-plein en 2003, une dotation de 3,23 millions d'euros a permis la création de 65 postes en 2004. En 2005, ce sont encore 45 postes supplémentaires qui vont être créés (2,2 millions d'euros). L'objectif est d'atteindre 1 ETP de psycho-oncologue pour 1 500 nouveaux patients atteints d'un cancer en 2007.

Créations de postes de psycho-oncologues

	2003	2004	2005
Postes	17	65	45

• De nouvelles structures de prise en charge de la douleur

Seize nouvelles consultations de prise en charge pluridisciplinaire de la douleur ont été financées en 2004 dans les départements qui en étaient dépourvus (1 million d'euros). En 2005, 1,1 millions d'euros seront à nouveau consacrés à la création de 13 nouvelles structures (consultations, unités, centres) de lutte contre la douleur chronique rebelle pour atteindre l'objectif fixé d'au moins une consultation par département et d'un centre par région. La création de ces structures s'inscrit en cohérence avec le plan quadriennal de lutte contre la douleur (2002-2005) qui a permis l'identification de 178 structures fin 2004.

• De nouvelles recommandations aux professionnels pour une meilleure prise en charge de la douleur

La Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer a publié en avril 2004 de nouvelles recommandations sur l'évaluation de la douleur chez l'adulte et l'enfant atteints d'un cancer. Ce document constitue un véritable guide pratique des outils disponibles et de leur utilisation en pratique clinique.

La DGS a publié en novembre 2004, en association avec la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD) un mémento pratique intitulé « La douleur en question ». Cet ouvrage, dont

⁹ Résultats de l'enquête nationale sur la chimiothérapie anticancéreuse de la CNAMTS-2003 - hors hématologie et oncologie pédiatrique.

un chapitre est consacré à la douleur dans le contexte du cancer, apporte aux professionnels des réponses aux questions fréquemment posées dans les différentes situations cliniques. Il fournit aux soignants le minimum des connaissances nécessaires au soulagement de la douleur dans les différentes situations. Ce document, qui sera régulièrement actualisé, est disponible sur le site www.sante.gouv.fr où se trouvent également des informations et recommandations pour aider les professionnels dans la prise en charge de la douleur.

• **De nouveaux médicaments contre la douleur**

Parmi les nouveaux médicaments admis au remboursement en 2004 figurent ceux destinés au traitement des accès douloureux paroxystiques chez les patients recevant déjà un traitement de fond morphinique pour des douleurs chroniques d'origine cancéreuse.

• **La coordination de la recherche**

Le Réseau français de recherche clinique et fondamentale sur la douleur a été lancé en octobre 2004. Son objectif est de coordonner les efforts de recherche sur la douleur et d'améliorer la visibilité de la recherche française au niveau européen et international. Plus d'une vingtaine d'équipes (INSERM, CNRS, INRA, universités...) y participent.

Par ailleurs, un Centre National de Ressources de la Douleur provoquée par les soins (www.cnrdr.fr) a été ouvert à l'hôpital Armand-Trousseau (AP-HP).

• **Les Etats généraux de la douleur**

En 2004, six régions (Aquitaine, Languedoc-Roussillon, Rhône-Alpes, Picardie, Basse-Normandie, Nord-Pas-de-Calais) ont organisé des Etats généraux de la douleur au cours desquels ont été présentés les résultats d'une enquête menée à l'automne 2003 dans des établissements de santé de ces régions sur la prise en charge de la douleur. Les données préliminaires de l'ensemble de ces enquêtes ont été présentées en novembre 2004 lors du congrès annuel de la Société française d'étude et de traitement de la douleur. Elles concernent 170 établissements de santé (9 000 patients) et font apparaître une grande variabilité dans la prise en charge de la douleur. L'information sur la douleur lors de l'admission est assurée dans 78 % des cas, en revanche 40 % des patients douloureux ne sont pas considérés comme tels par les soignants et seulement 27 % des soignants déclarent procéder à l'évaluation de la douleur des malades un fois par jour. Près de 70 % des établissements disposent d'un Centre de Lutte Contre la Douleur et autant ont défini des protocoles pour systématiser

la prise en charge de la douleur. Inscrits dans le plan quadriennal de lutte contre la douleur, ces Etats généraux déboucheront sur des assises nationales des états généraux en juin 2005 au cours desquelles sera diffusé un Livre blanc sur la douleur. Ce document permettra de faire un point sur les avancées réalisées grâce aux deux premiers plans douleur et de mesurer les progrès qui sont encore nécessaires.

• **Des soins palliatifs accessibles sur tout le territoire**

Les soins palliatifs reposent actuellement sur une organisation intégrant des lits standards, des lits identifiés « soins palliatifs », des équipes mobiles, des unités de soins palliatifs et des réseaux. Le soutien aux soins palliatifs entend augmenter le nombre de structures identifiées et renforcer les effectifs médicaux et paramédicaux.

Les financements en millions d'euros (mesures nouvelles)

	2004	2005
Etablissements publics et privés	11,84	8,70
Réseaux de soins palliatifs	1,50	0,70

En 2004, ces financements ont permis de créer 4 unités de soins palliatifs et 8 équipes mobiles. La reconversion de 146 lits standards en lits identifiés de soins palliatifs a été accompagnée d'un renforcement des effectifs médicaux et paramédicaux.

En 2005, une première délégation de 4,5 millions d'euros a été effectuée en début d'année pour les établissements publics et PSPH, prioritairement pour la création de lits identifiés, qui feront l'objet d'un contrat entre l'ARH et l'établissement de santé.

Fin 2003, 56 % du territoire était couvert par un réseau de soins palliatifs. Ils ont bénéficié de 1,5 million d'euros en 2004 dans le cadre de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux et de 0,7 million d'euros en 2005.

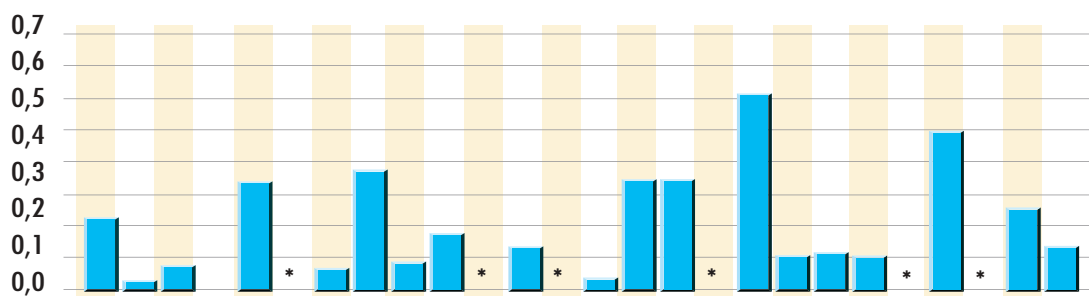
Un guide pour l'élaboration du dossier de demande de lits identifiés en soins palliatifs est diffusé depuis juin 2004 pour aider les équipes, en institution ou à domicile, à mettre en place une démarche palliative.

Les soins palliatifs feront obligatoirement partie des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) de troisième génération qui seront arrêtés par les ARH au plus tard le 31 mars 2006 et qui fixeront des objectifs pour améliorer l'offre de soins.

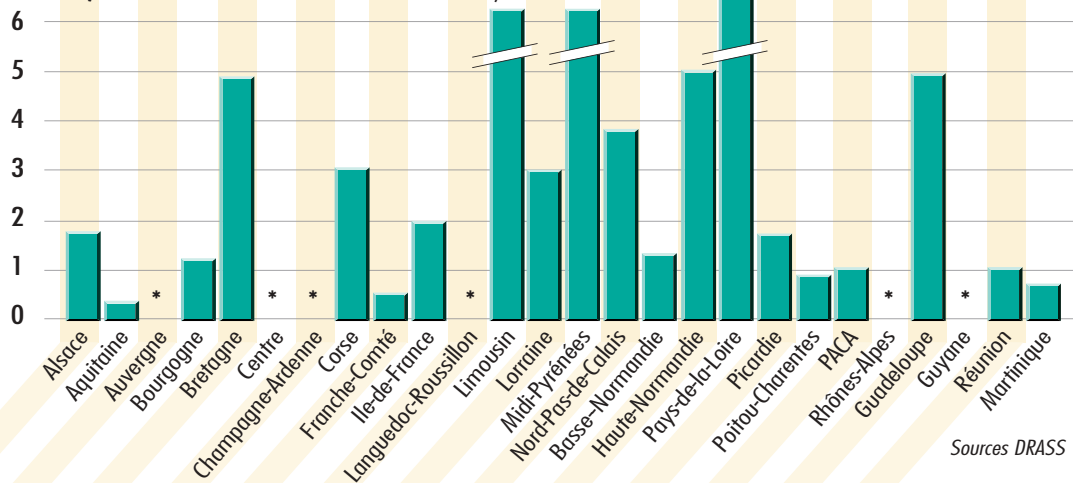
L'objectif quantitatif d'une équipe mobile de soins palliatifs pour 200 000 habitants est atteint, mais il subsiste des inégalités régionales et quelques départements sont encore dépourvus d'équipe.

RÉPARTITION DES DIFFÉRENTES STRUCTURES DE SOINS PALLIATIFS PAR RÉGION EN 2003

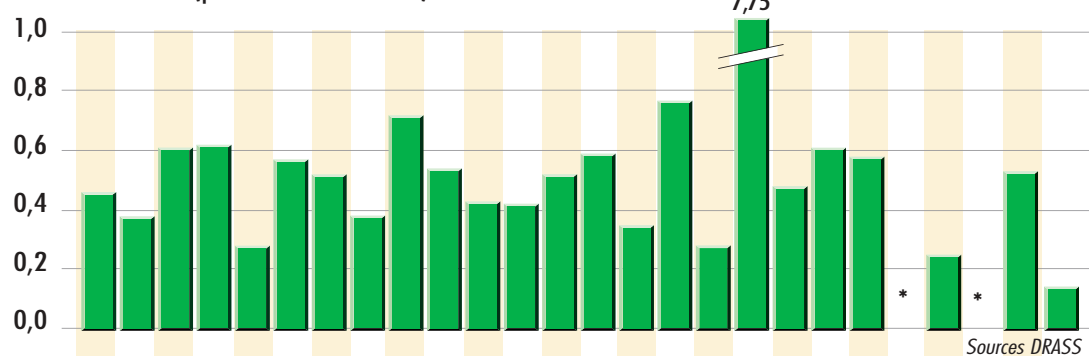
NOMBRE D'UNITÉS DE SOINS (pour 100 000 habitants)



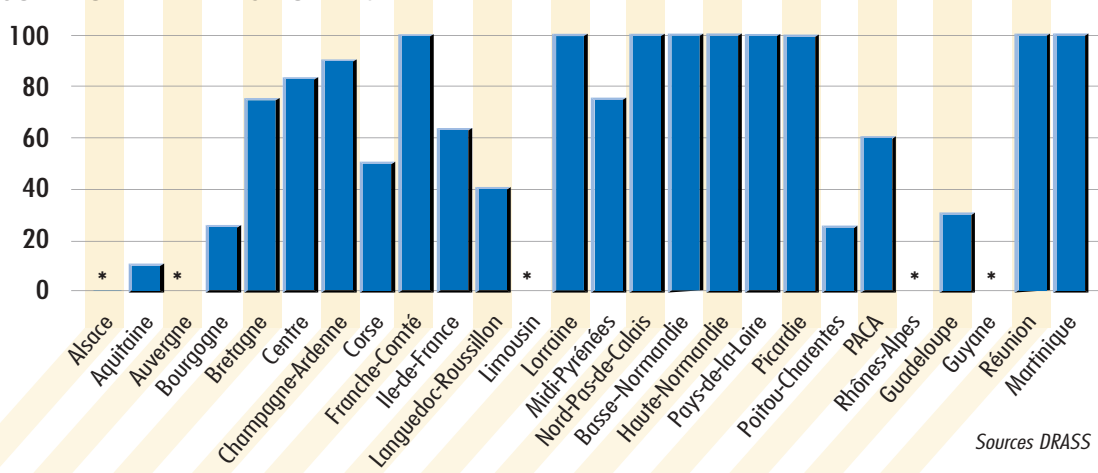
NOMBRE DE LITS IDENTIFIÉS DE SOINS PALLIATIFS (pour 100 000 habitants)



NOMBRE D'UNITÉS MOBILES (pour 100 000 habitants)



TAUX DE COUVERTURE PAR LE RÉSEAU EN %



* Zéro ou non renseigné

L'organisation des soins palliatifs et la tarification

	Modes de financement	2004	2005
Equipes mobiles	MIGAC*	240 000 euros	272 000 euros
Lits standards	GHS 1**	6 627 euros	6 627 euros
Lits identifiés	GHS 2	7 290 euros	6 627 euros + de 20 à 30 %
Unités de soins palliatifs	GHS 3		6 627 euros + 40 %

Missions d'Intérêt Général
Groupe Homogène de Séjours

En matière d'unité de soins palliatifs, l'objectif national du Plan cancer est d'atteindre 1 unité par pôle régional de soins palliatifs.

Pour 2005, plusieurs améliorations sont apportées : le différentiel entre le GHS 1 et le GHS 2 devrait augmenter (dans le public comme dans le privé) afin de favoriser la création de lits identifiés ; un troisième GHS va être créé pour les unités de soins palliatifs, avec un différentiel de 40 % par rapport au GHS 1. Le tarif supplémentaire applicable après 51 jours le sera plus rapidement (30 ou 37 jours selon les établissements et les GHS)

Enfin, le coût d'une Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP), financé dans le cadre des MIGAC, a été réévalué pour les établissements publics et privés.

Ces tarifs vont permettre de mieux identifier et valoriser l'activité de soins palliatifs au sein de l'activité globale des établissements de soins. Ils correspondent à une meilleure prise en compte financière de la réalité technique et humaine que représentent les soins palliatifs et inciteront au développement de nouveaux projets, selon les besoins.

Entre 2004 et 2007, l'assurance maladie aura consacré 49,2 millions d'euros au développement des soins palliatifs dont 8,7 millions d'euros en 2005 (équipes mobiles, créations d'unités nouvelles et reconversion de lits en lits identifiés de soins palliatifs).

• Formation et information des professionnels et du public

La formation continue des personnels médicaux et paramédicaux aux soins palliatifs constitue depuis 2004 une priorité nationale. Des actions d'information et de sensibilisation des professionnels doivent être organisées en association avec le centre de ressource national en soins palliatifs (Centre de documentation François-Xavier Bagnoud).

Un portail d'accès Internet sur les soins palliatifs et l'accompagnement de la fin de vie (www.portail-soins-palliatifs.fr) a été conçu conjointement par quatre sites d'information pour offrir un accès commun aux professionnels et au grand public. Le site de la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP) informe et oriente vers les structures

de proximité et favorise les réseaux d'échange entre professionnels. Le site www.palliatif.org est un site d'opinion et de débats. Le site du Centre de ressources national François-Xavier Bagnoud met à disposition des professionnels, des bénévoles et du public une importante documentation (revues de presse, bases de données). Le site dialogpalliatif.org permet aux professionnels de santé impliqués de dialoguer et d'échanger.

Ce dispositif permet d'identifier facilement les structures de soins palliatifs existantes ainsi que les services bénévoles d'accompagnement. Il propose également des fiches de conseil pour l'accompagnement des personnes en fin de vie. Un moteur de recherche commun aux quatre sites permet de consulter tous les sites francophones de soins palliatifs.

Pour le grand public, un numéro d'appel téléphonique devrait être créé au printemps 2005 pour écouter, orienter, informer sur les ressources existantes.

3.1.8 L'organisation régionale de l'offre de soins en cancérologie

Le volet cancérologie des SROS de 3^e génération fixe le schéma régional de « prise en charge des personnes atteintes de cancer », qui identifie notamment :

- les établissements de santé et les centres privés de radiothérapie traitant les patients atteints de cancer, disposant d'une autorisation spécifique traitement du cancer. Les coopérations et les complémentarités entre ces structures sont formalisées dans le cadre du site de cancérologie ;
- les structures de soins qui sont associées aux prises en charge de proximité : ce sont les établissements de santé qui pratiquent les soins de suite, la médecine polyvalente, ainsi que les hôpitaux locaux et les structures de soins à domicile ;
- et les réseaux de cancérologie, implantés tant au niveau régional que territorial et reliés aux autres réseaux de santé impliqués dans la prise en charge des patients, notamment en gériatrie et en soins palliatifs.

Le schéma prendra également en compte l'organisation de la relation ville hôpital, par rapport en particulier, au rôle essentiel que les médecins traitants assurent dans la prise en charge au domicile des malades atteints de cancer

et dans la continuité des soins entre la ville et l'hôpital.

Par ailleurs, le schéma décrit l'organisation régionale de l'offre de soins de recours dans le cadre des pôles régionaux de cancérologie. Il identifie les établissements ou les sites qui participent à ces missions de recours. Il précise les modalités d'accès à ces ressources de recours, à la recherche clinique et aux innovations pour l'ensemble des patients de la région.

La structuration régionale des soins en cancérologie s'appuiera donc sur les organisations décrites ci-dessus pour répondre au mieux aux objectifs attendus d'une prise en charge de qualité pour tous les patients, quelle que soit leur porte d'entrée dans le système de soins. Cette structuration est décrite en 3 niveaux : celui des établissements de santé, du territoire de santé et de la région, les réseaux constituant le maillage et la coordination transversale entre les acteurs de cette organisation.

3.1.8.1 L'organisation de la cancérologie au sein des établissements de santé

Les établissements de santé et les centres privés de radiothérapie qui traitent des patients atteints de cancer seront soumis à une procédure d'autorisation spécifique pour leurs activités de soins « traitement du cancer » (R.712-37-1 du CSP). Ils devront être membres d'un réseau de santé en cancérologie et rendre lisible leur organisation interne en cancérologie.

Autorisations

Des dispositions réglementaires sont en préparation pour soumettre les délivrances d'autorisations d'activité de soins de « traitement du cancer » à des conditions d'implantation, qui feront le lien avec les critères d'agrément des établissements définis par l'Institut National du Cancer (article L 1415-2).

Participation à un réseau de cancérologie

La coordination des acteurs dans la prise en charge du cancer, en ville et à l'hôpital, constitue une exigence fondamentale du Plan cancer, qui permet d'assurer la qualité et l'égalité d'accès aux soins. La mise en place effective du réseau constitue la réponse appropriée au besoin de coordination des établissements de santé et des professionnels libéraux en ville. Il assure au patient la continuité des soins. Le Plan cancer prévoit que tout établissement de santé prenant en charge des patients atteints de cancer doit être membre d'un réseau de cancérologie.

Centres de Coordination en Cancérologie (3C)

Le Plan cancer prévoit la création de Centres de Coordination en Cancérologie (3C). Ils visent quatre objectifs :

- engager les structures de soins dans une démarche d'assurance qualité en cancérologie pour assurer à tous les patients atteints de cancer la qualité et la sécurité des actes réalisés dans les structures de soins où ils effectuent les moments importants de leur parcours diagnostique et thérapeutique. Cette mesure garantit en particulier le fonctionnement des réunions de concertation pluridisciplinaire. La mise en œuvre de cette pluridisciplinarité est essentielle. Conformément au Plan cancer, elle doit bénéficier à chaque patient¹⁰ ;
- rendre plus lisible l'organisation interne de la cancérologie au sein des établissements, ce qui est un indicateur de mobilisation des acteurs, et facilitera la coordination des prises en charge de patients ;
- mettre en place une traçabilité des pratiques ;
- permettre le développement d'un suivi plus individualisé pour chaque patient en assurant à leur attention une fonction de point de contact et d'information.

Les modalités de mise en œuvre de cette mesure s'appuieront sur les organisations les plus appropriées au contexte local. Il pourra en effet être difficile de créer cette structure dans des petits établissements ou bien certains établissements souhaiteront constituer ensemble cette structure dans un souci de mutualisation de leurs moyens. Dans ces cas, le rôle des 3C pourra être assuré au sein du site de cancérologie, voire du réseau local. Si les modes d'organisation sont laissés au choix, la réalisation des missions des 3C est obligatoire et fera l'objet d'un suivi par les ARH, notamment dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

- Déjà en place ou en cours de structuration dans de nombreux établissements, la mission de coordination a bénéficié de 10 millions d'euros en 2004. Pour 2005, une enveloppe de 16,2 millions d'euros va permettre de renforcer des modes de prise en charge concertés et pluridisciplinaires. Au total, il est prévu de consacrer 57 millions d'euros à la création des « 3C » dans chaque établissement traitant des patients atteints de cancer sur toute la durée du Plan cancer (2003-2007).

Pour le patient, les Centres de Coordination en Cancérologie (3C) garantissent :

- l'annonce du diagnostic et d'une proposition thérapeutique discutée en réunion de concertation pluridisciplinaire et effectuée conformément aux référentiels de bonnes pratiques ;
- la mise en œuvre d'un traitement conforme à des référentiels validés ;

10] Voir l'annexe 2.

- le suivi de son parcours thérapeutique, traduit dans un Programme Personnalisé de Soins ;
- le bénéfice de soins de support ;
- l'accès, le cas échéant, aux traitements innovants et aux essais cliniques.

3.1.8.2 L'organisation de la cancérologie au sein des territoires de santé

Cette organisation est centrée sur la prise en charge du patient au sein d'établissements de santé et sur la continuité des soins entre la ville et l'hôpital au sein des réseaux de santé.

La graduation des soins en cancérologie, prévue par la circulaire du 24 mars 1998, a contribué à structurer l'offre de soins et à favoriser une dynamique de sites entre établissements de santé, en incluant les centres de radiothérapie. Les SROS de 2^e génération ont en effet identifié des sites de référence et des sites orientés en cancérologie, ainsi que des moyens de proximité traitant les patients cancéreux (cf. carte).

A compter des SROS de 3^e génération, cette graduation est simplifiée pour identifier :

- *des établissements de santé et des centres privés de radiothérapie autorisés pour le traitement du cancer, assurant une offre diagnostique et thérapeutique spécialisée au sein d'un territoire de santé. Ces structures de soins peuvent se regrouper et constituer un site de cancérologie, appuyé sur une coopération inter hospitalière ;*
- *des établissements de santé associés, qui participent à la prise en charge en proximité des patients atteints de cancer.*

Les sites de cancérologie

L'organisation en site doit favoriser l'accès à l'ensemble des traitements nécessaires, hormis ceux relevant du recours qui seront définis dans le cadre du pôle régional de cancérologie. Les établissements constituant le site assurent la majorité des prises en charge en termes de diagnostic et de traitement par chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie, en incluant les soins de support.

La constitution de sites de cancérologie est souhaitable pour favoriser une organisation fonctionnelle, cohérente et lisible entre un ou plusieurs établissements de santé et des centres de radiothérapie. Cette organisation, à compter des SROS de 3^e génération, doit se traduire par des coopérations inter hospitalières.

Le SROS pourra identifier par territoire de santé, défini conformément à la circulaire du 5 mars 2004, un ou plusieurs sites de cancérologie et précisera les établissements de santé et les centres de radiothérapie qui les composent.

Il suscitera également les réorganisations, les renforcements, voire les créations, nécessaires pour assurer aux patients l'accès aux soins en tenant compte des délais d'attente pour la mise en œuvre des traitements, notamment en radiothérapie.

Les établissements et structures de soins à domicile associés dans la prise en charge

Ces établissements et structures participent à la prise en charge de proximité des patients atteints de cancer. Il peut s'agir d'établissements de santé dans le cadre de leur activité de médecine polyvalente, de soins de suite et de réadaptation ou de soins de longue durée, d'hôpitaux locaux ou encore de structures de soins à domicile, en lien avec les structures médico sociales. Ces établissements et structures appliquent ou assurent le suivi des traitements prévus dans le Programme Personnalisé de Soins (PPS), en particulier les chimiothérapies dans un contexte de qualité et de sécurité des soins. Ils le font, avec l'accord du malade, et en coordination avec l'équipe de l'établissement de santé ou du site de cancérologie qui le traite. Le SROS les identifiera en ce qu'ils participent à la prise en charge des personnes atteintes de cancer. Ils doivent être membres d'un réseau de cancérologie.

- L'hospitalisation à domicile accessible à un plus grand nombre de patients

Lorsqu'elle peut être proposée en toute sécurité, l'hospitalisation à domicile constitue pour beaucoup de patients un élément important d'amélioration de leur qualité de vie. Le développement des structures d'hospitalisation à domicile est pour cette raison une priorité du Plan cancer.

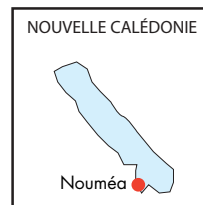
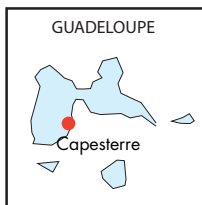
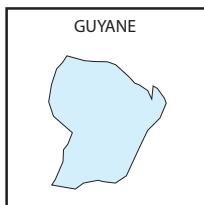
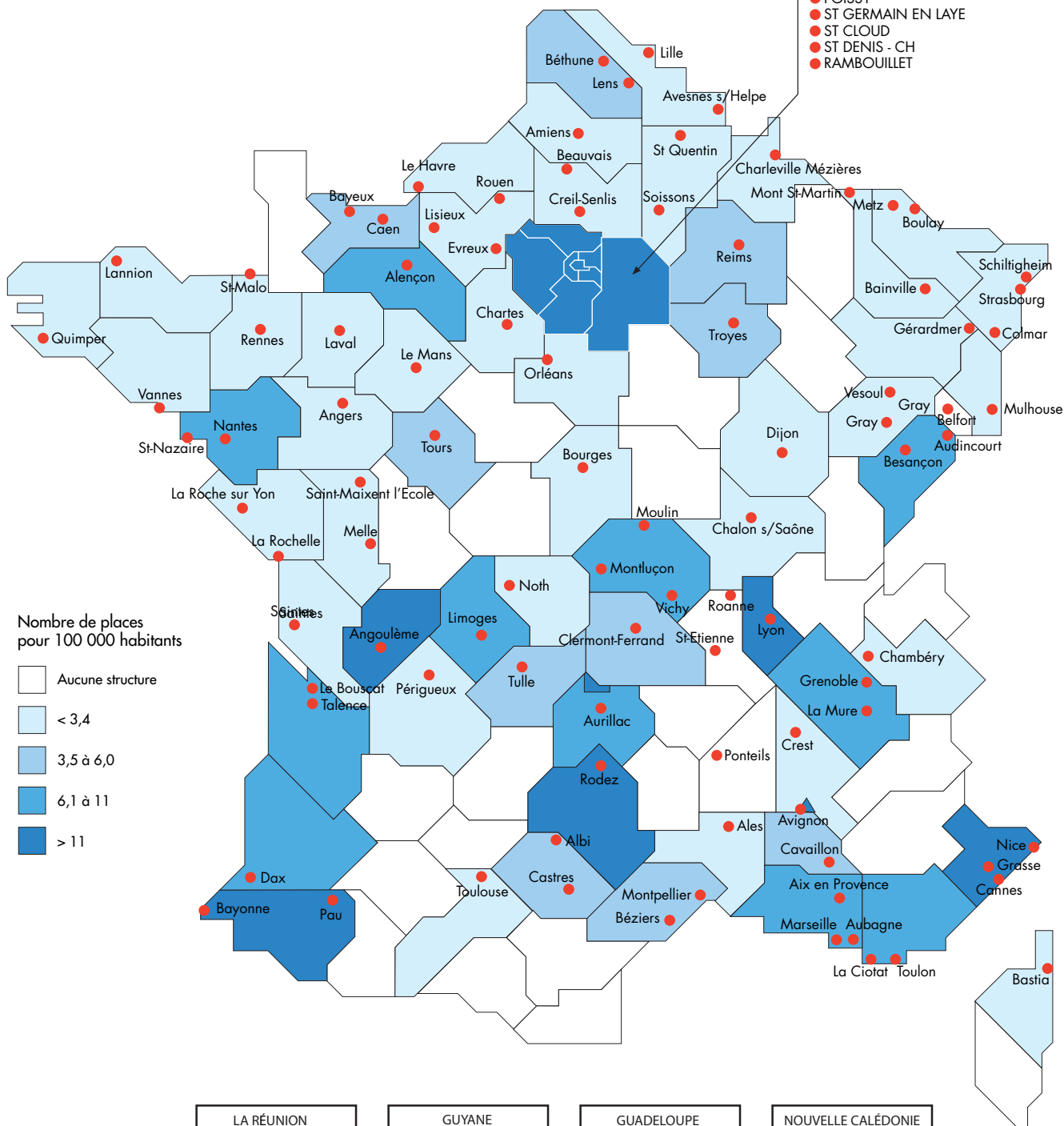
L'ordonnance de simplification du système de santé du 4 septembre 2003 a supprimé plusieurs freins comme la carte sanitaire et l'obligation de fermer des lits d'hospitalisation complète pour créer des places d'HAD. La prise en compte de l'HAD figure, par ailleurs, parmi les volets obligatoires des SROS de troisième génération qui devront être arrêtés au plus tard le 31 mars 2006. Une circulaire DHOS du 4 février 2004 est venue conforter ces mesures pour accélérer la création de places nouvelles d'HAD. L'objectif fixé est d'atteindre une capacité de 8 000 places d'HAD d'ici à la fin 2005, par création ou reconversion, dont 2 000 pour le cancer. En 2003, le nombre de places d'HAD s'élevait à 4 522. En mars 2005, sur les 6 500 places autorisées, plus de 5 500 étaient installées. A cette date et au total, 143 structures d'HAD sont recensées, mais 22 départements ne comptent encore aucune place. Le recensement des projets début 2005 fait apparaître un potentiel de développement de plus de 1 700 places.

L'HOSPITALISATION À DOMICILE EN SEPTEMBRE 2004

→ **121 STRUCTURES D'HAD**

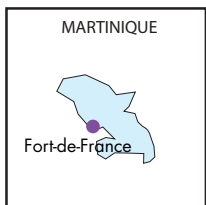
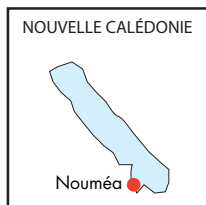
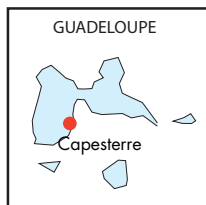
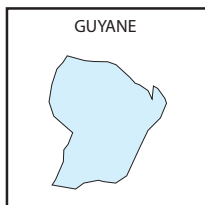
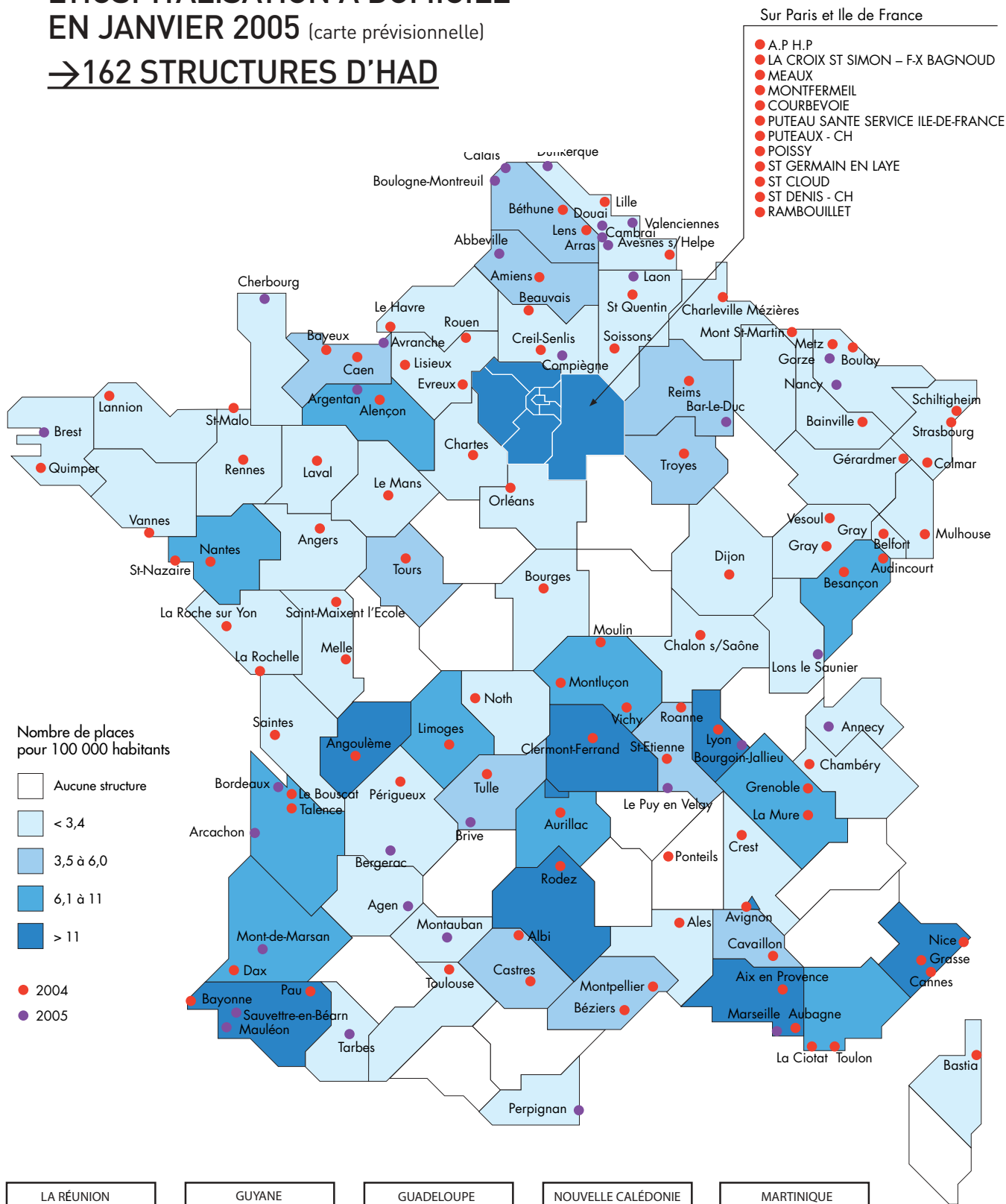
Sur Paris et Ile-de-France

- A.P.H.P
- LA CROIX ST SIMON - F-X BAGNOUD
- MEAUX
- MONTFERMEIL
- COURBEVOIE
- PUTEAU SANTE SERVICE ILE-DE-FRANCE
- PUTEAUX - CH
- POISSY
- ST GERMAIN EN LAYE
- ST CLOUD
- ST DENIS - CH
- RAMBOUILLET



L'HOSPITALISATION À DOMICILE EN JANVIER 2005 (carte prévisionnelle)

→ **162 STRUCTURES D'HAD**



Actuellement, 57% des HAD concernent des malades atteints de cancer.

Seize millions d'euros en 2004 et 50 millions d'euros en 2005 doivent permettre d'atteindre l'objectif de 8 000 places.

Un colloque national s'est tenu le 15 juin 2004 au ministère de la Santé pour sensibiliser les professionnels de santé et les inciter à prescrire davantage une HAD lorsque le patient le souhaite.

Le financement des structures d'HAD « à l'activité » va permettre désormais une meilleure prise en compte des besoins réels des patients, notamment dans leur volet social. Les services d'HAD pourront ainsi mieux prendre en charge des patients nécessitant des soins de plus en plus lourds, en particulier les personnes en fin de vie dont la plupart souhaitent rester à domicile.

L'accès aux soins infirmiers à domicile (SSIAD) désormais possible

L'accès aux services de soins infirmiers à domicile, jusque-là réservés aux personnes de plus de 60 ans a été ouvert, par le décret du 25 juin 2004, aux personnes présentant une affection chronique ou une Affection de Longue Durée, sans conditions d'âge. Les personnes atteintes de cancer peuvent donc en bénéficier.

Faciliter les chimiothérapies à domicile

Pour le patient, suivre sa chimiothérapie à son domicile, avec son médecin traitant et une infirmière libérale, constitue un progrès important qui lui évite souvent déplacements, attentes, fatigue et stress. La circulaire du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie prévoit trois situations possibles de réalisation d'une chimiothérapie : en établissement de santé, le plus souvent en hospitalisation de jour à temps partiel, à domicile dans le cadre d'une HAD ou encore à domicile par des professionnels de santé libéraux. Toutefois, le développement des chimiothérapies à domicile nécessite de nouvelles organisations pour garantir au patient les meilleures conditions de qualité et de sécurité.

Plusieurs mesures prises en 2004 vont permettre de faciliter la participation des médecins libéraux à la prise en charge des patients à domicile et notamment l'administration de chimiothérapies à domicile.

Dès 2003, l'ANAES a publié des règles de bonnes pratiques permettant d'identifier les patients susceptibles de bénéficier d'une chimiothérapie anticancéreuse à domicile, dans des conditions de qualité et de sécurité comparables à celles de l'hospitalisation classique. Le décret du 15 juin 2004 relatif aux caté-

gories de médicaments à prescription restreinte et à la vente de médicaments au public par certains établissements de santé, dit décret « rétrocession », permet de faire sortir de la réserve hospitalière un certain nombre de médicaments anticancéreux. Parallèlement, **la loi du 9 août 2004** a ouvert la possibilité, pour les pharmacies à usage intérieur des hôpitaux, de délivrer des chimiothérapies aux professionnels de santé libéraux participant à un réseau de santé (lire aussi le chapitre rétrocession).

Les conditions d'utilisation des anticancéreux injectables à domicile ont été précisées par un arrêté du 20 décembre 2004. À terme (2006-2007), les chimiothérapies à domicile s'effectueront dans le cadre des réseaux de cancérologie qui devront garantir la qualité et la sécurité des différentes étapes jusqu'à l'administration. En attendant la mise en place des réseaux sur tout le territoire, auxquels les pharmaciens hospitaliers seront intégrés, un dispositif transitoire a été mis en place. Il repose sur la signature d'une convention entre l'établissement de santé (faisant intervenir le médecin prescripteur et le pharmacien gérant la pharmacie à usage intérieur qui reconstitue ou prépare les médicaments anticancéreux conformément aux bonnes pratiques) et le professionnel de santé libéral (médecin traitant, infirmier) intervenant dans l'administration des anticancéreux injectables à domicile. Des travaux sont en cours avec les professionnels pour apporter des solutions à plusieurs difficultés techniques (transport, élimination des déchets, place du pharmacien d'officine, établissement et signature des conventions...) qui freinent encore le développement de la chimiothérapie à domicile.

D'autres mesures doivent intervenir, en 2006 et 2007, visant à garantir des conditions de qualité et de sécurité optimales pour la réalisation des chimiothérapies à domicile : mise en place d'une procédure de labellisation pour les réseaux de cancérologie, régime d'autorisation pour l'activité de chimiothérapie (intégrant l'HAD), procédure obligatoire d'évaluation des pratiques professionnelles pour tous les médecins.

La disponibilité en officine de certains médicaments sous forme orale va faciliter les traitements à domicile.

La réforme de la rétrocession

Le décret du 15 juin 2004, modifie le régime de la prescription restreinte et organise la vente au public de médicaments par les établissements de santé. La réforme prévoit qu'un certain nombre de médicaments, figurant sur la liste des médicaments autorisés à être rétrocédés, peuvent être dispensés aux patients non hospitalisés par certaines pharmacies

hospitalières autorisées. Il s'agit de médicaments qui ne peuvent être distribués dans les pharmacies d'officine pour différentes raisons : contraintes de distribution, de dispensation ou d'administration, sécurité de l'approvisionnement ou encore nécessité d'effectuer un suivi particulier de la prescription ou de la délivrance. La liste de ces médicaments est parue au JO du 26 décembre 2004. Elle comprend 484 spécialités pharmaceutiques dont la prescription est restreinte avec un grand nombre de médicaments anticancéreux injectables.

Certains de ces médicaments ne peuvent être dispensés qu'aux professionnels de santé habilités à les prescrire et à les administrer. La liste sera régulièrement remise à jour. Les conditions de remboursement des médicaments inscrits sur cette liste sont précisées dans un arrêté du 21 décembre 2004. Les modalités pratiques de la rétrocession sont expliquées dans une circulaire du 27 décembre 2004 adressée aux directeurs et aux pharmaciens des établissements de santé. Il y est en particulier indiqué qu'afin d'assurer la continuité de la prise en charge de certains patients, les pharmacies à usage intérieur peuvent, à titre transitoire, continuer à dispenser des médicaments ne figurant pas sur la liste de rétrocession, notamment dans le cadre de la prise en charge de la douleur chronique rebelle et des soins palliatifs.

Début novembre 2004, plus de 1 000 pharmacies hospitalières avaient déposé une demande d'autorisation pour poursuivre ou développer une activité de vente de médicaments à des patients ambulatoires.

L'organisation de la relation ville hôpital

C'est au niveau du territoire de santé que cette organisation est réellement opérationnelle. Elle doit assurer au malade le maillage nécessaire pour garantir la continuité des soins et permettre son accès à des soins spécifiques au domicile, notamment en chimiothérapie. D'une manière générale, le malade doit pouvoir ainsi bénéficier d'une prise en charge de qualité en proximité, tant sur le plan médical que social que médico-social.

*Ce maillage territorial s'appuie logiquement sur le **fonctionnement d'un réseau de santé** assurant la coordination entre les établissements de santé ou les sites de cancérologie (2.2.1), les établissements et les structures associés (2.2.2) et les professionnels libéraux. Le médecin traitant du patient doit être étroitement associé, et informé le plus possible en temps réel. Il doit pouvoir bénéficier auprès de ses partenaires du réseau de l'expertise complémentaire dont il peut avoir besoin pour assurer un meilleur suivi à domicile. La mise en place à court terme de l'échange informatisé des données médicales partageables, incluant*

l'imagerie significative, est dans ce contexte une nécessité. Les patients atteints de cancer sont invités à choisir leur médecin traitant comme les autres assurés. Il leur est conseillé de le choisir parmi les médecins généralistes. Pour les soins et traitements liés au cancer effectués dans le cadre d'un protocole de soins, les patients ne supportent aucune majoration de leur reste à charge quand ils consultent directement le médecin spécialiste compétent sans prescription du médecin traitant.

3.1.8.3 L'organisation de la cancérologie au sein de la région : le pôle régional de cancérologie

La constitution des pôles régionaux de cancérologie répond à une logique d'organisation de l'accès aux soins de cancérologie complexes, hyperspécialisés et aux techniques innovantes. Le pôle régional sera constitué par les établissements de santé ou les sites de cancérologie qui exercent, en sus de leurs activités de soins standards, ces missions régionales hautement spécialisées, de recours et d'expertise, de recherche clinique et d'innovation.

Les objectifs visés par la création des pôles régionaux de cancérologie

Les pôles régionaux de cancérologie ont pour objectifs de garantir l'accès de tous les patients qui le nécessitent, quel que soit le lieu de leur prise en charge initiale, aux ressources de recours disponibles en cancérologie au niveau régional. L'organisation mise en place devra être lisible pour permettre l'accès à ces ressources qui seront clairement définies ; les critères qui justifient le recours régional seront précisés ; les modalités d'accès, selon le cas, à un avis spécialisé, à un second avis ou encore à une équipe ou un plateau technique spécifique, à un essai clinique ou à des thérapeutiques innovantes seront clairement formalisées.

Les missions et responsabilités des membres du pôle régional

La participation au pôle régional de cancérologie constitue une responsabilité qui doit se traduire par des engagements précis et des modes d'organisation concrets.

En premier lieu, la mission du pôle régional de cancérologie relève des soins. A cet effet, le pôle régional de cancérologie :

- réunit des compétences d'expertise, de recherche clinique et d'innovation pour disposer au moins de l'ensemble des ressources de recours identifiées, avec pour certaines d'entre elles la possibilité d'un recours interrégional. Le pôle facilite en particulier l'accès à la recherche clinique pour l'ensemble des équipes régionales ; augmenter significativement l'inclusion de tous les malades dans les essais cliniques quel que soit leur lieu de soins et sans délocalisation obligatoire du malade est un des éléments attendus de cette mesure ;

- et en garantit l'organisation coordonnée permettant l'accès selon le cas à un avis spécialisé, à un second avis ou à un plateau technique spécifique. L'organisation des recours qui est mise en place au niveau de la région est formalisée.

En second lieu, le pôle régional participe à l'enseignement, à la recherche et à l'innovation dans le cadre des missions des UFR de médecine. Certains établissements du pôle peuvent s'inscrire dans les projets mis en œuvre au sein des cancéropôles régionaux ou interrégionaux.

Les actions de coopération entre les membres du pôle régional

Les modes de coopération entre les membres du pôle prendront la forme juridique qui paraît la plus appropriée aux acteurs : convention ou groupement de coopération sanitaire. Ces modalités de coopération devront rapidement prendre une réalité concrète. Les CHU et les CLCC sont particulièrement concernés. Le Plan cancer prévoit qu'ils formalisent leurs complémentarités, partagent leurs moyens, mettent en cohérence leurs stratégies médicales et établissent à terme un projet médical commun. L'accord-cadre signé en septembre 2004 entre la Fédération de cancérologie des CHU et la Fédération Nationale des CLCC constitue à cet effet un outil structurant, sur lequel les agences pourront s'appuyer pour la mise en place des pôles.

Le SROS identifiera au moins un pôle régional de cancérologie. En raison de particularités géographiques, notamment au plan démographique, plusieurs pôles régionaux de cancérologie pourront être constitués. L'ARH devra :

- identifier les établissements ou les sites qui disposent des compétences et des ressources régionales de recours, très spécialisées ou innovantes, et les mobiliser dans cette perspective d'accessibilité à tous les patients. Cette identification ne devra pas être figée, mais révisable en tant que de besoin pour s'adapter à l'évolution des soins et des techniques. Elle pourra s'appuyer sur un appel à projet régional ;
- organiser la concertation sur l'offre régionale de recours, incluant en particulier les techniques complexes, la chirurgie carcinologique lourde ou très spécialisée, les essais cliniques, avec l'ensemble des opérateurs régionaux de la cancérologie. Cette concertation doit aboutir à un schéma définitif validé par l'agence et précisant l'interface avec le réseau régional.

L'ARH suit la mise en œuvre de cette organisation et fixe à cet effet des indicateurs spécifiques.

- Dans la plupart des régions, les établissements de recours ont été identifiés par les ARH et les pôles

régionaux de cancérologie se dessinent.

L'accord cadre signé en septembre 2004 entre la Fédération de cancérologie des CHU et la Fédération Nationale des CLCC a, comme attendu, constitué une base structurante pour la mise en place des pôles. Des Groupements de Coopération Sanitaire (GCS), associant les CHU et les Centres de Lutte Contre le Cancer, sont en cours de constitution dans toutes les régions concernées afin de formaliser des collaborations nouvelles entre ces établissements : perspective d'un projet médical commun, optimisation du plateau technique...

Au delà, et c'est évidemment le plus important, est à l'œuvre une véritable concertation entre les établissements qui vont constituer ces pôles. La MILC a confié le suivi attentif de leur constitution au Pr Roland BUGAT.

L'organisation en réseau de la cancérologie

Conformément au Plan cancer, un réseau régional en cancérologie devra être opérationnel dans chaque région au plus tard en 2007.

Le réseau régional de cancérologie a un rôle de coordination de l'ensemble des opérateurs ; il a pour objectifs d'harmoniser et d'améliorer de façon continue la qualité des pratiques, de favoriser le partage d'expériences et la communication des données médicales du patient.

Le réseau régional de cancérologie assure en particulier, en mobilisant les compétences de ses membres :

- la promotion et l'amélioration de la qualité en cancérologie en élaborant à partir des recommandations nationales les référentiels régionaux et en les diffusant à ses membres, en définissant les dossiers standards qui peuvent ne pas être discutés en RCP et ceux qui relèvent des RCP régionales de recours, en organisant une fonction de veille sur l'actualisation des référentiels et en développant des audits qualité ;
- la promotion d'outils de communication communs au sein de la région, en particulier les outils de communication et d'échange sécurisé de données médicales patient, dont le dossier communicant en cancérologie constitue un des points clés.

Le dossier communicant en cancérologie expérimenté dans quatre régions :

Les Pays-de-la-Loire, la Basse-Normandie, l'Aquitaine et la Réunion. Un comité national coordonne le suivi de ces quatre expérimentations et une évaluation doit être rendue en septembre 2005. Un document d'étape portant sur les recommandations pour le dossier communicant en cancérologie a été élaboré par les régions pilotes. Il est soumis à la concertation

auprès des coordinateurs de réseaux de cancérologie, des fédérations, des ARH et URCAM. Un Cahier des Clauses Techniques Particulières (CCTP) devrait être diffusé au cours du second semestre 2005 ; il permettra à l'Institut National du Cancer de référencer les produits du marché et aux maîtrises d'ouvrage régionales de lancer des appels d'offres pour acquérir un dossier communiquant inter-opérable, choisi parmi les produits référencés. La généralisation de cet outil à tous les réseaux de cancérologie est prévue pour 2007.

Il faut souligner qu'en dehors du cadre propre de l'expérimentation nationale, plusieurs régions (autres que les 4 qui viennent d'être citées) ont déjà pensé et mis en place partiellement, le plus souvent grâce aux réseaux de santé existants, les éléments d'un outil régional de partage des informations médicales en cancérologie.

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a créé un Dossier Médical Personnel (DMP). Le dossier communiquant en cancérologie permettra d'alimenter ce dernier dans le respect des droits des patients. Inversement, les accès au DMP seront possibles depuis le dossier communiquant en cancérologie.

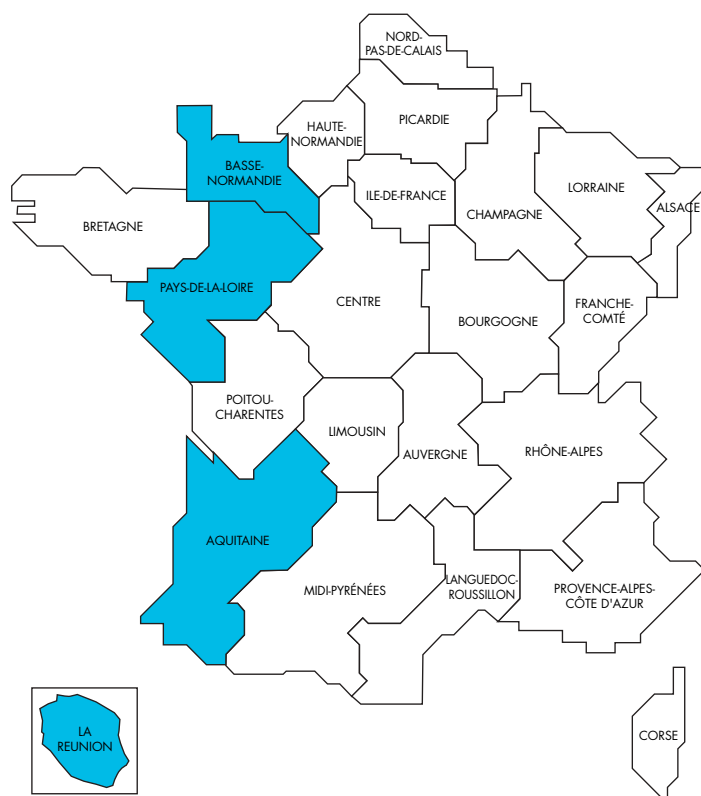
• Les visioconférences

Déjà utilisées par une vingtaine de régions ou à l'échelon de territoires de santé pour faciliter la coordination entre acteurs, notamment pour les réunions de concertation pluridisciplinaire, les visioconférences vont progressivement être généralisées. Le financement des équipements de télé-médecine pourra être aidé par la Dotation Régionale de Développement des Réseaux.

- l'aide à la formation continue ;
- le recueil et l'analyse régionale des données relatives à l'activité de soins, alimentés notamment par les 3C, ce qui permettra de déboucher sur un tableau de bord régional de cancérologie ;
- l'évaluation des membres et des pratiques au sein du réseau ;
- et l'information des professionnels et des patients, en élaborant en particulier un répertoire des moyens et des compétences au niveau de la région. Le réseau régional devra associer des représentants de patients.

Un cahier des charges spécifique au réseau régional de cancérologie sera proposé en 2005 par l'Institut National du Cancer, qui conduira d'ici 2007 une procédure de labellisation des réseaux régionaux de cancérologie.

LE DOSSIER COMMUNIQUEANT → 4 régions pilotes ont été sélectionnées



Au même titre que les autres établissements pratiquant les soins en cancérologie, les établissements constituant le pôle régional sont pleinement impliqués dans le réseau régional. Ils ont logiquement, par leur activité, leurs ressources en terme de recours et leurs compétences propres, un rôle incontournable, quoique non hiérarchique, dans le fonctionnement et l'animation du réseau régional de cancérologie.

Lorsqu'il existe des réseaux de territoire de santé, le réseau régional en assure la coordination. A défaut de cette existence, il assure directement la prise en charge coordonnée des patients selon les missions d'un réseau de santé, qui constitue l'outil privilégié pour assurer au niveau du territoire de santé la prise en charge de proximité dans sa dimension ville hôpital, telle que définie plus haut. Lorsque plusieurs réseaux régionaux préexistent, l'ARH et l'URCAM engageront leur mise en cohérence et en convergence. Les réseaux de spécialités thématiques ont vocation à s'intégrer dans un réseau de cancérologie unique.

- Le Dr Philippe Bergerot a réalisé fin 2003, à la demande de la MILC, un état des lieux des réseaux en cancérologie rendu public en avril 2004*.

* En ligne sur www.plancancer.fr

Regroupant toutes les formes de réseaux existants, ce rapport a servi de base d'information au groupe de travail réuni par la DHOS pour préparer la circulaire du 22 février 2005.

Le colloque sur « Le développement des réseaux de santé : réalités et perspectives » organisé le 16 novembre 2004 par le ministère de la Santé (DHOS), en collaboration avec la CNAMTS, a été l'occasion d'annoncer plusieurs mesures qui vont permettre d'accélérer, conformément au Plan cancer, le développement des réseaux. Tout d'abord, une augmentation de 40 % de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux (DNDR) pour 2005. Celle-ci a été portée de 125 millions d'euros en 2004 à 175 millions d'euros en 2005 (sur cette dotation, 15 millions d'euros seront consacrés à la généralisation du dispositif d'annonce du cancer). Par ailleurs, une plus grande souplesse a été introduite dans l'utilisation de la DNDR, pour permettre notamment aux réseaux de financer leur adhésion à des coordinations ou à des fédérations offrant des services et des moyens logistiques communs, de participer financièrement à des outils régionaux comme des systèmes d'information et d'évaluation ou à des actions transversales (études et expertises). En 2004, environ 305 réseaux de santé (contre 54 en 2002) ont été financés par la DNDR. Sur ce nombre, 44 sont des réseaux de cancérologie (contre 9 en 2002) et sont, pour la plupart, des réseaux qui prennent en charge plus de 500 patients, alors que les réseaux de soins palliatifs en comptent le plus souvent moins de 100. Les professionnels adhérents aux réseaux de cancérologie sont des médecins généralistes (12 %), des médecins spécialistes (50 %), des pharmaciens (7 %), des infirmiers (28 %), des kinésithérapeutes et d'autres paramédicaux (3 %). Par ailleurs, le Fonds pour l'Amélioration de la Qualité des Soins de Ville (FAQSV), créé en 1999 avant la DNDR et qui finance aujourd'hui des réseaux qui démarrent ou qui ne répondent pas aux contraintes de la DNDR, finance 172 réseaux (données 2003) dont une quinzaine de réseaux de cancérologie et d'hématologie.

Un observatoire national des réseaux

Le ministère de la Santé (DHOS) a mis en place en 2004 en partenariat avec la CNAM, un observatoire national des réseaux pour suivre et accompagner leur développement, constituer un centre de ressources et être un lieu d'échanges et de réflexion. Trois groupes de travail sont déjà constitués, dont l'objet est l'évaluation des réseaux, l'ingénierie (glossaire) et les aspects juridiques (supports juridiques, structures, respon-

sabilités...). Un quatrième groupe sur « réseaux et territoire » va être mis en place dans le cadre de la préparation des SROS 3. Enfin, un autre groupe se consacrera aux expérimentations en matière de financement innovant. L'Observatoire a ouvert un site : www.onrs.net.

Un guide d'évaluation des réseaux de santé a été diffusé en 2004 par l'ANAES.

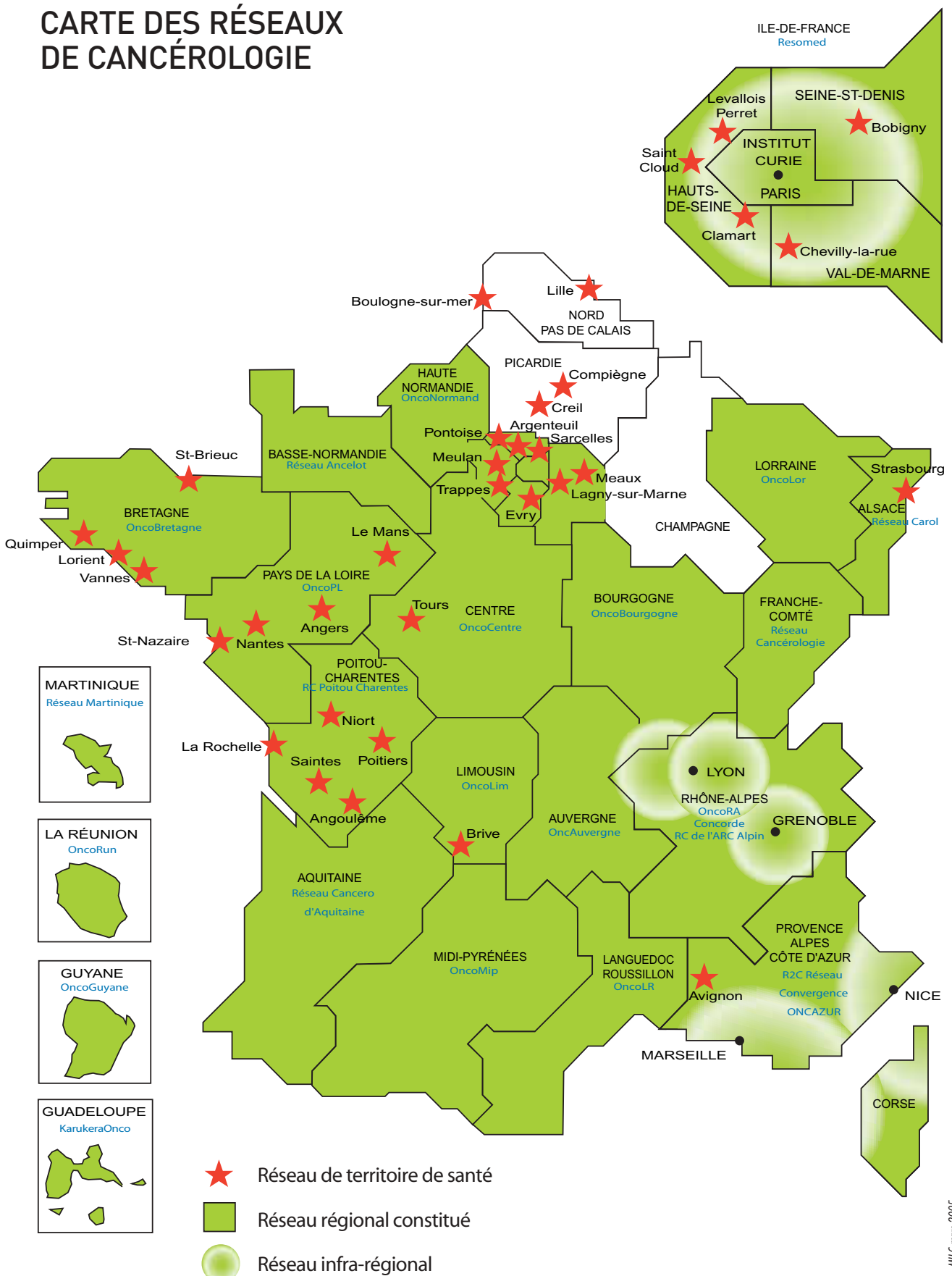
3.2 A CES NOUVELLES ORGANISATIONS, S'AJOUTENT DES MESURES VISANT À ASSURER UNE ÉQUITÉ D'ACCÈS AUX MÉDICAMENTS LES PLUS CÔUTEUX ET À L'INNOVATION

3.2.1 Un égal accès aux médicaments les plus coûteux

De nouveaux modes de financement et de distribution des médicaments doivent permettre à chaque patient de bénéficier des traitements les plus appropriés quel que soit le lieu où il est pris en charge (établissement public, privé, à domicile).

Dans le cadre de la tarification à l'activité, qui est entrée en application au 1^{er} janvier 2004 dans les hôpitaux publics et PSPH et depuis le 1^{er} mars 2005 dans les établissements de santé privés, un nouveau mode de financement des traitements onéreux a été mis en place, identique pour le secteur public et le secteur privé. Les médicaments anticancéreux inscrits sur la liste des molécules onéreuses sont remboursés aux établissements à un taux qui peut varier de 100 % à 70 % en sus des tarifs des Groupes Homogènes de Séjours (GHS). Ce taux de remboursement est conditionné au respect par les établissements d'un contrat de bon usage des médicaments, produits et prestations conclu avec les ARH (un décret va très prochainement en définir le cadre). Une première liste des médicaments concernés a été établie début 2004 et a été régulièrement actualisée en fonction des nouveaux produits mis sur le marché. La liste la plus récente annexée à la circulaire relative à la campagne tarifaire 2005 fait apparaître 5 nouveaux médicaments dont 4 dans le domaine du cancer. Les tarifs de responsabilité de ces spécialités sont fixés dans un avis paru au JO du 31 décembre 2004. Tous les patients, qu'ils soient pris en charge en établissement public, privé ou en HAD, ont donc désormais un égal accès aux anticancéreux les plus coûteux. 40 millions d'euros supplémentaires ont été consacrés au financement des traitements onéreux du cancer en 2004 et une enveloppe identique est prévue pour 2005.

CARTE DES RÉSEAUX DE CANCÉROLOGIE



M.I.C. mars 2005

3.2.2 Des garanties de qualité et de sécurité

Le bon usage des médicaments, qui fera désormais l'objet de contrats entre les établissements de santé et les ARH, nécessite une préparation centralisée des chimiothérapies anticancéreuses dans les Pharmacies à Usage Intérieur (PUI). Cette préparation centralisée doit remplacer la préparation précédemment dispersée dans les services et effectuée par les infirmières. Réalisée sous la responsabilité du pharmacien, elle constitue une garantie de qualité et de sécurité, à la fois pour le patient, le personnel et l'environnement grâce à :

- l'optimisation des conditions de préparation, la standardisation des procédures ;
- le respect de la réglementation, notamment en matière d'élimination des déchets ;
- la formation et l'évaluation régulière du personnel.

Un guide de bonnes pratiques des préparations réalisées à l'hôpital, comportant deux lignes directrices sur les préparations stériles et sur les préparations réalisées à partir de produits à risque va être prochainement diffusé par l'AFSSAPS.

La préparation centralisée permet également d'optimiser l'utilisation des ressources et des médicaments. Elle libère du temps infirmier dans les services de soins, permet une économie en principe actif de 10 à 15 % et réduit la quantité de déchets à éliminer.

Une enveloppe de 10 millions d'euros (dont 2 millions en 2005) est prévue dans le cadre du Plan cancer pour aider les établissements de santé à la mise en place des unités de préparation centralisées des cytotoxiques ou pour compléter les équipes pharmaceutiques.

Parallèlement à la préparation des cytotoxiques en unité spécifique, la sécurisation du circuit des médicaments, qui sera également prévue par le dispositif de contrat de bon usage des médicaments, constitue une autre garantie de qualité et de sécurité pour le patient : dans ce cadre, le pharmacien dispense et délivre nominativement les chimiothérapies et tient compte des traitements antérieurs, des informations cliniques et biologiques concernant le patient. Il vérifie, lors de l'analyse pharmaceutique des ordonnances, le respect des référentiels existants dans l'établissement (notamment les posologies et les voies d'administration).

3.2.3 Des Observatoires des Médicaments et des Innovations Thérapeutiques

Le décret relatif au contrat de bon usage des médicaments, qui doit prochainement paraître, prévoit la création d'observatoires inter-régionaux du médicament.

La circulaire budgétaire du 6 décembre 2004 a d'ores et déjà attribué 2,2 millions d'euros de crédits supplémentaires aux ARH pour aider les établissements à

collecter les informations nécessaires et pour créer des observatoires interrégionaux des médicaments, selon la répartition géographique des sept cancéropôles. Ces observatoires interrégionaux assureront un suivi quantitatif et qualitatif des prescriptions et consommations, ils fourniront des informations aux ARH. Le cahier des charges de ces observatoires sera défini en 2005 par l'Institut national du cancer, en lien avec les structures concernées. L'INCa assurera, dans le domaine du cancer, la coordination des observatoires ainsi que la synthèse nationale des données.

Ces mesures s'inspirent d'initiatives régionales existantes et confortent les Observatoires des Médicaments et Innovations Thérapeutiques (OMIT) déjà mises en place en PACA et conjointement par les régions Pays-de-Loire et Bretagne pour suivre la consommation de molécules coûteuses et innovantes.

3.2.4 Des équipements modernisés

72 TEP autorisés

Le nouvel indice national des besoins en Tomographes à Emission de Positons (TEP) a été fixé à un appareil pour 800 000 habitants (arrêté du 28 mai 2004), ce qui correspond à 75 appareils. Ce chiffre dépasse l'objectif du Plan cancer initialement fixé à 1 TEP pour un million d'habitants. Fin 2004, 64 autorisations d'installations avaient été délivrées et 40 appareils étaient opérationnels (contre 24 fin 2003). Début avril 2005, 72 autorisations avaient été accordées et 45 appareils étaient opérationnels. L'objectif fixé d'au moins un appareil par région est donc atteint. Une vingtaine de nouveaux appareils devraient entrer en fonctionnement en 2005 et 2006. Une partie de ces équipements (37 TEP) bénéficie du programme Hôpital 2007.

Le bilan de la carte sanitaire réalisé en décembre 2004 (arrêté du 11 décembre) portait à 11 le nombre des autorisations nouvelles d'implantation à accorder. Les demandes ont été réceptionnées entre le 1er janvier et le 28 février 2005 et 8 nouvelles autorisations ont été données depuis. Les autorisations de nouveaux appareils ont été accordées aux établissements disposant d'un service de médecine nucléaire ayant une activité importante de cancérologie et participant à un réseau de soins multidisciplinaire. Un financement de 450 000 euros est prévu pour chacun des 11 TEP qui seront installés en 2005. Par ailleurs, une enveloppe supplémentaire de 100 000 euros par TEP et TEDC en fonctionnement permettra de prendre en compte l'augmentation globale d'activité et le financement du 18 FDG.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 prévoit 8 millions d'euros pour le renforcement des TEP (4 millions d'euros en 2004 et 10 millions en 2003).

ÉQUIPEMENTS LOURDS

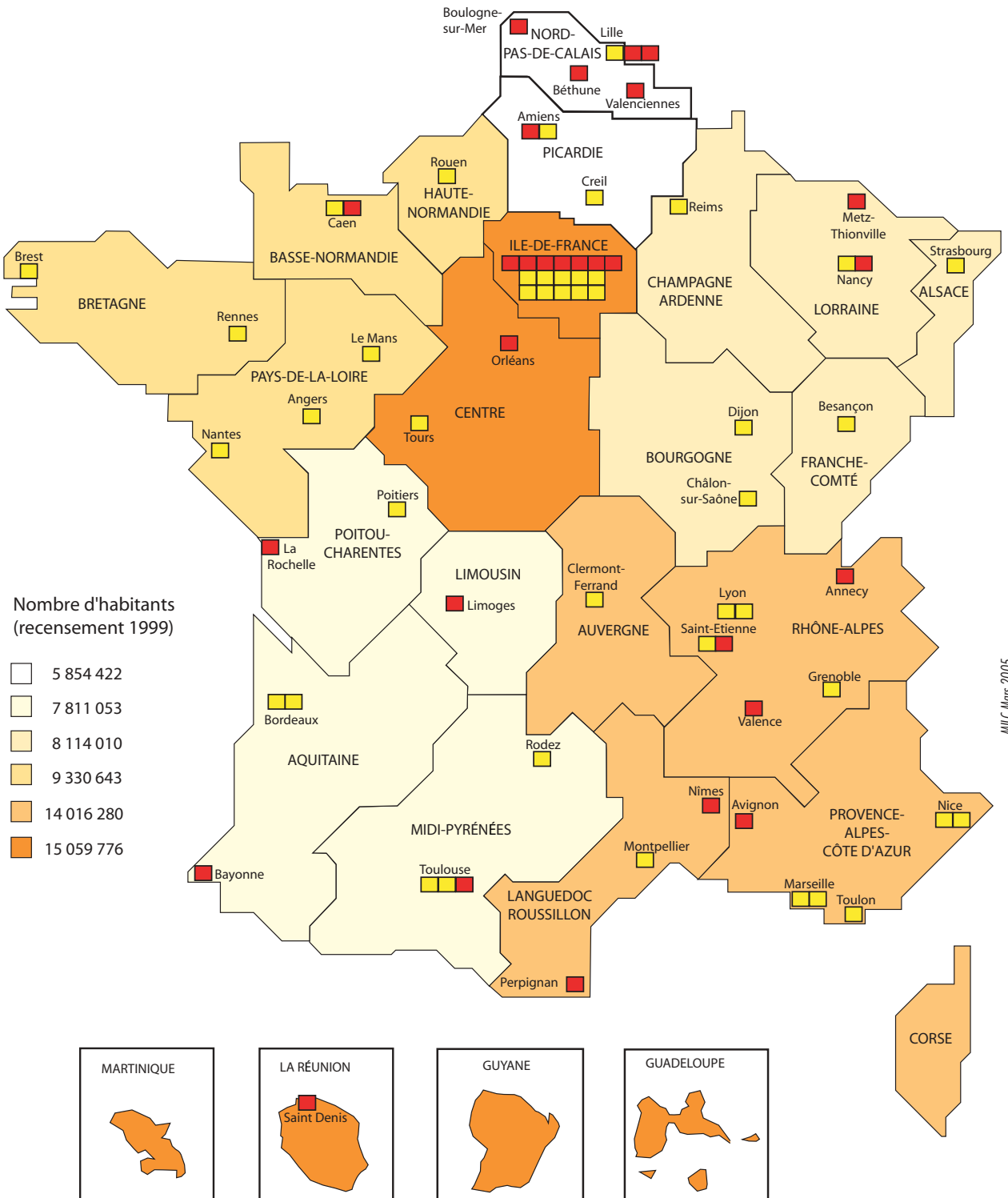
TEP (et TEDC) : bilan mars 2005

TEP - Tomographie par Emission de Positons

TEDC - Tomographie par Emission de Coïncidence

■ TEP (et TEDC) installés à fin mars 2005 (45)

■ TEP (et TEDC) autorisés à fin mars 2005 (27)



TEP et TEDC	2003	2004	avril 2005
Autorisés	54	64	72
Installés	24	40	45

IRM et scanners : des délais d'attente qui diminuent

Le nombre d'IRM et de scanners continue à augmenter. 137 équipements nouveaux (69 scanners et 68 IRM) sont prévus dans le cadre du plan « Hôpital 2007 » dans les hôpitaux publics et PSPH. Ces équipements bénéficieront en premier lieu aux hôpitaux ayant une activité de cancérologie et permettront la mise à niveau des DOM. Mais beaucoup d'autres installations se font en dehors du plan « Hôpital 2007 » qui ne finance pas les équipements lourds pour le secteur privé. Fin 2004, sur les 395 IRM autorisées, 292 étaient installées dont 137 entre 2002 et 2004.

Pour les scanners, le nombre d'autorisations atteignait 663 et le nombre d'appareils installés était de 577 dont 183 entre 2002 et 2004.

Une enquête réalisée pour l'association des industriels de l'imagerie ISA (Imagerie Santé Avenir) par le cabinet Cemka-Eval, en mars 2004, montre que le délai moyen d'attente pour obtenir un rendez-vous pour un examen d'IRM a diminué, passant de 43,6 jours en 2003 à 31 jours en 2004, alors qu'aucune évolution n'avait été constatée entre 2000 et 2003. Les effets du Plan cancer (73 IRM ont été installées au cours des six premiers mois de 2004) se traduisent donc concrètement pour les patients. Les disparités régionales restent toutefois importantes et devront être corrigées par les nouvelles installations prévues.

L'AFSSAPS mettra en place en 2005 un contrôle de qualité pour les scanners, les appareils de radiologie et de médecine nucléaire.

