

# LE PLAN CANCER 2003-2007 :

## APPORT DU PLAN CANCER DANS LA LUTTE CONTRE LA MALADIE ET APPROCHE DE L'IMPACT DES REUNIONS DE CONCERTATION MULTIDISCIPLINAIRES DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS.

### Table des matières :

<u>PREMIERE PARTIE : HISTORIQUE</u> .....	14
1) <u>Etymologie et évolution des connaissances de l'antiquité à 1900</u> .....	14
a) <u>Etymologie</u> .....	14
b) <u>Quelques dates importantes dans l'évolution des connaissances physiopathologiques et thérapeutiques</u> .....	15
2) <u>Evolution de la prise en charge des patients atteints de cancer au sein des structures de soins, évolution vers la prise en charge multidisciplinaire</u> .....	17
a) <u>Le cancer maladie incurable</u> .....	18
b) <u>Les révolutions thérapeutiques</u> .....	19
c) <u>Les premières associations de lutte contre le cancer</u> .....	21
d) <u>Le cancer fléau social et les premières prises en charge pluridisciplinaires</u> ...	23
e) <u>Les premières politiques de lutte contre le cancer</u> .....	25
3) <u>Naissance de la FNCLCC, de l'ARC et du CICR</u> .....	29
<u>SECONDE PARTIE : VERS LA MISE EN PLACE DU PLAN CANCER</u> .....	31
1) <u>1985 : Le livre blanc de la lutte contre le cancer</u> .....	31
a) <u>L'organisation hospitalière</u> :.....	31

b) <u>La coordination et l'harmonisation des moyens de lutte</u> .....	31
c) <u>Implantation, regroupement et surveillance des équipements de radiothérapie</u> .....	32
d) <u>L'amélioration des soins aux malades cancéreux</u> .....	32
e) <u>La recherche clinique</u> .....	32
f) <u>La prévention des cancers professionnels</u> .....	33
g) <u>La prévention, le dépistage</u> .....	33
h) <u>La communication et l'information en matière de cancer</u> .....	33
i) <u>L'amélioration de la réinsertion des malades cancéreux</u> .....	34
2) <u>1994 : le rapport de l'IGAS</u> .....	34
3) <u>La Circulaire du 24 mars 1998 relative à l'organisation des soins en oncologie dans les établissements d'hospitalisation publics et privés</u> .....	35
a) <u>La prise en charge initiale devra se faire par une équipe pluridisciplinaire</u> ....	35
b) <u>Les structures de soins sont adaptées et graduées</u> .....	35
c) <u>Les alternatives à l'hospitalisation</u> .....	37
d) <u>La lutte contre la douleur et les soins palliatifs</u> .....	37
e) <u>Les relations entre structures</u> .....	38
f) <u>L'assurance de qualité</u> .....	39
4) <u>Le plan cancer 2000-2005</u> .....	39
a) <u>La réduction des risques de cancer, l'amélioration de la prévention</u> .....	39
b) <u>Mise en place d'un dépistage performant</u> .....	40
c) <u>Améliorer la qualité de la prise en charge</u> .....	40
d) <u>Amélioration des conditions de vie et respect des droits des malades</u> .....	41
e) <u>Amélioration des connaissances</u> .....	41
<u>TROISIEME PARTIE : LE PLAN CANCER 2003-2007</u> .....	42
1) <u>Prévention</u> .....	43
a) <u>Amélioration de la connaissance épidémiologique de la maladie</u> .....	43

b) <u>Lutte contre le tabagisme</u> .....	43
c) <u>Lutte contre les facteurs de risques professionnels et environnementaux</u> .....	44
d) <u>lutte contre la consommation excessive d'alcool</u> .....	45
e) <u>prévention des autres risques et promotion des attitudes favorables à la santé</u> ..	46
2) <u>organisation du dépistage</u> .....	46
a) <u>Cancer du sein</u> .....	46
b) <u>Cancer du colon</u> .....	47
c) <u>Cancer du col de l'utérus</u> .....	47
d) <u>Détection précoce des mélanomes</u> .....	47
3) <u>Amélioration de la qualité des soins centrée autour du patient</u> .....	48
a) <u>Coordination systématique des acteurs de soins par la généralisation de réseaux de cancérologie et par une régulation graduée des structures de soins</u> .....	48
b) <u>Faire bénéficier l'ensemble des patients d'une réunion de concertation pluridisciplinaire</u> .....	50
c) <u>Identifier des centres de coordination en cancérologie dans les établissements traitant les patients cancéreux (3C)</u> .....	51
d) <u>améliorer la prise en charge des patients à domicile</u> .....	52
e) <u>Mettre en place un dossier communicant au sein de chaque réseau</u> .....	52
f) <u>Favoriser la diffusion et l'utilisation de recommandations de pratiques cliniques</u> .....	53
g) <u>Etablir des critères d'agrément pour la pratique de la cancérologie dans les établissements publics et privés</u> .....	53
h) <u>Améliorer la prise en charge des enfants atteints de cancer</u> .....	53
i) <u>Adapter les modes de prise en charge et les traitements aux spécificités des personnes âgées</u> .....	53
j) <u>Favoriser une meilleure information du patient, améliorer l'accompagnement thérapeutique</u> .....	54
k) <u>Développement des soins complémentaires et des soins palliatifs</u> .....	54
l) <u>Accessibilité aux dispositifs diagnostiques et thérapeutiques innovants</u> .....	55
m) <u>Evaluation des nouvelles molécules de cancérologie par un suivi public, des études post-AMM</u> .....	56

n) <u>Répondre à la surcharge des structures de soins avec l'augmentation du temps médical donné aux médecins</u> .....	56
o) <u>Développement de l'anatomopathologie et de l'hématologie biologique</u> .....	56
p) <u>Renforcement des tumorothèques hospitalières</u> .....	56
q) <u>Modernisation de la cotation de certains actes médicaux</u> .....	57
r) <u>Favoriser des mesures adaptées aux DOM-TOM</u> .....	57
s) <u>Etude de l'intérêt d'un mode de financement de l'activité en réseau dans le but d'inciter aux meilleures pratiques</u> .....	57
4) <u>Volet social</u> .....	57
a) <u>Faciliter l'accès des patients aux prêts et assurances</u> .....	57
b) <u>Faciliter le maintien, le retour à l'emploi, la prise de congés pour l'accompagnement d'un proche, le maintien à domicile</u> .....	58
c) <u>Amélioration de la prise en charge de dispositifs médicaux ou esthétiques</u> .....	58
d) <u>Faciliter la présence d'associations de patients et d'usagers dans l'hôpital</u> .....	58
5) <u>Volet formation</u> .....	59
6) <u>volet recherche</u> .....	60
a) <u>Dynamiser et coordonner la recherche</u> .....	60
b) <u>Développer au travers de l'INCa une politique de recherche orientée en favorisant les partenariats entre recherche publique et privée</u> .....	61
c) <u>Favoriser l'émergence de sites d'envergures internationale et le développement des coopérations internationales</u> .....	61
7) <u>l'INCa</u> .....	62
a) <u>Dans le domaine des soins</u> .....	62
b) <u>Dans le domaine de la recherche</u> .....	63
c) <u>Missions complémentaires</u> .....	63

## QUATRIEME PARTIE : ETAT D'AVANCEMENT DES MESURES, APPORTS DU PLAN CANCER A L'ECHELLE NATIONALE.....64

1) <u>La connaissance de la maladie, la prévention</u> .....	64
a) <u>Connaissance de la maladie</u> .....	64
b) <u>Lutte contre le tabagisme, les facteurs de risques professionnels, les facteurs de risques environnementaux et l'alcoolisme</u> .....	65
c) <u>La prévention à l'école, la promotion de l'hygiène alimentaire</u> .....	68
2) <u>Le dépistage</u> .....	68
a) <u>Cancer du sein</u> .....	68
b) <u>Le dépistage du cancer colorectal</u> .....	69
c) <u>Le dépistage du cancer du col de l'utérus</u> .....	69
d) <u>La prévention du mélanome</u> .....	69
e) <u>L'oncogénétique</u> .....	69
3) <u>Les soins en cancérologie</u> .....	70
a) <u>Les Réseaux régionaux de cancérologie</u> .....	70
b) <u>Le Pôle régional de cancérologie</u> .....	70
c) <u>Les RCP</u> .....	70
d) <u>Identification des Centres de Coordination en Cancérologie (3C) dans chaque établissement traitant des patients cancéreux</u> .....	71
e) <u>Faciliter la prise en charge et le suivi de proximité des patients atteints de cancer par une meilleure insertion des médecins généralistes dans les réseaux de soins en cancérologie</u> .....	71
f) <u>Le dossier communicant</u> .....	72
g) <u>Favoriser la diffusion large et surtout l'utilisation des recommandations de pratiques cliniques et leur accessibilité aux patients</u> .....	72
h) <u>Etablir des critères d'agrément pour la pratique de la cancérologie</u> .....	73
i) <u>Amélioration de la prise en charge des enfants atteints de cancer, adaptation de la prise en charge et des traitements spécifiques des personnes âgées</u> .....	73
j) <u>Développement des points d'information cancer</u> .....	74
k) <u>La consultation d'annonce, le PPS</u> .....	74

l) <u>L'hôpital de jour</u> .....	74
m) <u>Facilitation de la chimiothérapie et des soins à domicile</u> .....	75
n) <u>Développement des soins de support, de la prise en compte de la douleur</u> .....	75
o) <u>Le développement des soins palliatifs</u> .....	76
p) <u>Amélioration du parc d'appareil</u> .....	76
q) <u>Les techniques innovantes</u> .....	76
r) <u>Action sur la démographie médicale</u> .....	77
s) <u>Développement de l'anatomopathologie et de l'hématologie</u> .....	77
t) <u>Création et renforcement des tumorothèques hospitalières à visée thérapeutique</u> .....	77
u) <u>Modification des cotations</u> .....	77
4) <u>Les mesures du chapitre social</u> .....	78
a) <u>Accès aux assurances</u> .....	78
b) <u>Maintien et retour à l'emploi après un arrêt pour longue maladie, prise de congés pour l'accompagnement d'un proche, aide au maintien à domicile</u> .....	78
c) <u>Amélioration de la prise en charge des dispositifs médicaux et esthétiques</u> .....	78
d) <u>Renforcement d'association de patients dans la recherche clinique, facilitation de la présence d'associations à l'hôpital</u> .....	79
5) <u>Les mesures formation</u> .....	79
6) <u>Les mesures pour la recherche</u> .....	80
a) <u>La recherche contre le cancer</u> .....	80
b) <u>Les Cancéropôles</u> .....	80

## CINQUIEME PARTIE : LA PRISE EN CHARGE DU CANCER EN MIDI PYRENEES.....82

1) <u>Démographie</u> .....	82
2) <u>Incidence des cancers en midi Pyrénées</u> .....	82
a) <u>Les tumeurs malignes</u> .....	82

b) <u>le cancer pulmonaire</u> .....	83
3) <u>Organisation de l'offre de soins en midi Pyrénées</u> .....	83
a) <u>Le réseau régional de midi Pyrénées</u> .....	83
b) <u>Les 3c</u> .....	84
c) <u>Les RCP</u> .....	84
d) <u>La chirurgie</u> .....	85
e) <u>La Chimiothérapie</u> .....	85
f) <u>La radiothérapie</u> .....	86
g) <u>L'anatomopathologie</u> .....	86
h) <u>La démographie médicale</u> .....	86
i) <u>Le pole régional de cancérologie</u> .....	86
j) <u>L'hospitalisation à domicile</u> .....	87
k) <u>les structures de soins palliatifs et de lutte contre la douleur</u> .....	87
l) <u>Le dossier communicant en cancérologie, le système d'information du réseau Oncomip; le réseau de télémédecine</u> .....	88
m) <u>Le Cancéropôle du grand Sud Ouest</u> :.....	88

## SIXIEME PARTIE : PRISE EN CHARGE DES CANCERS A SAINT GAUDENS.....92

1) <u>population; hôpital</u> .....	92
a) <u>situation, démographie</u> .....	92
b) <u>l'hôpital</u> .....	92
2) <u>Présentation de l'hôpital de jour, description de la prise en charge des cancers à l'hôpital de Saint Gaudens</u> .....	93
a) <u>les RCP</u> .....	93
b) <u>le programme personnalisé de soins</u> .....	93
c) <u>application des référentiels de bonnes pratiques</u> .....	93
d) <u>la consultation d'annonce</u> .....	94

e) <u>les soins de recours, les correspondants</u> .....	94
f) <u>les soins de support</u> .....	94
g) <u>L'onco-gériatrie</u> .....	95
h) <u>l'accès aux essais thérapeutiques</u> .....	95
i) <u>continuité des soins</u> .....	95
3) <u>Etude du fonctionnement de la RCP à l'hôpital de Saint Gaudens</u> .....	96
a) <u>matériel et méthode</u> .....	96
b) <u>Caractéristiques de la population étudiée , des cancers pris en charge</u> .....	97
c) <u>Etude du fonctionnement de la RCP</u> .....	103
d) <u>étude des traitements mis en place</u> .....	105
e) <u>Etude de la survie à 1,3 et 5 ans</u> .....	115
4) <u>Comparaison des résultats obtenus, discussion</u> .....	121
a) <u>caractéristiques des patients pris en charge à Saint Gaudens comparés aux études FRANCIM et KBP 2000-CPHG</u> .....	121
b) <u>étude des délais de prise en charge</u> .....	125
c) <u>Comparaisons de la survie des patients</u> .....	126
5) <u>Discussion</u> .....	128
<u>CONCLUSION</u> .....	131
<u>BIBLIOGRAPHIE</u> .....	136
<u>ANNEXES</u> .....	140

## INTRODUCTION

Le cancer est une maladie très anciennement connue dont la perception a radicalement changé au cours du vingtième siècle.



Avec le développement des thérapeutiques, le cancer est passé du statut de maladie incurable à une pathologie dont les traitements sont complexes rendant nécessaire une prise en charge multidisciplinaire.

La complexité de la prise en charge du cancer, l'augmentation de l'incidence de la maladie (maintenant première cause de mortalité), son impact sur la société, ont rendu indispensable la mise en place de politiques de lutte contre la maladie.

Le plan cancer 2003-2007 a constitué une avancée majeure dans l'histoire de la lutte contre la maladie.

La réunion de concertation multidisciplinaire (RCP), généralisée par ce plan, constitue un moment clef de la prise en charge des patients. C'est là ou seront décidés les traitements pour tous les malades.

Après avoir décrit les premières étapes de la mise en place des politiques de lutte contre le cancer, nous présenterons le plan cancer 2003-2007, son application nationale et régionale. Enfin nous étudierons l'impacte des RCP dans la prise en charge des patients dans un hôpital de taille moyenne, l'hôpital de Saint-Gaudens.

## PREMIERE PARTIE : HISTORIQUE

Le cancer est une pathologie très anciennement connue dont les premières traces écrites remontent à l'Égypte antique.

La connaissance physiopathologique de la maladie connaitra de grandes avancées grâce à la description de la maladie, d'abord à l'échelle tissulaire avec l'autorisation des dissections, puis à l'échelle cellulaire.

### 1) Étymologie et évolution des connaissances de l'antiquité à 1900 :

#### a) Étymologie (1) :

Hippocrate (460 – 370 av. J.-C.) utilisa les termes *carcinus* et *carcinoma* pour désigner des ulcérations chroniques ou des grosseurs et *squirrhe* pour désigner une lésion de consistance dure du fait de la prédominance d'une sclérose avec une rétraction des tissus.

*Carcinos* : écrevisse ; chancre, cancer, tumeur.

*Skirros* : tumeur dure ; dur, endurci.

Celsus (28 av. J.-C. – 50 ap. J.-C.), médecin romain, traduit *carcinus* en cancer et introduisit tel quel le mot *carcinoma* dans le langage latin.

Cancer désignait plutôt des ulcères d'allure maligne avec pénétration profonde, et *carcinoma* des lésions pré-malignes et malignes de type plus superficiel.

Galien (131-201 ap. J.-c.) utilise *oncos* pour désigner une grosseur ou une tumeur maligne.

Au début du 19<sup>ème</sup> siècle, carcinoma devient synonyme de cancer et la terminaison « oma » est utilisée pour désigner certaines formes de tumeur.

b) Quelques dates importantes dans l'évolution des connaissances physiopathologiques et thérapeutiques(2):

- Les premiers écrits:

Les premiers écrits parlant de lésions cancéreuses sont des papyrus égyptiens :

- La nature cancéreuse, dite « maligne », de certaines tumeurs est évoquée dans le papyrus de Kahun, 2200 avant J.-C. ;
- La gêne qu'elles créent par le volume, l'ulcération, ou l'infection suggèrent leur ablation dans le papyrus Edwin-Smith au XVII<sup>e</sup> siècle avant J.-C. ;
- L'auteur du papyrus Ebers, daté d'environ 1500 avant J.-C., distingue les tuméfactions infectieuses à inciser des tumeurs « de chair » à extirper au cautère.

Des traces de la pathologie sont aussi retrouvées dans des textes mésopotamiens, indiens et persans.

Ces textes englobent cependant très probablement la description de lésions post traumatiques.

- Au cours de l'antiquité :

Hippocrate (460-370 av. J.-C.) décrit des lésions de ce type, touchant différents organes. Il établit une classification. Hippocrate évoque la responsabilité de l'excès de bile noire dans la genèse des tumeurs du sein. Il affirme que les sujets atteints de cancers « occultes » vivent plus longtemps s'ils ne sont pas traités chirurgicalement, et meurent plus vite quand ils sont passés au cautère.