Radiothérapie

Fin 2004, sur les 345 accélérateurs autorisés, 294 ont été installés dont 28 en 2003-2004. Depuis 2004, un financement supplémentaire est accordé pour assurer la mise en fonctionnement rapide de chaque nouvelle machine (un demi-temps plein de radiothérapeute et de radio-physicien, un manipulateur radio). En 2005, 9 nouvelles machines dans 6 régions bénéficieront de ces moyens spécifiques qui représentent au total 1,2 million d'euros. Par ailleurs, une enveloppe de 3,9 millions d'euros a été déléguée dès le début de l'année 2005 pour le renforcement des personnels de radiothérapie.

L'AFSSAPS a mis en place un contrôle de qualité obligatoire pour les installations de radiothérapie et a précisé en mars 2004 les modalités de contrôle de qualité interne des accélérateurs d'électrons et des dispositifs de télécobaltérapie, ainsi que les moda-

lités de contrôle de qualité externe des installations de radiothérapie externe.

La Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers (MEAH) a engagé en 2003 une étude auprès de différents services de radiothérapie afin de déduire les types d'organisation permettant les délais les plus courts et le meilleur ratio coût-efficacité. Ces travaux ont permis d'accompagner plusieurs projets de changement pour différents sites. Ce chantier sera poursuivi en 2005 auprès d'un échantillon plus large de services et élargi, notamment sur le volet de la qualité du service au patient. Un guide de bonnes pratiques organisationnelles a été élaboré et sera diffusé sur le site de la MEAH (www.meah.sante.gouv.fr) dans le courant du premier semestre 2005.

Le développement de la radiothérapie en Afrique

Deux projets, prioritaires pour les populations locales, devraient aboutir fin 2005.

L'un concerne un Centre de radiothérapie pour le CHU de Marrakech pour lequel a été obtenu le don d'un accélérateur linéaire par la Société Varian, ainsi que le don d'un système de dosimétrie.

L'autre porte sur le renouvellement de la source de l'appareil Cobalt Théatron 780 du Centre de télécobalt-thérapie de Brazzaville-Congo, avec la société canadienne MDS Nordion.

Dans les deux cas, la formation des personnels médicaux et paramédicaux locaux sera effectuée en partenariat avec l'Hôpital Saint-Louis (Paris) et l'Association Physicien Médical sans Frontière.

Le Pr Claude Maylin, expert missionné par la MILC, suit la mise en place du programme de développement de la radiothérapie avec les pays en voie de développement avec le Comité International pour la Renaissance de l'Afrique.

Les actions de recyclage des anciens appareils encore fonctionnels seront poursuivies et amplifiées par l'Institut National du Cancer.

De nouveaux équipements pour les DOM/TOM

Le parc d'imagerie et de radiothérapie des Départements et Territoires d'Outre-Mer bénéficie d'une mise à niveau dans le cadre du plan « Hôpital 2007 ».

Un nouveau scanner a été installé en 2004 en Martinique et un accélérateur sera renouvelé en 2005. En Guyane, sur les 2 scanners autorisés en 2003, un a été installé en 2004. Une IRM a aussi été autorisée. Une coopération existe de longue date avec l'Institut Gustave Roussy (Villejuif) qui réalise 3 à 4 consultations avancées pour revoir d'anciens malades et accueille les patients pour les traitements de radiothérapie. Une coopération est également mise en place avec le CH

de Fort de France en Martinique. Un projet de radiothérapie est en cours avec la Guadeloupe et le centre privé Saint-Paul.

En Guadeloupe, après le remplacement de deux scanners en 2003 et 2004, un appareil supplémentaire sera mis en place en 2005. Trois IRM ont été installées, un en 2003 et 2 en 2004 et le renouvellement d'un accélérateur de particules est prévu en 2005.

A La Réunion, un TEP a été autorisé en octobre 2004 et devrait être installé prochainement, tout comme 2 accélérateurs et 1 IRM.

3.2.5 De nouveaux modes de rémunérations

Les professionnels de santé libéraux (médecins généralistes et infirmiers notamment) ont un rôle majeur à jouer auprès des patients atteints de cancer pour assurer la continuité et la coordination des soins. Ils participent aux réseaux de cancérologie. De nouveaux modes de rémunération se mettent en place pour leur permettre de s'investir dans la nouvelle organisation des soins en cancérologie.

Pour les médecins libéraux, la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) et des actes techniques (CCAM technique), qui remplace la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), négociée entre les syndicats médicaux libéraux et l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM), doit permettre de mieux prendre en compte l'évolution des techniques et de revaloriser les actes techniques.

Dans le cadre de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux (175 millions d'euros en 2005 dont 21,6 pour les actions Plan cancer), une enveloppe de 2 millions d'euros est prévue pour rémunérer la participation de tous les médecins aux Réunions de Concertation Pluridisciplinaire. Plusieurs expérimentations de rémunération, d'établissements ou de médecins libéraux, sont actuellement menées dans le cadre des réseaux de cancérologie pour des activités de coordination.

Dans le cadre de la nouvelle convention médicale négociée entre les syndicaux médicaux et l'UNCAM, le médecin traitant conventionné bénéficie d'une rémunération spécifique pour ses patients atteints d'une Affection de Longue Durée (ALD), notamment d'un cancer, fixée à 40 euros par an. Elle remplace la rémunération d'inscription d'une affection de longue durée. Pour les infirmières libérales, des négociations doivent être engagées avec l'UNCAM pour modifier la nomenclature et revaloriser l'acte infirmier des infirmières libérales intervenant dans les réseaux de soins en cancérologie.

3.2.6 Un accès plus large à l'innovation

L'accès aux dispositifs coûteux et innovants (médicaments, procédures nouvelles en radiothérapie ou chirurgie, nouveaux procédés d'imagerie...) nécessite parfois un effort financier très important réalisé dans le cadre du programme STIC. Ce programme ministériel (DHOS) permet chaque année de financer des projets d'ampleur nationale concernant plusieurs milliers de patients. L'évaluation médicale et économique des innovations retenues permet de définir les conditions de leur diffusion dans le système de soins afin qu'elles puissent bénéficier à tous les patients. Dans le programme 2003, 5 projets en cancérologie ont été retenus (3 ont concerné des thérapies et 2 des méthodes de diagnostic). Dans l'appel à projets 2004, la cancérologie représentait près de 40 % des thèmes proposés (45 sur 113) et près de la moitié (6 sur 13) de ceux qui ont été retenus.

En 2005, le volet cancer de l'appel à projets du programme de soutien a été préparé en lien étroit avec l'Institut National du Cancer.

PROJETS CONCERNANT LE CANCER FINANCÉS PAR LE PROGRAMME STIC

Année 2003

- radiothérapie asservie à la respiration : évaluation de la qualité balistique, prévention des séquelles après radiothérapie, évaluation médico-économique ;
- traitement curateur de certaines carcinomes péritonéales par exérèse plus chimiohyperthermie intrapéritonéale ;
- exérèse rectale pour cancer par laparoscopie ;
- imagerie fonctionnelle par TEP au FDG dans la définition des volumes tumoraux à irradier ;
- détection des facteurs pronostiques biologiques dans la prise en charge des patients atteints de leucémies lymphoïdes chroniques.

Année 2004

- évaluation de la structuration et organisation en réseaux régionaux des activités de biologie innovantes en onco-hématologie ;
- évaluation médico-économique de l'échographie de contraste temps réel dans la prise en charge diagnostique des lésions nodulaires hépatiques ;
- évaluation médico-économique de la technique du ganglion sentinelle comparée au curage axillaire dans les cancers du sein opérables d'emblée ;
- utilisation de la curiethérapie pulsée gynécologique avec optimisation de la répartition de la dose

et dosimétrie tridimensionnelle : étude clinique, physique et médico-économique ;

- évaluation médico-économique de la mise en place d'endoprothèses métalliques expansibles dans le traitement palliatif des cancers obstructifs du duodénum et du côlon ;
- évaluation de la radiothérapie fractionnée en condition stéréotaxique des métastases cérébrales.

3.3 UN PLAN POUR FACILITER ET ACCÉLÉRER L'ACCÈS À LA GREFFE DE MOELLE OSSEUSE

La greffe de moelle osseuse représente une possibilité thérapeutique, non systématique mais essentielle, pour les maladies hématologiques malignes, comme les leucémies. Un plan sur dix ans a été lancé le 18 novembre 2004 pour permettre à un plus grand nombre de personnes d'accéder rapidement à la greffe de moelle osseuse.

Le recrutement de 100 000 nouveaux donneurs de moelle osseuse sur 10 ans va permettre de porter le fichier français à 230 000 donneurs et de répondre ainsi à 50 % des besoins en allogreffes non apparentées. Actuellement, environ 25 % des allogreffes non apparentées le sont à partir de donneurs issus du fichier français et 75 % à partir de donneurs issus du fichier mondial qui en compte plus de 9 millions. Environ 1 000 greffes sont réalisées chaque année en France, dont un tiers nécessite un donneur qui n'appartient pas à la famille. Les autres sont des greffes intra-familiales. Le plan d'action comporte aussi l'amélioration de l'accueil des donneurs de moelle osseuse dans les centres donneurs et les établissements de soins. Un projet pilote sera lancé à Marseille et Montpellier, et permettra aux médecins libéraux de réaliser les consultations médicales et l'entretien préalable au don.

De nouvelles techniques vont contribuer à définir différents niveaux de typage et permettre de gagner en temps et en coûts, et donc d'accroître l'efficacité du recrutement des donneurs.

Enfin, pour les malades pour lesquels il n'y a pas de donneurs compatibles en raison de la complexité du système d'identité tissulaire, la greffe de sang placentaire constitue une alternative thérapeutique qui va être développée. La collecte de sang placentaire est réalisée dans deux villes : Bordeaux et Besançon. Dès 2005, deux maternités supplémentaires, à Toulouse et Créteil, assureront cette collecte. 5 000 unités de sang placentaire sont aujourd'hui disponibles en France et 170 000 au niveau mondial.

Un financement sur 10 ans permettra de mettre en œuvre ces mesures.

3.4 CANCÉROLOGIE PÉDIATRIQUE : NOUVELLE ORGANISATION, NOUVEAUX MOYENS

L'organisation des soins en cancérologie pédiatrique a été redéfinie par la circulaire du 29 mars 2004. Celle-ci a apporté aux ARH les éléments pour identifier, dès 2004, des centres spécialisés dans la prise en charge des enfants atteints de cancer et répondant à des critères très précis. Ces critères ont été définis dans un cahier des charges élaboré avec des professionnels et des représentants d'associations de parents. Ils portent sur le seuil d'activité, l'organisation et la continuité des soins, l'accès à un plateau technique, la prise en compte des dimensions sociale, familiale et relationnelle (particulièrement importante pour le vécu de la maladie chez les enfants) et la participation à la recherche clinique.

Parmi ces centres spécialisés, l'Institut National du Cancer va identifier dès 2005 des centres de cancérologie pédiatrique ayant une fonction de recours et susceptibles de mettre en œuvre certaines techniques ou de prendre en charge certaines pathologies. Ces centres auront un caractère national ou interrégional. En 2004, les centres spécialisés en cancérologie pédiatrique ont bénéficié de moyens nouveaux. 4 millions d'euros leur ont été affectés. Ce renforcement se poursuit en 2005, avec une nouvelle affectation de 4 millions d'euros, et se déroulera jusqu'en 2007 pour atteindre un total de 14,7 millions d'euros. Ces moyens importants doivent permettre une mise à niveau des centres spécialisés en fonction des critères et de normes de personnels prévus par la circulaire du 29 mars 2004. Une évaluation de la mise en œuvre de ce dispositif sera conduite en 2005.

3.5 UN APPUI SPÉCIFIQUE AUX CECOS

Un certain nombre de patients atteints de cancer reçoivent des traitements qui ont un impact sur leur fécondité. Pour leur permettre de préserver leur possibilité d'avoir des enfants, les Centres d'Études et de Conservation du Sperme (CECOS) vont bénéficier en 2005 d'une enveloppe de 1,2 million d'euros dans le cadre du Plan cancer pour les aider à répondre dans de bonnes conditions aux besoins de ces patients.

3.6 UN RÉSEAU DES TUMOROTHÈQUES

Les caractéristiques génomiques des tumeurs seront de plus en plus importantes à connaître pour affiner le diagnostic, mieux adapter les traitements et pour le suivi des malades. Dans l'intérêt de chaque patient et pour faire progresser les travaux de recherche, il est important que les établissements de soins puissent conserver les échantillons tumoraux dans des banques hospitalières de cellules et de tissus tumoraux cryopréservés (tumorothèques).

L'effort engagé dès 2001 pour constituer un réseau de tumorothèques s'est poursuivi en 2002, 2003 (2,5 millions d'euros), puis en 2004 (1,5 million d'euros) et sera renouvelé en 2005 avec 2,65 millions d'euros pour renforcer les structures existantes et en créer de nouvelles. 57 tumorothèques implantées dans des établissements hospitaliers ont bénéficié du programme de soutien en 2004. Ces soutiens ont notamment été attribués sur la base du respect des « Recommandations pour la cryopréservation de cellules et de tissus tumoraux dans le but de réaliser des analyses moléculaires », rédigées par l'ANAES avec le concours des sociétés françaises de pathologie, d'hématologie et de cancérologie, textes consultables sur le site de la Haute Autorité de Santé.

Depuis la mise en place de la réforme de la tarification à l'activité, les tumorothèques sont financées sur les mesures d'intérêt général (MIGAC).

Parallèlement, un groupe de travail a été mis en place, en lien avec les cancéropôles, pour mettre en réseau les tumorothèques hospitalières et constituer une base de données commune afin de faciliter et d'accélérer les travaux de recherche.

La loi de bioéthique précise l'encadrement juridique des activités réalisées par les tumorothèques : autorisation spécifique délivrée par le ministre de la Recherche, agrément des praticiens, responsabilité pénale en cas d'infraction.

3.7 RECHERCHE CLINIQUE EN CANCÉROLOGIE : UNE PRIORITÉ DU PHRC

La recherche clinique en cancérologie est devenue une priorité du Programme Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC). En 2003, ce programme a permis de financer 52 projets relatifs au cancer pour un montant de 12,7 millions d'euros. A la suite de l'appel à projets national du PHRC 2004, 96 projets ont été retenus parmi lesquels 36 en cancérologie¹¹.

Le cancer figure au premier rang des thématiques spécifiques de l'appel à projets national. Les projets doivent s'inscrire dans les priorités du Plan cancer, en premier lieu le soutien aux essais cliniques : grands essais multicentriques, essais « ciblés », essais « dédiés » à des personnes plus âgées, populations ou thématiques « orphelines ». Le PHRC 2005 pourra aussi financer des travaux sur le transfert à la pratique clinique de données d'analyse génomique en utilisant les plates-formes mises en place dans les cancéropôles et les ressources des tumorothèques, des travaux sur la pharmacologie et notamment le transfert des données de la biologie tumorale dans la prédiction de réponse ainsi que des travaux sur l'application des sciences humaines et sociales à la prise en charge des patients. La date limite d'envoi par mail est fixée au 27 avril 2005 pour l'appel d'offres national (auprès de la DHOS ou de l'INCa) et au 16 août 2005 pour les projets régionaux. La notification des crédits devrait intervenir en octobre 2005.

11) 18 concernent la thérapeutique, 4 des méthodes diagnostiques, 7 la génétique dont 1 de thérapie génique, 2 le pronostic hors génétique et 2 les effets secondaires des traitements. L'appel à projets relatif au PHRC 2005 a été lancé en janvier 2005. Le programme comprend un appel à projets national qui est géré, pour la thématique « cancer », en association avec l'Institut national du cancer, et des appels à projets régionaux.

4 VOLET SOCIAL ET INFORMATION : L'ACCOMPAGNEMENT DES MALADES

L'accompagnement social et humain des malades constitue à juste titre un volet à part entière du Plan cancer. Depuis deux ans, là encore, de nombreux caps significatifs ont été franchis notamment en matière d'information.

L'information au plus près des lieux de vie

Le Plan cancer a prévu de développer plusieurs actions d'information qui connaissent une montée en charge progressive.

Les kiosques d'information au cœur des villes et des centres commerciaux

A l'image des « accueils cancer » de la Ville de Paris, créés par le Pr Victor Izraël, plusieurs kiosques d'information sur le cancer sont en cours de réalisation, sous l'impulsion de Françoise Marchal, expert missionnée par la MILC. Les villes concernées sont Amiens, Annecy, Avignon, Bordeaux, Dijon, Lille, Lyon, Montpellier, Niort, Saint-Nazaire, Toulouse ainsi que dans le Val-de-Marne et au Pays Basque. Nice a d'ores et déjà inauguré son premier Kiosque Information Santé (KIS) le 15 octobre dernier et devrait prochainement en ouvrir un second à Nice Etoile. Installé dans la galerie marchande du grand centre commercial CAP 3000 (30 000 visiteurs chaque jour) à Saint-Laurent-du-Var, il est ouvert au public 6 jours sur 7. Structures de proximité situées en dehors des hôpitaux, les kiosques d'information sur le cancer réunissent des partenaires très divers : communes, conseils généraux, CLCC, CHU, Ligue contre le cancer, DDASS, CPAM, professionnels de santé, réseaux de cancérologie, associations, fondations et centres commerciaux. Ils apportent une information sur la maladie ainsi qu'un soutien psychologique et social aux malades et à leur entourage.

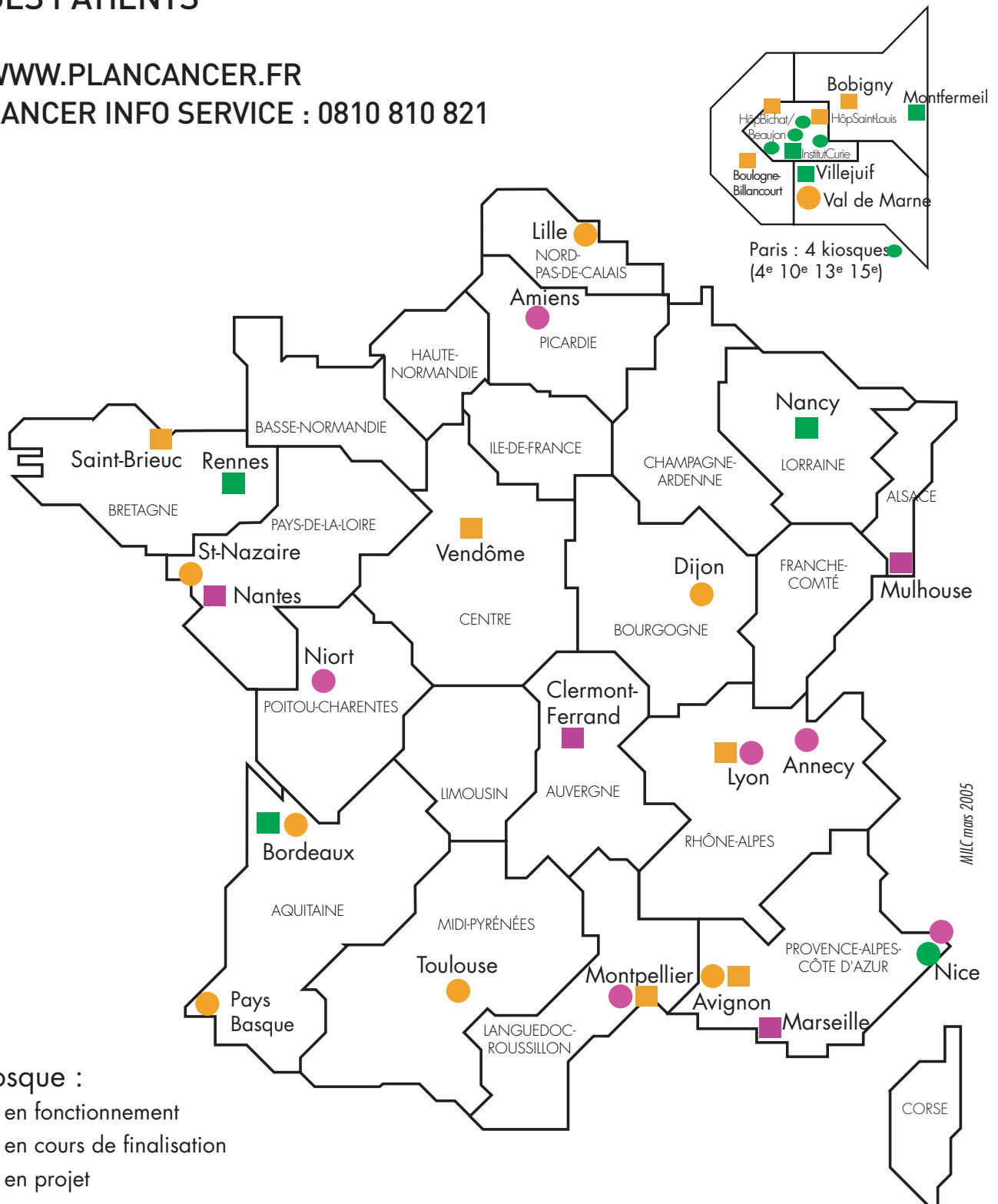
Des Espaces Rencontre Information dans les établissements de santé

La Ligue nationale contre le cancer a déjà ouvert 6 Espaces de Rencontre et d'Information (ERI) dans les établissements de santé traitant des malades atteints de cancer (Institut Gustave Roussy de Villejuif, Institut Curie, CH de Montfermeil, Institut Bergonié de Bordeaux, Centre Alexis Vautrin de Nancy et Centre Eugène Marquis de Rennes). Dans les prochaines semaines 4 nouveaux ERI doivent ouvrir à Nantes, Marseille, Clermont-Ferrand et Mulhouse. Le concept des ERI commence à s'ouvrir à d'autres pathologies et des réflexions sont en cours pour la constitution d'ERI pluridisciplinaires à l'hôpital Cochin (Paris) ou à l'hôpital Ambroise Paré de Boulogne-Billancourt (ERI cancérologie-cardiologie).

RENFORCEMENT DE L'INFORMATION DES PATIENTS

WWW.PLANCANCER.FR

CANCER INFO SERVICE : 0810 810 821



MIC mars 2005

Structure pionnière ouverte en 2001, l'ERI de Villejuif est devenu en mars 2004 un service à part entière de l'IGR permettant ainsi sa pérennisation.

L'ouverture à Paris VIII en avril 2005 d'un Diplôme Universitaire « information et médiation en santé » doit permettre de renforcer la prise en charge des malades et des proches, notamment au niveau de l'information.

Le numéro azur « Cancer info service »

Le numéro 0810 810 821 est ouvert depuis le 22 mars 2004. Destiné au grand public, aux malades et à leurs proches, il répond aux nombreuses demandes d'information, notamment sur les dispositifs d'accompagnement social. Ce numéro constitue également un outil de promotion de la prévention et peut apporter une aide psychologique aux personnes qui en font la demande. Sa mise en œuvre a été confiée à la Ligue contre le cancer. Il a bénéficié d'un financement de l'Etat de 1,5 million d'euros en 2003 et autant en 2004 et 2005. Au 19 février 2005, « Cancer info service » avait géré 30 000 appels.

www.plancancer.fr

Ce site destiné au grand public et aux professionnels met à jour en temps réel des informations sur les avancées du Plan cancer mais aussi renseigne sur les initiatives de terrain et donne une vue globale de la déclinaison des actions par région.

Mis en œuvre par la MILC, il constitue un outil de plus en plus utilisé par l'ensemble des acteurs du Plan cancer qui y trouvent notamment des documents de référence (rapports, circulaires, recommandations...) dont le téléchargement augmente en moyenne de 33 % par mois.

Il propose en outre de nombreux liens avec des sites axés sur le cancer.

Les documents proposés en anglais sont également très appréciés par nos interlocuteurs et contribuent à faire connaître le Plan cancer au niveau international.

Sur le dernier trimestre 2004, une moyenne de plus de 12 000 visiteurs/mois a été enregistrée, plus de 50 000 pages/mois consultées (les plus consultées sont les pages Régions). La session moyenne dure plus de 60 minutes. La fréquence de visite se situe tous les 15 jours. Les visiteurs sont le plus souvent dirigés au départ de www.google.fr et recherchent avant tout « Plan cancer », ce qui donne une bonne indication concernant la notoriété croissante du Plan. Le premier trimestre 2005 montre une croissance du nombre de nouveaux visiteurs de l'ordre de 20 % par mois, alors même que

le taux de retour, la durée moyenne des visites et les autres indicateurs statistiques augmentent en parallèle de 30 % par mois.

Des guides d'information et de dialogue pour les patients

La Fédération Nationale des Centres de Lutte contre le Cancer (FNCLCC) met à la disposition des patients et de leurs proches des guides d'information et de dialogue « SOR SAVOIR ». Ces guides qui ont pour objectif de les aider à mieux comprendre la maladie et les traitements, facilitent le dialogue entre le médecin et le patient. Ils sont disponibles dans les Centres de Lutte Contre le Cancer et téléchargeables sur le site www.fnclcc.fr.

L'information des professionnels et du public sur l'ensemble des problèmes relatifs au cancer figure parmi les missions de l'INCa, qui va contribuer à poursuivre le développement de ces outils d'information et à en créer de nouveaux.

Améliorer l'accès aux prêts bancaires

L'accompagnement humain vise aussi à améliorer les possibilités d'accès à des prêts bancaires. Sur les 2 millions de personnes vivant avec un cancer en France, 5 à 10 % pourraient souscrire des emprunts s'ils se savaient assurables. 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, de suivre en particulier ce dossier et de travailler, dans un premier temps, à une meilleure information sur les droits contenus dans la convention Belorgey dont l'objectif est bien « d'améliorer l'accès à l'assurance et au prêt bancaire des personnes présentant un risque de santé aggravé (crédit à la consommation sans questionnaire de santé, examen individualisé des dossiers à risque aggravé par l'assureur puis par un pool de réassureurs, acceptation par les banques de la seule garantie décès...). »

Les dispositions de cette convention restaient insuffisamment connues du public et des établissements de crédit. Ainsi, la Fédération Française des Banques (FFB) a mis en place en septembre 2004 avec la MILC, les associations de consommateurs et de malades et la Fédération Française des Sociétés d'Assurances (FFSA), un dispositif gratuit pour informer le public sur les possibilités ouvertes par la convention Belorgey. Ce dispositif comprend un serveur vocal (0821 221 021), un mini-guide expliquant le contenu de la convention, des affiches apposées sur les lieux

de passage des malades, des informations sur le site de la FBF, www.lesclesdelabanque.com.

Ces outils d'information répondent assurément à une attente très forte : plusieurs tirages du mini-guide ont été réalisés et plus de 1,5 million d'exemplaires ont été diffusés, essentiellement par les banques, la Ligue et ses comités départementaux. De nombreuses banques ont également mis le mini-guide à disposition de leurs clients sur leur site Internet. Plus de 40 000 affiches ont été apposées dans les lieux de soins et de passage des personnes susceptibles d'accéder au dispositif d'information. Le site www.lesclesdelabanque.com reçoit plus de 10 000 visites chaque semaine.

Dans le cadre des travaux de la commission de suivi et de proposition de la convention Belorgey, le principe d'un examen systématique des dossiers de risque très aggravé en « 3^e niveau » a été retenu. Un rapport, prévu par **la loi du 9 août 2004** devrait être remis au Parlement fin avril sur le fonctionnement de la convention.

L'assurabilité est un chantier qui va faire, par ailleurs, l'objet d'une action pilote en Rhône-Alpes avec l'association « Vivre avec » animée par des malades et soutenue notamment par le Conseil Régional.

Enfin, l'INSERM a été saisi par la MILC, en concertation avec la DGS, pour mener une étude sur les taux de survie en fonction des différents types de cancer. Les résultats devraient favoriser un calcul plus précis des montants des surprimes demandées.

Un rôle renforcé pour les associations à l'hôpital

Le rôle des associations de patients ou d'usagers bénévoles auprès des patients hospitalisés, adultes ou enfants, pour les accompagner sur le plan social et humain, ainsi que leurs proches, est particulièrement important et doit être soutenu.

Depuis octobre 2004, un modèle de convention type définissant les conditions d'intervention des associations de bénévoles dans les établissements de santé a été proposé (circulaire DHOS du 4/10/2004). Cette convention prévoit notamment la désignation, par l'association, d'un coordonnateur qui organise l'action des bénévoles auprès des personnes malades, la formation et l'information des bénévoles. Elle précise les relations entre l'établissement et l'association ainsi que les échanges d'information et rappelle les règles de respect de la personne, de respect de la confidentialité et le devoir de discrétion qui s'appliquent dans les établissements de santé.

Au sein des hôpitaux, la constitution de comités de patients favorisée

La circulaire du 28 octobre 2004 propose aux établissements de santé traitant des malades du cancer de favoriser la constitution de comités de patients. Ce texte propose d'élaborer une « charte constitutive du comité » dont un exemple, celui du comité de patients de l'Institut Paoli-Calmettes à Marseille est disponible sur le site www.plancancer.fr.

Renforcer l'implication des patients dans les essais cliniques

La loi du 9 août 2004 prévoit la mise en place de comités de protection des personnes (un ou plusieurs par région selon les besoins) et soumet à l'avis favorable de ce comité toute mise en œuvre d'une recherche biomédicale. Les comités de protection des personnes, qui comportent des représentants d'associations, de malades ou d'usagers du système de santé agréées, remplacent les comités consultatifs de protection des personnes dans la recherche biomédicale.

Par ailleurs, la possibilité pour les parents d'être informés et de participer à la recherche de nouveaux traitements est l'un des huit critères que doivent respecter les centres de cancérologie pédiatriques et qui sont inscrits dans la circulaire du 29 mars 2004 relative à l'organisation des soins en oncopédiatrie.

Adapter l'allocation de présence parentale

La présence des parents auprès d'un enfant malade doit être facilitée et assouplie pour s'adapter aux situations individuelles sans pénaliser professionnellement les parents.

Les modifications à apporter à l'Allocation de Présence Parentale (APP) ont été identifiées : transformation du forfait en indemnités journalières, allongement de la durée d'attribution (actuellement limitée à 4 mois renouvelables deux fois), recul de l'âge limite de l'enfant (actuellement moins de 20 ans). Ces adaptations nécessitent plusieurs modifications législatives qui pourraient aboutir rapidement.

Travailler avec un cancer

Prolonger les délais d'intégration dans l'emploi

Afin de favoriser l'insertion professionnelle, le maintien dans l'emploi et le retour à l'emploi pour les patients atteints de cancer, le Plan cancer prévoit plusieurs mesures qui s'appliqueront aussi aux autres Affections de Longue Durée (ALD).

La prolongation des délais d'intégration dans l'emploi, à l'image de ce qui existe pour les congés maternité, devra s'appliquer à toutes les ALD, afin de ne pas créer de rupture d'égalité. Pour l'emploi public, le

ministère de la Fonction publique a été saisi de la question. Pour l'emploi privé, une analyse des problèmes posés par une telle mesure a été réalisée, et la CNAM et la CANAM procèdent actuellement à une évaluation du coût entraîné pour une pathologie test. Les chiffrages devraient être connus à la fin du premier semestre 2005 et le ministère de la Santé proposera alors une prolongation des délais.

De même, l'amélioration des conditions d'arrêt maladie, en cas de cancer ou d'une autre ALD, fait l'objet d'une étude de faisabilité et de coût par la CNAM et la CANAM qui devrait s'achever en juin 2005.

Des actions expérimentales pour faciliter l'accès et le retour à l'emploi

De plus en plus de personnes adultes souffrant de cancer ou d'une autre pathologie chronique évolutive (hépatite C, sclérose en plaques, VIH/sida, mucoviscidose...) souhaitent et peuvent garder un emploi. Toutefois, un certain nombre d'entre elles restent en marge de toute activité professionnelle, faute de connaissance des structures d'insertion, des outils facilitant l'accès au travail, ou en raison de discriminations subies sur le lieu de travail.

Pour défendre l'égalité des chances face à l'emploi, des associations comme « Jeunes Solidarité Cancer », des médecins du travail et d'autres organismes participent au projet expérimental « Pathologies chroniques évolutives et milieu de travail », cofinancé par l'AGEFIPH, le ministère de la Santé et le Fonds social européen, au titre du programme Equal. Ce projet vise à identifier et à valoriser les pratiques innovantes qui facilitent l'accès, le retour ou le maintien dans l'emploi de ces personnes.

Plusieurs actions expérimentales sont ainsi menées en collaboration avec les ANPE et Cap Emploi notamment. D'autres partenaires du projet ont réalisé une étude mesurant l'impact des différentes pathologies sur l'activité professionnelle et proposent à plus de 200 professionnels de l'insertion et de l'orientation, une formation sur les spécificités de l'accompagnement vers l'emploi des personnes touchées par une pathologie chronique.

Par ailleurs, des outils spécifiques ont été conçus pour les médecins du travail qui se sont constitués en réseaux à l'initiative de l'association Cinergie. Un nouveau type de « correspondant santé » est expérimenté dans plusieurs entreprises pilotes (HCR Eliance autoroutes, notamment) pour soutenir et orienter les salariés vivant avec une maladie chronique et sensibiliser les autres salariés aux pathologies lourdes (« savoir être avec » et « travailler avec » ces personnes).

Des prothèses mieux prises en charge

Le remboursement des prothèses capillaires (sur la base d'un forfait de 72 euros) laisse néanmoins à la charge du patient des montants souvent importants, le coût réel de ces produits s'échelonnant de 250 à près de 1 000 euros. Saisi par le ministère de la Santé, l'assurance maladie (l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie) envisage de prendre en charge dans le cadre de la liste des prestations remboursables, et sans reste à charge pour le patient, une gamme de prothèses capillaires d'une qualité minimum. Cette solution ne pourrait toutefois être effective qu'à la fin de l'année 2005. Aussi, pour permettre aux patients de bénéficier d'un dispositif de prise en charge plus tôt, des instructions vont être données aux caisses primaires afin que, durant la période transitoire, elles prennent en charge des prothèses capillaires sur leur fonds d'action sociale. Ces aides individuelles seront alors attribuées au cas par cas par les commissions d'action sociale des caisses. Le coût de la prise en charge des prothèses capillaires a été estimé à 7 millions d'euros.

Pour les prothèses mammaires externes, un premier modèle a été inscrit (arrêté du 11 février 2005 – JO du 25 février 2005) sur la liste des produits et prestations remboursables et son prix de vente de référence a également été fixé. Les patientes n'auront donc plus de différence à leur charge.

La Commission d'évaluation des produits de santé a été saisie fin 2004 pour d'autres modèles, elle devrait se prononcer dans le courant de l'année.

Des recherches sur la qualité de vie des patients

Le vécu et la qualité de vie des personnes atteintes de cancer font l'objet d'une attention croissante. Il est nécessaire de mieux connaître les difficultés et les besoins concrets des patients. Dans le cadre de l'appel à projets de recherche 2004 pour les cancérôles, 5 projets sur les 32 retenus concernent le vécu des personnes malades (recherche clinique en qualité de vie, épidémiologie et sciences humaines et sociales en cancérologie).

Par ailleurs, la DREES (ministère de la Santé) a mené une enquête nationale sur la qualité de vie des patients atteints d'un cancer (conditions de vie, insertion professionnelle, ressenti de la prise en charge...). Les trois Caisses Nationales d'Assurance Maladie et leurs services de contrôle médical y ont été pleinement associées.

Près de 5 000 patients entrés en ALD il y a deux ans ont été inclus dans l'enquête téléphonique qui s'est achevée fin 2004. Les premiers résultats seront connus à la fin du premier semestre 2005.

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

Les premiers caps sont déjà franchis : en 2004, plus de 600 postes ont été créés dans les hôpitaux. Par ailleurs le nombre d'internes, de chefs de clinique, de MCU-PH et de PU-PH a significativement augmenté en 2004 et 2005.

5.1 DES PROFESSIONNELS PLUS NOMBREUX

Un impact immédiat possible. Le 19 mars 2004 a été pris le décret ouvrant la possibilité de qualifier en tant que spécialistes des médecins 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. L'arrêté du 30 juin 2004 précise la composition des commissions de qualification et la procédure d'examen des dossiers.

La nouvelle organisation des soins en cancérologie, qui repose sur une meilleure coordination, va être facilitée par un renforcement des moyens humains consacrés à la prise en charge des malades du cancer.

Personnels non médicaux

En 2004, près de 450 postes de personnels non médicaux ont été créés dans les hôpitaux dans le cadre du Plan cancer :

- 75 postes de psycho-oncologues, (17 postes en 2003, 45 postes supplémentaires seront créés en 2005) ;
- 55 postes de manipulateurs radio ;
- 15 postes de radiophysiciens ;
- plus de 110 postes d'infirmiers ;
- 200 postes de personnels paramédicaux et administratifs.

Personnels médicaux

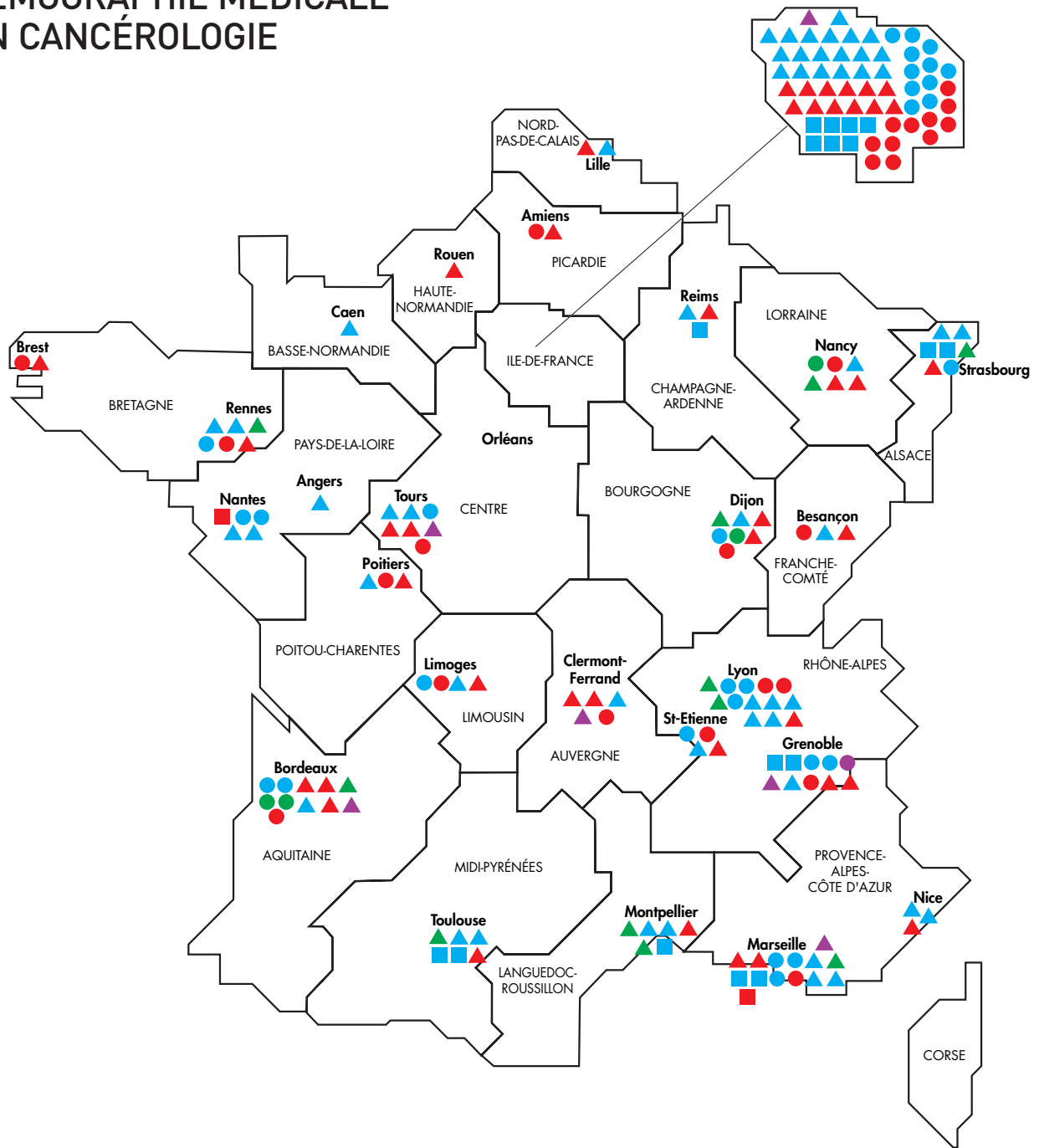
Pour les médecins, près d'une centaine de postes ont été créés.

Pour faire fonctionner les nouveaux équipements lourds (TEP, accélérateurs) et réduire les délais d'attente, les établissements qui installeront de nouvelles machines en 2005 bénéficieront d'un appui spécifique pour renforcer les équipes : ceci concerne des emplois de radiologues, radiothérapeutes, radiophysiciens et de manipulateurs d'électroradiologie.

12,5 millions d'euros y sont consacrés en 2005 (8 millions pour les TEP/IRM) et 4,5 millions pour la radiothérapie.

Les tarifs des GHS (Groupes Homogènes de Séjour) de radiothérapie ont par ailleurs été revalorisés en 2005 pour permettre le renforcement des moyens en personnels affectés à cette activité.

DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN CANCÉROLOGIE



	Oncologie médicale	Oncologie radiothérapique	Oncologie chirurgicale	Oncologie biologie
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
Données 2004

En 2004, l'ensemble de ces renforcements spécifiques ont permis de créer entre janvier et septembre : 5 postes de radiothérapeutes, 15 postes de radiophysiciens, 55 postes de manipulateurs radio.

5.1.1 Des filières paramédicales plus attractives

5.1.1.1 L'indemnisation du stage des radiophysiciens : signes d'amélioration de l'attractivité

Actuellement, il y a en France environ 370 radiophysiciens alors que les besoins sont estimés à 550 professionnels. 85 % d'entre eux sont en activité dans les services de radiothérapie. Aussi, pour accroître rapidement le nombre de radiophysiciens, la filière a été rendue plus attractive par la rémunération des stages de fin d'études, dès la promotion 2004 (19 stagiaires). La promotion 2005 devrait compter 32 stagiaires alors qu'au cours des années précédentes, seuls 15 à 20 étudiants entraient en formation chaque année. Les prochaines promotions devraient compter une quarantaine d'étudiants. Des dispositions particulières seront fixées, par voie réglementaire, pour les radiophysiciens employés par les établissements publics de santé afin de mieux prendre en compte le caractère spécifique de leur activité.

5.1.1.2 Des transferts de compétences

aux manipulateurs en électroradiologie médicale

La possibilité d'expérimenter des transferts de compétences entre différentes professions de santé, en particulier celle de manipulateur en électroradiologie médicale, a été ouverte par **la loi du 9 août 2004**. Une expérimentation a été autorisée dans ce cadre (arrêté du 13 décembre 2004) dans les départements de radiothérapie de l'Institut Curie (Paris), du Centre Alexis Vautrin à Vandoeuvre-lès-Nancy et dans le service de radiothérapie du CH d'Argenteuil. Les actes concernés par le transfert de compétences sont :

- la simulation standard ou virtuelle dans le cadre d'un protocole de préparation à un traitement, sur prescription médicale ;
- la délinéation (contourage) des organes à risque et des volumes cibles anatomo-cliniques standardisés dans le cadre du protocole préétabli ;
- les études dosimétriques complexes, notamment conformationnelles.

Il en est attendu à la fois une économie de 10 à 20 % de temps médical, une sécurité accrue des procédures standardisées et une valorisation du travail des manipulateurs.

Par ailleurs, deux expérimentations ont été lancées, à Bordeaux et Marseille, pour admettre des étudiants de fin de PCEM1 en première année d'études prépa-

ratoires au diplôme d'Etat de manipulateur en électroradiologie médicale.

Compte tenu du déficit démographique important actuellement constaté et pour bénéficier de toutes les compétences disponibles, l'arrêté du 31 août 2004 a précisé les modalités d'ouverture des instituts de formation aux titulaires d'un diplôme extra-communautaire de manipulateur en électroradiologie médicale afin de leur permettre d'exercer en France.

5.1.1.3 Valoriser la profession infirmière

Parallèlement à l'expérimentation de transfert de compétences entre radiothérapeutes et manipulateurs en électroradiologie médicale, une autre expérimentation devrait être prochainement autorisée portant sur le transfert de compétences entre le médecin oncologue et l'infirmière clinicienne spécialisée en oncologie dans le cadre de la chimiothérapie en hôpital de jour et à domicile.

Deux sites y participeront : le département d'oncologie médicale du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière et le réseau Onco Loire Estuaire. Prévue pour une année, cette expérimentation a pour objectif d'optimiser la prise en charge du patient en chimiothérapie, d'améliorer l'accès aux soins (délais plus courts), leur qualité (délais d'attente, information plus détaillée), d'optimiser le temps médical en dégageant du temps médecin pour des activités plus complexes et de valoriser la profession infirmière.

5.1.2 De nouveaux métiers

5.1.2.1 Dosimétriste : une fonction à l'étude

La Mission confiée par le ministre de la Santé au Pr Yvon Berland sur les nouveaux métiers a permis d'étudier l'opportunité de créer une fonction de dosimétriste. Dans le cadre des expérimentations de transferts de compétences entre différentes professions de santé, ouvertes par **la loi du 9 août 2004**, des phases pilotes sont en cours pour faciliter, après évaluation, l'expérimentation d'un tel transfert. Un groupe de travail au sein du ministère de la Santé accompagne ces travaux.

5.1.2.2 Conseiller en génétique

Une nouvelle profession de conseiller en génétique a été créée par la loi de santé publique. Le conseiller en génétique intervient sur prescription médicale et sous la responsabilité d'un médecin qualifié en génétique dans des établissements de santé publics ou PSPH autorisés à pratiquer des examens génétiques à des fins médicales ou des activités de diagnostic prénatal. Un décret précisera les conditions de formation, de diplôme, d'exercice et les règles applicables à ces professionnels.

5.2 FORMER DAVANTAGE DE MÉDECINS DANS LES SPÉCIALITÉS DE LA CANCÉROLOGIE

A tous les niveaux de la formation des médecins, le Plan cancer prévoit un renforcement de la cancérologie.

5.2.1 Davantage d'internes dans les disciplines de la cancérologie

La politique d'ouverture du numerus clausus menée depuis 1999 se traduit par une augmentation du nombre global d'internes : 4 400 en 2004 et 4 800 en 2005.

Le nombre d'internes en hématologie, radiothérapie et oncologie médicale est passé de 116 en 2003 à 181 en 2004. On se rapproche ainsi de l'objectif du plan pour 2007 (210).

Pour la première fois depuis cinq ans, en 2004 à Paris, 11 internes ont choisi la cancérologie en premier semestre et 4 postes d'internes ont été réouverts. Parmi ces nouveaux internes, 80 % sont d'anciens externes de cancérologie, ce qui souligne l'importance du stage d'externat en cancérologie et du travail de sensibilisation mené auprès des étudiants, notamment par les internes, pour mieux faire connaître la cancérologie avant le choix de l'internat.

La conférence nationale des doyens de faculté de médecine est d'ailleurs favorable à la mise en place d'un stage obligatoire, dès la deuxième année de médecine, dans les services d'oncologie à forte activité ou dans les réseaux de cancérologie. Il est pour cela nécessaire d'augmenter le nombre de terrains de stage compte tenu de l'augmentation du numerus clausus. Un important travail a été réalisé avec les coordonnateurs de DES pour assurer la stricte adéquation du nombre de postes ouverts au nombre d'internes nommés. Cette perspective paraît plus efficace qu'une filiarisation de la cancérologie.

5.2.2 Une formation de qualité pour tous les internes

Des recommandations sur les critères d'agrément des services formateurs en cancérologie vont être définies afin de garantir la qualité de tous les stages. Un arrêté devrait être prochainement publié en ce sens. Déjà, depuis trois ans en région parisienne, des fiches d'évaluation, remplies tous les trois mois par les internes, contribuent à améliorer la formation reçue dans les services formateurs. Cette évaluation, service par service, porte sur la formation pratique, la formation théorique, les travaux proposés aux internes, mais également sur les incitations à acquérir de nouvelles connaissances. Par ailleurs, l'AERIO (Association pour l'Enseignement et la Recherche des Internes en Oncologie

et radiothérapie) réalise actuellement une enquête pour évaluer la formation théorique (universitaire et hospitalière) des internes en cancérologie dans toute la France. Un questionnaire a été adressé à l'ensemble des internes d'oncologie médicale, radiothérapie et hématologie et un questionnaire parallèle doit être adressé aux enseignants. Les résultats devraient être disponibles en juin 2005.

L'AERIO a également mis au point un « Livret de stage de l'interne en radiothérapie » et en prépare deux autres pour l'interne en oncologie médicale et en hématologie. Ce livret, calqué sur le modèle européen, recense tous les objectifs de la formation des internes sur les plans pratique, théorique, clinique et technique. Il constitue un véritable outil pour l'orientation de l'interne durant son internat, notamment avec l'aide du coordonnateur de la ville et du coordonnateur régional.

5.2.3 L'évolution des DES et DESC

Davantage de souplesse a été introduite dans les DES et DESC afin d'augmenter le nombre d'internes optant pour la cancérologie.

Deux arrêtés du 22 septembre 2004 fixent désormais la liste et la réglementation des DES et des DESC de médecine et en énoncent les nouvelles maquettes.

L'hématologie et l'oncologie figurent parmi les DES de médecine auxquels peuvent s'inscrire tous les internes à l'issue des épreuves classantes nationales. L'inscription définitive à un DES s'effectue au plus tôt après un premier stage dans la spécialité et au plus tard à la fin du quatrième semestre après nomination en qualité d'interne. D'autre part, la validation terminale peut prendre en compte des stages pratiques supplémentaires validés au titre d'un autre DES et des enseignements différents suivis en sus de ceux qu'exige la maquette du DES.

La cancérologie figure sur la liste des DESC du groupe 1. Pour s'inscrire à un DESC, l'interne doit avoir effectué, au plus tard avant la fin du cinquième stage de l'internat, un stage spécifique à ce diplôme. Des stages pratiques supplémentaires, validés au titre d'un DES ou d'un DESC différent peuvent être pris en compte pour la validation finale. Ces nouvelles dispositions s'appliquent aux internes s'inscrivant en DES ou en DESC à compter de l'année universitaire 2004-2005. De nouveaux projets de maquettes des DES et DESC de cancérologie ont été présentés fin 2004. Ils introduisent plus de souplesse et de simplification dans les options. Les nouvelles maquettes vont notamment permettre de former des médecins qui auront une vraie double compétence hématologie et oncologie, et donc un exercice plus large. D'autres simplifications

sont envisagées, en particulier pour l'option maladies du sang.

5.2.4 Renforcer les capacités d'encadrement des services formateurs

Le Plan cancer prévoit la création de 50 postes en chefs de clinique d'ici à 2007 et de 25 postes de PU-PH dans les disciplines de la cancérologie.

En 2005, 22 postes de chefs de clinique ont été créés, dont 15 dans les Centres de Lutte Contre le Cancer. Une grande attention est accordée à la répartition de ces postes qui doivent conforter les priorités du Plan cancer (recherche clinique, renforcement des services formateurs...).

La création de postes de PU-PH est également conforme aux objectifs du plan.

Après la publication de 5 postes de PU-PH en 2002, 27 postes (14 PU-PH et 13 MCU-PH) ont été publiés au JO du 22 décembre 2003 (créations ou redéploiement).

Pour 2005, 51 postes de PU-PH et MCU-PH ont été publiés au JO du 5 janvier et du 13 janvier 2005, dont 10 constituent des créations.

Répartition des postes de PU-PH et MCU-PH publiés pour 2004 et 2005

Thématiques	2004	2005
	arrêtés 22 décembre 2003 arrêté 12 janvier 2004	arrêtés 20 décembre 2004 arrêtés 7 janvier 2005
PU-PH		
- Hématologie	7	9
- Cancérologie	5	13
- Médecine nucléaire	2	8
MCU-PH		
- Hématologie	7	9
- Cancérologie	2	6
- Epidémiologie		1
- Médecine nucléaire	4	5
Total	27	51

Par ailleurs, le nombre de postes de praticiens hospitaliers temps-plein et de chefs de services nommés au tour de recrutement 2003 et 2004 confirme l'importance des flux vers les disciplines de la cancérologie.

Nombre de praticiens hospitaliers à temps plein nommés dans les hôpitaux au tour de recrutement 2003 (JO du 7 janvier 2004) et au tour de recrutement 2004 (JO du 25 février 2005)

	2004	2005
Hématologie biologique	11	15
Immunologie biologique	3	4
Anatomie pathologique et cytologie pathologique	21	31
Cancérologie	20	20
Hématologie clinique	15	25
Radiothérapie	10	10
Médecine nucléaire	13	9
Total	93	114

Nombre de praticiens hospitaliers à temps plein nommés au tour de recrutement 2003 (JO du 7 janvier 2004) et au tour de recrutement 2004 (JO du 25 février 2005) dans les fonctions de chef de service, pour une période de 5 ans

	2004	2005
Hématologie biologique :	1	2
Anatomie pathologique et cytologie pathologique :	6	4
Cancérologie :	3	3
Radiothérapie :	4	3
Médecine nucléaire :	4	1
Hématologie clinique	3	
Total	21	13

5.2.5 De nouvelles possibilités de qualification en cancérologie

Les possibilités de qualification des spécialistes, telles qu'elles ont été ouvertes par le décret du 19 mars 2004, peuvent avoir un effet très rapide sur le nombre de spécialistes dans le domaine de la cancérologie.

Les médecins qui justifient d'une formation et d'une expérience suffisante dans une spécialité, peuvent désormais obtenir une qualification dans cette spécialité, même si elle est différente de celle qui lui a été initialement reconnue par l'Ordre. Un arrêté du 30 juin 2004 a précisé les dispositions relatives à la procédure de qualification, la composition des commissions de qualification, les modalités d'examen des dossiers et d'appel en cas de refus d'accorder la qualification. Il précise également les dispositions relatives aux ressortissants des Etats membres de l'Union Européenne.

Cette reconnaissance est assurée par la commission de qualification en oncologie qui a été reconstituée (la loi du 9 août 2004 a permis le maintien des com-

missions de qualification dont la disparition était programmée) et doit rapidement se réunir.

Plus d'une centaine de dossiers concernant la cancérologie vont être examinés.

Par la suite, un projet de décret prévoit de transférer aux universités la responsabilité de qualifier les médecins.

Par ailleurs, il existe un vivier important de médecins étrangers susceptibles d'être autorisés à exercer la médecine en France (3 800 candidats pour 16 spécialités ouvertes par concours en 2005). Le concours organisé en 2006 concernera toutes les spécialités y compris la cancérologie.

des soins de support dans leur volet psychologique, social et l'abord nutritionnel, travail en réseau.

La première session a eu lieu à Rennes les 7 et 8 octobre 2004, la dernière se tiendra à la Réunion les 7, 8 et 25 novembre 2005.

5.3 FORMER LE PLUS GRAND NOMBRE DE PROFESSIONNELS À LA PRISE EN CHARGE DU CANCER

5.3.1 Formation médicale continue en cancérologie : une obligation

La loi du 9 août 2004 réoriente les objectifs de la Formation Médicale Continue obligatoire pour tous les médecins (libéraux, hospitaliers et salariés), notamment vers l'amélioration de la qualité des soins et du mieux-être des patients, en insistant en particulier sur la prévention et les priorités de santé publique, au premier rang desquelles figure le Plan cancer.

De nombreuses possibilités de formation continue existent dans le domaine de la cancérologie : DU, DIU, formation des généralistes.

L'identification d'hôpitaux « affiliés », permettant des échanges de médecins (PH, CCA, attachés), en assurera le développement.

Enfin, l'INPES a diffusé en 2004 un kit d'information et de formation au dépistage des cancers (colorectal, sein, col de l'utérus) à l'usage des médecins généralistes.

5.3.2 Des sessions régionales pour les personnels hospitaliers

Le Plan cancer a placé les professions paramédicales, parmi les orientations et axes de formation prioritaires. Dans le cadre d'une formation définie au plan national et mise en place avec le concours de l'ANFH (Association Nationale pour la Formation Hospitalière), 18 sessions régionales (formation/action sur 2 jours + 1 jour) sont organisées en 2004 et 2005 à l'intention des personnels hospitaliers. Ces formations intitulées « Place des équipes soignantes dans la mise en œuvre du Plan cancer » portent sur la nouvelle organisation des soins en cancérologie : dispositif d'annonce du cancer, coordination des soins, suivi individualisé, développement

6 RECHERCHE : COORDONNER POUR ACCÉLÉRER L'INNOVATION

6.1 SEPT CANCÉROPÔLES EN MOUVEMENT

Conçus comme des accélérateurs d'innovation au bénéfice des patients, les cancéropôles constituent une organisation originale dans le paysage de la recherche française. Deux ans après leur émergence, ils apportent aujourd'hui la démonstration qu'il est possible de concilier une politique de renforcement de pôles d'excellence et de constitution de réseaux inter-régionaux associant des équipes dans une véritable logique de projets.

En deux ans, les efforts conjoints des ministères de la Recherche et de la Santé et le formidable enthousiasme qu'a su inspirer le Plan cancer auprès de tous ses interlocuteurs, ont permis l'émergence de sept cancéropôles confirmant l'importance des forces vives de la recherche française en cancérologie et révélant le potentiel de mobilisation de ses équipes autour de projets fédérateurs.

Le Plan cancer a eu un véritable effet catalyseur, a impulsé une dynamique forte d'identification et d'appropriation. Le continuum entre la recherche fondamentale et la recherche clinique, l'interdisciplinarité, la rencontre des compétences, le développement des échanges entre le monde académique, les industries, les institutions y trouvent un terrain favorable.

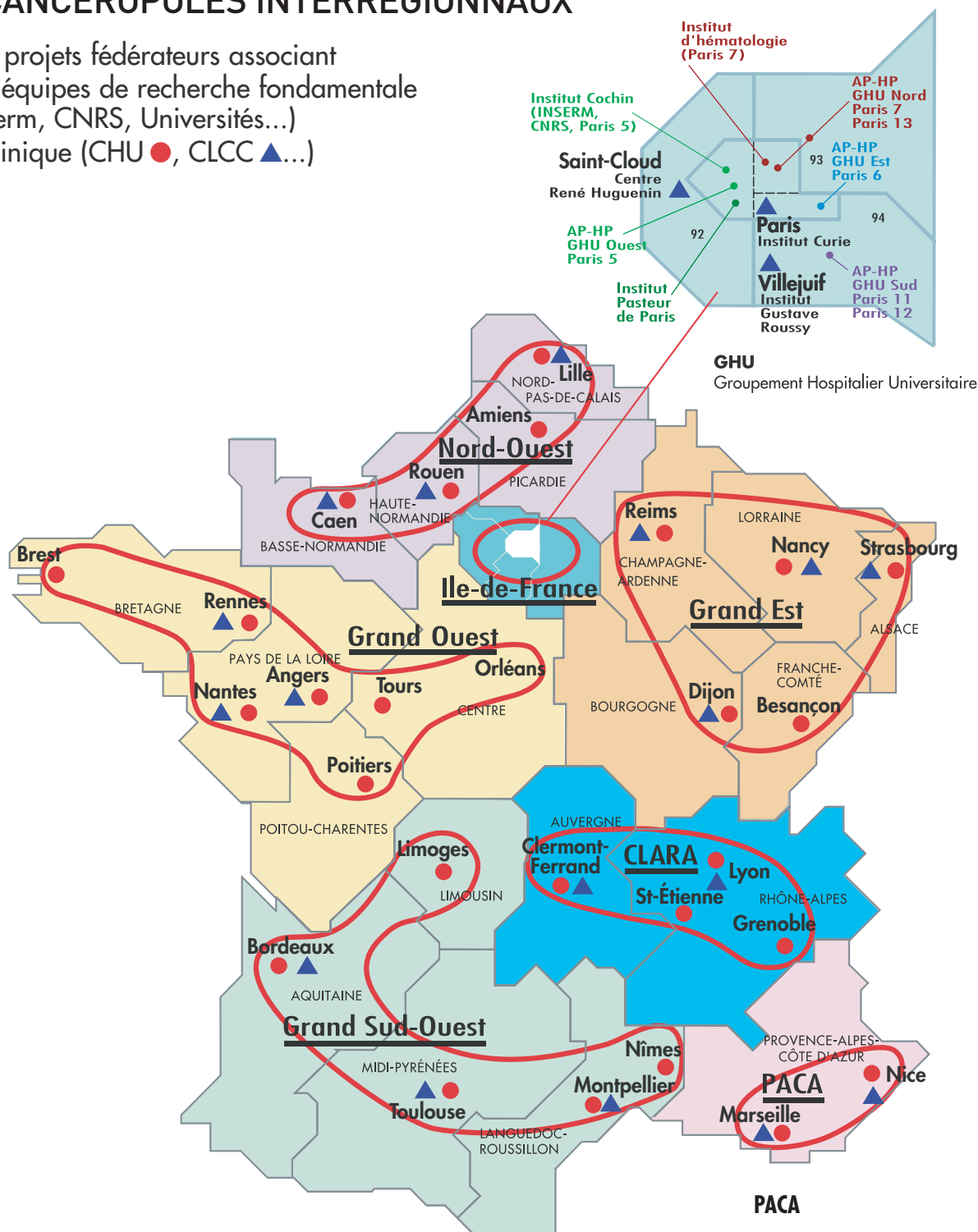
Porteurs d'évolutions profondes de nos organisations, les cancéropôles font primer la logique de projet sur la logique purement institutionnelle et cela sur un mode à ce point pertinent que les institutions elles-mêmes en sont des partenaires convaincus.

En 2003, l'identification des forces, le regroupement des équipes est venu du terrain. Dans chaque cancéropôle les coordonnateurs ont fait un remarquable travail d'animation et de structuration. A la suite d'un appel d'offres coordonné par les ministères de la Santé, de la Recherche et par la Mission Interministérielle pour la Lutte contre le Cancer, sept cancéropôles ont émergé et ont été financés à hauteur de 16,5 millions d'euros. Il s'agit des cancéropôles Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Lyon-Auvergne-Rhône-Alpes, Grand Ouest (Bretagne, Centre, Charentes-Poitou et Pays-de-la-Loire), Nord-Ouest (Basse-Normandie, Haute-Normandie, Nord-Pas-de-Calais et Picardie), Grand Sud-Ouest (Aquitaine, Languedoc-Roussillon, Limousin et Midi-Pyrénées) et Grand Est (Alsace, Bourgogne, Champagne-Ardenne, Franche-Comté et Lorraine).

En 2004, les cancéropôles ont effectué des choix stratégiques pour porter au niveau national leurs projets les plus avancés et les soumettre à l'évaluation.

7 CANCÉROPÔLES INTERRÉGIONNAUX

Des projets fédérateurs associant des équipes de recherche fondamentale (Inserm, CNRS, Universités...) et clinique (CHU ●, CLCC ▲...)



Cancéropôle Grand Est : Alsace, Bourgogne, Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Lorraine • **Cancéropôle Grand Ouest :** Bretagne, Centre, Pays-de-la-Loire, Poitou-Charentes • **Cancéropôle Grand Sud-Ouest :** Aquitaine, Languedoc-Roussillon, Limousin, Midi-Pyrénées • **Cancéropôle IDF :** Ile-de-France • **Cancéropôle Nord-Ouest :** Basse-Normandie, Haute-Normandie, Nord-Pas-de-Calais, Picardie • **Cancéropôle PACA :** Provence-Alpes-Côte d'Azur • **Cancéropôle CLARA :** Lyon, Auvergne, Rhône-Alpes.

Cancéropôle Grand Ouest • Pr Khaled Meflah • kmeflah@nantes.inserm.fr / Cancéropôle Grand Sud-Ouest • Pr Georges Delsol • delsol.g@chu-toulouse.fr

Cancéropôle Ile-de-France • Pr Daniel Louvard • daniel.louvard@curie.fr / Cancéropôle Nord-Est • Pr Pierre Oudet • Pierre.Oudet@chru-strasbourg.fr

Cancéropôle Nord-Ouest • Pr Pierre Formstecher • Formstecher@lille.inserm.fr / Cancéropôle PACA • Pr Dominique Maranchi • maranchid@marseille.fnclcc.fr

Cancéropôle CLARA • Pr Jean-Yves Blay • blay@lyon.fnclcc.fr

L'appel d'offres avait pour objectif de :

- financer le lancement de projets ambitieux ayant une visibilité européenne :
 - en favorisant le rapprochement des laboratoires de recherche académiques (EPST, université...) et des services cliniques des hôpitaux (CHU, Centres de Lutte Contre le Cancer...),
 - en encourageant les partenariats avec l'industrie afin de développer une politique de valorisation efficace,
 - en finançant des bourses doctorales et post-doctorales ;
- de soutenir des projets où la contribution attendue des différents partenaires est clairement identifiée avec un échéancier détaillé du déroulement des opérations. Les besoins et les procédures d'accès aux plates-formes nationales et régionales devaient être clairement identifiés ;
- et enfin d'obtenir une estimation rigoureuse des prévisions budgétaires nécessaires à la réalisation du projet et des étapes de cette réalisation qui doit faire l'objet d'un suivi à intervalles réguliers.

Parmi 76 projets sélectionnés, 32 projets considérés comme excellents ou exceptionnels, ont été retenus et financés en 2004 à hauteur, globalement, de 17,7 millions d'euros (sur trois ans). Environ un tiers du financement est consacré à la création de 56 postes (25 de post-doctorants et 31 d'ingénieurs, techniciens, attachés de recherche clinique). Les projets retenus mobilisent plus de 300 laboratoires et plus de 2 000 chercheurs et médecins. On y retrouve les thématiques prioritaires inscrites au Plan cancer : le transfert de l'analyse du génome au diagnostic et au pronostic, le transfert de l'analyse des fonctions du génome à l'identification de nouveaux traitements, l'imagerie et la radiothérapie, l'immunothérapie, l'épidémiologie et les sciences humaines et sociales.

Des ensembles cohérents de recherche en cancérologie, pour la plupart, de dimension interrégionale couvrant un champ de recherche « du malade au malade », sont désormais en marche. Pas moins de 21 régions sont impliquées, ce qui renforce l'aménagement du territoire avec l'émergence de pôles d'excellence susceptibles d'atteindre plus vite la dimension européenne et d'accroître le potentiel de valorisation en particulier des biotechnologies.

Comme l'a rappelé récemment M. François Fillon, ministre de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, lors d'une réunion cancéropôle, une majorité d'interlocuteurs sont aujourd'hui acquis à l'idée que cette forme nouvelle de structuration donne une meilleure lisibilité aux recherches

sur le cancer en France, facilitent l'identification par les industriels des forces de la recherche publique et induit un changement culturel favorable à des interactions gagnant/gagnant entre le monde de la recherche publique et celui de la recherche privée. Preuve est faite que la recherche en France est capable de se penser différemment, de s'organiser différemment.

Des chercheurs travaillant dans les mêmes domaines qui hier s'ignoraient, ne se parlaient pas, échangent, se positionnent, acceptent de se coordonner, de décloisonner pour démultiplier leurs efforts. Les cancéropôles sont devenus le lieu virtuel de l'échange au plus haut niveau en matière de cancérologie et sont en passe de symboliser une nouvelle philosophie : logique de projet, maillage efficace public-privé, engagement de l'entreprise, soutien des collectivités. Le positionnement des équipes dans la compétition européenne et internationale en est amélioré. Chaque cancéropôle a d'ailleurs désigné un représentant « Europe » qui s'intégrera dans la cellule européenne de l'Institut National du Cancer.

Répartition des projets retenus par cancéropôle

Cancéropôle	Nbre de projets retenus	Financements (millions d'euros)
Ile-de-France	8	7,300
PACA	5	2,670
Rhône-Alpes/Auvergne	5	2,100
Grand Sud-Ouest	5	2,050
Grand Ouest	4	1,800
Grand Est	3	1,010
Nord-Ouest	2	0,750

Répartition des projets retenus par thème

Thématiques	Nbre de projets retenus	Financements (millions d'euros)
Vécu des personnes malades	5	1,41
Techniques innovantes en imagerie et radiothérapie	5	3,60
Transfert de l'analyse du génome au diagnostic et au pronostic	7	2,92
Immunothérapie du cancer	4	2,90
Transfert de l'analyse du génome aux thérapeutiques	11	6,85

Nouvelles cibles moléculaires et modélisation de nouveaux médicaments.

Cette thématique qui s'appuie sur le transfert de l'analyse du génome verra le financement de **11 projets (6,85 millions d'euros, soit 38,7 % du total)**. Tous les

cancéropôles, sauf celui du nord-ouest, participent à ces recherches et l'on peut souligner les travaux sur les métastases (4 projets) et sur l'angiogenèse tumorale (3 projets). On peut également citer un projet qui se propose d'utiliser comme agents anti-cancéreux des molécules extraites d'organismes marins.

Techniques innovantes en radiothérapie et en imagerie

Cet axe de recherche comprend **5 projets (3,6 millions d'euros, soit 20,3 % du total)**. Seuls les cancéropôles d'Ile-de-France et du Grand Ouest participent à ces recherches. En imagerie sont proposées des approches complémentaires utilisant trois types d'imagerie non invasives : la RMN, la TEP et les ultrasons. A noter la nouvelle approche radio-immunothérapique qui pourra se développer dans l'Ouest grâce à l'implantation d'un cyclotron à Nantes.

Transfert des recherches en génomique fonctionnelle pour le diagnostic et le pronostic de la maladie.

Sept projets (2,92 millions d'euros, soit 16,4 %) apparaissent sous cette rubrique provenant de 5 cancéropôles (pas de projet émanant de Rhône-Alpes/Auvergne et de Grand Est). Cette approche de l'analyse du génome, bien articulée avec les tumorothèques, doit permettre à terme de définir une carte d'identité génomique des tumeurs. Les cancers étudiés sont des tumeurs solides (sein, colon et prostate) et des hémothies malignes.

Immunothérapie du cancer

Quatre projets (2,9 millions d'euros, soit 16,4 %) provenant de 3 cancéropôles (Ile-de-France, Rhône-Alpes/Auvergne et PACA). On retrouve l'ensemble des recherches relatives à l'immunologie du cancer. Deux projets s'intéressent particulièrement à l'immunothérapie anti-tumorale.

Epidémiologie, sciences humaines et sociales et qualité de vie des patients

Ces thématiques de recherche particulièrement ciblées dans le Plan cancer rassemblent **5 projets (1,41 million d'euros soit 7,9 %)** provenant de 4 cancéropôles (PACA, Grand-Est, Grand-Ouest et Nord-Ouest).

Trois des projets retenus s'intéressent à la qualité de vie des patients. L'un d'eux se préoccupe de l'exposition professionnelle des agriculteurs de cinq départements du sud-ouest. Il faut noter que ce projet de recherche est complémentaire de l'étude de la cohorte AGRI-CAN qui rassemble 240 000 personnes du monde agricole recrutées sur 13 départements et 6 régions et qui n'est pas financée par cet appel d'offres.