Aulus Cornelius Celsus (25 av. J.-C. -50 ap. J.-C.) dans un chapitre de "De Medicina" aborde les cancers. Les tumeurs du sein et de la matrice, ulcérées ou extériorisées sont décrites. Il décrit aussi différents degrés d'évolution de la maladie, recommande l'excision sanglante si la tumeur est reconnue à un stade précoce et déconseille de traiter de cette façon les lésions plus avancées en évoquant déjà le risque d'aggravation du cancer par un traitement incomplet.

Leonides d'Alexandrie (180 ap. J.-C.) fit des mastectomies, déconseilla de même la chirurgie des lésions avancées.

- Fin du premier millénaire :

Avicenne (980-1037) décrit l'évolution du cancer, sa diffusion et la destruction des tissus avoisinants entraînant une absence de sensation de la zone atteinte.

Albucasis (1013-1106) de Cordoue, préconise l'excision quand le cancer est en début d'évolution, et est accessible, avec cautérisation des tissus avoisinants, il conseillait de ne rien faire en cas de lésions avancées.

Avenzoar (1070-1162) décrit le cancer de l'estomac et de l'œsophage .Il meurt à Séville d'une tumeur qu'il tenta de traiter lui même et dont il observa l'évolution.

Au moyen âge, John of Arderne (1307-1390) décrivit la symptomatologie du cancer du rectum.

En 1320, Henri de Mondeville écrit : « Aucun cancer ne guérit, à moins d'être radicalement extirpé tout entier; en effet, si peu qu'il en reste, la malignité augmente dans la racine ».

- La renaissance:

La pratique de la dissection a permis de faire rapidement évoluer la connaissance physiopathologique de la maladie :

Au niveau anatomique, Gaspar Aselli (1581-1625) découvre le système lymphatique, Jean Pecquet (1622-1674) met en évidence le canal thoracique.

Fabricius Hildanus (1560-1634) est l'auteur de descriptions de chirurgies larges de cancers, il effectue la dissection de ganglions lymphatiques de patientes atteintes de cancer du sein.

Marco Aurelio Severini (1580-1656) décrit les tumeurs bénignes et malignes du sein.

Sennert (1572-1637), puis De Houppeville évoquent la notion de contagiosité du cancer avec les conséquences que nous verrons plus loin.

- Les 18° et 19° siècles :

Henri François le Dran (1685-1770) décrit que le cancer s'étend par les canaux lymphatiques et préconise l'ablation de ceux-ci lors de la chirurgie de la tumeur.

Giovanni Battista Morgagni (1682-1771) de Padoue effectue la description à l'échelle tissulaire des lésions causées par la maladie, créant ainsi l'anatomo-pathologie. Il fera de nombreuses dissections sur les victimes de cancer du sein, de l'estomac, du rectum et du pancréas.

John Hunter (1728-1793) évoque le premier les prédispositions et facteurs favorisant du cancer : (hérédité, âge et peut être climat).

Bernard Peyrilhe (1735-1804) préconisa l'excision du grand pectoral et la dissection des ganglions lymphatiques.

Xavier Bichat (1771-1802) est à l'origine de la théorie moderne cellulaire du cancer en découvrant que les différentes localisations du cancer ne sont que l'expression d'une même maladie tissulaire touchant différents organes.

2) Evolution de la prise en charge des patients atteints de cancer au sein des structures de soins, évolution vers la prise en charge multidisciplinaire :

L'organisation des structures de soins sera progressivement mise en place, par strates successives, fruits de la confrontation des découvertes scientifiques, de l'apport de grands noms de la cancérologie aux circonstances historiques et volontés politiques du moment.

L'affirmation du cancer comme véritable fléau social, les innovations thérapeutiques, vont transformer l'approche de la maladie cancéreuse, la faisant passer d'une pathologie marginale,

incurable, peu prise en charge, en une maladie complexe, aux conséquences sociales majeures, nécessitant des investissements coûteux, une recherche organisée et une approche multidisciplinaire.

Le développement de la recherche, la mise à disposition des traitements les plus adaptés, les plus récents, les plus efficaces, l'accès à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire, pour tous les patients, sont les fils directeurs des politiques d'organisation des soins et de lutte contre la maladie.

La prise en charge de la pathologie cancéreuse mènera à une révolution des pratiques médicales en mettant en exergue la nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire, basée sur la complémentarité des différentes thérapeutiques, dès l'entre-deux-guerres.

a) Le cancer maladie incurable(3).

- L'hôpital pour « cancérés » de Reims.

Les premières traces d'un hôpital spécifiquement orienté vers la prise en charge des patients cancéreux remontent à 1742. Le chanoine Jean Godinot est à l'origine, malgré les réticences des populations locales, de l'ouverture du premier centre pour « cancérés ». Celui-ci s'est ému du refus des hôpitaux de prendre en charge les patients cancéreux soupçonnés à l'époque d'être contagieux. Le personnel se résume à une infirmière et deux servantes, le médecin ne venant qu'à l'occasion, lorsqu'il faut traiter les patients pour un événement aigu. Le cancer en lui-même est peu pris en charge, ce qui inscrit la structure dans la lignée des asiles pour incurables.

Doté d'une quinzaine de lits, il fonctionnera pendant un siècle pour devenir une annexe d'hospice destinée aux malades atteints de maladies incurables de tout type.

- Les femmes du calvaire

En 1842, Jeanne Françoise Garnier Chabot, après avoir perdu ses deux enfants et son mari, crée l'association des dames du calvaire à la suite d'une rencontre fortuite avec une malade abandonnée à elle-même et dont elle va s'occuper. Les participantes sont obligatoirement veuves « seule la femme qui a souffert est préparée pour une telle tâche » (A.J Bengolea).

Leur rôle est d'apporter réconfort et soins à des patients incurables que l'hôpital ne prend pas en charge.

Le cancer restera en marge du secteur hospitalier jusqu'à l'apparition des premiers progrès thérapeutiques.

b) Les révolutions thérapeutiques:

Les premiers succès thérapeutiques avec la chirurgie, les rayons x, le radium vont profondément modifier la vision de la pathologie cancéreuse.

- La chirurgie(4).

La chirurgie est révolutionnée par l'antisepsie et l'asepsie dans les années 1880, rendant de nombreuses opérations possibles, alors qu'elles étaient jusque là le plus souvent compliquées d'infections fatales.

1881 : chirurgie d'un cancer de l'estomac par Theodore Billroth,

1890 : mise en place de la technique de mammectomie élargie par William Stewart Halsted.

De nombreuses publications se feront dans ce domaine, les spécialités chirurgicales vont progressivement apparaître et prendront en charge les cancers selon leur localisation initiale.

- La radiothérapie(3)

La découverte successive des rayons x, du polonium et du radium seront à l'origine d'une nouvelle approche thérapeutique.

La première application des rayons X sera la radiographie. Des conséquences inattendues surviennent après exposition à ces rayons avec l'apparition d'épilations, de rougeurs de la peau et même de brûlures, de nécroses, témoignant de leur action au niveau tissulaire.

Le Dr Guy Despeignes (Lyon) en 1896 est le premier à essayer les rayons sur un cancer de l'estomac et décrit une amélioration de la cachexie et une diminution des douleurs. En 1902 le Dr Colet (Etats Unis) affirme que la radiothérapie produit des effets indubitables sur les cancers, même profonds.

En 1900, Becquerel remarque une brûlure à hauteur de poche après avoir transporté un produit que lui ont confié Pierre et Marie Curie. La radiumthérapie naîtra à partir de cette observation et dès 1901 celui-ci la suggère dans le traitement des cancers.

Les expérimentations thérapeutiques de la radiothérapie puis de la radiumthérapie vont se multiplier, de façon totalement empiriques, sur différentes pathologies dont les maladies du système pilo-sébacé, le psoriasis, les néoformations conjonctives, les tumeurs du tissu lymphatique, la tuberculose, le goitre, les kystes hydatiques, l'épilepsie... au total près de 70 entités pathologiques seront répertoriées dans le traité de radiologie de Jean Belot en 1905.

Ces essais thérapeutiques, du fait du manque de mesures précises, de la diversité des méthodes d'application, donneront des résultats très divergents. « Non seulement la méthode d'application varie avec les auteurs, mais la réaction recherchée est le plus souvent différente d'un praticien à l'autre... on se perd facilement au milieu de ces opinions plus ou moins contradictoires » (Jean Belot).

En décembre 1909 naît l'institut du radium dont une partie sera consacrée à la recherche savante et confiée à Mme Curie, la seconde partie, consacrée à l'étude des applications médicales, propriété de l'institut Pasteur, sera dirigée par Claudius Régaut.

- La chimiothérapie, l'hormonothérapie (6)(7):

En 1932, Lacassagne découvre qu'il déclenche des cancers mammaires en administrant de la folliculine (estrogènes) à des souris, ouvrant ainsi la voie à l'hormonothérapie.

En 1943, à Naples, des marins sont exposés accidentellement à du gaz moutarde. Un médecin militaire (Dr Gilman) remarque une diminution de leurs leucocytes. Des tests seront faits pour traiter la maladie de Hodgkin.

Ces nouvelles thérapies vont se cumuler à la chirurgie et à la radiothérapie.

c) Les premières associations de lutte contre le cancer(3).

- 1892 : la première ligue contre le cancer:

En 1892 est décidée la création d'une ligue contre le cancer, sous l'impulsion du Professeur Simon Duplay et du Professeur Verneuil, dont le but est d'associer les spécialités médicales susceptibles d'avoir une utilité dans la prise en charge et l'étude de la pathologie.

Elle mettra de plus pour la première fois en exergue la nécessité d'effectuer des études épidémiologiques et expérimentales.

La ligue ne suscitera cependant pas une très grande adhésion.

- L'AFEC :

Instruit par cet échec, Charles Bouchard, professeur de pathologie générale, Pierre Delbet, futur grand Chirurgien et Henry de Rothschild (lui-même docteur par pur intérêt intellectuel) créent l'Association Française pour l'Etude du Cancer (AFEC) en 1906.

Ils s'attacheront à donner à l'AFEC un comité d'honneur prestigieux : Henry Becquerel, prix Nobel de physique, Henry Poincaré alors président de l'académie des sciences, le Professeur Lavoisier de l'Académie française, des hauts responsables de l'université et de la fonction publique et de grands banquiers.

L'AFEC ouvre sa première séance publique en 1908.

Les publications de l'AFEC sont majoritairement des études descriptives anatomo-cliniques.

Le domaine des traitements arrive en seconde position (à l'époque la fulguration faisait débat). La radiothérapie est cependant absente de ces publications.

La question étiologique et pathogénique représente moins du cinquième des textes produits.

D'autres thèmes seront abordés comme les marqueurs biologiques, le dépistage par intradermoréaction.

La pratique de la radiothérapie restera ainsi marginale, et peu enseignée. Elle sera surtout proposée pour les patients inopérables, les chirurgiens n'orientant les patients vers ce type de traitement que dans les cas jugés désespérés. L'association radio-chirurgicale restera rarissime jusqu'à la première guerre mondiale.

- La ligue franco-anglo-américaine contre le cancer : but ; moyens et organisation

Sous l'influence de Sonia Fabre; Henry Hartmann, Claudius Régaud et Justin Godart réunissent une centaine de membres fondateurs et créent la ligue franco-anglo-américaine contre le

cancer le 14 mars 1918. Elle formalisera un rapport d'alliance entre les différents partenaires et lui donnera la permanence propre à toute structure institutionnelle.

Le but de l'association est :

- D'instituer des centres de traitement pour les malades, en premier lieu les soldats, les réformés et les réfugiés atteints de cancer,
- de poursuivre des recherches sur les causes du cancer, sa nature et les moyens de le combattre,
- de propager dans le public les notions élémentaires sur le cancer, d'en préciser les premiers signes, afin de le traiter en temps utile, de créer des centres d'enseignement.

L'ambition des fondateurs est de créer une association susceptible d'éclairer l'état sur les orientations à suivre tout en jouant un rôle de groupe de pression.

Cette ligue est une organisation centralisée qui se donnera comme objectif de contrôler les initiatives locales en les créant ou en les intégrant : les comités locaux seront dépendants de celle-ci car ils n'auront pas par eux même la capacité de posséder, d'acquérir, de recueillir des dons ou legs ; la ligue, reconnue d'utilité publique, a elle seule ces droits.

La ligue franco-anglo-américaine contre le cancer aura à négocier avec l'Association Française d'Etude du Cancer afin d'éviter les points de conflits susceptibles d'apparaître. Un accord intervient qui assignera un espace défini à chaque organisation : l'association d'étude du cancer (plus tard société française du cancer) continuera de s'occuper de l'aspect scientifique, et la ligue se maintiendra dans ses activités au niveau politique et social, n'animera aucune activité savante sinon de vulgarisation, l'Association Française d'Etude du Cancer renoncera à entreprendre des actions dans le domaine social sans collaboration avec la ligue.

La ligue a une dimension internationale avec la collaboration de représentants des pays alliés.

La ligue franco-Anglo-américaine contre le cancer deviendra « la ligue française contre le cancer » en 1927, puis « ligue nationale française contre le cancer » en 1955 et enfin ligue nationale contre le cancer à partir de 1992.

d) Le cancer fléau social et les premières prises en charge pluridisciplinaires (3)(5):

- Les conséquences de la première guerre mondiale:

La nécessité de mobiliser plusieurs milliers de combattants a modifié l'âge des hommes incorporés. L'incidence de la pathologie cancéreuse chez ces appelés conduit le secrétariat d'état à créer trois services pour cancéreux des armés, annexés aux établissements hospitaliers, à Paris Lyon et Montpellier.

C'est dans ces services que pour la première fois une réelle collaboration multidisciplinaire apparaîtra, prémisse de la future prise en charge du patient cancéreux.

La nouvelle visibilité du cancer, sa perception comme véritable fléau social, puisque celui ci touche une population en âge de travailler dans un pays décimé par la grande guerre, entraînera une plus grande adhésion publique et politique à la lutte contre la maladie.

- L'après guerre et l'apparition de trois grands types de centres d'études et de prise en charge du cancer :

#### *La fondation curie:*

Claudius Régaud, à la tête de la section biologique de l'institut du radium, proposera une collaboration directe avec les chirurgiens pour le traitement des patients cancéreux. Les applications du radium, faites initialement à domicile donneront de très bons résultats, entraînant une augmentation d'afflux des patients.

En 1919, devant la difficulté d'effectuer tous les traitements à domicile, le directeur de l'hôpital Pasteur met à disposition de Claudius Régaud une petite salle de six lits, des locaux de consultation externe et une équipe spécifique à ce service.

Il donne ainsi à la section biologique de l'institut du radium une nouvelle finalité clinique (celui-ci devait se limiter initialement à l'étude de l'action biologique du radium).

Un an plus tard, l'hôpital Pasteur met à disposition neuf lits supplémentaires, mais devant l'afflux de patients et la nécessité de moyens supplémentaires, Marie Curie et Claudius Régaud mettent en place une fondation faisant appel à la philanthropie. Le 27 Mai 1921, la fondation Curie est reconnue d'utilité publique. Grâce à la participation de l'état, aux dons, à la mise à disposition du conseil de l'université de Paris d'une bande de terrain inoccupée, deux pavillons seront construits avec des locaux de consultation, un service d'hospitalisation de 15 lits, des laboratoires d'histopathologie, d'hématologie, de sérologie, bactériologie, et des salles de traitement de röntgentherapie.

Claudius Régaud veillera à maintenir des interactions très intenses entre les différentes équipes créant ainsi un nouveau modèle d'étude d'une pathologie.

#### *Le centre anti cancéreux de Gustave de Roussy :*

Gustave de Roussy (successeur de Jean Darier comme secrétaire de l'association contre le cancer) crée en 1921 un petit service de cancérologie dans un hospice de Villejuif, l'hospice Paul Brousse. Avec l'aide du conseil général, il développe la structure, l'enrichit en personnel, dirige plusieurs recherches, traite par curiethérapie les cancers utérins.

Ce service est initialement qu'un pôle de l'hospice.

En 1930 il sera transformé en un institut contre le cancer (avec à sa tête Gustave Roussy). L'institut regroupe des laboratoires et un secteur hospitalier avec comme objectif de faire contrepoids à l'institut Curie.

Riche de son histoire d'intégration des différentes thérapeutiques sans a priori, L'institut contre le cancer sera un modèle de recherche et de traitement contre le cancer.

#### *Les « petits » centres anticancéreux :*

Initialement deux centres sont créés, annexés à des services de chirurgie générale, à l'hôpital Salpêtrière et à l'hôpital de Tenon.



Des services à Necker, Saint Antoine et Lariboisière seront créés sur ce modèle.

Il existe donc trois types de centre de lutte contre le cancer :

- Les services du secteur public, assez distants de la recherche, où la radiothérapie est subordonnée aux indications chirurgicales,
- La fondation Curie, où l'activité clinique apparaît comme la prolongation de la recherche, la radiothérapie y garde une position centrale,
- Enfin le service anticancéreux de Paul Brousse, appartenant au secteur public, englobant des recherches fondamentales. La radiothérapie et la chirurgie y seront considérées comme des thérapeutiques complémentaires, non subordonnées l'une à l'autre.

e) Les premières politiques de lutte contre le cancer(3) :

- La commission du cancer de 1922 :

Paul Strauss, ministre de l'hygiène, met en place en 1922 une commission reprenant à son compte les objectifs de la ligue franco-anglo-américaine contre le cancer. La ligue réussit ainsi, grâce à son influence, à impliquer l'état dans la lutte contre le cancer.

La réflexion sur l'organisation, le fonctionnement et l'équipement des centres anticancéreux sera confiée à Jean Bergonié.

Deux grandes lignes directrices dominent la politique de lutte contre le cancer : créer les conditions favorables au diagnostic précoce et doter le pays en équipements thérapeutiques adaptés.

Le texte de Jean Bergonié insiste sur la nécessité de mettre en place des structures spécialisées installées de façon à couvrir l'ensemble du territoire français et se donne comme ambition de créer une organisation régionale de lutte contre le cancer.

Le manque de médecins formés à la radiothérapie et à la chirurgie des cancers rend obligatoire l'installation des centres à proximité des facultés. Cette proximité permettra aussi une meilleure formation des futurs médecins et favorisera la recherche.

Les centres de lutte contre le cancer comprendront 4 compétences :

- Un anatomopathologiste qui fixera par un examen la nature du cancer à traiter.
- Un chirurgien se chargera des interventions curatives ou palliatives.
- Un médecin électricien qui aura la direction des radiothérapies et curiethérapies.
- Un physicien qui veillera au bon fonctionnement des instruments de traitement et de mesure.

« La direction du centre contre le cancer appartiendra à l'une ou l'autre de ces compétences, sans que cette direction puisse diminuer en rien le poids des avis des collaborateurs »

Le programme de Bergonié est adopté par le parlement qui accordera des subventions dès 1923.

Une ordonnance donnera aux comités locaux de la ligue contre le cancer le statut d'utilité publique (et la personnalité civile) leur permettant ainsi de récolter des fonds pour financer ces structures.

Le cancer devient l'affaire d'équipes pluridisciplinaires avec un chef « connaissant bien les différents types de traitement mais qui ne se laissera pas emprisonner son jugement par les habitudes d'aucune technique »

Certaines filiales locales de la ligue contre le cancer, jouissant d'une autonomie financière, vont équiper des hôpitaux de proximité en radium et appareils de radiothérapie, malgré la présence de centres régionaux (Comme à Tarbes et à Rodez alors qu'il existe un centre régional à Toulouse). Parfois l'initiative vient même de conseils généraux, de chirurgiens, de conseils de professeurs des écoles.

Ainsi en 1925, il existe dix centres officiellement agréés et une quinzaine de centres plus ou moins équipés en attente d'agrément.

- Le rapport Régaud de 1925, les premiers réaménagements.

Devant la multiplication des initiatives locales consistant à équiper des hôpitaux locaux et la demande de plusieurs filiales locales de créer des centres anticancéreux de proximité, Régaud décide de différencier les centres officiels de lutte contre le cancer des autres services équipés et conclut qu'il ne faut pas créer en France continentale d'autres centres que ceux qui existent déjà.

Dans la conclusion de son rapport, il soutient qu'il est préférable de faire déplacer les patients, plutôt que de multiplier les centres « condamnés à l'impuissance ou à un fonctionnement médiocrement satisfaisant ».

L'objectif de Régaud est triple : faire bénéficier la population de centres d'innovations et de recherches dans le domaine de la radiothérapie, concentrer l'effort financier sur ces quelques centres de pointe, et enfin employer dans ces centres les médecins les plus performants dans leur domaine.

- Vers un tournant, l'apparition de la médecine lourde :

A partir des années 1930 la cancérologie relève de plus en plus de la médecine lourde, les installations vont devenir de plus en plus coûteuses confirmant le pronostic fait par Régaud dans son rapport. Seuls certains centres pourront être convenablement équipés en technologies de pointe. Il apparaîtra un véritable décrochage des petits centres sous équipés, face aux centres régionaux agréés.

Ces inégalités seront majorées par la répercussion de la crise de 1929.

De nouveaux problèmes apparaissent avec les nouvelles techniques de soins : les coûts deviennent difficiles à supporter pour une classe moyenne ne relevant pas de l'hôpital et

touchée par la crise économique. De plus, certaines radiothérapies profondes nécessitant des appareils coûteux et récents ne se font que dans des hôpitaux. Le rôle de l'hôpital dans le traitement des seuls patients indigents sera ainsi remis en question.

- La question des incurables :

La spécialisation et l'amélioration des techniques de prise en charge conduisent à une sélection des patients relevant de traitements. Les services seront amenés à distinguer les patients guérissables des patients « incurables ».

Parallèlement, le Dr Récamier à l'hôpital de St Michel, propose dans un asile la prise en charge des patients cancéreux des deux sexes en mêlant patients en voie de guérison et incurables.

La ligue va prendre l'exemple de l'hôpital St Michel pour proposer une alternative à la relégation des incurables au domicile et aux dépôts, où les patients sont entassés, délaissés par l'encadrement médical.

Ces incitations ne reçoivent au départ que peu d'échos et les quelques services créés seront vite débordés par l'afflux de patients.

A partir des années trente, l'idée de traiter sur le même lieu les patients incurables ou en rémissions ou en voie de guérison, évolue et de plus en plus de médecins remettent en cause la notion d'incurabilité.

Les patients atteints de cancers évolués non curables seront de plus en plus considérés comme atteints d'une pathologie évolutive comme une autre, nécessitant des soins médicaux adaptés (radiothérapie, soins des plaies, des ulcères, traitement de la douleur...).

- L'ordonnance de 1945 :

Le gouvernement provisoire de Charles de Gaulle signe l'ordonnance n° 45.2221 le premier octobre 1945, fixant aux centres de lutte contre le cancer un rôle de dépistage, de traitement, de surveillance des résultats des traitements; de recherche sur l'étiologie, la prophylaxie et la thérapeutique et d'enseignement de la cancérologie. L'ordonnance détermine leur statut d'organismes privés à but non lucratif.

Ces règles de fonctionnement ne seront que légèrement modifiées en 2005.

Au total 20 centres contre le cancer couvrent l'ensemble du territoire : deux centres nationaux (l'institut Curie et l'institut Gustave Roussy) et 18 centres régionaux.

Selon les régions une complémentarité s'organise avec les CHU. Des conventions de coopération lient hôpitaux régionaux et universitaires avec les centres de lutte contre le cancer.

Des rapports d'activité seront effectués, adressés selon les périodes au ministère de la santé publique, à l'institut national de la santé (qui succédera à l'institut national d'hygiène), puis à partir de 2005 à l'INCa.

### 3) Naissance de la FNCLCC, de l'ARC et du CICR

- La fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (8).

En 1964 les centres de lutte contre le cancer créent la Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer (FNCLCC), association sans but lucratif.

Les objectifs sont :

- de développer les projets d'intérêt général concernant l'ensemble des missions de soins, d'enseignement et de recherche qui sont confiées par le ministère de la santé aux Centres de Lutte Contre le Cancer,
  - d'examiner les questions qui concernent les Centres sur le plan juridique et social,
  - de représenter l'ensemble des centres chaque fois qu'une action collective s'impose en ces matières.
- La naissance de L'ARC(9) :

Parallèlement apparaît l'association pour le Développement de la Recherche sur le Cancer à Villejuif (ADRCV) qui deviendra l'ARC en 1986. Limitée à une action dans les centres de Villejuif initialement, son périmètre d'action va s'élargir. Elle attribue des subventions aux équipes de chercheurs, participe au cofinancement d'équipements scientifiques, organise la diffusion des connaissances acquises en cancérologie.

- Le CIRC

Le Centre international de Recherche sur le Cancer (CIRC) apparaît en 1965.

Institution onusienne, il est inspiré par la France qui lui offre un siège à Lyon. Il s'intéresse à l'étude étiologique des cancers et à la prévention. Les membres fondateurs du CIRC sont : les Etats-Unis d'Amérique, la France, l'Italie, la République fédérale d'Allemagne et le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord. Des études épidémiologiques seront conduites en collaboration avec l'INSERM.

## SECONDE PARTIE : VERS LA MISE EN PLACE DU PLAN CANCER :

La mise en place du plan cancer 2003-2007 bénéficiera d'une réflexion débutée depuis les années 1980 :

### 1) 1985 : Le livre blanc de la lutte contre le cancer (10) :

En 1982 la concertation nationale sur le cancer, puis en 1983 la commission nationale des cancers fait un état de lieu de la prise en charge du cancer afin de dégager les nouvelles stratégies de lutte.

Dans le rapport « lutte contre le cancer en France », la commission nationale des cancers définit les objectifs à court et moyen terme.

Elle est composée de cancérologues, chercheurs, spécialistes au contact de la maladie cancéreuse, d'association de patients et par la mutualité.

Plusieurs chapitres y sont développés :

a) L'organisation hospitalière :

La création de départements de cancérologie dans les CHU autour d'une unité de radiothérapie, d'oncologie médicale, d'hématologie, d'hospitalisation de jour parfois complétée d'un service de soins intensif est recommandée.

La création de départements de cancérologie est aussi encouragée dans certains centres hospitaliers généraux avec au minimum un service de radiothérapie et une unité d'oncologie en coordination avec les CHU et les CLCC.

Le développement de l'hospitalisation à domicile fait aussi partie des objectifs.

b) La coordination et l'harmonisation des moyens de lutte :

La création des comités techniques régionaux est proposée avec comme compétences :

- l'établissement de protocoles, l'inventaire des moyens de chaque centre de soins et l'étude des liaisons possibles entre les différentes structures.
- L'étude des possibilités de soins à domicile.
- l'évaluation des résultats thérapeutiques, la réalisation d'enquêtes épidémiologiques.
- l'information des médecins et des professions paramédicales sur le cancer, la participation au dépistage, à la prévention.
- La définition des principaux pôles d'intérêts régionaux contre le cancer.

c) Implantation, regroupement et surveillance des équipements de radiothérapie :

Le regroupement des installations et des moyens humains, la modernisation des appareillages et le contrôle de la qualité des équipements font partie des priorités.

d) L'amélioration des soins aux malades cancéreux :

Avec :

- L'amélioration de la prise en charge des patients en fin de vie.
- Le développement de la coordination et de la concertation entre les services de soins, la continuité du suivi médical, la formation spécifique des personnels, la promotion des soins à domicile et le développement de l'hospitalisation à domicile sont les pistes développées.

e) La recherche clinique :

La recherche clinique est encouragée avec l'établissement d'une politique nationale grâce au rassemblement des compétences, à la création d'une recherche pharmacogénétique, au renforcement des études épidémiologiques et à la formation à la recherche clinique.

Le développement des registres contre le cancer grâce à l'assouplissement des règles de confidentialité et leur expansion avec comme objectifs d'enregistrer 10% de la population dans des régions pré-choisies sont un des moyens d'amélioration de la connaissance de la pathologie.

f) La prévention des cancers professionnels :

Les principales mesures développées sont :

- L'identification des priorités de recherches, la cartographie des risques professionnels, l'accès aux informations concernant la mortalité et la formation d'épidémiologistes.
- L'évaluation des actions de préventions.
- Une meilleure application des réglementations existantes.

g) La prévention, le dépistage :

Les principaux axes à développer sont :

- L'action sur les facteurs individuels (tabac, alcool...)
- L'identification des risques iatrogènes et professionnels.
- L'amélioration de la connaissance de l'histoire naturelle du cancer.
- L'amélioration des tests de dépistages et diagnostics : des recommandations pour le dépistage de certains cancers seront l'objet de protocoles (sein, col de l'utérus)

h) La communication et l'information en matière de cancer :

Sont encouragés dans ce cadre :

- La réalisation de campagnes nationales d'information.
- La réflexion sur l'information aux malades

i) L'amélioration de la réinsertion des malades cancéreux :

Le développement de la relation médecins traitants- médecins du travail, la réalisation de soins post cure, l'aide psychologique et l'aide apportée par les assistantes sociales participeront à la réinsertion des patients.

## 2) 1994 : le rapport de l'IGAS :

En 1994 l'IGAS (l'Inspection générale des affaires sociales) dans son rapport sur la prise en charge des patients cancéreux souligne de nombreuses défaillances dans l'organisation des soins :

Le dépistage précoce occupe selon ce rapport une place restreinte en France, il n'y a pas de politique concertée contre le cancer, les moyens de lutte sont jugés éparpillés, le manque de coordination entre les acteurs et les inégalités dans certains domaines sont soulignés.

L'action plus concurrentielle que coordonnée des intervenants rend selon ce rapport nécessaire la mise en place de mesures courageuses, « La dispersion actuelle des moyens, la multiplicité des acteurs engagés dans la lutte contre le cancer, mais s'ignorant les uns les autres, imposent aux pouvoirs publics la nécessité d'une reprise en main où l'Etat devra enfin jouer son rôle de coordinateur et de décideur».

### 3) La Circulaire du 24 mars 1998 relative à l'organisation des soins en oncologie dans les établissements d'hospitalisation publics et privés (11):

Elle intervient à la suite de la conférence nationale de la santé de juillet 1997 qui a insisté sur l'importance de la multidisciplinarité de la prise en charge des patients cancéreux et sur la prise en charge de proximité.

Cette circulaire énonce les principes de prise en charge des patients et guidera la rédaction des SROS de seconde génération.

#### a) La prise en charge initiale devra se faire par une équipe pluridisciplinaire :

Avec pour tous les patients pris en charge la mise en place d'un schéma d'ensemble.

Ce schéma de prise en charge reposera sur des protocoles validés.

La composition des équipes pluridisciplinaires sera variable selon les cas, (oncologue, chirurgien, spécialiste d'organe, anatomo-cytopathologiste, radiothérapeute, médecin traitant, psychologue, gériatre ; hématologiste pour les maladies du sang...)

#### b) Les structures de soins sont adaptées et graduées :

Elles sont classées en structures de référence ou en structures orientées en oncologie. Les établissements de proximité participent eux aussi à la prise en charge.

Ces structures fonctionnent sur le modèle pluridisciplinaire et assurent le suivi du patient. Elles sont complémentaires, de niveaux techniques différents, réparties géographiquement de façon à organiser un réseau adapté aux caractéristiques de la population et aux pathologies prises en charges. Elles mettent à disposition les moyens thérapeutiques nécessaires à une prise en charge de qualité.

Une évaluation du fonctionnement médical sera effectuée par les responsables de la structure au moyen de l'analyse des dossiers médicaux.

#### - *Les sites de référence en oncologie :*

Ils sont constitués d'un ou plusieurs établissements qui dispensent des soins de haute technicité et prennent en charge des patients présentant des pathologies complexes, ou rares, ou à risque majeur à court ou moyen terme.

Ils comportent tous les moyens de la prise en charge diagnostique et thérapeutique de tous les cancers et pratiquent leur association (chirurgie, radiothérapie, curiethérapie, immunologie, thérapie cellulaire ou génique).

Ces sites développent les traitements innovants, incluent des unités de recherche clinique et épidémiologique, sont contractuellement liées à des unités de recherche fondamentale et participent à l'enseignement.

Un établissement peut s'associer avec un autre géographiquement proche notamment pour la radiothérapie sur la base d'une convention écrite.

- *Les sites orientés vers la cancérologie :*

Il s'agit d'un ou plusieurs établissements prenant en charge la majorité des cancers, sans mission d'enseignement et sans obligation de participation à la recherche bien qu'ils soient encouragés à y participer en association avec les centres de référence.

Ils répondent aux besoins des patients présentant des pathologies fréquentes ne nécessitant pas de recours de haute technicité et fonctionnent de façon pluridisciplinaire. Leurs ressources peuvent être réparties sur plusieurs établissements différents associés sur la base d'une convention.

- *Les moyens de proximité :*

. Ils sont constitués par les établissements de proximité prenant en charges des patients cancéreux. Ceux-ci doivent fonctionner en étroite collaboration avec une structure de référence au sein d'un réseau formalisé afin de réaliser les soins en cancérologie, les chimiothérapies, en assurant un maximum de sécurité.

Ils doivent eux aussi obéir à un principe de pluridisciplinarité et obtiennent pour ce faire le concours de correspondants spécialisés en oncologie.

Les centres de soins de longue durée et les établissements médicaux sociaux sont incités, vu le vieillissement de la population, à s'associer de façon contractuelle à un réseau de cancérologie.

. Les médecins traitants sont invités à participer à l'élaboration du schéma de prise en charge. Ce sont des acteurs importants dans la continuité des soins et sont incités à recevoir une formation spécifique en cancérologie.

c) Les alternatives à l'hospitalisation :

*Les structures alternatives à l'hospitalisation:*

Les structures d'hospitalisation à temps partiel, de jour et de nuit, les structures pratiquant l'anesthésie et la chirurgie ambulatoire, les structures d'hospitalisation à domicile permettent la prise en charge du patient en assurant le meilleur confort possible.

Ces structures réalisent en ambulatoire la plupart des chimiothérapies et effectuent selon le schéma écrit de prise en charge certains actes de diagnostic et d'exploration fonctionnelle, de bilan et de surveillance, ainsi que les biopsies et certains actes chirurgicaux.



### *Les traitements à domicile :*

Certaines chimiothérapies à risques réduits seront effectuées à domicile, le suivi étant fait par le médecin traitant qui aura été associé à l'élaboration du schéma de prise en charge initiale.

#### d) La lutte contre la douleur et les soins palliatifs :

Les moyens de lutte contre la douleur et des soins palliatifs doivent être mis en place systématiquement dans toutes les structures de soins.

La prise en charge de la douleur nécessite aussi une prise en charge multidisciplinaire, le choix du traitement sera effectué en concertation avec le patient concerné.

Le médecin traitant a là-encore un rôle important.

#### e) Les relations entre structures :

##### *Coopération entre les structures :*

Plusieurs aspects permettront cette coopération :

. Rédaction de protocoles communs et coordination de la prise en charge des patients avec organisation de circuits diagnostiques et thérapeutiques, mise en place de procédures écrites garantissant la continuité des soins et la prise en charge des urgences.