Récapitulatif des financements obtenus par cancéropôle depuis l'émergence (appels à projets 2003 et 2004, en millions d'euros)

Cancéropôles	2003	2004	Total
Grand Est	0,25	1,01	1,26
Grand Ouest	1,20	1,80	3,00
Grand Sud-Ouest	1,80	2,05	3,85
Ile-de-France	5,95	7,30	13,25
Nord-Ouest	1,00	0,75	1,75
PACA	2,45	2,67	5,12
Rhône-Alpes/Auvergne	2,85	2,10	4,95
Total	15,50	17,68	33,18

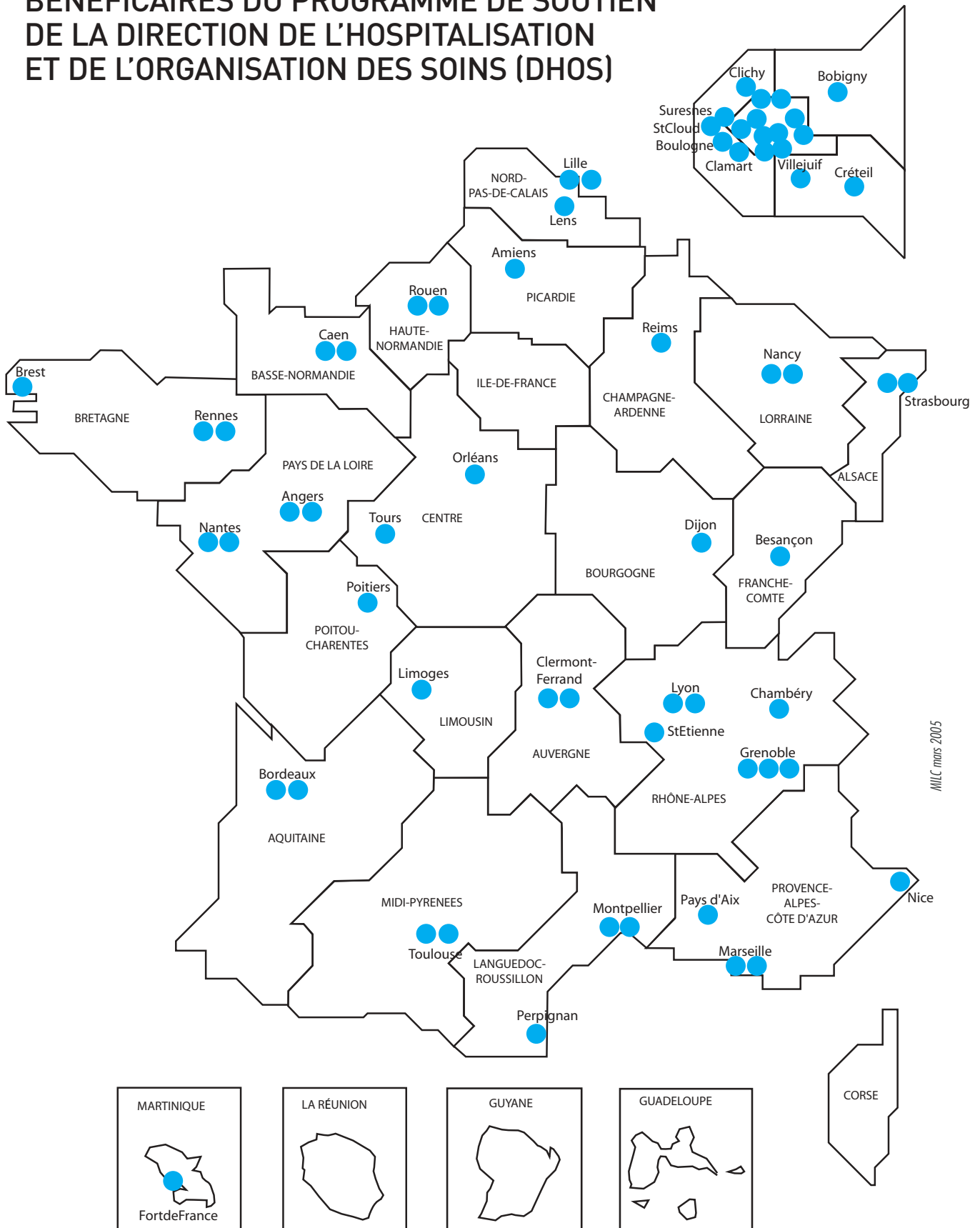
Labellisation et suivi (2005-2007)

La structuration des cancéropôles introduit une vision programmatique de la recherche qui préserve la créativité et la liberté de mise en œuvre. Elle prend toute sa force avec l'Institut National du Cancer qui dispose des fonds lui permettant de mettre en œuvre des programmes ouverts à l'ensemble de la communauté scientifique au travers de différentes modalités : la labellisation des cancéropôles, la définition d'une stratégie de recherche déclinée dans un programme d'actions finalisées, la coordination des programmes hospitaliers de recherche clinique en cancérologie...

6.2 UN RÉSEAU DE TUMOROTHÈQUES

Les caractéristiques génomiques des tumeurs seront de plus en plus importantes à connaître pour affiner le diagnostic, mieux adapter les traitements et pour le suivi des malades. Dans l'intérêt de chaque patient et pour faire progresser les travaux de recherche, il est important que les établissements de soins puissent conserver les échantillons tumoraux dans des banques hospitalières de cellules et de tissus tumoraux cryopréservés (tumorothèques). L'effort engagé dès 2001 pour constituer un réseau de tumorothèques s'est poursuivi en 2002, 2003 (2,5 millions d'euros), puis en 2004 (1,5 million d'euros) et sera renouvelé en 2005 avec 2,65 millions d'euros pour renforcer les structures existantes et en créer de nouvelles. 57 tumorothèques implantées dans des établissements hospitaliers ont bénéficié du programme de soutien en 2004. Ces soutiens ont notamment été attribués sur la base du respect des « Recommandations pour la cryopréservation de cellules et de tissus tumoraux dans le but de réaliser des analyses moléculaires » rédigés par l'ANAES avec le concours des sociétés françaises de pathologie, d'hématologie et de cancérologie, consultables sur le site de la Haute Autorité de Santé.

TUMOROTHÈQUES HOSPITALIÈRES BÉNÉFICAIRES DU PROGRAMME DE SOUTIEN DE LA DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS (DHOS)



Depuis la mise en place de la réforme de la tarification à l'activité, les tumorothèques sont financées sur les mesures d'intérêt général (MIGAC).

Parallèlement, un groupe de travail a été mis en place, en lien avec les cancéropôles, pour mettre en réseau les tumorothèques hospitalières et constituer une base de données commune afin de faciliter et d'accélérer les travaux de recherche.

La loi de bioéthique précise l'encadrement juridique des activités réalisées par les tumorothèques : autorisation spécifique délivrée par le ministre de la recherche, agrément des praticiens, responsabilité pénale en cas d'infraction.

6.3 RECHERCHE CLINIQUE EN CANCÉROLOGIE : UNE PRIORITÉ DU PHRC

La recherche clinique en cancérologie est devenue une priorité du Programme Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC). En 2003, ce programme a permis de financer 52 projets relatifs au cancer pour un montant de 12,7 millions d'euros. A la suite de l'appel à projets national du PHRC 2004, 96 projets ont été retenus parmi lesquels 36 en cancérologie¹².

Le cancer figure au premier rang des thématiques spécifiques de l'appel à projets national.

Les projets doivent s'inscrire dans les priorités du Plan cancer, en premier lieu le soutien aux essais cliniques : grands essais multicentriques, essais « ciblés », essais « dédiés » à des personnes plus âgées, populations ou thématiques « orphelines ». Le PHRC 2005 pourra aussi financer des travaux sur le transfert à la pratique clinique de données d'analyse génomique en utilisant les plates-formes mises en place dans les cancéropôles et les ressources des tumorothèques, des travaux sur la pharmacologie et notamment le transfert des données de la biologie tumorale dans la prédiction de réponse ainsi que des travaux sur l'application des sciences humaines et sociales à la prise en charge des patients. La date limite d'envoi par mail est fixée au 27 avril 2005 pour l'appel d'offres national (auprès de la DHOS ou de l'INCa) et au 16 août 2005 pour les projets régionaux. La notification des crédits devrait intervenir en octobre 2005.

6.4 CRÉATION D'EMPLOIS D'ARC ET DE TEC SUPPLÉMENTAIRES

Pour renforcer les personnels de recherche clinique en cancérologie (Assistants de Recherche Clinique et Techniciens d'Etude Clinique), un appel à projets a été lancé en juillet 2004. Ont été retenus 39 dossiers, pour un montant global de 3,05 millions d'euros (ce qui correspond à 68,5 équivalents temps plein).

Ces moyens nouveaux sont prioritairement destinés à encourager la réalisation d'essais thérapeutiques académiques (non industriels) ou l'évaluation des stratégies diagnostiques ou thérapeutiques. Ils doivent favoriser l'émergence d'unités spécifiques de recherche clinique en cancérologie et permettre, localement, l'inclusion de patients dans les différents établissements de santé du réseau en cancérologie.

Soutien 2004 aux personnels de recherche clinique Répartition par cancéropôle

Cancéropôle	Financement (euros)	Postes (ETP)
Grand Est	334 050	7,5
Grand Ouest	467 670	10,5
Grand Sud-Ouest	512 210	11,5
Ile-de-France	846 260	19
Nord-Ouest	222 700	5
PACA	289 510	6,5
Rhône-Alpes/Auvergne	378 590	8,5
Total	3 050 990	68,5

Répartition par type d'établissement

Partage CHU/CLCC	11
Partage CHU/Centre Hospitalier	1
CHU	14
CLCC	9
Centre Hospitalier	3
Etablissement privé participant au service public hospitalier	1

12) 18 concernant la thérapeutique, 4 des méthodes diagnostiques, 7 la génétique dont 1 de thérapie génique, 2 le pronostic hors génétique et 2 les effets secondaires des traitements. L'appel à projets relatif au PHRC 2005 a été lancé en janvier 2005. Le programme comprend un appel à projets national qui est géré, pour la thématique « cancer », en association avec l'Institut national du cancer, et des appels à projets régionaux.

6.5 LA RECHERCHE SUR LE CANCER INSCRITE DANS LES PÔLES DE COMPÉTITIVITÉ

A la suite de l'appel à projets national sur les pôles de compétitivité, 11 candidatures sur les 105 déposées, concernent le secteur des biotechnologies, de la santé et de la nutrition. Ces candidatures se répartissent sur 13 régions. Deux régions (Midi-Pyrénées et Limousin) sont associées au sein de l'Association de préfiguration du pôle pour développer le projet « Pôle cancer bio-santé ». L'organisation Alsace BioValley à Illkirch ainsi que l'association Bioméditerranée à Marseille proposent toutes deux un projet sur les « innovations thérapeutiques ». L'Agence Aquitaine de Développement Industriel (2ADI) présente « Prod'Innov » sur les produits et procédés innovants pour la santé. L'Île de France (Pôle Ile-de-France Medi Tech Santé) et le Languedoc-Roussillon (Holobiosud) souhaitent développer un pôle recouvrant les cancers, les maladies infectieuses et les maladies du système nerveux central. Atlanpôle de Nantes défend un projet « Biothérapie : du bio-diagnostic au bio-médicament » et Grand-Lyon a déposé « Lyonbiopôle » axé sur le diagnostic et le vaccin. D'autres développent la thématique nutrition : Eurasanté à Loos propose « Nutrition, santé longévité », Vitagora de Dijon présente le « Pôle d'innovation, Goût, nutrition, santé », le CRITT agro-alimentaire Poitou-Charentes développe « aliments et santé » et la Communauté d'agglomération du pays de Royan présente « Nutrivally ». Les pôles de compétitivité s'inscrivent dans une politique de développement industriel, d'innovation par la recherche et développement, sur les plans national et européen. A l'image des canceropôles, ils s'inscrivent, dans une volonté de rapprochement et de coopération entre les entreprises, la recherche (publique et privée) et l'université. La liste des dossiers sélectionnés par le Comité Interministériel d'Aménagement du Territoire (CIADT) sera rendue publique au début de l'été.

DÉTAILS DES PROJETS RETENUS PAR CANCÉROPÔLE (2004)

Canceropôle GRAND OUEST

Bretagne, Centre, Pays-de-la-Loire, Poitou-Charentes

Transfert de la génomique au diagnostic et au pronostic des cancers

Projet Ferec. En association avec les canceropôles Grand-Est et Ile-de-France, ce projet propose d'utiliser les CGH-arrays et la RT-PCR pour identifier chez des patients atteints de cancer de la prostate des marqueurs moléculaires prédictifs d'un résidu tumoral après traitement. Il visera également à détecter et analyser la signification des altérations moléculaires présentes dans les cellules prostatiques circulantes avant et après traitement d'un cancer localisé et à identifier les polymorphismes génétiques (SNP) associés à la réponse ou à la non-réponse à la chimiothérapie.

Transfert de la génomique vers l'identification de nouvelles cibles et de nouvelles drogues

Projet Bournoux. Ce projet, qui propose d'utiliser des molécules extraites d'organismes marins comme agents anti-cancéreux, implique plusieurs laboratoires de chimie pour purifier et modifier ces nouvelles classes de molécules. Une classe d'acide gras poly-insaturés est en cours d'étude sur des modèles biologiques et les premiers résultats sont très encourageants. Une plate-forme de criblage à haut débit a été mise en place en appui de ce projet.

Imagerie et radiothérapie

Projet Tranquart. L'originalité de ce projet est d'utiliser les ultrasons à la fois pour le diagnostic et le traitement des tumeurs. L'échographie a été développée avec succès pour le diagnostic. Par l'utilisation d'ultrasons à haute énergie, il est aussi possible de détruire les tumeurs d'une manière non-invasive. Une nouvelle technique utilisant des microbulles doit permettre d'augmenter l'efficacité thérapeutique en faisant entrer les cellules tumorales massivement en mitose. Un parfait continuum entre chercheurs et cliniciens doit permettre le succès de ce projet.

Projet Barbet. Ce projet a pour objectif de développer de nouvelles approches de radio-immunothérapie. Cette technique, bien établie pour les lymphomes, sera mise en oeuvre pour d'autres tumeurs en utilisant de nouvelles molécules radiomarquées : transporteur colloïdal lipidique, administré par injection intratumorale ; anticorps bi-spécifique en alpha-immunothérapie. Différents essais cliniques sont déjà en cours ou pourront être envisagés rapidement.

Cancéropôle GRAND SUD-OUEST

Aquitaine, Languedoc-Roussillon, Limousin, Midi-Pyrénées

Transfert de la génomique au diagnostic et au pronostic des cancers

Projet Longy. Ce projet d'analyse de l'ADN (CGH arrays) des tumeurs primaires et secondaires du colon et du sein a pour premier objectif de déterminer si des sous clones cellulaires ont acquis des caractéristiques génomiques particulières. Le deuxième objectif vise à comparer des profils génomiques de tumeurs qui ont eu une progression métastatique à des tumeurs qui n'en ont pas eu. Ce projet doit conduire à de nouvelles classifications de tumeurs ayant des conséquences sur le pronostic et les choix thérapeutiques.

Projet Cazaux. Les cellules tumorales sont en croissance rapide et sont caractérisées par des altérations de l'ADN qui reflètent que les processus de réplication et de surveillance du génome, réparation et recombinaison, sont altérés. Le projet a pour but de caractériser les défauts des enzymes impliqués dans ces trois processus sur cinq types de tumeurs parfaitement annotées. Ceci doit conduire à développer de nouvelles stratégies pour les choix thérapeutiques après avoir classé les tumeurs en fonction des altérations de chacun de ces processus.

Projets Feuillard (et Troussard – Nord-Ouest). Ces deux projets étudieront au niveau moléculaire des hémopathies malignes à l'aide de différentes approches de la génétique moléculaire (CGH-arrays, transcriptome). Un volet protéomique est envisagé en collaboration avec des sociétés privées. Le projet Feuillard est complété par une étude des voies de signalisations qui doit conduire à l'identification de nouvelles cibles d'intérêt thérapeutique.

Transfert de la génomique vers l'identification de nouvelles cibles et de nouvelles drogues

Projet Prats. Deux carcinomes à mauvais pronostic servent de base à ce projet. Les équipes impliquées se proposent de caractériser les facteurs essentiels au processus d'angiogenèse dans ce type de tumeur, puis de valider parmi eux des cibles thérapeutiques, d'effectuer du criblage à haut débit pour isoler des molécules d'intérêt thérapeutique et de les tester sur des modèles animaux.

Recherche clinique en qualité de vie, épidémiologie et sciences humaines et sociales en cancérologie

Projet Baldi. Cette étude épidémiologique propose

de reconstituer sur 50 ans l'histoire de l'exposition professionnelle, en particulier aux pesticides, des agriculteurs de cinq départements du Sud-Ouest. C'est une étape indispensable pour évaluer l'implication de ces expositions à risque dans l'apparition de cancers tels que les tumeurs cérébrales, les lymphomes non-hodgkiniens, les sarcomes et les cancers du sein et de la prostate.

Cancéropôle ILE-DE-FRANCE

Transfert de la génomique au diagnostic et au pronostic des cancers

Projet Almouzni. Ce projet fondamental est centré sur une nouvelle approche pour la compréhension du processus de tumorigénèse dans le cancer du sein. Il vient d'être montré que des modifications épigénétiques (méthylation des protéines associées à l'ADN dans la chromatine) jouent un rôle essentiel dans l'expression des gènes. Ce projet, qui a pour but de caractériser ces modifications dans des cellules de tumeur du sein humain, débouchera à terme sur de nouvelles approches diagnostiques et pronostiques.

Transfert de la génomique vers l'identification de nouvelles cibles et de nouvelles drogues

Projet Giovannini. Particulièrement ambitieux, ce projet vise à développer un grand nombre de modèles de souris pertinents pour l'étude du développement des différentes tumeurs chez l'homme. Ces modèles permettent d'identifier les précurseurs des cellules tumorales et d'étudier les effets des nouvelles molécules thérapeutiques. Ce projet présente un intérêt pour l'ensemble des cancéropôles.

Projet Kroemer. Le but de ce projet est de caractériser les différents éléments de la voie métabolique NF- κ B dans différents cancers (syndrome myéloblastique, leucémie myéloblastique, lymphomes). Il permettra ainsi la mise en évidence de nouvelles cibles et d'évaluer sur ces cibles l'effet de molécules existantes (notamment le bortezomib) et de développer de nouveaux traitements anti-cancéreux.

Imagerie et radiothérapie

Projet Boccara. Ce projet propose de mettre en œuvre de nouveaux principes de contraste pour l'imagerie acoustique ou optique. Des prototypes seront développés pour le diagnostic de mélanomes, de tumeurs oculaires et de cancers du sein ou du col. Ces nouveaux outils devraient permettre de sonder les propriétés locales du tissu et de visualiser de façon non-invasive les lésions cancéreuses.

Projet Tavitian. Le développement tumoral sera suivi par utilisation de trois modalités d'imagerie non-invasive : les ultrasons, la TEP et la RMN. Des améliorations technologiques seront apportées par optimisation des paramètres anatomiques, morphologiques, fonctionnels et moléculaires pour explorer les tumeurs et les métastases. Les tumeurs étudiées seront les mélanomes, les tumeurs stromales gastro-intestinales et les cancer colo-rectaux.

Projet Mazal. Ce projet vise à mettre en place une plate-forme optimisée permettant le démarrage d'essais cliniques portant sur l'utilisation de faisceaux de protons pour le traitement des tumeurs de l'enfant et de l'adulte. Les indications pédiatriques ont pour but de minimiser l'irradiation des organes à risque et la dose intégrale à l'ensemble des tissus sains. Ce projet unique en France s'appliquera aux sarcomes, aux néphroblastomes, au neuroblastomes et au sarcome d'Ewing.

Immunothérapie du cancer

Projet Chouaib et Fridman. Ce projet vise l'étude du micro-environnement des carcinomes du poumon non à petite cellule et des mélanomes, traités ou non par immunothérapie. Dans une première partie, la composition en cellules immunes au sein de la tumeur sera définie à partir de micro-biopsies. Une analyse fonctionnelle des lymphocytes T sera réalisée par micro-arrays. Dans une deuxième partie seront analysés les mécanismes d'échappement des mélanomes humains au système immunitaire.

Projet Amigorena. L'étude approfondie des relations hôte-tumeur permettra d'envisager le développement de nouvelles stratégies thérapeutiques fondées sur un ciblage plus efficace des cellules dendritiques. A court terme, les principaux objectifs sont la définition de nouvelles cibles, le développement de modèles animaux, la conception de nouvelles stratégies de vaccination thérapeutique, le développement de nouvelles méthodes d'immunothérapies et la préparation des essais cliniques.

Cancéropôle GRAND EST

Alsace, Bourgogne, Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Lorraine

Transfert de la génomique vers l'identification de nouvelles cibles et de nouvelles drogues

Projet Rio. S'appuyant sur d'excellentes équipes de recherche amont, ce projet propose d'identifier de nouveaux marqueurs, cibles potentielles de l'invasion tumorale, en étudiant les protéines de surface de l'épithélium normal et tumoral. Après criblage, des molécules d'intérêt thérapeutique seront testées sur modèles animaux. Ce projet devrait ouvrir à terme de nouvelles voies thérapeutiques pour bloquer le processus métastatique.

Recherche clinique en qualité de vie, épidémiologie et sciences humaines et sociales en cancérologie

Projet Conroy, Bonnetain et Arveux. Les deux projets qui ont été rapprochés s'inscrivent dans un vaste ensemble intitulé « indicateurs de santé, indicateurs de risques et évaluation des pratiques de diagnostic et de soins ». Le projet de Conroy a pour but de valider des questionnaires de qualité de vie pour les patients atteints d'un cancer colo-rectal. Le projet de Bonnetain et Arveux se propose d'effectuer une étude longitudinale chez les patientes ayant un cancer du sein.

Cancéropôle NORD-OUEST

Basse-Normandie, Haute-Normandie, Nord-Pas-de-Calais, Picardie

Transfert de la génomique au diagnostic et au pronostic des cancers

Projets Troussard (et Feuillard – Grand Sud-Ouest). Ces deux projets étudieront au niveau moléculaire des hémopathies malignes à l'aide de différentes approches de la génétique moléculaire (CGH-arrays, transcriptome). Un volet protéomique est envisagé en collaboration avec des sociétés privées.

Recherche clinique en qualité de vie, épidémiologie et sciences humaines et sociales en cancérologie

Projet Fréibourg. Ce projet aborde le dépistage du cancer, en population générale, d'une part, et dans des populations à haut risque, d'autre part. Les tumeurs suivies seront les tumeurs colo-rectales, les tumeurs bronchiques, et les tumeurs du sein et de l'ovaire. Plusieurs paramètres seront suivis selon des tumeurs étudiées, depuis des données d'analyse de fluides biologiques jusqu'à des résultats d'imagerie et d'exploration génomique.

Cancéropôle PACA

Provence-Alpes-Côte d'Azur

Transfert de la génomique au diagnostic et au pronostic des cancers

Projet Birnbaum. Approchant la physiopathologie du cancer du sein principalement par analyse du transcriptome, ce projet se propose d'établir une classification des tumeurs et d'identifier dans le tissu mammaire normal et tumoral les différentes sous-populations cellulaires, y compris des cellules souches tumorales. Une analyse moléculaire de 4 voies de signalisation permettra d'identifier de nouvelles cibles thérapeutiques.

Transfert de la génomique vers l'identification de nouvelles cibles et de nouvelles drogues

Projet Borg. Ce projet, apparenté à celui de Rio, s'intéresse aux processus de migration cellulaire dans des modèles animaux. Les cibles ainsi obtenues sont validées sur des tumeurs humaines et plus particulièrement des tumeurs du sein. Des cibles validées sont déjà en cours d'étude et une approche thérapeutique mettant en jeu des anticorps est en cours d'évaluation.

Projet Hueber. Ce projet propose de caractériser les principaux mécanismes qui permettent à des cellules tumorales de s'adapter à un micro-environnement défavorable et plus particulièrement au contexte d'hypoxie. Il doit permettre de mettre en place de nouvelles stratégies anti-tumorales, bloquant l'angiogenèse et le processus de métastase. Il prévoit que de nouveaux marqueurs pronostics et diagnostics seront aussi mis en évidence.

Recherche clinique en qualité de vie, épidémiologie et sciences humaines et sociales en cancérologie

Projet Moatti et Auquier. Ce projet aborde l'impact psychologique, social et économique de la maladie sur les patients et leurs familles. Deux enquêtes prospectives ambitieuses sont prévues. La première utilisera des questionnaires validés et se propose d'être quasi-exhaustive sur la région PACA. La deuxième enquête est plus méthodologique, car il n'existe pas de questionnaire validé pour mesurer l'impact de la maladie sur la famille.

Immunothérapie du cancer

Projet Olive et Bernard. Ce projet a pour but de définir le processus d'échappement des tumeurs vis-à-vis du système immunitaire. Un nouveau modèle de souris, qui permet d'induire des tumeurs selon les conditions expérimentales, va permettre l'étude de la présentation des antigènes, des différentes

populations de lymphocytes et des cellules dendritiques infiltrant la tumeur. Ces résultats seront comparés avec des prélèvements provenant de tumeurs humaines.

Cancéropôle CLARA

Lyon, Auvergne, Rhône-Alpes

Transfert de la génomique vers l'identification de nouvelles cibles et de nouvelles drogues

Projet Saurin. Centré sur le cancer du colon, ce projet abordera deux voies métaboliques qui ont permis de caractériser deux protéines cibles potentielles de molécules anti-tumorales. De nouvelles molécules sont en cours de caractérisation sur des lignées cellulaires.

Projet Wattel. Ce projet est centré sur le développement d'une nouvelle classe de molécules thérapeutiques, des petites protéines capables de bloquer la prolifération de cellules leucémiques. L'aller-retour cellules de malade - chimiste qui développe les nouvelles molécules - cellules de malade est ici particulièrement efficace et devrait permettre à court terme la caractérisation de nouveaux agents anti-leucémiques.

Projet Favrot. Utilisant une approche similaire au projet de Prats, fondé sur l'angiogenèse, les équipes possèdent ici deux molécules en essais pré-cliniques et proposent de mettre en œuvre des outils d'imagerie particulièrement pertinents pour ces études. Une recherche systématique par protéomique de marqueurs circulant sera effectuée.

Projet Berger. Le projet « Clinical and fonctional oncoproteomic », seul projet de ce type, se propose de détecter par analyse protéomique de fluides biologiques de nouveaux marqueurs diagnostics et pronostics. Cette approche, qui apparaît très séduisante, est encore au stade du développement. Le projet doit être conduit en collaboration avec les autres centres de protéomique des cancéropôles.

Immunothérapie du cancer

Projet Phumas. L'ambition de ce projet est la définition de nouvelles stratégies thérapeutiques impliquant les précurseurs des cellules dendritiques (PDC) infiltrant les tumeurs. A partir de tumeurs, différentes lignées de cellules PDC ont été établies : elles seront un excellent modèle d'étude au niveau moléculaire. Leur application potentielle en immunothérapie sera développée en utilisant des souris transgéniques comme modèle d'étude.

7 | L'INSTITUT NATIONAL DU CANCER

Inscrit dans **la loi du 9 août 2004** relative à la politique de santé publique, l'Institut National du Cancer a été créé sous forme d'un Groupement d'Intérêt Public de préfiguration dès le mois de juillet précédent. Il a bénéficié d'un budget de lancement de 11 millions d'euros émanant du ministère de la Santé.

Instance d'expertise et de ressources, l'Institut est désormais en capacité de prendre le relais de la coordination du Plan cancer et d'impulser de nouvelles actions dans tous les domaines, depuis l'épidémiologie, la prévention, les soins, 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. Il est présidé par le Pr David Khayat et dirigé par Madame Christine Welty. Son conseil scientifique international est présidé par le Pr Dominique Maraninchi.

L'adoption de la convention constitutive du GIP définitif par ses partenaires est prévue dans les prochaines semaines, ce qui permettra à l'Institut National du Cancer de développer son programme 2005 dans les meilleures conditions. Son budget 2005 s'élève à 70 millions d'euros.

8 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 DGS¹³ et la DREES¹⁴ 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. Seront inclus dans cette analyse : le suivi des dépistages (cancer du sein, cancer du col de l'utérus, cancer colorectal, cancer de la peau) ; le suivi de la politique de renforcement de la surveillance épidémiologique nationale des cancers de la thyroïde ; les effets notamment de la prise en charge multidisciplinaire et coordonnées des patients atteints de tumeurs malignes sur l'amélioration de la survie.

Mais au delà de ces indicateurs, le Plan cancer prévoit un suivi plus exhaustif, dont le tableau de bord des 200 actions qui le compose constitue la base. Le dispositif de coordination régionale mis en place par la Mission Interministérielle pour la Lutte contre le Cancer permet ainsi de recueillir de nombreuses données.

13) Direction Générale de la Santé

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

PRÉVENTION

1. Expérimentation Lycées sans tabac (nombre d'établissements supplémentaires/an)
2. Nombre d'établissements scolaires sans tabac (hors expérimentation) supplémentaires/an
3. Nombre d'établissements scolaires ayant eu une action antitabac/an
4. Nombre d'universités sans tabac supplémentaires/an
5. Nombre d'entreprises supplémentaires ayant une action anti-tabac /an
6. Nombre d'hôpitaux sans tabac supplémentaires/an
7. Nombre de maternités sans tabac supplémentaires/an
8. Nombre d'administrations sans tabac supplémentaires/an
9. Nombre d'associations financées/an pour des actions de prévention
10. Montant INPES pour les associations financées/an
11. Montant total (hors INPES) pour les associations financées/an
12. Nbre de consultations de tabacologie supplémentaires/an
13. Délai moyen d'attente pour une première consultation de tabacologie
14. Nombre d'équipes de liaison supplémentaires/an
15. Cancers professionnels (nombre de demandes de reconnaissance ; nombre de reconnaissances obtenues)

DÉPISTAGE

1. Population cible pour le dépistage du cancer du sein
2. Nombre de mammographies réalisées par an
3. Taux participation dépistage cancer du sein (nombre mammographies réalisées/(popcible/2))
4. Population cible pour le dépistage du cancer du col de l'utérus
5. Taux participation dépistage cancer du col/an
6. Population cible pour le dépistage du cancer colo-rectal
7. Taux de participation dépistage cancer colo-rectal

SOINS

1. Nombre de réseaux territoriaux supplémentaires/an
2. Existence d'un réseau régional (oui/non)
3. Evaluation du nombre de nouveaux patients atteints de cancer/an
4. Nombre de nouveaux patients pris en charge par le réseau/an
5. Nombre de nouveaux patients dont le dossier a été étudié en RCP/an
6. Nombre de patients ayant bénéficié du dispositif d'annonce/an
7. Nombre de places supplémentaires d'HAD en cancérologie (autorisés ; installés)/an
8. Nombre d'unités de soins palliatifs supplémentaires/an
9. Nombre d'équipes mobiles de soins palliatifs supplémentaires/an
10. Pourcentage de la région couverte par le réseau de soins palliatifs
11. Nombre de lits dédiés aux soins palliatifs supplémentaires/an
12. Nombre de TEP supplémentaires (autorisés ; installés)/an
13. Nombre d'accélérateurs supplémentaires (autorisés ; installés)/an
14. Nombre de scanners supplémentaires (autorisés ; installés)/an
15. Nombre d'IRM supplémentaires (autorisées ; installées)/an
16. Nombre d'internes hématologie supplémentaires/an
17. Nombre d'internes cancérologie (nombre en radiothérapie ; nombre en oncologie médicale)
18. Nombre d'ETP en psycho-oncologie supplémentaires/an
19. Nombre ETP médecins supplémentaires/an
20. Nombre ETP paramédicaux (infirmière, manip radio, aide soignant...) supplémentaires/an
21. Nombre ETP logistique supplémentaires (secrétaire, assistante sociale...)/an
22. Nombre de comités de patients supplémentaires créés/an
23. Nombre de conventions associations/hôpital supplémentaires signées/an
24. Nombre de kiosques d'information supplémentaires créés/an
25. Nbre d'espaces d'information intrahospitaliers (ERI) supplémentaires créés/an

9 BUDGETS ALLOUÉS AU PLAN CANCER

9.1 CRÉDITS DE L'ETAT

Les budgets globaux de la DGS affectés au Plan cancer connaissent une forte croissance, passant de 27,9 millions d'euros en 2003 à 80,5 millions d'euros en 2005.

Les crédits gérés par l'administration centrale sont destinés notamment à l'accompagnement de la mise en place et du fonctionnement des dépistages organisés des cancers¹⁵ et à la lutte contre le tabac et l'alcool (y compris par le soutien d'initiatives associatives). Ils permettent la création et la mise en œuvre des premières actions de l'Institut National du Cancer.

Enfin, ces financements viennent soutenir les programmes engagés par l'InVS en matière de registres du cancer.

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

	2002	2003	2004	2005
Dépistage	3,50	17,80	33,00	29,00
Formation des professionnels de santé	0,80	1,00	0,60	0,60
Information du public et des patients	0,25	0,40	-	-
Expertise	0,26	0,20	-	-
Soutien à des associations de patients d'envergure nationale	0,11	0,20	0,60	0,60
Appel à projet pour l'émergence de cancéropôles	-	5,50	-	-
Réseau hôpital sans tabac association tabac	-	0,30	-	-
Lutte contre le tabac et l'alcool	-	-	8,00	9,40
Numéro azur « Cancer Info Service » (opérateur la Ligue nationale contre le Cancer)	-	1,50	3	-
Programmes d'évaluation	-	-	0,50	0,50
Elaboration des guides médicaux	-	-	0,40	0,40
Institut National du Cancer	-	-	11,00	32,00
MILC	-	1,00	2,00	2,00
InVS (registres du cancer)	1,26	1,68	2,11	3,00
Total	6,18	29,60	61,10	80,50

15) Notamment par le soutien des structures départementales de dépistage et de sensibilisation au dépistage

9.2 CRÉDITS DE L'ASSURANCE MALADIE (MESURES NOUVELLES)

Conformément à la programmation pluriannuelle (2003-2007) du Plan cancer, les financements prévus sur l'ONDAM 2005 s'élèvent au total à 121,82 millions d'euros. Après avoir consacré d'importants moyens à la prévention (2003) et au dépistage (2004), la loi de finances de la Sécurité sociale pour 2005 consacre des moyens sans précédents au développement de soins de qualité centrés sur le patient. Près de 90 millions d'euros ont été délégués aux ARH dès le début de la campagne budgétaire afin de permettre aux établissements de mettre en œuvre rapidement les mesures prévues par le Plan cancer en 2005 et de poursuivre celles déjà engagées.

Depuis la réforme de la tarification, les financements ont été répartis en fonction de leur nature dans les différentes dotations : les Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC), les Dotations Annuelles Complémentaires (tarifs) ou encore les Dotations Annuelles de Financement (DAF).

Dans le cadre des MIGAC sont financées :

- la coordination des soins et la pluridisciplinarité (concertation pluridisciplinaire et centres de coordination en cancérologie) : 14 millions d'euros pour les établissements publics et PSPH et 2,2 millions d'euros pour les établissements privés ;
- les soins de support : 2,2 millions d'euros pour la création de 45 postes supplémentaires dans les établissements publics et PSPH et 1,6 million d'euros pour les établissements privés. En matière de lutte contre la douleur, 1,1 million d'euros vont permettre de créer 13 structures contre la douleur chronique rebelle ;
- la création de 2 nouvelles équipes mobiles de soins palliatifs et le renforcement de deux autres (510 000 euros) ;
- le soutien aux centres spécialisés en cancérologie pédiatrique avec 4 millions d'euros de moyens nouveaux ;
- le renforcement de la tabacologie hospitalière à hauteur de 2 millions d'euros ;
- un appui ponctuel de 1,2 million d'euros aux CECOS pour leur permettre de répondre aux besoins des patients atteints de cancer.

D'autres financements, entrant dans le cadre des MIGAC, seront alloués à la suite d'appels à projets :

- le renforcement de l'oncogénétique (1,5 million d'euros) ;
- le renforcement des tumorothèques (2,65 millions d'euros) ;

- le programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) ;
- le programme de soutien aux innovations thérapeutiques (STIC).

Les mesures déléguées dans le cadre des DAC comprennent :

- l'appui aux plateaux techniques de radiothérapie : 1,2 millions d'euros pour recruter les professionnels nécessaires à la mise en fonctionnement rapide de 9 nouvelles machines et 3,9 millions d'euros pour renforcer les personnels de radiothérapie (hôpitaux publics et PSPH) ;
- l'appui au fonctionnement des 11 TEP qui doivent être installées en 2005 (450 000 euros par TEP) et l'aide au fonctionnement des autres TEP pour prendre en compte l'augmentation d'activité. Un total de 8 millions d'euros est prévu pour les établissements publics et PSPH ;
- le développement des soins palliatifs : 4,5 millions d'euros sont destinés à augmenter de façon importante le nombre de lits identifiés en soins palliatifs dans les établissements publics et PSPH et 3,7 millions d'euros permettront ces créations dans les établissements privés.

Une nouvelle dotation de 2 millions d'euros sera déléguée en milieu d'année pour améliorer les modalités de préparation centralisée des cytostatiques.

Par ailleurs, comme l'an dernier, 40 millions d'euros seront consacrés à la prise en charge des molécules coûteuses.

Le budget de la sécurité sociale prévoit également une dotation de 500 000 euros pour la création de postes de MCU-PH et PU-PH et 900 000 euros pour la création de postes d'internes et de chefs de clinique.

La dotation nationale de développement des réseaux consacre pour sa part 21,6 millions au Plan cancer dont 15 millions d'euros pour la généralisation du dispositif d'annonce de la maladie et 2,4 millions d'euros pour les réseaux régionaux de cancérologie.

Enfin, il faut rappeler qu'au titre du plan « Hôpital 2007 », le montant global de l'aide à l'investissement hospitalier pour lutter contre le cancer (imagerie médicale et radiothérapie) est estimé à 104,72 millions d'euros jusqu'en 2007.

Plan cancer en millions d'euros (DHOS)

Mesures hors réseaux	Montant 2003	Montant 2004	Montant 2005
Tumurothèques	2,50	1,43	2,65
Laboratoires d'oncogénétique		1,83	1,00
Molécules	50,00	40,00	40,00
Indemnisation des stages résidents des radiophysiciens		0,41	0,43
PET/IRM (maintenance, consommables et personnel)	10,05	4,05	8,00
Renforcement de la radiothérapie	4,76	7,09	5,10
Soutien psychologique (support + psycho-onco)	3,00	3,23	2,20
Soutien psychologique(établissements sous OQN)		1,60	1,60
Soins palliatifs (équipes mobiles, créations d'unités et lits reconvertis)	10,00	8,14	5,02
Soins palliatifs (établissements sous OQN)		3,70	3,70
Equipes des centres de coordination		10,31	14,00
Equipes des centres de coordination (établissements sous OQN)		2,20	2,20
Oncopédiatrie		4,00	4,00
Consultations douleur		1,02	1,10
Dépistage cancer du sein		4,10	
Consultations d'oncogénétique	2,32	1,00	0,50
Consultations de sevrage tabagique		0,99	2,00
Preparation des cystostatiques			2,00
Personnel de recherche clinique		3,05	
Cecos			1,20
Création de postes de PU-PH et de MCU-PH			0,50
Création de postes d'internes et de chefs de clinique			0,90
Total	82,63	98,15	98,10

9.3 BUDGETS DES AGENCES SANITAIRES

InVS¹⁶

Les principales actions conduites dans le cadre du Plan cancer par l'InVS 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, donnent lieu à un effort financier important.

L'Institut a poursuivi en 2004 son effort financier à destination des registres du cancer pour un montant de 1 313 922 euros. Il est prévu de porter le montant de ce financement en 2005 à 2 139 290 euros.

Plusieurs études importantes ont été financées en 2004, pour des montants s'élevant respectivement pour deux enquêtes sur les cancers professionnels à 224 247 euros (enquête MATGENE) et à 195 531 euros (enquête COSET), pour quatre études sur les cancers thyroïdiens à 300 000 euros et pour une étude sur les cancers liés aux dioxines à 844 391 euros.

INPES¹⁷

Le budget de l'INPES pour la prévention du cancer est passé de 30,9 millions d'euros en 2003 à 33,4 millions en 2004.

Près de 16,5 millions d'euros ont été consacrés à la lutte contre le tabagisme ; les financements ont augmenté s'agissant de la lutte contre l'alcoolisme (2,8 millions d'euros en 2003 et près de 5,5 millions d'euros en 2004) et pour le programme nutrition (4,3 à 7,6 millions d'euros entre 2003 et 2004).

La prévention du mélanome et la sensibilisation des professionnels de Santé au dépistage ont représenté respectivement 4,2 et 3,8 millions d'euros en 2003 et 2004.

ANAES¹⁷

Les actions engagées sur la période 2003-2004 ont été financées à hauteur de 2,625 millions d'euros (soit un montant comparable à 2003 : 2,7 millions d'euros). Elles ont compris la mise au point de 6 conférences de consensus, de 6 recommandations pour la pratique clinique, de 3 évaluations technologiques et médico-économiques et de 75 évaluations d'actes de nomenclatures.

AFSSE¹⁸

Pour l'année 2005, le budget consacré au cancer représente 1,3 million d'euros et permettra de poursuivre les projets financés en 2004 (1 million d'euros). Il est 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 de détermination de valeurs toxiques de référence et de valeurs limites d'exposition.

16) InVS : Institut de Veille Sanitaire

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

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

19) AFSSE : Agence Française de Sécurité Sanitaire Environnementale

Evolution du financement des registres du cancer (Sources : InVS)

	Population	Autres	Inserm	InVS	2001 Total	Autres	Inserm	InVS	2002 Total
Cancers généraux									
Bas-Rhin	1 030 000	30 490	54 699	60 980	146 169	30 490	54 699	137 204	222 393
Calvados	640 000	238 430	27 349	39 637	305 416	279 710	27 349	114 337	421 396
Doubs	494 220	112 523	34 462	32 014	178 999	75 899	34 642	32 014	142 555
Haut-Rhin	671 000		0	0	0		0	0	0
Hérault	896 441	49 089	27 349	53 357	129 795	10 462	27 349	160 071	197 882
Isère asso	1 085 000	256 521	36 466	66 315	359 302	268 210	36 466	66 315	370 991
Isère GIP			0	0	0		0	0	0
Loire-Atlantique - Vendée	1 500 000	281 562	0	60 980	342 542	261 027	5 520	178 365	444 912
Manche	483 000	150 000	0	45 735	195 735	151 839	9 209	38 112	199 160
Martinique	360 000	86 896	9 116	9 147	105 159	99 093	9 116	9 147	117 356
Nouvelle-Calédonie	197 000	58 660	0	9 147	67 807	54 470	9 209	9 147	72 826
Polynésie Française	220 000		0	0	0		0	0	0
Somme	550 000	112 660	0	33 539	146 199	112 588	18 418	33 539	164 545
Tarn	420 000	257 000	9 116	47 259	313 375	0	9 116	129 582	138 698
Gironde	1 328 758	0	0	0	0	0	0	0	0
Limousin	706 600	0	0	0	0	0	0	0	0
Sous-total cancers généraux		1 633 831	198 557	458 110	2 290 498	1 343 788	241 093	907 833	2 492 714
Cancers spécialisés									
Digestif Bourgogne	1 050 000	10 671	27 349	41 161	79 181	0	27 349	41 161	68 510
Digestif Calvados	642 000	73 915	9 116	25 916	108 947	71 994	9 116	25 916	107 026
Hémopathies malignes Côte-d'Or	507 000	7 622	14 586	15 245	37 453	0	14 586	15 245	29 831
Hémopathies malignes Gironde									
Hémopathies malignes Basse-Normandie									
Leucémies Enfant - National	10 800 000		21 880	45 735	67 615		22 126	137 000	159 126
Tumeurs solides enfant - National	10 800 000	0	54 699	109 001	163 700	22 745	0	137 204	159 949
cancer du sein et gynécologique Côte-d'Or									
Système nerveux central en Gironde									
Thyroïde Marne-Ardennes			0	0	0		0	0	0
Sous-total cancers spécialisés		92 208	127 630	237 058	456 896	94 739	73 177	356 526	524 442
Total cancers		1 633 831	326 187	695 168	2 655 186	1 438 527	314 270	1 264 359	3 017 156

Evolution du financement des registres du cancer (Sources : InVS)

	Population	Autres	Inserm	InVS	2003 Total	Autres	Inserm	InVS	2004 Total
Cancers généraux									
Bas-Rhin	1 030 000	30 489	54 698	137 204	222 391		54 699	137 204	191 903
Calvados	640 000	276 260	27 349	114 337	417 946		27 349	114 337	141 686
Doubs	494 220	72 316	34 643	77 800	184 759		34 643	115 000	149 643
Haut-Rhin	671 000		0	0	0		9 209	0	9 209
Hérault	896 441	17 768	27 349	160 071	205 188		28 000	176 673	204 673
Isère asso	1 085 000	154 248	36 466	77 315	268 029				
Isère GIP			0	71 130	71 130		36 466	217 460	253 926
Loire-Atlantique - Vendée	1 500 000	214 219	5 520	178 365	398 104		5 520	236 750	242 270
Manche	483 000	114 500	9 209	119 000	242 709		9 209	119 000	128 209
Martinique	360 000	0	9 116	99 927	109 043		9 116	99 927	109 043
Nouvelle-Calédonie	197 000	54 469	9 209	9 147	72 825		9 209	9 147	18 356
Polynésie Française	220 000		0	0	0		0	0	0
Somme	550 000	91 600	18 418	131 220	241 238		18 418	131 220	149 638
Tarn	420 000	14 827	9 116	129 582	153 525		9 116	134 082	143 198
Gironde	1 328 758	0	0	0	0		0	155 760	155 760
Limousin	706 600	0	0	0	0		0	77 875	77 875
Sous-total cancers généraux		1 040 696	241 093	1 305 098	2 586 887	0	250 954	1 724 435	1 975 389
Cancers spécialisés									
Digestif Bourgogne	1 050 000	70 000	27 349	41 161	138 510		27 349	113 268	140 617
Digestif Calvados	642 000	Attente	9 116	25 916	35 032		9 116	128 050	137 166
Hémopathies malignes Côte-d'Or	507 000	0	14 586	15 245	29 831		14 586	76 884	91 470
Hémopathies malignes Gironde							9 209	0	9 209
Hémopathies malignes Basse-Normandie							0	0	0
Leucémies Enfant - National	10 800 000	Attente	22 126	137 000	159 126		22 126	137 000	159 126
Tumeurs solides enfant - National	10 800 000	Attente	0	137 204	137 204		44 252	149 855	194 107
Cancer du sein et gynécologique Côte-d'Or									
Système nerveux central en Gironde									
Thyroïde Marne-Ardennes			0	15 245	15 245		0	17 750	17 750
Sous-total cancers spécialisés		70 000	73 177	371 771	514 948	0	126 638	622 807	749 445
Total cancers		1 110 696	314 270	1 676 869	3 101 835	0	377 592	2 347 242	2 724 834

Evolution du financement des registres du cancer (Sources : InVS)

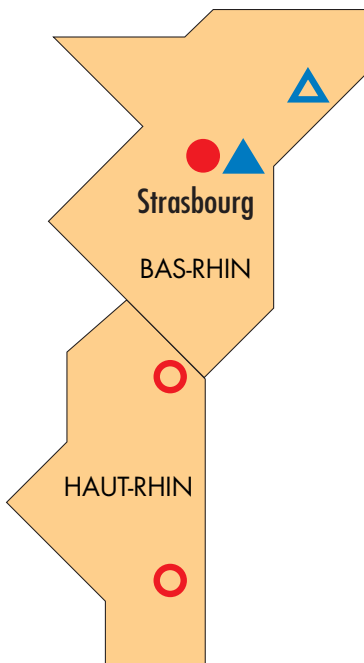
	Population	Autres	Inserm	InVS	2005 Total
Cancers généraux					
Bas-Rhin	1 030 000		27 350	153 583	180 933
Calvados	640 000		13 674	116 487	130 161
Doubs	494 220		34 643	120 062	154 705
Haut-Rhin	671 000		9 209	0	9 209
Hérault	896 441		27 350	181 394	208 744
Isère asso	1 085 000				
Isère GIP			36 466	228 860	265 326
Loire-Atlantique - Vendée	1 500 000		5 520	271 160	276 680
Manche	483 000		9 209	121 237	130 446
Martinique	360 000		0	100 000	100 000
Nouvelle-Calédonie	197 000		9 209	9 319	18 528
Polynésie Française	220 000		0	0	0
Somme	550 000		18 418	133 120	151 538
Tarn	420 000		9 116	141 103	150 219
Gironde	1 328 758		0	155 760	155 760
Limousin	706 600		0	77 875	77 875
Sous-total cancers généraux			200 164	1 809 960	2 010 124
Cancers spécialisés					
Digestif Bourgogne	1 050 000		13 674	133 900	147 574
Digestif Calvados	642 000		9 116	128 050	137 166
Hémopathies malignes Côte-d'Or	507 000		7 293	78 329	85 622
Hémopathies malignes Gironde			4 999	75 000	79 999
Hémopathies malignes Basse-Normandie			0	77 675	77 675
Leucémies Enfant - National	10 800 000		22 126	139 576	161 702
Tumeurs solides enfant - National	10 800 000		44 252	152 672	196 924
Cancer du sein et gynécologique Côte-d'Or			0	15 000	15 000
Système nerveux central en Gironde			11 960	38 606	50 566
Thyroïde Marne-Ardennes			0	17 750	17 750
Sous-total cancers spécialisés			113 420	856 558	969 978
Total cancers			313 584	2 666 518	2 980 102

L'année 2004 est caractérisée par une forte augmentation des subventions :

- de l'INSERM : 377 592 euros (314 000 en 2003) ;
- et surtout de l'InVS : 2 347 242 (1 677 000 en 2003).

→ PLANNING DES RÉUNIONS COMITÉ DE PILOTAGE EN PRÉFECTURE DE RÉGION

Régions	Réunions MILC 2003/2004	2004/2005	Correspondants Cancer ARH / DRASS
ALSACE	03/11/03	07/12/04	André Aoun/Pascale Fritsch
AQUITAINE	22/09/03	30/11/04	Annie Fouard/Jocelyne Armougon
AUVERGNE	29/09/03		Paquerette Lonchambon
BOURGOGNE	04/07/03	29/09/04	Marianne Verot/Jean-François Dodet
BRETAGNE	21/11/03	9/02/04	Elisabeth Bretagne
CENTRE	13/02/04	23/02/04	André Ochmann Francisca Gutierrez-Valein
CHAMPAGNE-ARDENNE	26/01/04	28/02/04	Anne Pernet/Yann Demars
CORSE	21/04/04	26/04/05	Jean Houbeaut/Annie Macarry
FRANCHE COMTE	13/01/04	06/04/05	Michel Goguey/Laurent Mouterde
ILE-DE-FRANCE	17/02/04	08/12/04	Gilles Echardour/ Marie-France D'acremont
LANGUEDOC-ROUSSILLON	29/10/03	11/03/05	Alice Cournoyer/Jean Paul Guyonnet
LIMOUSIN	30/01/04	29/03/05	Gilles Alayrangues/Patricia Viale
LORRAINE		10/11/04	Brigitte Honore/Muriel Hette
MIDI-PYRENEES	04/09/03	13/09/04	Christine Fraboul/Michel Clement
NORD-PAS-DE-CALAIS	27/10/03	23/11/04	Véronique Tourbez/Isabelle Loens
BASSE-NORMANDIE	28/11/03	15/02/05	Thierry Preaux/Jean-Pierre Danin
HAUTE-NORMANDIE	02/12/03	12/01/05	Jocelyne Blondeau/ Marie-Françoise Merlin-Bernard
PAYS-DE-LA-LOIRE	13/10/03	22/03/05	Jean-Yves Gagner/Brigitte Simon
PICARDIE	12/12/03		Jean-Louis Grenier/Alain Cadou
POITOU-CHARENTES	19/12/03	08/03/05	Joëlle Perrin/Bénédicte Gohin-Perio
PACA	25/06/03	25/01/05	Isabelle Deloffre-Asin/Cécile Lucas
RHONE-ALPES	12/06/03	21/12/04	Bernard Cassou-Mounat/ Marie-Christine Annino
MARTINIQUE		19/04/04	Patrick Escarmant/Olivier Puech
GUADELOUPE		20/04/04	Maurice Meissonnier/Marie Caillard
GUYANE		03/03/05	Edmée Panelle/Marc Munoz
REUNION	16/06/03		Pascale Luciani/Christian Lassalle



EN ALSACE

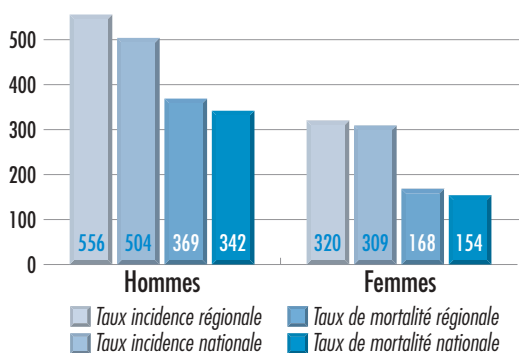
Sites de référence ou orientés¹ en cancérologie

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

Population : 1 733 732

DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES RÉGIONALES (2002)

Les cancers constituent une préoccupation particulière en Alsace, compte tenu de leur prévalence qui y est supérieure à la moyenne nationale. L'Alsace est pour cette raison une région où existe une mobilisation depuis de nombreuses années : en témoignent notamment 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.



(Valeurs pour 100 000 personnes) Sources : Inserm CepiDc, INSEE

La région inscrit son engagement dans le Plan cancer dans une continuité d'action : l'évaluation du précédent Programme Régional de Santé 1995-2000 (PRS «Alsace contre le cancer») a permis de poser les axes prioritaires régionaux pour la période 2004-2007.

1. PRÉVENTION

Registres

Il existe actuellement deux registres. Des discussions sont engagées pour mieux les articuler et assurer leur pérennité.

Tabac/ Alcool

Actions jeunes

Deux projets pluriannuels de lutte contre le tabac ont été financés par l'INPES² dans le cadre des projets régionaux en matière d'éducation pour la santé.

Le premier projet « De l'école à l'entreprise : moins de tabac, moins d'alcool » a bénéficié d'un financement de 240 000 euros au total, réparti sur 2003 et 2004. L'originalité du projet est d'agir simultanément au niveau des enfants et des adultes. Ainsi 50 écoles et 30 entreprises sont mobilisés sur 3 ans. Pour l'année 2004, 15 écoles, 3 collèges ont participé à cette action. Le second projet concerne l'application de la réglementation de la lutte contre le tabagisme dans les universités alsaciennes. Il a bénéficié d'un financement de 266 000 euros, réparti sur 2003 et 2004.

1- D'après le SROS 2 en cours d'évolution vers le SROS 3

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

Deux universités de Strasbourg appartiennent au réseau « Université sans tabac ». Deux collèges participaient en 2004 à l'expérimentation nationale « Lycée sans fumée ». Trois sont prêts à s'engager dans l'expérimentation en 2005. En dehors de cette expérimentation, 50 collèges et 11 lycées sont aussi « non fumeurs ». Par ailleurs, en 2004, des actions anti-tabac ont été réalisées dans 41 établissements scolaires (25 collèges et 16 lycées).

Actions entreprises

Le projet précédemment cité « De l'école à l'entreprise : moins de tabac, moins d'alcool » a concerné 4000 salariés en 2004.

Sevrage tabac

Pour renforcer le dispositif et diminuer les délais de rendez-vous, une consultation expérimentale collective de tabacologie a été créée en 2004 au CHU de Strasbourg. Il existe donc actuellement 6 consultations de tabacologie pour l'ensemble de la région dont au moins une dans chaque département et 6 équipes de liaison hospitalières en addictologie.

Réseau « Hôpital sans tabac ».

Quatre hôpitaux y adhèrent.

Nutrition

La région participe activement au Programme National Nutrition Santé (PNNS). Un état des lieux régional est en cours : recensement des données épidémiologiques, recensement des acteurs et des actions. Au cours de l'année 2004, une réflexion régionale sur le modèle des ateliers-scénarios³ a été engagée afin de définir les priorités et les objectifs opérationnels du programme régional.

Cancers professionnels

Une réflexion est menée depuis novembre 2003 afin de définir les axes prioritaires de l'amélioration de la prévention et de la prise en charge des cancers d'origine professionnelle. Un document a été élaboré pour les médecins du travail reprenant les informations sur le cadre réglementaire, les conduites pratiques en découlant et les lettres types disponibles. Cet outil a été mis en ligne sur le site de la CRAMAM et de l'AIMT67. D'autre part, une journée d'information sur le risque chimique a eu lieu le 25 novembre 2004. Pour améliorer la collaboration entre les médecins du travail et les médecins de ville, un calendrier de formation continue est en cours de réalisation avec l'URMLA, la CRAMAM et les organisations de médecins du travail.

3- Modélisation de l'évolution nutritionnelle régionale selon plusieurs scénarios permettant de définir des objectifs opérationnels.

Cancers de la peau

L'Alsace est l'une des régions où l'incidence du mélanome cutané est la plus élevée. Un groupe de travail s'est constitué en mars 2004 pour promouvoir la prévention de ce cancer au niveau régional.

2. DÉPISTAGE

L'Alsace mène des campagnes de qualité pour le dépistage du cancer du sein depuis 1989 (ADEMAS) et pour le col de l'utérus depuis 1990 (EVE). Ces campagnes, initiées dans le Bas-Rhin, ont été élargies au Haut-Rhin en 2002. **A la fin 2004, après la première campagne d'invitations de 2 ans, le taux de participation des femmes au dépistage du cancer du sein pour une campagne complète était de 31 % dans le Haut-Rhin et de 50 % dans le Bas-Rhin.**

Un effort particulier de sensibilisation et d'information des médecins concernés a été réalisé par l'association Ademas avec l'envoi biannuel via les médias d'une lettre d'information et de communication, avec la création d'un site internet en juillet 2004 (un espace y est réservé aux professionnels) et par l'invitation des médecins aux réunions grand public régulièrement organisées.

Grâce à l'association EVE, qui coordonne le dépistage du cancer du col de l'utérus depuis 10 ans, un taux de participation moyen de 72 % est atteint dans le Bas-Rhin et de 68 % dans le Haut-Rhin. La campagne de communication se poursuit en ciblant particulièrement les cantons où le dépistage est le moins suivi. Ces actions de sensibilisation sont réalisées en synergie avec l'association Ademas.

Une campagne haut-rhinoise (Adeca 68) est par ailleurs menée pour le dépistage du cancer colo-rectal dans le cadre de l'expérimentation. Elle a permis d'obtenir depuis septembre 2003 la participation de 30% de la population cible. La campagne de dépistage va être étendue au Bas-Rhin en 2005.

3. SOINS ET ACCOMPAGNEMENT

Le volet du SROS de troisième génération pour la « prise en charge des patients atteints de cancer » est en cours d'élaboration et sera finalisé en décembre 2005.

Réseau de cancérologie

Le réseau régional de cancérologie CAROL (Coordination Alsacienne du Réseau Oncologique Local) a été constitué en 2003. Il élabore un portail internet ouvert au grand public, complété d'un accès

réservé aux professionnels de santé (mise à disposition des référentiels thérapeutiques et des programmes de recherche clinique régionaux), qui sera disponible fin 2005. CAROL étudie la mise sur le réseau d'une fiche « RCP⁴ » qui sera intégrable au dossier communiquant disponible lui aussi fin 2005. Il favorise la mise en place de systèmes de visioconférence pour faciliter l'accès aux RCP des établissements éloignés. Un tel système existe déjà pour les sarcomes des tissus mous entre les Centres Hospitaliers de Strasbourg, Mulhouse et Colmar. Un groupe de travail définit la méthodologie pour l'agrément et l'évaluation des différentes RCP mises en place.

Plusieurs réseaux territoriaux se constituent dans les prochains mois : ONCOLIA (secteur libéral), ROCA (centre Alsace) et ROSA (sud Alsace).

Le CHRU de Strasbourg et le CLCC Paul-Strauss ont engagé la mise en place d'un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) pour poursuivre leur dynamique de complémentarité et de travail en commun. Il sera la base du pôle régional de cancérologie.

Hospitalisation à Domicile (HAD)

Le nombre de places a doublé, passant de 21 à 40 entre 2002 et 2003. Aucune place supplémentaire n'a été créée en 2004.

Soins de support

L'organisation des soins palliatifs ne bénéficie pas d'un réseau régional de coordination, mais s'articule autour de 4 unités de soins, de 7 équipes mobiles et de 31 lits identifiés.

L'expérimentation du dispositif d'annonce financée dans le cadre du Plan cancer a été mise en place en 2004 à la Clinique de l'Orangerie à Strasbourg.

Quatre postes de psycho-oncologues ont été créés en 2004. Il existe une activité de socio-esthétique au sein des Centres Hospitaliers de Colmar et Mulhouse (Comité du Haut Rhin de la Ligue contre le cancer). Les associations d'accompagnement JALMALV et Pierre Clément ont signé des conventions avec des établissements de santé de la région pour apporter un soutien aux malades et à leur entourage.

Social

Une consultation médicopsychosociale d'aide à la reprise du travail pour les patients atteints de cancer est mise en place depuis le 1^{er} janvier 2005 au CHRU de Strasbourg. Elle permet un bilan social et un accompagnement pour les démarches de réinsertion professionnelle en cas de difficultés à la reprise de

l'emploi. Elle constitue une aide à la décision d'aptitude médicale au poste de travail et permet aussi éventuellement d'identifier l'origine professionnelle de la maladie. Les comités départementaux de la Ligue mènent des projets d'aide à domicile et d'accompagnement des patients cancéreux et de leur famille.

Equipements lourds

Radiothérapie : Dix accélérateurs de particules autorisés et installés dans la région. Le centre Paul Strauss (CLCC) a prévu le remplacement d'un accélérateur en 2005 ainsi que l'acquisition d'un 5^{ème} appareil en 2006. Pour le CH de Mulhouse, l'acquisition d'un 3^{ème} accélérateur est prévu en 2006. Pour le CH de Colmar, 2 remplacements sont prévus, dont un en 2007.

TEP : un TEP est installé depuis octobre 2004 au CHRU de Strasbourg.

Scanners : 21 des 23 appareils autorisés sont installés, 2 l'ont été en 2004.

IRM : 9 des 12 appareils autorisés sont installés. Les 3 dernières installations sont programmées pour 2005.

4. FORMATION

En 2004, un interne était inscrit au Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de cancérologie (en 2003, 5 internes en cancérologie et 2 internes en hématologie).

5. RECHERCHE

Le cancéropôle « Grand Est » intègre des équipes de la région Alsace au sein d'axes fédérateurs associant les équipes de recherche des régions Bourgogne, Champagne-Ardenne, Franche-Comté et Lorraine. Il faut souligner l'implication des cinq Conseils Régionaux qui ont constitué une association pour assurer le cofinancement du cancéropôle.

Ce cancéropôle développe des coopérations transfrontalières tel le projet franco-allemand en relation avec le centre d'Heidelberg. Une première réunion internationale sur le thème « cancer et virus » s'est tenue en janvier 2005 à Reims.

Les thèmes fédérateurs sont les suivants :

- Epidémiologie : indicateurs de santé et évaluation des pratiques en cancérologie ;
- Agents infectieux et carcinogénèse ;
- Contrôle local des cancers (imagerie, outils de diagnostic, sensibilité aux traitements, nouvelles thérapeutiques) ;
- Contrôle de la dissémination tumorale (plasticité cellulaire, hétérogénéité tumorale et réaction stromale) ;

4- RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

- Compréhension et maîtrise des échecs thérapeutiques ;
 - Greffes hématopoïétiques et vaccins cellulaires.
- Modulation de l'alloréactivité et de la réponse vaccinale.
La connexion des tumorothèques avec les registres de cancer est en cours de réalisation.

Dans le cadre de l'appel à projets de recherche 2004, 2 projets ont été retenus :

- Transfert de la génomique vers l'identification de nouvelles cibles et de nouvelles drogues ;
- Recherche clinique en qualité de vie, épidémiologie et sciences humaines et sociales en cancérologie.

PRÉVENTION DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

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.

Ses objectifs sont de réduire l'incidence et la mortalité du cancer du col utérin en Alsace, de démontrer la pertinence d'un dépistage organisé en s'appuyant sur les intervenants médicaux déjà présents dans la région (gynécologues publics et privés, médecins généralistes, laboratoires de cytopathologie...) et d'évaluer les actions de dépistage en lien avec les registres du cancer.

L'association est impliquée et déterminée 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.

UNE VALISE PÉDAGOGIQUE POUR LE SEVRAGE TABAGIQUE

Ce projet monté en partenariat par l'URML et l'URCAM se décline en 2 axes :

- des formations d'une demi journée pour les professionnels de santé (médecins généralistes, pharmaciens, etc..) : depuis janvier 2005, 500 personnes ont pu suivre ces formations,
- la remise d'une mallette pédagogique au médecin généraliste contenant les recommandations de bonnes pratiques et des références médicales, des brochures, des affiches, un carnet de suivi du patient de l'INPES «Ouvrons le dialogue», des échantillons de substituts nicotiques, des données épidémiologiques économiques et socio-culturelles, les coordonnées des lieux ressources et de relais pour les patients afin d'orienter le patient vers une consultation spécialisée et des fiches d'évaluation.

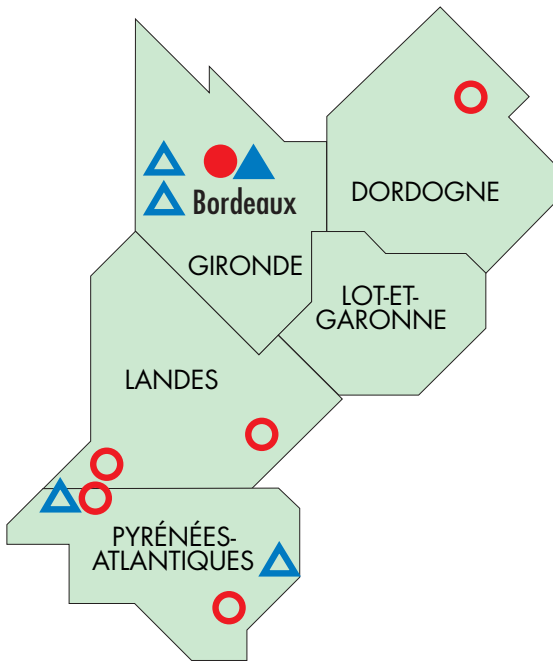
Ce projet a bénéficié d'un financement FAQSV pour la formation et du soutien du régime local d'assurance maladie pour la valise pédagogique.

AIDE À DOMICILE, INFORMATION ET ACCOMPAGNEMENT DES MALADES

Plusieurs actions sur ce thème sont développées dans la région :

- «Projet d'aide au retour et au maintien à domicile» (Comité du Bas-Rhin de la Ligue contre le Cancer),
- « Prenons soin de nous et de nos proches » (réseau santé de la ville de Mulhouse)
- « Groupe de paroles pour les femmes atteintes du cancer du sein » dans le canton de Rosheim (association Verticale).

EN AQUITAINE



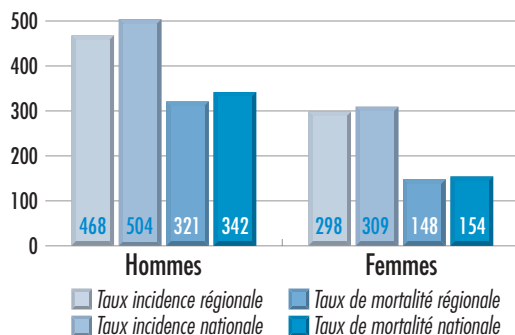
Sites de référence ou orientés en cancérologie

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

Population : 2 908 953

DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES RÉGIONALES (2002)

En Aquitaine, la mortalité par cancer touche beaucoup plus les hommes que les femmes, avec un taux de mortalité supérieur au double de celui des femmes. Pour autant, la situation 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 féminin.



(Valeurs pour 100 000 personnes) Sources : Inserm CepiDc, INSEE

1. PRÉVENTION

Registre

L'Aquitaine s'est dotée récemment d'un registre spécialisé sur les hémopathies malignes, fruit d'une association entre le Centre aquitain de Lutte Contre le Cancer (Institut Bergonié) 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'InVS 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 programme de formation des médecins généralistes sous l'égide de la DRASS en concertation avec l'URMLA¹ et l'URCAM² a permis de mettre en place un protocole de formation au repérage précoce et à des interventions brèves auprès des buveurs à risque. Un document de sensibilisation « La preuve par 9 » a été adressé à l'ensemble des médecins généralistes d'Aquitaine. Des formations de professionnels ont été mises en place à partir du programme BMCM « Boire moins c'est mieux ». Depuis juin 2003, 100 médecins généralistes ont été formés en Gironde par le réseau AGIR33 (grâce à un financement FAQSV) et 50 médecins du travail par l'ANPAA.

1- URMLA : Union régionale des médecins libéraux aquitains
2- URCAM : Union régionale des caisses d'Assurance-maladie

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. Treize associations ont été financées en 2004 pour un montant de 196 000 euros (10 associations en 2003 pour 762 000 euros).

Actions jeunes

Trois lycées participent à l'expérimentation nationale « Lycée sans fumée » en Dordogne et en Gironde.

Le programme de lutte contre le tabac à l'école « 25 collèges d'Aquitaine mobilisés contre le tabac », piloté par la DRASS et mis en œuvre par le CRAES³, a été financé par l'INPES⁴ dans le cadre des appels à projets régionaux en matière d'éducation pour la santé (112 000 euros en 2004, 67 000 euros en 2003).

Deux universités appartiennent au réseau « Université sans tabac ».

Sevrage tabac

Pour renforcer le dispositif de sevrage et diminuer les délais de rendez-vous, une consultation hospitalière expérimentale collective de tabacologie a été créée en 2004 au CHU de Bordeaux. Début 2005, il existe sur l'ensemble de la région 20 consultations de tabacologie, dont au moins une consultation hospitalière de tabacologie dans chaque département en association avec 6 équipes hospitalières de liaison en addictologie dans les départements de la Gironde, des Landes et du Lot-et-Garonne.

Réseau « Hôpital sans tabac »

Six hôpitaux en sont membres et une maternité appartient au réseau « Maternité sans tabac ».

Soleil et cancers de la peau

A l'initiative de la DRASS et de la Ligue contre le cancer, une campagne de prévention du risque solaire a eu lieu au cours de l'été 2004, le long du littoral aquitain, sous forme de banderole aérienne présentant le message « Soleil, tu n'auras pas ma peau ».

2. DÉPISTAGE

Le département du Lot-et-Garonne a débuté le dépistage du cancer du sein en mai 2003. Les structures de gestion départementale de Dordogne, de Gironde

(AGIDECA) et des Pyrénées-Atlantiques ont été opérationnelles en novembre 2003 et pour les Landes en décembre 2003. Des actions de formation des médecins généralistes et des gynécologues ont été menées par le biais de soirées de Formation Médicale Continue. **La participation des femmes au dépistage du cancer du sein a été estimée à 46 % en 2004 (30 % en 2003).** Les taux de participation restaient faibles pour la Gironde et la Dordogne, de l'ordre de 25 %, alors qu'ils étaient de l'ordre de 50 % dans les autres départements. Des entretiens téléphoniques personnalisés sont prévus pour améliorer la participation des médecins au dépistage (voir encadré). Des actions ciblées sur les femmes ont aussi été réalisées.

3. SOINS ET ACCOMPAGNEMENT

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 et 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 l'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 conduite par le ministère de la Santé. Le réseau Télésanté Aquitaine, qui porte ce dossier, rassemble 10 réseaux locaux, soit 50 établissements publics ou privés et plus de 1000 professionnels de santé en oncologie dans plusieurs spécialités. Actuellement, 80 % des membres du réseau utilisent internet et 13 000 fiches de RCP⁵ ont été créées (10 000 patients concernés).

Hospitalisation à Domicile (HAD)

Le nombre de places (312) n'a pas augmenté entre 2002 et 2004.

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 participé à l'expérimentation du dispositif d'annonce en 2004.

3- CRAES : Comité régional d'Aquitaine d'éducation pour la santé

4- INPES : Institut national de prévention et éducation pour la santé

5- RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

Equipements lourds

Radiothérapie : 2 accélérateurs ont été installés en 2004. Deux sont prévus pour 2005.

TEP-scan : deux sont autorisés, un a été installé en 2004 au CHU de Bordeaux.

Scanners : 9 scanners ont été installés (2 en 2004, 7 en 2003). Cinq appareils supplémentaires ont été autorisés en 2004 et seront prochainement installés.

IRM : 4 ont été installées (2 en 2004, 2 en 2003). Sept doivent être installées dans les prochaines années.

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 par d'autres associations dans l'ensemble des régions.

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

Par ailleurs, un comité aquitain d'usagers a été créé en 2004 pour la relecture des protocoles thérapeutiques, permettant de les appliquer dans les meilleures conditions possibles pour le patient.

4. FORMATION

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

5. RECHERCHE

Entre 2003 et 2004, le PHRC national a financé 4 projets soutenus par le CHU de Bordeaux.

Le cancéropôle du « Grand Sud-Ouest » intègre des équipes de la région Aquitaine au sein d'axes fédérateurs associant des équipes de recherche des régions Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon et Limousin. Il regroupe des plate-formes technologiques partagées et des tumorothèques et sera un lieu de convergence exceptionnel entre la recherche publique et la recherche privée.

Sept thématiques ont été sélectionnées :

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

Dans le cadre de l'appel à projets de recherche 2004, 5 projets ont été retenus :

- 3 projets de transfert de la génomique au diagnostic et au pronostic des cancers ;
- 1 projet de transfert de la génomique vers l'identification de nouvelles cibles et de nouvelles drogues ;
- 1 projet de recherche clinique en qualité de vie, épidémiologie et sciences humaines et sociales en cancérologie.

DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN : MOBILISATION DES MÉDECINS LIBÉRAUX

Dans le cadre du Plan cancer et afin d'accroître la mobilisation, une action complémentaire a été lancée début 2005 en Aquitaine, au moyen d'entretiens téléphoniques personnalisés avec chaque médecin concerné, par une équipe médicale spécialisée. L'objectif principal est double : motiver les médecins qui n'ont pas participé à la campagne et encourager les autres à poursuivre leurs efforts. Il s'agit, secondairement, de dresser un état des lieux de leur participation à la campagne, au niveau régional.

Les quelque 3560 généralistes et 300 gynécologues de la région ont ainsi été contactés par téléphone pour prendre rendez-vous et ont reçu un courrier de confirmation. L'entretien dure au plus 30 minutes, sur un mode questions-réponses. Les questions sont destinées à susciter, chez le médecin interrogé, une réflexion sur son implication et une prise de conscience de ses éventuelles lacunes. Après une description rapide des caractéristiques de son activité, il est amené à parler de sa pratique du dépistage, de ses connaissances relatives au dépistage organisé, de son implication, de ce qu'il considère être les points forts et les points faibles de ce dispositif, et enfin de ce qui le motiverait pour s'impliquer davantage.

L'entretien s'achève par une déclaration d'intention sur les suites concrètes que le médecin compte donner à cet échange, ce qui sert d'indicateur du niveau de conviction atteint. L'ensemble des informations recueillies sera traité de façon anonyme pour mieux cerner les contraintes et les réticences de l'ensemble des médecins aquitains face au dépistage organisé du cancer du sein. L'évolution de l'implication de chacun dans le dispositif sera analysée avec l'aide des structures départementales de gestion du dépistage des cancers.

LA CRAM AMÉLIORE CONCRÈTEMENT LA PRISE EN CHARGE SOCIALE DES PATIENTS

Dans le prolongement des Etats généraux du cancer et de la Conférence régionale de santé d'Aquitaine, des groupes de travail ont été constitués autour des mesures prévues au Plan cancer.

Dans ce cadre, un groupe piloté par la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM) a privilégié des actions ayant un impact immédiat pour les malades du cancer :

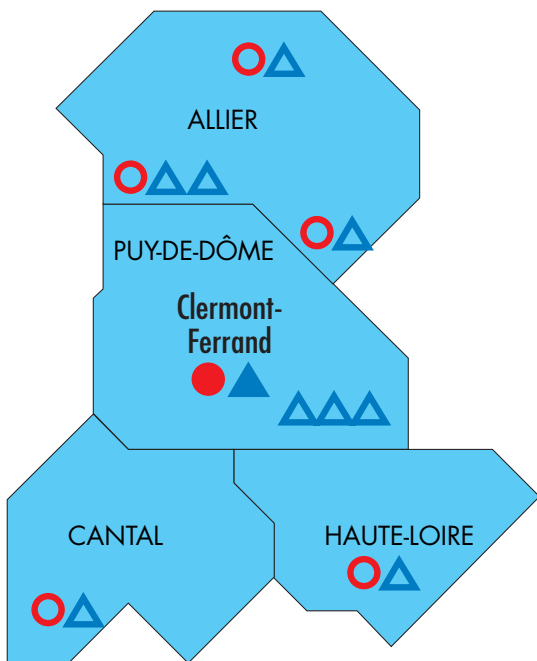
- Plusieurs documents ont été élaborés pour améliorer l'information des patients et des professionnels sur les droits sociaux et les modalités d'accès à ces droits :

- 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 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

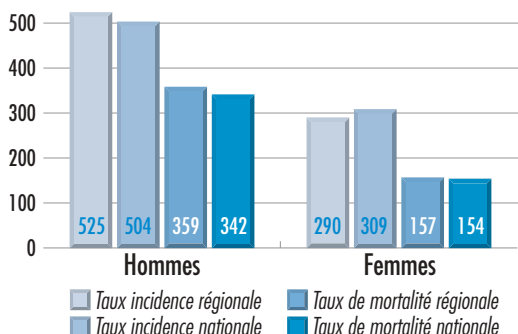
Sites de référence ou orientés en cancérologie

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

Population : 1 308 656

DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES RÉGIONALES (2002)

Sur la période 1998-2000, on observe en région Auvergne une surmortalité par cancer par rapport à la moyenne nationale ; elle est plus importante chez les hommes que chez les femmes. Les deux localisations les plus fréquentes restent le cancer du poumon pour les hommes et le cancer du sein pour les femmes.



(Valeurs pour 100 000 personnes) Sources : Inserm CepiDc, INSEE

1. PRÉVENTION

L'Auvergne a été dotée d'un des tous premiers Programmes Régionaux de Santé (PRS) sur la thématique cancer ; ce programme couvrait la période 1998-2005 et ses principales dispositions ont été reprises dans la version provisoire du Plan Régional de Santé Publique (PRSP) élaborée durant l'année 2003. Un bilan de mise en œuvre et une réflexion sur d'éventuelles pistes nouvelles (cancer du poumon, cancer de la prostate, cancer de la thyroïde, cancers professionnels) permettront de compléter si besoin les dispositions du plan définitif de santé publique.

En matière d'éducation pour la santé, un comité de coordination 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. Cette coordination se traduit par un appel à projets commun et une instruction également commune des dossiers, chacun demeurant maître de ses choix afin d'éviter les financements croisés. Vingt et une associations ont été financées en 2004 pour un montant global de 288 000 euros (en 2003, 9 associations pour 81 400 euros).

Tabac/Alcool

Le problème de la consommation excessive d'alcool a fait l'objet d'un PRS qui couvrait la période 2000-2005 ; après un bilan de mise en œuvre et dans le cadre du nouveau plan de la MILDT¹, il évoluera vers un programme « addictions » et sera intégré au PRSP.

1- MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie

Actions jeunes

Actuellement 5 lycées « sans tabac » existent 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 le CH de Moulins.

En 2004, dans le cadre des appels régionaux de l'INPES² en faveur de la lutte contre le cancer, un projet de prévention du tabagisme dans les établissements scolaires a été financé à hauteur de 140 000 euros. Ces projets « formations-actions » ont pour but :

- De permettre à 90 établissements scolaires secondaires de devenir « sans tabac » ;
- D'impliquer les établissements primaires par un système de tutorat des établissements du secondaire inscrits dans l'action (45 expérimentations prévues) ;
- De retarder l'entrée dans le tabagisme des plus jeunes, voire de diminuer l'incidence des comportements de consommation.

L'Université Blaise-Pascal de Clermont-Ferrand appartient au réseau « Université sans tabac ».

Actions femmes enceintes

Une démarche est engagée auprès des femmes enceintes en matière de consommation d'alcool et de tabac par le réseau périnatalité. Animée par le CHU et les équipes de liaison, ses résultats sont en cours de publication.

Sevrage tabac

Treize consultations de tabacologie couvrent l'ensemble de la région, comprenant au moins une consultation hospitalière par département. Elles sont renforcées par 6 équipes hospitalières de liaison en addictologie.

Réseau « Hôpital sans tabac »

Dix hôpitaux appartiennent à ce réseau et 2 maternités au réseau « Maternité sans tabac ».

Cancers professionnels

Cette thématique déjà bien développée, avec notamment la mise en place d'un suivi post-professionnel des personnels exposés à l'amiante, sera reprise dans le cadre du volet « santé/travail » du Plan Régional de Santé Publique.

Soleil et cancers de la peau

Par le passé et dans le cadre de la mise en œuvre du premier programme « cancer », des actions d'infor-

mation ont été financées sur les risques liés à l'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. La faculté de médecine a également introduit un module de travaux pratiques dans la formation initiale des médecins. Des actions de sensibilisation et des conseils techniques aux instituts et écoles de formation des professionnels de santé ont été réalisées. Pour l'avenir, le projet vise à développer des actions en direction des jeunes enfants avec l'Education nationale.

2. DÉPISTAGE

Les départements de l'Allier et du Puy-de-Dôme ont été des pionniers en matière de dépistage du cancer du sein. Il a été initié respectivement en 1994 et 1995 dans ces deux départements (Abidec et Ardoc).

Le taux de participation des femmes au dépistage en 2004 était estimé à 56 % pour la région (45 % en 2003).

Les départements de l'Allier et du Puy-de-Dôme participent également à l'expérimentation nationale du dépistage organisé du cancer colo-rectal. Ce dépistage a effectivement démarré pour le premier en février 2004 et pour le second en mai 2004. Le taux de participation estimé pour l'Allier était de 30 % et celui du Puy-de-Dôme de 16 %, mais ce résultat doit tenir compte du démarrage récent du dépistage.

3. SOINS ET ACCOMPAGNEMENT

L'organisation de la prise en charge des patients atteints de cancer a déjà fait l'objet de dispositions dans les différents volets du deuxième Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) : Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO), Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), radiothérapie, imagerie, systèmes d'information et soins palliatifs ; elle constitue une thématique obligatoire des SROS 3 en cours d'élaboration en cohérence avec la circulaire ministérielle du 22 février 2005.

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.

2- INPES : Institut National de Prévention et d'Education à la Santé

Hospitalisation à Domicile (HAD)

Trois départements sur quatre disposent d'une structure d'HAD. Le nombre de places autorisées (94) n'a pas augmenté entre 2002 et 2004, mais le nombre de places installées est passé de 34 à 59 et l'augmentation des capacités d'accueil en HAD fera l'objet de dispositions spécifiques dans le SROS 3.

Soins de support

Une unité commune d'onco-psychologie a été créée en 2002 entre le Centre Jean-Perrin (CLCC) et le CHU de Clermont-Ferrand qui comprend 2 psychologues et un psychiatre. Un poste de secrétariat temps plein est venu renforcer l'équipe en 2004.

Le Centre Jean-Perrin a participé en 2004 à l'expérimentation du dispositif d'annonce financé dans le cadre du Plan cancer. Le projet comportait une consultation médicale en présence d'une infirmière, complétée par une consultation avec l'infirmière ayant assisté au premier entretien.

Les soins palliatifs sont organisés autour de 8 équipes mobiles (dont 2 équipes créées en 2004) et d'une unité de soins implantée au CHU en 2003. Un réseau de soins palliatifs expérimental fonctionne dans le département de la Haute-Loire et des projets de réseaux départementaux sont en cours d'élaboration dans les autres départements de la région.

Au Centre Jean-Perrin, un recrutement est en cours pour animer un Espace-Rencontre-Information (ERI).

Equipements lourds

Radiothérapie : 10 accélérateurs sont autorisés et 8 sont installés. Un radiothérapeute et un radio-physicien ont été recrutés en 2004 pour renforcer les équipes existantes.

TEP-scan : un appareil est opérationnel depuis mars 2004 au Centre Jean-Perrin.

Scanners : 16 autorisés, 15 installés dont 2 en 2004.

IRM : 9 autorisées, 5 installées, dont une en 2004 ; les autres doivent être installées prochainement.

Tumorothèque

Une tumorothèque a été créée en 2003 à Clermont-Ferrand, associant le Centre Jean-Perrin et le CHU.

4. FORMATION

En 2004-2005, un interne était inscrit au DES d'hématologie. Pour la même période, 6 internes étaient inscrits au Diplôme d'Etudes Spécialisées (DESC) de Cancérologie et 3 en inscription post-internat (pour la

période 2003-2004, 3 internes inscrits en oncologie, 1 en radiothérapie).

5. RECHERCHE

Le canceropôle « Lyon - Auvergne - Rhône-Alpes » (CLARA) intègre des équipes de la région Auvergne et des équipes de recherche de la région Rhône-Alpes au sein d'axes fédérateurs.

3 thèmes ont été retenus :

- 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.

Dans le cadre de l'appel à projets de recherche 2004, ont été retenus :

- 4 projets de transfert de la génomique vers l'identification de nouvelles cibles et de nouvelles drogues ;
- 1 projet d'immunothérapie du cancer.

FINANCEMENT DE LA RECHERCHE SUR LE CANCER PAR LES ENTREPRISES D'Auvergne

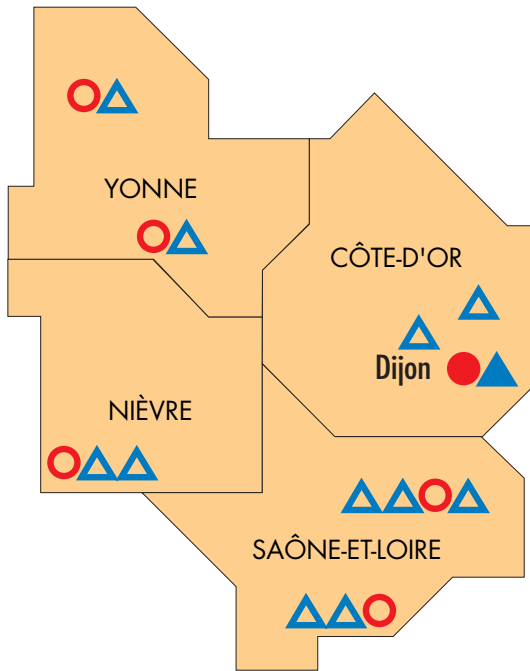
Un Groupement des Entreprises Françaises de Lutte contre le Cancer (GEFLUC) se constitue en Auvergne afin de solliciter les chefs d'entreprise pour promouvoir la recherche sur le cancer dans cette région.

La première assemblée générale constituante du GEFLUC s'est tenue le 7 janvier 2005 au Centre Jean-Perrin (CLCC) de Clermont-Ferrand. Une centaine d'entreprises sont susceptibles d'apporter des fonds (secteur bancaire, Michelin, Limagrain...).

L'objectif est de trouver la moitié des 5 millions d'euros nécessaires à la constitution du pôle Auvergne au sein du canceropôle « Lyon-Auvergne-Rhône-Alpes ». Parmi les thématiques de recherche qui seront développées en Auvergne, l'axe « nutrition et cancer » aura une place prépondérante.

Il est à noter qu'il existe en France 12 GEFLUC, dont le premier est né en 1964.

EN BOURGOGNE



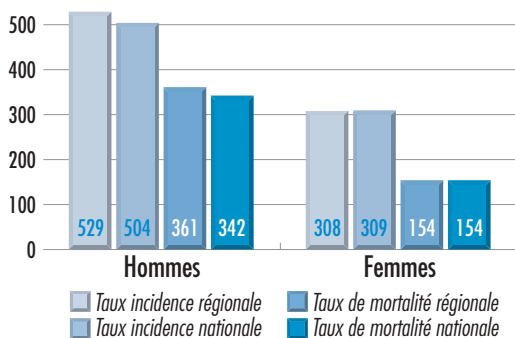
Sites de référence ou orientés en cancérologie

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

Population : 1 610 407

DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES RÉGIONALES (2002)

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, la mortalité masculine par cancers colo-rectaux et par cancers des voies aéro-digestives supérieures est plus élevée en Bourgogne qu'en France. Le cancer du poumon représente une part importante dans l'incidence et la mortalité des hommes alors que l'on observe également une forte croissance de ces 2 indicateurs chez les femmes.



(Valeurs pour 100 000 personnes) Sources : Inserm CepiDc, INSEE

1. PRÉVENTION

Registre

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 à compter de 2004 des études épidémiologiques (évaluation des risques sanitaires pour le radon et les phytosanitaires) au sein de la Cellule d'Intervention Régionale en Epidémiologie (CIRE).

Tabac/Alcool

Une journée régionale a été organisée le 24 mai 2004 afin de renforcer la mobilisation des associations, des soignants et des décideurs régionaux en faveur de la lutte contre le tabagisme.

Actions jeunes

Pour l'année scolaire 2004-2005, 6 établissements participent à l'expérimentation nationale « Lycée sans fumée », (4 lycées supplémentaires par rapport à 2003). En dehors de l'expérimentation, pour la même année, la proportion de lycées strictement « non fumeur » représente 18 % des établissements (contre 8 % en 2003) selon une enquête effectuée auprès de 156 établissements sur 230. La formation des personnels scolaires infirmiers à l'aide et au suivi du sevrage tabagique réalisée dans ce cadre a été engagée et sera généralisée à toutes les infirmières scolaires de l'académie de Dijon d'ici 2006. Les actions de prévention et d'éducation à la santé ont concerné 156 établissements

scolaires en 2004 contre 32 en 2002.

Deux universités (Facultés de Droit et de Médecine) sont également « sans tabac ».

Actions Entreprises

Un programme d'actions départementales de prévention du tabagisme en milieu professionnel piloté par le CORES¹ de Bourgogne a été financé par l'INPES², dans le cadre des projets régionaux en matière d'éducation pour la santé pour un montant de 105 000 euros en 2004 (111 000 euros en 2003). Il concerne la mise en place d'aide au sevrage dans au moins 4 entreprises de plus de 200 salariés dans chaque département de la région. A la fin 2004, 10 entreprises participaient à cette action. En 2005, est expérimenté le recours à une équipe mobile d'aide à l'arrêt, laquelle intervient pour des actions collectives ou individuelle et assure un maillage complet du territoire bourguignon.

Sevrage tabac

Il existe 19 consultations de tabacologie sur l'ensemble de la région, dont au moins une consultation hospitalière par département. Huit équipes hospitalières de liaison en addictologie sont en place, dont 6 spécifiques pour le tabac. La formation des médecins au conseil minimal en matière de sevrage tabagique a permis de former dans un premier temps 120 médecins sur la région (financement assuré par le FAQSV pour un montant de 35 180 euros). Face à une demande importante des médecins, 140 médecins supplémentaires ont été formés en 2004. Un crédit supplémentaire, de 27 680 euros a été accordé.

Réseau « Hôpital sans tabac »

Il existe 18 hôpitaux appartenant actuellement à ce réseau.

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 Nièvre et de la Saône-et-Loire (respectivement 1997 et 1998, par les associations Ademas 58 et Andemas 71).

L'estimation du taux de participation des femmes au dépistage du cancer du sein pour 2004 était de 39 % (38 % en 2003). Une formation spécifique des per-

sonnels de l'assurance maladie en contact avec les personnes en situation précaire a été entreprise, permettant ainsi d'étendre le dépistage à des populations difficiles à mobiliser. Au 31 décembre 2004, 50 % des assistantes sociales ont été formées.

Pour le cancer colorectal, la mise en place d'un dépistage organisé a été engagée dans le cadre du projet expérimental national depuis octobre 2003 dans les départements de la Côte d'Or et de la Saône-et-Loire. Le taux de participation au dépistage pour 2004 était estimé à 51 %.

Pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, une enquête réalisée en 2004 auprès de 1100 personnes de 12 à 75 ans par l'ORS de Bourgogne montrait que 63 % des bourguignonnes déclaraient avoir bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années.

3. SOINS ET ACCOMPAGNEMENT

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 a obtenu à cet effet des financements en temps médical, en secrétariat de coordination et en équipement informatique.

Depuis 2004, les dossiers définis comme "complexes" par le réseau Oncobourgogne sont étudiés avant prise de décision en concertation pluridisciplinaire.

La mise au point d'un dossier commun informatisé, qui comprend à la fois des données émanant de la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire, le Programme Personnalisé de Soins et le suivi du patient, sera effective courant 2005. Il est prévu que 50 % des nouveaux patients atteints de cancer en Bourgogne soient intégrés dans ce dispositif en 2005.

Une évaluation de l'application de l'accord cadre signé en 2004 entre le CHU de Dijon et le Centre G.-F. Leclerc (CLCC) 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 dans le cadre du pôle régional de cancérologie prévu par la circulaire ministérielle du 22 février 2005.

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

L'identification des Centres de Coordination en Cancérologie (3C) est en cours et a donné lieu à la dotation prioritaire des CH d'Auxerre de Nevers et du CHU de Dijon en 2004.

1- CORES : Comité Régional d'Education pour la Santé

2- INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

Hospitalisation à Domicile (HAD)

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, 12 places d'HAD étaient réservées au cancer. En 2004, le nombre de places polyvalentes installées a été porté à 57.

Soins de support

La prise en charge des soins palliatifs est assurée par 10 équipes mobiles, une unité de 15 lits et 14 lits identifiés. Seul un département sur 4 est couvert par le réseau de soins palliatifs « Emeraude ». L'objectif du Plan est de permettre la prise en charge en réseau sur l'ensemble de la région et de conforter les équipes mobiles (en personnel, séances de paroles).

En 2004, un poste et demi de psycho-oncologue a été créé, réparti entre les établissements d'Auxerre, Nevers et Dijon. Deux autres postes ont été créés par le réseau Onco Bourgogne.

L'expérimentation du dispositif d'annonce a été testée en 2004 au sein des différentes structures de soins (9 établissements de santé : le CHU de Dijon, le CLCC G-F Leclerc, 6 Centres Hospitaliers et 1 clinique).

Equipements lourds

Radiothérapie : la rénovation du parc d'équipements est en cours. Dix accélérateurs sont autorisés et 9 installés. Un accélérateur supplémentaire doit être installé en 2005. Les équipes ont été renforcées en 2004 par 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.

TEP³-scan : Un premier appareil a été autorisé et installé en 2003 au Centre G.-F. Leclerc. Un second a été autorisé sur le site de Châlon et a été installé fin 2004.

Scanners : 18 appareils sont autorisés et 17 installés.

IRM : 10 appareils autorisés et 7 installés. Trois doivent être installés en 2005.

Social et information des patients

Pour faciliter l'accès à l'information des patients, la direction du service médical régional et l'Observatoire Régional de Santé (ORS) ont animé depuis décembre 2003 un groupe de réflexion sur les besoins d'information des usagers en collaboration avec les représentants du Comité Régional Inter-associatif pour la Santé (CRIS), la Ligue contre le cancer, de " Cancer Action Solidarité ", 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. A la suite de cette réunion, l'ORS a constitué 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.

Concernant la réinsertion professionnelle après un cancer, une étude, conçue en partenariat par la COTOREP et la médecine du travail, a été programmée pour identifier les personnes concernées et évaluer leur parcours.

4. FORMATION

En 2003, 4 internes étaient inscrits au Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de cancérologie, 3 en oncologie médicale et 1 en radiothérapie. Fin 2004, 2 internes sont inscrits en oncologie médicale, 2 en option radiothérapie.

Les capacités de formation pour les manipulateurs radio vont être renforcées. A la rentrée 2005, on va passer de 24 à 36 places.

5. RECHERCHE

Le PHRC⁴ national 2003 a financé 2 projets de recherche en cancérologie soutenus par le CHU de Dijon.

Le cancéropôle du « Grand Est » intègre des équipes de la région Bourgogne au sein d'axes fédérateurs qui associent des équipes de recherche des régions Alsace, Champagne-Ardenne, Franche-Comté et Lorraine. Il développe des coopérations transfrontalières tel un projet franco-allemand en relation avec le centre d'Heidelberg. Une première réunion internationale sur le thème « Cancer et virus » s'est tenue en janvier 2005 à Reims dans le cadre de cette collaboration.

Les thèmes fédérateurs sont les suivants :

- Epidémiologie : indicateurs de santé et évaluation des pratiques en cancérologie ;
- Agents infectieux et carcinogénèse ;
- Contrôle local des cancers (imagerie, outils de diagnostic, sensibilité aux traitements, nouvelles thérapeutiques) ;
- Contrôle de la dissémination tumorale (plasticité cellulaire, hétérogénéité tumorale et réaction stromale) ;

3- TEP : Tomographe à Emission de Positons

4- PHRC : Programme Hospitalier de Recherche Clinique

- Compréhension et maîtrise des échecs thérapeutiques ;
- Greffes hématopoïétiques et vaccins cellulaires. Modulation de l'alloréactivité et de la réponse vaccinale.

La connexion des tumorothèques avec les registres de cancer est en cours de réalisation.

Dans le cadre de l'appel à projets de recherche 2004, 2 projets ont été retenus :

- Transfert de la génomique vers l'identification de nouvelles cibles et de nouvelles drogues ;
- Recherche clinique en qualité de vie, épidémiologie et sciences humaines et sociales en cancérologie.

ELABORATION D'UN TABLEAU DE BORD MÉDICO-ÉCONOMIQUE RÉGIONAL SUR LE CANCER

A l'initiative de la MILC⁵ et en partenariat avec l'ARH et la DRASS de Bourgogne, une étude est en cours pour évaluer les caractéristiques des patients traités pour cancer dans la région et le coût de leur prise en charge.

Il est en effet difficile à l'heure actuelle de disposer d'indicateurs médico-économiques exhaustifs sur cette pathologie. Mené par une équipe l'Ecole des Mines dirigée par Jean-Claude Moisdon, ce projet original entend reconstituer la trajectoire de soins des patients (en hospitalisation ou en soins de ville) grâce aux systèmes d'information existants que sont la base PMSI⁶ des hôpitaux, et le SNIIRAM⁷.

A partir de ces données, il sera possible de disposer, pour la région Bourgogne, d'une évaluation précise de la consommation de soins en cancérologie. Cela permettra, d'une part, de suivre les effets de la mise en place du Plan cancer et, d'autre part, d'améliorer la planification à moyen et long terme du dispositif de prise en charge du cancer au niveau régional.

Cette étude, pour l'instant régionale, aura pour vocation à s'étendre à l'ensemble des régions.

AIDER À LA RÉINSERTION DES STOMISÉS

La Fédération des Stomisés de France (FSF) a pour objectif d'aider les " stomisés " à se réinsérer en leur donnant les informations qui leur sont nécessaires pour vivre normalement et entend 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 de la FST organise une réunion à Chalon et/ou à Mâcon soit sous forme de permanence, soit pour une intervention extérieure, soit pour une rencontre conviviale.

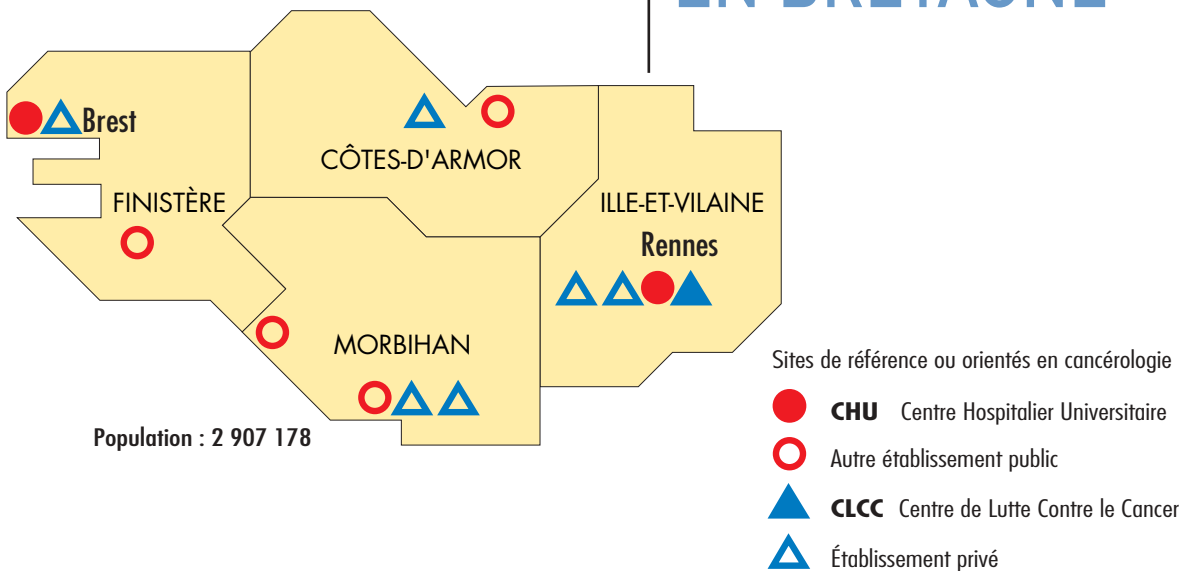
Pourquoi contacter une association de stomisés ?

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

Un traumatisme personnel, familial, social ou professionnel peut en découler. De là est née l'idée d'associations d'anciens malades et la formation de stomisés-contact (visite d'un stomisé à un nouveau stomisé) qui apportent un soutien psychologique utile.

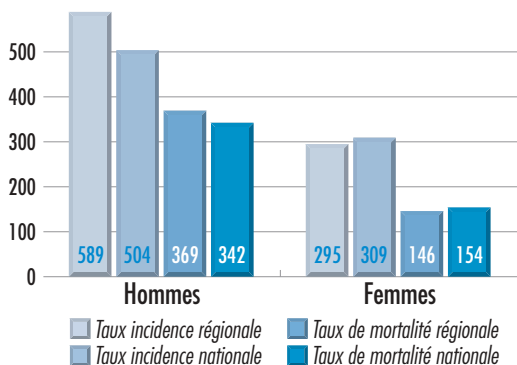
5- MILC : Mission Interministérielle pour la Lutte contre le Cancer
 6- PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
 7- SNIIRAM : Système National d'Information Interrégimes de l'Assurance Maladie

EN BRETAGNE



DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES RÉGIONALES (2002)

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 avec la 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. En matière de cancers digestifs, le Finistère connaît l'incidence la plus élevée de France pour le cancer de l'œsophage et pour le cancer de l'estomac.



(Valeurs pour 100 000 personnes) Sources : Inserm CepiDc, INSEE

1. PRÉVENTION

Registre

Les cancers de l'enfant au niveau régional 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).

Il existe aussi un registre finistérien des tumeurs digestives.

Enfin, un projet commandité par la DRASS de Bretagne, d'analyse épidémiologique de l'activité de cancérologie a été réalisé par l'ORS Bretagne à partir des données PMSI¹.

L'objectif de cette étude était d'une part d'analyser la pertinence épidémiologique du PMSI comme source d'indicateurs de suivi et d'évaluation de programmes de santé, et d'autre part, de produire ces indicateurs pour le suivi et l'évaluation du PRS « 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 2004, 13 associations ont vu leurs projets de lutte contre le tabac financés pour un montant total de 122 000 euros (en 2003, 5 associations pour 10 400 euros).

1- PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

Actions jeunes

Le CRES² mène des actions en milieu scolaire sur la prévention des conduites à risque avec un financement de l'INPES³ de 147 000 euros en 2004 (147 000 euros en 2003). L'originalité du projet est de chercher à développer les compétences psychosociales dans la prévention des conduites à risques. En 2004 étaient mobilisés : 8 maternelles, 17 écoles primaires, 6 collèges et 5 lycées.

Une université de Rennes et les services de médecine préventives d'Universités de Lorient et de Rennes appartiennent au réseau « Université sans tabac ».

Sevrage tabac

Tous les départements bénéficient d'au moins une consultation hospitalière de tabacologie et on compte 18 équipes hospitalières de liaison d'addictologie. Il existait 19 consultations de tabacologie en 2004 pour l'ensemble de la région.

Réseau « Hôpital sans tabac »

Vingt hôpitaux sont membres du réseau et une maternité du réseau « Maternité sans tabac ».

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 dans le cadre du Plan cancer (Adec Armor, Adec 29, Adecam). Un dispositif de suivi du programme de dépistage du cancer du sein est engagé par l'Observatoire Régional de Santé. **Les taux de participation de la première campagne de dépistage pour 2003-2004 sont : de 55 % pour les Côtes d'Armor, de 64 % pour le Finistère et de 61 % pour le Morbihan. Pour l'Ille-et-Vilaine (résultats pour une demi campagne), le taux de participation est de 22 %.**

L'Ille-et-Vilaine a démarré l'expérimentation du dépistage du cancer colo-rectal à la fin de l'année 2002. Le taux de participation estimé pour l'année 2004 : 53 %. Le Finistère a engagé ce dépistage depuis 2004 mais ne dispose pas encore d'estimation du taux de participation.

Le lancement d'un dépistage du mélanome est envisagé dans la région pour 2005.

3. SOINS ET ACCOMPAGNEMENT

Le dernier Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) a permis à la région Bretagne de disposer d'une offre de soins en cancérologie fondée sur un fonctionnement en réseaux. Il intègre toutes les dispositions prévues dans le Plan cancer pour améliorer l'équité d'accès et la qualité de la prise en charge (circulaire ministérielle du 22 février 2005).

Réseau de cancérologie

Dès 2000, une première évaluation du dispositif effectuée par la DRASS a recensé 40 Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) organisées dans 7 secteurs sanitaires sur les 8 existants.

Sept réseaux territoriaux sont individualisés, dont cinq sont formalisés et financés. Il s'agit de : OncoKerné, Onc'orient, Oncovannes, l'Institut Rennais de Cancérologie et Oncarmor. Deux sont en cours de mise en place en 2005 dans les secteurs 1 et 6. Cette pérennisation des réseaux se traduit par la mise en place d'une cellule de coordination dans chaque réseau. Des postes de coordonnateurs (médecins, infirmiers, temps de psycho-oncologie, temps d'assistante sociale) ont été financés par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH). Un financement attribué à titre expérimental en 2002 par le fonds « FAQSV » à trois RCP doit permettre d'évaluer 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...). La création du réseau régional Oncobretagne, en novembre 2003, a permis de regrouper tous les acteurs de soins afin d'homogénéiser les pratiques, but ultime du maillage en réseau en cancérologie dans la région. C'est un lieu d'échanges et de réflexion qui doit permettre de remonter les expériences de chacun, de diffuser les bonnes pratiques reconnues par les sociétés savantes, de bâtir des procédures de soins partagées, et de lancer des réflexions sur des travaux de recherche en mutualisant les moyens régionaux. Tous les métiers du soin y participent, médecins, infirmiers, pharmaciens, directeurs d'établissement...

L'animation de ce réseau est effectuée par un médecin de santé publique financé par l'ARH depuis 2003.

2- CRES : Comité Régional pour l'Éducation à la Santé

3- INPES : Institut National de Prévention et Éducation pour la Santé

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

Hospitalisation à Domicile (HAD)

En 2002, les places autorisées et installées étaient au nombre de 52. En 2003, huit places supplémentaires ont été autorisées et installées. Pas de place supplémentaire en 2004.

Soins de support

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

Les soins palliatifs sont assurés par 10 unités de soins et 7 équipes mobiles (dont une supplémentaire 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 financée dans le cadre du Plan cancer a été testée dans 2 Centres hospitaliers et 2 cliniques en 2004. L'évaluation réalisée au niveau des structures de Vannes et de Lorient a montré la place prépondérante de la consultation infirmière et l'importance de la formation à la communication pour tous les soignants. Elle a indiqué aussi une satisfaction globale des patients et des différents professionnels (médicaux et non médicaux) impliqués.

Equipements lourds

Radiothérapie : tous les « cobalt » ont été remplacés. Début 2005, 21 appareils sont autorisés (dont 4 en 2002) et 19 installés. Un poste complémentaire a renforcé les équipes de radiothérapie en 2003.

TEP : deux TEP sont installés à Brest depuis 2004 et à Rennes depuis 2000, un cyclotron est installé à Rennes.

Scanners : 38 appareils autorisés, 33 installés, dont 5 en 2004.

IRM : 17 machines autorisées, 14 installées, dont 1 en 2003 et 4 en 2004.

Accès aux traitements onéreux

Un Observatoire du Médicament et de l'Innovation Thérapeutique (OMIT) a été créé en 2002 avec la région des Pays-de-la-Loire (voir encadré). Les missions de cet observatoire, dont le caractère inter-régional doit être souligné, consistent essentiellement à suivre les consommations et à évaluer l'adéquation des prescriptions aux référentiels de bon usage.

Social et information des patients

Un Espace Rencontre Information est ouvert au Centre Eugène-Marquis (CLCC) de Rennes. Un second est en projet au CH de St-Brieuc.

4. FORMATION

En 2004, 6 internes étaient inscrits au Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de cancérologie, option radiothérapie (en 2003, 1 interne en oncologie médicale) et 3 internes au DES d'hématologie.

5. RECHERCHE

Le canceropôle Grand Ouest allie excellence scientifique et organisation opérationnelle efficace

Axes de travail et spécificités

Le projet du canceropôle s'articule autour de quatre thèmes de travail, les deux premiers étant spécifiques au canceropôle Grand Ouest. Ces thèmes sont :

- La vectorisation tumorale d'agents diagnostiques et thérapeutiques (la capacité à cibler les tumeurs et à amener le médicament au site de la tumeur) ;
- La valorisation des produits de la mer en cancérologie (recherche de molécules à activité anti-tumorale issues ou dérivées du monde marin) ;
- Les thérapies cellulaires ;
- La pharmacovigilance et la pharmacogénomique du cancer (optimiser le traitement et individualiser le traitement à la tumeur et au patient).

L'organisation du canceropôle

Il s'agit d'inciter les différentes équipes de recherche qui existent à Nantes, Rennes, Brest, Tours, Orléans, Angers ou Poitiers à travailler ensemble dans un esprit de complémentarité et de parvenir à la mise en réseau de « masses critiques suffisantes ».

Le canceropôle s'articule autour de quatre plateformes technologiques :

- La plate-forme génomique fonctionnelle qui s'appuie sur Ouest Génomique (l'identification de gènes doit permettre l'individualisation des traitements) ;
- Le Réseau de Tumorothèques Grand Ouest (RTGO) qui met à la disposition des chercheurs des ressources biologiques permettant d'une part la recherche de facteurs diagnostiques et d'éléments prédictifs de la réponse aux traitements, et d'autre part, l'aide à la recherche fondamentale ;
- La plate-forme d'imagerie fonctionnelle en s'appuyant sur les IRM, l'échographie Doppler et les PET-scan permet, par des pratiques non-invasives, d'analyser la dynamique fonctionnelle d'une tumeur, de préciser le diagnostic et d'adapter ainsi le traitement ;
- La plate-forme de recherche clinique qui vise à favoriser le transfert du fondamental à la clinique. Son

objectif est de faciliter l'utilisation en clinique de stratégies thérapeutiques innovantes et d'assurer une coordination interrégionale des essais cliniques issus des données récentes de la biologie.

Les associations entre le cancérpôle et les autres structures régionales ou interrégionales

Le réseau de tumorothèques du Grand Ouest fait partie intégrante du cancérpôle. Des liens sont à renforcer, notamment dans le domaine de la recherche clinique, et notamment avec les établissements privés qui le composent.

La Ligue contre le cancer et l'ARC sont associés à nos travaux.

Les bénéfices pour le patient

Le cancérpôle vise à faciliter le transfert vers les patients des thérapeutiques innovantes et d'aller vers des traitements du cancer de plus en plus individualisés en fonction des caractéristiques génétiques des individus. Par mobilisation d'acteurs appartenant à différentes disciplines et horizons, et par la conjonction d'intérêts entre chercheurs et cliniciens, le cancérpôle doit permettre de raccourcir les étapes entre la recherche fondamentale et la recherche clinique et donc la mise à disposition plus rapide de molécules innovantes.

Conclusion

L'originalité et la force du cancérpôle Grand Ouest est de s'appuyer sur les ressources existantes au sein de l'interrégion dans une démarche d'emblée fédératrice (état des lieux réalisé en amont dans le cadre d'un Livre blanc sur le cancer dans les quatre régions), et d'axer les thèmes de travail du cancérpôle sur ces mêmes ressources existantes. Le cancérpôle est une structure fédératrice et implique tous les partenaires (organismes de recherches, Universités, Collectivités territoriales, institutions, Ligue contre le cancer, l'ARC...) sur des projets fédérateurs, évitant ainsi l'éparpillement des ressources.

L'OBSERVATOIRE DU MÉDICAMENT ET DE L'INNOVATION TECHNIQUE (OMIT)

Il a été créé en 2002 avec la région des Pays-de-la-Loire sur le modèle de celui de PACA. Rendu nécessaire par le nouveau mode de financement des médicaments innovants et coûteux et par la mise en place des contrats de bon usage des médicaments, ses missions consistent essentiellement à :

- suivre la consommation de certaines molécules onéreuses, mesurer le coût des traitements et anticiper leur impact financier ;
- vérifier l'adéquation des prescriptions aux recommandations et le respect des standards de prise en charge ;
- aider à la décision dans l'allocation des moyens financiers aux établissements prescripteurs.

Les structures de soins impliquées sont :

- Pour la Bretagne, les 2 CHU, 1 CLCC, 11 CH, 6 établissements privés.
- Pour les Pays de la Loire, les 2 CHU, les 2 CLCC, 9 CH, 5 établissements privés

Le recueil des informations se fait avec les pharmaciens et les professionnels prescripteurs lesquels manifestent une totale adhésion au projet.

Les praticiens du Comité de Pilotage définissent un référentiel d'utilisation qui regroupe les recommandations de l'AMM ainsi que des extensions médicales fondées sur des études scientifiques satisfaisantes.

Entre avril et septembre 2004, 5500 fiches d'information ont été validées. Elles concernaient les molécules suivantes : Taxol, Herceptin, Taxotère, Gemzar, Mabthéra.

Pour la période considérée, le coût total de ces médicaments était de 12 millions d'euros. Un quart des prescriptions étaient hors AMM ou en dehors des extensions scientifiquement admises et représentaient un coût global de 3 millions d'euros.

Ces données OMIT seront ensuite intégrées dans les référentiels diffusés par les réseaux Onco Bretagne et Onco Pays-de-la-Loire.

Ce type de structure va être généralisé à l'ensemble du territoire national avec la création d'OMIT inter-régionaux suivant la répartition géographique des cancéropôles (circulaire ministérielle du 6 décembre 2004). Un financement de 2,2 millions d'euros dans le cadre du Plan cancer a été adressé aux ARH pour constituer ces structures et financer la collecte d'informations. Le cahier des charges de ces observatoires sera défini par l'Institut National du Cancer durant le premier semestre 2005, lequel se chargera de la synthèse nationale des données.

ONCO'KERNE : LE PATIENT AU COEUR D'UN RÉSEAU DE PROFESSIONNELS

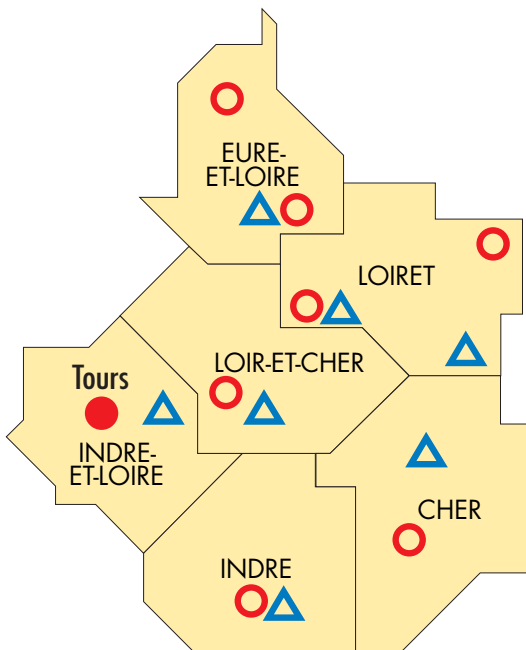
Mettre en pratique la notion de réseau, la rendre concrète et immédiatement utile au patient, tel est l'objectif du réseau Onco'Kerne dans le Finistère-Sud, créé en 2002, et qui prend aujourd'hui toute sa dimension dans le Plan cancer pour :

- 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 psychosociaux 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 de soins – lien entre le domicile et les services hospitaliers – appartient au patient.



CENTRE

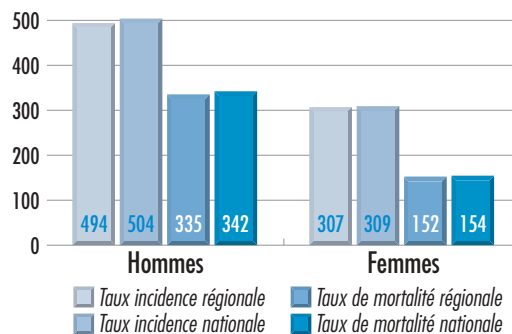
Sites de référence ou orientés en cancérologie

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

Population : 2 439 962

DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES RÉGIONALES (2002)

Dans la région Centre, l'incidence du cancer est de 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 et 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. Chez les femmes : le sein, les cancers colo-rectaux et l'utérus. L'étude sur l'épidémiologie des cancers en région Centre, réalisée par l'ORS en 2001, a été actualisée en janvier 2005. Par ailleurs, une « cellule épidémiologique et prise en charge des cancers » a été mise en place. Le Réseau Régional de cancérologie contribue à son animation.



(Valeurs pour 100 000 personnes)

Sources : Inserm CepiDc, INSEE

1. PRÉVENTION

Tabac/Alcool

En 2004, 8 associations ont vu leurs projets financés pour la somme totale de 24 000 euros (en 2003, 6 associations et 1 réseau financés pour un montant de 150 000 euros).

Actions jeunes

Quatre établissements scolaires sont « sans tabac » et 97 lycées disposent d'aménagements pour faire respecter la loi Evin. Une action « Tabac stop » de sevrage tabagique a été lancée en 2004 dans 3 lycées de la région. Un travail en réseau de prévention du tabagisme par l'association Respir'37 a été mis en place en 2004 dans 11 établissements scolaires (27 classes, du CM2 à la troisième).

L'Université François Rabelais à Tours et le service de médecine universitaire de l'Université d'Orléans appartiennent au réseau « Université sans tabac ».

Actions entreprises

Avec l'ensemble des CODES¹, le CESEL² développe une action « Tabac et milieu professionnel dans la région Centre » avec un financement par l'INPES³ dans le cadre des projets régionaux (montant : 51 000 euros en 2004 et 76 000 euros en 2003). Les objectifs de ce projet sur 3 ans : la formation d'environ 200 professionnels de la médecine et du travail et la sensibilisation des dirigeants de 30 entreprises à la lutte contre le tabagisme. Au début de l'année 2005, environ 110 personnes ont été formées à l'aide au sevrage et 15 entreprises sont engagées dans le processus de sensibilisation. D'autres entreprises sont d'ores et déjà volontaires pour participer au projet.

Actions femmes enceintes

En 2004, la réalisation d'une publication départementale à destination des professionnels de santé pour la prise en charge du sevrage chez les femmes enceintes, ainsi qu'une exposition dans les maternités ont pu sensibiliser les femmes enceintes et les soignants au sevrage tabagique.

Sevrage tabac

Au total, 22 consultations de tabacologie existent au niveau de la région, dont au moins une consultation hospitalière par département. Une aide au sevrage tabagique a été aussi proposée au personnel d'une Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la région.

Réseau « Hôpital sans tabac »

Dix huit hôpitaux y adhèrent, ainsi que la maternité du Centre Hospitalier de Bourges au réseau « Maternité sans tabac ».

Nutrition

Sur la période 2001-2005, une campagne d'information sur la nutrition a ciblé 43 000 enfants scolarisés dans la région.

2. DÉPISTAGE

Le dépistage du cancer du sein qui avait débuté en 1999 dans l'Indre (Credep) est effectif dans toute la région depuis avril 2004 (Adoc 28, CCDPC, Adoc 41 et Adoc 45). **Le taux de participation au dépistage du cancer du sein est estimé à 45 % en 2004.** Un suivi et une évaluation du dépistage vont être réalisés annuellement. Une intensification de la communication vers les médecins généralistes (par l'intermédiaire d'une infirmière formée pour les départements de l'Eure-et-Loir, l'Indre-et-Loire, le Loir-et-Cher et le Loiret) et vers les femmes en situation précaire devrait permettre une montée en charge de ce dépistage.

Le département de l'Indre-et-Loire est par ailleurs engagé depuis janvier 2004 dans l'expérimentation nationale du dépistage du cancer colo-rectal. La totalité de la population cible, soit environ 160 000 personnes, a été invitée. Le taux de participation pour 2004, avant relance, était de 18 %. Vingt deux cancers et 88 polypes ont pu être diagnostiqués.

Une consultation d'oncogénétique a été mise en place au CHU de Tours en 2004. La création d'une consultation avancée au CHR d'Orléans et au CH de Bourges est à l'étude pour l'année 2005.

3. SOINS ET ACCOMPAGNEMENT

Réseau de cancérologie

Un réseau régional en cancérologie ONCOCentre a été agréé en 2000. Il réunit les médecins de tous les établissements publics et privés : CHU de Tours, CHR d'Orléans, Centres Hospitaliers de référence et cliniques. Un médecin temps plein assure sa coordination. Les réseaux départementaux se développent sur tout le territoire.

Hospitalisation à Domicile (HAD)

Entre 2002 et 2003, le nombre de places d'HAD autorisées est passé de 70 à 100, avec 65 places installées. En 2004, le nombre des places installées a doublé. Dans le cadre de l'HAD, en partenariat avec le réseau Oncocentre et le réseau de soins palliatifs, la chimiothérapie à domicile se développe. En 2004, 11 patients ont pu en bénéficier.

Soins de support

En 2004, 4 postes de psycho-oncologues ont été financés (1,5 poste en 2003).

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

1- CODES : Comités Départementaux d'Éducation pour la Santé

2- CESEL : Comité d'Éducation pour la Santé d'Eure-et-Loir

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

par 14 équipes (8 équipes mobiles financées par les établissements de référence et 6 équipes d'appui départemental financées par le réseau). Une équipe mobile supplémentaire est prévue pour 2006. Cent seize lits identifiés ont pu être individualisés. Un renforcement des soins palliatifs a été effectué dans l'Indre en 2004 avec l'attribution de 120 000 euros au CH de Chateauroux (60 000 euros pour les soins palliatifs et 60 000 euros pour la création d'une consultation anti-douleur).

Equipements lourds

Radiothérapie : il ne reste plus de « cobalt » dans la région. Sur 16 accélérateurs autorisés, 14 ont été installés.

TEP-scan : deux autorisations, un TEP a été installé en 2004 au CHU de Tours. Un deuxième sera installé à Orléans fin 2005.

Scanners : 28 appareils autorisés et installés.

IRM : sur 18 appareils autorisés, 12 sont installés.

Social et information des patients

Un Espace Rencontre Information est en projet au CH de Vendôme.

4. FORMATION

En 2003, 4 internes étaient inscrits au Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de cancérologie, 3 en oncologie médicale et 1 en radiothérapie.

Le Diplôme Universitaire « d'éducation thérapeutique-éducation pour la santé » proposé à la faculté de Tours comporte depuis 2005 un module « prévention et dépendance » et un module « éducation pour la santé et alimentation ».

5. RECHERCHE

Le cancéropôle Grand Ouest allie excellence scientifique et organisation opérationnelle efficace

Axes de travail et spécificités

Le projet du cancéropôle s'articule autour de quatre thèmes de travail, les deux premiers étant spécifiques au cancéropôle Grand Ouest. Ces thèmes sont :

- La vectorisation tumorale d'agents diagnostiques et thérapeutiques (la capacité à cibler les tumeurs et à amener le médicament au site de la tumeur) ;
- La valorisation des produits de la mer en cancérologie (recherche de molécules à activité anti-tumorale issues ou dérivées du monde marin) ;

- Les thérapies cellulaires ;
- La pharmacovigilance et la pharmacogénomique du cancer (optimiser le traitement et individualiser le traitement à la tumeur et au patient).

L'organisation du cancéropôle

Il s'agit d'inciter les différentes équipes de recherche qui existent à Nantes, Rennes, Brest, Tours, Orléans, Angers ou Poitiers à travailler ensemble dans un esprit de complémentarité et de parvenir à la mise en réseau de « masses critiques suffisantes ».

Le cancéropôle s'articule autour de quatre plateformes technologiques :

- La plate-forme génomique fonctionnelle qui s'appuie sur Ouest Génepole (l'identification de gènes doit permettre l'individualisation des traitements) ;
- Le Réseau de Tumorothèques Grand Ouest (RTGO) qui met à la disposition des chercheurs des ressources biologiques permettant d'une part la recherche de facteurs diagnostiques et d'éléments prédictifs de la réponse aux traitements, et d'autre part, l'aide à la recherche fondamentale ;
- La plate-forme d'imagerie fonctionnelle en s'appuyant sur les IRM, l'échographie Doppler et les PET-scan permet, par des pratiques non-invasives, d'analyser la dynamique fonctionnelle d'une tumeur, de préciser le diagnostic et d'adapter ainsi le traitement ;
- La plate-forme de recherche clinique qui vise à favoriser le transfert du fondamental à la clinique. Son objectif est de faciliter l'utilisation en clinique de stratégies thérapeutiques innovantes et d'assurer une coordination interrégionale des essais cliniques issus des données récentes de la biologie.

Les associations entre le cancéropôle et les autres structures régionales ou interrégionales

Le réseau de tumorothèques du Grand Ouest fait partie intégrante du cancéropôle. Des liens sont à renforcer, notamment dans le domaine de la recherche clinique, et notamment avec les établissements privés qui le composent.

La Ligue contre le cancer et l'ARC sont associés à nos travaux.

Les bénéfices pour le patient

Le cancéropôle vise à faciliter le transfert vers les patients des thérapeutiques innovantes et d'aller vers des traitements du cancer de plus en plus individualisés en fonction des caractéristiques génétiques des individus. Par mobilisation d'acteurs appartenant à différentes disciplines et horizons, et par la conjonction d'intérêts entre chercheurs et cliniciens, le cancéropôle doit permettre de raccourcir les étapes entre la

recherche fondamentale et la recherche clinique et donc la mise à disposition plus rapide de molécules innovantes.

Conclusion

L'originalité et la force du canceropôle Grand Ouest est de s'appuyer sur les ressources existantes au sein de l'interrégion dans une démarche d'emblée fédératrice (état des lieux réalisé en amont dans le cadre d'un Livre blanc sur le cancer dans les quatre régions), et d'axer les thèmes de travail du canceropôle sur ces mêmes ressources existantes. Le canceropôle est une structure fédératrice et implique tous les partenaires (organismes de recherches, Universités, Collectivités territoriales, institutions, Ligue contre le cancer, l'ARC...) sur des projets fédérateurs, évitant ainsi l'éparpillement des ressources.

LE CENTRE DE SÉNLOGIE DU CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL D'ORLÉANS FONCTIONNE DEPUIS JUIN 2004

Le centre de sénologie a pour objectif de réunir dans un même lieu toutes les compétences autour de la patiente, offrant une prise en charge des pathologies mammaires bénignes et malignes.

C'est l'aboutissement d'un travail d'équipe et d'une contribution budgétaire de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation formalisée par un contrat d'objectifs et de moyens.

Ce centre, situé à l'Hôpital Porte Madeleine, en plein centre ville, à proximité du pôle femme-enfant, dispose d'un équipement complet d'imagerie y compris un mammothome, d'un laboratoire et bien entendu d'une équipe pluridisciplinaire structurée avec un comité de sénologie faisant partie de la Fédération de Cancérologie.

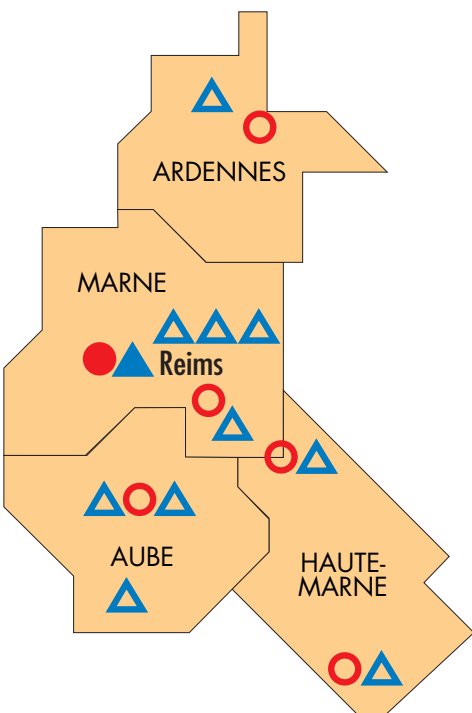
Ce centre offre également un lieu de formation et de réunion, ouvert aux professionnels de santé. C'est aussi un lieu d'information pour le grand public avec une surface d'exposition prévue à cet effet.

Les associations ont une place au sein de la structure : comité départemental de la Ligue nationale contre le cancer, associations de malades...

PRÉVENTION ET ÉDUCATION " SOLAIRE " POUR LES JEUNES D'ORLÉANS

« Le soleil à l'école », réseau d'éducation à l'exposition solaire a réalisé une action de prévention primaire du mélanome auprès d'enfants des classes de CM1 et CM2 des écoles d'Orléans et de son agglomération. 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 a montré 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.

Pour pérenniser cette action, le service de dermatologie du Centre Hospitalier Régional d'Orléans a réalisé un CDROM éducatif intitulé « Attention soleil » afin d'évaluer et de compléter les connaissances sur la protection solaire.



EN CHAMPAGNE-ARDENNE

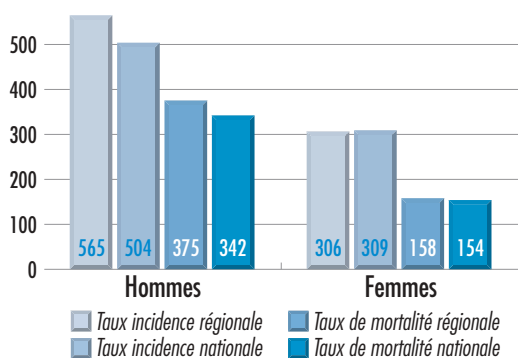
Sites de référence ou orientés en cancérologie

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

Population : 1 342 202

DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES RÉGIONALES (2002)

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.



(Valeurs pour 100 000 personnes) Sources : Insem CepiDc, INSEE

1. PRÉVENTION

Registre

Il existe un registre des cancers de la thyroïde dans la Marne, créé par le Centre J. Godinot (CLCC) à Reims depuis 1975 et soutenu par l'InVS depuis 2001.

Tabac/Alcool

Au titre du Programme Régional de Santé, 5 associations ont été financées pour un montant de 20 000 euros en 2004 (en 2003, 4 associations ont reçu 38 500 euros).

Actions jeunes

L'expérimentation nationale « Lycée sans fumée » a concerné 3 établissements en 2004. Par ailleurs, 80 établissements ont aussi choisi d'être « sans tabac » en dehors de l'expérimentation nationale et 100 établissements supplémentaires vont faire de même en 2005. Dans le même temps, 81 établissements scolaires ont bénéficié d'actions anti-tabac.

Un programme « Ecole du souffle » a été mis en place dans la région sous l'égide du CRES¹ avec un financement de l'INPES² de 180 000 euros en 2004 (180 000 euros en 2003). Quatre objectifs ont été définis : promouvoir la prévention du tabagisme, promouvoir le souffle comme outil de communication, promouvoir le sevrage tabagique et développer le partenariat entre les différents intervenants. Les publics cibles sont le milieu scolaire, le milieu

1- Collège Régional d'Éducation pour la Santé

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

professionnel et le monde de la santé. Les actions sont des formations et des accompagnements méthodologiques. Deux établissements scolaires ont été concernés en 2004. L'université technologique de Troyes appartient au réseau « Université sans tabac ».

Actions entreprises

Deux entreprises se sont engagées dans l'« Ecole du souffle » en 2004.

Sevrage tabac

Une consultation hospitalière de tabacologie dans le département des Ardennes a été créée en 2004 pour parvenir à l'objectif d'au moins une consultation hospitalière par département. L'ensemble de la région est aussi couverte par 9 consultations de tabacologie. Il existe 6 équipes de liaison hospitalières en addictologie.

Réseau « Hôpital sans tabac »

Quinze hôpitaux appartiennent à ce réseau et une maternité au réseau « Maternité sans tabac ».

Cancers professionnels

L'inspection du travail de Champagne-Ardenne a entrepris une action de sensibilisation des entreprises au risque professionnel. Elle explicite les démarches de prévention aux employeurs et aux institutions représentatives du personnel. Enfin, elle assure un contrôle de l'application de la réglementation. Il y a eu une forte mobilisation des médecins du travail lors de la réalisation de l'enquête « Summer » en 2003 portant sur le recensement des expositions professionnelles.

2. DÉPISTAGE

Deux départements, la Marne (ADPS sein) et les Ardennes (SAC80), étaient engagés depuis 1990 dans les programmes de dépistage du cancer du sein.

Les autres départements de la région, l'Aube (Adeca 10) et la Haute-Marne (ADPS 51), ont mis en place le dispositif de dépistage en juin 2003. **Pour 2004, le taux de participation estimé était de 52% pour la région.**

La Marne et les Ardennes ont été volontaires pour participer à l'expérimentation du dépistage du cancer colo-rectal. Dans les Ardennes et la Marne, 112 et 127 médecins y ont été respectivement formés. Les 508 médecins généralistes de la Marne ont reçu fin décembre 2004 les kits « Hémo occult » et ont pu commencer à inclure des patients dans le dépistage. Une communication à destination de tous les médecins de la Champagne-Ardenne, réalisée par l'URML, est

disponible depuis janvier 2005. La campagne de dépistage se poursuit cette année. L'Aube et la Haute-Marne souhaitent déposer en 2005 un dossier de candidature commun pour ce dépistage.

3. SOINS ET ACCOMPAGNEMENT

Réseau de cancérologie

Le réseau régional de cancérologie a été constitué le 24 février 2004 et s'appuie sur un support associatif. La tête de réseau est, à Reims, le pôle régional de cancérologie associant le CHU de Reims, le Centre J. Godinot (CLCC) et des établissements privés. D'autre part, un GCS³ entre le CHU et le CLCC se met en place, centré sur l'existence de Réunions de Concertation Pluridisciplinaires communes, la complémentarité des plateaux techniques et de la logistique.

Hospitalisation à Domicile (HAD)

En 2002, le nombre de places d'HAD était de 48. Aucune place n'a été créée en 2003. En 2004, on compte 54 places : 11 dans les Ardennes, 25 dans la Marne et 18 dans l'Aube. Le département de la Haute-Marne ne dispose d'aucune place en HAD. Il est donc essentiel de renforcer l'offre d'hospitalisation à domicile pour homogénéiser l'offre de soins au niveau de la région.

Soins de support

Les soins palliatifs sont assurés par 7 équipes mobiles et une unité de soins. La région est couverte à 90% par le réseau de soins palliatifs. Une consultation psycho-sociale a été mise en place en 2004 au CLCC.

Equipements lourds

Radiothérapie : 9 appareils autorisés et installés. Un « cobalt » a été remplacé en 2004 au CLCC. Un accélérateur supplémentaire doit y être installé en 2005.

TEP : un appareil a été implanté et mis en fonctionnement au Centre J. Godinot en 2003 en partenariat avec le CHU.

Scanners : 19 appareils autorisés, 16 installés (dont 3 en 2003 et 5 en 2004).

IRM : 10 appareils autorisés, 7 installés (dont 1 en 2003 et 1 en 2004). Au CHU doit être installée une deuxième IRM en septembre 2005.

Social

Deux Espaces Rencontre Information (ERI) ont été créés en 2004, l'un au CHU et l'autre au Centre Jean-Godinot.

3- GCS : Groupement de coopération sanitaire

Une expérimentation de prise en charge en appartement de coordination thérapeutique s'est développée dans le département de l'Aube, où interviennent infirmières, médecin référent et assistante de vie pour coordonner les besoins de soins et besoins sociaux pour les personnes en errance. Deux axes sont privilégiés : réinsertion et prise en charge de soins lourds, voire de soins palliatifs. Initialement, le projet s'adressait aux patients atteints du Sida, mais une extension à 6 appartements est en projet avec la perspective d'accueillir des patients atteints de cancer.

4. FORMATION

Cinq internes étaient inscrits en 2004 au DESC de cancérologie (pas d'interne en 2003).

Un DIU de soins palliatifs « formation psychisme et cancer » est organisé au niveau de la région ainsi qu'un DU sur la douleur. Une formation à l'annonce du diagnostic se met en place au Centre Jean-Godinot ainsi que des formations spécifiques du personnel pour les soins palliatifs.

5. RECHERCHE

Le cancéropôle « Grand-Est » intègre des équipes de la région Champagne-Ardenne au sein d'axes fédérateurs associant des équipes de recherche des régions Alsace, Bourgogne, Franche-Comté et Lorraine. Il faut souligner l'implication des cinq Conseils Régionaux qui ont constitué une association et s'engagent dans un cofinancement du cancéropôle.

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

Il développe des coopérations transfrontalières tel un projet franco-allemand en relation avec le Centre d'Heidelberg. Une première réunion internationale sur le thème « Cancer et virus » s'est tenue en janvier 2005 à Reims dans le cadre de cette collaboration.

Les thèmes fédérateurs sont les suivants :

- Epidémiologie : indicateurs de santé et évaluation des pratiques en cancérologie ;
- Agents infectieux et carcinogénèse ;
- Contrôle local des cancers (imagerie, outils de diagnostic, sensibilité aux traitements, nouvelles thérapeutiques) ;

- Contrôle de la dissémination tumorale (plasticité cellulaire, hétérogénéité tumorale et réaction stromale) ;
- Compréhension et maîtrise des échecs thérapeutiques ;
- Greffes hématopoïétiques et vaccins cellulaires. Modulation de l'alloréactivité et de la réponse vaccinale.

La connexion des tumorothèques avec les registres de cancer est en cours de réalisation.

Dans le cadre de l'appel à projets de recherche 2004, 2 projets ont été retenus :

- 1 projet de transfert de la génomique vers l'identification de nouvelles cibles et de nouvelles drogues ;
- 1 projet de recherche clinique en qualité de vie, épidémiologie et sciences humaines et sociales en cancérologie.

LES FEMMES MARNAISES ACTRICES DE LEUR SANTÉ

Pour sensibiliser les femmes peu accessibles ou réticentes au dépistage, une action de sensibilisation et d'information par des personnes relais sur le terrain a été entreprise dans la Marne, à partir de l'expérience de l'Aisne, mise en place par l'UDAF⁴ 02.

Un groupe de 16 femmes bénévoles a bénéficié de 2 formations : animation de réunion (organisée par l'UDAF) et formation médicale par un oncologue, un radiologue et le médecin coordonnateur de l'association de dépistage de l'ADSP-dépistage 51 en relation avec l'URML⁵.

Des réunions ont ensuite été organisées dans les cantons de la Marne, avec les associations de quartiers et pour les travailleurs sociaux par le Conseil Général de la Marne. Un numéro vert (0 800 300 863), mis en place par l'UDAF, permet aux femmes qui le souhaitent de parler de leurs inquiétudes vis-à-vis du dépistage.

Dans le même temps, étaient distribués des affichettes et des dépliants lors des réunions. Un film a aussi été diffusé, répondant aux principales questions que se posent les femmes et une séquence montrait la réalisation d'une mammographie dans un cabinet de radiologie.

4- UDAF : Union départementale des associations familiales

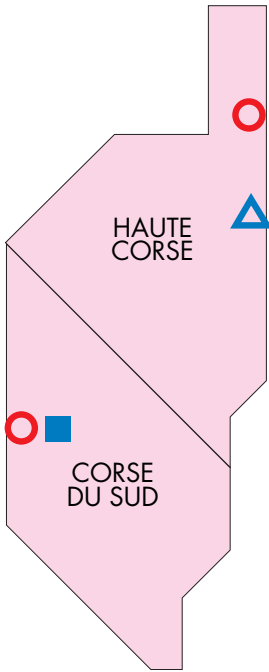
5- URML : Union régionale des médecins libéraux

Un argumentaire était mis à la disposition des femmes animatrices leur permettant de répondre aux principales questions des participantes.

L'action a été financée à hauteur de 60 000 euros par différents partenaires locaux. Dix réunions ont déjà eu lieu en 2004 à Reims, Chalons, St Hilaire le Grand, Vertus et Merlaut. Pour 2005, 17 réunions sont d'ores et déjà planifiées. Une extension nationale est envisagée en 2005 avec un projet commun UNAF⁶-FNMR⁷.

6- UNAF : Union Nationale des Associations Familiales

7- FNMR : Fédération Nationale des Médecins Radiologues



EN CORSE

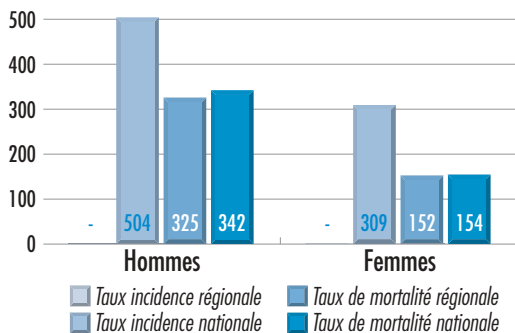
Sites de référence ou orientés en cancérologie

- Autre établissement public
- △ Établissement privé
- Centre Hospitalier Départemental

Population : 260 149

DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES RÉGIONALES (2002)

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



(Valeurs pour 100 000 personnes) Sources : Inserm CepiDc, INSEE

1. PRÉVENTION

En 2004, 3 associations ont été financées pour des actions de prévention à hauteur de 63 000 euros (en 2003, 4 associations financées pour 80 000 euros).

Tabac

Actions jeunes

Des actions coordonnées par le Centre Régional d'Information Jeunesse (CRIJ) ont concerné les jeunes (affiches, brochures, journée sans tabac). Plusieurs collèges ont choisi d'être « sans tabac ».

Sevrage tabac

Quatre consultations de tabacologie sont en place en Corse, dont une consultation hospitalière de tabacologie en Corse du Sud créée en 2004, ce qui a permis d'atteindre l'objectif national d'une consultation hospitalière par département. Il existe par ailleurs 2 équipes hospitalières de liaison d'addictologie.

Réseau « Hôpital sans tabac » et « Maternité sans tabac »

Les Centres hospitaliers de Bastia et d'Ajaccio et le CHD de Castelluccio y ont adhéré.

Alcool

La lutte contre l'alcoolisme s'appuie sur les Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA), présents dans les deux départements, lesquels assurent, en dehors des soins, des actions de prévention et de formation.

Nutrition

En 2004, 2 actions locales ont été financées pour un montant de 37 000 euros (en 2003, 2 actions pour 20 000 euros).

2. DÉPISTAGE

En mars 2004, le dépistage du cancer du sein a débuté en Haute-Corse (Arcodeca). **Le taux de participation pour 2004 était estimé à 15 %.** L'association régionale corse du dépistage des cancers (Arcodeca) assure à l'échelon régional le dépistage des cancers du sein, mais est aussi prête à centraliser le dépistage des autres cancers.

Des actions de communication sont entreprises pour mobiliser les médecins sur le terrain : réunions d'information, mais aussi mailing ou contacts téléphoniques personnalisés.

S'agissant des autres dépistages, la Corse espère participer prochainement au dépistage du cancer du côlon. Les protocoles sont en cours de validation pour le cancer du col de l'utérus. Compte tenu de l'incidence importante du cancer du poumon dans la région, des études sont en cours pour évaluer l'intérêt d'un dépistage par scanner hélicoïdal à faible dose (projet Inserm Depiscan). Si ce protocole est validé, l'Arcodeca souhaite figurer au nombre des structures pilotes.

3. SOINS ET ACCOMPAGNEMENT

Réseau de cancérologie

En 2004, 10 réseaux ont bénéficié de financement :

- 9 réseaux financés dans le cadre de la dotation régionale de développement des réseaux, (RESOP, R2C, ONCAZUR, ONCOREP, ONCOGYN, ONCOPEAU, ROTHOR, URONCO, ODIPAC) ; 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 ;
- 1 réseau financé dans le cadre du FAQSV : il s'agit du réseau ONCO 2B implanté en Haute Corse.
- 1 réseau est en cours de constitution en Corse du Sud. L'Unité de Coordination Pluridisciplinaire (UCP) de cancérologie de Castelluccio 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, qui se réunissent deux fois par mois. En 2003, 200 dossiers ont été étudiés. Au niveau de la région, l'UCP pneumo-thoracique organise des réunions régulières entre les centres de Bastia et d'Ajaccio au moyen de visioconférences.

Hospitalisation à Domicile (HAD)

En 2002, il n'existait pas de places d'HAD en Corse. Dix places ont été autorisées en 2003 et installées en 2004. De plus, une structure associative (ONCO-MAD) 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 au CH d'Ajaccio fonctionnant en articulation avec une équipe mobile. Il existe par ailleurs 8 lits identifiés de soins palliatifs.

Equipements lourds

Radiothérapie : un nouvel appareil a été installé au Centre Hospitalier de Castelluccio à Ajaccio. En 2004, ont débuté les travaux liés au remplacement de l'appareil de cobalthérapie de Bastia par un accélérateur de particules qui doit être installé en 2005.

Scanner : 5 sont autorisés et installés, dont 1 début 2005.

IRM : 2 sont autorisées et installées, dont 1 début 2005.