.Assistance matérielle notamment en ce qui concerne les plateaux techniques, mise en commun d'équipements de diagnostic, de moyens informatiques, de dosimétrie, organisation de relais en cas de pannes ou lors de changements d'appareils.

.Evaluation de leur activité au travers des réunions périodiques de révisions de dossiers.

.Utilisation des moyens de télécommunications pour permettre une diffusion rapide et faciliter la consultation des éléments du dossier médical du patient. La mise en place de système de télémédecine sera favorisée.

.Mise en place de bases de documentation communes, d'actions de formation du personnel et d'information de la population et/ou des médecins généralistes.

.Mise à disposition des médecins généralistes de moyens de consultation des dossiers médicaux.

##### *Constitutions de réseaux de soins :*

La constitution de réseaux repose souvent sur des coordinations déjà mise en place localement.

Celles-ci devront évoluer vers des réseaux au sens de l'article L 712-3-2 du code de santé publique en mettant en place des bases écrites définissant les missions et obligations des intervenants, en vue de l'accréditation de cette organisation.

Ces réseaux doivent correspondre aux objectifs des SROS et éventuellement aux objectifs de la conférence régionale de la santé. Ils doivent être formalisés, gradués et en relation avec au

moins un site de référence. Ils doivent être assez souples pour permettre un libre choix du patient.

Ils sont constitués autour de la prise en charge hospitalière et doivent aussi développer des relations avec les médecins traitants qui pourront, avec les médecins spécialistes, formaliser leur partenariat. La liaison avec les services médicaux-sociaux, sociaux est aussi d'importance.

f) L'assurance de qualité :

Tous les établissements doivent s'inscrire dans une démarche d'accréditation.

Le contrat d'objectifs et de moyens des établissements fixe des objectifs en matière de qualité des soins, de moyens et prévoit des indicateurs de suivi.

4) Le plan cancer 2000-2005 (12):

Le plan, cancer 2000-2005 ou plan Gillot – Kouchner présente 5 axes :

a) La réduction des risques de cancer, l'amélioration de la prévention :

- Lutte contre le tabagisme avec un objectif de diminution de 20 % des fumeurs en 5 ans en favorisant le sevrage, grâce à des actions de sensibilisation, d'information du public et des professionnels, la création de centres spécialisés et la délivrance de substituts nicotiniques.
- Lutte contre l'abus d'alcool : grâce à la prévention, au travail, en réseau, à la formation continue des professionnels et à la prise en charge des personnes dépendantes à l'alcool.
- Prévention du mélanome de la peau : campagnes d'information nationales, information aux consommateurs d'appareils de bronzage, information sur les produits solaires, formation au diagnostic précoce.
- Surveillance de l'état nutritionnel avec l'institut de veille sanitaire, information et éducation nutritionnelle, actions de prévention.

b) Mise en place d'un dépistage performant :

- Pour le cancer du sein : communication au grand public, formation de radiologues, programme de dépistage sur l'ensemble du territoire, actions de sensibilisation et engagement des professionnels par convention.
- Pour le dépistage du cancer du col de l'utérus : convention des professionnels, formation continue et évaluation d'un cahier des charges sur ce dépistage dans 3 régions.
- Pour le cancer colorectal : information aux professionnels et au public, évaluation du dépistage.

c) Améliorer la qualité de la prise en charge :

- Réduction des inégalités en améliorant l'organisation des soins : mise en place de programmes régionaux de lutte contre le cancer dans toutes les régions, suivi et évaluation des SROS, articulation des programmes cancer avec les programmes régionaux d'accès aux soins et à la prévention.
- Favoriser l'accès aux techniques innovantes : autorisation d'installation de pet-scan si ceux-ci s'inscrivent dans une perspective régionale ou interrégionale intégrés dans des pôles de cancérologie multidisciplinaires, installation de 100 nouveaux appareils de radiothérapie.
- Allogreffe de moelle osseuse : mise en place d'un groupe d'expert afin d'étudier la situation actuelle et d'évaluer les besoins. Développement des fichiers de donneurs volontaires et des banques de sang placentaire.
- Amélioration de la radiothérapie et chimiothérapie avec des revalorisations et la classification des actes de radiothérapie, la revalorisation des actes de chimiothérapie en ambulatoire, la réévaluation des règles de prise en charge de la chimiothérapie à domicile.
- Amélioration de la prise en charge, avec la généralisation de la prise en charge multidisciplinaire, la généralisation d'une possibilité de consultation initiale longue, la facilitation des interventions des médecins généralistes, d'infirmières, de psychologues, d'assistantes sociales dans la prise en charge.
- Amélioration des tests de prédispositions génétiques en cancérologie.
- Amélioration des pratiques avec la mise en place d'un dossier standardisé commun pour la continuité des soins, l'harmonisation, la diffusion et le développement de protocoles de prise en charge et mise en place d'une veille sanitaire pour les actualiser, évaluation de l'utilisation de ces protocoles, recommandations pour la manipulation des produits et l'élimination des déchets.
- Amélioration de la prise en charge à domicile : formation des professionnels, recommandations sur la manipulation des produits.

d) Amélioration des conditions de vie et respect des droits des malades :

Le plan cancer 2000-2005 souligne l'importance d'une amélioration de l'information aux professionnels et au grand public,

Le suivi psychologique est facilité au sein de l'équipe pluridisciplinaire grâce aux groupes de paroles, aux associations pouvant intervenir dans les services.

Les soins palliatifs à domicile sont encouragés, une réflexion est lancée sur les obstacles financiers qui empêchent les patients en fin de vie de retourner à domicile.

L'intensification de l'offre de soins en ce qui concerne les structures de prise en charge des douleurs rebelles, le renforcement de la formation des professionnels contribue à l'amélioration du vécu de la maladie.

L'établissement de barèmes de taux d'incapacité permanente - partielle et l'amélioration de la connaissance des maladies professionnelles permettront une meilleure reconnaissance des ces pathologies.

e) Amélioration des connaissances :

La surveillance du cancer est facilitée grâce à l'optimisation des registres contre le cancer.

Le dépistage et son impact sur la maladie seront évalués.

Des études sur les facteurs environnementaux sont aussi initiées.

## TROISIEME PARTIE : LE PLAN CANCER 2003-2007(13)(14)(15)(16)(17)(18)(19):

Le plan cancer fait suite aux travaux de la commission d'orientation sur le cancer.

Il constitue un programme stratégique sur 5 ans et est composé de 6 grands chapitres.

70 mesures et 200 actions sont échelonnées sur plusieurs années selon un échéancier de mise en œuvre s'étendant d'avril 2003 à décembre 2007.

Le plan cancer fait partie des 5 domaines couverts par des plans stratégiques nationaux dans le cadre de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique :

- plan national de lutte contre le cancer,
- plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé ; de la violence, des comportements à risque et des conduites additives,
- plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé des facteurs environnementaux, y compris au travail,
- plan national de lutte pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques,
- plan national pour améliorer la prise en charge des maladies rares.

Des indicateurs quantifiés représentent les objectifs du plan à 5 ans :

- Diminution de 30% du tabagisme des jeunes, de 20% du tabagisme des adultes, diminution de 20% du nombre de personnes dépendantes à l'alcool,
- Couverture de 80% des femmes entre 50 et 74 ans pour le dépistage du cancer du sein, et de 80% des femmes entre 25 et 69 ans pour le dépistage du cancer de l'utérus, mise en place d'une stratégie expérimentale de dépistage du cancer colorectal.
- Faire bénéficier à l'ensemble des patients d'une réunion de concertation multidisciplinaire (RCP) et d'un programme personnalisé de soins (PPS).

- Accès des patients à une information de qualité sur les structures prenant en charge les cancers dans leur région et amélioration des conditions d'annonce du diagnostic avec un accompagnement psychologique.
- Mise en place d'un système de surveillance du cancer à l'échelle de toute la population et développement de la recherche avec l'inclusion dans des essais de 10% des patients dans les centres de référence, mise en place de grands programmes de recherche génomique afin de disposer d'une base d'analyse clinico-biologique de 100.000 tumeurs.

### 1) Prévention, amélioration de la connaissance de la maladie :

Le but est de faire diminuer l'exposition de la population aux différents facteurs favorisant la pathologie cancéreuse.

#### a) Amélioration de la connaissance épidémiologique de la maladie :

- Soutien aux registres du cancer et développement du système épidémiologique de l'institut national de veille sanitaire : l'objectif est de réaliser la surveillance épidémiologique de 15% de la population française grâce au développement de trois registres : Nord, Aquitaine, Ile de France. L'utilisation des ressources complémentaires comme le PMSI et la mise en place de PMSI pour les actes de radiologie afin que l'ensemble des thérapeutiques du cancer soient codées faciliteront cette surveillance.
- Développement au sein de l'InVS d'analyses épidémiologiques régionales et de l'assistance aux politiques régionales de santé.
- Mise en place de partenariat entre InVS et le CIRC (centre international de recherche sur le cancer) pour des actions internationales dans le domaine de la surveillance, comparaison, veille.

#### b) Lutte contre le tabagisme.

9 mesures sont consacrées à la lutte contre le tabagisme actif et passif :

- Rendre l'accès au tabac de plus en plus difficile, grâce à :
  - Une augmentation du prix de vente du tabac en majorant les taxes.
  - L'interdiction des paquets comportant un nombre réduit de cigarettes et l'interdiction de vendre du tabac aux moins de 16 ans.
  - L'application de l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs avec la mise en place de labels « entreprise sans tabac », le rappel aux entreprises de leurs obligations en matière de lutte contre le tabagisme, le renforcement des lieux non fumeurs dans les hôtels, restaurants et l'application de la loi déjà existante dans les transports publics.
  - La mise en place d'opérations « écoles sans tabac » grâce à des actions de prévention, l'interdiction de fumer dans l'ensemble des établissements, la délivrance de substituts nicotiques par des infirmières scolaires formées dans le domaine du sevrage.

- L'application de l'Interdiction de la promotion du tabac avec la mobilisation des douanes, la reconnaissance de responsabilité morale en cas de non respect de la loi, l'aggravation des sanctions encourues en cas d'infraction.
  - La mobilisation des associations dans la lutte contre le tabac, en leur donnant le droit d'ester en justice en cas d'infraction (pour celles de plus de cinq ans), en les intégrant dans les programmes de formation des professionnels et en assurant leur financement par l'état ou l'assurance maladie.
  - L'aide à l'arrêt du tabac : évaluation de l'intérêt de la prise en charge partielle par la sécurité sociale des substituts nicotiques, consultation hospitalière anti-tabac dans chaque département, inclusion dans la consultation de prévention de conseil d'arrêt du tabagisme, intégration de l'aide au sevrage dans l'enseignement en médecine.
  - L'Information des femmes enceintes des risques du tabagisme.
  - La mise en place de financement de campagnes grand public et l'établissement de charte de bonne conduite avec les medias, la suppression totale du tabac sur les plateaux TV.
  - L'utilisation de l'augmentation des taxes pour des actions de prévention.
- c) Lutte contre les facteurs de risques professionnels et environnementaux.
- Inclusion de la sante au travail dans la prévention du cancer :
    - mise en place d'un contrat cadre entre ministère de la santé et de l'emploi autour d'objectifs de santé publique, déclinés au niveau local.
    - Surveillance épidémiologique des personnes exposées à des risques cancérigènes avec la publication par l'InVS d'un rapport spécifique. Mise en place pour cela dans 3 à 5 départements couverts par un registre, d'un dispositif d'évaluation du risque liés aux expositions professionnelles.
    - Mise en place d'un suivi du risque d'exposition.
    - Suivi dans le temps du risque d'exposition, renforcement des dispositifs de contrôle des substances cancérigènes avec la diminution de plusieurs seuils d'exposition (rayonnements ionisants, benzène, poussières de bois, substances chimiques dangereuses).
    - Mobilisation de l'inspection du travail sur les risques à effets différés.
    - Lutte contre le tabagisme sur les lieux du travail.
  - Amélioration de la connaissance de l'impact des agents polluants présents dans l'environnement : mise en place au sein des dispositifs nationaux de surveillance des cancers d'études spécifiques sur les déterminants environnementaux dans le cadre d'actions thématiques, mise en place au sein de l'InVS d'études afin d'explorer les facteurs environnementaux, repérage et traitement de sites contaminés et surveillance

des personnes exposées à proximité, évaluation spécifique du risque de cancer dans les études d'impact des sites industriels.

d) lutte contre la consommation excessive d'alcool :

- Mise en place de messages d'avertissements, sur les emballages, des effets de la consommation excessive d'alcool.
- Aide à l'arrêt de la consommation excessive d'alcool avec la formation des professionnels au repérage des buveurs excessifs, inclusion de cette démarche dans la consultation de prévention, renforcement de la prise en charge par des équipes de liaisons hospitalières.
- Lancement de campagnes d'information au public.

e) prévention des autres risques et promotion des attitudes favorables à la santé :

- Renforcement, de l'école à l'université, d'actions de prévention avec la mise en place de contrats entre le ministère de la santé et le ministère de l'éducation, contrats au niveau local entre les rectorats et les DRASS autour d'actions de prévention.
- Actions de promotion de l'hygiène alimentaire: campagne d'information afin de favoriser la consommation de fruits et légumes, améliorations des repas de cantine, marquage des taux de graisse et de l'apport calorique des aliments en grande distribution, mise en place de fontaines à eau.
- Campagnes d'information sur les risques de l'exposition solaire surtout pour les petits enfants.

## 2) Organisation du dépistage :

Certains cancers sont facilement dépistables à un stade précoce.

Ces mesures visent à améliorer les moyens et méthodes de dépistage et de généraliser les pratiques existantes.

a) Cancer du sein

- Rendre effective la généralisation du dépistage du cancer du sein fin 2003 et évaluation au niveau régional et départemental de la qualité et des résultats du dispositif.
- Conforter l'accès aux tests de prédisposition génétique par la mise en place d'un réseau de laboratoires d'analyses qualifiés.
- Renforcer les réseaux d'oncogénétique.

b) Cancer du colon

- Expérimentation du dépistage organisé en vue d'une stratégie nationale.
- Facilitation de l'utilisation de l'hémocult.

c) Cancer du col de l'utérus

Elargissement de l'offre des frottis à de nouveaux acteurs de santé de proximité, diffusion d'informations, tests au papillomavirus.

d) Détection précoce des mélanomes.

Campagnes d'information au grand public, sensibilisation de professionnels médicaux et non médicaux au dépistage précoce (kiné, coiffeurs, esthéticiennes).

3) Amélioration de la qualité des soins centrée autour du patient.

Dès l'annonce de la maladie, la prise en charge des patients cancéreux requiert humanisme, coordination, respect des bonnes pratiques cliniques, accès aux équipements et traitements innovants.

La finalité est de donner, quelque soit le lieu de prise en charge initial, l'accès à l'information, aux innovations thérapeutiques et à une prise en charge globale et personnalisée.

a) Coordination systématique des acteurs de soins par la généralisation de réseaux de cancérologie et par une régulation graduée des structures de soins.

*. Mise en place sur l'ensemble du territoire des réseaux régionaux du cancer coordonnant l'ensemble des acteurs de soins dans les 4 ans.*

Ce réseau, à travers la coordination qu'il met en place, est le garant d'une prise en charge multidisciplinaire, de la qualité, de l'équité et de la continuité des soins. Tout patient devra bénéficier de cette prise en charge en réseau.

Dans chaque région sera mis en place un réseau du cancer intégrant le pôle régional de cancérologie.

Il a comme finalité:

- de coordonner les acteurs à l'échelle régionale (tous les acteurs intervenants dans la prise en charge des patients cancéreux devront intégrer ce réseau),
- de fédérer les réseaux locaux existants,
- d'organiser la mise en place d'outils et supports utiles à la prise en charge des patients (partage de dossiers patients, guides de bonnes pratiques, filières de recours),
- d'évaluer les membres intervenants,
- d'être l'interlocuteur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

Afin de mettre en place les conditions d'une telle coordination, il est nécessaire de fixer un schéma régional de prise en charge des personnes atteintes de cancer, avec une identification des intervenants. Les modalités d'accès à ces recours doivent être précisées. L'ensemble de ces éléments étant coordonnés au travers de ce réseau régional de cancérologie.

*. La constitution au sein de chaque région d'un pôle de cancérologie :*



Sa constitution répond à une logique d'accès aux soins de cancérologie complexes, hyperspécialisés.

Le pôle régional de cancérologie a pour but d'assurer à tous les patients le nécessitant, l'accès à l'innovation, à la recherche clinique et aux traitements lourds et complexes, il s'articule avec l'offre de proximité. Il assure des missions de recherche et d'enseignement.

Il peut prendre la forme d'un institut régional, d'une communauté d'établissements, ou d'une coordination contractuelle entre établissements.

Il est composé d'établissements mettant en cohérence au sein du pôle leurs stratégies médicales et l'organisation de leurs plateaux techniques.

Il constitue la tête du réseau régional du cancer.

Les établissements et les sites qui le constituent doivent :

- Disposer de ressources de recours identifiées au niveau de la région : plateaux techniques lourds, consultation d'oncogénétique, traitements comme la thérapie cellulaire, prise en charge des cancers rares.
- Avoir mis en place une organisation fédérative et formalisée de leurs activités en répondant au cahier des charges en vu d'obtenir une agrémentation.
- Avoir formalisé par la description des itinéraires de soins leurs participations à l'organisation des recours selon plusieurs modalités : avis sans délocalisation du patient, accès à un traitement spécifique ou à un plateau technique, accessibilité à l'innovation.
- Il réunit les compétences d'expertise, de recherche clinique et d'innovation et dispose de l'ensemble des ressources de recours identifiées, avec la possibilité de recours interrégional. Il facilite l'accès à la recherche clinique aux équipes régionales et permet l'inclusion des malades dans les essais.
- Il précise les critères justifiant les différents recours régionaux, les modalités d'accès aux avis spécialisés ou aux plateaux techniques identifiés.
- Il participe à l'enseignement, à la recherche dans le cadre de mission d'UFR de médecine ou dans le cadre de projets mis en œuvre aux seins de Cancéropôles régionaux ou interrégionaux.