Social et information aux patients

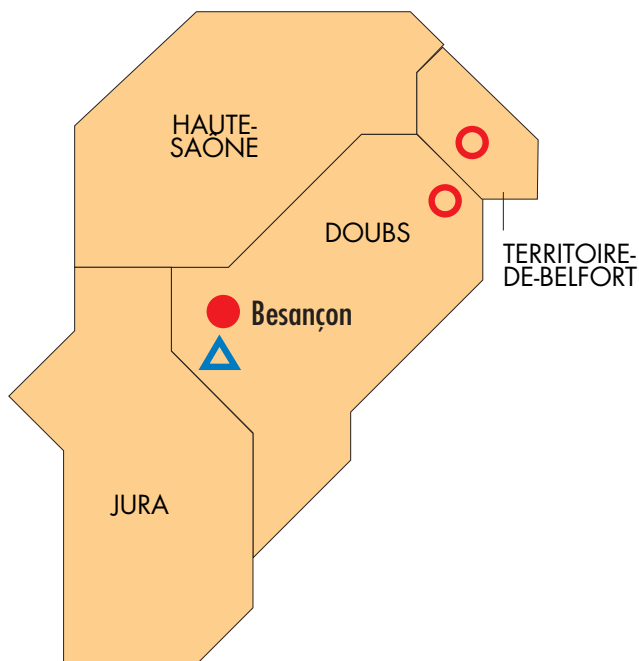
Un bus d'information sur le cancer est mis en place et contribue à l'information de la population sur le terrain.

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 effectués 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

DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES RÉGIONALES (2002)

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 élevées 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.

1. PRÉVENTION

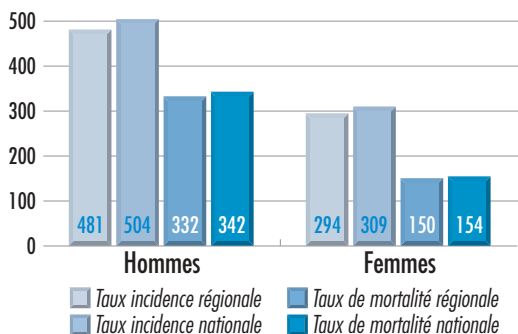
Registre

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 la prévalence, l'incidence et la mortalité des cancers en Franche-Comté a été réalisée avec l'aide de l'Observatoire Régional de la Santé (ORS).

Tabac/Alcool/Nutrition

En 2004 ont été financées :

- Sur le thème du tabac et de l'alcool : 13 associations à hauteur de 130 000 euros (en 2003, 14 associations avaient reçu 300 000 euros) ;
- Sur le thème de la nutrition : 8 associations à hauteur de 60 000 euros (en 2003, 16 associations avaient reçu 130 000 euros).



(Valeurs pour 100 000 personnes) Sources : Inserm CepiDc, INSEE

1- URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

Actions jeunes

Un projet de prévention du tabagisme en Franche-Comté a été développé par le Centre Régional pour l'Education pour la Santé (CRES) et financé par l'INPES² en 2004 à hauteur de 150 000 euros (150 000 euros en 2003). 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. Quatre établissements scolaires ont été concernés en 2004.

Actions entreprises

L'action précédemment citée a concerné 2 entreprises en 2004.

Sevrage tabac

Une consultation hospitalière de tabacologie a été créée en 2004 dans le Jura pour parvenir à l'objectif d'au moins une consultation hospitalière de tabacologie par département. Au total, 7 consultations de tabacologie fonctionnent sur l'ensemble de la région. Quatre équipes hospitalières de liaison en addictologie complètent cette prise en charge.

Réseau « Hôpital sans tabac »

Dix hôpitaux ont adhéré à ce réseau.

2. DÉPISTAGE

Le démarrage du dépistage du cancer du sein a été effectif au 1^{er} octobre 2003 pour l'ensemble de la région (ADECA). Cent quarante cinq mille femmes âgées de 50 à 74 ans sont concernées. Fin 2004, environ 100 000 femmes avaient été invitées à effectuer une mammographie. Près de 45 000 mammographies ont été réalisées à cette date, ce qui permet d'estimer **un taux de participation de 45% en 2004.**

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 en 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 2005, l'association gestionnaire (l'APCC 25) intégrera l'association ADECA, qui poursuivra ce programme de dépistage dans le Doubs.

3. SOINS ET ACCOMPAGNEMENT

Le pôle régional de cancérologie est en cours de constitution à partir du CHU de Besançon et du CH de Montbéliard. Il formalisera en Franche-Comté, qui ne dispose pas de CLCC, les solutions de recours, d'expertises, de plateaux techniques hyperspécialisés et intégrera l'innovation et la recherche clinique.

Réseau de cancérologie

Le cadre d'un réseau régional de cancérologie a été tracé et formalisé en octobre 2001 par arrêté du directeur de l'ARH. Un projet de dossier médical minimal partagé préfigure la mise en place ultérieure d'un véritable dossier *communiquant* ainsi que le prévoit le Plan et l'intégration sur la plate-forme régionale de santé de la fiche de synthèse de la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire.

Hospitalisation à Domicile (HAD)

Le nombre de places est passé de 50 places installées en 2002 à 75 en 2004.

Soins de support

Les soins palliatifs sont assurés par 8 équipes mobiles (1 équipe supplémentaire est en cours de réflexion), 6 lits identifiés et une unité de soin. La région est couverte à 100 % par un réseau de soins palliatifs. En 2004, un réseau douleur a été mis en place ainsi qu'un accompagnement psychologique en cancérologie.

Les consultations d'annonce seront mises en place en 2005 dans le cadre des retours d'expérience des établissements pilotes. Le financement d'un relais infirmier a débuté en 2004. 1,5 poste de psycho-oncologue a été créé en 2004.

Equipements lourds

Radiothérapie : 5 appareils sont autorisés et installés, dont un en 2003 au CHU. Un poste de radiothérapeute et 1,5 poste de manipulateur radio sont venus renforcer les effectifs de la radiothérapie en 2004.

TEP : un appareil a été installé au CHU en 2003.

Scanners : 6 nouveaux appareils ont été installés (3 en 2003, 3 en 2004) et un appareil a été renouvelé.

IRM : 4 appareils ont été installés (3 en 2003, 1 en 2004).

2- INPES : Institut National de Prévention et Education pour la Santé

Accès aux traitements onéreux

Une commission régionale de l'innovation thérapeutique avait été mise en place dès 2000 par l'ARH pour superviser et organiser le financement des molécules coûteuses et innovantes. Une Structure Régionale d'Echanges et de Concertation a été installée par le directeur de l'ARH en décembre 2004 et des Contrats de Bon Usage seront signés avec les établissements de santé en 2005 pour les médicaments onéreux de la liste T2A.

Tumorothèques

Des financements ont été obtenus en 2002 et 2003 pour le renforcement des capacités de conservation en tumorothèque. Un financement du logiciel Tumorotek a été accordé en 2004.

4. FORMATION

En 2004, 3 internes étaient inscrits au DES d'hématologie et 5 internes au DES d'oncologie, 1 en radiothérapie et 4 en oncologie médicale (en 2003 étaient inscrits 2 internes en oncologie médicale et 1 en radiothérapie, 2 internes au DES d'hématologie).

5. RECHERCHE

Le PHRC national 2003 a financé 3 projets de recherche clinique en cancérologie soutenus par le CHU de Besançon.

Le cancéropôle « Grand-Est » intègre des équipes de la région Franche-Comté au sein d'axes fédérateurs associant des équipes de recherche des régions Alsace, Bourgogne, Champagne-Ardenne et Lorraine. Il faut souligner l'implication des cinq Conseils Régionaux qui s'engagent à cofinancer le cancéropôle et ont constitué une association.

L'objectif de ce cancéropôle, placé 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. Il développe des coopérations transfrontalières tel un projet franco-allemand en relation avec le centre d'Heidelberg. Une première réunion internationale sur le thème « Cancer et virus » s'est tenue en janvier 2005 à Reims dans le cadre de cette collaboration.

Les thèmes fédérateurs sont les suivants :

- Epidémiologie : indicateurs de santé et évaluation des pratiques en cancérologie ;
- Agents infectieux et carcinogénèse ;
- Contrôle local des cancers (imagerie, outils de diagnostic, sensibilité aux traitements, nouvelles thérapeutiques) ;
- Contrôle de la dissémination tumorale (plasticité cellulaire, hétérogénéité tumorale et réaction stromale) ;
- Compréhension et maîtrise des échecs thérapeutiques ;
- Greffes hématopoïétiques et vaccins cellulaires. Modulation de l'alloréactivité et de la réponse vaccinale.

La connexion des tumorothèques avec les registres du cancer est en cours de réalisation.

Dans le cadre de l'appel à projets de recherche 2004, 2 projets ont été retenus :

- 1 projet de transfert de la génomique vers l'identification de nouvelles cibles et de nouvelles drogues ;
- 1 projet de recherche clinique en qualité de vie, épidémiologie et sciences humaines et sociales en cancérologie.

UN OUTIL AU SERVICE DES RÉSEAUX : LES « TIC » (TECHNIQUES DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION)

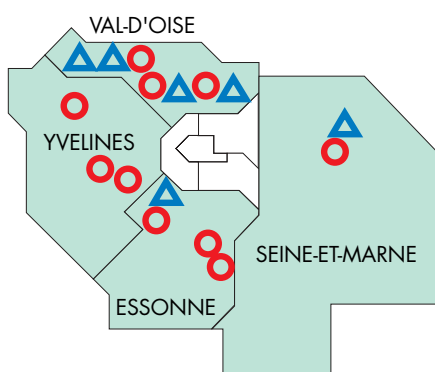
A l'aide des TIC, une plate-forme régionale de santé a été mise en place en Franche-Comté selon le cahier des charges défini par l'ARH et l'URCAM. Elle abrite le dossier médical partagé (dossier communiquant), notamment sa composante minimale qui est le DMMP (Données Médicales Minimum Partagées). A ce 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. Dans le cadre de cette dynamique « TIC », la Franche-Comté a développé la télé-médecine alliant notamment télé-imagerie et visioconférence qui permettent les consultations à distance de spécialistes. La région Franche-Comté a été sélectionnée dans le cadre de l'appel à projets européen de télé-médecine.

PRÉVENTION DES CANCERS PROFESSIONNELS : ACTION DE LA CRAM BOURGOGNE - FRANCHE- COMTÉ

En partenariat avec les CRAM Nord-Est et Alsace-Moselle, la CRAM Bourgogne - Franche-Comté a mis en place une aide, disponible sur internet, permettant aux entreprises d'évaluer leurs risques chimiques. Elle intervient aussi auprès des fournisseurs de produits de la région afin que les substances cancérigènes soient remplacées aussi souvent que possible. Lorsqu'une substitution n'est pas possible, elle invite à mettre en place une ventilation efficace.

En liaison avec l'Institut national de recherche et de sécurité, les 3 CRAM ont mis en place le LICE (Laboratoire Interrégional de Chimie de l'Est), qui intervient à leur demande dans les entreprises pour mesurer les pollutions des atmosphères de travail. Globalement, ce laboratoire effectue plus de 1200 prélèvements annuels dans une centaine d'entreprises des trois régions. Dans le même esprit de coopération a été mis en place le CIMPE (Centre Interrégional de Mesures Physiques de l'Est) qui intervient dans les entreprises dans le cadre des dispositifs de ventilation.

Les données recueillies dans tous les laboratoires inter-régionaux alimentent une base informatique nationale « Colchic » les synthétise et les exploite scientifiquement.



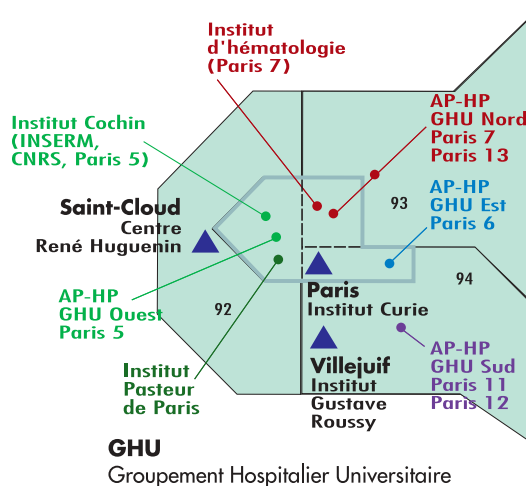
Sites de référence ou orientés en cancérologie

○ Autre établissement public

▲ Établissement privé

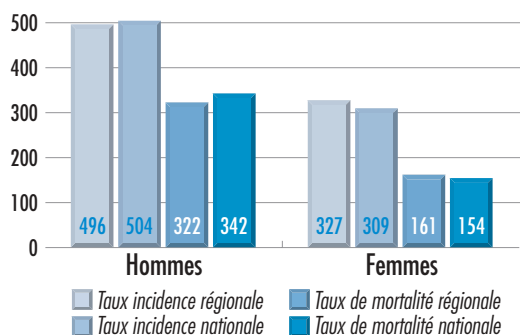
Population : 10 951 136

EN ILE-DE-FRANCE



DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES RÉGIONALES (2002)

Le nombre de nouveaux cas de cancer en Ile-de-France est 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.



(Valeurs pour 100 000 personnes) Sources : Inserm CapiDc, INSEE

1. PRÉVENTION

Registres et études épidémiologiques

Une étude de faisabilité d'un registre du cancer en Ile-de-France a été initiée fin 2004 par la CIRE¹ en partenariat avec les établissements hospitaliers, les anatopathologistes et la DRASS². Le recueil effectif des données se fera au cours du 3^{ème} trimestre 2005. Un projet de l'InVS³, plus spécifiquement centré sur la surveillance des cancers thyroïdiens démarre en 2005, avec la perspective de l'étendre ultérieurement à la France entière.

La constitution d'une base de données histopathologiques par le Centre de Regroupement Informatique et Statistique d'Anatopathologie en Ile-de-France (CRISAPIF) de toutes les néoplasies mammaires diagnostiquées dans la région, en lien avec la campagne de dépistage, est aussi en cours.

Tabac

En 2004, 52 associations ont bénéficié d'un financement dans le cadre du projet régional de santé pour la somme de 385 000 euros (en 2003, 48 associations, 239 000 euros).

Actions jeunes

Le programme expérimental national « Lycée sans fumée » est mis en œuvre dans 3 lycées pilotes parisiens depuis

1- CIRE : Cellule d'Intervention Régionale en Epidémiologie dépendant de l'InVS

2- DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales

3- InVS : Institut de veille sanitaire

la rentrée 2003. Dans ces établissements, un centre d'information et de conseil propose aux élèves information et soutien au sevrage. Trente-six autres lycées ont opté pour la suppression du tabac à l'intérieur des établissements.

De plus, chaque recteur a envoyé un courrier à tous les établissements leur rappelant que l'application de la loi Evin était obligatoire dans leur enceinte. Au total, sur les 1 454 établissements secondaires d'Ile-de-France, 794 actions de prévention ont été réalisées en 2004, 306 concernant le tabac et 271 le cannabis. L'opération « aujourd'hui, je ne fume pas » qui organise des journées sans tabac avec des animations a été mise en place par 47 lycées.

Dans le cadre des appels à projets régionaux, le « projet FESTIF » est mis en place par l'Alliance contre le tabac en Ile-de-France, au sein des universités avec le soutien financier de l'INPES⁴ (en 2003 et 2004 pour un montant de 600 000 euros). Début 2005, 16 universités sur 17 avaient adhéré à ce projet.

Cinq universités appartiennent au réseau « Université sans tabac » en 2004 et sept supplémentaires ont prévu d'y adhérer en 2005.

Actions entreprises

Dans le milieu professionnel, le CRESIF⁵ 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 (dans le cadre des appels à projets régionaux) pour une somme de 244 000 euros en 2004 (244 000 euros en 2003). Sur l'ensemble de la région, 36 entreprises ont été le lieu d'une action de prévention du tabagisme.

Actions femmes enceintes

Depuis 2004, l'URCAM⁶ envoie à chaque femme enceinte une plaquette d'information sur les méfaits du tabagisme au cours de la grossesse. Elle implique aussi les maternités en leur fournissant des analyseurs de CO et a mis en place une étude portant à la fois sur la mesure des taux de CO chez les femmes enceintes et sur le recueil de paramètres de la naissance dont les résultats seront disponibles en 2005. En 2 ans (2004-2005) l'action de formation du personnel de PMI à l'aide au sevrage par des tabacologues sur 2 jours va concerner 1000 personnes. Sept des 8 départements sont impliqués dans cette action.

Sevrage tabac

Un appel à projet spécifique pour la prévention et la prise en charge du tabagisme dans les hôpitaux psychiatriques, les structures sociales et médicosociales a

été lancé fin 2004 par la DRASS pour une réalisation en 2005.

Six établissements parisiens ont expérimenté en 2004 une consultation hospitalière collective de tabacologie permettant ainsi de réduire les délais des premiers rendez-vous des consultations de sevrage tabagique. La région propose actuellement 100 consultations de tabacologie (dont 11 supplémentaires en 2004) avec au moins une consultation hospitalière de tabacologie par département. Il existe par ailleurs 56 équipes hospitalières de liaison en addictologie pour renforcer ce dispositif. Un manuel d'aide à l'arrêt du tabac par « soi-même » sera mis en ligne en 2005 sur les sites internet de l'URCAM-IF et des caisses d'assurance maladie d'Ile-de-France. Il est destiné aux fumeurs qui souhaitent s'arrêter et aux professionnels de santé.

Réseau « Hôpital sans tabac »

Il existe 98 hôpitaux adhérents à ce réseau et 7 maternités au réseau « Maternité sans tabac ».

Alcool

Avec le soutien méthodologique de l'INSERM⁷, la CRAMIF⁸ et le rectorat ont mis en place un programme expérimental de prévention de l'alcoolisation excessive et autres produits psychoactifs (projet CAPRI) chez les collégiens de 12 à 16 ans. Ce programme de 3 ans, initié en 2001, intègre un volet à destination des parents lors des deux premières années. L'évaluation de ce programme, réalisée par l'ORS⁹ d'Ile-de-France en 2004, comparait 1200 élèves participant à ce programme à un nombre égal d'élèves n'ayant pas bénéficié de la prévention. Elle a montré une amélioration des connaissances relatives à l'alcool et à ses risques, mais sans infléchissement net de sa consommation. Cette évaluation va permettre de mieux cibler des actions futures en insistant sur l'environnement familial et social des jeunes.

Dans le milieu étudiant, le projet PARME prévoit un dispositif de prévention des conduites à risque intégré aux événements festifs, en particulier la consommation d'alcool. Cette action, initiée en 2003 par la CRAMIF en partenariat avec l'ANPAA¹⁰ et des mutuelles étudiantes au sein d'une université et de 4 grandes écoles, s'étend en 2004 à deux universités et 5 grandes écoles.

4- INPES : Institut National de Prévention et Education pour la Santé

5- CRESIF : Comité Régional pour l'Education à la Santé d'Ile-de-France

6- URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

7- INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

8- CRAMIF : Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile-de-France

9- ORS : Observatoire Régional de la Santé

10- ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoolologie et en Addictologie

Un rapport sur l'offre de soins en alcoologie a été réalisé en 2004 et a montré une offre faible et mal répartie. Ces données vont permettre de renforcer l'adéquation entre les besoins et l'offre.

Cancers professionnels

Trois axes sont en cours de développement :

- Prévention des expositions aux produits cancérigènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction avec la rédaction d'une liste nominative des entreprises à risque de cancer professionnel, identification et promotion de solutions de substitution. Une journée d'échange autour des expériences réalisées et des projets à élaborer est prévue au premier semestre 2005 ;
- Mise en place du suivi post-professionnel dont le démarrage est prévu pour 2005 ;
- Repérage de l'origine professionnelle de certains cancers : une étude pilote sur le cancer de la face (sinus, ethmoïde) et de la vessie à partir des cas recensés par les registres se met en place en 2005. Elle permettra d'évaluer l'origine professionnelle de ces cancers à partir d'un questionnaire sur l'activité professionnelle et extra-professionnelle.

Soleil et cancers de la peau

Une campagne de prévention et d'information sur le risque solaire a été entreprise par l'association Sécurité Solaire au printemps 2004 dans les bases de loisirs et les centres sportifs.

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 (Admc) depuis 2000, de la Seine-Saint-Denis (Ardepas) 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. **L'estimation de l'activité de dépistage était de l'ordre de 35 % pour 2004 (23 % pour 2003).**

Des actions plus spécifiques vers les femmes en difficulté économique ou socioculturelle sont réalisées.

L'expérimentation du dépistage du cancer colo-rectal a débuté pour l'Essonne en janvier 2004 et la formation des médecins généralistes en octobre 2004 pour la Seine-Saint-Denis avant l'envoi des invitations.

Le taux de participation estimé pour l'Essonne en 2004 était de 17%. Il n'y a pas d'estimation possible pour la Seine-Saint-Denis en 2004, compte tenu du démarrage tardif.

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, a mené deux études épidémiologiques concernant le cancer du col de l'utérus et le cancer du colon et s'appête à mettre en place un recueil de données 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 des outils permettant d'évaluer les effets de ces campagnes.

3. SOINS ET ACCOMPAGNEMENT

L'ARH¹¹ vient de mener à bien la procédure d'identification des sites et des réseaux de cancérologie (plus d'une centaine de dossiers déposés, regroupant environ 150 établissements) et prépare le volet cancérologie du SROS 3 en tenant compte de la circulaire ministérielle du 22 février 2005.

La constitution d'un pôle régional de cancérologie associant les 3 Centres de Lutte Contre le Cancer et l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris a progressé en 2004 sans encore aboutir à sa forme définitive.

Réseau de cancérologie

Douze réseaux de cancérologie de taille et de couverture géographique variable étaient reconnus et financés en 2003 : 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), ONCO-NORD (Est du Val-d'Oise et Nord de la Seine-Saint-Denis).

Deux réseaux supplémentaires ont été créés en 2004 : ONCO 93 et ONCO 92 sud. Deux autres sont en voie de constitution pour la Seine-et-Marne sud et les Yvelines sud.

Des travaux préparatoires ont débuté en 2004 et devraient aboutir en 2005 à l'élaboration d'un réseau régional.

11- ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation

Hospitalisation à Domicile (HAD)

En 2002, le nombre de places d'HAD était de 2303 places autorisées, dont 2251 installées. En 2003, le nombre de places est resté stable. En 2004, 10 places ont été installées, en portant le nombre à 2261.

Soins de support

En 2004, 4 postes de psychologues ont été créés (4 en 2003).

Les soins palliatifs étaient assurés en 2004 par 59 équipes mobiles (dont 2 équipes supplémentaires depuis 2003), 25 unités de soins, 19 cliniques agréées et 600 lits identifiés.

Onze réseaux de soins palliatifs sont présents dans cinq départements sur 8 en Ile-de-France et couvrent environ 60% de la région.

L'expérimentation du dispositif d'annonce a été mis en place en 2004 dans 8 CHU, 2 CLCC, 4 Centres Hospitaliers et 1 clinique.

Equipements lourds

Radiothérapie : Soixante quinze accélérateurs sont fonctionnels en 2004.

TEP : 9 sont fonctionnels début 2005, six autres appareils doivent être installés dans les années à venir.

Scanners : 166 appareils installés (29 autorisés en 2003, 3 en 2004).

IRM : 104 appareils installés (23 autorisés en 2003, 20 en 2004).

Social et information aux patients

Quatre kiosques d'information implantés hors hôpital sont actuellement 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 annuelle de 3 de ces structures représente environ 3500 contacts, avec demande de soutien psychologique dans 70% des cas. Un tiers des consultants font partie de l'entourage des patients avec une demande de suivi de deuil dans près de la moitié des cas.

Trois Espaces Rencontre Information (ERI) pour les patients et leurs proches au sein des établissements de soins sont ouverts et 4 supplémentaires sont en projet. Un appel à projets a été lancé fin 2004 pour recenser les dispositifs de soins, d'aide et d'accompagnement des personnes atteintes de cancer. Des projets de formation des aidants à l'accompagnement des malades, de coordination des dispositifs d'aide aux personnes malades et aux proches vont se concrétiser en 2005.

4. FORMATION

En 2004, 10 internes étaient inscrits au DES de cancérologie : 8 en oncologie médicale et 2 en radiothérapie (en 2003, 7 en oncologie médicale et 2 en radiothérapie). En 2004, 11 internes étaient inscrits au DES d'hématologie (9 en 2003).

5. RECHERCHE

En 2004, le PHRC national a financé 14 projets de recherche clinique en cancérologie soutenus par des CHU et des CLCC (15 en 2003).

Le canceropôle d'Ile-de-France s'est constitué en Groupement d'Intérêt Scientifique (GIS) par décision du 7 juillet 2004 et intègre des équipes de l'Institut Curie, de l'Institut Gustave-Roussy (IGR), de l'Institut universitaire d'hématologie de l'Hôpital Saint-Louis (Paris VII) et de l'AP-HP, de l'Institut Cochin et du Centre René Huguenin. Au total, 100 unités de soin, 50 unités INSERM et 70 unités CNRS participent au canceropôle.

Les thèmes fédérateurs sont les suivants :

- Carte d'identité des tumeurs : des tumorothèques aux nouveaux outils diagnostiques et à la mise au point de traitements personnalisés ;
- De la biologie des tumeurs aux thérapeutiques innovantes du cancer ;
- Relation hôte-tumeur : réactions immunitaires, vascularisation (angiogenèse), développement métastatique ;
- Le poids des gènes et leur interaction avec notre environnement : agents infectieux et cancers, interaction gène-environnement, prédispositions génétiques ;
- Imagerie fonctionnelle du cancer : de la molécule au corps entier dans une vision cognitive, clinique et d'innovation technologique ;
- Vers une nouvelle recherche clinique grâce à de nouveaux outils pour la définition et l'évaluation des essais thérapeutiques.

Dans le cadre de l'appel à projets de recherche 2004 ont été retenus :

- 1 projet de transfert de la génomique au diagnostic et au pronostic des cancers ;
- 2 projets de transfert de la génomique vers l'identification de nouvelles cibles et de nouvelles drogues.
- 3 projets d'imagerie et radiothérapie ;
- 2 projets d'immunothérapie du cancer.

DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN :

AIDE À L'IDENTIFICATION DES FEMMES ÉLIGIBLES

Pour favoriser l'implication des médecins généralistes, gynécologues et radiologues dans le dépistage organisé du cancer du sein au niveau du processus d'invitation des femmes au dépistage, une expérimentation d'un module informatique sur un site web sécurisé est lancée depuis janvier 2005 en Ile-de-France. Il s'agit du site www.neonet.idf.org. Il héberge une base de données régionale informatisée regroupant les fichiers départementaux des femmes invitées au dépistage organisé par les structures de gestion, permettant ainsi aux professionnels de santé qui le consultent, de savoir rapidement si une femme est éligible au dépistage organisé du cancer du sein. Le médecin peut alors imprimer une prise en charge électronique et inciter ainsi les femmes à participer au dépistage organisé. C'est la structure de gestion qui délivre le mot de passe au médecin. Elle est informée automatiquement de la délivrance d'une invitation. D'autres régions ou départements vont aussi expérimenter ce type d'outils, tels Rhône-Alpes, la Lorraine, le Poitou-Charentes et le département du Gard.

UN AGENDA ANTI-TABAC POUR LES ÉLÈVES PARISIENS

La Mairie de Paris et la Ligue contre le cancer ont diffusé auprès des 17 000 élèves de CM2 des écoles publiques de Paris un agenda gratuit intitulé « J'aime ma planète, je fuis la cigarette ». L'agenda, distribué à la rentrée de septembre 2004, a été réalisé par six classes volontaires qui ont participé aux ateliers proposés par le Comité de Paris de la Ligue. Il contient des jeux, des illustrations et des messages formulés par les élèves eux-mêmes pour convaincre leurs camarades de dire « non » à la cigarette. L'accueil réservé par les élèves a été favorable : près de 85 % l'ont utilisé, les trois quarts y ont noté leurs devoirs, plus de quatre enfants sur cinq l'ont apprécié et ont notamment été sensibles aux informations concernant les méfaits du tabac sur la santé. Plus d'un tiers des enfants ont, à cette occasion, parlé du tabac avec leurs parents. Le Comité de Paris de la Ligue organise par ailleurs différentes actions (séances d'information, stands d'information, diffusion de documents...) dans les collèges et les lycées parisiens.

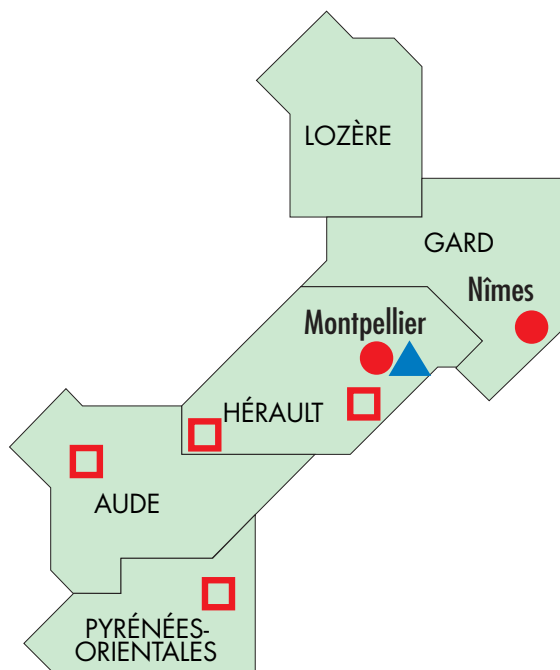
UNE CONVENTION CADRE POUR DÉVELOPPER LES RADIOS INTERNES À L'HÔPITAL

Le ministre de la Santé, la Fédération Hospitalière de France et l'association Radio Hôpital ont signé, le 15 novembre 2004, une convention cadre dont l'objectif est de promouvoir le développement des radios locales dans les établissements de soins.

Radio Hôpital, créé en 2002 propose son savoir faire radiophonique à tous les établissements pour briser l'isolement des patients et améliorer les conditions de vie à l'Hôpital. Elle donne la parole aux patients, valorise le travail des différents professionnels de santé ainsi que les événements culturels organisés au sein des établissements et elle relaie l'activité des associations. Cette action s'inscrit dans le cadre de la convention conclue le 4 mai 1999 entre les ministères de la Santé et de la Culture pour favoriser le développement d'actions culturelles à l'hôpital.

A l'hôpital Ambroise Paré de Boulogne-Billancourt, Radio Ambroise-Paré (RAP) existe depuis cinq ans, elle est gérée par 40 animateurs non rémunérés et émet tous les jours de 13h à 21h30. Cette convention va permettre de créer de nouvelles radios locales dans différents types d'établissements et de constituer un réseau, reliant les hôpitaux entre eux.

L'Hôpital Corentin Celton et le Centre européen Georges Pompidou auront bientôt leur radio locale et de nombreux autres projets sont en cours.



EN LANGUEDOC-ROUSSILLON

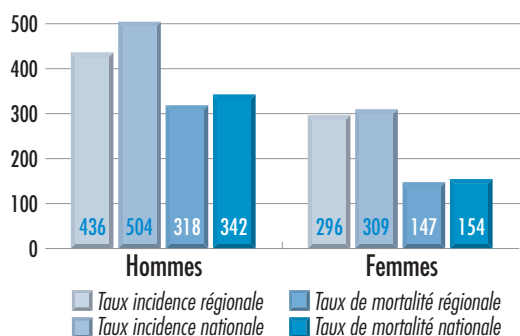
Sites de référence ou orientés en cancérologie

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

Population : 2 996 357

DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES RÉGIONALES (2002)

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.



(Valeurs pour 100 000 personnes) Sources : Inserm CepiDc, INSEE

1. PRÉVENTION

Registre

Il existe un registre général du cancer dans l'Hérault depuis 1983. Un registre a été implanté dans le Gard en janvier 2003.

Tabac/Alcool

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) en lien avec le CLCC Val d'Aurelle qui est un lieu de rencontre, d'information sur la santé et notamment en matière de cancer. Il coordonne de nombreux programmes de prévention dans la région, assure une aide méthodologique et d'évaluation pour les associations qui prennent des initiatives dans ce domaine. Un Pôle Régional d'Education pour la Santé a été créé en association avec le CRES¹. En 2004, 4 associations ont été financées pour des actions de prévention à hauteur de 23 000 euros.

Actions jeunes

Le projet « Lycée sans fumée » établi conjointement par le ministère de la Santé et le ministère de l'Education nationale concerne 2 établissements pilotes dans le département de l'Hérault depuis 2003.

Par ailleurs, 19 établissements scolaires ont été volontaires en 2004 pour appliquer strictement la loi Evin

1- CRES : Comité régional pour l'éducation à la santé

et accompagner les lycéens dans leur démarche d'arrêt du tabac (9 établissements supplémentaires par rapport à 2003).

Le programme « jeunes comme LR » qui concerne 19 lycées volontaires de la région a été financé par INPES² à hauteur de 170 000 euros en 2004 (155 000 euros en 2003) au titre de l'appel à projets régional. Un programme de prévention du tabagisme dès la maternelle (« je prends l'air »), a été mis en place en 2004.

Les services de médecine préventive des universités de Montpellier et de Pau adhèrent au réseau « Université sans tabac ».

Actions entreprises

Des programmes en entreprises (Orange, AREVA, Sanofi, PROPATA, CRAM) sont soutenus par le GEFLUC³.

Sevrage tabac

Tous les départements disposent désormais d'au moins une consultation hospitalière de tabacologie depuis le financement d'une consultation hospitalière de tabacologie en 2004 dans le département de la Lozère. Une consultation expérimentale collective de tabacologie a été implantée à l'hôpital Arnaud de Villeneuve à Montpellier, ainsi qu'au CHU de Nîmes pour réduire les délais de rendez-vous. Un total de 19 consultations de tabacologie sont disponibles sur l'ensemble de la région. S'associent à ce dispositif d'aide au sevrage tabagique 4 équipes hospitalières de liaison d'addictologie.

Réseau « Hôpital sans tabac »

Vingt et un hôpitaux appartiennent au réseau et 2 maternités au réseau « maternité sans tabac ». Il est à noter un projet tabac et grossesse avec les maternités du Gard, en partenariat avec l'URCAM⁴ et la CPAM⁵.

Nutrition

L'opération « Tout petit au restau » est un programme d'information et d'éducation nutritionnelle à l'école et au restaurant scolaire, à destination des enfants de maternelle. Des interventions en restauration scolaire ont concerné 18 000 enfants dans le cadre du programme « Mon restau en l'an 2000 ».

2- INPES : Institut National de Prévention et Education pour la Santé

3- GEFLUC : Groupement des Entreprises Françaises dans la Lutte pour le Cancer

4- URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

5- CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

Soleil et cancers de la peau

Un CD-ROM sur la prévention solaire « Bien vivre avec le soleil » a été réalisé par Epidaure.

2. DÉPISTAGE

L'Hérault a été l'un des départements pionniers en matière de dépistage du cancer du sein, la première campagne ayant été lancée en 1999. Les quatre autres départements ont démarré en octobre 2003. **Le taux de participation pour 2004 était estimé à 39%**. Il faut noter une forte disparité entre les départements avec des taux proches de 50 % pour l'Aude (53 %) et l'Hérault (44 %), alors que ceux des Pyrénées orientales (34 %) et du Gard et de la Lozère (24 %) sont plus faibles.

En matière de dépistage du cancer du colon, le département de l'Hérault et le département des Pyrénées Orientales ont été intégrés dans l'expérimentation nationale en 2004. Le taux de participation en 2004 était estimé à 25 % pour l'Hérault et à 12 % pour les Pyrénées Orientales.

3. SOINS ET ACCOMPAGNEMENT

La nouvelle organisation des soins prévue dans le Plan cancer (pluridisciplinarité, organisation en réseaux, pôle régional de cancérologie et offre graduée des soins) a pu être intégrée dans le SROS.

Un comité de pilotage a été constitué fin 2004 pour mettre en place le pôle régional de cancérologie, réunissant dans un premier temps les CHU de Montpellier et de Nîmes et le CLCC. Il s'ouvrira au privé dans un second temps.

Réseau de cancérologie

Le réseau régional OncoLR existe depuis décembre 1997 et rassemble les cancérologues du secteur privé, du CLCC, du CHU, des Centres Hospitaliers 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)

La capacité d'accueil d'HAD est restée stable de 2002 à 2004 : 63 places.

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. Il est prévu en 2005 de développer le nombre de lits identifiés en soins palliatifs. Un projet de réseau ville-hôpital doit être lancé en 2005.

L'expérimentation du dispositif d'annonce a été mise en place en 2004 au CHU et au CLCC.

Equipements lourds

Radiothérapie : le nombre de machines autorisées et installées est de 17, dont 3 l'ont été en 2003. Un accélérateur supplémentaire va être installé en 2005 au CHU de Nîmes.

TEP : 3 appareils ont été autorisés en 2004, 1 installé au CHU de Montpellier depuis juillet 2004, 1 au CHU de Nîmes qui sera installé fin 2005 et 1 dont l'installation est prévue au CH de Perpignan.

IRM : 7 appareils supplémentaires ont été autorisés entre 2002 et 2004, portant le nombre d'appareils autorisés à 17. Cinq appareils sont en attente d'installation.

Scanners : 33 autorisés et 27 installés.

Social

Deux conventions entre le CHU de Montpellier, le CLCC et des associations ont été signées en 2004 favorisant la présence des associations à l'hôpital.

4. FORMATION

En 2004, 2 internes étaient inscrits au DES de cancérologie ; un médecin et 3 internes de chirurgie étaient inscrits au DESC de cancérologie (en 2003, un interne en radiothérapie, un interne inscrit au DESC de cancérologie).

Des formations des enseignants et futurs enseignants à l'éducation à la santé sont assurées par l'IUFM de Montpellier et par la formation continue.

5. RECHERCHE

Le PHRC national 2003 a financé un projet de recherche clinique en cancérologie soutenu par le CHU de Nîmes.

Le cancéropôle du « Grand Sud-Ouest » intègre des équipes de la région Languedoc-Roussillon au sein d'axes fédérateurs associant les équipes de recherche des régions Aquitaine, Midi-Pyrénées et Limousin. Le cancéropôle regroupe des plate-formes technolo-

giques partagées et des tumorothèques ; il sera un lieu de convergence pour la recherche publique et privée.

Sept thématiques ont été sélectionnées :

- 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.

Dans le cadre de l'appel à projets de recherche 2004, 5 projets ont été retenus :

- 3 projets de transfert de la génomique au diagnostic et au pronostic des cancers ;
- 1 projet de transfert de la génomique vers l'identification de nouvelles cibles et de nouvelles drogues ;
- 1 projet de recherche clinique en qualité de vie, épidémiologie et sciences humaines et sociales en cancérologie.

EPIDAURE MOBILISÉ

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 et 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.

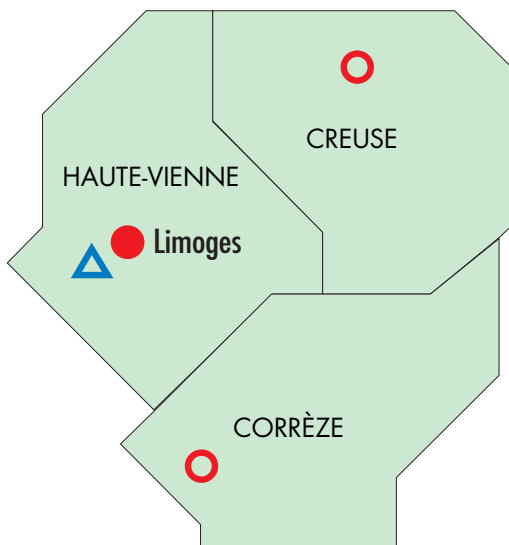
Une médiathèque offre, en prêt gratuit, films, livres, revues, cassettes, valises pédagogiques à thèmes.

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

Il existe également au sein d'Epidaure une antenne d'accueil Cancer de la Ligue contre le cancer qui assure des missions de soutien moral, d'aides financières et de conseils.

Il assure également un appui méthodologique pour les associations et des missions d'évaluation.

Avec l'Union International Contre le Cancer (UICC), il a collaboré à l'élaboration en 2005 d'un manuel européen d'aide à l'élaboration de programmes de prévention pour les organisations non gouvernementales (Prévention des cancers : stratégie d'actions à l'usage des ONG européennes).



EN LIMOUSIN

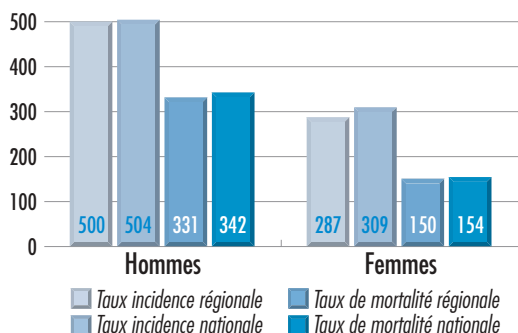
Sites de référence ou orientés en cancérologie

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

Population : 710 792

DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES RÉGIONALES (2002)

Entre 1997 et 1999, les cancers ont provoqué, en région Limousin, une moyenne annuelle de 2356 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 1997-1999).



(Valeurs pour 100 000 personnes) Sources : Inserm CepiDc, INSEE

1. PRÉVENTION

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

La DRASS 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 1 235 000 euros sur 4 ans (2001-2004).

En 2004, 25 associations ont été financées pour un montant de 700 000 euros (en 2003, 15 associations pour 167 000 euros).

Registre

Il existe un registre régional des cancers, dont l'agrément sera sollicité auprès de l'InVS¹ et de l'INSERM.

1- InVS : Institut de veille sanitaire

Tabac/Alcool

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

Actions jeunes

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

De nombreuses actions ont été développées en 2004 auprès des élèves des collèges (23) et des lycées (13). Le service de médecine préventive de la Faculté de Limoges appartient au réseau « Université sans tabac ».

Actions entreprises

Dans le cadre des appels régionaux à projet, l'INPES² a financé un projet de lutte contre le tabagisme au sein d'entreprises qui associe 8 partenaires de la région (CODES, CPAM, Comité départemental de lutte contre les maladies respiratoires, etc.). Un montant total de 72 000 euros a été attribué pour les années 2003 et 2004.

Sevrage tabac

Tous les départements disposent d'au moins une consultation hospitalière de tabacologie. Il existe 6 consultations de tabacologie dans toute la région. En renforcement est présente une équipe de liaison hospitalière en addictologie dans le département de la Creuse. Le Centre Régional d'Examens de Santé du Limousin (CRESLI) développe une consultation plus particulièrement orientée vers les publics en situation précaire.

Réseau « Hôpital sans tabac »

Quatre hôpitaux appartenaient à ce réseau en 2004.

Action alcoolisme

En ce qui concerne la prévention de l'alcoolisme, des actions sont menées dans le cadre du réseau de l'ANPAA³, représenté dans chaque département.

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. Une plaquette a été diffusée aux professionnels concernés et un dépistage est en cours d'expérimentation en Haute Vienne. La généralisation aux autres départements se fera après une phase d'évaluation de cette expérimentation.
- l'étude réalisée par l'ORS en 2003 sur l'éventualité d'une relation entre pomiculture et cancer.

- l'étude du risque de cancer lié au radon dans la région.

2. DÉPISTAGE

Le dépistage organisé du cancer du sein est expérimenté par la Haute-Vienne depuis 1996. La Corrèze est entrée dans le dispositif en mars 2003 et la Creuse en septembre 2003. **Le taux moyen de participation pour la région était estimé à 56 % en 2004 (47 % en 2003).** En Creuse, un dispositif d'aide pour les femmes en situation précaire a été mis en place. En Haute-Vienne, une action de promotion du dépistage systématique a été menée auprès des médecins généralistes et des gynécologues en 2004.

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

3. SOINS ET ACCOMPAGNEMENT

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 a élaboré et diffusé des référentiels de bonnes pratiques pour la prise en charge des différents cancers. Il organise des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire dans chaque département.

Il existe aussi un réseau d'onco-hématologie et un d'onco-hématologie pédiatrique.

Le réseau ONCORESE « ville-hôpital » fédère les médecins généralistes libéraux, des pharmaciens de ville et des infirmières libérales pour les patients pris en charge par le CH de Brive.

Un nouveau réseau s'est structuré en 2004, Cytolim, qui réalise des transferts d'images et de biologie en onco-hématologie.

Oncologie pédiatrique

Une organisation spécifique est prévue pour la prise en charge des enfants au CHU de Limoges. Elle promeut notamment la scolarisation à l'hôpital. 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).

Une association de parents d'enfants malades (Trait d'union) apporte une aide à la prise en charge des jeunes malades et de leur entourage.

2- INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation à la Santé

3- ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoolologie et Addictologie

Hospitalisation à Domicile (HAD)

Il existait 62 places autorisées d'HAD en 2002. En 2004, 63 places supplémentaires ont été autorisées.

Soins de support

Deux postes de psycho-oncologue ont été créés en 2004 (2,5 postes en 2002). Un dispositif d'amélioration de l'accueil et du suivi du patient a été mis en place par le centre médico-chirurgical de Ste Fevre en Creuse.

La prise en charge des soins palliatifs est assurée par 3 équipes mobiles avec la mise en place progressive d'un réseau régional qui couvrira à terme toute la région. Une unité de soins palliatifs va être créée en 2005 au CHU de Limoges. De même, vont être identifiés 53 lits dédiés aux soins palliatifs dans des structures de court séjour.

Social et information des patients

Dans le cadre des actions d'aide à la vie quotidienne menées par la Ligue contre le Cancer, une coordination est assurée par un travailleur social pour les dispositifs favorisant le retour à domicile et la qualité de vie des malades. 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. Des financements pour l'amélioration de la qualité de vie (pompes anti-douleurs, dispositifs esthétiques, etc...) ont été attribués aux comités départementaux de la Ligue contre le cancer par la DRASS. Le comité départemental de la Ligue a mis en place en 2004 au CH de Brive un espace « accueil-information-rencontre » au sein du service d'oncologie.

Equipements lourds

Radiothérapie : il existe 5 accélérateurs, les 2 « cobalt » ont été remplacés. Le personnel de radiothérapie a été renforcé avec la création de 3 postes temps plein (1 radiopharmacien, 1 radiophysicien et 1 manipulateur radio) en 2004.

TEP : un appareil sera installé à la fin du premier semestre 2005 au CHU de Limoges.

Scanners : leur nombre est passé de 6 à 9 appareils, avec l'installation de 2 appareils en 2003 et d'1 en 2004.

IRM : leur nombre a été renforcé par 2 appareils en 2002 et 2003. Il reste une IRM autorisée à installer.

Tumorothèque

Une structure de ce type vient d'être créée à Limoges.

4. FORMATION

En 2004, un interne était inscrit au Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de cancérologie (un interne en cancérologie en 2003).

5. RECHERCHE

Le PHRC national a financé en 2004 un projet soutenu par le CHU de Limoges (2 projets en 2003).

Le Limousin participe au cancéropôle du « Grand Sud-Ouest » avec les équipes de recherche des régions Aquitaine, Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon.

Il regroupe des plates-formes technologiques partagées et des tumorothèques et sera un lieu de convergence pour la recherche publique et privée.

Sept thématiques ont été sélectionnées :

- 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.

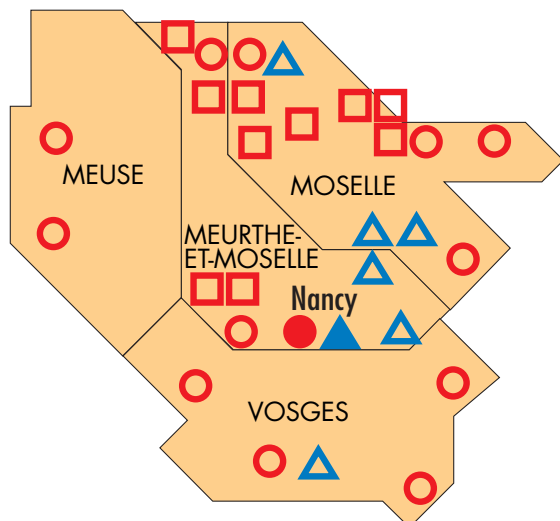
Dans le cadre de l'appel à projets de recherche 2004, 4 projets ont été retenus :

- 3 projets de transfert de la génomique au diagnostic et au pronostic des cancers ;
- 1 projet de transfert de la génomique vers l'identification de nouvelles cibles et de nouvelles drogues.

UNE ACTION DE PRÉVENTION AUPRÈS DES ÉLÈVES DE CM2

En Haute-Vienne, la Ligue contre le cancer et l'Inspection Académique ont distribué aux élèves de CM2, lors des rentrées 2003 et 2004, un cahier de texte présentant des messages de prévention, notamment vis-à-vis du tabac dans un style non moralisateur et avec des dessins d'enfants en illustration. Il a pour but de sensibiliser toute une classe d'âge au risque du tabac avant l'entrée dans le tabagisme.

Une évaluation de l'attrait de ce document a été réalisée auprès des enfants, des parents et des maîtres avec un indice de satisfaction très important pour les 3 catégories.



EN LORRAINE

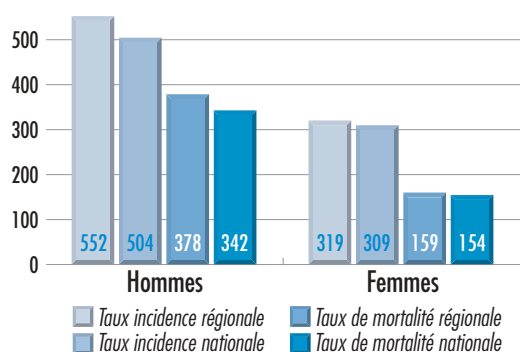
Sites de référence ou orientés en cancérologie

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

Population : 2 310 023

DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES RÉGIONALES (2002)

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.



(Valeurs pour 100 000 personnes) Sources : Inserm CepiDc, INSEE

1. PRÉVENTION

Tabac/Alcool

Pour 2004, 25 associations ont été financées sur les thèmes du tabac (13 associations pour un montant de 90 000 euros), de l'alcool (3 associations pour la somme de 10 000 euros), de la nutrition (9 associations pour la somme de 58 000 euros) et sur le thème spécifique du cancer (3 associations pour la somme de 15 000 euros).

Le programme pluriannuel de lutte contre le tabagisme («Le défi lorrain»), a été financé par l'INPES¹ dans le cadre de l'appel à projets régionaux pour la somme de 140 000 euros en 2004 (145 000 euros 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 s'est traduite notamment sous forme de consultations d'aide à l'arrêt du tabac.

Actions jeunes

En 2004, 23 établissements scolaires (8 supplémentaires par rapport à 2003) ont participé au «défi lorrain». A la rentrée 2004, un projet expérimental de prévention du tabagisme a été mené auprès de lycées pilotes dans les Vosges avec un programme sur 2 ans en vue d'une généralisation aux 24 lycées du département. Les services de médecine préventive de 2 universités de Nancy participent au réseau «université sans tabac».

1- INPES : Institut National de Prévention et Education pour la Santé

Femmes enceintes

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.

Sevrage tabac

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 a été mise en place au CHU de Nancy. Au total, la région dispose de 16 consultations de tabacologie.

Réseau « Hôpital sans tabac »

Vingt-cinq hôpitaux participent à ce réseau avec une forte implication du département de la Moselle qui comporte à elle seule 13 de ces établissements. La maternité du Centre Hospitalier de Neufchâteau participe au réseau « Maternité sans tabac ».

Nutrition

Dans le cadre du Programme National Nutrition Santé (PNNS), des actions ont été programmées sur la période 2002-2004 sur la thématique « Boire, bouger, manger » : éducation nutritionnelle des jeunes en insertion, 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 » sur 2003 et 2004 axée sur la surveillance des risques professionnels.

En Moselle, les actions 2004-2005 ont porté sur la prise en compte du risque chimique et sur le risque des rayonnements ionisants.

De façon plus globale, il est nécessaire de mieux former les médecins libéraux aux pathologies professionnelles.

2. DÉPISTAGE

Le dépistage organisé du cancer du sein a été généralisé dans les quatre départements de la Lorraine à la fin de l'année 2003.

Ce dépistage était déjà mis en œuvre depuis plusieurs années dans les départements de la Meurthe et Moselle (Apodes, depuis 1996) et de la Moselle (Amodemas, depuis 1997). Le dispositif de dépistage organisé a été effectif en décembre 2003 dans les Vosges (Avodeca) et en Meuse (AMPM).

L'estimation du pourcentage global de participation des femmes de la région au dépistage montre une montée en charge en 2004 avec un taux de participation de 31% (20% pour l'année 2003).

Dans le cadre de l'expérimentation du dépistage du cancer colo-rectal, le département de la Moselle a débuté 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 CRES et du réseau ONCOLOR.

3. SOINS ET ACCOMPAGNEMENT

Réseau de cancérologie

En Lorraine, le réseau ONCOLOR a été agréé en juin 1998. Il intègre 53 établissements de santé, répartis sur les 4 départements, regroupant les secteurs public et privé prenant en charge des patients atteints de cancer. Il intègre également les médecins généralistes et des associations d'usagers.

Hospitalisation à Domicile (HAD)

Les capacités d'HAD dédiées à la cancérologie étaient de 37 places en 2002. Il a été autorisé 50 places à Nancy en 2003, mais qui ne sont pas encore installées. Cinq places ont été installées dans le même temps à Gorze, portant à 42 le nombre total de places en 2004.

Soins de support

Une convention a été signée en 2003 entre le CHU de Nancy et le Centre Alexis Vautrin (CLCC) 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 12 équipes mobiles (1 supplémentaire en 2004) et 54 lits identifiés. Deux unités de soins palliatifs sont en cours de labellisation en 2005 au CHU de Nancy et au CHR de Metz-Thionville. Le réseau de soins palliatifs couvre la totalité de la région.

L'expérimentation du dispositif d'annonce financée dans le cadre du Plan cancer a été mis en place en 2004 dans le CHU de Nancy et au Centre Alexis Vautrin. Quatre postes de psycho-oncologues ont été financés en 2004 sur les crédits Plan cancer.

Equipements lourds

Radiothérapie : 15 des 17 appareils autorisés sont

installés (dont un en 2003 et trois en 2004). Les deux appareils restants doivent être installés sur le territoire de Lorraine Nord-Est qui ne possède pas d'équipement et dont la moitié des patients sont traités en Alsace. Trois manipulateurs radio sont venus renforcer les équipes en 2004.

TEP : Un appareil sur les deux autorisés a été installé au CHU de Nancy fin 2003. Le deuxième est en cours de financement pour une installation à Metz. Il faut souligner la présence à Nancy depuis septembre 2003 d'un cyclotron dédié au Grand-Est et qui a également vocation de recherche.

Scanners : 27 appareils autorisés, 26 appareils installés (dont 5 en 2003 et 2 en 2004). Un scanner supplémentaire doit être installé en 2005.

IRM : 17 machines autorisées, 11 installées (dont 2 en 2003 et 3 en 2004).

Social et information des patients

La région dispose d'un kiosque d'information pour les patients. Depuis 2002, existe également un site internet associatif sur le cancer du sein dans le département de la Meurthe et Moselle (www.cancer-sein.fr).

Un ERI, implanté au sein du CLCC en partenariat avec le CHU, est ouvert au public.

4. FORMATION

En 2004, 6 internes étaient inscrits au DES de cancérologie, option radiothérapie (en 2003, 9 internes, 3 en oncologie et 6 en radiothérapie). En 2004, un interne était inscrit au DES d'hématologie (en 2003, 3 internes en 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 en 2003-2004. Un site internet (www.infos-patients.net) destiné à l'ensemble des soignants, a pour objectif d'apporter des informations sur la relation médecin/patient.

Une formation spécifique pour les infirmières sur la chimiothérapie à domicile est assurée par le centre Alexis-Vautrin depuis 2003.

5. RECHERCHE

En 2004, le PHRC national a financé 1 projet de recherche en cancérologie soutenu par le CHU de Nancy (un projet du CHU de Nancy financé en 2003).

Le **cancéropôle « Grand-Est »** intègre des équipes de la région Lorraine au sein d'axes fédérateurs associant des équipes de recherche des régions Bourgogne, Champagne-Ardenne, Alsace et Franche-Comté. Il faut souligner l'implication des cinq Conseils Régionaux qui se sont engagés à cofinancer le cancéropôle et ont constitué une association.

Ce cancéropôle développe des coopérations transfrontalières tel le projet franco-allemand en relation avec le Centre d'Heidelberg. Une première réunion internationale sur le thème « cancer et virus » s'est tenue en janvier 2005 à Reims dans le cadre de cette collaboration.

Les thèmes fédérateurs sont les suivants :

- Epidémiologie : indicateurs de santé et évaluation des pratiques en cancérologie ;
- Agents infectieux et carcinogénèse ;
- Contrôle local des cancers (imagerie, outils de diagnostic, sensibilité aux traitements, nouvelles thérapeutiques) ;
- Contrôle de la dissémination tumorale (plasticité cellulaire, hétérogénéité tumorale et réaction stromale) ;
- Compréhension et maîtrise des échecs thérapeutiques ;
- Greffes hématopoïétiques et vaccins cellulaires. Modulation de l'alloréactivité et de la réponse vaccinale.

La connexion des tumorothèques avec les registres de cancer est en cours de réalisation.

Dans le cadre de l'appel à projets de recherche 2004, 2 projets ont été retenus :

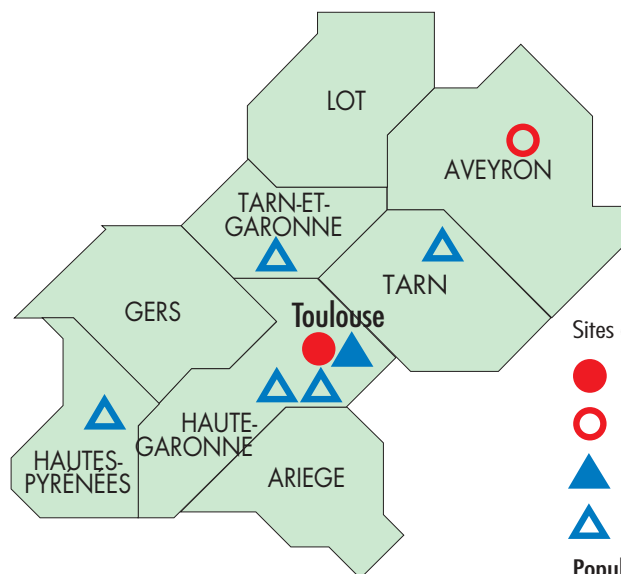
- 1 projet de transfert de la génomique vers l'identification de nouvelles cibles et de nouvelles drogues ;
- 1 projet de recherche clinique en qualité de vie, épidémiologie et sciences humaines et sociales en cancérologie.

ONCOLOR HYPER ACTIF

Création du réseau « ONCOLOR » en 1998 financé sur la période 1998-2002 par un budget de 260 000 euros de l'ARH. Depuis le 1^{er} trimestre 2002, un site internet **www.oncolor.org** est accessible aux professionnels, aux patients et au grand public.

Les travaux menés par le réseau depuis 6 ans portent sur :

- la pluridisciplinarité (référentiels et comités de concertation pluridisciplinaire (CCP)) ;
- la reconnaissance des sites de soins par audits ;
- 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) ;
- la sécurité des pharmacies hospitalières ;
- l'organisation de formations avec un financement spécifique de 33500 euros sur la période 1998-2002 correspondant à 365 heures de formation ;
- les soins de support (expérimentation du dispositif d'annonce en 2004) ;
- l'information et l'accompagnement du patient et de ses proches (groupe oncolor-patients) ;
- la contribution à la sensibilisation de la population aux campagnes de prévention et de dépistage des cancers ;
- l'intégration de l'onco-pédiatrie dans le réseau Oncolor.



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

DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES RÉGIONALES (2002)

En Midi-Pyrénées, on observe environ 14 000 nouveaux cancers annuels dont 8 000 décès. Le taux d'incidence du cancer est le plus bas de France avec cependant 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).

La région s'est engagée rapidement et intensément dans tous les aspects du Plan cancer. Il faut saluer, entre autre, la mise en place précoce par la DRASS d'un tableau de bord extrêmement complet de suivi du Plan en Midi-Pyrénées détaillant l'avancée de chaque « action ». Plus de 800 acteurs ont été identifiés et sont impliqués dans la mise en œuvre des différents volets du Plan. Environ 150 référents participent à la mise à jour des actions au fur et à mesure de l'avancée des réformes. Une synthèse, actualisée tous les 6 mois, est disponible sur le site <http://www.midi-py.sante.gouv.fr/ix.htm>. Cette initiative pourrait être reprise dans d'autres régions pour faciliter le suivi précis de l'avancée du Plan cancer.

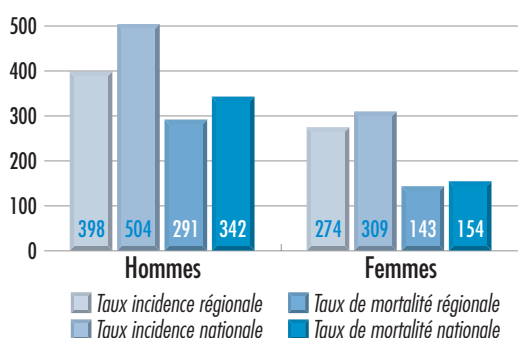
1. PRÉVENTION

Tabac/Alcool

En 2004, 30 associations ont été financées pour un montant de 117 800 euros (14 associations en 2003 pour 60 000 euros).

Actions jeunes

Dès 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. En 2004, 8 lycées étaient sites pilotes de l'expérimentation nationale « Lycées sans fumée » (6 lycées supplémentaires par rapport à 2003).



(Valeurs pour 100 000 personnes) Sources : Inserm CepiDc, INSEE

Les Universités Toulouse I et Toulouse II, ainsi que leurs antennes dans la région adhèrent au réseau « Université sans tabac ». Il en est de même pour l'Université de Pau.

Actions entreprises

En 2004, un projet de prévention du tabagisme en entreprise porté par les CODES¹ en partenariat avec la DRTEFP² a été financé par l'INPES³ pour un montant de 35 000 euros. Il vise, par le biais d'une formation-action au premier semestre 2005 dans chacun des 8 départements de la région, à former des personnels-relais de l'entreprise (infirmières, médecins, représentants syndicaux, CHSCT) en vue de l'élaboration de projets de prévention du tabagisme dans l'entreprise. Cinq à six entreprises seront concernées par département, soit une cinquantaine sur la région. Un accompagnement des entreprises dans la mise en œuvre de leur projet est prévu en 2005/2006.

Sevrage tabac

Une consultation hospitalière de tabacologie a été créée au Centre Hospitalier d'Auch et au Centre Hospitalier du Val d'Ariège, ce qui a permis de couvrir l'ensemble des départements de la région. Au total, 22 consultations de tabacologie sont ouvertes sur l'ensemble de la région.

Réseau « Hôpital sans tabac »

Seize hôpitaux y adhèrent et 2 maternités appartiennent au réseau « Maternité sans tabac ».

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, sur les risques 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 GIP⁴. Le dépistage du cancer du

sein a été engagé en 2001 dans l'Aveyron (association Adeca). Il s'est mis en place progressivement dans les autres départements, à partir de mai 2003 jusqu'à janvier 2004 dans le Lot.

Le taux de participation estimé au dépistage organisé du cancer du sein était pour 2004 de l'ordre de 33 %. Si l'on tient compte des mammographies réalisées à titre individuel pour les femmes de la tranche d'âge ciblée, plus de 50 % de celles-ci ont bénéficié d'une mammographie de dépistage.

Dès 2001, les actions de sensibilisation des femmes, en particulier de celles qui sont en difficulté sociale ou isolées en milieu rural, ont été initiées (cf. « *Femmes et Santé : une action de proximité exemplaire* » encadré).

3. SOINS ET ACCOMPAGNEMENT

Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire 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, et enfin, à construire un système d'information centré sur le patient - son dossier de santé -, partagé par les différentes équipes.

Réseau de cancérologie

Le réseau régional de cancérologie - ONCOMIP - associe les 7 sites hospitaliers et établit des liens avec les professionnels libéraux. L'un de ses objectifs est que tous les dossiers des nouveaux patients soient discutés au sein de Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP). Il existe 64 RCP publiques ou privées sur la région, couvrant l'ensemble des départements. En 2004, la consolidation dans la région des réseaux de soins existants pour le cancer et les soins palliatifs est poursuivi dans le cadre de la Dotation Régionale pour le Développement des Réseaux (DRDR).

Hospitalisation à Domicile (HAD)

Le nombre de places d'HAD installées est passé de 68 à 76 entre 2002 et 2003. Ce nombre est resté stable en 2004.

Soins de support

Les soins palliatifs sont assurés par 15 équipes mobiles (dont 5 créées en 2004), 205 lits identifiés et 1 unité de soins. Les réseaux de soins palliatifs couvrent 75 % de la région.

1- CODES : Comité Départemental d'Éducation pour la Santé

2- DRTEFP : Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle

3- INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation à la Santé

4- GIP : Groupement d'Intérêt Public

L'expérimentation du dispositif d'annonce a été mise en place en 2004 au Centre Claudius Regaud (CLCC).

Quatre postes de psycho-oncologues ont été financés dans le cadre du Plan cancer en 2004.

Equipements lourds

Radiothérapie : 19 appareils autorisés et 17 installés (dont 2 en 2004). Un appareil doit être installé en 2005. Pour 2004, la radiothérapie a bénéficié d'un renforcement de ses effectifs, avec le financement d'un demi poste de radiothérapeute, d'un poste et demi de radiophysicien et de 3,5 postes de manipulateur radio.

TEP-SCAN : 2 appareils autorisés, 1 installé au Centre Claudius-Regaud.

Scanners : 34 appareils autorisés, 31 installés (dont 13 installés en 2003 et 2004)

IRM : 22 autorisées ; 14 installées (dont 6 en 2003 et 2004).

Social et information aux patients

L'action « Femmes et santé » comprend 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 culturels au dépistage et d'adopter des comportements préventifs. 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. Plus de 2000 enfants pourraient être concernés par une telle mesure.

4. FORMATION

En 2004, 2 internes étaient inscrits au Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de cancérologie (2 internes en 2003, 1 en oncologie médicale et 1 en radiothérapie). Un interne était inscrit en 2003 au DES d'hématologie.

5. RECHERCHE

En 2004, le PHRC national a financé dans le domaine de la cancérologie un projet soutenu par le CLCC

et 2 projets soutenus par le CHU (en 2003, 1 projet du CLCC).

Avec le pôle toulousain du cancéropôle « Grand Sud-Ouest » la région Midi Pyrénées donne à ce cancéropôle une très grande originalité que vient renforcer le projet de pôle de compétitivité.

Sept thématiques ont été sélectionnées :

- 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.

Dans le cadre de l'appel à projets de recherche 2004, 4 projets ont été retenus :

- 3 projets de transfert de la génomique au diagnostic et au pronostic des cancers ;
- 1 projet de transfert de la génomique vers l'identification de nouvelles cibles et de nouvelles drogues.

CANCEROPOLE : LA COMPOSANTE TOULOUSAINE

La constitution d'un pôle axé sur la cancérologie et, plus généralement, sur les sciences de la vie vise à regrouper sur un même site, à Langlade, sur des terrains occupés précédemment par l'usine AZF et par le ministère de la Défense, des acteurs de la recherche privée en cancérologie, de la recherche publique (Inserm, CNRS) et un hôpital dédié au cancer. Le site accueillera également une pépinière d'entreprises dédiée aux biotechnologies et l'Institut des Techniques Avancées des Sciences du Vivant (ITASV) qui irriguera le cancéropôle en amont dans le domaine des biotechnologies, des nanotechnologies et de la bio informatique. La Fondation INA Brosante constituera l'un des outils de la gouvernance du Pôle.

Par ailleurs, pour la composante hospitalière du cancéropôle, un projet médical est en cours d'élaboration avec, dans un premier temps, le CHU et le Centre de Lutte Contre le Cancer Claudius-Regaud. Les promoteurs vont également associer le secteur libéral dans des conditions qui restent à déterminer.

FEMMES ET SANTÉ EN FAVEUR DE LA PROXIMITÉ

Dans le cadre de l'effort déployé nationalement pour dépister précocement le cancer du sein, l'assurance maladie et la Mutualité Sociale Agricole du Tarn-et-Garonne ont tenté une nouvelle approche pour inciter les femmes concernées à effectuer une mammographie.

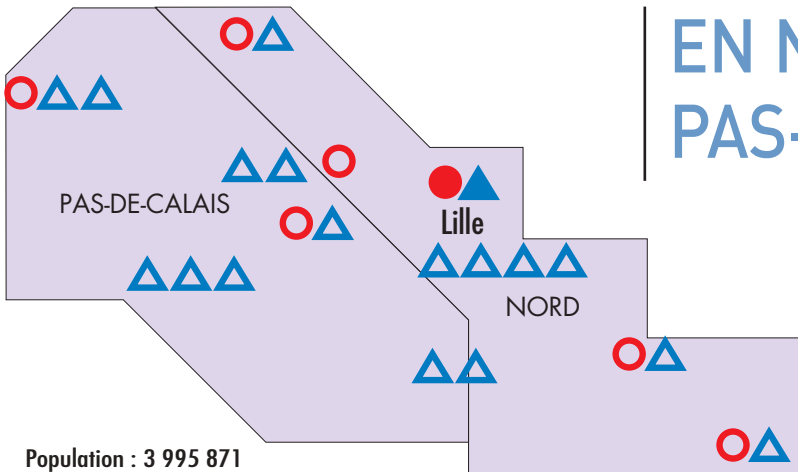
L'expérimentation « Femmes et Santé » a porté sur un canton rural, le canton de Beaumont de Lomagne, avant d'être étendue à tout le département.

Il s'agit, non pas d'une communication classique, mais d'un dispositif de sensibilisation de proximité venant en relais et en appui des campagnes de communication nationales.

Ce dispositif s'inspire des démarches de développement social local initiées par la Mutualité Sociale Agricole : mobiliser l'ensemble des énergies sur une thématique, après avoir défini un territoire pertinent en fonction des pratiques des habitants, des déplacements, de l'offre de soin, du tissu associatif...

Pour le dépistage du cancer du sein, l'expérience a rassemblé des professionnels de santé pour l'animation de conférences sur le sujet et des professionnels locaux de la MSA et de la CPAM pour soutenir des groupes de paroles. Ces groupes de paroles ont pour but que les femmes présentes s'approprient le message scientifique et médical, notamment grâce aux témoignages spontanés de femmes ayant déjà eu recours aux mammographies ou ayant eu un cancer traité de manière précoce. L'expression des femmes et leur écoute permet de mieux connaître leurs représentations de la santé et donc de mettre en œuvre des réponses adaptées.

EN NORD - PAS-DE-CALAIS



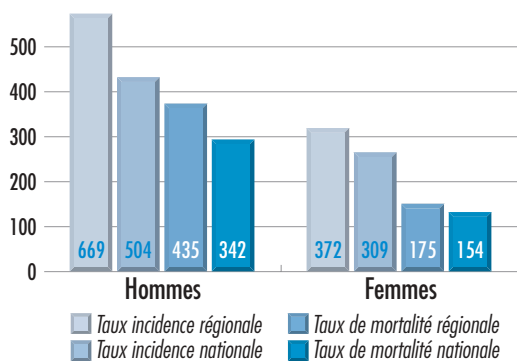
Population : 3 995 871

Sites de référence ou orientés en cancérologie

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

DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES RÉGIONALES (2002)

La Région Nord - Pas-de-Calais figure parmi les régions les plus concernées par le cancer au plan national, notamment pour ce qui concerne la mortalité prématurée par cancer, supérieure de 44 % par rapport à la moyenne nationale pour les hommes et de 19 % pour les femmes. Ces statistiques défavorables concernent la plupart des types de cancers, mais particulièrement ceux des voies aéro-digestives supérieures, de l'œsophage, du poumon et du sein.



(Valeurs pour 100 000 personnes) Sources : Inserm CepiDc, INSEE

1. PRÉVENTION

Registre des cancers

Une étude de faisabilité pour la mise en place d'un registre des cancers dans le département du Nord est en cours. Un premier rapport sera rendu début 2006 par la CIRE¹.

Tabac

Actions jeunes

Trois établissements pilotes pour l'expérimentation nationale « Lycée sans fumée » se sont mobilisés 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.

Deux projets importants ont été soutenus par l'INPES et la DGS dans le cadre des appels à projets régionaux 2003 et 2004.

Le premier projet « Les entreprises et les établissements scolaires se mobilisent » soutenu par l'INPES² pour un montant de 188 000 euros en 2004 (170 000 euros en 2003) est porté par l'association ECLAT, en partenariat avec le CDES³, le CRES⁴, la DRTEFP⁵, l'Institut Pasteur de Lille, l'ISTNF⁶ et le rectorat.

1- CIRE : Cellule d'Intervention Régionale d'Epidémiologie
 2- INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation à la Santé
 3- CDES : Comité Départemental d'Éducation pour la Santé
 4- CRES : Comité Régional d'Éducation pour la Santé
 5- DRTEFP : Direction Régionale du Travail de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
 6- ISTNF : Institut de Santé au travail du Nord de la France

Son but est d'accompagner la mise en place de programmes de prévention du tabagisme dans les collèges et lycées ainsi que dans les entreprises. Différentes interventions sont prévues : accompagnement des acteurs, formations, échanges de pratiques. Les publics concernés sont : 451 collèges, 292 lycées soit 420 000 élèves et plus d'un million de salariés dans les entreprises. Les objectifs sur 3 ans sont d'amener chaque année 10 % de nouveaux établissements scolaires et de nouvelles entreprises à développer des programmes de prévention du tabagisme. Pour l'année 2004, l'action s'est focalisée sur les établissements scolaires des territoires suivants : Boulogne/Montreuil, Calais/St-Omer, Douai, Valenciennes. 95 collèges et 45 lycées se sont mobilisés, soit environ 100 000 élèves, dans le cadre de journées d'information et d'échange ou dans le cadre de formations spécifiques. Une charte « Etablissement scolaire vers une santé sans tabac » a été validée par le comité de pilotage académique du CESC⁷.

Actions entreprises

Le projet « Les entreprises et les établissements scolaires se mobilisent » comporte donc un volet vers les entreprises et devrait toucher plus d'un million de salariés.

Le deuxième projet soutenu par l'INPES et porté par l'ISTNF « Des outils de prévention des cancers au service des acteurs de santé au travail du Nord - Pas-de-Calais » a bénéficié d'un financement de 50 000 euros en 2004 (73 000 euros en 2003). Il est réalisé en partenariat avec la MRPS⁸, ECLAT, ANPAA 59⁹ et la CRAM¹⁰. L'objectif du projet est de favoriser la diffusion des messages de prévention en milieu de travail afin de contribuer à la prévention en entreprise des cancers liés à un ou plusieurs des facteurs suivants : tabac, alcool, alimentation et expositions professionnelles dans certains secteurs d'activité. Cet objectif implique de mieux faire connaître aux acteurs santé-travail les outils d'information et de communication existants pouvant être utilisés en milieu professionnel.

Sevrage tabac

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 a été créée au CHU de Lille en 2004. Au total, 31 consultations de tabacologie sont ouvertes sur la région.

Réseau « hôpital sans tabac »

Neuf hôpitaux participent à ce réseau. Deux maternités sont intégrées au réseau « Maternité sans tabac ».

Alcool

La région Nord - Pas-de-Calais a joué un rôle pionnier dans l'acceptation du concept de conduites addictives. Les missions du Groupement Régional d'Alcoologie et Addictologie (GRAA) consistent à diffuser le concept de conduites addictives auprès des intervenants oeuvrant dans ce champ et à développer les compétences des acteurs médicaux et sociaux en alcoologie et addictologie.

L'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA 59 et ANPAA 62) assure des missions d'information, de documentation, de formation et de prévention à destination de la population, des professionnels et des bénévoles associatifs dans les deux départements de la région.

Nutrition

La promotion de comportements alimentaires favorables à la santé est une perspective prioritaire de la région Nord-Pas-de-Calais. Elle s'organise au sein de la « Coordination régionale alimentation » (CORALI) qui représente une émanation des Programmes Régionaux de Santé (santé cardio-vasculaire, santé des enfants et des jeunes, lutte contre le cancer, conduite de consommation à risque et accès à la prévention et aux soins). Cette coordination associe des professionnels de la nutrition, de l'éducation pour la santé ainsi que de l'Education nationale.

Elle accompagne des programmes d'information, de formation des professionnels œuvrant en direction du public, notamment d'enfants ou de personnes défavorisées sur le thème de l'alimentation. En 2004, 97 projets répondant aux objectifs et à la stratégie d'action énoncés par la CORALI sur ce thème ont été financés pour un budget régional de 527 000 euros.

Facteurs environnementaux et professionnels

En Nord - Pas-de-Calais, il est estimé que chaque année 420 à 850 décès par cancer pourraient avoir une origine professionnelle. Les facteurs environnementaux et professionnels font donc l'objet d'une attention particulière. Une expérience régionale de surveillance post-professionnelle a été mise en place par la DRTEF, la CRAM, l'ISTNF et les CH de Valenciennes,

7- CESC : Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté

8- MRPS : Maison Régionale de Promotion de la Santé

9- ANPAA 59 : Association Nationale de Prévention Alcoologie et Addictologie

10- CRAM : Caisse Régionale d'Assurance-Maladie

Dunkerque, Lille. Elle concerne 3 cohortes de personnes exposées au cours de leur parcours professionnel à l'amiante dans les entreprises suivantes : Chantiers Navals, Eternit, Finalens.

Par ailleurs, de nombreuses études ont été menées par l'ISTNF, les médecins du travail et des structures locales de recherche dans le domaine de la santé au travail.

Dans le cadre de la prévention de ces cancers, des actions régionales sont menées : prise en charge du risque CMR¹¹, création d'un réseau de médecins référents, information et suivi des peintres artisans.

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.

En 2004, le taux de participation des femmes au dépistage du cancer du sein était estimé à 34 % dans le Nord et à 21% dans le Pas-de-Calais.

La DRASS 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'URML¹² 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 été retenues et financées par l'Etat : réalisation d'un guide pratique, accompagnement par des attachés d'information, séminaires de sensibilisation. Les structures de gestion sont associées à la mise en œuvre de ces actions de sensibilisation.

Dans le cadre de l'expérimentation nationale du dépistage du cancer colo-rectal, le département du Nord a débuté le dépistage en juin 2003. Ce dépistage concerne au total 585 000 personnes dans ce département. Les résultats préliminaires permettent d'estimer un taux de participation de 23%.

3. SOINS ET ACCOMPAGNEMENT

Préparant la création du pôle régional de cancérologie prévu par le Plan cancer, le CHRU de Lille et le Centre Oscar-Lambret (CLCC) ont formé un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) en octobre 2004. Ce groupement s'appuie dans son développement sur des coopérations déjà organisées, notamment en terme de partage de compétences médicales.

Réseau de cancérologie

La déclinaison du Plan cancer dans la région Nord-Pas-de-Calais en 2003 a mis en exergue l'un des enjeux principaux des années 2004-2007 : la constitution d'un véritable réseau régional de cancérologie.

2004 en a vu la naissance, sur la base d'un projet présenté et retenu pour un financement de la Dotation Régionale de Développement des Réseaux (DRDR), avec notamment, le recrutement d'un coordonnateur, chargé de mettre en œuvre les objectifs annoncés.

Le réseau régional pourra s'appuyer sur des réseaux territoriaux, 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... ou régionaux thématiques, PEDONCO (oncologie pédiatrique), SEIN-GYNECO. Plusieurs d'entre eux ont bénéficié d'un financement par la DRDR, pour un montant total de 750 000 euros entre décembre 2003 et juillet 2004, qui leur a permis de renforcer leur structure.

Hospitalisation à Domicile (HAD)

Le nombre de places est passé de 141 en 2002 à 451 en 2004 avec l'autorisation de 6 nouvelles structures en octobre 2004 et l'extension de deux services existants. Cette augmentation notable des places d'HAD permet de couvrir 10 des 13 secteurs identifiés.

Soins de support

Les soins palliatifs sont assurés par 14 équipes mobiles, 70 lits identifiés et 14 unités de soins palliatifs, totalisant 154 lits (dont 16 en cours d'installation). 7 réseaux de soins palliatifs étaient fonctionnels au 31 décembre 2004. Plusieurs projets sont en cours d'élaboration pour couvrir les territoires non encore pourvus. Une Coordination Régionale des Soins Palliatifs, centre de ressources, peut assister les porteurs de projets.

5,2 postes de psycho-oncologues ont été financés en 2004.

L'expérimentation du dispositif d'annonce a été mise

11- CMR : Cancérogène Mutagène et Reprotoxique

12- URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

en place en 2004 au Centre Oscar-Lambret (CLCC), au CHU et au Centre Hospitalier de Boulogne-sur-Mer.

Equipements lourds

Radiothérapie : 28 appareils autorisés, 26 installés. Deux accélérateurs doivent être installés en 2006. Trois postes de manipulateur radio ont été financés en 2004 (un poste de praticien temps plein créé en 2002). **TEP** : 6 appareils autorisés, un appareil installé en 2001 au Centre Oscar-Lambret (CLCC). Deux doivent être installés respectivement au CH de Boulogne-sur-Mer et au CH de Béthune en 2005. Un quatrième TEP sera mis en service à Valenciennes entre 2005 et 2006. Les deux dernières autorisations accordées en 2005 doivent donner lieu à des installations avant 2007. **Scanners** : 5 appareils autorisés depuis 2002, 4 appareils installés en 2004 et un est prévu pour 2005. La région disposera alors de 48 scanographes, soit 4 en excédent par rapport à la carte sanitaire. **IRM** : 28 machines autorisées, dont 8 depuis 2002. Cinq machines ont été installées en 2004. Deux sont prévues pour 2005 et une pour 2006.

Social et information des patients

Deux kiosques d'information sont à la disposition des malades et de leur entourage, l'un au Centre Oscar Lambret, l'autre au Centre Hospitalier de Roubaix.

4. FORMATION

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 Programme Régional de Santé, il est prévu d'expérimenter une formation pour 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 mis en place dans les Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI).

5. RECHERCHE

En 2003, le PHRC national a financé un projet de recherche en cancérologie soutenu par le CHU de Lille.

Le cancéropôle Nord-Ouest intègre des équipes scientifiques et cliniques des régions Nord - Pas-de-Calais, Basse-Normandie, Haute-Normandie et

Picardie au sein de 6 grands axes fédérateurs. Le site de Bruxelles (Hôpital Erasme) complète cet ensemble. Il existe une forte mobilisation commune entre les quatre CHU qui appartiennent à ce cancéropôle. Les thèmes fédérateurs sont :

- 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 6^{ème} PCRD.

Dans le cadre de l'appel à projets de recherche 2004, ont été retenus :

- 1 projet de transfert de la génomique au diagnostic et au pronostic des cancers
- 1 projet de recherche clinique en qualité de vie, épidémiologie et sciences humaines et sociales en cancérologie.

LA LIGUE CONTRE LE CANCER 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 pendant et après la maladie, ou encore le financement de matériel innovant.

AIRE CANCER À ROUBAIX

Situé dans un local agréable et coloré, dans le hall d'entrée de l'hôpital, AIRE cancer accueille les malades et leurs proches pour répondre à toutes leurs demandes d'information, mais aussi tous les visiteurs de passage dans l'hôpital qui peuvent, notamment, y visionner des cassettes vidéo d'information et de prévention.

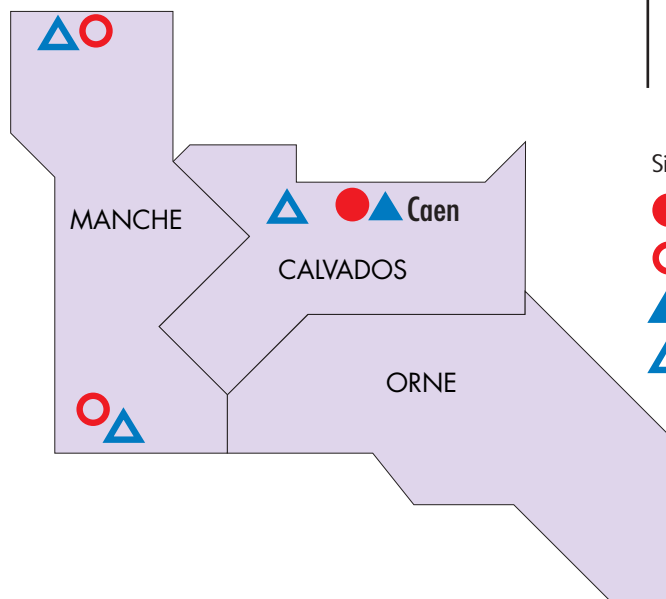
Durant les six premiers mois de fonctionnement, AIRE cancer a reçu plus de 600 visiteurs : patients de l'hôpital, proches, professionnels de santé. Les deux-tiers sont venus chercher écoute et soutien, près de la moitié voulaient connaître les associations existantes, un tiers a sollicité de l'information sur la maladie et les traitements, 15% des visiteurs avaient besoin d'une aide administrative et sociale et près de 20 % ont sollicité des conseils de prévention. Des groupes de parole se mettent en place, pour les malades et les proches. L'espace AIRE permet aussi aux associations qui le souhaitent de tenir des permanences et de participer à des forums. Des rencontres thématiques avec des professionnels de santé y sont aussi proposées.

Né d'un partenariat entre les CPAM de Roubaix et de Tourcoing, le service social de la CRAM et le Centre Hospitalier Victor Provo de Roubaix, ce projet est parrainé par la Ligue contre le cancer, de son Comité du Nord et l'ARH. Il est financièrement soutenu par le programme régional de santé « Cancer Challenge ».

LES ASSOCIATIONS DANS LA RÉGION

De nombreuses associations locales interviennent dans la mise en œuvre du Plan cancer dans le Nord - Pas-de-Calais. Des projets sont ainsi déposés dans le cadre de l'appel à projets organisé chaque année pour l'ensemble des Programmes Régionaux de Santé (PRS) et notamment le PRS cancer. En 2004, 57 projets ont été financés. Ces projets intéressent plus volontiers les axes « Accompagnement social » et « Dépistage » du Plan cancer.

EN BASSE-NORMANDIE



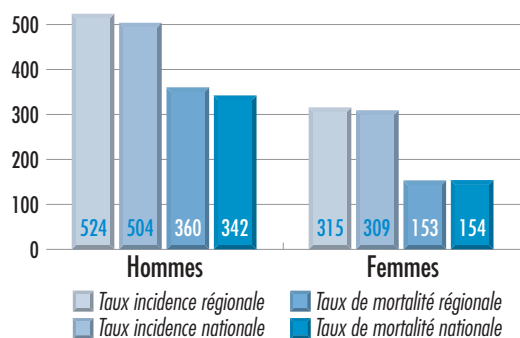
Sites de référence ou orientés en cancérologie

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

Population : 1 422 436

DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES RÉGIONALES (2002)

La mortalité par cancer représente 2372 décès chez les hommes (33,9% des décès) et 1495 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 aéro-digestives supérieures, pour le poumon (avant 65 ans) dans le Calvados, pour la prostate, le foie dans le Calvados et pour 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. D'une manière générale, il y a une inquiétante évolution du cancer du poumon chez les femmes.



(Valeurs pour 100 000 personnes) Sources : Inserm CapiDc, INSEE

1. PRÉVENTION

Registres

La Région Basse-Normandie dispose de :

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

Tabac/Alcool

Actions jeunes

Douze lycées sont « sans tabac » en dehors de l'expérimentation nationale « Lycée sans fumée ». Pour le département de la Manche, le nombre d'établissements scolaires appliquant strictement la loi Evin est passé de 4 à 45 entre 2002 et 2004. Le rectorat de la Manche a décidé de mener une campagne de prévention, d'éducation à la santé et d'information auprès des nouveaux élèves de chaque établissement (6^{ème}, 2^{ème} et 1^{ère} année de CAP) et auprès du personnel des établissements. Ce projet sera mis en place à la rentrée 2005.

L'Université de Caen appartient au réseau « Université sans tabac ».

Actions entreprises

Dans le cadre des appels à projets régionaux de l'INPES¹, deux projets ont été financés :

- « Entreprises sans tabac de Basse-Normandie » soutenu par l'Alliance régionale pour la création d'un

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

label régional a bénéficié d'un financement de 71 000 euros en 2003 ;

- un projet de prévention primaire des cancers par un Programme Régional d'Education pour la Santé (PRS) coordonné par le Cores Basse-Normandie a bénéficié d'un montant de 145 000 euros en 2004 (183 000 euros en 2003).

Un programme de lutte contre le tabagisme en entreprise « Programme TEST : travailler ensemble sans tabac » va être lancé en mars 2005.

Le rectorat de Caen, la DRT et la DRIRE sont des administrations sans tabac. La DRASS et l'ARH envisagent de le devenir prochainement.

En octobre 2004 a été organisé à Caen un colloque « Justice et tabac » pour sensibiliser et mobiliser les autorités civiles aux aspects réglementaires de la lutte contre le tabac.

Actions femmes enceintes

Une consultation anti-tabac a été mise en place au Centre hospitalier de Vire à l'attention des femmes enceintes. Grâce à un financement FNPEIS, va être menée une action ciblée sur les médecins généralistes, gynécologues et pédiatres concernant le tabagisme au cours de la grossesse.

Sevrage tabac

Pour diminuer les délais du premier rendez-vous de consultation, le CHU de Caen a bénéficié en 2004 d'un financement particulier pour créer une consultation hospitalière collective expérimentale de tabacologie. Au total, 18 consultations de tabacologie sont disponibles pour la région, dont au moins une consultation hospitalière dans tous les départements. Il existe une équipe de liaison hospitalière en addictologie.

Il faut noter que l'Orne est l'un des départements pilotes pour l'expérimentation du remboursement des substituts nicotiques. Cette expérimentation, qui a débuté en janvier 2005, doit être évaluée à la fin du premier semestre 2005.

Réseau « Hôpital sans tabac »

Quatorze hôpitaux y ont adhéré. Deux maternités adhèrent au réseau « Maternité sans tabac ».

Soleil et cancers de la peau

Des relais de la campagne nationale sur les risques solaires vont être faits avant l'été sur les lieux de baignade de la région. Des actions de sensibilisation vont être menées d'ici juin 2005 auprès des futurs professeurs des écoles et des directeurs de centres de loisirs. Des supports de formation au dépistage des cancers destinés aux élèves esthéticiennes et aux coiffeurs sont

en cours d'élaboration.

Cancers professionnels

Compte tenu du contexte régional et des préoccupations liées à la prévalence du 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. Une étude sur l'intérêt du scanner spiralé et de l'examen morphométrique de l'ADN sur les cellules de l'expectoration pour le dépistage du cancer bronchopulmonaire dans le cadre de la surveillance post professionnelle « amiante » a été réalisée en Normandie entre 2000 et 2004 et a inclu environ 2000 patients.

2. DÉPISTAGE

L'objectif de généralisation du dépistage organisé du cancer 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 mam-mobile, dans le département du Calvados (Mathilde) depuis 1996 et dans le département de la Manche (Iris-Manche) depuis novembre 2003.

Le taux de participation des femmes au dépistage du cancer du sein était estimé pour 2004 à 50 % dans l'Orne, 31 % dans la Manche et 50 % dans le Calvados (taux estimé à 40 % pour la région en 2003).

Le Calvados et l'Orne ont été retenus pour participer au dépistage du cancer colo-rectal. Le Calvados a débuté le dépistage en juin 2004 avec un taux de participation de 17% en fin d'année. La particularité du Calvados a été d'expérimenter un deuxième test diagnostique en comparaison avec le test de référence HémoCult. Pour l'Orne, les premières estimations de participation au dépistage du cancer colo-rectal sont de l'ordre de 30 %.

3. SOINS ET ACCOMPAGNEMENT

L'organisation d'un pôle régional de cancérologie associant le CHU de Caen et le Centre François-Baclesse (CLCC) est l'un des objectifs du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) qui s'est concrétisé en 2004.

Réseau de cancérologie

Ancelot, le réseau régional de cancérologie, a vu ses moyens renforcés depuis 2000. Il a reçu en 2004 1,05 million d'euros de la DRDR². Ce réseau travaille également en réseau « Ville-Hôpital ».

A la fin 2004, 38 Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (publiques, privées ou mixtes) fonctionnaient régulièrement. L'élaboration de référentiels de pratiques et l'informatisation du réseau, avec l'expérimentation du dossier communiquant portée par ONCOCOM, sont en cours.

La Région Basse-Normandie s'est en effet engagée en 2004 dans l'expérimentation d'un dossier « communiquant » avec 3 autres régions françaises. Le Centre François-Baclesse dispose depuis 2000 d'un dossier informatisé consultable pour des médecins externes : 30 praticiens hospitaliers et 70 médecins libéraux en bénéficient. Près de 200 000 dossiers ont été ouverts. Les quatre autres centres spécialisés en cancérologie auront accès à un serveur sur lequel les dossiers seront disponibles à la fin du premier semestre 2005. Près de 2000 médecins libéraux et 1200 médecins hospitaliers y auront alors potentiellement accès.

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 et en 2004. La création de nouvelles places, et priorité du SROS 3, devrait intervenir en 2005.

Soins palliatifs

Les soins palliatifs sont assurés en 2004 par 11 équipes mobiles (une équipe supplémentaire par rapport à 2003), 19 lits identifiés (3 supplémentaires par rapport à 2003) et 5 unités de soins (la création d'une unité supplémentaire de 12 lits est envisagée). Un réseau régional de soins palliatifs est en cours de création en 2005. Un poste de psycho-oncologue a été créé en 2004.

Equipements lourds

Radiothérapie : 10 accélérateurs sont autorisés, 8 sont actuellement installés. Un renouvellement de l'appareil de radiothérapie du Centre Hospitalier de Cherbourg et un renforcement de la radiothérapie du Centre François-Baclesse sont prévus.

TEP : un TEDC commun au CHU et au CLCC est installé à Caen, associé à un cyclotron qui permet de fabriquer le 18 FDG nécessaire à son fonctionnement. Un TEP-scan doit être installé au CHU en 2006.

Scanners : trois appareils autorisés supplémentaires en 2002 et 2003 sont en attente d'installation.

IRM : installation de 5 appareils au Centre François-Baclesse (Caen), au CHP St-Martin et aux Centres Hospitaliers de St-Lô, de Lisieux et d'Alençon entre 2002 et 2004. Deux installations supplémentaires sont prévues en 2006.

Tumorothèque

Une tumorothèque commune au CHU de Caen et au Centre François-Baclesse sera mise en place dans le cadre du Plan cancer.

4. FORMATION

Pour l'année 2004, 2 internes étaient inscrits au DES de cancérologie (en 2003, 3 internes étaient inscrits au DES de cancérologie).

Pour la formation en soins palliatifs sont proposés un DU « douleur » et un DU « soins palliatifs » ainsi qu'une formation aux soins palliatifs pour les auxiliaires de vie.

Une journée régionale sur le thème « Douleur et cancer » a été organisée en 2004. Un volet psycho-oncologie a été mis au programme de nombreuses formations organisées par le Centre François-Baclesse pour les infirmiers, aides soignants, pharmaciens, etc.

5. RECHERCHE

Le cancéropôle « Nord-Ouest » intègre des équipes de la région Basse-Normandie au sein d'axes fédérateurs associant des équipes de recherche fondamentale et clinique des régions Nord-Pas-de-Calais, Haute-Normandie et Picardie. Le site de Bruxelles (Hôpital Erasme) complète cet ensemble.

Il existe une forte mobilisation commune entre les quatre CHU qui appartiennent à ce cancéropôle. La Basse-Normandie présente un potentiel particulièrement fort de recherche en épidémiologie.

Les thèmes fédérateurs sont :

- 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 6^{ème} PCRD.

Dans le cadre de l'appel à projets de recherche 2004, ont été retenus :

- 1 projet de transfert de la génomique au diagnostic et au pronostic des cancers ;
- 1 projet de recherche clinique en qualité de vie, épidémiologie et sciences humaines et sociales en cancérologie.

SENSIBILISER LE MONDE DE LA JUSTICE

Tel a été l'objet du Colloque « Justice et tabac », qui a eu lieu le 22 octobre 2004 à Caen.

Cette réunion avait pour but de sensibiliser et mobiliser les institutions, judiciaires et administratives, les pouvoirs publics et plus généralement toutes les autorités civiles sur les aspects réglementaires de la lutte contre le tabagisme. Elle visait à faire inscrire la lutte contre le tabac dans une démarche de défense des droits de l'Homme. Des axes de travail ont été élaborés pour améliorer l'application des lois et des mesures efficaces : simplification des textes réglementaires, mise en place d'un organe de vérification de l'application de la loi Evin, amélioration du dispositif de sanctions, etc.

Dans les suites de cette rencontre, un comité scientifique a été mis en place en février 2005. La région Basse-Normandie se dote, par ailleurs, d'un observatoire régional qui s'intéressera notamment à l'application de l'interdiction de fumer en entreprise, dans les tribunaux et administrations.

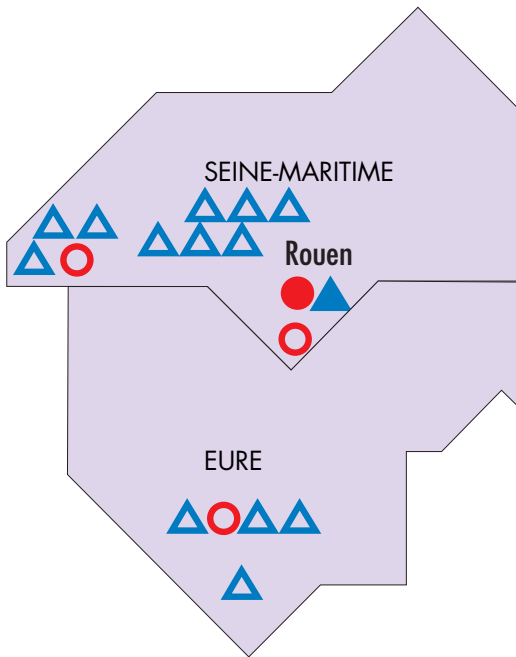
PRÉVENTION DES CANCERS CUTANÉS

La prévention des cancers cutanés constitue 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-vénérologie 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



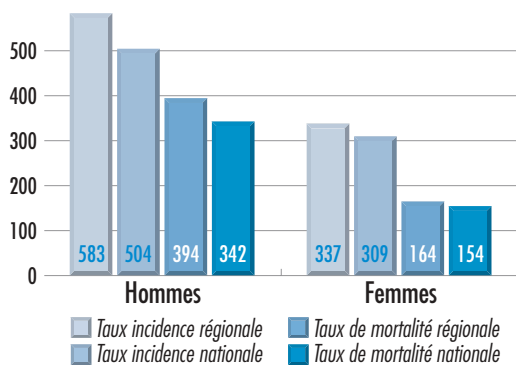
Sites de référence ou orientés en cancérologie

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

Population : 1 780 439

DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES RÉGIONALES (2002)

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.



(Valeurs pour 100 000 personnes) Sources : Inserm CepiDc, INSEE

1. PRÉVENTION

Tabac/Alcool

En 2004, 5 organismes porteurs d'actions de promotion de la vie sans tabac ont bénéficié d'un financement total de 76 000 euros (3 associations en 2003 au niveau de la région, 31 000 euros).

Actions jeunes

L'action conjuguée de tous les acteurs de prévention et des caisses d'assurance maladie a permis en 2004 de sensibiliser 4000 élèves du primaire et 2300 élèves du secondaire au risque du tabagisme. En 2004, 8 lycées ont intégré l'expérimentation nationale « Lycées sans fumée » et 8 autres établissements mettent en place le projet « Suricate ». Dans le cadre des appels à projets régionaux financés par l'INPES¹, un projet de prévention du tabagisme chez les jeunes, « Les Suricates », soutenu par le CRES² de Haute-Normandie a reçu un financement de 86 000 euros en 2004 (79 500 euros en 2003).

L'université du Havre a adhéré au réseau « Université sans tabac » et l'université de Rouen est particulièrement impliquée dans cette démarche au niveau de son service de médecine préventive.

Actions femmes enceintes

Des actions ciblées en direction des femmes enceintes ont été mises en place, à la maternité du Belvédère,

1- INPES : Institut National de Prévention et Education pour la Santé

2- CRES : Comité Régional pour l'Education à la Santé

au Mont Saint-Aignan, ainsi que depuis de très nombreuses années à la maternité du Havre.

Sevrage tabac

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.

Tous les départements ont au moins une consultation hospitalière de tabacologie. Pour diminuer les délais de premier rendez-vous, une consultation expérimentale hospitalière collective a été créée en 2004 au CHU de Rouen. Au total, 17 consultations de tabacologie sont ouvertes au public, dont 2 en milieu carcéral et 1 dans le service de médecine préventive de l'université de Rouen. Près de 3000 consultations (soit un doublement des consultations depuis 2002) ont eu lieu en 2004 avec un délai moyen d'attente du rendez-vous de 21 jours.

Réseau « hôpital sans tabac »

Douze établissements publics et privés participent à ce réseau et 8 maternités au réseau « Maternité sans tabac ».

Cancers professionnels

Pour l'information du public et des patients, un site internet (www.chu-rouen.fr/cancerpro/) a été mis en place en 2004.

Une meilleure connaissance des cancers professionnels nécessite de mieux les rechercher. La Haute-Normandie participe à l'expérimentation nationale de la surveillance post-professionnelle des travailleurs exposés à l'amiante. Depuis 1995, une consultation de pathologie professionnelle existe à Rouen ainsi qu'au Havre. En 2003, 400 patients y ont été pris en charge. Une expérimentation sur le cancer de la vessie a été menée en partenariat par l'URCAM³ et le CHU de Rouen. Sur 300 patients atteints de cancer de la vessie, la recherche systématique d'une exposition professionnelle a permis de suspecter le caractère professionnel de la pathologie dans 34 cas.

Une consultation de réinsertion professionnelle multidisciplinaire est proposée au CHU de Rouen. En réseau avec la ville et les entreprises, elle a pour but de favoriser le retour à l'emploi des patients traités pour cancer.

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). **A la fin 2004, l'estimation des taux de participation des femmes au dépistage du cancer du sein était de 42% pour la Seine-Maritime et de 17% pour l'Eure.** Une étude évaluant la participation des femmes au dépistage organisé du cancer du sein a été réalisée par la CIRE⁴. Elle montre une plus forte participation des femmes de la tranche 50-59 ans par rapport aux plus âgées. Une deuxième étude portant sur les déterminants individuels à la participation au programme de dépistage est en cours d'élaboration. Elle concernera 7 départements, dont la Seine-Maritime. Le rapport d'étude sera disponible en 2006.

Des actions de formation des médecins généralistes et autres professionnels de santé de premier contact ont été organisées en 2003 par l'Association pour une prise en charge précoce des cancers des voies aéro-digestives supérieures en Haute-Normandie. L'objectif est de favoriser le diagnostic individuel précoce chez les populations à risque.

Le développement des consultations et du laboratoire d'oncogénétique du CHU de Rouen a bénéficié d'un financement de 214 350 euros en 2003. Une consultation d'oncogénétique a été développée en 2004 au Havre avec un financement de 220 000 euros.

3. SOINS ET ACCOMPAGNEMENT

Conformément au Plan cancer et à son volet relatif au pôle régional de cancérologie, le Centre Henri-Becquerel (CLCC) et le CHU de Rouen s'associent pour constituer un site de référence en cancérologie. Sur les sites de ces deux établissements seront présents 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. Dans le prolongement des activités actuellement menées, des protocoles de thérapeutiques innovantes y seront développés. Une Maison de l'Oncologie ouvrira ses portes en 2005 au CHU, en abritant à la fois les Réunions de Concertation Pluridisciplinaires, les différentes associations de malades et les actions de prévention du CHU (voir encadré).

3- URCAM : Union régionale des caisses d'Assurance

4- CIRE : Cellule d'Intervention Régionale d'Epidémiologie

Réseau de cancérologie

Le Réseau onco-normand (créé en juillet 2001) se met en place selon les recommandations s'appliquant aux réseaux de santé. Il repose sur l'adhésion de tous les établissements de santé publics et privés ainsi que des professionnels de santé libéraux. En 2004, le réseau a permis d'améliorer la coordination des soins (mise en place de RCP, expérimentation « d'assistants de suivi », meilleure insertion des généralistes dans le suivi des cancers traités), de mettre en place et de diffuser des référentiels de traitement, de favoriser la communication entre les acteurs de santé via la lettre du réseau et un site internet www.onco-normand.org. Une coopération européenne avec deux réseaux britanniques (projet Interreg) a été lancée en novembre 2004 pour améliorer le partage de l'information, définir des indicateurs communs, décloisonner et innover dans l'organisation de l'offre de soins.

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 6 places en 2003 et 6 en 2004, portant ainsi à 30 le nombre total des places installées fin 2004.

Soins de support

Le CHU de Rouen a participé à l'évaluation de la mise en place expérimentale du dispositif d'annonce en 2004. Quatre postes de psycho-oncologues ont été financés en 2004.

Les soins palliatifs sont assurés par 5 équipes mobiles avec un réseau régional qui couvre l'ensemble de la région. Ces équipes mobiles ont été renforcées en 2004 par 9 postes, soit un montant de 486 000 euros. Un état des lieux a été réalisé en 2004 permettant de comptabiliser 90 lits identifiés dans la région, avec un renforcement des moyens en personnels d'environ 16 postes pour 2005.

De plus, une unité fixe de 8 lits de soins palliatifs va être créée en 2005 au CHU de Rouen en liaison avec le Centre Henri Becquerel.

Equipements lourds

Radiothérapie : 10 appareils étaient utilisés en 2002 (4 cobalt et 6 accélérateurs). Trois autorisations supplémentaires ont été accordées en 2003. Une installation est prévue en 2005. A la fin 2004, 3 « cobalt » sur 4 ont été remplacés (un restant en service au Centre Henri-Becquerel).

TEP-scan : un appareil a été installé fin 2004 au Centre Henri-Becquerel, en partage avec le CHU de Rouen.

IRM : 5 autorisations supplémentaires sont intervenues en 2002 ; 2 appareils ont été installés en 2003 et 2004. Trois sont en attente.

Scanners : 2 autorisations en 2002 et une en 2003 ont donné lieu à l'installation d'une machine en 2003. Un autre appareil sera installé en 2005. Un reste en attente. Deux autorisations supplémentaires ont été données début 2005.

Tumorothèque

La mise en place de tumorothèques au CHU de Rouen et au Centre François-Baclesse a bénéficié d'un financement de 210 000 euros en 2002-2003.

4. FORMATION

En 2004, un interne était inscrit au DES d'hématologie et 4 médecins inscrits au DESC de cancérologie (en 2003, un interne en oncologie médicale et un interne en radiothérapie).

5. RECHERCHE

Dans le domaine de l'aide aux innovations diagnostiques et thérapeutiques, six projets présentés par le Centre Henri-Becquerel ont été sélectionnés et accompagnés à hauteur de 970 000 euros.

Le PHRC national 2003 a financé un projet de recherche en cancérologie soutenu par le Centre Henri Becquerel.

Le cancéropôle « Nord-Ouest » intègre des équipes de Haute-Normandie au sein d'axes fédérateurs associant des équipes de recherche des régions Nord-Pas-de-Calais, Basse-Normandie et Picardie. Le site de Bruxelles (hôpital Erasme) complète cet ensemble. Il existe une forte mobilisation commune entre les quatre CHU qui appartiennent à ce cancéropôle. Au sein du cancéropôle, la Haute-Normandie est notamment présente sur un projet leader sur la phase précoce du cancer (équipe du Pr. Frébourg, CHU de Rouen).

Les thèmes fédérateurs sont :

- 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.

Dans le cadre de l'appel à projets de recherche 2004, ont été retenus :

- 1 projet de transfert de la génomique au diagnostic et au pronostic des cancers
- 1 projet de recherche clinique en qualité de vie, épidémiologie et sciences humaines et sociales en cancérologie.

Un hôpital de jour de chimiothérapie urodigestive est à l'étude sur le site. Une cellule communication permettra l'information des patients et accueillera les permanences des associations. Des contacts sont en cours avec les différentes associations susceptibles de participer.

MAISON DE L'ONCOLOGIE AU CHU DE ROUEN

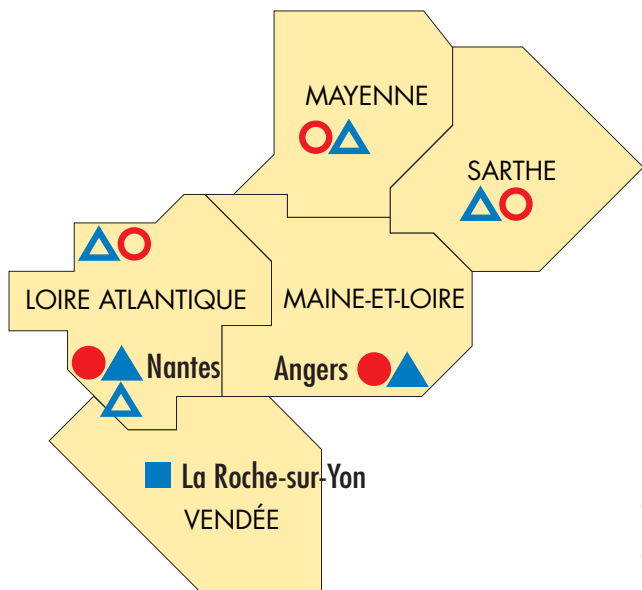
Une maison de l'oncologie se met progressivement en place en 2005 au sein du CHU. Son inauguration est prévue en septembre. Ce lieu va constituer une interface pour les professionnels de santé, les associations de malades et leur famille. Cet espace commun viendra aussi appuyer la politique de prévention du CHU (information antitabac et consultations de tabacologie, alcoologie, hygiène de vie).

Disposant d'une salle de réunion multidisciplinaire avec un secrétariat spécifique et un système de visioconférence, elle permettra la tenue de réunions communes aux médecins prenant en charge les patients atteints de cancer, notamment avec les hôpitaux de proximité qui seront présents via la visioconférence.

Elle comportera un accès aux soins palliatifs, psychologues, kinésithérapeutes et assistantes sociales.

Une interface avec la recherche fondamentale est déjà intégrée (interface tumorotheque, postes ARC et TEC).

EN PAYS-DE-LA-LOIRE



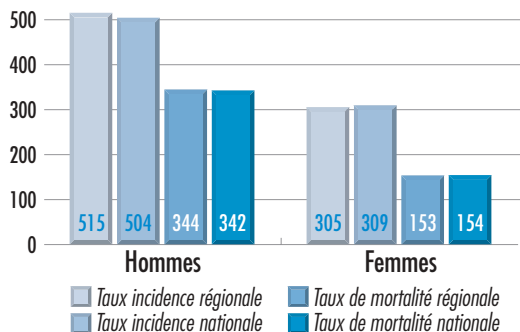
Sites de référence ou orientés en cancérologie

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

Population : 3 222 784

DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES RÉGIONALES (2002)

Environ 15 500 nouveaux cas de cancers par an sont diagnostiqués en Pays-de-la-Loire tandis que 8 000 décès annuels sont constatés, soit 1 décès masculin sur 3 et près d'1 décès féminin sur 4. Après avoir été longtemps en situation plus favorable que la moyenne nationale en terme de taux de mortalité et de taux d'incidence, la région rejoint aujourd'hui le niveau national.



(Valeurs pour 100 000 personnes) Sources : Inserm CepiDc, INSEE

1. PRÉVENTION

Registres

La région dispose d'un registre général du cancer commun aux départements de Loire-Atlantique et de Vendée, qui couvre plus de 50% de la population régionale.

Diverses études contribuent à la connaissance épidémiologique :

- Un remarquable rapport sur l'épidémiologie des cancers dans la région et les départements des Pays de la Loire (incidence et mortalité 1980-2000), réalisé par l'Observatoire Régional de la Santé et le registre des cancers Loire-Atlantique/Vendée, avec le concours de l'URCAM, grâce à un cofinancement DRASS-Conseil régional, publié en 2003.
- A la demande de l'ARH, une analyse par territoire de santé, de la mortalité par cancer et des séjours hospitaliers liés à ces pathologies est effectuée par l'ORS.

Tabac/Alcool/Nutrition

Une dynamique de développement des réseaux de prévention des addictions se formalise sur la région avec l'appui de l'enveloppe régionale des réseaux (ARH, URCAM). Ces réseaux actifs au niveau d'un département ou d'un territoire plus restreint, ont vocation à formaliser des partenariats entre secteurs sanitaire et social, pratiques libérales et institutionnelles. On peut ainsi citer le réseau départemental de prévention du tabagisme en Loire-Atlantique, le réseau d'addictologie de la presqu'île et de l'estuaire de la Loire, le réseau angevin d'addictologie.

Actions jeunes

En 2004, dans le cadre des appels à projet régionaux financés par l'INPES¹, un programme de prévention des conduites addictives en milieu scolaire a été reconduit à hauteur de 150 000 euros (150 000 euros en 2003). Ce programme comprenant un volet alcool et un volet tabac, soutenu par le Comité Régional et Départemental d'Education 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 en stimulant leur esprit critique de façon qu'ils soient mieux préparés à résister à la consommation de produits cancérogènes.

Par ailleurs, 6 établissements scolaires sont sites pilotes de l'opération nationale « Lycée sans tabac » (2, en 2003). 96% des établissements de l'académie ont créé un CESC², dont certaines actions concernent les conduites addictives. L'effort du rectorat a porté sur l'aide à la structuration de ces comités.

S'agissant de l'enseignement supérieur, les 2 centres de santé universitaires de Nantes et du Mans appartiennent au réseau « Université sans tabac ».

Actions femmes enceintes

Des actions de formation se poursuivent en direction des personnels des services de gynécologie-obstétrique, maternité et néonatalogie, visant à les aider à aborder les thématiques du tabac, de l'alcool ou de la drogue avec les femmes enceintes. Six maternités assurent depuis 2003 une action spécifique vis-à-vis du tabac pour les femmes enceintes. Une évaluation de ces actions va être menée en 2005.

Sevrage tabac

Fin 2004, un travail de recensement et d'analyse des consultations de tabacologie a démarré avec pour objectif la définition d'un cahier des charges et une approche des besoins en terme de moyens.

Deux consultations supplémentaires de tabacologie ont été créées en 2004, dont une consultation hospitalière pour le département de la Vendée permettant un maillage de tous les départements de la région. Trente-sept équipes de liaison hospitalières en addictologie sont associées. Au total, 29 établissements de soins disposent d'une consultation anti-tabac sur l'ensemble de la région.

Réseau « Hôpital sans tabac »

En 2004, 20 hôpitaux appartenaient au réseau et une maternité au réseau « Maternité sans tabac ».

Soleil et cancers de la peau

La prévention du mélanome est soutenue par le réseau Mélanome Ouest qui élabore et diffuse des outils de formation à visée du grand public et des professionnels. Ce réseau gère un site Web – www.reseau-melanome-ouest.com - destiné au grand public et aux professionnels de santé.

Il a notamment réalisé un CD-Rom sur le thème " Vigie cancer. Votre peau est en danger. Soleil et grain de beauté vous tendent un piège ", à l'intention des personnels soignants (infirmières, kinésithérapeutes), des médecins, des pharmaciens et qui peut également être présenté au grand public. Il a aussi servi de support à la fin de l'année 2004 à des actions de formation organisées pour les généralistes des Pays de la Loire.

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 Mayenne (Camelias), en 2002 dans le département de la Vendée et, en septembre 2003, en Maine et Loire. L'année 2004 a été marquée par la montée en charge de l'activité des structures de dépistage. Le taux de participation varie selon les départements entre 45 et 48% (42% en moyenne en 2003).

Par ailleurs, la Mayenne participe depuis novembre 2003 à l'expérimentation du dépistage organisé du cancer colo-rectal.

L'Observatoire Régional de la Santé, en collaboration avec les structures de gestion des registres et du dépistage a développé un tableau de bord régional étudiant les principaux cancers (sein, col de l'utérus et colon-rectum) et les résultats du dépistage. Ces informations sont mises à disposition sur le site internet www.sante-pays-de-la-loire.com, et actualisées annuellement.

Un suivi de l'impact du dispositif de dépistage organisé a été mis en place courant 2004, débouchant sur 3 enquêtes :

- Une enquête réalisée par l'ORS sur la participation des femmes au dépistage dans le département de la Loire-Atlantique, et qui sera étendue à la Mayenne et à la Sarthe. Cette étude s'attache à mesurer l'incidence de divers paramètres sur le taux de

1- INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

2- CESC : Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté

participation : appartenance aux divers régimes d'assurance maladie, âge, équipement local en radiologie, domiciliation...

- Une enquête réalisée par la CIRE sur les facteurs d'adhésion des femmes au dépistage organisé du cancer du sein. Cette enquête menée parallèlement sur 3 régions, sous l'égide de l'InVS, s'attachera à mieux comprendre les freins au dépistage, et donc à améliorer les modes d'invitation et de communication ;
- Une étude comparative des cancers diagnostiqués au cours et en dehors du dépistage organisé (EPIC et Cap Santé Plus 44) dans le département de la Loire-Atlantique. Cette étude a permis de mettre en évidence la plus grande précocité du diagnostic et donc potentiellement un meilleur pronostic des cancers dépistés lors des programmes organisés par rapport à l'ensemble des autres cancers.

Une remarquable synthèse de la mobilisation régionale sur le thème « Cancer du sein » montre bien l'ampleur de l'engagement des acteurs dans le Plan cancer (cf. p. 194).

3. SOINS ET ACCOMPAGNEMENT

Réseau de cancérologie

La région Pays de la Loire dispose d'un réseau régional de cancérologie, le réseau « ONCO-PL », fédération de 6 réseaux territoriaux, qui a pour mission de mettre à leur disposition un certain nombre d'outils techniques (référentiels, systèmes d'information, formations) mais aussi de valider leur fonctionnement. Les réseaux territoriaux organisent des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP), lieux de définition des stratégies thérapeutiques, qui aboutissent à l'élaboration d'un Programme Personnalisé de Soins. Depuis juin 2004, le réseau a ouvert un site - www.onco-paysdelaloire.asso.fr - qui permet d'informer le public, les patients et les professionnels des activités du réseau.

Le dossier communiquant en cancérologie, initié dans le cadre de l'expérimentation nationale en cours dans 4 régions, va se mettre en place progressivement en 2005. Géré par chaque réseau territorial, ce dossier est accompagné de la mise en œuvre d'un site web d'information, d'un serveur identifiant patient et d'une messagerie sécurisée. Le dossier est composé de différents volets : identité, antécédents et comorbidités, comptes-rendus classés par tumeurs, liste des soignants autorisés, traitement. Les différents volets du dossier communiquant en cancérologie sont implantés automatiquement à partir des dossiers patients des

établissements et des logiciels métiers des services ou cabinets sources, permettant à terme la création d'une identification régionale du patient et évitant la ressaisie des informations existantes.

Les professionnels peuvent accéder à la partie sécurisée du dossier par le biais de la carte professionnelle santé ou d'un code d'accès. Début 2005 a débuté l'utilisation réelle du dossier communiquant pour la pathologie du sein et en pédiatrie, puis un déploiement sera progressivement mis en place. Près de 800 médecins se sont vus délivrer un code d'accès pour les fiches RCP, ouvertes pour plus de 4000 patients au sein du réseau. L'objectif est de disposer d'un dossier communiquant en cancérologie pour chaque nouveau patient atteint de cancer fin 2007.

Transfert de compétence

Dans le cadre de l'expérimentation du transfert de compétence, une des deux expérimentations nationales portant sur la chimiothérapie à domicile concerne en 2004 et 2005 le réseau Onco-Loire-Estuaire (OCLE), réseau territorial créé en décembre 1999 autour du bassin de vie de Saint-Nazaire.

Hospitalisation à Domicile (HAD)

Entre 2002 et 2004, le nombre de places d'HAD installées est passé de 148 à 204.

Soins de support

Les soins palliatifs sont assurés par 25 équipes mobiles (dont 4 créées en 2004), 144 lits identifiés et 2 unités de soins. L'ensemble de la région est couvert par le réseau régional de soins palliatifs.

Le dispositif d'annonce a été testé en 2004 sur 4 sites : dans les CHU d'Angers et de Nantes en Oncopédiatrie, au CHU d'Angers et au Centre Paul Papin (CLCC) à Angers, à la Clinique Victor Hugo du Mans et dans le cadre du réseau de soins de St-Nazaire-OCLE. Il a concerné 1 270 patients en 2004.

Social et information des patients

Pour permettre d'améliorer l'information des patients et de leur entourage, un Espace de Rencontre et Information (ERI) intra hospitalier est en projet à Nantes et à Angers par les comités départementaux de la Ligue contre le cancer. A St-Nazaire, un kiosque d'information va prochainement ouvrir. Créé en partenariat avec le réseau Onco-Loire-Estuaire, ce kiosque transforme l'actuelle antenne de la Ligue sur le schéma des kiosques qui se développent partout en France sous l'impulsion de Françoise Marchal.

Oncologie pédiatrique

Depuis 1999, le réseau d'oncologie et d'hématologie pédiatriques des Pays-de-la-Loire réunit les professionnels de santé concernés. Il est intégré au réseau ONCO-PL. Les deux CHU de Nantes et d'Angers seront proposés pour être reconnus comme centres de référence en cancérologie pédiatrique, selon les critères de la circulaire ministérielle du 29 mars 2004.

Equipements lourds

Radiothérapie : fin 2004 sur les 21 accélérateurs autorisés, 20 étaient installés, dont 1 au CLCC de Nantes. TEP : 3 appareils autorisés, 3 installés. L'implantation d'un cyclotron est prévue à Nantes pour 2008.

Scanners : 34 appareils autorisés, 33 installés, dont 3 en 2004.

IRM : 16 sont installées sur les 17 autorisées, dont 2 en 2004.

Accès aux thérapeutiques onéreuses

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

- suivre la consommation de certaines molécules et prévoir la dépense afférente ;
 - vérifier l'adéquation des prescriptions aux recommandations et le respect des standards de prise en charge.
- L'étude de différentes molécules onéreuses sur l'année 2004 a identifié 25% de prescriptions hors AMM ou extension, pour un coût global de 3 millions d'euros. Le recueil des informations se fait avec les professionnels prescripteurs, qui manifestent une totale adhésion au projet. Ces données OMIT sont ensuite intégrées dans les référentiels diffusés par les réseaux Onco Bretagne et Onco Pays de Loire.

Tumorothèques

En fort développement depuis 2002 grâce au programme de soutien ministériel (DHOS), les 2 tumorothèques de Nantes et Angers résultent de la mise en commun des banques de tissus tumoraux cryopréservés préexistants dans les CHU et les CLCC des deux villes.

4. FORMATION

En 2004, 2 internes étaient inscrits au DES de cancérologie et 2 internes étaient inscrits au DES d'hématologie (en 2003, 12 internes en cancérologie et 3 en hématologie).

5. RECHERCHE

Le Cancéropôle Grand Ouest allie excellence scientifique et organisation opérationnelle efficace

Axes de travail et spécificités

Le projet du Cancéropôle s'articule autour de quatre thèmes de travail, les deux premiers étant spécifiques au Cancéropôle Grand Ouest. Ces thèmes sont :

- La vectorisation tumorale d'agents diagnostiques et thérapeutiques (la capacité à cibler les tumeurs et à amener le médicament au site de la tumeur)
- La valorisation des produits de la mer en cancérologie (recherche de molécules à activité anti-tumorale issues ou dérivées du monde marin)
- Les thérapies cellulaires
- La pharmacovigilance et la pharmacogénomique du cancer (optimiser le traitement et individualiser le traitement à la tumeur et au patient)

L'organisation du Cancéropôle

Il s'agit d'inciter les différentes équipes de recherche qui existent à Nantes, Rennes, Brest, Tours, Orléans, Angers ou Poitiers à travailler ensemble dans un esprit de complémentarité et de parvenir à la mise en réseau de « masses critiques suffisantes ».

Le Cancéropôle s'articule autour de quatre plates-formes technologiques :

- La plate-forme génomique fonctionnelle qui s'appuie sur Ouest Génomique (l'identification de gènes doit permettre l'individualisation des traitements) ;
- Le Réseau de Tumorothèques Grand Ouest (RTGO) qui met à la disposition des chercheurs des ressources biologiques permettant d'une part la recherche de facteurs diagnostiques et d'éléments prédictifs de la réponse aux traitements, et d'autre part, l'aide à la recherche fondamentale ;
- La plate-forme d'imagerie fonctionnelle en s'appuyant sur les IRM, l'échographie Doppler et les PET-scan permet, par des pratiques non-invasives, d'analyser la dynamique fonctionnelle d'une tumeur, de préciser le diagnostic et d'adapter ainsi le traitement ;
- La plate-forme de recherche clinique qui vise à favoriser le transfert du fondamental à la clinique. Son objectif est de faciliter l'utilisation en clinique de stratégies thérapeutiques innovantes et d'assurer une coordination interrégionale des essais cliniques issus des données récentes de la biologie.

Les associations entre le cancéropôle et les autres structures régionales ou interrégionales

Le réseau de tumorothèques du Grand Ouest fait partie intégrante du cancéropôle. Des liens sont à renforcer, notamment dans le domaine de la recherche clinique, et notamment avec les établissements privés qui le composent.

La Ligue contre le cancer et l'ARC sont associés à nos travaux.

Les bénéfices pour le patient

Le cancéropôle vise à faciliter le transfert vers les patients des thérapeutiques innovantes et d'aller vers des traitements du cancer de plus en plus individualisés en fonction des caractéristiques génétiques des individus. Par mobilisation d'acteurs appartenant à différentes disciplines et horizons, et par la conjonction d'intérêts entre chercheurs et cliniciens, le cancéropôle doit permettre de raccourcir les étapes entre la recherche fondamentale et la recherche clinique et donc la mise à disposition plus rapide de molécules innovantes.

Conclusion

L'originalité et la force du cancéropôle Grand Ouest est de s'appuyer sur les ressources existantes au sein de l'interrégion dans une démarche d'emblée fédératrice (état des lieux réalisé en amont dans le cadre d'un Livre blanc sur le cancer dans les quatre régions), et d'axer les thèmes de travail du cancéropôle sur ces mêmes ressources existantes. Le cancéropôle est une structure fédératrice et implique tous les partenaires (organismes de recherches, Universités, Collectivités territoriales, institutions, Ligue contre le cancer, l'ARC...) sur des projets fédérateurs, évitant ainsi l'éparpillement des ressources.

SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE DES ENFANTS

L'activité du Service d'Aide A Domicile (géré par l'association Angevine Cancer et Enfance), le SASAD-KE à Angers (49), est aussi originale que remarquable. Ce service dirigé par le Dr Alain BEUCHER, pédiatre, se compose d'une équipe de deux psychologues, d'une éducatrice spécialisée et d'une secrétaire coordinatrice. Créé il y a 15 ans, ce service a eu, dans un premier temps, mission d'accompagner les enfants atteints d'un cancer ou d'une pathologie hématologique grave (accompagnement individuel

, soutien proposé pour le retour à l'école, écoute proposée aux parents et aux frères et sœurs, groupe de parole pour la fratrie, week-end pour enfants endeuillés...).

Le SASAD fonctionne en complémentarité et en lien étroit avec les psychologues des unités d'oncologie pédiatrique d'Angers et de Nantes (environ une quarantaine de nouveaux enfants rencontrés chaque année).

Intégré au réseau d'oncologie pédiatrique des Pays de la Loire, sa vocation est régionale.

Depuis 4 ans, ce service a développé essentiellement sur le département du Maine-et-Loire, une proposition d'aide et d'accompagnement des enfants dont l'un des parents est atteint d'un cancer (plus de 150 familles ont déjà été rencontrées). Après une rencontre avec le ou les parents, il offre aux enfants, si nécessaire, un accueil individuel à domicile ou dans ses locaux.

Une formation de trois jours « Trop petit pour comprendre ? », en partenariat avec le CHU d'Angers, est proposée annuellement pour les soignants des hôpitaux, mais aussi des Centres de Lutte Contre le Cancer, des associations spécialisées, des cliniques...

Unique et innovant, ce service fait l'objet d'une réflexion pour envisager son extension ou sa reproduction sur les autres départements de la région pour ce qui concerne sa seconde activité auprès des enfants de parents atteints de cancer.

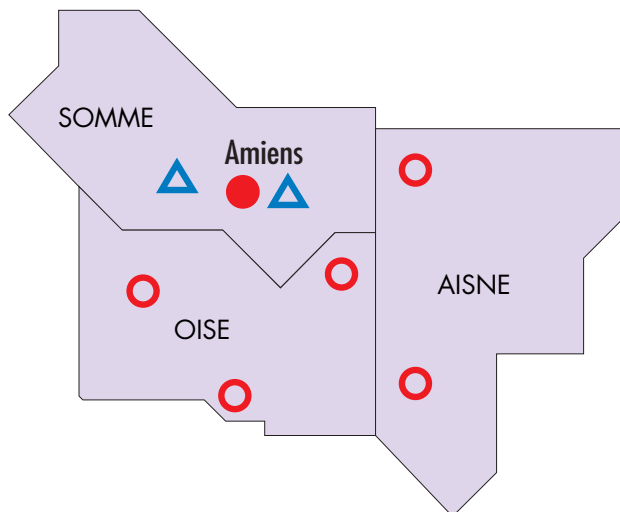
PRÉVENTION : LE RÉSEAU MÉLANOME OUEST EN ACTIONS

Le Réseau mélanome Ouest, créé à l'initiative de professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du mélanome, développe des actions de prévention et de formation médicale continue.

Il a réalisé un CD sur le thème " Vigie cancer. Votre peau est en danger. Soleil et grain de beauté vous tendent un piège ", à l'intention des personnels soignants (infirmières, kinésithérapeutes), des médecins, des pharmaciens et pouvant également être présenté au grand public. Y sont développées la prévention primaire ou comment éduquer et conseiller, expliquer pourquoi et comment se protéger, ainsi que la prévention secondaire ou le dépistage précoce des mélanomes. Illustré, à l'aide de photos très évocatrices, ce CD constitue un outil pédagogique pertinent. Il propose également quizz et cas cliniques pour permettre aux professionnels d'évaluer leurs capacités à reconnaître les mélanomes et autres cancers cutanés.

Ce CD a été distribué aux professionnels locaux souhaitant mener une démarche de prévention. Il a aussi servi de support à des actions de formation organisées pour les généralistes des Pays de la Loire, fin 2004. Il peut aussi être utilisé à la recherche d'outils de référence par les partenaires extérieurs à la région.

Le réseau mélanome Ouest développe, par ailleurs, de nombreux autres outils pour améliorer l'information, la prévention et la prise en charge globale du patient : cahier de liaison, ABCDaire, guide médical, plaquettes d'information.



EN PICARDIE

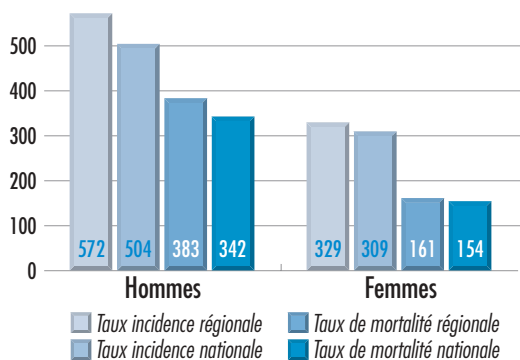
Sites de référence ou orientés en cancérologie

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

Population : 1 857 105

DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES RÉGIONALES (2002)

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. Les données issues du registre de la Somme 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.



(Valeurs pour 100 000 personnes) Sources : Inserm CepiDc, INSEE

1. PRÉVENTION

Registre

Dans le domaine de l'épidémiologie, la région Picardie est dotée d'un registre général des cancers couvrant le département de la Somme.

Tabac/Alcool

En 2004, 16 associations ont été financées pour un montant de 342 000 euros (en 2003, 14 associations pour 180 000 euros).

Actions jeunes

En 2004, 13 établissements scolaires étaient « sans tabac » (7 supplémentaires par rapport à 2003). En 2004, 106 établissements scolaires ont participé à des actions anti-tabac. L'une d'elle, le programme « Esti », programme régional de prévention du tabagisme en milieu scolaire de l'Assurance maladie, vise principalement les élèves du CM1 à la 4^{ème}. L'Université Jules Verne d'Amiens appartient au réseau « Université sans tabac ».

Actions entreprises

Dans le cadre des appels à projets régionaux concernant la lutte contre le tabac financés par l'INPES¹, un programme de prévention des cancers évitables dans le milieu de l'entreprise, tout particulièrement ceux liés au tabac, a reçu un financement de 180 000 euros en 2004 (205 000 euros en 2003).

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

En 2004, 44 entreprises de la région menaient des actions contre le tabagisme (27 supplémentaires par rapport à 2003). On peut, dans ce cadre, citer l'expérience de la médecine du travail de l'Aisne qui a rédigé un référentiel pour l'action de prévention primaire en entreprise sous forme de 17 fiches méthodologiques. Ensuite, 26 professionnels relais ont sensibilisé environ 7 000 salariés.

Sevrage tabac

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). Au total, 14 consultations de tabacologie couvrent l'ensemble de la région.

Réseau « Hôpital sans tabac »

Quatorze hôpitaux appartiennent à ce réseau et 2 maternités au réseau « Maternité sans tabac ».

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).

Le taux moyen de participation des femmes au dépistage du cancer du sein au niveau de la région était estimé à 46% pour l'année 2004 (taux de 22% en 2003).

3. SOINS ET ACCOMPAGNEMENT

Réseau de cancérologie

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

La mise en place d'une plate-forme de télé-médecine régionale permet de mettre progressivement en place un dossier communiquant entre les professionnels et les patients. A ce titre, la région est candidate pour participer aux expérimentations du dossier médical partagé et personnel.

Hospitalisation à Domicile (HAD)

En 2002, il existait 58 places d'HAD installées. Vingt places supplémentaires ont été autorisées en 2003 et 41 places en 2004. En 2004, les capacités d'HAD étaient de 119 places dont 99 installées.

Soins de support

En 2004, un poste de psychologue a été créé (1,5 poste créé en 2003).

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. La procédure d'identification des lits dédiés est en cours. Les capacités repérées sont de l'ordre de 18 lits.

Equipements lourds

Radiothérapie : 11 accélérateurs autorisés, 8 installés.

En 2004, un poste de radiophysicien et un poste de manipulateur radio ont été financés (2 postes en 2003).

TEP-scan : un appareil est installé au CHU d'Amiens depuis juin 2004. Un second équipement de cette catégorie a été installé à Creil en 2004 et un troisième doit être implanté prochainement à Amiens.

Scanner : 21 appareils autorisés, 19 installés, dont un en 2004.

IRM : 12 machines autorisées, 8 installées, dont une en 2004.

Innovation thérapeutique

Un Observatoire Régional des Molécules Innovantes et Coûteuses ("ORTIC") a été créé dans la région en 2003, sur une base multi-professionnelle et sur une initiative commune de l'ARH² et du CHU.

Social et information aux patients

Pour améliorer l'information des malades et de leur entourage, un kiosque d'information, hors structure de soins est en cours de mise en place à Amiens. Il a vocation d'information, d'aide psychologique et/ou sociale.

Des annuaires des ressources disponibles sur la région ont été mis en place par des associations.

Un groupe de travail constitué de représentants des associations de malades et des associations de consommateurs se réunit régulièrement pour accompagner les personnes atteintes de cancer dans leur démarche d'accès aux crédits. Cette démarche doit aboutir fin 2005 à une rencontre entre les représentants des usagers et les représentants des organismes de crédit pour faciliter l'application de la convention Belorgey.

2- ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation

4. FORMATION

En 2004, 3 internes étaient inscrits au DES de cancérologie, option radiothérapie, 1 au DES d'hématologie (en 2003, un interne en radiothérapie).

Un projet de création d'un « Institut européen de formation des bénévoles et professionnels accompagnants les malades atteints de maladie chronique et particulièrement de cancer » est en cours d'élaboration.

5. RECHERCHE

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. Il existe une forte mobilisation commune entre les quatre CHU qui appartiennent à ce cancéropôle.

Les thèmes fédérateurs sont :

- 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 6^{ème} PCRD.

Dans le cadre de l'appel à projets de recherche 2004, ont été retenus :

- 1 projet de transfert de la génomique au diagnostic et au pronostic des cancers ;
- 1 projet de recherche clinique en qualité de vie, épidémiologie et sciences humaines et sociales en cancérologie.

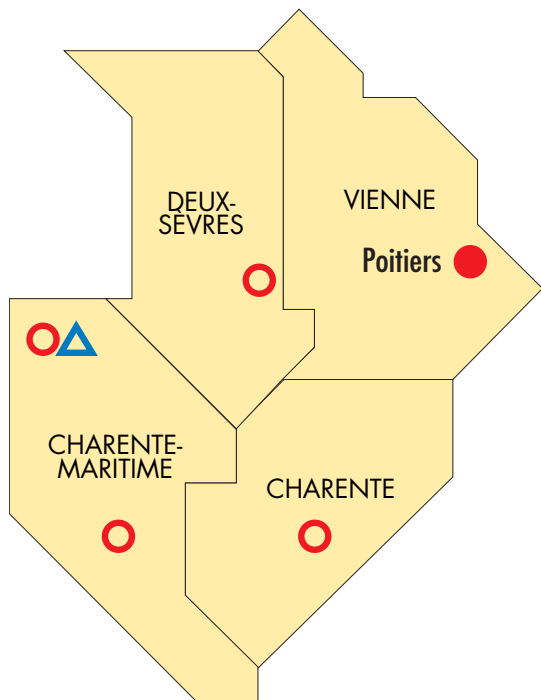
LES ÉTATS GÉNÉRAUX DE LA DOULEUR

Associant professionnels de santé et représentants des usagers, les intervenants successifs des états généraux de la douleur de Picardie (juin 2004) ont présenté les particularités de la région en matière de douleur, notamment les résultats de l'enquête inter-régionale « un jour donné » qui s'était déroulée à l'automne 2003 dans 6 régions, dont la Picardie. Les résultats étaient comparables dans l'ensemble des régions. Cette enquête a concerné, en Picardie, 74 services, 1184 patients, 114 infirmières et 103 médecins issus de 26 établissements de santé tirés au sort.

Les résultats montrent une prévalence de la douleur chez le malade hospitalisé comprise entre 40 et 50% (dont 10% d'importance forte à très forte) avec une méconnaissance de cette douleur chez les soignants pour plus de 30% des patients douloureux. La douleur était mieux prise en compte dans les services de chirurgie (où des protocoles de prise en charge étaient plus souvent proposés).

En revanche, les personnes âgées, qui présentaient des troubles de communication, étaient moins bien prises en charge. La prise en charge de la douleur, lorsqu'elle était reconnue, se révélait efficace plus de 9 fois sur 10, score particulièrement remarquable. D'une façon plus générale, l'Assemblée Régionale des Etats Généraux de la Douleur en Picardie a noté la synergie entre le Plan Douleur, le Plan cancer, le Programme Régional de Santé cancer, les SROS et les priorités des établissements de santé. Cet état des lieux a permis de dégager des axes de travail pour améliorer la prise en charge de la douleur sur le terrain. Une deuxième édition des états généraux se tiendra en septembre 2005 dans la région.

EN POITOU-CHARENTES



Sites de référence ou orientés en cancérologie

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

Population : 1 640 453

DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES RÉGIONALES (2002)

L'incidence estimée des cancers en Poitou-Charentes est de 8 500 à 9 000 nouveaux cas en 2003.

La mortalité, évaluée en 2000, est de 4 650 décès, dont 61% chez l'homme.

Actuellement, 26% de la population a plus de 60 ans et 16,7% 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

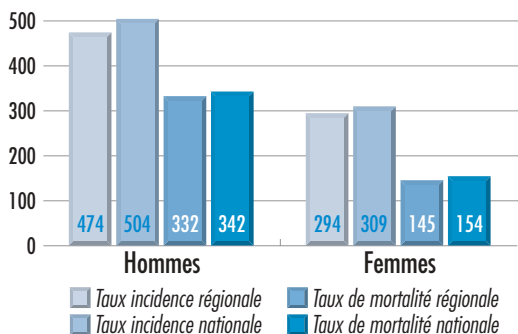
Registre

Une cellule constituée d'un médecin épidémiologiste et d'une secrétaire sera chargée en 2005, avec l'appui de l'équipe hospitalo-universitaire de santé publique, de la mise au point d'un registre régional des cancers.

Tabac/Alcool

En 2004, 5 associations ont été financées, pour un montant total de 23 500 euros (5 associations en 2003 pour 18 600 euros). Ce sont le CODES¹ 17 (« Campagne de communication autour de la prévention du tabagisme et de l'aide au sevrage »), le CODES 79 (« Concours fumée et beauté - la femme face au tabac »), le comité départemental de lutte contre les maladies respiratoires de la Vienne (« Femmes sans fumée : conseils de beauté, conseil de santé »), le CRES²-CODES 86 (« Femmes fumeuses en 2003, non fumeuses en 2004 ? ») et le CRES (journée régionale « Prévention du tabagisme en Poitou-Charentes : Quelles actions ? Quelles perspectives ? », qui s'est tenue le 17 mars dernier).

D'autre part, dans le cadre des appels à projets régionaux, l'INPES³ a financé un programme triennal de formation (2004-2006), proposé par le CRES (« Prévention du tabagisme en Poitou-Charentes ») pour un montant 155 000 euros en 2004 (160 000 euros en 2003).



(Valeurs pour 100 000 personnes) Sources : Inserm CepiDC, INSEE

1- CODES : Comité Départemental d'Éducation pour la Santé
 2- CRES : Comité Régional d'Éducation pour la Santé
 3- INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

En matière de prévention, il faut également souligner le travail important mené par l'URML⁴ auprès des médecins libéraux de la région : en 2003, 150 d'entre eux ont été volontaires pour participer à l'opération « Prévention-Présentoirs », permettant de sensibiliser les patients aux principaux thèmes d'éducation pour la santé et de prévention, comme le tabac ou l'alcool. On comptait 200 médecins participants fin 2004, 30 autres sont attendus pour 2005. D'autres actions de prévention, telles que le dispositif « Asalée » (délégation de tâches en cabinet de médecine générale), la consultation de prévention de l'adulte ou celle de l'adolescent méritent aussi d'être citées.

Actions jeunes

En 2004, quatre lycées ont participé à l'expérimentation nationale « Lycées sans fumée ». Par ailleurs, 27 établissements se déclarent « sans tabac » et 115 ont eu une action antitabac en 2004, contre 110 en 2003. La Faculté de Lettres de Poitiers depuis 2000 et la cafétéria étudiante gérée par le CROUS⁵ depuis 2004 appartiennent au réseau « Université sans tabac ».

Sevrage tabac

Tous les départements disposent d'au moins une consultation hospitalière de tabacologie, associée à 3 équipes hospitalières de liaison en addictologie. En 2004, une consultation de tabacologie a été créée au Centre Hospitalier de Royan. Fin 2004, 15 consultations couvraient donc l'ensemble de la région.

Réseau « Hôpital sans tabac ».

Dix hôpitaux appartenaient au réseau fin 2004. Le CHU de Poitiers va le rejoindre en 2005.

Nutrition

Concernant la promotion de la diététique, en 2004 comme en 2003, 32 communes de la région ont fait appel à une diététicienne, de manière à améliorer la qualité nutritionnelle des repas dans les cantines scolaires. Différentes actions sont menées en région Poitou-Charentes dans la perspective du Plan National Nutrition Santé (PNNS) et s'intègrent également dans le Plan cancer : mise en place de fontaines d'eau dans les lycées de la région, promotion de la consommation de fruits frais dans les ZEP et « Bien bouger, mieux manger » (enquête sur les habitudes alimentaires et sportives des enfants, éducation nutritionnelle). De plus, l'URCAM⁶ Poitou-Charentes a organisé en juin 2004 à Poitiers une journée de la santé sur le thème « La Nutrition et vous », au cours de laquelle ont eu lieu des ateliers, une conférence-débat et une soirée de formation professionnelle continue.

Cancers professionnels

Les médecins du travail se sont particulièrement mobilisés dans cette région et mènent des actions de sensibilisation et de prévention. Des actions expérimentales ont été conduites en 2004 dans cinq entreprises pour tester les outils d'évaluation et de prévention du risque CMR. Il en a découlé l'élaboration d'un module d'information au bénéfice des représentants du personnel. Un forum sur le risque chimique se tiendra en novembre 2005. En 2004, il avait réuni 150 entreprises de la région. Un renforcement des contrôles a concerné en 2004 le secteur des pressings, des garages et du nautisme. Il concernera en 2005 les secteurs précités, les menuiseries, l'imprimerie et la sérigraphie.

L'évaluation des risques cancérigènes est poursuivie par la DRTEFP⁷, à partir des constats des médecins du travail : 37 670 expositions susceptibles d'être cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (CMR) ont été identifiées en 2003 par les médecins du travail (soit environ 8 % de la population salariée concernée). Le nombre de cancers ayant fait l'objet d'une demande de reconnaissance comme maladie professionnelle reste bas : 26 cas en 2003.

La DRIRE mène aussi des actions spécifiques vis-à-vis du risque environnemental (voir encadré).

2. DÉPISTAGE

Le dépistage du cancer du sein, débuté dans 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). **Le taux de participation au dépistage en 2004 était estimé à 39% (20% en 2003).**

Il n'existe pas actuellement de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, mais la Charente et la Vienne se sont positionnées dès 2004 pour répondre à un appel à candidature.