L'ARH devra

- Identifier les établissements ou les sites qui disposent de compétences et des ressources de recours très spécialisées ou innovantes et les mobiliser dans cette perspective d'accessibilité à tous les patients. Cette identification sera révisable.
  - Organiser la concertation de l'offre régionale de recours.
- b) Faire bénéficier l'ensemble des patients d'une réunion de concertation pluridisciplinaire.

Les RCP sont considérées comme le lieu de la discussion diagnostique et thérapeutique, mais aussi comme un vecteur d'échange entre professionnels.

- Tous les patients atteints de cancer doivent être enregistrés par le secrétariat de la RCP.
- Les dossiers devant être discutés en RCP avant la mise en route du traitement, sont ceux qui ne relèvent pas de référentiels validés et actualisés, ou dont le réexamen s'impose chaque fois qu'il y a un changement significatif d'orientation thérapeutique.
- Les dossiers répondant à une procédure standard de prise en charge traduite par un référentiel de pratique clinique validé et actualisé, peuvent, pour ne pas retarder l'acte thérapeutique, ne pas faire l'objet de discussion initiale en RCP. Ces situations sont définies par le réseau régional contre le cancer. Ces dossiers seront enregistrés.
- En cas d'acte de radiologie interventionnelle à visée diagnostique ou de chirurgie en urgence, la discussion pourra avoir lieu après intervention. Elle devra donner lieu à une réelle discussion.
- Les soins de support sont intégrés dans l'organisation des RCP.

L'organisation des RCP doit prévoir des fiches pré-remplies, une fréquence de réunion préétablie, un quorum de base pour chaque type d'organe prévoyant au minimum trois spécialistes différents dont un oncologue, un chirurgien et un radiologue.

A l'issue de cette réunion, un programme personnalisé de soin sera remis aux patients.

c) Identifier des centres de coordination en cancérologie dans les établissements traitant les patients cancéreux (3C):

Ce sont de véritables cellules qualité opérationnelles ayant pour mission :

- De mettre à disposition les référentiels, thésaurus, protocoles validés et actualisés par le réseau régional; de mettre en place un audit interne dans les établissements.
- S'assurer :
  - de la mise en œuvre des réunions des concertations multidisciplinaires avec mise à disposition des fiches RCP,
  - de l'enregistrement et /ou de la présentation des dossiers patients,
  - de l'échange des informations médicales et de leur intégration au dossier communicant en cancérologie,
  - de la réalisation d'audit interne pour vérifier l'enregistrement de tous les dossiers,
  - de la mise en place d'un dispositif d'annonce et de la remise à chaque patient d'un programme personnalisé de soins.
- D'informer les patients, les orienter, obtenir des rendez vous, des informations médicales, avec possibilité d'évolution vers un suivi individualisé du parcours patients.

- Informer sur les activités en cancérologie, médicales, chirurgicales et pharmaceutiques de l'établissement grâce :
  - o Aux données d'activités PMSI.
  - o A l'étude des délais d'attente.
  - o Au suivi de l'utilisation des anticancéreux dans le cadre de bonnes pratiques.
  - o A l'étude des modalités d'accès aux soins de support.
  - o L'étude de l'accès aux essais cliniques et à l'innovation.
  - o A l'évaluation de la satisfaction des patients, des équipes soignantes.

Un rapport d'activité annuel standardisé permettra d'analyser les principaux paramètres de la cancérologie dans l'établissement.

Ce rapport sera transmis au réseau régional de cancérologie et entrera dans le tableau de bord régional de suivi du plan cancer.

L'organisation des 3C relève de l'initiative de chaque établissement. Le 3C pourra être spécifique à chaque établissement, commun à plusieurs, ou partagé au sein d'un réseau territorial.

Ils pourront être composés de façons variables, seront adaptés à la taille de l'établissement. L'implication des établissements dans la lutte contre le cancer et pourront comprendre des représentants de différentes disciplines. Les 3C sont ouverts aux médecins généralistes qui le souhaitent.

d) améliorer la prise en charge des patients à domicile :

En mettant en place un forfait de suivi pour le médecin traitant.

En facilitant sa participation aux RCP, à l'accès au dossier médical.

e) Mettre en place un dossier communicant au sein de chaque réseau.

Il constitue une base commune à l'ensemble des réseaux. Les données comportent au moins la feuille de route du patient, le type, le stade du cancer et les résumés des séjours hospitaliers. Il est sous la responsabilité des réseaux régionaux et est accessible aux médecins libéraux du réseau.

f) Favoriser la diffusion et l'utilisation de recommandations de pratiques cliniques.

L'INCa diffusera des référentiels pour les professionnels et des documents résumés destinés aux patients.

g) Etablir des critères d'agrément pour la pratique de la cancérologie dans les établissements publics et privés.

L'INCa est chargé de définir les critères d'autorisation de l'activité en cancérologie pouvant concerner différents domaines :

- Activité quantitative et qualitative.
- Equipement et organisation en biologie, anatomopathologie, chimiothérapie et radiothérapie.
- Organisation interne et externe des établissements en ce qui concerne la prise en charge globale du patient.

Ces critères seront constitutifs d'un agrément par l'ARH.

h) Améliorer la prise en charge des enfants atteints de cancer :

Avec la mise en place de référentiels d'exercice et l'agrémentation des structures intervenant en onco-pédiatrie, l'identification des structures de référence, le développement des structures de soutien aux familles et financement de programmes de recherche sur les traitements spécifiques dans ce domaine.

i) Adapter les modes de prise en charge et les traitements aux spécificités des personnes âgées.

Mise en place de référentiels particuliers, mise en place au sein de l'INCa d'une mission d'onco-gériatrie chargée de la promotion et de la coordination des travaux sur la population âgée.

j) Favoriser une meilleure information du patient, améliorer l'accompagnement thérapeutique :

- Développement à proximité des lieux de vie des points d'information cancer, mise à disposition des coordonnées des différents sites impliqués, mise en place de kiosques d'information dans le cadre de contrat état-collectivités locales, mise en place d'un numéro vert cancer info service, mise à disposition d'information via internet par l'INCa.
- Mise en place d'un cahier des charges pour la consultation d'annonce avec possible recours à un psychologue, mise en place d'un forfait pour cette consultation d'annonce.
- Faciliter la chimiothérapie à domicile et plus généralement les soins à domicile avec la mise en place en 5 ans de 2000 places supplémentaires d'HAD, la définition de règles de chimiothérapie à domicile, le financement des molécules onéreuses à domicile, la mise en place de rétrocessions de chimiothérapies per os dans les hôpitaux et cliniques, ouverture de l'accès aux soins à domicile aux pharmacies hospitalières pour l'administration de certaines chimiothérapies.

k) Développement des soins complémentaires et des soins palliatifs :

*Développement des soins de support en particulier la prise en charge de la douleur et le soutien psychologique :*

- Création d'équipes mobiles de soins de support dans les centres spécialisés et dans les réseaux éventuellement : médecins de la douleur, psychologues, kinésithérapeutes, nutritionnistes.

- Faciliter l'accès à une consultation de soutien psycho-oncologique avec une augmentation des psychologues et psychiatres au sein des unités mobiles de soutien.
- Formation de médecins et soignants à la dimension psychologique.
- Poursuite du programme de lutte contre la douleur.
- Implication des associations dans le soutien aux familles de patients particulièrement dans le domaine pédiatrique.

#### *Développement des soins palliatifs :*

- Sensibilisation des professionnels aux besoins et attentes des patients en fin de vie.
- Augmentation significative de la capacité de prise en charge en soins palliatifs avec la création de réseaux supplémentaires de soins palliatifs pour atteindre au moins un réseau par département, la conversion en tant que besoin de lits de médecine et chirurgie obstétrique en lits identifiés de soins palliatifs, la création d'équipes mobiles de soins palliatifs, la création de 200 unités de soins palliatifs en institution (dont au moins une unité dans chaque pôle régional).

#### l) Accessibilité aux dispositifs diagnostiques et thérapeutiques innovants :

L'objectif est de faciliter l'accès à ces dispositifs.

- Augmentation du parc d'appareils diagnostiques et de suivi des cancers : 1 TEP pour 100.000 habitants, deux scanners ou IRM de plus par région au titre du cancer.
- Rénovation du parc d'appareils de radiothérapie avec la suppression des « cobalts » d'ici 2005, le remplacement de 50 accélérateurs avant 2007, un plan d'extension de 55 autorisations sur le territoire national parallèlement à la mise en place de ressources humaines correspondantes.
- Rapprochement des modes de financement publics et privés des dispositifs onéreux et innovants dans le cadre du dispositif global de tarification à l'activité. Il sera identifié au sein de cette tarification un schéma de financement adapté des dispositifs innovants et onéreux. Ce financement répond à des règles de bonnes pratiques, d'utilité et d'encadrement de la prescription.

#### m) Evaluation des nouvelles molécules de cancérologie par un suivi public, des études post- AMM :

- Mise en place d'un suivi public des études post-AMM pilotés par la commission de transparence,
- Mise en place au sein de l'INCa d'une mission indépendante d'évaluation des nouvelles molécules en phase d'autorisation temporaire ou après AMM.

#### n) Répondre à la surcharge des structures de soins avec l'augmentation du temps médical donné aux médecins :

- Développement de la coordination des soins, des réseaux, des équipes de soutien,

- Mise en place de moyens humains correspondant aux activités nouvelles,
- Modification de la formation initiale afin de rendre plus attractive la filière de cancérologie.

o) Développement de l'anatomopathologie et de l'hématologie biologique :

En modernisant la nomenclature des actes, en organisant au sein de l'INCa une veille autour des innovations diagnostiques et en prévoyant de les intégrer rapidement dans des structures pilotes.

p) Renforcement des tumorothèques hospitalières :

Avec comme objectifs la mise en place de 50 tumorothèques supplémentaires pour parvenir à 80 lieux de conservation.

q) Modernisation de la cotation de certains actes médicaux.

Comme la surveillance des chimiothérapies, la participation à la RCP, des actes de radiothérapies, des infirmières travaillant dans le cadre de réseaux de soins.

r) Favoriser des mesures adaptées aux DOM-TOM.

- Mise en place de schéma interrégional de la cancérologie, définition des conditions de transfert vers la métropole,
- Mise en place d'un schéma d'organisation territorial de la collectivité territoriale de St Pierre et Miquelon.

s) Etude de l'intérêt d'un mode de financement de l'activité en réseau dans le but d'inciter aux meilleures pratiques.

#### 4) Volet social :

Les sept mesures de ce chapitre ont comme objectifs de donner aux patients la possibilité de mener une vie aussi normale que possible.

a) Faciliter l'accès des patients aux prêts et assurances :

- En informant le public sur les droits de convention Belorgey et en élargissant ces droits.
- En veillant à l'application du dispositif par les professionnels.

b) Faciliter le maintien, le retour à l'emploi, la prise de congés pour l'accompagnement d'un proche, le maintien à domicile :

- Prolongation, lors qu'ils existent, des délais d'intégration dans l'emploi en cas d'arrêt pour longue maladie, assouplissement des conditions d'arrêt de maladie en cas d'affection de longue durée, information sur les possibilités de maintien dans l'emploi financés par l'association pour la gestion des fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées.

- Faciliter le maintien à domicile par une possibilité accrue de recours aux soins et aides à domicile, mise en place de cellules départementales de coordination et d'information des patients sur les structures d'aide à domicile, ouverture des SSIAD aux personnes atteintes de cancer ou d'autres maladies chroniques pour les phases de soins intermédiaires.
- Faciliter la présence des parents auprès des enfants malades sans risques professionnels ou financiers.

c) Amélioration de la prise en charge de dispositifs médicaux ou esthétiques :

Prise en charge de certains dépassements de prix par l'assurance maladie, accord avec les mutuelles sociétés d'assurance et institutions de prévoyance pour la couverture de ce type de risque.

d) Faciliter la présence d'associations de patients et d'usagers dans l'hôpital :

Mise en place dans les structures de recherche clinique financées par l'INCa de comités de patients habilités à donner leur avis ; reconnaissance, organisation de la présence de bénévoles et des associations au sein des structures de soins (mise en place de conventions, mise en place d'un correspondant interne des associations, mise en place de lieux d'information par les associations au sein de l'hôpital).

5) Volet formation :

Un des objectifs est de réformer l'enseignement afin de former plus de professionnels :

- Renforcement de la formation initiale avec la création de filières propres comme l'hémato-oncologie; rénovation du programme de DES avec le renforcement de l'enseignement dans le domaine du travail en réseau, de l'accompagnement psychologique, des soins complémentaires; réforme du programme de DESC pour faciliter son accès aux spécialistes intéressés; mise en place d'un stage obligatoire en cancérologie avant le troisième cycle; mise en place d'un mécanisme de qualification en cancérologie pour les spécialistes d'organes qui ont une activité prouvée en cancérologie.
- Augmentation de la capacité d'encadrement des services formateurs avec l'augmentation des lieux de stages; l'augmentation du nombre d'internes (50% de plus) en oncologie médicale et radiothérapie, l'ouverture de postes d'assistants, d'assistants chefs de clinique et de chefs de clinique (50 postes en 4 ans) ; participation de certains centres de lutte contre le cancer à l'enseignement en coordination avec les universités ; augmentation du nombre d'hospitalo-universitaires titulaires en cancérologie et dans les disciplines connexes (25 en 5 ans dont 10 en cancérologie).
- Meilleure organisation de la formation continue.

Le second objectif prioritaire est le renforcement des filières paramédicales concernées par la prise en charge du cancer.

- Intégration dans le cursus des paramédicaux, particulièrement des infirmières, de la prise en charge des patients cancéreux, renforcement de la formation continue et accessibilité de ces formations aux paramédicaux.
- Identification et reconnaissance de nouveaux métiers de la cancérologie : étude de l'opportunité de créer une formation de dosimétrie dans les filières existantes de manipulateurs de radiothérapie, de la création d'une spécialisation soignante en cancérologie, revalorisation de la filière de radio-physique avec la rémunération d'un stage résident.

## 6) volet recherche :

### a) Dynamiser et coordonner la recherche :

Identification au niveau régional et interrégional de Cancéropôles :

C'est « une organisation opérationnelle des équipes de recherche labellisées présentes sur place, des services de soins orientés vers l'innovation, et des plateformes techniques mutualisées ».

Le but est de favoriser l'accès des patients aux innovations en liant étroitement équipe de recherche d'amont (INSERM, CNRS, CEA Université) et recherche au lit du patient.

Ils sont labélisés par l'INCa à la suite d'appel d'offre.

Les Cancéropôles ont vocation à développer un pilotage opérationnel de leurs actions-programmes avec la mise en place de chefs de projets.

Ils développent les programmes de recherche thématiques promus par l'INCa et peuvent bénéficier de financements à ce titre.

Des partenariats avec l'industrie seront aussi développés permettant la valorisation et l'industrialisation des avancées.

Les équipes seront regroupées autour de quatre dimensions principales : constitution de grandes tumorothèques pour la recherche génomique, mise en place de plates-formes d'analyse génomique et protéomique à haut débit autour de programmes finalisés de compréhension de la maladie et de recherche de cibles diagnostiques et thérapeutiques, promotion d'essais cliniques de stratégies thérapeutiques, promotion d'études en sciences sociales, économiques et humaines.

### b) Développer au travers de l'INCa une politique de recherche orientée en favorisant les partenariats entre recherche publique et privée.

- Définition d'une stratégie nationale de recherche et de financements d'appui à cette stratégie.



L'INCa met en œuvre les programmes ouverts à l'ensemble de la communauté scientifique grâce aux fonds dont elle disposera. (Appel d'offres thématiques, cofinancements, enveloppe cancer gérée par l'INCa dans le Programme Hospitalier de Recherche Clinique).

Les grands organismes de recherche seront associés (INSERM, CNRS CEA) aux acteurs de la recherche en cancérologie (ligue, ARC, FNLCC...).

Trois grandes thématiques seront développées principalement :

- Biologie et génomique fonctionnelle : génotypage des tumeurs en vue de thérapeutiques ciblées et de la mise en place de nouvelles stratégies diagnostiques.
  - Recherche clinique avec l'évaluation des stratégies thérapeutiques et des études populationnelles.
  - Recherches épidémiologiques et recherches en science sociales.
- Favoriser le transfert entre recherche publique ou académique et recherche privée.

Par la mise en place de partenariats dans le cadre de programmes pilotés par l'INCa et dans les Cancéropôles.

Les aides à la création d'entreprises innovantes participant à l'amélioration de la prise en charge du cancer seront soutenues par l'INCa

c) Favoriser l'émergence de sites d'envergure internationale et le développement des coopérations internationales

Par la mise en place au sein des Cancéropôles de partenariats internationaux en particulier européens.

Par la promotion de projets internationaux en encourageant des collaborations notamment européennes.

## 7) l'INCa

L'INCa est l'institution emblématique de la lutte contre le cancer destinée à coordonner l'ensemble des acteurs de la cancérologie.

Dans le domaine des soins c'est un acteur vigilant de la mise en place du plan cancer.

Il impulse et suit la réalisation des dispositions concernant la qualité, la coordination des soins et l'accès équitable des patients aux meilleurs soins quelque soit le lieu de prise en charge initiale.

a) Dans le domaine des soins :

- Il mettra en place des référentiels de pratiques cliniques, les diffusera et les évaluera, établira des référentiels d'agrément pour les établissements ou services prenant en charge les patients cancéreux, il mettra en place un cahier des charges pour les réseaux en cancérologie.