A titre expérimental, le dépistage du cancer colorectal a été engagé fin mai 2003 dans le département de la Charente. Il concerne plus du quart de la population charentaise. Le taux de participation était de 34% en 2004. Des actions de communication importantes accompagnent cette politique de dépistage.

4- URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

5- CROUS : Centre Régional des Œuvres Universitaires et Scolaires

6- URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

7- DRTEFP : Direction régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle

Le colloque "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'évaluation réalisée au cours de l'année 2004 sur les outils et supports de communication utilisés au cours des campagnes successives de dépistage, en Charente et dans la Vienne, a permis de dégager des orientations claires pour les campagnes futures. La communication en direction des femmes devra comporter des actions de proximité, notamment grâce à la formation de personnes relais. Concernant les professionnels, elle pourra s'appuyer sur des outils de sensibilisation proposés par l'URML, comme le site Internet « Rumbas », et des réunions d'information. Un plan régional de communication est en cours d'écriture.

3. SOINS ET ACCOMPAGNEMENT

L'extension du Centre de cancérologie de la Rochelle, financée en partie par l'ARH⁸ 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. En 2004, près de 1 700 patients y ont été pris en charge dans le cadre du réseau.

Réseau de cancérologie

En Poitou-Charentes, la prise en charge cancérologique est organisée autour de 5 réseaux territoriaux de la Vienne, des Deux-Sèvres, du bassin sanitaire charentais, de la Charente-Maritime Nord et de la Charente-Maritime Sud. Ces réseaux ont été fédérés en février 2003 de manière à constituer un réseau régional, qui doit être opérationnel en 2005. La visioconférence, déjà utilisée dans le secteur sanitaire de la Vienne et dans le Nord Deux-Sèvres, est appelée à s'étendre à l'ensemble de la région.

Le projet REPERES (Recherche Evaluative sur la PErformance des REseaux de Soins) est un réseau de recherche inter-régional, mobilisant professionnels de santé, institutions et usagers en Poitou-Charentes et Aquitaine. Son objectif principal est de réaliser une évaluation de l'impact des réseaux de cancérologie, sur la prise en charge des patientes atteintes d'un cancer du sein infiltrant, non métastasé, principalement en termes de qualité de vie. Pour ce faire, une cohorte de

près de 1 000 patientes a été constituée dans l'inter-région : il s'agit de femmes dont le diagnostic a été porté à partir de janvier 2003 et qui ont donné leur consentement. Les deux objectifs opérationnels du projet sont d'une part, la réalisation d'une étude des déterminants de qualité de vie des patientes de la cohorte, un mois après la fin du traitement et après un an de suivi, et d'autre part la validation d'un outil de mesure de la qualité de vie pour les femmes atteintes d'un cancer du sein.

Le réseau de la Vienne met en place, en partenariat avec l'URML Poitou-Charentes et avec le soutien de l'ARH et de l'URCAM, un suivi post-thérapeutique alterné, entre les médecins généralistes et spécialistes, des patients traités pour un cancer du sein, de la prostate ou du côlon-rectum, dans le département de la Vienne. Ce suivi alterné doit fonctionner sur la base du volontariat, tant pour les patients que pour les médecins qui les prennent en charge. Il repose sur l'utilisation d'un dossier médical informatisé partagé et d'une messagerie sécurisée conformes aux exigences de la CNIL. L'objectif est de démontrer que l'implication des médecins généralistes dans un suivi post-thérapeutique protocolisé permet d'améliorer le service rendu, aussi bien au patient (qualité des soins, qualité de vie) qu'à la collectivité (maîtrise des dépenses de santé).

Au travers du contrat de Plan Etat-Région, un portail régional de santé doit se mettre en place. Il permettra de disposer d'un outil commun à tous les acteurs de santé de la région, au-delà du seul domaine de la cancérologie.

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 au sein d'un nouveau bâtiment spécifique qui ouvrira ses portes fin 2007. Le coût total de cette opération atteint près de 47 millions d'euros. Il permettra d'accroître de 50 % les capacités d'accueil en hospitalisation traditionnelle et de 100 % en hospitalisation de jour. Le plateau technique et les moyens humains y seront renforcés.

Hospitalisation à Domicile (HAD)

En 2002, il y avait 97 places d'HAD autorisées et 85 installées (12 places sont en attente d'installation à Saintes). Après deux années sans création, 70 places doivent être autorisées en 2005 : renforcement de 20 places à La Rochelle, création de 50 places à Poitiers (le département de la Vienne était jusque là dépourvu d'HAD).

8- ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation

Soins de support

Les soins palliatifs sont assurés par 10 équipes mobiles et 2 unités de soins. L'EMSP du Sud-Charente a été créée en 2003. Il n'existait en 2004 qu'un seul réseau de soins palliatifs : le RVH 17, réseau ville-hôpital créé en Charente-Maritime en 2001. Un projet de réseau à domicile est en cours de développement dans le Sud Deux-Sèvres, par l'association ALISPAD. En 2004, il existait 15 lits dédiés aux soins palliatifs répartis sur trois établissements de la région.

Une journée régionale « Soins palliatifs et réseaux : Etat et devenir » a été organisée à Poitiers le 3 février 2005, dans le but de promouvoir un accès coordonné à la démarche de soins palliatifs en Poitou-Charentes et la création de réseaux de prise charge. Cette journée a rassemblé près de 200 professionnels et bénévoles, œuvrant dans le domaine des soins palliatifs.

Le dispositif d'annonce a été testé au CHU de Poitiers en 2004 et a concerné 289 patients.

En 2004, 2,2 équivalents temps plein de psychoncologues ont été recrutés (un poste de psychologue créé en 2003).

Equipements lourds

Radiothérapie : début 2005, on compte 13 accélérateurs autorisés et 11 installés, dont un en 2004. Deux postes de manipulateurs radio ont été financés en 2004 pour renforcer la radiothérapie (3 postes temps plein de radiothérapeutes financés en 2003).

TEP⁹ : 2 appareils autorisés, un appareil installé en 2003 au CHU de Poitiers. Un deuxième TEP sera installé prochainement au CIRI¹⁰ de La Rochelle.

Scanners : 21 scanners autorisés et 17 installés, dont 2 installés en 2003-2004.

IRM : 11 IRM autorisées et 9 installées, dont 3 en 2003-2004.

Social et information des patients

Un état des lieux sur le mode de fonctionnement des associations de bénévoles et leur intervention dans les hôpitaux a été réalisé en lien avec les quatre comités départementaux de la Ligue contre le cancer, les quatre ASP¹¹ (ASP 16, ASP 17, ASPAG et ASP l'Estuaire), l'ADEL¹² et JALMALV¹³ 86, pour le bilan du Plan cancer présenté à la MILC en présence d'un représentant de l'INCa le 8 mars 2005. A ce jour, 6 associations ont signé des conventions avec des Centres Hospitaliers. Des permanences sont également assurées dans 9 établissements de santé.

9- TEP : Tomographe à Emission de Positons

10- CIRI : Centre d'Imagerie Radio Isotopique

11- ASP : Association pour le développement des Soins Palliatifs

12- ADEL : Association D'Entraide contre la Leucémie

13- JALMALV : Jusqu'À La Mort Accompagner La Vie

A Niort, un centre d'accueil et d'information des patients est en projet au siège de la Ligue. Un comité de patient est également en cours de création au Centre Hospitalier de Niort. Un Espace Rencontre Information (ERI) est envisagé au CH de Saintes.

4. FORMATION

Pour l'année universitaire 2004-2005, 3 internes sont inscrits au DES de cancérologie : 1 en option oncologie médicale et 2 en option radiothérapie (en 2003, 1 interne en cancérologie).

5. RECHERCHE

Le cancéropôle Grand Ouest allie excellence scientifique et organisation opérationnelle efficace

Axes de travail et spécificités

Le projet du cancéropôle s'articule autour de quatre thèmes de travail, les deux premiers étant spécifiques au cancéropôle Grand Ouest. Ces thèmes sont :

- La vectorisation tumorale d'agents diagnostiques et thérapeutiques (la capacité à cibler les tumeurs et à amener le médicament au site de la tumeur)
- La valorisation des produits de la mer en cancérologie (recherche de molécules à activité anti-tumorale issues ou dérivées du monde marin)
- Les thérapies cellulaires
- La pharmacovigilance et la pharmacogénomique du cancer (optimiser le traitement et individualiser le traitement à la tumeur et au patient)

L'organisation du cancéropôle

Il s'agit d'inciter les différentes équipes de recherche qui existent à Nantes, Rennes, Brest, Tours, Orléans, Angers ou Poitiers à travailler ensemble dans un esprit de complémentarité et de parvenir à la mise en réseau de « masses critiques suffisantes ».

Le cancéropôle s'articule autour de quatre plates-formes technologiques :

- La plate-forme génomique fonctionnelle qui s'appuie sur Ouest Génopole (l'identification de gènes doit permettre l'individualisation des traitements) ;
- Le Réseau de Tumorothèques Grand Ouest (RTGO) qui met à la disposition des chercheurs des ressources biologiques permettant d'une part la recherche de facteurs diagnostiques et d'éléments prédictifs de la réponse aux traitements, et d'autre part, l'aide à la recherche fondamentale ;

- La plate-forme d'imagerie fonctionnelle en s'appuyant sur les IRM, l'échographie Doppler et les PET-scan permet, par des pratiques non-invasives, d'analyser la dynamique fonctionnelle d'une tumeur, de préciser le diagnostic et d'adapter ainsi le traitement ;
- La plate-forme de recherche clinique qui vise à favoriser le transfert du fondamental à la clinique. Son objectif est de faciliter l'utilisation en clinique de stratégies thérapeutiques innovantes et d'assurer une coordination interrégionale des essais cliniques issus des données récentes de la biologie.

Les associations entre le cancérpôle et les autres structures régionales ou interrégionales

Le réseau de tumorothèques du Grand Ouest fait partie intégrante du cancérpôle. Des liens sont à renforcer, notamment dans le domaine de la recherche clinique, et notamment avec les établissements privés qui le composent.

La Ligue contre le cancer et l'ARC sont associés à nos travaux.

Les bénéfices pour le patient

Le cancérpôle vise à faciliter le transfert vers les patients des thérapeutiques innovantes et d'aller vers des traitements du cancer de plus en plus individualisés en fonction des caractéristiques génétiques des individus. Par mobilisation d'acteurs appartenant à différentes disciplines et horizons, et par la conjonction d'intérêts entre chercheurs et cliniciens, le cancérpôle doit permettre de raccourcir les étapes entre la recherche fondamentale et la recherche clinique et donc la mise à disposition plus rapide de molécules innovantes.

Conclusion

L'originalité et la force du cancérpôle Grand Ouest est de s'appuyer sur les ressources existantes au sein de l'interrégion dans une démarche d'emblée fédératrice (état des lieux réalisé en amont dans le cadre d'un Livre blanc sur le cancer dans les quatre régions), et d'axer les thèmes de travail du cancérpôle sur ces mêmes ressources existantes. Le cancérpôle est une structure fédératrice et implique tous les partenaires (organismes de recherches, Universités, Collectivités territoriales, institutions, Ligue contre le cancer, l'ARC...) sur des projets fédérateurs, évitant ainsi l'éparpillement des ressources.

AMÉLIORER LE DISPOSITIF DE CONNAISSANCE ET DE CONTRÔLE DES AGENTS CANCÉRIGÈNES PRÉSENTS DANS L'ENVIRONNEMENT

La DRIRE a mené des actions d'inspection au niveau de la région à la recherche de pollution atmosphérique pour la dioxine dans 10 installations concernées (7 incinérateurs, 3 cimenteries). Elle s'est aussi attachée à faire réduire les émissions de métaux lourds, de composés organiques volatils et de benzène dans les différentes industries concernées. Pour la surveillance de la pollution des eaux, un comité régional a été mis en place en 2003. A ce jour, 74 entreprises de Poitou-Charentes sont concernées et doivent réduire leurs émissions de produits polluants. Un repérage et une réhabilitation des sites ayant eu une activité industrielle au cours des deux derniers siècles est en cours. L'ensemble des informations est disponible dans une base de données (BASIAS) accessible sur Internet. Une revue annuelle¹⁴ de la DRIRE fait le point sur l'état de l'environnement industriel en Poitou-Charentes.

14- « La prévention des pollutions et des risques industriels en Poitou-Charentes - Bilan 2003 », novembre 2004, disponible sur www.poitou-charentes.drire.gouv.fr

DOC'VIE SENSIBILISE TOUS LES ACTEURS DE LA VIENNE

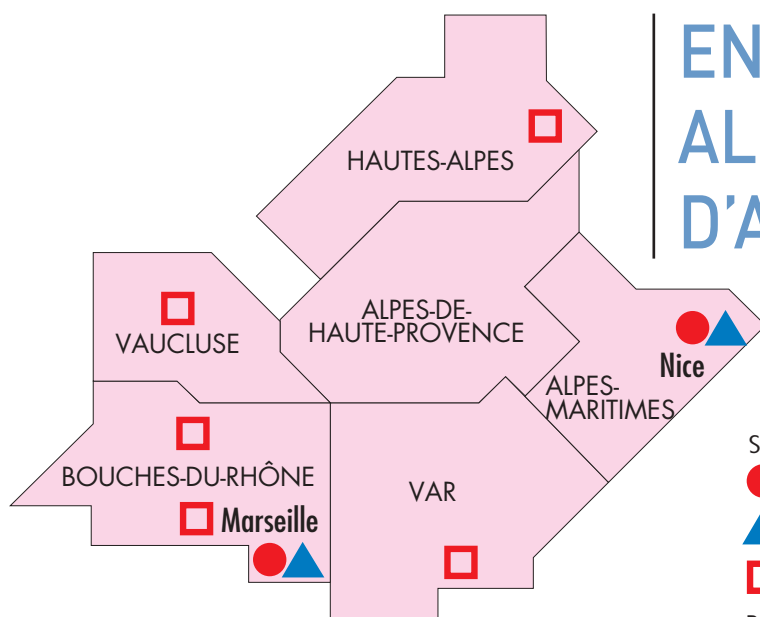
L'association Doc'Vie, dans le département de la Vienne, développe des actions de communication et de sensibilisation au dépistage du cancer du sein, auprès du public, des administrations et des médecins.

- Communication auprès du public : présentations générales puis encarts réguliers dans toute la presse locale, reportage TV régionale, 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.

SYMPHONIE 17 POUR AIDER LES FEMMES

L'association Symphonie 17 – Soutien aux cancers féminins a vu le jour en Charente Maritime, en février 2004. Créée pour aider les femmes pendant et après le cancer, favoriser un meilleur accès à l'information, proposer des réunions thématiques et des rencontres amicales, Symphonie 17 vient renforcer le réseau qui a pris naissance en Meurthe et Moselle (Symphonie 54 à Nancy) et en Meuse (Symphonie 55 à Bar le Duc).

Symphonie est née à l'initiative de femmes et d'hommes motivés par un vécu personnel et sensibilisés par une approche professionnelle du cancer, elle est aussi à l'écoute des familles.



Sites de référence ou orientés en cancérologie

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

Population : 4 506 253

DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES RÉGIONALES (2002)

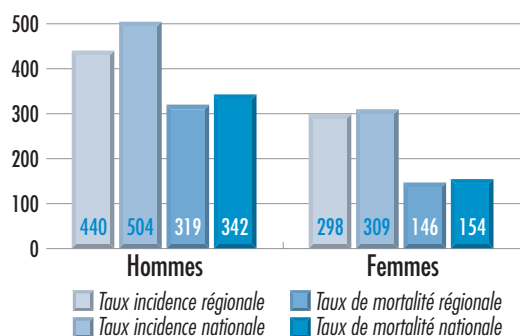
Les cancers touchent chaque année, en région PACA, 21 500 nouvelles personnes et provoquent 12 000 décès. Il y existe une surmortalité régionale de l'ordre de 7%, expliquée principalement par la forte proportion de personnes âgées.

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 DRASS ont réalisé un état des lieux de l'organisation de la lutte contre le cancer. Un tableau de bord a été mis en place, axé sur le suivi de fiches actions en rapport avec les différentes mesures du Plan.

1. PRÉVENTION

Tabac/Alcool

Le FNPEIS a financé en 2004 des actions de prévention dans les domaines du tabac, de l'alcool et de la nutrition pour un montant total de 600 000 euros. La DRASS, dans le cadre du PRS axé sur les jeunes et les personnes en situation précaire, a versé 500 000 euros en 2004 à plusieurs associations. L'INPES participe en 2004 au financement de diverses actions de prévention du tabagisme pour un budget total de 250 000 euros.



(Valeurs pour 100 000 personnes) Sources : Inserm CepiDc, INSEE

L'application de l'interdiction de fumer dans les lieux publics va être renforcée avec le contrôle et la sensibilisation des restaurants et autres lieux collectifs à partir de 2005. Une rencontre avec les professionnels de la restauration a eu lieu en 2004 pour préparer ces inspections.

1- ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation

Actions jeunes

Dans le cadre de l'expérimentation nationale « Lycée sans fumée », cinq établissements participent à ce projet en 2004 (1 lycée du Vaucluse participait depuis 2003). D'autres établissements adoptent progressivement cette mesure. La rentrée 2004 a vu le renforcement de l'application de la loi Evin dans les établissements scolaires. Plus de 100 000 élèves ont été sensibilisés en 2003/2004 sur le thème du tabac. D'ici 2007, l'ensemble des infirmières scolaires de la région sera formé à la sensibilisation des jeunes au risque du tabac et à l'aide au sevrage tabagique. Pour l'année 2004/2005, environ 120 infirmières ont pu bénéficier de cette formation. Un effort particulier a été fourni en direction des lycées agricoles avec une action associant le CRES et la DRASS. En dehors du cadre de l'école, des professionnels ont été formés au repérage des conduites à risque chez les jeunes. Huit de ces formations ont eu lieu en 2004.

Actions Entreprises

La Mutualité française finance, en partenariat avec l'INPES, la formation d'acteurs relais au sein des entreprises, chargés de sensibiliser le personnel au risque du tabagisme. En 2005, 3 journées de formation vont s'échelonner durant le premier trimestre. Le Conseil Général des Alpes-Maritimes est une administration « sans tabac ».

Sevrage tabac

Tous les départements disposent d'au moins une consultation hospitalière de tabacologie. Elles sont associées à 12 équipes hospitalières de liaison en addictologie. Pour diminuer les délais de premier rendez-vous, une consultation hospitalière collective de tabacologie a été créée en 2004, à titre expérimental au CHU de Nice et à l'hôpital Sainte Marguerite à Marseille. Au total 28 consultations de tabacologie maillaient la région à la fin de 2004.

Réseau « Hôpital sans tabac »

Cinquante établissements de santé participent à ce réseau et la maternité du Centre Hospitalier de Carpentras participe au réseau « Maternité sans tabac ».

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. Une évaluation de l'impact sanitaire d'une zone industrielle très peuplée, comme l'est celle de l'étang de Berre va être menée.

Un approfondissement des connaissances du parc des sources ionisantes va aussi être réalisé. Dans le but de maîtriser les risques professionnels, les secteurs des poussières de bois, des garages, pressing et utilisateurs de benzène sont inscrits au programme de l'inspection du travail. Des stages de formation à l'évaluation du risque chimique et CMR sont proposés aux agents de contrôle depuis 2003. 75% de ces agents sont déjà formés.

Cancers de la peau

En sus des actions nationales, des actions spécifiques de prévention du mélanome sont développées dans les Hautes-Alpes et les Bouches-du-Rhône.

Nutrition

Des actions de sensibilisation à l'école ont été engagées en 2003 et 2004. D'ici 2007, l'ensemble des établissements scolaires seront équipés de fontaine à eau. Un projet de prévention par la formation des professionnels des cantines a été mis en place en lien avec le CRES. Une action de formation des distributeurs bénévoles de l'aide alimentaire aux précaires, SDF, accueils de jour et quelques centres sociaux a été faite auprès d'accueils de jour et de quelques centres sociaux avec les 6 CODES de la région coordonnée par le CRES.

2. DÉPISTAGE

Le dépistage 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). **En 2004, le taux moyen de participation des femmes au dépistage à mi-campagne était de 37%.** Une disparité importante persiste entre les départements urbains où ce taux est de l'ordre de 35% (le dépistage individuel reste important) et les départements plus ruraux où le dépistage organisé prend mieux sa place avec des taux de participation de l'ordre de 52%.

Le Comité Technique Régional du Dépistage des Cancers a ciblé une campagne de communication sur le dépistage pour les populations précaires et/ou isolées, en complément de la campagne nationale (voir encadré).

Le Comité Technique du Dépistage des Cancers a mis en place depuis 2003 une campagne de formation/information pour les professionnels de santé. Depuis 2004, un CD-Rom sur le dépistage organisé

du cancer du sein, à destination des professionnels de santé de la région, permet de promouvoir le dépistage organisé par rapport au dépistage individuel et de favoriser l'adhésion des professions de santé et notamment des médecins généralistes, des gynécologues, des infirmières, des pharmaciens, des sages-femmes et des kinésithérapeutes. Le CD-Rom présente 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.

Une action spécifique en direction des populations isolées a lieu dans la région du Queyras. Un bus, accompagné d'une femme relais de l'association, assure gratuitement le transport aux femmes qui souhaitent participer au dépistage, mais qui ne peuvent y accéder à proximité de leur domicile. 40% des femmes concernées ont profité de cette opportunité en 2004.

Le département des Bouches-du-Rhône est également « pilote » pour le dépistage du cancer colo-rectal depuis décembre 2002. 38% des médecins généralistes concernés ont été formés pour l'application de ce dépistage, dont 33% de la population éligible a pu bénéficier. Le département des Alpes-Maritimes va intégrer l'expérimentation de ce dépistage au premier semestre 2005.

3. SOINS ET ACCOMPAGNEMENT

Quatre groupes de réflexion et de mise en oeuvre ont été constitués. Ils regroupent 180 experts régionaux représentants des médecins hospitaliers et libéraux, des directeurs d'établissements publics, privés, des CHU (centres hospitaliers universitaires), des CH (Centres Hospitaliers), des CLCC (Centres de Lutte Contre le Cancer), des infirmiers, des psychologues, et des représentants d'associations de patients. Chaque groupe travaille sur une thématique correspondant à plusieurs mesures :

- l'organisation, la coordination des soins et les réseaux de santé ;
- les soins de support, l'information et l'accompagnement des patients ;
- les modalités de prise en charge innovantes ;
- l'oncopédiatrie. Un site Internet spécifique au suivi et à la publication des travaux de ces groupes a été mis en ligne cette année.

Le pôle régional de cancérologie se dessine en tenant compte des deux pôles que constituent les CHU et CLCC de Marseille et de Nice.

Réseaux de cancérologie

La structuration des réseaux de cancérologie est en cours. Les réseaux « d'organes » existants depuis plusieurs années se regroupent pour former des réseaux infra régionaux.

A l'est, le réseau ONCAZUR regroupe tous les acteurs publics et privés et le pôle de référence PACA-Est constitué du CHU et du CLCC de Nice.

A l'ouest, deux réseaux (ONCOREP et R2C) couvrent le reste de la région.

Un réseau territorial ONCOSUD constitué depuis plusieurs années assure la coordination des soins de cancérologie de la zone d'Avignon en lien avec les réseaux régionaux de l'ouest de la région.

Des projets de rapprochement entre ces différents réseaux au sein d'une structure fédératrice sont en cours de réflexion. Ils devraient permettre d'envisager le développement d'un réseau régional fédérateur d'ici deux années.

Un financement forfaitaire de 20 euros par nouveau patient bénéficiant d'une RCP (Réunion de Concertation Pluridisciplinaire) conforme aux critères de qualité définis par les recommandations nationales et celles du groupe de travail régional a été initialisé en 2004. Un contrôle de qualité et de la généralisation des RCP sera mis en place en 2005. La DRDR (Dotation Régionale de Développement des Réseaux) a d'ores et déjà engagé plus de 5,5 millions d'euros pour le développement des réseaux de cancérologie sur la période 2002-2006.

Hospitalisation à Domicile

Il existait, en 2002, 525 places d'HAD autorisées et 396 installées réparties au sein de 15 structures de soins. Deux structures d'HAD spécifiquement destinées à la prise en charge du cancer sont en lien avec les deux Centres de Lutte Contre le Cancer. Aucune place n'a été créée en 2003. En 2004, 26 places ont été autorisées et installées portant à 412 le nombre total de places disponibles. L'HAD d'Avignon a vu sa capacité et ses moyens nettement revus à la hausse en 2004.

Vingt-six places d'HAD permettent de réaliser des chimiothérapies à domicile.

Soins de support

Cinq établissements de la région ont été retenus dans le cadre de l'expérimentation du dispositif d'annonce en 2004 et la généralisation de cette mesure est prévue dès que les résultats de l'évaluation nationale le permettront. Onze postes de psycho-oncologues ont été financés en 2004.

Le développement des soins de support a été soutenu avec la création et le financement de trois réseaux départementaux de soins palliatifs, de trois équipes mobiles et de deux unités de soins palliatifs. Début 2005, il existe 26 équipes mobiles, 47 lits identifiés et 5 unités de soins. La DRDR prend en charge des vacations et des dérogations tarifaires pour les psychologues qui travaillent dans le cadre des réseaux de cancérologie. De même, des moyens ont été affectés au renforcement de la prise en charge de la douleur.

Observatoire du Médicament et des Innovations Thérapeutiques (OMIT)

L'OMIT de la région PACA a développé des travaux sur le suivi de la consommation de plusieurs médicaments anticancéreux et a débuté les travaux de rédaction et de diffusion des bonnes pratiques et du bon usage des médicaments. Ces travaux participent à la mise en place de la chimiothérapie à domicile conformément à l'arrêté de décembre 2004.

Equipements lourds

Radiothérapie : 3 nouveaux accélérateurs de particules ont été installés et 5 renouvelés en 2004 ; trois médecins et deux radio-physiciens ont renforcé les équipes existantes en 2004.

TEP : 4 appareils autorisés, 2 installés en 2004 au CHU de Marseille et à l'Institut Paoli-Calmettes (CLCC). En 2005, 2 autres TEP seront opérationnels à Avignon et à Nice. Il existe aussi un TEP à Monaco, ainsi que deux gamma-caméras avec extension en coïncidence à Nice et Toulon. L'ARH a décidé en 2004, sur sa marge régionale, d'attribuer des crédits complémentaires pour le fonctionnement de ces caméras en plus des crédits du ministère de la Santé.

Scanners : 12 ont été autorisés et 2 installés en 2004.

IRM : 5 machines supplémentaires ont été autorisées et 8 installées en 2004.

Oncopédiatrie

Deux centres de cancérologie pédiatriques ont été identifiés : un à l'AP-HM (Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille), l'autre à Nice qui regroupe les équipes du CHU et de la fondation Lenval sur le site du CHU. Une fédération régionale des réseaux existants devrait être mise en place courant 2005. En 2004, trois postes de pédiatres oncologues ont été financés ainsi qu'un renfort en psychologues et en secrétariat.

Social et information des patients

Pour améliorer l'information des malades et de leur entourage, un kiosque d'information, hors structure de soin a été ouvert en juillet 2004 à Nice, dans

l'enceinte d'un centre commercial assurant ainsi une très bonne visibilité de la structure. Sans consultation médicale, ils ont vocation d'information, d'aide psychologique et/ou sociale. Au cours du mois de décembre 2004, 281 personnes ont été accueillies, dont 253 personnes non atteintes de cancer. Les demandes concernaient dans 88% des cas la prévention et le dépistage, la maladie et l'aide sociale dans les autres cas.

Un Espace Rencontre Information (ERI) est ouvert à l'Institut Paoli Calmettes.

Pour l'aide à la réinsertion des malades, une information et un accompagnement sont assurés par l'AGEFIPH² avec envoi de 1000 bulletins d'information auprès des médecins du travail.

4. FORMATION

La région PACA est très impliquée dans les problématiques relatives à la formation et réfléchit à la mise en place de nouvelles formations adaptées aux besoins actuels en cancérologie.

C'est dans cet esprit que sont à l'étude 2 projets de formation innovante : un master d'infirmière spécialiste en oncologie et un master de gestion des tumorothèques.

Depuis octobre 2004, un DU de cancérologie à l'attention des généralistes accessible sur Internet est proposé par la Faculté de médecine de Nice. Trente sept personnes ont pu bénéficier de cet enseignement, réalisé sur 10 mois. En raison du succès de cette formule, 4 facultés d'autres régions souhaitent s'y associer.

Une licence professionnelle de dosimétrie et radio-protection médicale va être proposée à partir de la rentrée 2005.

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.

En 2004, 3 internes étaient inscrits au DES de cancérologie, un pour l'option oncologie médicale et 2 en radiothérapie ; un interne était inscrit en hématologie (3 internes en cancérologie et un interne en hématologie en 2003).

2- AGEFIPH : Association pour la gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées.

5. RECHERCHE

Le PHRC national 2004 a financé 7 projets, dont 4 de l'Institut Paoli Calmettes, 2 du CHU de Nice et un du Centre Lacassagne (en 2003, 12 projets : 6 projets de l'Institut Paoli Calmettes, 2 du CHU de Marseille et 4 du CHU de Nice).

Cancéropôle PACA

Cinquante-trois équipes de recherche ainsi que 4 hôpitaux (les 2 CHU et les 2 CRLCC de Marseille et Nice), 8 structures industrielles, principalement au stade de *start-up*, l'INSERM et le CNRS, les UFR de médecine marseillaises et niçoises constituent le cancéropôle PACA.

Dans ce cadre, cinq thèmes fédérateurs ont été retenus :

- Génomique descriptive ;
- Génomique fonctionnelle ;
- Immunothérapie des cancers ;
- Projets technologiques et industriels ;
- Epidémiologie sociale et impacts socio-économiques de la prise en charge des cancers, dont une enquête sur les conditions de vie des patients cancéreux en collaboration avec la DREES³, les équipes de recherche de l'INSERM et l'ORS de PACA.

Dans le cadre de l'appel à projets de recherche 2004 ont été retenus :

- 1 projet de transfert de la génomique au diagnostic et au pronostic des cancers ;
- 2 projets de transfert de la génomique vers l'identification de nouvelles cibles et de nouvelles drogues ;
- 1 projet de recherche clinique en qualité de vie, épidémiologie et sciences humaines et sociales en cancérologie ;
- 1 projet d'immunothérapie du cancer.

3- DREES : Direction Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques

DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN : CONFIANCE ET DIALOGUE

Une campagne en direction des femmes précaires ou isolées a été mise en place par la DRASS, le CRES et leurs partenaires de la région en 2003, cette action se poursuit en 2005. Visant les publics précaires et/ou isolés, qui sont sensiblement plus représentés en PACA, la stratégie a consisté à développer une communication interpersonnelle basée sur la confiance et le dialogue avec les relais de proximité. Ces relais non médicaux contribuent à développer une culture du dépistage et à effacer les nombreuses craintes qu'ils suscitent encore auprès des populations précaires.

Elle fait aussi jouer la solidarité sociale pour atteindre toutes les exclues de l'information et prend en compte les aspects psychosociaux : isolement social, isolement conjugal, croyances et attitudes culturelles, anxiété... Chaque CODES a mis en place, en lien avec la structure de gestion du département, des formations de personnes relais : personnels des mairies, des CCAS, aides à domicile, travailleurs sociaux, associations, réseaux mutualistes, clubs du troisième âge...

Fin 2004, 400 personnes avaient bénéficié d'une journée de formation. Des affiches et brochures mettant en avant la gratuité, la facilité et l'innocuité de la mammographie ont été élaborées. Ces outils ont été personnalisés pour chaque département (logos des partenaires, téléphone de la structure de gestion locale). 93 000 brochures et 50 000 affiches ont été diffusées par les relais dans environ 1 250 structures de la région : pharmacies, acteurs du PRAPS, CHRS, PASS, centres sociaux, mairies, CCAS, CPAM, Ligue contre le cancer, Mutualité...

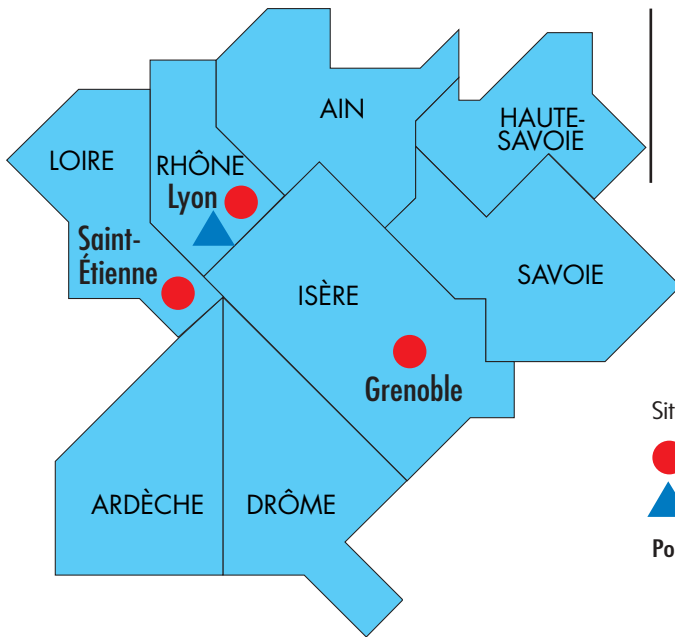
Des campagnes média ont été réalisées en 2003. Une campagne d'affichage a été menée pendant une semaine en 2004 sur les bus de Marseille, Avignon et Toulon.

Le budget initial consacré à ces actions a été de 140 000 euros dont 21 000 pour la formation et 119 000 pour la réalisation des outils de communication et l'achat d'espaces presse. A partir de 2005, le budget consacré aux formations sera intégré dans celui des structures de gestion.

L'évaluation des formations et des outils de communication a montré la très forte mobilisation des mairies, des CCAS et des associations ainsi qu'une bonne adéquation des outils utilisés.

En perspective, la formation de relais doit s'étendre à d'autres professionnels : personnel des centres d'examens de santé, Conseils Généraux, médecins libéraux.

EN RHÔNE-ALPES

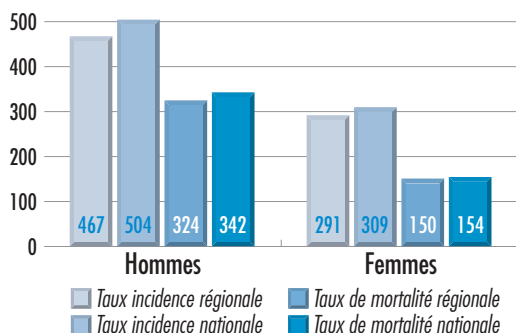


Sites de référence ou orientés en cancérologie

- **CHU** Centre Hospitalier Universitaire
 - ▲ **CLCC** Centre de Lutte Contre le Cancer
- Population : 5 645 847

DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES RÉGIONALES (2002)

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.



(Valeurs pour 100 000 personnes) Sources : Inserm CepiDc, INSEE

1. PRÉVENTION

Actions jeunes

Dans le cadre de l'expérimentation nationale « Lycée sans fumée », 4 établissements ont été désignés établissements pilotes dans les départements de l'Isère, de la Loire et du Rhône depuis 2003. Pour la seule ville de Grenoble, il existe 19 autres lycées qui ont choisi d'être « sans tabac ».

82% des établissements scolaires de l'académie de Lyon ont mis en place un Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté (CESC), qui en relation avec les associations départementales d'éducation à la santé mènent notamment des actions dans les domaines suivants : tabac, alcool, nutrition, exercice physique.

Quatre universités et 3 services de médecine préventive d'universités participent au réseau « Université sans tabac ».

Une formation des infirmières scolaires sur le thème du tabac a débuté en 2004 et se poursuivra sur 2005. Dans le cadre des appels à projet financés par l'INPES¹, un projet régional de prévention du tabagisme auprès des jeunes soutenu par le CRAES-CRIPS² a été financé en 2003 pour la somme de 264 450 euros.

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

Actions entreprises

L'extension à toute la région Rhône-Alpes d'expériences locales confirmées touchant au monde du travail, menées depuis 1997 dans le cadre du PRS Alcool et portant également sur la création d'une synergie d'intervention « alcool-tabac » a été financé dans le cadre des appels à projets régionaux de l'INPES pour un montant de 177 000 euros en 2004 (210 000 euros en 2003).

La préfecture de Lyon est entrée dans le processus d'administration sans tabac, ainsi que le réseau des caisses d'assurance maladie (CRAM, caisses de St Etienne, Annecy et Lyon). Par ailleurs l'URCAM, finance plusieurs actions pour lutter contre le tabagisme.

Sevrage tabac

Tous les départements disposent d'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 ont été créées au CHU de Grenoble et à l'Hôpital Louis Herriot à Lyon. Un total de 52 consultations de tabacologie sont en fonctionnement sur l'ensemble de la région.

Réseau « Hôpital sans tabac »

Vingt-huit hôpitaux participent au réseau et 4 maternités au réseau « Maternité sans tabac ».

2. DÉPISTAGE

Le dépistage du cancer du sein a débuté au début des années 90 dans les départements du Rhône (Ademas 69), de l'Isère et de la Loire (Vivre). En mars 2003, le dépistage a été généralisé au département de l'Ain, en décembre 2003 aux départements de la Drôme (Gip Drôme Ardèche) et de la Haute-Savoie (Gip Haute-Savoie). A la fin du premier trimestre 2004, les deux départements de la Savoie (Gip) et de l'Ardèche (Gip Drôme Ardèche) ont démarré le dépistage. **Le taux estimé de participation au dépistage était de 16% en 2004 (29% en 2003, mais ne concernait que 5 départements sur 7).**

Pour améliorer l'implication des médecins dans le processus d'invitation des femmes au dépistage, une expérimentation d'un module informatique sur un site web sécurisé est lancée depuis janvier 2005. Le médecin le consultant pourra rapidement connaître le statut d'éligibilité au dépistage de la femme et imprimer une invitation tout en informant la structure de gestion.

En mai 2002, le département de l'Isère a débuté le dépistage du cancer colo-rectal dans le cadre de l'expérimentation nationale.

3. SOINS ET ACCOMPAGNEMENT

En septembre 2004, l'ouverture partielle 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 permis d'améliorer la prise en charge des patients porteurs de cancer dans ce territoire (l'ouverture de toutes les structures devrait avoir lieu au cours du premier semestre 2005). Cette création a permis de réunir les différents spécialistes de l'onco-hématologie sur un même site.

Dans le cadre de la collaboration entre le CHU de Lyon et le Centre Léon-Bérard (CLCC), a été adopté le projet de création de l'Institut d'hématologie et d'oncologie pédiatrique. Il regroupera les compétences médicales de l'hématologie pédiatrique (CHU) et de l'oncologie pédiatrique (CLCC). Cet Institut s'accompagnera également d'un projet de réseau régional de cancérologie pédiatrique.

Réseaux de cancérologie

Le réseau Oncora (Oncologie Rhône-Alpes) a été créé en 1994. Il rassemble 45 établissements de soins publics et privés. Il assure la rédaction et la diffusion de référentiels, développe les outils de concertation et mène des missions d'évaluation (voir encadré).

Hospitalisation à Domicile (HAD)

Le nombre de places d'HAD est passé de 373 en 2002 à 419 en 2004.

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 sa mise en place expérimentale, les CHU de Lyon et Grenoble, l'hôpital St-Joseph-St-Luc, l'Institut de Cancérologie de la Loire et le Centre Léon-Bérard à Lyon ont mis en place le dispositif d'annonce. Trois postes de psycho-oncologues ont été créés en 2004.

Equipements lourds

Radiothérapie : 3 accélérateurs supplémentaires ont été mis en œuvre en 2004. Trois autres sont prévus pour 2005. TEP : 2 appareils ont été installés dans la région Rhône-Alpes en 2003, 1 au CHU de Grenoble et

1 au CHU de Lyon. Deux TEP supplémentaires vont être mis en œuvre au Centre Léon-Bérard (CLCC) et au CHU de St Etienne.

Scanners : 7 appareils ont été installés en 2004.

IRM : 12 appareils ont été installés, dont 2 en 2003 et 10 en 2004.

4. FORMATION

En 2003, quatre internes étaient inscrits au DES de cancérologie, option oncologie médicale et 7 internes étaient inscrits au DES d'hématologie.

5. RECHERCHE

Le PHRC national 2004 a financé 2 projets de recherche en cancérologie du CHU de Lyon et 1 projet du CHU de Grenoble (4 projets en 2003, 2 soutenus par le CHU de St Etienne et 2 par le CHU de Lyon).

Le Cancéropôle « Lyon - Auvergne - Rhône-Alpes » (CLARA) intègre des équipes de la région Rhône-Alpes au sein d'axes fédérateurs associant des équipes de recherche de la région Auvergne.

Il faut noter le fort engagement du Conseil Régional Rhône-Alpes qui entend cofinancer le cancéropôle de façon importante.

3 thèmes fédérateurs ont été retenus dans ce cadre :

- Nutrition et cancer ;
- Génomique fonctionnelle ;
- Imagerie.

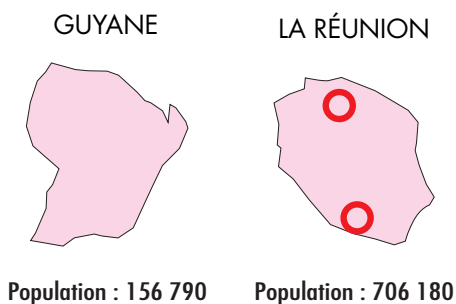
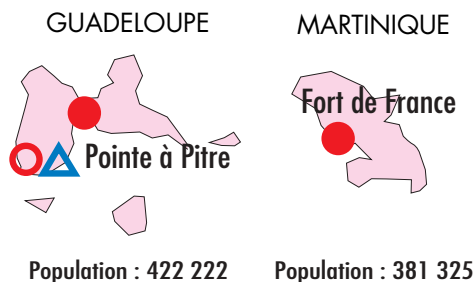
Dans le cadre de l'appel à projets de recherche 2004, ont été retenus :

- 4 projets de transfert de la génomique vers l'identification de nouvelles cibles et de nouvelles drogues ;
- 1 projet d'immunothérapie du cancer.

LE CLCC LÉON BÉRARD EXPÉRIMENTE LA STATION PATIENT POUR LES ENFANTS

Au Centre de Lutte Contre le Cancer Léon Bérard de Lyon, 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) ainsi que 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, association l'enfant@l'hôpital pour son expérience avec le logiciel Kanari) et des industriels (Hewlett-Packard, France Télécom). Les adolescents et les enfants sont ravis. Ils ont d'emblée adopté les jeux, le " chat " avec leurs amis et les informations sur l'IRM. Les mini-reportages sur les examens les 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 d'une durée moyenne de 4 jours.



EN OUTRE-MER

Sites de référence ou orientés en cancérologie

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

Population : 1 666 517

DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES RÉGIONALES (2002)

A la **Réunion**, avec environ 1500 nouveaux cancers annuels, l'incidence du cancer est inférieure à celle de métropole, sauf pour les cancers des voies aérodigestives supérieures et de l'œsophage chez l'homme et du col de l'utérus chez la femme. L'incidence est cependant en progression générale.

En **Guyane**, la mortalité par cancer est sensiblement inférieure à celle constatée en métropole, y compris après ajustement sur l'âge.

Pour la **Martinique**, les cancers les plus fréquents sont celui du sein (13,1%), du col de l'utérus (8,2%) et le colo-rectal (6,9%) pour les femmes, le cancer de la prostate (37,7%) et des voies aérodigestives supérieures et poumon (18,1%) pour les hommes.

1. PRÉVENTION

A LA RÉUNION

Actions jeunes

Concernant la lutte contre le tabagisme, l'INPES¹ a financé un projet du CRES² Réunion « Génération non fumeurs » pour un montant de 29 600 euros en 2004 (148 000 euros en 2003) dans le cadre des appels à projets régionaux. Cinquante-sept établissements scolaires ont bénéficié d'actions de prévention du tabagisme en 2004. Trois lycées sont « sans tabac » depuis 2003. L'Université de la Réunion s'est engagée en 2004 dans un vaste programme de prévention du tabagisme qui doit aboutir à une « Université sans tabac ». La DRASS se propose en 2005 de devenir « sans tabac ».

Sevrage tabac

Il existe deux consultations hospitalières de tabacologie dans le département, associée à 2 équipes hospitalières de liaison en addictologie.

Réseau « Hôpital sans tabac »

Le CHD Félix Guyon appartient au réseau. Les autres hôpitaux de la Réunion ainsi que les maternités sont impliqués dans une démarche sans tabac en dehors du réseau.

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

2- CRES : Comité Régional pour l'Éducation à la Santé

EN GUADELOUPE

Dans le cadre du Plan cancer, le comité de la Ligue contre le cancer a été financé au niveau régional en 2003 pour une somme totale de 70 000 euros.

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.

Il existait au moins une consultation hospitalière de tabacologie dans le département associée à une équipe hospitalière de liaison en addictologie.

EN GUYANE

Registre

Le registre du cancer se met en place en Guyane avec la participation de l'URML.

Alcool/Tabac

Concernant la lutte contre le tabagisme, 36 établissements ont été contrôlés pour vérifier la bonne application de la loi Evin.

Actions jeunes

En 2004, 17 établissements (6 lycées et 11 collèges) ont choisi d'être sans tabac (14 supplémentaires par rapport à 2003).

En 2004, 30 établissements scolaires ont bénéficié d'actions antitabac.

Dans le cadre des projets régionaux, l'INPES a financé en 2004 à hauteur de 33 200 euros les associations existantes pour une formation en méthodologie de projets et éducation pour la santé. Le Conseil Général organise des actions de prévention primaire du cancer en partenariat avec la Ligue contre le cancer.

Concernant le sevrage tabagique, il existe une consultation de tabacologie à Cayenne.

Soleil et cancers

En 2004, le CODES a bénéficié d'un financement de 7000 euros pour éditer des affiches «peau et cancer» pour inciter les personnes au dépistage précoce des lésions cutanées.

A LA MARTINIQUE

Registre

Il existe un registre général de cancérologie à la Martinique, créé en 1986.

Tabac/Alcool

Il existe au moins une consultation hospitalière de tabacologie dans le département associée à une équipe hospitalière de liaison en addictologie.

2. DÉPISTAGE

A LA RÉUNION

Le dépistage du cancer du sein a débuté en décembre 2003 à la Réunion (Mammorum).

Le taux de participation des femmes au dépistage est évalué à 46% de la population cible en 2004.

Le taux de participation au dépistage du cancer du col de l'utérus était estimé à 30% pour 2003.

EN GUADELOUPE

Le dépistage du cancer du sein a été initié en octobre 2004 en Guadeloupe. Le taux de participation pour 2004 ne peut être estimé compte tenu du début tardif du dépistage. Le remplacement du mammographe de Marie-Galante a été réalisé en février 2005.

EN GUYANE

L'association pour le dépistage du cancer du sein (AGDOC) s'est mise en place en septembre 2004. Les appareils susceptibles de participer au dépistage ont été mis en conformité. Les invitations n'étaient toujours pas lancées fin mars 2005, mais devraient l'être prochainement.

Pour le cancer du col de l'utérus, dont l'incidence est plus élevée qu'en métropole, l'Office de Migration Internationale en partenariat avec la Ligue contre le cancer a édité des plaquettes d'information destinées aux femmes dans les différentes langues parlées en Guyane.

Concernant le dépistage des mélanomes, une formation d'aide au dépistage du cancer de la peau a été dispensée par les médecins dermatologues en décembre 2004 au CH de Cayenne.

Cette formation s'est adressée aux kinésithérapeutes, aux pédicures podologues et aux esthéticiennes, en

3- FAQSV : Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville

contact quotidien avec le public car ces professionnels sont susceptibles de pouvoir orienter les patients présentant des lésions cutanées suspectes vers une consultation spécialisée.

Des affiches et dépliants de sensibilisation vont être mis à disposition de tous les professionnels de santé pour leur salle d'attente.

Une mission spécifique de formation en oncogénétique a été menée au printemps 2004 pour la Guyane avec les autres départements d'Outre mer. Un partenariat pour la réalisation des tests avec l'Institut Paoli-Calmettes à Marseille est envisagé.

A LA MARTINIQUE

Le dépistage systématique organisé du cancer du sein a débuté en janvier 2004 à la Martinique (Amerec).

Le taux de participation estimé, pour 2004, était de 35%. Pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, le taux de participation au dépistage organisé, expérimenté à la Martinique depuis 10 ans (ainsi que dans 4 autres départements), était de 25% en 2004 avec un taux de dépistage spontané important, de l'ordre de 35%.

3. SOINS ET ACCOMPAGNEMENT

A LA RÉUNION

Réseau

Le réseau Oncorun a été créé en mars 2002. Il œuvre pour un dossier médical partagé, la constitution des réunions de concertation pluridisciplinaires et la mise en réseau des cancérologues, spécialistes d'organes et anatomopathologistes par télé-médecine.

La Réunion participe à l'expérimentation nationale du « dossier communiquant » avec 3 autres régions de métropole (voir encadré).

Hospitalisation à Domicile (HAD)

Le nombre de places en HAD est resté stable en 2004 avec 45 places installées en 2002.

Soins de support

L'ensemble du département est couvert par un réseau de soins palliatifs. Ces soins sont assurés par 2 équipes mobiles, 4 lits identifiés et 1 unité de soins. Un projet d'extension de 10 lits supplémentaires dédiés aux soins palliatifs est en cours d'instruction, de même que la création d'une troisième équipe mobile. Trois postes de psychologue ont été financés en 2004.

Equipements lourds

Radiothérapie : Deux accélérateurs doivent être renouvelés fin 2005 (1 au Groupe hospitalier sud Réunion et 1 à la Clinique Ste Clotilde) et deux nouveaux accélérateurs autorisés seront installés au 2^{ème} semestre 2005 (1 au Groupe Hospitalier Sud Réunion et 1 au Centre Hospitalier départemental Félix Guyon). Un poste de radiophysicien et un poste de manipulateur radio ont été financés en 2004 (1 poste financé en 2003).

TEP⁴ : son implantation associée à un cyclotron est planifiée, l'autorisation ayant été acquise en 2004.

Scanners : 7 appareils autorisés et installés.

IRM : 4 des 5 machines autorisées sont installées. La dernière le sera courant 2005.

EN GUADELOUPE

Réseau de cancérologie

Le réseau KARUKERA ONCO a été agréé par l'ARH en 2001. Son financement a été initialement assuré par le FAQSV jusqu'à la fin 2003. En décembre 2003, un financement de la Dotation Régionale de Développement des Réseaux (DRDR) d'un montant total de 1,3 million d'euros pour 3 ans a été décidé. 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. La mise en place d'un registre des tumeurs attend un accord de la CNIL.

Le réseau a pris en charge environ la moitié des nouveaux patients atteints de cancer, patients qui ont pu bénéficier de réunions de concertation pluridisciplinaire. Le site 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 (Villejuif) est mis en place.

Hospitalisation à Domicile (HAD)

Le nombre de places d'HAD est passé de 5 places en 2002 à 35 places en 2004, avec l'autorisation de 15 places supplémentaires à l'hôpital de Capesterre Belle Eau en 2004.

4- TEP : Tomographe à Emission de Positons

Soins de support

Six cent patients ont pu bénéficier du dispositif d'annonce en 2004 grâce au financement d'un poste d'infirmière et d'un psychologue au CHU de Pointe-à-Pitre. Deux autres postes de psychologue ont été aussi financés au CH de Basse-Terre et dans le service de pédiatrie du CHU (2 psychologues recrutés en 2003). Les soins palliatifs sont assurés par 1 équipe mobile, 20 lits identifiés et 2 unités de soins. En 2004, le réseau couvrait 30% de la région. La consultation anti-douleur du CHU, ainsi que celle du CH de Basse-Terre ont été renforcées par le financement de postes d'infirmière.

Equipements lourds

Radiothérapie : une autorisation pour un accélérateur de particules supplémentaire a été délivré au Centre médico-social fin 2002, mais n'est pas installé à ce jour. Un accélérateur sera renouvelé en 2005 au CHU. Pour renforcer les équipes de radiothérapie, un poste de radiophysicien a été financé en 2003 dans cet établissement.

Scanners : 2 appareils ont été renouvelés en 2003 (Centre de radiologie privée de Pointe-à-Pitre) et 2004 (Centre Hospitalier de Basse-Terre). Un deuxième scanner sera implanté au CHU en 2005.

IRM : 2 machines ont été installées en 2004, à la clinique des Eaux Claires, et au Centre Hospitalier de Basse-Terre. En 2003, 1 machine installée au CHU de Pointe-à-Pitre.

EN GUYANE

Réseau

Le réseau ONCO GUYANE a été agréé en décembre 2003 par décision conjointe de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et de la Caisse générale de sécurité sociale de la Guyane (financement 2003-2004 : 315 000 euros). Il contribue à l'information et la formation continue des professionnels de santé, à la mise en place d'une coordination des soins avec un serveur commun permettant l'enregistrement de tous les patients et la mise en place du dossier médical partagé unique et accessible à tous les membres du réseau. Oncoguyane sera opérationnel en 2005.

Organisation des soins

Il existe au CH de Cayenne une unité d'hospitalisation de jour pour la cancérologie au sein du service de médecine. Cette unité comprend 2 lits d'hospitalisation, 1 place de chimiothérapie ambulatoire, les locaux permettant la reconstitution des chimiothérapies.

Un PH oncologue y exerce à temps plein ainsi que 4 infirmières dont 3 formées à la chimiothérapie et une aide-soignante.

Une convention entre le CHU de Fort de France et le CH de Cayenne définit les modalités de leur partenariat pour le fonctionnement d'une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire un jeudi par mois (un système de visioconférence existe entre la Martinique et la Guyane). Des consultations avancées de cancérologie sont assurées plusieurs fois par an par un cancérologue de l'Institut Gustave Roussy.

En 2003, afin de favoriser l'installation d'un centre de radiothérapie à Cayenne, l'ARH de Guyane a accordé au Centre de Lutte Contre le Cancer Guyanais, dans les locaux de la Clinique St Paul l'autorisation de créer 5 places de chimiothérapie ambulatoire, de renforcer la chirurgie gynécologique, d'installer un scanographe à usage médical et un accélérateur de particules. L'appareil de radiothérapie n'est pas installé pour l'instant.

En avril 2004, le projet de mise en place d'un Centre de Coordination en Cancérologie au sein du Centre Hospitalier de Cayenne a été adopté par le corps médical de l'établissement.

L'organisation des soins ne comporte pas de prise en charge des soins palliatifs.

Hospitalisation à Domicile (HAD)

L'autorisation de création de 13 places en HAD (non spécifiques cancer) avait été accordée à la Clinique Saint-Paul en juillet 2001. Les places sont en cours d'installation.

Equipements lourds

Radiothérapie : un accélérateur a été autorisé en 2003 pour le Centre anti cancéreux Guyanais mais n'est pas encore installé.

Scanners : sur les 4 appareils autorisés, deux sont installés dont un en 2004 au CHF de St Laurent. Les deux scanners supplémentaires autorisés en 2003 au Centre médical de St Paul et au Centre médico-chirurgical de Kourou devraient être installés en 2005.

IRM : une machine a été autorisée en 2003 au CH de Cayenne et devrait être installée en 2005.

A LA MARTINIQUE

Réseaux et structures transversales de cancérologie

Le ROM (Réseau d'Oncologie de la Martinique) est un réseau inter-établissements, couvrant l'ensemble

des établissements publics et privés de la Martinique (sauf le Centre du CARBET). Il est pluridisciplinaire. Des référentiels ont été rédigés pour toutes les pathologies puis distribués à l'ensemble des médecins des établissements de soins, aux médecins conseils, aux médecins des centres de prévention-dépistage (PMI, etc.) et aux médecins libéraux, y compris tous les médecins généralistes du département.

Le réseau gère toutes les RCP⁵ de toute la Martinique hors CHU (CH du Lamentin, CH de Trinité, Clinique S^{te} Marie), mais aussi celles de Cayenne (2 jours par mois). Le nombre de patients dont le dossier a bénéficié d'une concertation pluridisciplinaire est passé de moins de 1000 en 2002 à 1700 en 2004. Son projet pour 2005 est de réussir l'extension du réseau à la « Ville ».

L'Unité de Concertation Cancérologique (UCC) du CHU de Fort-de-France a été créée lors de l'avènement de la Fédération de cancérologie des CHU Français dont elle fait partie.

Elle gère l'ensemble des RCP du CHU de Fort-de-France et forme le socle du futur Centre de Coordination en Cancérologie (3C).

Hospitalisation à Domicile (HAD)

Une structure d'HAD a été créée en 2004 à la Martinique. Quarante places vont être installées en juin 2005.

Soins de support

Une consultation d'annonce a été mise en place depuis janvier 2004 dans le Service d'oncologie radiothérapique et médicale du CHU de Fort-de-France, sous deux formes :

- des consultations « longues » réalisées par les praticiens de ce service,
- la création d'une « consultation d'ancrage infirmière », qui reprend une semaine après environ, les explications données par les médecins aux patients, concernant leur maladie, leurs traitements et leurs différents rendez-vous.

Une psychologue supplémentaire a été recrutée dans le service d'oncologie radiothérapique et médicale de l'Hôpital Clarac, portant à 2 le nombre de psychologues du service.

Une vacation médicale de psycho-oncologie a par ailleurs été ouverte pour tout le CHU. Des soins d'esthétique sont prodigués aux malades hospitalisés et en ambulatoire.

Les soins palliatifs sont pris en compte sous forme de 2 structures :

- une Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP), destinée à aider l'ensemble des services du CHU de Fort-de-France,
- une Unité fixe de 5 lits de Soins Palliatifs (USP), référente et formatrice, basée dans le service d'oncologie radiothérapique et médicale du CHU, à l'hôpital Clarac. Ses locaux définitifs sont envisagés pour début 2007.

Les soins palliatifs sont coordonnés par une association au sein du réseau régional de cancérologie (ROM), couvrant tout le département.

Equipements lourds

Radiothérapie : il existe 2 accélérateurs de particules, dont l'un sera renouvelé fin 2005. En 2004, un poste de radiophysicien et cinq manipulateurs radio ont été financés sur des crédits du Plan cancer. Le service d'oncologie radiothérapique et médicale du CHU de Fort-de-France assure la radiothérapie de la Martinique, de la Guyane (en attendant l'ouverture de leur propre centre de radiothérapie dans le privé) et de Ste Lucie.

Scanner : un appareil dédié à la radiothérapie devrait être installé prochainement au CHU de Fort-de-France.

Médecine nucléaire : il existe 2 gamma-caméras, dont l'une va être remplacée fin 2005. Le service est également responsable de l'Irathérapie (thyroïdes).

Par ailleurs un projet d'installation d'un cyclotron et d'un TEP^d -scan à la Martinique est envisagé, pour un usage inter-îles.

Hématologie : 2 chambres stériles ont été construites, avec le projet de réaliser sur place des auto-greffes de moelle.

Curiethérapie :

Le Service d'Oncologie Radiothérapique et Médicale du CHU de Fort-de-France (Hôpital Clarac), assure les curiethérapies des 3 DFA : Martinique, Guadeloupe, Guyane, plus celles de Ste Lucie. A partir du mois de Juin 05, il sera à même de réaliser des curiethérapies pour cancer de la prostate, avec la méthode des grains d'iode radioactifs.

Onco-génétique :

Une proposition d'organisation de la consultation d'oncogénétique va être transmise au ministère, via l'ARH, en concertation avec les 3 DFA ; la partie laboratoire (pour les tests) également.

Onco-pédiatrie :

Une réflexion sur la particularité de cette discipline en Martinique va faire l'objet d'une réflexion toute particulière en SROS 3.

5- RCP : Réunions de Concertation Pluridisciplinaires

4. FORMATION ET RECHERCHE

A LA MARTINIQUE

Un interne du DES de médecine nucléaire du CHU de Poitiers valide un semestre de radiothérapie dans le service d'oncologie radiothérapique et médicale du CHU de Fort-de-France en 2004/05 (dans le cadre de l'Inter-CHU).

Un interne était inscrit au Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) d'oncologie à la Martinique en 2003.

Un DU de soins palliatifs commun à la Guadeloupe, Martinique et Guyane permet de former les équipes localement. Il se déroule alternativement une année en Martinique, une année en Guadeloupe (il y a déjà 2 ans). Une formation continue des professionnels de santé du département est mise en place tout au long de l'année, dans le cadre du ROM et de l'UCC : formation régulière des IDE libérales avec stages dans le service d'oncologie radiothérapique et médicale et délivrance d'une attestation de formation, formation des généralistes et spécialistes une fois par mois au moins, parfois en association avec la Société Médicale Antilles-Guyane (SMAG), réunions de bibliographie ouvertes à tous (médecins, pharmaciens,...) afin de mettre à jour les référentiels.

Une étude cas-témoins a été réalisée en 2003/2004 sur le thème du cancer de la prostate (génétique), en partenariat avec les services de médecine nucléaire, d'oncologie radiothérapique et médicale, et d'urologie du CHU de Fort-de-France.

Deux autres études vont être lancées en 2005/2006 par les mêmes partenaires, sur la prostate (« prostate et pesticides », et « étude des mécanismes de l'hormono-résistance »). La création d'une « jeune équipe » de recherche est envisagée à la Martinique, en partenariat avec l'Université Antilles-Guyane (UAG) et tout particulièrement avec le laboratoire de biologie moléculaire de celle-ci à Pointe à Pitre.

EXPÉRIMENTATION DU DOSSIER COMMUNIQUANT EN CANCÉROLOGIE

A ce jour, tous les établissements de soins publics, la Clinique Sainte-Clotilde et le Centre Hospitalier de Mayotte participent à cette expérimentation. Très prochainement, d'autres cliniques privées et des médecins libéraux seront partenaires. Il en est de même pour les laboratoires d'anatomopathologie.

Le logiciel de dossier patient est identique à celui de la région Aquitaine. La mutualisation des actions et le partage d'expérience entre les deux régions a été bénéfique à l'expérimentation. La CNIL a donné un avis favorable à l'utilisation du logiciel qui est commun à l'ensemble des partenaires actuels. La réalisation des fiches de Réunion de Concertation Pluridisciplinaire sera automatisée d'ici le mois de juin. Pour le moment, la saisie est manuelle : 475 fiches ont permis de valider l'utilisation des items minimum retenus dans les quatre régions expérimentatrices. Pour l'île de Mayotte, la visioconférence permet la réalisation des réunions. Les professionnels de santé de l'île de la Réunion, en collaboration avec les institutionnels (Agence Régionale de l'Hospitalisation, assurance maladie, Préfecture, Conseil Régional...) ont par ailleurs clairement défini une stratégie régionale de mise en œuvre des technologies de l'information et de la communication où le réseau de cancérologie ONCORUN a été le premier des réseaux à utiliser les infrastructures techniques.

SOINS DE PROXIMITÉ À BASSE TERRE

Une collaboration public-privé, associée à l'action de la Ligue Guadeloupe contre le cancer et du réseau de Cancérologie KARUKERA, 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 les 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.



Page 2

Dépistage : se donner
toutes les chances

Pages 3-4

Assurer l'équité d'accès
à des soins de qualité

Page 4

Un accompagnement global
et personnalisé

Page 5

Accélérer l'innovation
et renforcer la recherche

Page 6

Cancer du sein
et territoires de santé

Mars 2005

Cancer du sein

Une mobilisation régionale

Le cancer du sein est actuellement le plus fréquent des cancers de la femme. Toutes générations confondues, une française sur dix risque d'en être atteinte au cours de son existence.

Pour l'année 2000, le nombre de nouveaux cas diagnostiqués dans la population des Pays de la Loire est estimé à environ 2400, ce qui correspond à 15 % du nombre total de nouveaux cancers diagnostiqués dans la région.

Ce nombre a connu une très forte progression au cours des dernières décennies. Entre 1990 et 2000, le nombre annuel de nouveaux cas diagnostiqués a augmenté de 49 %. Cette évolution s'explique pour partie par l'augmentation et le vieillissement de la population. Mais elle résulte également d'une augmentation du taux d'incidence (+ 28 %) en lien avec des diagnostics plus précoces et l'élévation du risque avec les générations. Les ligériennes concernées par cette affection, les patientes à prendre en charge par le dispositif de soins sont donc de plus en plus nombreuses.

Mais sur la même période, l'augmentation limitée du taux de mortalité (+ 5 %) témoigne des progrès accomplis en termes de diagnostic et de traitement.

Depuis 2 ans, l'engagement des professionnels de la région s'est encore amplifié dans le cadre du Plan Cancer.

Sous la présidence du préfet de région, le comité de pilotage du Plan Cancer a souhaité, par une information la plus complète possible sur les différents aspects de la maladie, de son dépistage à sa prise en charge et à la recherche, faire un premier bilan de cette mobilisation, et en développer la transversalité.

L'ambition de tous est de faire reculer la mortalité régionale et de contribuer à améliorer la qualité de vie des malades.



PRÉFECTURE
DE LA RÉGION
PAYS DE LA LOIRE

Plan Cancer en région Pays de la Loire

Le cancer du sein

Dépistage : se donner toutes les chances

*Un programme
de dépistage
organisé dans
les 5 départements
de la région*

*Une participation
des femmes qui varie
de 45 à 48 % selon
les départements*

*4 consultations
d'oncogénétique
en Pays de la Loire*

*Plus de 400 familles
à risque vues
en consultation
et environ 170 tests
de dépistage réalisés
en 2004*



Les Egériens se sont engagés très tôt dans la mise en place des programmes de dépistage organisé du cancer du sein par mammographie, développés en France à partir de 1989.

La Sarthe a, en effet, été l'un des six premiers départements expérimentateurs au plan national. Un programme a démarré en Mayenne en 1994, puis en Loire-Atlantique en 1996. Avec la mise en place d'un programme de dépistage organisé en Vendée en 2002, et en Maine-et-Loire en 2003, la couverture de la région est désormais complète.

► Une forte mobilisation autour des programmes de dépistage organisé dans les 5 départements de la région

Les programmes de dépistage organisé bénéficient d'une large mobilisation régionale. Leur gestion est assurée au niveau de chaque département par une structure associative qui réunit les différents partenaires concernés. Les caisses d'assurance maladie jouent un rôle essentiel à travers le financement des mammographies et leur participation au fonctionnement de ces structures. Les 5 conseils généraux de la région apportent également leur soutien au dépistage organisé, à travers une subvention annuelle aux associations gestionnaires. L'engagement des praticiens, et notamment des radiologues, est également important, puisque près de 90 % des 220 radiologues libéraux, ainsi qu'une trentaine de praticiens exerçant dans 6 établissements hospitaliers de la région bénéficient d'un agrément pour réaliser les mammographies dans le cadre du dépistage organisé. Enfin, les comités départementaux de la Ligue contre le cancer apportent également leur soutien, notamment financier, à ces programmes.

► Des efforts entrepris pour améliorer le taux de participation

Les taux de participation des femmes de 50 à 74 ans aux dernières campagnes de dépistage organisé atteignent 45 % en Loire-Atlantique (2001-2002), 48 % en Mayenne (2002-2003) et 47 % en Sarthe (2001-2002), les données par campagne n'étant pas encore disponibles pour les 2 autres départements de la région. Ces taux, calculés par rapport à la population des femmes de 50 à 74 ans de l'INSEE, sont légèrement plus favorables que la moyenne nationale (43 %). Au cours des années les plus récentes, l'utilisation d'un nouveau cahier des charges semble avoir permis une amélioration sensible de la participation. La proportion des femmes de cette classe d'âge qui ont bénéficié d'un dépistage mammographique est toutefois plus élevée puisque le dépistage individuel, relativement fréquent, n'est pas comptabilisé dans ces données.

Pour atteindre l'objectif de 80 % fixé par le Plan Cancer pour 2007, un effort important est entrepris dans la région pour amplifier la participation des femmes au dépistage organisé. Le rôle des médecins de ville, généralistes et gynécologues principalement, est à ce titre essentiel. D'où l'intérêt des sessions de formation médicale continue organisées dans la région, même si leur nombre apparaît relativement limité (les associations Unafomec Pays de la Loire et MG Form ont organisé chacune un séminaire de formation professionnelle conventionnelle sur ce sujet au cours des 2 dernières années). Les associations locales, et notamment les associations féminines, constituent également des relais importants avec lesquels les structures de dépistage cherchent à développer des partenariats.

Différentes études régionales ont été mises en place, afin de mieux connaître la situation et développer des politiques adaptées.

Une étude réalisée en 2004 par le registre des cancers Loire-Atlantique/Vendée et l'association CAP Santé Plus 44, sur la base de 3354 nouveaux cas diagnostiqués entre 1997 et 2002 chez les femmes âgées de 50 à 74 ans a ainsi permis de mettre en évidence la plus grande précocité du diagnostic, et donc le meilleur pronostic, des cancers dépistés lors des programmes organisés par rapport à l'ensemble des autres cancers. Sur cette période, les cancers découverts dans le cadre du dépistage organisé représentent 23 % de l'ensemble des cancers du sein pour les femmes de la tranche d'âge correspondante.

Une analyse des taux de participation aux programmes de dépistage organisé est menée par l'Observatoire régional de la santé (ORS) et les associations gestionnaires de ces programmes. Les résultats, disponibles pour le seul département de Loire-Atlantique pour l'instant, mettent en évidence l'importance des disparités entre cantons et entre organismes de remboursement des dépenses d'assurance maladie, et notamment le taux plus élevé pour les femmes relevant du régime des exploitants agricoles.

De plus, une étude portant sur les facteurs d'adhésion des femmes au dépistage organisé va être engagée en 2005 par l'Institut de veille sanitaire et sa cellule d'épidémiologie régionale (CIRE) en Pays de la Loire et dans 2 autres régions.

Enfin, dans le cadre de la coordination régionale du dépistage animée par la DRASS, un tableau de bord du dépistage des cancers élaboré par les acteurs régionaux est tenu à jour annuellement par l'ORS, afin de faciliter le suivi des indicateurs.

► 4 consultations d'oncogénétique à Nantes, Angers et Le Mans

Certaines mutations des gènes BRCA 1 et BRCA 2 sont associées à un risque accru de cancer du sein, et peuvent faire l'objet d'un dépistage. Les consultations d'oncogénétique permettent d'identifier les familles pour lesquelles un tel dépistage est justifié. A Nantes, une consultation d'oncogénétique existe depuis plusieurs années au centre René Gauducheau et une nouvelle consultation a été ouverte en janvier 2004 au centre Catherine de Sienné. L'Institut Angevin du Cancer assure également une consultation d'oncogénétique depuis une dizaine d'années à Angers, et depuis octobre 2004 au Mans. Plus de 400 familles auraient bénéficié de ces consultations régionales en 2004.

► 170 tests de dépistage oncogénétique en 2004 soit 2 fois plus qu'en 2003

Les enquêtes familiales se font en lien avec le laboratoire de génétique moléculaire du CHU de Nantes, qui couvre également les consultations du grand-ouest. L'identification initiale de la mutation donnée est réalisée sur une personne de la famille atteinte d'un cancer (cas index) et nécessite un délai de 4 mois. Les tests prédictifs peuvent ensuite être effectués chez les autres membres de la famille (cas familiaux) dans un délai d'une semaine. 170 tests de dépistage de cas index ont été réalisés en 2004 par ce laboratoire, soit 2 fois plus qu'en 2003. Sur ces 170 tests, 95 concernaient des cas index domiciliés dans les Pays de la Loire.

L'activité régionale d'oncogénétique reste encore à développer pour atteindre l'objectif de 70 à 80 tests de cas index par million d'habitants cité pour 2005 par le Plan Cancer, soit environ 220 à 250 tests parmi les habitants de la région. Les femmes dont le test est positif ont un risque élevé de développer un cancer du sein ou de l'ovaire, et se voient proposer un suivi adapté, comprenant une surveillance clinique tous les 6 mois, ainsi qu'une mammographie et une échographie ovarienne par voie endovaginale tous les ans.

Plan Cancer en région Pays de la Loire

Le cancer du sein

**Assurer
l'équité d'accès
à des soins
de qualité**

*Un nouveau cas
de cancer du sein
tous les 2 ans dans
la clientèle de
chaque généraliste*

*40 % des nouveaux
dossiers de cancer
du sein vus en réunion
de concertation
pluridisciplinaire*

*3400 séjours
hospitaliers pour
mastectomie
en 2002, dans plus
de 40 établissements
de la région*



En termes de soins, l'objectif du plan cancer est de permettre à toutes les personnes atteintes, quel que soit leur lieu de domicile, quel que soit leur environnement social et relationnel, quel que soit leur mode de prise en charge de bénéficier de soins de qualité. Dans la région, un très grand nombre de professionnels et de structures de soins, publics et privés, assurent le diagnostic des cancers du sein, le traitement et le suivi des femmes concernées, et sont donc mobilisés dans cette perspective.