- Il évaluera les dispositifs de lutte contre le cancer, globalement et aussi de façon spécifique (dispositif, organisation, prévention), il constituera un observatoire national de l'innovation et de l'accès aux nouveaux traitements, il évaluera l'impact médico-économique de ces innovations, enfin il aura à identifier les équipes et filières d'intérêt national.
- Il participe à l'information au public avec la ligne cancer info service, le cancernet et à l'élaboration de livrets d'information destinés aux patients.
- Il se coordonne avec les structures existantes avec qui il échange des informations, impulse des orientations ou met en œuvre des dispositifs adaptés aux soins en cancérologie, il se coordonne avec les ARH, l'InVS, l'ANAES (maintenant HAS).

b) Dans le domaine de la recherche :

C'est une agence d'objectifs et de moyens définissant une stratégie globale de recherche et les programmes d'actions correspondants dans les domaines de la recherche biologique et génomique, de la recherche clinique et de la recherche en sciences sociale.

- Il sera à l'origine de la labellisation des Cancéropôles et d'unités de recherche avec à la clef des financements,
- Il définit et affiche une stratégie de recherche déclinée dans un programme d'action finalisé,
- Il met en place des appels d'offre et des financements incitatifs,
- Il conduit des programmes d'action-recherche en mettant des chefs de projets de hauts niveaux à la tête de certains d'entre eux.

c) Missions complémentaires :

Il a une mission de partenariat et de valorisation industrielle avec l'établissement et le suivi de partenariats avec les associations, groupes coopérateurs, industriels ; l'aide juridique et financière aux start-up ; l'aide au dépôt de brevet et la valorisation industrielle.

Il a une mission au niveau international avec des actions auprès des autorités européennes, la coordination des programmes européens et internationaux.

Il a aussi une mission dans la prise en charge des personnes âgées avec des programmes de recherche et l'adaptation des standards de prise en charge pour les populations âgées ; dans la prise en charge pédiatrique avec la promotion de la recherche dans le domaine de la pédiatrie et l'élaboration de standards de prise en charge ; dans la prise en charge des cancers rares.

**QUATRIEME PARTIE : ETAT D'AVANCEMENT DES MESURES, APPORTS DU PLAN CANCER A L'ECHELLE NATIONALE(19)(20)(21)(22).**

## 1) La connaissance de la maladie, la prévention:

### a) Connaissance de la maladie :

Les trois mesures correspondantes à une amélioration des données épidémiologiques du cancer ne sont pas complètement réalisées.

Deux des trois nouveaux registres contre le cancer n'étaient pas complètement opérationnels mi 2008 et il persiste des problèmes de recueils des données, qui devraient être améliorés par la mise en place d'un système épidémiologique multi-sources de surveillance national des cancers reposant sur le croisement anonymes des données individuelles provenant des comptes rendus d'anatomopathologie, du PMSI des établissements de santé, des mises en ALD de l'assurance maladie. Une phase pilote a été débutée en 2004 pour les cancers de la thyroïde dans la région Ile-de-France et Nord-Pas de Calais. Le codage PMSI a été de plus élargi à la radiothérapie libérale.

La mise en place du registre de la Gironde a été facilitée par la réalisation de travaux préparatoires antérieurs au plan cancer, trois registres spécialisés existaient préalablement. Le recueil a débuté dès 2005. Il a obtenu sa qualification par le comité national des registres fin 2006 pour trois ans. Il participe progressivement à des études.

Le registre en Ile-de-France a été initialement limité au Val-de-Marne pour trois cancers, chez les patients de plus de 15 ans. Le recueil a pu démarrer début août 2005. Depuis 2007 le recueil a été élargi à toutes les localisations de cancer et aux patients de moins de 15 ans. Des difficultés persistent avec une participation encore incomplète des sources intervenant dans le diagnostic. Ce registre sera rattaché à l'institut Paul Brousse. La qualification de ce registre n'est pas encore effective.

Le registre du Nord était limité initialement à la zone de proximité de Lille et aux cancers solides des patients de plus de 15 ans. Dès 2006 il a été généralisé aux hémopathies et aux patients de moins de 15 ans, ainsi qu'à l'ensemble du département pour les cancers des voies aéro-digestives supérieures. Il est confronté lui aussi à un problème de participation des sources et recherche un établissement de rattachement et d'hébergement. Le réseau de la zone de proximité de Lille est qualifié depuis fin 2008.

Les délais de validation des nouveaux cas de cancers sont évalués à environ 4 ans, posant le problème de la réactivité de ces registres.

La transmission des données n'est de plus pas obligatoire. La réticence de certains intervenants à transmettre les informations pose problème.

Les registres couvraient environ 22% de la population.

Des études régionales ont été effectuées au sein de l'InVS : incidence par cancer entre 1983 et 2002, étude sur l'utilisation des PMSI pour l'estimation de l'incidence du cancer de la thyroïde chez la femme, estimation de l'incidence régionale des cancers entre 1980 et 2005. L'InVS est aussi responsable de l'évaluation du dépistage au niveau départemental et participe à l'orientation des politiques régionales par la réalisation d'études ou par la recherche de réponses à des interrogations ponctuelles.

Il n'y a pas eu d'actions programme en partenariat avec le CICR.

Des actions au niveau européen et mondial ont vu la participation de l'InVS en dehors du plan cancer.

b) Lutte contre le tabagisme, les facteurs de risques professionnels, les facteurs de risques environnementaux et l'alcoolisme.

Nombreuses de ces mesures existaient avant le plan. Celui ci a eu le mérite d'intensifier la lutte contre les facteurs favorisant le cancer.

- Les mesures relatives à la lutte contre le tabagisme ont été mises en place de façon complète. La prévalence du tabagisme bien qu'en baisse reste cependant trop élevée (33% en 2000 à 30% en 2006 pour les hommes, passage de 26% en 2000 à 21% en 2006 pour les femmes). Les disparités restent importantes entre catégories socioprofessionnelles.

Les ventes de tabac ont baissé en 2003 de 14% et de 21% en 2004 en France avant de se stabiliser. Ces baisses correspondent à l'augmentation des taxes.

Le tabagisme des femmes enceintes a diminué de presque un tiers entre 2000 et 2005 (passage de 29% à 21%).

Cette augmentation des taxes a été stoppée en 2004 devant le mécontentement des buralistes et de la montée réelle des achats transfrontaliers. L'augmentation de vente des produits de substitution est restée modeste.

Le forfait sevrage reste peu utilisé (1/3 de l'enveloppe prévue), le nombre de patients traités en 2007 est proche de celui de 2003.

- Bien que la consommation globale d'alcool soit en baisse, la prévalence de la consommation à risque est elle stable pour les hommes, en augmentation chez les femmes et les jeunes.

Les mesures concernant la consommation d'alcool n'ont été que partiellement mises en place, la mesure consistant à mettre en place un avertissement sanitaire sur les emballages a été abandonnée et a été limitée à un avertissement sur les risques de consommation d'alcool pendant la grossesse.

Il existe des difficultés à mettre en place des mesures visant la population générale compte tenu des enjeux économiques mais aussi du caractère «alimentaire, convivial, social et culturel» de la consommation d'alcool.

- Les mesures concernant les facteurs de risques professionnels sont incomplètement réalisés :
  - o un contrat cadre a été signé entre le ministère de la santé et le ministère de l'emploi afin d'améliorer les connaissances en matière de cancers professionnels, de favoriser la prévention des cancers professionnels.

Il n'y a pas eu pour le moment de contrats ponctuels avec les entreprises pour des actions de terrain.

- Pour la surveillance des personnes exposées, des publications ont été faites par l'InVS sur les mésothéliomes.

Des cohortes ont été mises en place par secteur d'activité pour une analyse de la mortalité, la surveillance et l'alerte : cohorte Cosmop (surveillance de la mortalité par profession), cohorte Coset (surveillance épidémiologique au travail),

Le projet ESPRIT, épidémiologie et surveillance des professions indépendantes, est mené par l'InVS et le régime social des indépendants pour les artisans retraités exposés à l'amiante,

Le projet Spirale lui concerne les personnes inactives qui au cours de leur activité salariée ont été exposées soit à un risque professionnel pouvant entraîner une maladie professionnelle, soit à des agents carcinogènes.

- Pour la surveillance de l'exposition à des substances cancérigènes, plusieurs études (MATMEGE COSET, SUMEX) ont été initiées par l'InVS.

Les dispositifs de contrôle des produits cancérigènes sont améliorés en relation avec la réglementation européenne, l'abaissement des seuils d'exposition a été décidé pour les radiations ionisantes, benzène, les poussières de bois et les substances chimiques

- Le ministère du travail a contrôlé 1951 établissements au titre des agents cancérigènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction, et 923 chantiers au titre de l'amiante entre 2005 et 2009.

Le document unique d'évaluation du risque professionnel reste souvent inexistant dans les PME et TPE.

- les facteurs de risque environnementaux :

- La mesure d'inclusion dans le cahier des charges des études d'impact de site industriel de l'évaluation du risque de cancer était effective avant le plan cancer.
- Des études ont été effectuées par l'InVS sur les facteurs de risques environnementaux mais sont encore parcellaires: études d'impact d'incinérateurs d'ordures ménagères et de l'incidence des cancers chez les populations riveraines.
- L'InVS a publié un rapport qui classe les cancers à surveiller.
- Des études chez les enfants sont dirigées par L'INSERM.
- L'AFFSET (agence française de sécurité sanitaire de l'environnement) est en charge d'études thématiques dont certaines ont aboutit comme l'expertise santé environnement.
- Le traitement des sites pollués ne concerne que l'amiante.

Un repérage de l'ensemble des sites industriels potentiellement pollués est en cours de finalisation.

c) La prévention à l'école, la promotion de l'hygiène alimentaire :

Les mesures correspondantes ont été partiellement réalisées, il persiste des insuffisances quand à la promotion de l'activité physique et les conseils nutritionnels se heurtent aux inégalités sociales engendrées par les prix élevés des aliments recommandés (fruits et légumes).

La prévalence de l'obésité est restée stable dans la population adulte, montrant une inflexion de l'augmentation observée jusqu'alors. Elle continue à augmenter chez les femmes. Il persiste cependant d'importantes disparités selon les catégories socioprofessionnelles.

L'impact de ces mesures ne sera quantifiable que dans plusieurs années.

De nombreuses mesures se retrouvent dans d'autres plans comme le programme national nutrition santé.

2) Le dépistage :

Les sept mesures du plan cancer concernant le dépistage ont été mises en place en grande partie.

a) Cancer du sein :

Le dépistage du cancer du sein est généralisé depuis 2004 sauf en Guyane (mi 2005).

Le taux de participation national pour le dépistage organisé est de 50.7%. Il est estimé à 66% en incluant le dépistage individuel pour l'année 2007. Cette situation conduit la cours des comptes à poser la question du remboursement du dépistage non organisé (avantage prouvé du dépistage organisé car double lecture).

Il existe de plus de grandes disparités régionales et départementales (33.1% en Haute Garonne, 62.1% pour le Tarn et Garonne en ce qui concerne le dépistage organisé)

b) Le dépistage du cancer colorectal :

Il est en cours de généralisation allant ainsi au delà des préconisations du plan cancer. De nouvelles techniques amélioreront ce dépistage (méthodes immunologiques de recherche du sang).

c) Le dépistage du cancer du col de l'utérus

Il n'est pas complètement codifié puisqu'il doit inclure la dimension de la prévention par vaccination et doit positionner l'utilisation du test HPV dans la stratégie de dépistage. Selon l'échantillon permanent des bénéficiaires de l'assurance maladie, le taux de couverture est de 59.6% pour la période 2003-2005.

d) La prévention du mélanome :

La mise en place du diagnostic précoce du mélanome a été mise en place de façon dispersée à l'initiative des professionnels de santé ou par des volontés locales.

e) L'oncogénétique :

Le manque de médecins spécialistes constitue un frein au développement des consultations d'oncogénétique. Ces consultations ont cependant doublé entre 2003 et 2007 (26141 consultations effectuées en 2007).

L'application des mesures concernant le dépistage restent très différentes d'une région à l'autre et d'un département à l'autre. La place du médecin généraliste varie selon le type de dépistage ce qui pose la question du renforcement de son rôle dans ce domaine dans les années à venir.

Les effets de ces mesures ne pourront être évalués que dans plusieurs années et les modalités d'un dépistage organisé du cancer de la prostate restent à définir.

3) Les soins en cancérologie :

a) Les Réseaux régionaux de cancérologie :

Toutes les régions sont dotées d'un réseau régional de cancérologie fin 2007, sauf la Guyane.

Leur rôle dans la communication entre professionnels de santé est à renforcer avec la mise en place du DCC qui n'est pas encore totalement opérationnel.

La mission d'évaluation des pratiques semble elle aussi peu aboutie.

b) Le Pôle régional de cancérologie :

Dans 19 régions, les établissements qui constituent le socle du pôle régional sont identifiés par les SROS.

Dans trois régions, le SROS III prévoit la constitution de plusieurs pôles régionaux : deux en Bretagne, à Rennes et à Brest ; trois en Rhône-Alpes à Lyon, Saint Etienne et Grenoble ; quatre en Ile-de-France.

23 pôles régionaux sont donc identifiés.

c) Les RCP :

Pour de nombreux établissements les RCP ne sont pas une pratique nouvelle.

Le plan cancer a consisté à exporter la culture pluridisciplinaire des centres de cancérologie à l'ensemble des intervenants.

Le nombre de RCP a explosé et tend maintenant à se stabiliser, ce qui indique que l'on s'approche de l'objectif de prise en charge de 100% de tous les nouveaux cancers.

En 2006, 388 263 dossiers ont été enregistrés en RCP et il existait 1286 structures RCP identifiées dans les régions.

De nombreux problèmes se posent aux RCP: problème de quorum avec la diminution de la démographie médicale, insuffisance des référentiels nationaux.

Les RCP de recours semblent être insuffisamment mobilisés, leur recours n'est pas défini au niveau national et la RCP reste un avis et n'est pas décisionnelle.

La saisie des comptes-rendus pose aussi problème avec la nécessité de plusieurs saisies pour enregistrer les fiches car les systèmes informatiques sont le plus souvent non compatibles.

Enfin la question de la participation du médecin traitant n'a pas donné lieu à de véritables consensus.

d) Identification des Centres de Coordination en Cancérologie (3C) dans chaque établissement traitant des patients cancéreux :

Au 18 mars 2007, on dénombre 136 centres de coordination dans les 16 régions pour lesquelles nous disposons de données.

La majorité des régions ont opté pour des structurations de 3C en territoire de santé.

Le taux de couverture des établissements ne sera connu qu'après procédure d'autorisation des établissements

La mise en place des ces 3C semble avoir pris du retard et son articulation avec les réseaux régionaux reste à préciser.

e) Faciliter la prise en charge et le suivi de proximité des patients atteints de cancer par une meilleure insertion des médecins généralistes dans les réseaux de soins en cancérologie :

Le forfait de suivi par le médecin traitement dans les périodes inter-hospitalières a été remplacé par le forfait ALD.

La mise en place du dossier communicant en cancérologie est nettement en retard, et pose de nombreux problèmes de sécurisation, de compatibilité.

La participation des médecins généralistes aux RCP reste marginale. L'Intérêt est pour l'instant porté vers la coordination médecins traitants et médecins référents spécialistes. Certains généralistes regrettent de ne pas être plus intégrés aux RCP.

L'articulation avec les médecins traitants reste un problème majeur de l'organisation de la prise en charge du cancer. Celle-ci semble être variable selon l'investissement du généraliste concerné.

f) Le dossier communicant :

20 régions sur 22 ont une informatisation partielle des RCP.

Par rapport au chiffre global de RCP dans ces régions, la moyenne était en 2007 aux environs de 40%.

Son articulation avec le dossier médical personnel est étudiée (un plan de relance du DMP à été présenté en avril 2009).



g) Favoriser la diffusion large et surtout l'utilisation des recommandations de pratiques cliniques et leur accessibilité aux patients :

Une méthodologie a été définie pour l'élaboration des référentiels de bon usage du médicament entre l'INCa, la Haute autorité de santé et l'AFSSAPS, qui les cosignent.

Des collaborations entre la Haute Autorité de Santé, les réseaux régionaux, les sociétés savantes, la FNCLCC et l'INCa sont mises en place pour la production de recommandations:

- Mise en place d'une procédure de label conjoint de recommandations produites par des sociétés savantes,
- production des guides de l'ALD 30,
- Les recommandations déjà émises par les sociétés savantes pourront faire l'objet de labellisations HAS/INCa.

Les réseaux régionaux publient des déclinaisons locales de recommandations nationales : en 2008, 5 RRC sur 27 disposent d'un référentiel pour les quatre localisations les plus fréquentes (sein, colon, poumon prostate) de moins de deux ans et 16 sur 27 (59%) ont les 4 référentiels actualisés ou non.

h) Etablir des critères d'agrément pour la pratique de la cancérologie :

En mars 2007, les décrets mettant en place le régime d'autorisation de l'activité de soins du cancer ont été publiés au Journal officiel.

En décembre 2007, les critères d'agrément pour la pratique de la radiothérapie, de la chimiothérapie et de la chirurgie des cancers ont été délibérés et validés par le Conseil d'administration de l'INCa.

Les premières autorisations sont attribuées à partir de 2009 et le dispositif ne sera opposable qu'en 2011.

i) Amélioration de la prise en charge des enfants atteints de cancer, adaptation de la prise en charge et des traitements spécifiques des personnes âgées.

- La circulaire du 29 mars 2004 a précisé les référentiels d'exercice des centres spécialisés des enfants et adolescents atteints de cancer.

32 centres ont été identifiés début 2006 mais la mise en œuvre de la circulaire était hétérogène.

Les critères d'agrément spécifiques à la pédiatrie ont été établis en 2008 et seront opposables en 2011.

Des référentiels pour l'utilisation des traitements en pédiatrie sont en cours d'élaboration.

- 15 UPCOG (unités pilotes de coordination en onco-gériatrie) ont été identifiées, réparties dans 12 régions, 12 CHU, 12 CLCC, 10 CH et 8 établissements privés sont impliqués dans ces projets.

Leurs travaux ont montré la diversité des modes de prise en charge proposés, par exemple :

- soit un gériatre ou un onco-gériatre participe aux RCP de cancérologie,
- soit des réunions pluridisciplinaires spécifiques onco-gériatriques sont mises en place,
- soit l'évaluation gériatrique est réalisée préalablement à la RCP.

Un rapport d'expertise sur l'onco-gériatrie va être réalisé par l'inca à partir de ces travaux.

j) Développement des points d'information cancer :

9 kiosques accueil cancer ont été créés.

La ligne Cancer Info Service est placée sous la double responsabilité INCa-Ligue, l'INCa gère le niveau 1 (information, orientation) et la Ligue le niveau 2 (écoute).

Le site internet de l'INCa met à disposition des informations pour les patients et les professionnels.

k) La consultation d'annonce, le PPS :

Des «Recommandations nationales pour la mise en œuvre du dispositif d'annonce dans les établissements de santé » ont été élaborées en novembre 2005 après une expérimentation nationale sur 58 établissements de santé. Le déploiement de la mesure a démarré en janvier 2006 et a été accompagné par des séminaires régionaux d'informations organisés par les ARH, l'INCa et la Ligue. Des formations régionales organisées auprès d'équipes expérimentatrices volontaires, des brochures, un dvd, un dossier « dispositif d'annonce » sur le site de l'INCa ont été mis en place.

Ce déploiement est en cours d'analyse (enquête nationale de mesure du déploiement et enquête qualitative auprès des malades).

La mise en place de PPS est hétérogène, son application n'est pas adaptée à toutes les situations, notamment les plus graves.

Il faut compter deux années avant la généralisation de ces pratiques selon le haut conseil de la santé publique.

l) L'hôpital de jour

Il existe une pénurie de place: les taux d'occupation atteignent jusqu'à 240% rendant les plannings très serrés. La durée d'hospitalisation est variable. Le manque de place provoque un raccourcissement de ces durées (jusqu'à 3 heures).

Cette pénurie ne rencontre pas de réelles stratégies des établissements et pose des problèmes en termes de confort et de qualité de prise en charge.

m) Facilitation de la chimiothérapie et des soins à domicile :

7.000 places en hospitalisation à domicile sont disponibles fin 2007, un objectif ministériel de 15.000 places est mis en place pour 2010.

En septembre 2008 il n'y a plus que 3 départements sans HAD au lieu de 52 en 1999.

Les services de soins infirmiers à domicile ont été reformés. Leur champ d'investigation a été élargi aux moins de 60 ans atteints de pathologies chroniques ou invalidantes ou entraînant des traitements longs et coûteux.

Des recommandations pour les chimiothérapies orales ont été mises en place et l'évaluation de l'apport de la chimiothérapie parentérale au domicile est en cours.

Les pharmacies à usage intérieur peuvent avoir l'autorisation de développement d'une activité de vente au public pour les chimiothérapies, cependant aucun soin n'est répertorié pour l'administration de ces molécules orales dans la nomenclature générale des actes professionnels infirmiers.

n) Développement des soins de support, de la prise en compte de la douleur :

280 postes de psychologues ont été financés pour les unités mobiles de soins.

Les structures de lutte contre la douleur ont été doublées entre 2001 et 2006.

Des recommandations concernant la filière de soins de la douleur chronique rebelle étaient en cours d'élaboration en 2008 en vue de mettre en place un cahier des charges de ces structures.

Les soins de supports restent cependant un des points faibles du plan cancer. Il s'agit surtout d'un problème de coordination des ressources au niveau local ce qui nécessite le temps de les répertorier, de les articuler et de créer celles manquantes. Des référentiels, la consolidation et le développement de crédits dans ce domaine sont recommandés par le haut conseil de la santé publique.

o) Le développement des soins palliatifs :

En 2007 il existait 2733 lits de soins palliatifs.

L'objectif de 5 lits pour 100.000 habitants est atteint mais il persiste des inégalités entre régions.

On compte environ 110 réseaux de soins palliatifs et/ou de lutte contre la douleur.

p) Amélioration du parc d'appareil :

82 TEP ont été autorisés, le seuil fixé pour 1 TEP pour 1 million d'habitants étant atteint, 35 scanners et 46 IRM supplémentaires ont été financés.

La modernisation des appareillages de radiothérapie est en cours avec le remplacement de 87 machines anciennes, l'installation de 48 nouveaux appareils, de 6 équipements innovants.

L'inactivation des appareils télécobalt prévue pour fin 2005 était pratiquement réalisée en 2008.

Les DOM-TOM sont pris en compte spécifiquement dans le cadre de la modernisation de ces équipements.

q) Les techniques innovantes :

Certains traitements et dispositifs onéreux ont été répertoriés hors T2A et sont remboursés en plus du séjour hospitalier, permettant de garantir l'égalité d'accès à ces traitements sur l'ensemble du territoire.

La quasi-totalité des nouvelles molécules sont sur la liste mais peu de dispositifs innovants sont répertoriés.

La prescription de ces traitements est encadrée par des référentiels de bon usage.

Un observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques a été mis en place afin d'étudier les prescriptions, leur adéquation avec les recommandations et leur accessibilité.

Les études post AMM restent principalement réalisées par les industriels, le comité économique des produits de santé ou la commission de transparence.

r) Action sur la démographie médicale :

2688 nouveaux postes ont été financés entre 2004 et 2007 :

- . 358 postes médicaux,
- . 902 postes de soignants,
- . 280 psychologues,
- . 1148 postes non médicaux.

Une deuxième campagne a été lancée en 2007.

s) Développement de l'anatomopathologie et de l'hématologie :

24 plates-formes hospitalières de génétique moléculaire ont été mises en place.

t) Création et renforcement des tumorothèques hospitalières à visée thérapeutique :

L'objectif de mise en place de cinquante tumorothèques supplémentaires avant 2005 a été atteint.

En 2005, 22 réseaux régionaux de tumorothèques à visée sanitaire ont été financés.

u) Modification des cotations :

La modernisation de la cotation de certains actes médicaux ou soignants lorsqu'elle est inadaptée afin de favoriser de meilleures pratiques est en projet.

4) Les mesures du chapitre social.

a) Accès aux assurances.

La convention AERAS « s'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé » a été mise en place en juillet 2006 et remplace la convention Belorgey. Cette convention a été intégrée à la loi relative à l'accès des crédits des personnes présentant un risque aggravé de santé.

Un dispositif d'information a été mis en place notamment à travers un site internet et des guides et dépliants.

- b) Maintien et retour à l'emploi après un arrêt pour longue maladie, prise de congés pour l'accompagnement d'un proche, aide au maintien à domicile.

5 équipes de recherche ont étudié sur le terrain les questions relatives au retour et au maintien dans l'emploi. Leurs travaux doivent servir à mieux identifier les besoins et reformuler les mesures correspondantes.

L'accès au SSIAD (service de soins infirmiers à domicile) à été étendu aux personnes atteintes d'une ALD sans condition d'âge, des recommandations ont été faites pour la mise en place de dispositifs d'aide à la vie quotidienne à domicile après une expérimentation dans six comités départementaux.

Une allocation journalière de présence parentale (AJPP) a été mise en place en 2006.

- c) Amélioration de la prise en charge des dispositifs médicaux et esthétiques:

Une revalorisation du tarif du remboursement des prothèses capillaires a été effectuée en 2006, 53% des perruquiers ont adhéré à une charte des droits des clients et devoirs du vendeur de perruques.

- d) Renforcement d'association de patients dans la recherche clinique, facilitation de la présence d'associations à l'hôpital :

Des comités de patients pour la recherche clinique sont mis en place depuis 1998.

Des formations de bénévoles ont été effectuées dans la relation bénévole- patient au sein de l'hôpital et dans la diffusion d'informations médicales.

La LNCC a mis en place trente espaces-rencontre-information et 138 espaces ligue-information.

## 5) Les mesures formation :

Les programmes de DES et des DESC ont été modifiés, avec la création de nouvelles options, des bourses de formation continue ont été mises en place.

Une filière d'hémato-cancérologie a été créée.

Le nombre d'interne a augmenté de 27% en radiothérapie et oncologie médicale, 54 postes hospitalo-universitaires ont été créés, ainsi que des postes de chefs de cliniques assistants.

La commission de qualification en cancérologie n'a pas encore été mise en place.

Des sessions de formation sur le dépistage du cancer colorectal, de la cavité buccale ou le dispositif d'annonce ont été effectuées par l'INCa. Une enquête pour évaluer les besoins en

formation continue chez les pharmaciens dans la prise en charge des cancers à domicile a été effectuée.

Une expérimentation en cancérologie sur les transferts entre médecin radiothérapeute et manipulateur d'électroradiologie médicale et 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 est lancée afin de répondre à la surcharge de travail des médecins.

La rémunération du stage de radio physicien est en place.

Les métiers de dosimétrie et de soignant en cancérologie n'ont pour le moment fait l'objet que d'expérimentations.

La profession de conseiller génétique a été reconnue en 2008.

## 6) Les mesures pour la recherche :

### a) Les Cancéropôles :

En 2003 sept Cancéropôles ont été créés sur le territoire français.

En 2007 Un comité comprenant 22 experts (la plupart ayant participé au jury de création des Cancéropôles en 2003) a été constitué et chargé de l'évaluation sur site et de l'apport de chacun des Cancéropôles.

Cette évaluation, qui a fortement confirmé la capacité des Cancéropôles à dynamiser et à coordonner la recherche sur le cancer a fait également apparaître la diversité des domaines d'excellence selon les sites.

Les Cancéropôles ont donc défini de nouvelles orientations stratégiques avec parfois la création de nouveaux axes.

L'attribution par l'INCa de nouveaux financements aux Cancéropôles pour la période 2008-2010 s'est faite dans le cadre d'un appel d'offres baptisé « Programme Cancéropôles ».

Ces Cancéropôles ont vocation à devenir des pôles d'excellence européens, des collaborations ont déjà lieu avec d'autres pays d'Europe, et seront développées.

### b) La recherche contre le cancer :

Des appels à projets thématiques ont été effectués.

- Des programmes nationaux d'excellence spécialisés ont été créés (cancer du poumon et du rein) et regroupent des équipes de chercheurs et cliniciens dans tout le territoire.
- Des programmes d'actions intégrées de recherche ont permis d'étudier l'ensemble des dimensions et questions sur une thématique donnée. Exemple : 14 projets sur les formes précoces du cancer colorectal en juin 2007.

La recherche translationnelle a été développée, elle est basée sur l'observation médicale qui identifie une question née de l'évolution particulière d'une population de patients pour laquelle l'état des connaissances biologiques n'apporte pas de réponse.

La recherche clinique coordonnée a été développée : des financements pérennes ont été mis en place, gérés par l'INCa, et ont permis de soutenir la recherche dans les techniques innovantes, d'augmenter le nombre de patients inclus dans les essais cliniques (30%).

288 projets de recherche ont été financés entre 2003 et 2007.

Le génotypage des tumeurs et la génétique du cancer ont été développés avec le soutien aux tumorothèques, l'accès aux ressources biologiques (tumorothèque virtuelle nationale), le développement de programmes « génomique et cancer », « cartes d'identités des tumeurs ».

Une enquête a été effectuée sur les conditions et la qualité de vie des patients deux ans après le diagnostic de cancer

Des projets au niveau international ont été aussi lancés mais les actions internationales restent insuffisantes. Elles seront initiées ou renforcées dans l'avenir.

## CINQUIEME PARTIE : LA PRISE EN CHARGE DU CANCER EN MIDI PYRENEES(23)(24)(25)(26)(27):

### 1) Démographie :

Avec 2 640 000 habitants, la région Midi-Pyrénées est la région française la plus peuplée. 1/3 de la population est regroupé dans l'agglomération toulousaine. La population régionale est en croissance.

C'est une des plus vieilles régions de France. Le quart des personnes de plus de 75 ans vit à proximité ou dans Toulouse.

En 2003, plus de 210.000 personnes, soit 12,4% des bénéficiaires du régime général de l'Assurance Maladie sont pris en charge pour une affection de longue durée. 39 500 de ces ALD correspondent à des cancers malins soit 2.3% de la population protégée.

### 2) Incidence des cancers en midi Pyrénées :

#### a) Les tumeurs malignes :

Le nombre de nouveaux cas de cancer survenus en 2005 dans la région peut être estimé à près de 13 700 dont 56% chez les hommes. Le nombre de nouveaux cas estimé pour 2010 est de 13 000 par année.

Il a augmenté de 35.3 % chez les hommes et de 35.5 % chez les femmes en raison de l'augmentation de la population, de son vieillissement mais aussi en raison de l'augmentation à l'exposition aux facteurs favorisants.

En 10 ans, si l'on neutralise l'effet du vieillissement, les taux d'incidence ont augmenté de 20% chez les hommes et de 22.2% chez les femmes.

Les taux d'incidence restent dans la région bien moins élevés qu'au niveau national (437.1 hommes pour 100 000 en Midi-Pyrénées, 539.8 pour la moyenne nationale ; 254.4 pour 100 000 femmes, 343.1 pour la moyenne nationale).

Le taux de mortalité par cancer dans la région est, chez les hommes comme chez les femmes, significativement inférieur à la moyenne nationale (207 hommes pour 100 000 en Midi-Pyrénées, 244 pour la moyenne nationale ; 108 pour 100 000 femmes, 120 pour la moyenne nationale). L'écart entre la moyenne régionale et nationale tend cependant à se resserrer chez les hommes.

#### b) le cancer pulmonaire :

On retrouve 1260 nouveaux cas de cancer du poumon par an dans la région Midi-Pyrénées.

En 10 ans, le nombre de nouveaux cas de ce cancer a augmenté de 20%.

Ce cancer est essentiellement masculin (77% des cas) mais la proportion des femmes atteintes continue d'augmenter (En 10 ans elle passe de 13% à 22,4% en 2005) alors que son incidence est stable chez les hommes.

Les taux d'incidence du cancer du poumon en midi Pyrénées sont inférieurs à la moyenne nationale chez les hommes (58.0 pour 100 000 en Midi-Pyrénées, 72.1 pour la moyenne nationale) et chez les femmes (15 pour 100 000, 17.5 pour la moyenne nationale), plaçant la région parmi les moins touchées par ce cancer.

La mortalité par cancer du poumon en Midi-Pyrénées reste inférieure à la moyenne nationale et parmi les moins élevées de France surtout chez les Hommes : 54.3 pour 100 000 hommes (61.5 pour 100 000 au plan national). Pour les femmes, elle est de 12.6 pour 100 000 femmes (13.4 pour la moyenne nationale).

Elle a diminué chez l'homme de 4.4% en dix ans alors qu'elle a augmenté de près de 50% chez les femmes sur la même période.

### 3) Organisation de l'offre de soins en midi Pyrénées :

La région midi Pyrénées est composée de 15 territoires de santé.

#### a) Le réseau régional de midi Pyrénées :

Créé en 1999, Oncomip s'est structuré en association loi 1901 en 2004.

Il compte 48 établissements membres ainsi que trois centres libéraux de radiothérapie.

Le réseau ONCOMIP a intégré les composantes hématologiques et pédiatriques depuis 2007: onco-pédiatrie et onco-gériatrie.

Il est dirigé par un conseil d'administration qui fixe les axes d'action.



Ce conseil d'administration est composé de 7 collèges :

- Etablissements et centres de radiothérapies,
- établissements autorisés pour la prise en charge de patients atteints de cancer,
- autres établissements de courts séjours,
- établissements de moyen et long séjour,
- réseaux de santé,
- Union Régionale des Médecins Libéraux,
- associations de patients.

Les axes d'actions sont relayés par un bureau qui se réunit pour piloter l'avancement des projets.

La cellule de coordination est l'entité opérationnelle chargée de la mise en œuvre opérationnelle des projets. Elle comprend 14 collaborateurs auxquels il faut ajouter ceux des réseaux thématiques : 2 pour Hematomip, 4 pour Oncomip Pédiatrique.

b) Les 3c :

Les centres de coordination en cancérologie sont en cours de mise en place, la plupart du temps au sein des établissements. Ils ont vocation à devenir territoriaux voir inter-territoriaux.

c) Les RCP :

Il existe 81 RCP sur la région, dans 39 établissements.

22 RCP sur les 79 ne sont pas informatisées.

963 réunions informatisées ont eu lieu en 2007 sur la région, et 16387 fiches RCP ont été enregistrées (7032 en 2006).

En 2007, 12 668 patients ont été enregistrés contre 5 812 en 2006, 10 692 nouveaux cas de cancer ont été enregistrés en 2007(4 900 en 2006).

d) La chirurgie:

Quarante quatre établissements réalisent la chirurgie avec des niveaux très hétérogènes d'activité.

En appliquant les seuils d'activités minimaux de l'arrêté du 29 Mars 2007 pour les pathologies les plus fréquentes on peut noter que :

- Pour les cancers du sein; tous les territoires sauf l'Ariège ont au moins un site d'activité supérieur au seuil à 30.
- Pour les cancers digestifs, tous les territoires sauf l'Aveyron sud ont au moins un site avec une activité supérieure à 30.