► Des réseaux territoriaux auxquels adhèrent tous les établissements

La coordination des multiples acteurs en charge des soins liés au cancer est assurée dans la région par des réseaux territoriaux, les UCPO (unités de concertation pluridisciplinaire en oncologie), fruits d'une dynamique de terrain engagée depuis plusieurs années. L'ensemble de la région est aujourd'hui couvert par ce dispositif, auquel adhèrent notamment tous les établissements de santé publics et privés de la région.

Ces réseaux territoriaux ont une double mission : optimiser la prise de décision médicale, principalement par l'organisation de réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) et organiser les alternatives à l'hospitalisation.

Le réseau OncoPL

Les réseaux territoriaux sont fédérés au sein du réseau régional de cancérologie OncoPL, qui a pour mission de mettre à leur disposition un certain nombre d'outils techniques (référentiels, systèmes d'information, formation, ...) mais aussi de valider leur fonctionnement.

► Des RCP de gynécologie sur chaque territoire

Les RCP sont organisées par spécialité et, pour le cancer du sein, une RCP de gynécologie fonctionne au niveau de chaque réseau territorial. Pour garantir la qualité de cette prise en charge, un référentiel régional de bonnes pratiques en gynécologie a été élaboré en 2003 par le réseau OncoPL et est mis à jour annuellement.

Les RCP aboutissent à l'élaboration d'un programme personnalisé de soins (PPS), avec l'accord du patient. Certains dossiers difficiles sont étudiés au niveau régional par visioconférence. La participation aux RCP est valorisée par une rémunération spécifique, grâce à des mesures dérogatoires, tant au niveau des médecins libéraux que des établissements publics.

Les patientes atteintes d'un cancer du sein ont déjà largement bénéficié de ce dispositif puisqu'en 2004, 1000 dossiers concernant des femmes souffrant d'une telle pathologie ont été vus en RCP dans la région, chiffre à rapprocher du nombre de cas incidents de cancer du sein, estimé à 2400 pour l'année 2000 dans la population régionale.

► Des traitements chirurgicaux réalisés par de très nombreux établissements hospitaliers

Le traitement du cancer du sein comporte dans la grande majorité des cas une intervention chirurgicale, souvent initiale. Une étude menée par la direction régionale du service médical (DRSM) de l'assurance maladie à partir des données du PMSI, a dénombré environ 3400 séjours pour mastectomie en lien avec un cancer du sein en 2002 dans les établissements de santé de la région. Quelques établissements ont une activité importante dans ce domaine : 9 établissements réalisent plus de 100 séjours pour mastectomie, et 2 établissements, plus de 500. Mais ces séjours sont également très dispersés puisqu'ils se répartissent dans plus de 40 établissements, dont 12 ont assuré moins de 15 séjours en 2002.

La nature de l'intervention, mastectomie totale ou chirurgie conservatrice avec mastectomie partielle, fait l'objet d'indications

parfaitement codifiées, et dépend donc principalement de la nature et du stade de développement de la tumeur. En 2002, les mastectomies totales représentent dans la région 28 % des mastectomies, et la chirurgie conservatrice 72 %. Par ailleurs, la technique du ganglion sentinelle, qui permet d'identifier les cas qui ne justifient pas d'un curage ganglionnaire étendu, est de plus en plus utilisée par les équipes de la région. La reconstruction mammaire fait partie intégrante du traitement du cancer du sein, notamment lorsqu'une mastectomie totale doit être pratiquée. Cette reconstruction est réalisée soit par l'introduction d'une prothèse, soit par greffe d'un lambeau musculocutané prélevé au niveau du dos ou du ventre de la patiente. Il peut s'agir soit d'une reconstruction immédiate, menée dans le même temps que la mastectomie, soit d'une reconstruction secondaire, réalisée à distance. On ne dispose pas de données sur la fréquence totale des reconstructions mammaires (immédiates+secondaires) en Pays de la Loire. L'étude de la DRSM à partir des données du PMSI a dénombré 170 reconstructions secondaires réalisées dans la région en 2002.

► L'apport des 3 TEP de la région

Depuis 2003, trois TEP, caméras de tomographie par émission de positons ont été installées dans la région, à Nantes, puis à Angers et au Mans. En 2004, près de 4000 examens ont été réalisés par les professionnels des différents établissements publics et privés de la région grâce à ces 3 appareils.

Le cancer du sein est une indication peu fréquente de ce type d'examen, puisque sur les 2 sites où cette information est disponible, respectivement 3 et 14 % des examens concernent cette localisation, avec comme indication la plus fréquente la suspicion d'une récurrence ou le bilan d'une récurrence confirmée. La validation de nouvelles indications pourrait, dans les années qui viennent, augmenter l'intérêt de la TEP chez les patientes atteintes d'un cancer du sein.

► Des prescriptions médicamenteuses améliorées dans le cadre de l'OMIT

L'observatoire inter-régional du médicament (OMIT) créé en 2003 à l'initiative des ARH de Bretagne et Pays de la Loire et basé à Angers, contribue à l'amélioration des pratiques de prescription de plusieurs médicaments innovants utilisés dans le traitement du cancer du sein métastatique.

L'OMIT permet, en effet, d'évaluer en temps réel l'évolution des pratiques des oncologues et de les valider en fonction des nouvelles données de la littérature scientifique. L'OMIT permet également aux praticiens de contrôler l'adéquation de leurs pratiques de prescription aux référentiels reconnus par son comité de pilotage. Cette adéquation est principalement appréciée en termes d'indications, de posologie, de surveillance... Mais ce dispositif, en observant une fréquence de prescription très inférieure à la fréquence attendue, a également permis de mettre en évidence l'utilisation insuffisante de certaines molécules. Enfin l'OMIT, en formulant des recommandations d'indications anticipant sur certaines extensions d'AMM (autorisation de mise sur le marché) permet aux patientes de bénéficier très en avance des dernières avancées thérapeutiques.

► Le rôle prépondérant des professionnels de ville

Le traitement spécifique des cancers relève de soins très spécialisés, mis en œuvre pour une large part en milieu hospitalier. Mais à toutes les étapes de la maladie, lors du diagnostic, entre les différentes étapes du traitement hospitalier, lorsque ce traitement est terminé, les professionnels de santé de ville, médecins généralistes, gynécologues, infirmières... jouent un rôle essentiel.

Les médecins généralistes occupent notamment une place prépondérante. Avec en moyenne un nouveau cas de cancer du sein tous les 2 ans dans leur clientèle, la plupart

Plan Cancer en région Pays de la Loire

Le cancer du sein

Le dossier
communiquant
disponible
depuis février 2005

des 4700 généralistes de la région assurent en permanence le suivi de plusieurs femmes atteintes.

Pour améliorer l'articulation des prises en charge en ville et en établissement, le dossier communiquant en cancérologie pour le cancer du sein, élaboré par le réseau OncoPL, est à la disposition de tous les réseaux territoriaux de la région depuis février 2005. Ce dossier permet à l'ensemble des professionnels concernés par la prise en charge d'une patiente de disposer d'une information partagée via un site internet sécurisé. A terme, le programme personnalisé de soins devrait

être accessible à partir du dossier médical personnel du patient. Autre outil de coordination, un référentiel concernant la surveillance alternée entre établissement de référence et médecin généraliste est en cours d'élaboration par le réseau OncoPL.

Enfin, la mise en place par le centre Paul Papin d'un numéro d'appel accessible 24 heures sur 24, à l'intention des soignants de ville et notamment des médecins généralistes qui ont besoin en urgence d'un avis ou d'un conseil concernant un patient cancéreux, illustre également cette dynamique d'échanges ville-hôpital.

Un accompagnement global et personnalisé

Le dispositif
des consultations
d'annonce expérimenté
dans 4 établissements

Cancer info service
0810 810 821

Un Espace
de rencontre
et d'information
au Centre Gauducheau



► Consultation d'annonce et accompagnement psychologique

Les Pays de la Loire sont une région pilote en matière de consultations d'annonce. En effet, outre les initiatives de certains établissements, non répertoriées et non spécifiquement financées, 4 expérimentations ont été mises en place en 2004 dans la région, dont 3 concernent potentiellement des patientes atteintes de cancer du sein. L'évaluation de ces expérimentations est en cours. Il apparaît, d'ores et déjà, que la traçabilité dans le dossier des informations données à la femme est essentielle aux différentes étapes du diagnostic et du traitement.

Un **accompagnement psychologique** est également disponible pour les patientes qui le souhaitent dans un nombre croissant d'établissements. Les quatre établissements de la région spécialisés dans la prise en charge des cancers (centre René Gauducheau et centre Catherine de Sienne à Nantes, centre Paul Papin à Angers, clinique Victor Hugo au Mans) disposent notamment au minimum d'un poste à temps plein de psychologue. 3,5 postes d'onco-psychologues supplémentaires ont été attribués en 2004 aux Instituts du cancer de Nantes et d'Angers ainsi qu'au centre hospitalier du Mans. L'information de la patiente sur le possible recours à un psychologue devrait être progressivement systématisée, prévue dans le dispositif d'annonce et à terme incluse dans le programme personnalisé de soins.

Enfin, un accompagnement psychologique des enfants dont l'un des parents est atteint de cancer est proposé par un service de soins à domicile rattaché au centre Paul Papin.

► Information des malades et de leurs proches : une forte implication du milieu associatif local

Outre le numéro azur Cancer info service, ouvert depuis mars 2004, le milieu associatif régional est fortement mobilisé pour faciliter l'accès à l'information du grand public, des patientes et de leurs proches. Ainsi, les 5 comités départementaux de la Ligue contre le cancer assurent des permanences régulières en ville et, pour certains, en milieu hospitalier. Ces comités offrent un accueil personnalisé, la mise à disposition de documents d'information validés au plan national, et organisent des séances d'information collective.

A Nantes, cette dynamique va s'amplifier dans les mois qui viennent avec la mise en place, au centre René Gauducheau, d'un Espace de rencontre et d'information, à l'initiative de la Ligue et avec le soutien d'un laboratoire pharmaceutique. Cet espace dédié aux malades du cancer et à leurs familles, mettra à disposition des supports d'information, proposera des réunions-débats, assurera une activité d'accueil et d'écoute sous la responsabilité d'un animateur professionnel permanent, assisté de bénévoles.

Les bénévoles de la Ligue contre le cancer et ceux de l'association Vivre comme avant (association s'attachant à l'accompagnement des femmes victimes d'un cancer du sein) apportent également leur soutien aux femmes qui le souhaitent, pendant leur séjour hospitalier. Cette contribution essentielle va s'inscrire dans les mois qui viennent dans le cadre réglementaire national. Ce texte prévoit notamment la signature de conventions entre les associations et les établissements, précisant les conditions de formation préalable et d'encadrement des bénévoles, et le cadre de leurs interventions.

Des groupes de paroles, où les femmes atteintes d'un cancer du sein sont en général très présentes, sont également organisés dans chacun des départements de la région par les comités de la Ligue contre le cancer. Un à deux groupes de 12 à 15 personnes, encadrés par un professionnel, sont mis en place chaque année dans chacun des cinq départements de la région.

► Des prothèses dont la prise en charge reste inégale

Les prothèses mammaires et les prothèses capillaires sont remboursées par les organismes d'assurance maladie sur la base d'un forfait et les mutuelles complémentaires interviennent de façon inégale. Il reste parfois un coût important, qui peut aller de 75 euros à 300 euros, à la charge de la patiente. Les fonds sociaux des caisses d'assurance maladie et les fonds de secours des Ligues sont susceptibles d'intervenir ponctuellement pour aider les personnes en difficulté.

► Une reprise du travail à accompagner

Comme toutes les maladies graves, les cancers du sein perturbent la vie professionnelle des femmes qui en sont atteintes, notamment par les arrêts de travail prolongés ou successifs qu'ils entraînent. La réinsertion professionnelle constitue l'une des dimensions de la guérison, et elle doit être la plus précoce possible.

Le rôle du médecin traitant est à ce titre essentiel. Le médecin du travail a également un rôle important à jouer, tant auprès de l'employeur que du salarié. Il peut notamment proposer diverses mesures d'aménagement du temps et/ou du poste de travail.

La reconnaissance de travailleur handicapé peut permettre l'obtention d'aides à l'aménagement du poste de travail.

Plan Cancer en région Pays de la Loire

Le cancer du sein

**Accélérer
l'innovation
et renforcer
la recherche
clinique**

Deux tumorothèques
à Nantes et à Angers

Une centaine
d'équipes et environ
2000 personnes
forment
le Cancéropôle
Grand-Ouest

Outre les travaux de recherche fondamentale qui concernent l'ensemble des localisations tumorales, de nombreux projets régionaux de recherche de transfert et de recherche clinique, spécifiques au cancer du sein, sont en cours en Pays de la Loire. L'un des enjeux actuels est le développement de traitements de plus en plus individualisés, en fonction des spécificités de chaque tumeur. Dans cette perspective, la recherche de transfert utilisant la génomique vise actuellement à identifier des biomarqueurs d'intérêt diagnostique, d'intérêt pronostique, ou encore prédictif de la réponse au traitement, permettant d'établir une sorte de « carte d'identité » de la tumeur.

► Plusieurs projets de génomique du cancer du sein en cours dans la région

La recherche de transfert relative au cancer du sein est pour l'instant surtout menée à Nantes, au sein de l'unité mixte (CHU-CLCC) de génomique des cancers et du département d'oncologie biologique du CLCC.

Sept projets sont en cours. L'un d'entre eux, « Recherche, caractérisation et identification de marqueurs pronostiques des tumeurs du sein », est un projet multicentrique financé par le programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) national 2004. Un autre projet ayant trait à la pharmacogénomique du protocole de chimiothérapie FEC100 a bénéficié en partie d'un financement du Cancéropôle Grand-Ouest.

À Angers, le département d'oncologie biologique du CLCC Paul Papin participe à un projet multicentrique sur la caractérisation et l'identification des marqueurs fonctionnels du cancer du sein. L'unité Inserm 564, jusque-là surtout mobilisée sur le cancer du côlon, doit étendre ses travaux au cancer du sein dans un avenir proche, en collaboration avec le CLCC de Nantes. Tous ces projets sont susceptibles d'avoir des retombées concrètes pour la prise en charge des patientes dans quelques années, lorsque que leurs résultats seront validés par la communauté scientifique.

La recherche médicale en oncologie comprend trois axes :

- la recherche fondamentale, qui a pour principal objectif d'élucider les mécanismes moléculaires de la cancérogenèse,
- la recherche de transfert, qui s'intéresse aux applications pratiques des résultats fondamentaux, pour la prise en charge des patients,
- la recherche clinique, qui évalue ces nouvelles approches diagnostiques ou thérapeutiques chez les patients.

La génomique résulte du développement des techniques de criblage moléculaire à haut débit et du séquençage complet du génome humain. Elle vise à étudier simultanément le génome (génomique informationnelle), l'ensemble des ARN (génomique fonctionnelle ou transcriptomique) et l'ensemble des protéines (génomique protéomique).

► Une recherche qui s'appuie sur deux tumorothèques

Les tumorothèques de Nantes et d'Angers fournissent la matière première à ces recherches de transfert, en conservant et mettant à la disposition des chercheurs des échantillons de tumeurs et de tissu sain apparié, ainsi que des produits de transformation issus de ces prélèvements (ADN, ARN, protéines).

En fort développement depuis 2002 grâce au programme de soutien de la DHOS, ces 2 tumorothèques résultent de la mise en commun des banques de tissus tumoraux cryopréservés préexistants dans les CHU et les CLCC des 2 villes.

La tumorothèque nantaise dispose actuellement de 20 000 échantillons d'origine mammaire (tumeurs et produits transformés), le sein étant l'une de ses localisations tumorales d'intérêt. Le nombre de patientes prélevées augmente chaque année et atteignait 350 en 2004.

Pour assurer une meilleure représentativité des échantillons, un projet associant les cabinets privés d'anatomopathologistes à la tumorothèque nantaise est en cours de structuration. La tumorothèque angevine se compose de deux collections : l'une dispose de 800 échantillons des années 1991 à 2001, l'autre plus récemment constituée intéresse les tumeurs malignes de 950 patientes, dont 370 prélevées en 2004.

► Une recherche clinique en cancérologie qui se structure

De nombreuses structures publiques et privées de la région, et notamment les établissements prenant en charge un nombre important de cancer du sein, participent à la recherche clinique en cancérologie mammaire.

Seules celles qui disposent d'une structure formalisée de recherche comprenant des moyens humains et matériels spécifiques, et notamment les 2 CRCC associés aux 2 CHU, assurent la promotion d'essais cliniques, la gestion d'essais multicentriques et les essais de phase 1 de nouvelles molécules. Les autres structures sont impliquées essentiellement dans les essais de phase 2 et 3, qu'il s'agisse d'une participation à des essais ou de la coordination d'essais multicentriques.

Les directions régionales de la recherche clinique (DRRC) d'Angers et de Nantes ont une mission globale de coordination des projets de recherche clinique en Pays de la Loire.

Dans le cadre du Plan Cancer, elles jouent actuellement un rôle important d'impulsion en matière de recherche clinique en cancérologie, notamment en favorisant la structuration et la professionnalisation de ce dispositif.

► L'émergence de la recherche en sciences humaines et sociales

La recherche en sciences humaines et sociales reste encore quasi inexistante dans la région. Mais les choses évoluent, comme en témoigne l'attribution, pour la première fois en 2005, d'une bourse de recherche dans ce domaine par le comité de la Ligue contre le cancer de Loire-Atlantique. Le projet, porté par l'Institut du cancer Nantes-Atlantique, concerne la qualité de vie et les stratégies d'adaptation des patientes atteintes du cancer du sein et de leur famille.

Le Cancéropôle Grand-Ouest

Une centaine d'équipes de recherche des régions Bretagne, Centre, Pays de la Loire et Poitou-Charentes, issues de structures diverses (Universités, Inserm, CHU, centres anticancéreux, INRA, IFREMER...), et totalisant environ 2000 personnes se sont rassemblées au sein du Cancéropôle Grand-Ouest.

Les quatre thématiques de recherche suivantes y ont été retenues, les deux premières étant spécifiques au Cancéropôle Grand-Ouest :

- vectorisation tumorale d'agents diagnostiques et thérapeutiques (la capacité à cibler les tumeurs et à amener le médicament au site de la tumeur),
- valorisation des produits de la mer en cancérologie (recherche de molécules à activité antitumorale issues ou dérivées du monde marin),
- thérapies cellulaires,
- pharmacogénomique et pharmacogénomique du cancer.

Trois plates-formes ont été individualisées :

- les tumorothèques,
- l'imagerie fonctionnelle,
- la recherche clinique.

Le Cancéropôle Grand-Ouest soutient financièrement des programmes de recherche au travers d'appels d'offres nationaux et régionaux.

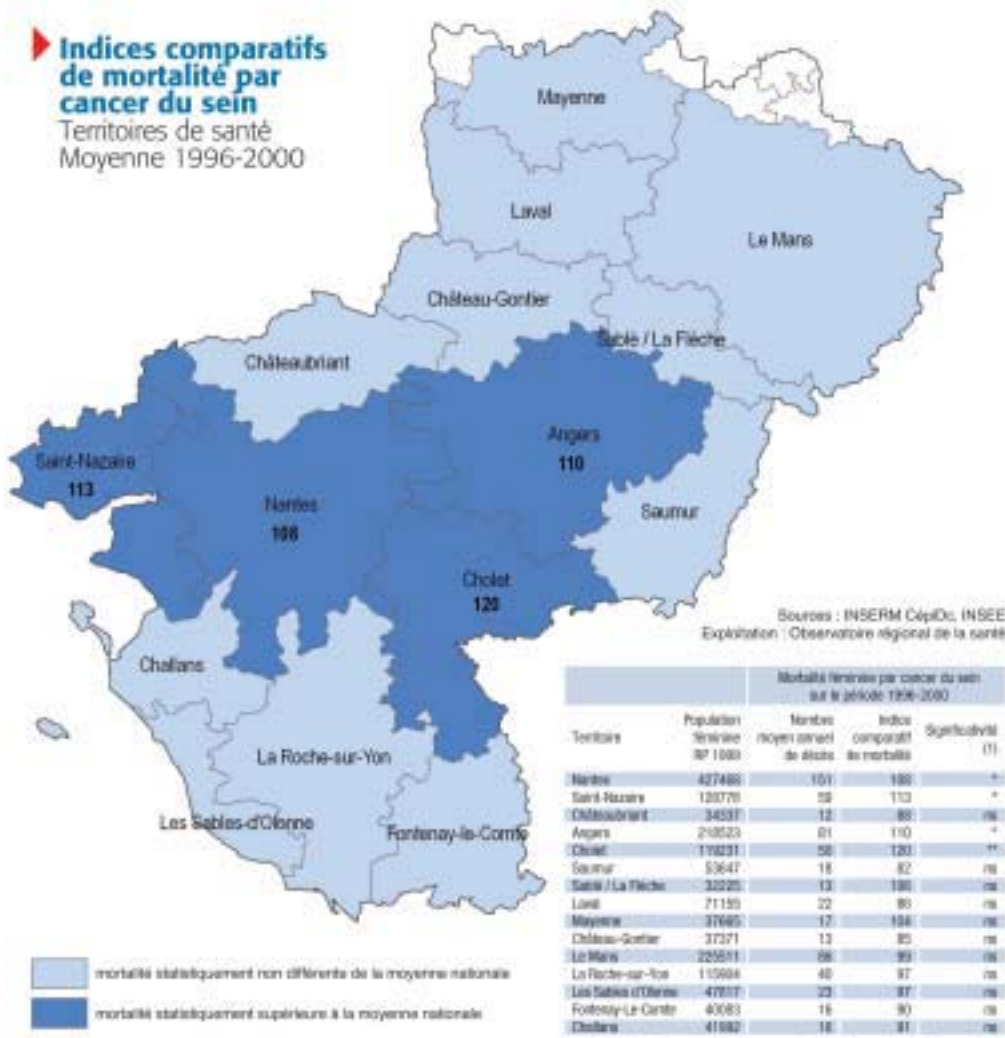


Plan Cancer en région Pays de la Loire

Le cancer du sein

Indices comparatifs de mortalité par cancer du sein

Territoires de santé
Moyenne 1996-2000



Sur la période 1996-2000, quatre territoires de santé des Pays de la Loire présentent une mortalité par cancer du sein significativement supérieure à la moyenne nationale ; Cholet, où cette surmortalité atteint 20 %, Saint-Nazaire (13 %), Angers (10 %) et Nantes (8 %).

Contributions

Dr Corinne Alloux Cap Santé Plus 44 - Dr Paolo Berceili Registre des cancers Loire-Atlantique/Vendée
Dr Alain Beucher CHU Angers - Dr Stéphane Bezieau CHU Nantes - Thierry Blais CHU Nantes
Angélique Bonnaud Centre René Gauducheau - Georges Couturier CHD La Roche-sur-Yon
Dr Pascale Filaire Cap Santé 49 - Dr Erick Gamelin Centre Paul Papin / OMIT - Dr Pierre Göttle DRSM Assurance maladie - Pr Pierre Jallat Centre Paul Papin - Dr Pascal Jézéquel Centre René Gauducheau
Dr Hervé Lacroix Réseau OncoPL - Dr Pascale Lalanne Cameña - Dr Marie-Françoise Lançamp CH Le Mans - Dr Alain Lortholary Centre Catherine de Sienne - Dr Yves Le Noc Unifarmec Pays de la Loire
Pr Khaled Meflah Inserm U 419 - Dr Florence Molinié Registre des cancers Loire-Atlantique/Vendée
Dr Jean-François Mosnier CHU Nantes - Dr Olivier Morel Centre Paul Papin - Dr Nicole Moutarde GEMS 72 - Dr Jean-Pierre Muratet Centre Jean Bernard - Dr Caroline Rousseau Centre René Gauducheau
Dr Catherine Savigny Audace 85 - Dr Dominique Tassy Centre Jean Bernard - Dr Annie Touranchet DRTEFP

Réalisation

Dr Brigitte Simon et Françoise Jubault DRASS Pays de la Loire - Hélène Abbey et Dr Anne Tallec ORS Pays de la Loire.

ADRESSES UTILES

Associations de dépistage

Cap Santé Plus 44
8, rue Gaston Rousseau
BP 96551 - 44205 Nantes Cedex 2
Tél. 02 40 35 20 18 - Fax 02 40 35 20 62
info@cap-sante-plus-44.org
www.cd-sante-plus-44.org

CAP SANTE 49

1, rue Joubert 49100 Angers
Tél. 02 41 05 08 92 - Fax 02 41 24 02 85
capante@wanadoo.fr

Centre

90 avenue Charoy
BP 0609 - 53006 Laval Cedex
Tél. 02 45 48 38 30 - Fax 02 43 67 10 34
association.centre@wanadoo.fr

GEMS 72

17 Rue Edgar Brand - 72000 Le Mans
Tél. 02 43 50 77 77 - Fax 02 43 75 17 20
gems72@mgp.fr

AUDACE

15 rue Paul Beaudry - BP 209
85005 La Roche-sur-Yon Cedex
Tél. 02 51 05 55 58 - Fax 02 51 05 40 74
audace@wanadoo.fr

Réseau OncoPL

Hôpital Saint-Jacques
85, rue St Jacques - 44093 NANTES CEDEX 1
Tél. 02 40 04 69 51 - Fax 02 40 84 69 21
contact@onco-psychologie.asso.fr
www.onco-psychologie.asso.fr

Ligue contre le cancer

Comité de Loire-Atlantique
12, rue du Maréchal Joffre
BP 41603 - 44100 Nantes cedex 1
Tél. 02 40 14 00 14 - Fax 02 40 14 05 03
cd44@ligue-cancer.net

Ancienne de Saint-Nazaire

Allée moines - 44100 Saint-Nazaire
Tél. 02 40 19 08 40

Comité de Maine-et-Loire

2, square Lafayette - 49000 Angers
Tél. 02 41 88 90 21 - Fax 02 41 87 51 34
comite_49@wanadoo.fr

Comité de la Mayenne

15, rue Gambetta - 53000 Laval
Tél. 02 43 53 46 43 - Fax 02 43 53 00 33
cd53@ligue-cancer.net

Comité de la Sarthe

02-04, rue Molé - 72000 Le Mans
Tél. 02 43 50 52 41 - Fax 02 43 50 52 49
cd72@ligue-cancer.asso.fr

Comité de la Vendée

Résidence du Port-Rouge - CHD Les Dardennes
85025 La Roche-sur-Yon Cedex 9
Tél. 02 51 44 63 28 - Fax 02 51 44 63 29
cd85@ligue-cancer.asso.fr

Viens cancer avant

Centre d'Information pour le France
14, rue Constat - 75013 Paris
Tél. 01 53 55 25 26

Cancer info service

Nantes 01 09 10 810 821

Cancérologie Grand-Ouest

CAV
Immeuble Daubouze
5, allée de Flo Ozière - 44095 Nantes cedex 1
Tél. 02 40 08 70 03 - Fax 02 40 08 71 67
Cancrologie.GrandOuest@inserm.fr

DRASS

MVV - 6, rue René Thiers
BP 56218 - 44262 Nantes cedex 2
pays-de-la-loire.sante.gov.fr

Observatoire Régional de la Santé

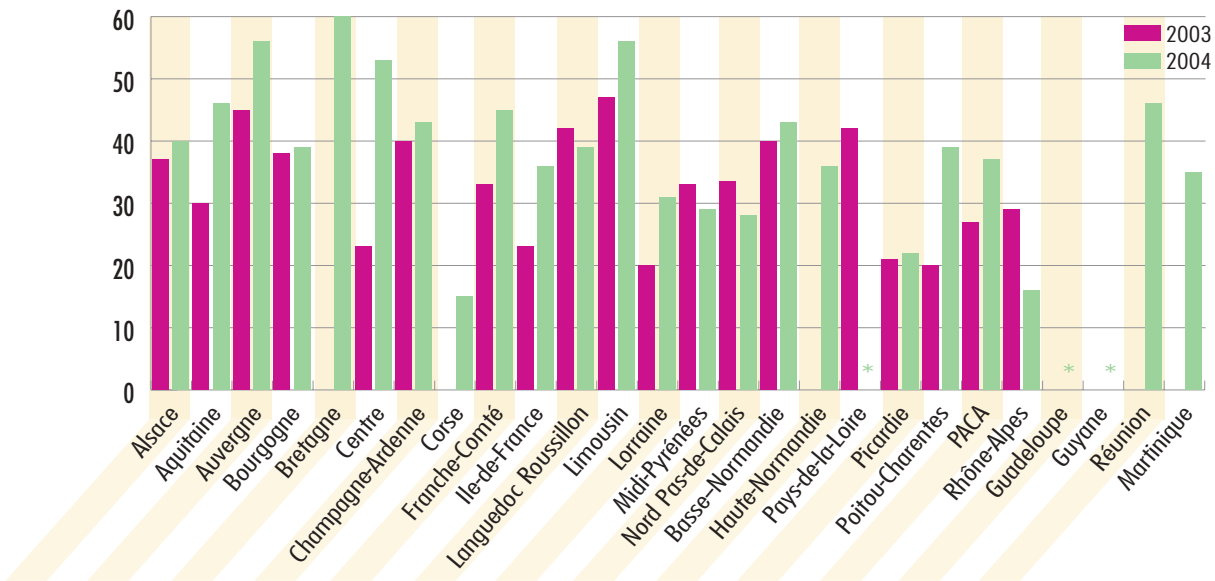
Hôtel de la Région
1, rue de la Loire - 44096 Nantes cedex 9
Tél. 02 51 86 05 60 - Fax 02 51 86 05 61
observ@oncopaysdelaloire.com
www.sante-pays-de-la-loire.com

Registre des cancers

Loire-Atlantique/Vendée
Hôpital Labrecq - 44093 Nantes cedex 1
Tél. 02 40 14 54 71 - Fax 02 40 14 55 14

POURCENTAGE DE PARTICIPATION DES FEMMES AU DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN POUR LES ANNÉES 2003 ET 2004 PAR RÉGION

Régions où l'estimation a été possible

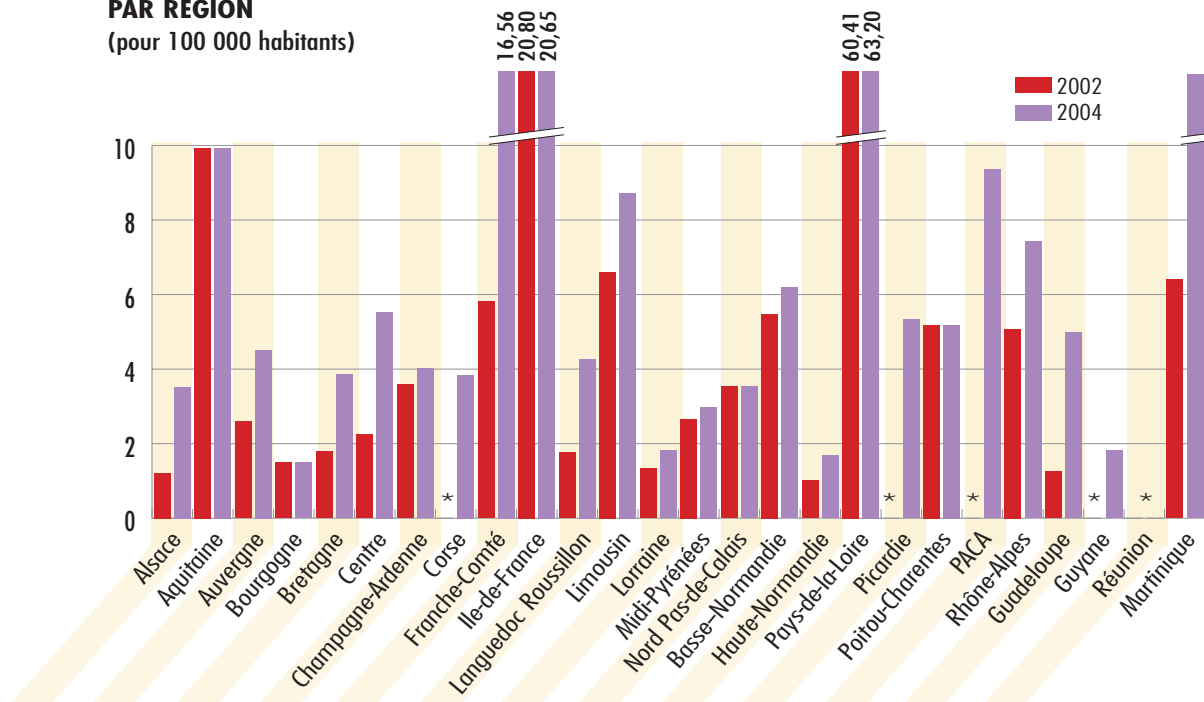


2003 : sources InVS
2004 : sources DRASS

* Pas de données disponibles car dépistage trop récent

EVOLUTION DU NOMBRE DE PLACES D'HOSPITALISATION À DOMICILE ENTRE 2002 ET 2004 PAR RÉGION

(pour 100 000 habitants)



Sources DRASS

* Pas de données disponibles car dépistage trop récent

LOCALISATION DES SITES DE CANCÉROLOGIE

SROS 2* - VOLET CANCÉROLOGIE (1999-2004)

1- SITES ORIENTÉS EN CANCÉROLOGIE

Région	Commune	Etablissement	Statut	Etat d'avancement	
ALSACE	COLMAR	CENTRE HOSPITALIER DE COLMAR	Public	site arrêté	
	MULHOUSE	C.H. DE MULHOUSE HASENRAIN	Public	site arrêté	
	STRASBOURG	CLINIQUE DE L'ORANGERIE	Privé lucratif	site arrêté	
AQUITAINE	AGEN	CLINIQUE CALABET	Privé lucratif	site arrêté	
	BAYONNE	CENTRE D'ONCOLOGIE RADIOTHERAPIE	Privé lucratif	site arrêté	
	BAYONNE	C.H.I. COTE BASQUE	Public	site arrêté	
	BORDEAUX	CLINIQUE TIVOLI	Privé lucratif	site arrêté	
	BORDEAUX	POLYCLIN BORDEAUX-NORD AQUITAINE	Privé lucratif	site arrêté	
	DAX	CENTRE HOSPITALIER DAX	Public	site arrêté	
	LIBOURNE	CTRE HOSPIT.R.BOULIN-LIBOURNE	Public	site arrêté	
	MONT-DE-MARSAN	CTRE HOSPITALIER MONT DE MARSAN	Public	site arrêté	
	PAU	POLYCLINIQUE MARZET	Privé lucratif	site arrêté	
	PAU	CENTRE HOSPITALIER DE PAU	Public	site arrêté	
	PERIGUEUX	POLYCLINIQUE FRANCHEVILLE	Privé lucratif	site arrêté	
	VILLENEUVE-SUR-LOT	CTRE HOSPIT.VILLENEUVE/LOT	Public	site arrêté	
	AUVERGNE	AURILLAC	CENTRE HOSPITALIER	Public	site arrêté
		AURILLAC	STE EXPL C M C DE TRONQUIERES	Privé lucratif	site arrêté
LE PUY-EN-VELAY		CLINIQUE BON SECOURS	Privé lucratif	site arrêté	
LE PUY-EN-VELAY		CENTRE HOSPITALIER LE PUY	Public	site arrêté	
MONTLUCON		CENTRE HOSPITALIER	Public	site arrêté	
DESERTINES		POLYCL. ST FRANCOIS-ST ANTOINE	Privé lucratif	site arrêté	
MOULINS		CENTRE HOSPITALIER	Public	site arrêté	
MOULINS		POLYCLINIQUE SAINT-ODILON	Privé lucratif	site arrêté	
VICHY		CENTRE HOSPITALIER	Public	site arrêté	
VICHY		CLINIQUE LA PERGOLA	Privé lucratif	site arrêté	
BASSE-NORMANDIE		SAINT-MARTIN-DES-CHAMPS	POLYCLINIQUE DU BOCAGE	Privé lucratif	site arrêté
	AVRANCHES	C.H. D'AVRANCHES-GRANVILLE	Public	site arrêté	
	CAEN	POLYCLINIQUE DU PARC	Privé lucratif	site arrêté	
	EQUEURDREVILLE-HAINNEVILLE	POLYCLINIQUE DU COTENTIN	Privé lucratif	site arrêté	
	CHERBOURG	C.H. LOUIS PASTEUR	Public	site arrêté	
BOURGOGNE	SENS	S.E CLINIQUE PAUL PICQUET	Privé lucratif	site arrêté	
	AUXERRE	CENTRE HOSPITALIER D' AUXERRE	Public	site arrêté	
	SENS	CENTRE HOSPITALIER DE SENS	Public	site arrêté	
	AUXERRE	POLYCLINIQUE STE MARGUERITE	Privé lucratif	site arrêté	
	CHALON-SUR-SAONE	CLINIQUE SAINTE MARIE	Privé lucratif	site arrêté	
	SAINT-REMY	POLYCLINIQUE DE BOURGOGNE	Privé lucratif	site arrêté	
	CHALON-SUR-SAONE	C.H. WILLIAM MOREY CHALON/SAONE	Public	site arrêté	
	CHALON-SUR-SAONE	SCM DR CHOPLAIN JANORAY ALTWEGG	Privé lucratif	site arrêté	
	DIJON	CTRE MEDECINE NUCLEAIRE DU PARC	Privé lucratif	site arrêté	
	MACON	CENTRE DE MEDECINE NUCLEAIRE	Privé lucratif	site arrêté	
	MACON	CENTRE DE RADIOTHERAPIE	Privé lucratif	site arrêté	
	MACON	CENTRE HOSPITALIER DE MACON	Public	site arrêté	
	NEVERS	CENTRE HOSPITALIER DE NEVERS	Public	site arrêté	
NEVERS	POLYCLINIQUE DU VAL DE LOIRE	Privé lucratif	site arrêté		

sources : DHOS

Région	Commune	Etablissement	Statut	Etat d'avancement
BRETAGNE	BREST	CLINIQUE PASTEUR - SAINT ESPRIT	Privé lucratif	site arrêté
	LORIENT	CENTRE HOSPITALIER BODELIO	Public	site arrêté
	QUIMPER	CHIC - QUIMPER -	Public	site arrêté
	SAINT-BRIEUC	CLINIQUE ARMOR. DE RADIOLOGIE	Privé lucratif	site arrêté
	SAINT-BRIEUC	CENTRE HOSPITALIER SAINT BRIEUC	Public	site arrêté
	SAINT-GREGOIRE	CTRE D'ONCOLOGIE CMC ST VINCENT	Privé lucratif	site arrêté
	VANNES	CENTRE SAINT-YVES	Privé lucratif	site arrêté
	VANNES	CTRE MEDICO-CHIRURGICAL S ^{TE} CLAIRE	Privé lucratif	site arrêté
	VANNES	HOPITAL CHUBERT- VANNES	Public	site arrêté
CENTRE	BLOIS	C. H. DE BLOIS	Public	site arrêté
	BLOIS	POLYCLINIQUE BLOIS-ST COME ST DAMIEN-	Privé lucratif	site arrêté
	BOURGES	C. H. DE BOURGES	Public	site arrêté
	SAINT-DOULCHARD	CLINIQUE "GUILLAUME DE VARYE	Privé lucratif	site arrêté
	CHARTRES	CENTRE HOSPITALIER "HOTEL DIEU"	Public	site arrêté
	MAINVILLIERS	CLINIQUE "SAINT FRANCOIS"	Privé lucratif	site arrêté
	CHATEAUROUX	CL. MED.OBST.CHIR."ST FRANCOIS"	Privé lucratif	site arrêté
	CHATEAUROUX	C. H. CHATEAUROUX	Public	site arrêté
	DREUX	C. H. DE DREUX	Public	site arrêté
	GIEN	POLYCLINIQUE "JEANNE D'ARC"	Privé lucratif	site arrêté
	AMILLY	C. H. DE MONTARGIS	Public	site arrêté
	ORLEANS	POLYCLINIQUE "LES MURLINS"	Privé lucratif	site arrêté
	TOURS	CLINIQUE "ALEXANDER FLEMING"	Privé lucratif	site arrêté
CHAMPAGNE-ARDENNE	CHALONS-EN-CHAMPAGNE	CENTRE HOSPITALIER	Public	site arrêté
	CHARLEVILLE-MEZIERES	HOPITAL CORVISART - CH CHARLEVILLE	Public	site arrêté
	CHARLEVILLE-MEZIERES	POLYCLINIQUE DU PARC	Privé lucratif	site arrêté
	SAINT-DIZIER	CLINIQUE FRANCOIS 1 ^{ER}	Privé lucratif	site arrêté
	CHAUMONT	CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL DE CHAUMONT	Privé lucratif	site arrêté
	CHAUMONT	CENTRE HOSPITALIER	Public	site arrêté
	SAINT-DIZIER	CENTRE HOSPITALIER	Public	site arrêté
	VITRY-LE-FRANCOIS	CLINIQUE DE LA RENAISSANCE	Privé lucratif	site arrêté
	TROYES	CLINIQUE DES URSULINES	Privé lucratif	site arrêté
	TROYES	CLINIQUE DE CHAMPAGNE	Privé lucratif	site arrêté
	SAINT-ANDRE-LES-VERGERS	POLYCLINIQUE MONTIER LA CELLE	Privé lucratif	site arrêté
TROYES	CENTRE HOSPITALIER DE TROYES	Public	site arrêté	
CORSE	AJACCIO	CTRE HOSP SPEC DE CASTELLUCCIO	Public	site arrêté
	BASTIA	CENTRE HOSPITALIER DE BASTIA	Public	site arrêté
	BASTIA	POLYCLINIQUE "LA RESIDENCE"	Privé lucratif	site arrêté
FRANCHE-COMTE	BELFORT	C.H. BELFORT	Public	site arrêté
	BESANCON	CLINIQUE ST VINCENT	Privé lucratif	site arrêté
	MONTBELIARD	LE MITTAN ANNEXE DU CH	Public	site arrêté
GUADELOUPE	BASSE-TERRE	CENTRE MEDICO SOCIAL	Privé lucratif	site arrêté
	BASSE-TERRE	CENTRE HOSPITALIER B-T/ST-CLAUDE	Public	site arrêté

sources : DHOS

* L'organisation générale est en cours d'évolution en application de la circulaire du 22/02/2005 qui guide la mise en place du SROS de 3^e génération dans la logique du Plan cancer.

LOCALISATION DES SITES DE CANCÉROLOGIE
SROS 2 - VOLET CANCÉROLOGIE (1999-2004)

1- SITES ORIENTÉS EN CANCÉROLOGIE

Région	Commune	Etablissement	Statut	Etat d'avancement	
HAUTE-NORMANDIE	LE HAVRE	CLINIQUE LES ORMEAUX LE HAVRE	Privé lucratif	site en projet	
	HARFLEUR	CMCO PETIT COLMOULINS HARFLEUR	Privé lucratif	site en projet	
	MONTVILLIERS	HOPITAL JACQUES MONOD CH LE HAVRE	Public	site en projet	
	LE HAVRE	GIE SCANNER G. LE CONQUERANT	Privé lucratif	site en projet	
	EVREUX	CTRE DE COBALTOETHERAPIE SA GAMMA 27	Privé lucratif	site en projet	
	VERNON	CLINIQUE SAINTE MARIE	Privé lucratif	site en projet	
	EVREUX	CLINIQUE CHIRURGICALE PASTEUR EVREUX	Privé lucratif	site en projet	
	EVREUX	CLINIQUE BERGOUIGNAN	Privé lucratif	site en projet	
	EVREUX	HOPITAL SAINT LOUIS CH EVREUX	Public	site en projet	
	BOIS-GUILLAUME	CLINIQUE DU CEDRE	Privé lucratif	site en projet	
	ROUEN	CENTRE FREDERIC JOLIOT	Privé lucratif	site en projet	
	ELBEUF	HOPITAL LES FEUGRAIS CHI ELBEUF	Public	site en projet	
	ROUEN	CLINIQUE ST HILAIRE ROUEN	Privé lucratif	site en projet	
	ROUEN	CLINIQUE MATHILDE	Privé lucratif	site en projet	
	BOIS-GUILLAUME	CLINIQUE ST ANTOINE BOIS GUILLAUME	Privé lucratif	site en projet	
	ROUEN	POLYCLINIQUE DE L'EUROPE ROUEN	Privé lucratif	site en projet	
	ILE-DE-FRANCE	BOULOGNE-BILLANCOURT	CLINIQUE DE LA PORTE S ^T -CLOUD	Privé lucratif	site en projet
ANTONY		HOPITAL PRIVE D'ANTONY	Privé lucratif	site en projet	
ARGENTEUIL		CTRE HOSPITALIER VICTOR DUPOUY	Public	site en projet	
AUBERVILLIERS		HOPITAL EUROPEEN DE PARIS ROSERAIE	Privé lucratif	site en projet	
CLAMART		HOPITAL ANTOINE BECLERE (AP-HP)	Public	site en projet	
MEUDON		CTRE RADIOLOGIE-COBALTHEAPIE	Privé lucratif	site en projet	
BOBIGNY		HOPITAL AVICENNE (AP-HP)	Public	site en projet	
CORBEIL-ESSONNES		HOP GILLES DE CORBEIL SUD FRANCILIEN	Public	site en projet	
SARCELLES		HOPITAL PRIVE NORD PARISIEN	Privé lucratif	site en projet	
SARCELLES		CTRE PHYSIOTHERAPIQUE DU ROUGET	Privé lucratif	site en projet	
GONESSE		CENTRE HOSPITALIER DE GONESSE	Public	site en projet	
BRY-SUR-MARNE		HOPITAL SAINT-CAMILLE - BRY S/M	Privé PSPH	site en projet	
LAGNY-SUR-MARNE		C.H. DE LAGNY MARNE LA VALLEE	Public	site en projet	
MEUDON		CTRE RADIOLOGIE-COBALTHEAPIE	Privé lucratif	site en projet	
LONGJUMEAU		CENTRE HOSPITALIER LONGJUMEAU	Public	site en projet	
MAREUIL-LES-MEAUX		CLINIQUE CHIRURGIC. SAINT-FARON	Privé lucratif	site en projet	
MEAUX		CENTRE HOSPITALIER DE MEAUX	Public	site en projet	
MEUDON		CLINIQUE DE MEUDON LA FORET	Privé lucratif	site en projet	
CLAMART		CLINIQUE DU PLATEAU	Privé lucratif	site en projet	
MEUDON		CTRE RADIOLOGIE-COBALTHEAPIE	Privé lucratif	site en projet	
PARIS 14 ^{EME}		HOPITAL COCHIN (AP-HP)	Public	site en projet	
POISSY		C.H. INTERCOMMUNAL (SITE DE POISSY)	Public	site en projet	
SAINTE-GERMAIN-EN-LAYE		C.H. INTERCOMMUNAL SITE DE ST-GERMAIN	Public	site en projet	
PONTOISE		CLINIQUE STE-MARIE PONTOISE	Privé lucratif	site en projet	
PONTOISE		CENTRE HOSPITALIER RENE DUBOS	Public	site en projet	
LE RAINCY		CHI LE RAINCY-MONTFERMEIL	Public	site en projet	
MEUDON		CTRE RADIOLOGIE-COBALTHEAPIE	Privé lucratif	site en projet	
VERSAILLES		CENTRE HOSPITALIER DE VERSAILLES	Public	site en projet	
LIMOUSIN		BRIVE-LA-GAILLARDE	CENTRE HOSPITALIER DUBOIS BRIVE	Public	site arrêté
		GUERET	CENTRE HOSPITALIER GUERET	Public	site arrêté
		LIMOGES	CTRE THERAP CHIRURGICAL CHENIEUX LGES	Privé lucratif	site arrêté

Région	Commune	Etablissement	Statut	Etat d'avancement
LORRAINE	BAR-LE-DUC	CENTRE HOSPITALIER DE BAR-LE-DUC	Public	site arrêté
	BRIEY	CENTRE HOSPITALIER MAILLOT BRIEY	Public	site arrêté
	FORBACH	HOSPITALOR HOPITAL S ^{TE} -BARBE - FORBACH	Privé PSPH	site arrêté
	FREYMING-MERLEBACH	HOPITAL DE FREYMING-MERLEBACH	Privé PSPH	site arrêté
	HAYANGE	ALPHA SANTE - HOPITAL D'HAYANGE	Privé PSPH	site arrêté
	LUNEVILLE	CENTRE HOSPITALIER DE LUNEVILLE	Public	site arrêté
	MONT-SAINT-MARTIN	A.H.B.L. CENTRE HOSPITALIER	Privé PSPH	site arrêté
	NEUFCHATEAU	CENTRE HOSPITALIER DE NEUFCHATEAU	Public	site arrêté
	REMIREMONT	CENTRE HOSPITALIER DE REMIREMONT	Public	site arrêté
	SAINT-DIE	CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-DIE	Public	site arrêté
	SARREBOURG	C.H. DE SARREBOURG - HÔPITAL S ^T NICOLAS	Public	site arrêté
	SARREGUEMINES	C.H. DU PARC - SARREGUEMINES	Public	site arrêté
	SAINT-AVOLD	HOSPITALOR HOPITAL DE ST AVOLD	Privé PSPH	site arrêté
	VERDUN	C.H. DE VERDUN - HOPITAL SAINT NICOLAS	Public	site arrêté
NORD-PAS-DE-CALAIS	SAINTE-CATHERINE	CLINIQUE CHIR GYN OBST S ^{TE} CATHERINE	Privé lucratif	site arrêté
	ARRAS	POLYCLINIQUE BON SECOURS	Autre privé	site arrêté
	BETHUNE	CLINIQUE MED CHIR AMBROISE PARE	Privé lucratif	site arrêté
	BETHUNE	C.H. BETHUNE	Public	site arrêté
	SAINT-MARTIN-BOULOGNE	CENTRE M.C.O. COTE D'OPALE	Privé lucratif	site arrêté
	BOULOGNE-SUR-MER	CH BOULOGNE-SUR-MER	Public	site arrêté
	CAMBRAI	POLYCLINIQUE SAINTE MARIE	Autre privé	site arrêté
	CROIX	POLYCLINIQUE DU PARC	Privé lucratif	site arrêté
	DOUAI	CLINIQUE MEDICALE DU PONT SAINT VAAST	Privé lucratif	site arrêté
	DUNKERQUE	CENTRE DE RADIOTHERAPIE DE DUNKERQUE	Privé lucratif	site arrêté
	DUNKERQUE	C.H. DUNKERQUE	Public	site arrêté
	LENS	C.H. LENS	Public	site arrêté
	LILLE	POLYCLINIQUE DU BOIS	Privé lucratif	site arrêté
	LILLE	POLYCLINIQUE DE LA LOUVIERE	Privé lucratif	site arrêté
	LOMME	ES ST PHILIBERT LOMME	Privé PSPH	site arrêté
	MAUBEUGE	POLYCLINIQUE DU PARC	Privé lucratif	site en projet
	VALENCIENNES	CLINIQUE MEDICALE DES DENTELIERES	Privé lucratif	site arrêté
VALENCIENNES	C.H. VALENCIENNES	Public	site arrêté	
PICARDIE	BEAUVAIS	CENTRE HOSPITALIER DE BEAUVAIS	Public	site arrêté
	COMPIEGNE	CENTRE HOSPITALIER DE COMPIEGNE	Public	site arrêté
	CREIL	CENTRE HOSPITALIER DE CREIL	Public	site arrêté
	SOISSONS	CENTRE HOSPITALIER DE SOISSONS	Public	site arrêté
	SAINT-QUENTIN	CENTRE HOSPITALIER DE SAINT QUENTIN	Public	site arrêté
POITOU-CHARENTES	SAINT-MICHEL	CENTRE HOSPITALIER D'ANGOULEME	Public	site arrêté
	LA ROCHELLE	C.H. LA ROCHELLE	Public	site arrêté
	LA ROCHELLE	CENTRE SAINT MICHEL (MED.)	Privé lucratif	site arrêté
	NIORT	CENTRE HOSPITAL. GEORGES RENON	Public	site arrêté
SAINTES	C.H. SAINT-LOUIS SAINTES	Public	site arrêté	

La région Languedoc a arrêté le nombre de sites orienté mais n'a pas précisé les établissements inclus dans chaque site.

LOCALISATION DES SITES DE CANCÉROLOGIE
SROS 2 - VOLET CANCÉROLOGIE (1999-2004)

2- SITES DE RÉFÉRENCE EN CANCÉROLOGIE

Région	Commune	Etablissement	Statut	Etat d'avancement
ALSACE	STRASBOURG	CENTRE PAUL STRAUSS	Privé PSPH	site arrêté
	STRASBOURG	CHU DE STRASBOURG	Public	site arrêté
AQUITAINE	BORDEAUX	INSTITUT BERGONIE	Privé PSPH	site arrêté
	BORDEAUX	HOPITAL ST ANDRE	Public	site arrêté
	PESSAC	HOPITAL DE HAUT LEVEQUE	Public	site arrêté
AUVERGNE	CLERMONT-FERRAND	CENTRE REGIONAL JEAN PERRIN	Privé PSPH	site arrêté
	CLERMONT-FERRAND	C.H.U. - HOTEL DIEU	Public	site arrêté
	CLERMONT-FERRAND	CENTRE REPUBLIQUE	Privé lucratif	site arrêté
	CLERMONT-FERRAND	C.H.U. - HOPITAL G. MONTPIED	Public	site arrêté
	CLERMONT-FERRAND	CLINIQUE DES DOMES	Privé lucratif	site arrêté
	BEAUMONT	CLINIQUE LA CHATAIGNERAIE	Privé lucratif	site arrêté
BASSE-NORMANDIE	CAEN	CHU COTE DE NACRE - CAEN	Public	site arrêté
	CAEN	CENTRE FRANCOIS BACLESSE	Privé PSPH	site arrêté
BOURGOGNE	DIJON	C.H.U. DE DIJON	Public	site arrêté
	DIJON	CLINIQUE MEDICO-CHIR.DREVON	Autre privé	site arrêté
	DIJON	CTRE FRANCOIS GEORGES LECLERC	Privé PSPH	site arrêté
BRETAGNE	BREST	CHRU HOPITAL MORVAN	Public	site arrêté
	RENNES	CTRE ANTI-CANCEREUX E. MARQUIS	Privé PSPH	site arrêté
	RENNES	C.H.R. : HOTEL DIEU	Public	site arrêté
	RENNES	ET. SOINS LA-SAGESSE RENNES	Privé PSPH	site arrêté
CENTRE	TOURS	CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE TOURS	Public	site arrêté
	ORLEANS	CHR D'ORLEANS	Public	site arrêté
CHAMPAGNE-ARDENNE	REIMS	POLYCLINIQUE DES BLEUETS	Privé lucratif	site arrêté
	REIMS	CHR REIMS	Public	site arrêté
	REIMS	INSTITUT JEAN GODINOT	Privé PSPH	site arrêté
	REIMS	POLYCLINIQUE SAINT ANDRE	Privé lucratif	site arrêté
	REIMS	POLYCLINIQUE DE COURLANCY	Privé lucratif	site arrêté
FRANCHE-COMTE	BESANCON	CHU JEAN MINJOZ	Public	site arrêté
GUADELOUPE	LES ABYMES	C.H.U. DE POINTE-A-PITRE/ABYMES	Public	site arrêté
HAUTE-NORMANDIE	ROUEN	HOPITAL CHARLES NICOLLE CHU ROUEN	Public	site en projet
	ROUEN	CLCC HENRI BECQUEREL ROUEN	Privé PSPH	site en projet
ILE-DE-FRANCE	CRETEIL	CHI DE CRETEIL	Public	site en projet
	PARIS 15EME	HOPITAL EUROPEEN G POMPIDOU (AP-HP)	Public	site en projet
	PARIS 12EME	HOPITAL SAINT-ANTOINE (AP-HP)	Public	site en projet
	PARIS 20EME	HOPITAL TENON (AP-HP)	Public	site en projet
	PARIS 12EME	HOPITAL ROTHSCHILD (AP-HP)	Public	site en projet
	PARIS 10EME	HOPITAL SAINT-LOUIS (AP-HP)	Public	site en projet
	PARIS 13EME	GROUPE HOSP. PITIE-SALPETRIERE (AP-HP)	Public	site en projet
	PARIS 05EME	INSTITUT CURIE	Privé PSPH	site en projet
	SAINT-CLOUD	CENTRE RENE HUGUENIN	Privé PSPH	site en projet
	CRETEIL	HOPITAL HENRI MONDOR (AP-HP)	Public	site en projet
	VILLEJUIF	INSTITUT GUSTAVE ROUSSY	Privé PSPH	site en projet
LIMOUSIN	LIMOGES	C H U DUPUYTREN LIMOGES	Public	site arrêté
LORRAINE	EPINAL	POLYCLINIQUE LA LIGNE BLEUE	Privé lucratif	site en projet
	EPINAL	CENTRE HOSPITALIER JEAN MONNET EPINAL	Public	site en projet
	THIONVILLE	CLINIQUE AMBROISE PARE	Privé lucratif	site arrêté
	THIONVILLE	CHR METZ-THIONVILLE - HOPITAL BEL AIR	Public	site arrêté
	METZ	HOPITAL SAINTE-BLANDINE - METZ	Privé PSPH	site arrêté
	METZ	HOPITAL BELLE-ISLE - METZ	Privé PSPH	site arrêté
	METZ	HOPITAL-CLINIQUE CLAUDE BERNARD	Privé lucratif	site arrêté
	METZ	MATERNITE-HOPITAL SAINTE CROIX - METZ	Privé PSPH	site arrêté

Région	Commune	Etablissement	Statut	Etat d'avancement
	METZ	HOPITAL SAINT ANDRE - METZ	Privé PSPH	site arrêté
	NANCY	CLINIQUE DE TRAUMATOLOGIE NANCY	Privé PSPH	site arrêté
	VANDOEUVRE-LES-NANCY	CTRE LUTTE CONTRE LE CANCER A VAUTRIN	Privé PSPH	site arrêté
	LAY-SAINT-CHRISTOPHE	CENTRE PAUL SPILLMANN CHU NANCY	Public	site arrêté
	NANCY	MATERNITE REGIONALE A PINARD	Public	site arrêté
	NANCY	POLYCLINIQUE MAJORELLE	Privé lucratif	site arrêté
	NANCY	CLINIQUE AMBROISE PARE	Privé lucratif	site arrêté
	ESSEY-LES-NANCY	POLYCLINIQUE D'ESSEY LES NANCY	Privé lucratif	site arrêté
	NANCY	POLYCLINIQUE DE GENTILLY	Privé lucratif	site arrêté
MIDI-PYRENEES	ALBI	CLINIQUE CLAUDE BERNARD	Privé lucratif	site arrêté
	MONTAUBAN	CTRE ONCOLOGIE MED ET RADIO MONTAUBAN	Privé lucratif	site arrêté
	MONTAUBAN	CLINIQUE DU PONT DE CHAUME	Privé lucratif	site arrêté
	RODEZ	CENTRE HOSPITALIER DE RODEZ	Public	site arrêté
	TARBES	CLINIQUE DE L'ORMEAU	Privé lucratif	site arrêté
	TARBES	CENTRE DE RADIOTHERAPIE TARBES	Privé lucratif	site arrêté
	TOULOUSE	INSTITUT CLAUDIUS REGAUD	Privé PSPH	site arrêté
	TOULOUSE	HOPITAL DE PURPAN CHU TOULOUSE	Public	site arrêté
	TOULOUSE	CENTRE DE HAUTES ENERGIES TOULOUSE	Privé lucratif	site arrêté
	TOULOUSE	POLYCLINIQUE DU PARC	Privé lucratif	site arrêté
	TOULOUSE	CLINIQUE PASTEUR	Privé lucratif	site arrêté
	TOULOUSE	CENTRE DE RADIOTHERAPIE PASTEUR	Privé lucratif	site arrêté
NORD-PAS-DE-CALAIS	LILLE	CLCC OSCAR LAMBRET LILLE	Privé PSPH	site arrêté
PICARDIE	LILLE	HOP CLAUDE HURIEZ CHR LILLE	Public	site arrêté
	AMIENS	HOPITAL NORD CHU AMIENS	Public	site arrêté
	AMIENS	CLINIQUE JULES VERNE MEDECINE	Privé lucratif	site arrêté
	AMIENS	CLINIQUE DU MAIL	Privé lucratif	site arrêté
POIT.-CHARENTES	POITIERS	C. H. U. LA MILETRIE	Public	site arrêté
RHONE-ALPES	GRENOBLE	CHU DE GRENOBLE	Public	site en projet
	PIERRE-BENITE	CENTRE HOSPIT. LYON SUD M. C. O ET PSY	Public	site en projet
	LYON 03EME	HOPITAL EDOUARD HERRIOT	Public	site en projet
	LYON 08EME	CENTRE LEON BERARD	Privé PSPH	site en projet
	SAINT-PRIEST-EN-JAREZ	HOPITAL NORD	Public	site en projet

2 régions PACA et Languedoc ont arrêté le nombre de sites de références mais n'ont pas précisé les établissements inclus dans chaque site.

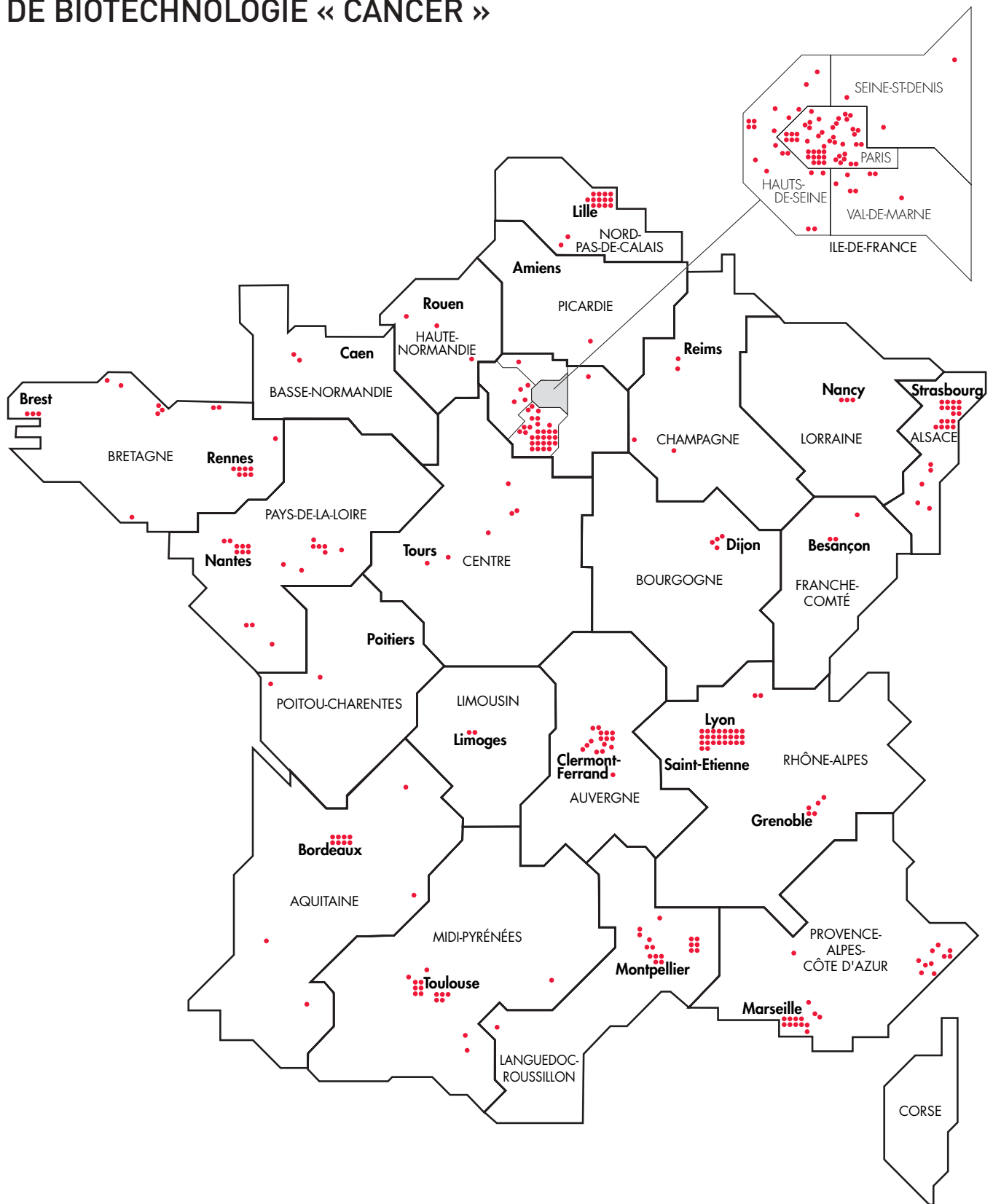
LOCALISATION DES SITES DE CANCÉROLOGIE

SROS 2 - VOLET CANCÉROLOGIE (1999-2004)

3- FUSION DES SITES DE RÉFÉRENCES ET ORIENTÉ

Région	Commune	Etablissement	Statut
PAYS-DE-LA-LOIRE	ANGERS	C.H.U. D ANGERS	Public
		CENTRE PAUL PAPIN - CRLCC D ANGERS	Privé PSPH
	LA ROCHE SUR YON	CENTRE HOSPITALIER LA ROCHE/YON	Public
	LAVAL	CENTRE HOSPITALIER DE LAVAL	Public
		POLYCLINIQUE DU MAINE	Privé lucratif
	LE MANS	CENTRE HOSPITALIER DU MANS	Public
		CLINIQUE VICTOR HUGO	Privé lucratif
	NANTES	C.H.R. DE NANTES	Public
		CENTRE CATHERINE DE SIENNE	Privé lucratif
	ST HERBLAIN	C.R.L.C.C. RENE GAUDUCHEAU	Privé PSPH
	ST NAZAIRE	CENTRE HOSPITALIER DE ST NAZAIRE	Public
		POLYCLINIQUE DE L'OCEAN	Privé lucratif

ENTREPRISES DE BIOTECHNOLOGIE « CANCER »



LISTE DES NOMS DES ENTREPRISES DE BIOTECHNOLOGIE « CANCER »

Alsace – 22

All.Diag
Anda Biologicals
Bio Delivery Systems (BDS)
CareX
Codgene
Deltagen Europe
Entomed
Euroclide
Faust Pharmaceuticals
Genescan
Neosystem
Neuro 3D
Neurofit
Parogene
Pharmaster
Polyplus Transfection
Prestwick Chemical
Qbiogene
Synth'E 163
Syral
Tepral
Transgene

Aquitaine – 12

Aquanal
Berkem
Biorizon
DiGEM
Gemacbio
IEEB
Laffort Oenologie
Le Sojami
LEMI
Natural Plant Protection
SAF-ISIS
SARCO

Auvergne – 16

ADIV Développement
Avidis
Biobasic Environnement
Bio-Sens
Genolife
Greentech
Laboratoire Bio Sphère 99
Limagrain Genetics
LMD Pharmacognosie
Meristem Therapeutics
Metabolic Explorer
MP 5
Nucleica
Spinelix
Ulice
Vitro Bio

Basse-Normandie – 1

Armor Protéines

Bourgogne – 4

Biorize
Fournier Pharma
Oncodesign
Promogène

Bretagne – 19

Adiagene
AES Laboratoire
Aquastream
Bacti Service
Bioprédic
Bioprojet Biotech
Britagene
Genesystems
Geraflor
IBG
Innova Proteomics
Javenech
Laboratoires Goemar
Micromer
Natural Implant
Phytomer
Secma Bio
SIMER
SOMAIG

Centre – 6

Agro-Bio
France Hybrides
Galor France
Jacques Marionnet
Key-Obs
SBB

Champagne-Ardenne – 4

IBT Services
IOC
J Soufflet
SOFRALAB

Franche-Comté – 3

Diaclone
RD-Biotech
Vetoquinol

Haute-Normandie – 3

Charles River France
Laboratoires Albhades
Proteomic Solutions

Ile-de-France – 113

AB Science
AbAg
ABC Biokits
Abtech
Anosys
Atragene
Aureus Pharma
Aventis Pharma
Beaufou-Ipsen Pharma
BioAlliance Pharma
Biocortech
Biogemma
Biomethodes
Bionexis Pharmaceuticals
Bioprédicative
Bioprotein Technologies
Bio-Rad
Biosplice

Biotop
Biovectys
Bio-Xtal
BMD (BioMedical Diagnostics)
Collectis
Cellpep
Celogos
Cerep
Chemunex
CIS Bio International
Cryozootech
Cytheris
Cytomics Systems
Degussa Texturant Systems F
Delta Proteomics
DermExpert
Diagnostica Stago
DiaMed France
Diatos
Digibio
DrugAbuse Sciences
Endotis Pharma
Equigene
Ethypharm
Europeptides
Evologic
ExonHit Therapeutics
Galderma International
Gencell
Gene Signal
Gene-IT
GeneScore
GenOdyssee
Genomining
Genosphere Biotechnologies
Genset
Guerbet
Hybrigenics
Hyphen Biomed
IDM
Immutep
IMSTAR
Innate Pharma
Integragen
LABOGENA
Laboratoires Eurobio
Laboratoires Innothera
LFB
Mapreg
MAT
Mauna Kea Technologies
MEDIT
MEL
MetaGeNex
Mixis France
Mutabilis
Nanogalenics
Nautilus Biotech
Neovacs
Neurolab
Ile de France - suite
Neurotech
Novagali
Novartis Pharma
Obe Therapy Biotechnology

Oligovax
Optis France
OTR3
Pharmacell
Primebiotech
Proskelia
Protexel
Pyrosequencing
Qiagen
Regentech
Rhodia Food
Rousselot
Sanofi-Synthelabo
Schering-Plough France
SEPHRA
SEPPIC
Serbio
Servier
SIERA
Solvay Pharmaceuticals
SPI-Bio
Stallergènes
Syngenta France
Technopharm
Theraptosis
Urogene
Valbiofrance
Vetigen
VigiCell
Virsol
Virtual Genomes

Languedoc-Roussillon – 18

ApoH Technologies
Bio Serae laboratoires
CellGen
Clinigenetics
Epytop
Eurobio
Genaxis
Genepep
Idenix Pharmaceuticals
Innodia
Mabgene
Phylogene
Proteus
Selectbiotics
Skuld-Tech
Synt:em
Uppen
Vitropic

Limousin – 2

ID Bio
Metis Biotechnologies

Lorraine – 3

In Cyto Tox
Prabil
Stabiligen

Midi-Pyrénées – 15

Affichem
Argene
Biotrade
BT Pharma
Carif
Cayla
Endocube
Genibio
GTP Technology
IEB
Lallemand
MilleGen
Palumed
Pierre Fabre
Scanelis

Nord-Pas-de-Calais – 16

Biodex
Cellial Technologies
Diagast
Florimond Desprez
Gene Plus
Genes Diffusion
Genfit
Genoscreen
IT-Omics
Lesaffre International
Mabio International
Mediam
Proteaxis
Roquette Frères
Schering
Sedac Therapeutics

Paca – 24

A&G Pharmaceutical Inc.
Biocytex
CLL Pharma
Cybernetix
Dynabio
Genoscience
Hemosystem
Immunotech
Innate Pharma
Ipsogen
Keybio
Laboratoires Genevrier
Laphal Industries
Modul-bio
MTS
NicOx
Pherosynthese
Semaiai S.A.
Skinethic
Transfly S.A.
Trophos
TxCell
URRMA R&D
Virbac

Pays-de-la-Loire – 19

Adiatec
ARN
Atlangene Applications
Biolumine
Biovac
Biovaleur
Challet-Herauld Créations
Chelatec
Clean Cells
Eurofins Scientific
Eurogentec France
Genos Développement
Laennec Tek
Mainelab
Phosphotech
ProtNeteomix
TcLand
Vérité
Vivalis

Poitou-Charentes – 2

Genindexe
Metaflore Recherche

Rhône-Alpes – 33

Apibio
Aptanomix
Aventis Pasteur
Bayer Cropscience France
Biomérieux
Chrysalon
Coletica
Covalab
Diffchamb France
Elicityl
Episkin
Flamel Technologies
Gattefosse
Genome Express
Genopietic
GenOway
HLA-G Technologies
ID myk
Idealp' Pharma
Imedex Biomatériaux
Imtix SangStat
Indicia Biotechnology
Libragen
Merck Lipha Santé
Merial
Novotec
Nucleis
OPI
Polypeptide Laboratories
Protein'eXpert
Rhubio
Rosatech
Texifine



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

14, avenue Duquesne - 75007 Paris
Tél. : 01 40 56 71 01
Fax : 01 40 56 79 44
www.plancancer.fr