- Pour les cancers urologiques, tous les territoires sauf le Lot disposent d'au moins un site dépassant le seuil de 30.
- Pour les cancers gynécologiques, dont le seuil est fixé à 20, l'activité est principalement assurée par les établissements de la Haute Garonne nord.
- Pour les cancers ORL l'essentiel de l'activité est dominé par le CHU et le CLCC, le reste par des établissements surtout privés (seuil à 20)
- Pour les cancers thoraciques, dont le seuil est fixé à 30, l'activité est assurée surtout par le CHU et l'institut Pasteur.

e) La Chimiothérapie:

34 sites sur la région délivrent des chimiothérapies. En 2003, 60 826 séances de chimiothérapies ambulatoires ont été effectuées en Midi-Pyrénées (base PMSI-MCO 2003).

Un établissement a une activité au dessus du seuil dans tous les territoires de santé, quatre territoires ont deux sites avec une activité supérieure au seuil (80 patients dont au moins 50 en hospitalisation de jour), Toulouse possède trois sites ayant une activité supérieure au seuil.

Les établissements qui traitent les hémopathies sont déjà organisés au sein de la composante Hematomip du réseau Oncomip.

f) La radiothérapie :

Radiothérapie externe : il existe 6 centres de radiothérapies, 2 sont à Toulouse (ICR, Pasteur) les autres se trouvent à Rodez, Tarbes, Albi et Montauban.

Curiethérapie : 18 lits protégés existent sur la région, 10 à Toulouse, deux à Rodez, Tarbes, Albi et Montauban répartis entre établissements publics et privés.

Radiothérapie métabolique : seule l'équipe hospitalo-universitaire de cancérologie (CHU-ICR) pratique cette activité, répartie sur 14 chambres (4 à l'ICR, 10 au CHU).

Le parc a été renforcé et modernisé depuis 2003 et la mise en place de huit nouveaux appareils permettront de passer de 12 à 15 appareils en utilisation permanente.

g) L'anatomopathologie :

22 laboratoires d'anatomopathologie privés en plus des laboratoires du CHU, de l'ICR, des hôpitaux de Rodez, de Castres et de Montauban sont répartis sur l'ensemble des départements en dehors de l'Ariège.

h) La démographie médicale:

En 2002, la région comptait 55 médecins oncologues exclusifs, et 79 qualifiés en oncologie.

La région sera probablement confrontée malgré son attractivité à un problème de diminution des effectifs médicaux.

i) Le pole régional de cancérologie:

Le pôle régional n'est pas encore mis en place, le problème se pose de son articulation avec la clinique universitaire du cancer.

j) L'hospitalisation à domicile:

15 structures d'HAD sont autorisées dont 9 gérées par des centres hospitaliers publics, 5 par des associations, une par un établissement privé.

Certaines d'entre-elles cumulent en plus de leur prise en charge polyvalente une activité obstétricale et périnatale

Les territoires sont inégalement couverts, les autorisations à venir privilégieront les zones non ou peu couvertes.

60 pour cent des structures possèdent moins de 30 places, 206 places sont installées, 327 autorisées, l'objectif est de 670 places à l'horizon 2010 pour la région.

k) les structures de soins palliatifs et de lutte contre la douleur.

*Soins palliatifs:*

Fin 2005 il existe au niveau régional une unité de soins palliatifs; 190 lits identifiés et 21 équipes mobiles intra hospitalières sur l'ensemble des départements.

*Lutte contre la douleur:*

8 réseaux sont labélisés.

La région comporte un centre régional avec des consultations, des hospitalisations, des activités de chirurgie, d'enseignement et de recherche, trois unités d'évaluation et de traitement de la douleur, trois consultations pluridisciplinaires, plusieurs consultations mono disciplinaires.

Des comités de lutte contre la douleur sont présents dans 23 établissements privés et 20 établissements publics, 2 établissements participant au service public.

l) Le dossier communicant en cancérologie, le système d'information du réseau Oncomip; le réseau de télé-médecine.

*Le DCC:*

90% des établissements utilisent le DCC d 'Oncomip.

L'échange et le partage des données avec les médecins traitants, la transmission des RCP et du programme personnalisé de soin au DMP devrait être facilitée par le système cible.

*Le réseau de télé-médecine*

Il est organisé par le groupement d'intérêt public réseau télé-médecine régional.

47 établissements, 5 cabinets de médecine générale sont équipés.

En 2007, 2 016 dossiers patients ont été présentés soit 17,8% de plus qu'en 2006.

Les principales spécialités concernées sont la cancérologie, la neurochirurgie, la radiologie et la gynéco- obstétrique.

m) Le Cancéropôle du grand Sud Ouest:

Le Cancéropôle du grand Sud Ouest est un des sept Cancéropôles créés dans le cadre du plan cancer, il mobilise plus de 300 équipes de chercheurs en aquitaine à Bordeaux, Limousin à Limoges, Languedoc-Roussillon à Montpellier et Nîmes et Midi-Pyrénées à Toulouse.

Trois pôles de compétitivité font partie du Cancéropôle du grand sud ouest : Prod'Innov (Bordeaux), Orphème Holobiosud (Montpellier), Cancer-Bio-Santé (Toulouse-Limoges).

Le Cancéropôle de Toulouse est le centre de gravité du pôle de compétitivité cancer-bio-santé, c'est un regroupement de compétences académiques scientifiques, technologiques, médicales, cliniques, pharmaceutiques publiques et privées:

Le Cancéropôle de Toulouse regroupe cinq composantes: la clinique universitaire du cancer (soins au malade et recherche clinique), la recherche publique, la recherche privée, l'innovation et la revalorisation de la recherche, et le pôle formation.

Il est implanté sur le site AZF de Langlade, sur 220 hectares, 400 professionnels et 2 400 chercheurs y travailleront.

Ce site a pour objectif de transcender les clivages privé-public, cliniciens-chercheurs.

La clinique universitaire du cancer :

La clinique universitaire du cancer sera complètement terminée en 2011.

C'est un groupement de coopération sanitaire associant l'ICR, le CHU, le groupement de coopération sanitaire de cancérologie privé de Midi-Pyrénées (cliniques privés, centres de radiothérapie et associations de médecins libéraux), l'établissement français du sang, le réseau Oncomip, l'université et les centres hospitaliers régionaux.

Elle sera dotée de 312 lits avec 12 lits d'irradiation métabolique mutualisés entre CHU et ICR, 70 lits pour l'activité hémato-oncologie, l'ICR qui y sera relocalisé, et 50 lits communs entre le CHU et les centres hospitaliers régionaux.

Le nombre de lits limité lui permettra de se consacrer essentiellement aux patients nécessitant la mise en œuvre des innovations thérapeutiques et diagnostiques.

Elle comprendra un centre ambulatoire de diagnostic et d'évaluation pluridisciplinaire.

Elle sera doté de plateau diagnostic et thérapeutique performant et de plate forme de recherche et d'innovation de haut niveau mutualisé avec les organismes de recherche.

Elle sera dotée d'une unité de recherche clinique chargée de la coordination des essais thérapeutiques.

Elle a un rôle en association avec ONCOMIP dans des actions de prévention, d'accompagnement et de soutien des malades et de leurs proches avec l'espace régional du cancer.

#### La recherche publique :

Le pôle recherche publique intégrera : l'institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), le centre national de recherche scientifique (CNRS), et le monde universitaire avec le CHU, les universités dont l'UPS.

Il permettra d'aborder la recherche par projet.

La recherche biologique, technologique et les recherches en transfert clinique seront associées dans des projets multidisciplinaires dont la recherche sur l'instabilité génomique, les bio-nanotechnologies et nano-médecines, les thérapeutiques ciblées, les mécanismes de résistance à l'hormonothérapie.

Ces projets de recherche sont nés des interactions entre chercheurs, cliniciens anatomo-pathologistes et biologistes. Certains ont déjà démarrés.

#### La recherche privée :

Elle sera représentée surtout par de grands groupes pharmaceutiques privés :

Sanofi Aventis : 550 salariés sur le site avec la mise en place d'un plan d'investissement de 1000 salariés en 2010.

Pierre Fabre : avec le regroupement des équipes de recherche propres et des équipes mixtes CNRS –Pierre Fabre. 750 salariés en feront partie.

GSK (Glaxo Smithkline) consacrera 15 millions d'euros avec un partenariat entre les équipes toulousaines et le centre d'excellence mondial de recherche sur le cancer de GSK basé aux Etats Unis.

La présence de la recherche privée permettra de promouvoir le continuum recherche et développement thérapeutique et méthodologique du traitement du cancer.

Le LFB : laboratoire français du fractionnement et des biotechnologies étudie l'implantation d'un site.

#### L'innovation et la valorisation :

Ce pôle prévoit la création de l'institut des technologies avancées des sciences du vivant et l'implantation d'une pépinière d'entreprise dans le domaine des bio nano et info technologies.

#### L'ITAV :

C'est un centre de recherche interdisciplinaire autour de la biologie dédié à l'innovation. Il intervient comme hôtel à projet favorisant l'accueil et le développement de projets originaux interdisciplinaires. Il favorise les partenariats scientifiques et la pluridisciplinarité au service de l'innovation et du développement économique.

Il a deux missions : accueillir temporairement des équipes multidisciplinaires (2 à 4 ans) travaillant sur des projets transversaux sélectionnés dans le cadre d'un appel d'offre et mettre à disposition des plateformes technologiques avancées.

6 projets sont déjà labélisés.

*La pépinière d'entreprise :*

Elle permet d'accueillir de manière simultanée 15 « Start up » dans le domaine d'activité suivis par l'ITAV et le Cancéropôle.

Les entreprises pourront ainsi profiter des équipements scientifiques et de recherche.

La Formation :

La faculté de médecine, les universités, les grandes écoles comme l'INSA, l'INPT, l'école des mines, l'école d'ingénieur de Purpan, l'ICR, y offriront des formations pluridisciplinaires.

Des projets pédagogiques de formation sont à l'étude dont une offre de Licence, un Master élargi, la création d'une école doctorale biologie-santé-biotechnologie adaptée aux besoins des industriels et l'ouverture de formation à l'international.

Enfin la formation initiale et continue y sera proposée au sein de la clinique universitaire du cancer.

## SIXIEME PARTIE : PRISE EN CHARGE DES CANCERS A SAINT-GAUDENS

### 1) population; hôpital

#### a) situation, démographie:

L'hôpital de Saint Gaudens couvre une population de 75000 habitants.

C'est le seul établissement de court séjour du territoire de santé Haute-Garonne sud.

Les projections estiment que la population sera en baisse les prochaines années (73 000 en 2010) mais celle ci est vieillissante, souvent isolée.

#### b) l'hôpital:

- les services:

L'hôpital est composé de trois services de court séjour; d'un service de moyen séjour, d'un service d'hospitalisation de jour et d'un service d'urgence.

26 médecins interviennent dans les services de court séjour, et couvrent les disciplines de médecine générale, cardiologie, gastro-entérologie, pneumo-allergologie, endocrinologie-

diabétologie, neurologie, dermatologie, gériatrie, algologie, rhumatologie, angiologie.

Les services de court séjour sont composés de 75 lits.

En 2003, 9145 séjours y ont été effectués.

- l'hôpital de jour.

L'hôpital de jour est composé de 12 lits, (6 chambres doubles); un médecin qualifié en oncologie et deux infirmières soignantes y exercent.

Cette équipe est complétée par un médecin une infirmière éducation support.

## 2) Présentation de l'hôpital de jour, description de la prise en charge des cancers à l'hôpital de Saint Gaudens:

### a) les RCP:

Les RCP ont été mises en place et informatisées depuis 1998 à l'initiative du Pr Bugat et du Dr Vives.

Elles ont lieu en moyenne deux fois par mois : une fois par mois pour les RCP classiques (déplacements des médecins à Saint Gaudens), et une fois par mois pour les RCP en télé-médecine.

Y participent des experts oncologues radiothérapeutes de la clinique de l'ormeau (Tarbes), des chirurgiens de Saint Gaudens, des spécialistes d'organes des Comminges et les médecins soins de support et soins palliatifs.

Toutes les RCP ont comporté au moins un médecin coordonateur oncologue; un radiothérapeute, un spécialiste d'organe avec en moyenne 5 médecins par séance.

Les médecins traitants sont avertis par courrier des calendriers des réunions et informés dès la présentation en RCP du dossier de leurs patients.

Le compte rendu des RCP est adressé dans les 24 h aux médecins généralistes.

### b) le programme personnalisé de soins:

En 2008, 90% des patients ont reçu un programme personnalisé de soins, remis par le médecin oncologue référent avec un calendrier prévisionnel des examens, lieux de prise en charge, modalité d'application et d'administration des traitements, les effets indésirables possibles, les coordonnées des personnes à joindre.

Les comptes rendus de la RCP sont saisis dans le logiciel local, inclus dans le dossier médical et ressaisis dans le dossier communicant Oncomip.

### c) application des référentiels de bonnes pratiques:

La mention des référentiels utilisés et la justification des prescriptions hors référentiels ont été débutées en 2008.

Le 3C n'est pas encore mis en place mais une évaluation est effectuée par le médecin du service.

La démarche qualité avec des réunions pluri-professionnelles régulières de morbi-mortalité est en projet pour 2009.

d) la consultation d'annonce:

Elle a été mise en place en 2008 et dure au moins une heure.

Une infirmière soins de support y est affectée et une psychologue à disposition.

Au terme de cette consultation d'annonce le plan de soins, le carnet de liaison, une fiche conseil sont remis au patient.

e) les soins de recours, les correspondants:

Les prises en charges sont réalisées conjointement avec plusieurs intervenants:

- la clinique de l'ormeau à Tarbes avec la présence de radiothérapeutes à toutes les RCP.
- L'ICR pour la radiothérapie, les RCP de recours pour les sarcomes tumeur germinales du rein, les RCP ORL.
- Le CHU avec les RCP d'Hématologie dans le cadre d'Hematomip (exhaustives à tous les cas traités à Saint Gaudens), les RCP de recours en tumeurs thoraciques à Larrey, les RCP en oncologie digestive, les RCP de recours en urologie.

f) les soins de support:

Une unité de soins de support et d'éducation en cancérologie est mise en place depuis 2007.

Une onco-psychologue travaille à temps complet au centre hospitalier de St Gaudens. Les familles des patients peuvent en bénéficier.

Un CLUD (comité de lutte contre la douleur) est en place, avec mise à disposition d'un thesaurus complet. Une consultation douleur est effectuée deux fois par mois par un médecin neuro-anesthésiste du CHU et un neurologue.

Il n'y a pas de lits physiquement dédiés aux soins palliatifs mais un médecin de l'hôpital a reçu une formation en soins palliatifs. Le réseau de ville de soins palliatifs Reliance intervient à l'hôpital.

Des assistantes sociales sont disponibles.

Une consultation tabac est mise en place depuis 1984 et a lieu une fois par semaine. Y participent un pneumologue, un acupuncteur homéopathe et une infirmière.

g) L'onco-gériatrie:

Une activité structurée en onco-gériatrie a été mise en place en 2007.



#### h) l'accès aux essais thérapeutiques:

Pour les hémopathies il n'y a pas de problèmes d'accès à ces essais, les RCP étant centralisées.

Un des objectifs du service est l'augmentation du nombre de patients inclus dans les essais pour les autres pathologies. Une réunion ONCOMIP-CHG a eu lieu à ce sujet. Plusieurs problèmes ont rendu difficile l'inclusion de patients dans ces essais, comme des non réponses aux critères exigés, des essais clôturés ou l'absence d'essais correspondants.

#### i) continuité des soins:

Une veille organisée est mise en place avec le service des urgences qui est informé par l'unité de chimiothérapie des patients en traitement, de leur pathologie, des chimiothérapies reçues. Des conseils et des recommandations sont aussi fournis et actualisés.

### 3) Etude du fonctionnement de la RCP à l'hôpital de Saint Gaudens :

#### a) matériel et méthode :

Il s'agit d'une étude mono centrique concernant les patients atteints de cancer broncho-pulmonaire présentés en RCP du CH de Saint-Gaudens depuis 1998.

#### - Critères d'inclusion :

Patients dont le dossier a été présenté au moins 1 fois en RCP de Saint-Gaudens, porteur d'un cancer broncho-pulmonaire primitif, confirmé histologiquement (sauf si l'obtention du diagnostic histologie était inutile au vu des comorbidités sévères, de l'âge et de l'extension de la maladie, rendant toute thérapie anti-tumorale injustifiée à l'examen du rapport risque-bénéfice)

#### - Critères d'exclusion :

Dossiers incomplets, suivi < 6 mois, ou patients perdus de vue.

#### - Données recueillies :

Age, sexe, comorbidités en 3 stades (1 : sujet sain ou comorbidités légères ; 2 : modérées ex : HTA simple stable, diabète type 2 stable, bronchite chronique simple, coronarien stable ; 3 : sévères : pathologies chroniques évolutives avec défaillance organique), stade OMS lors de la première présentation RCP, date de diagnostic, date de la RCP, date du premier traitement mis en œuvre, stade T, N, M, et stades selon la dernière classification internationale de 2009, histologie, traitements effectués, durée de suivi, date de décès, statut évolutif (si le patient est en vie).

#### - Critères de jugement :

- Fonctionnement des RCP : références aux critères de l'INCa.
- Délais Diagnostic - RCP - Traitement.
- Exhaustivité des RCP.

- Adéquation entre traitements proposés en RCP et référentiels.
- Adéquation traitements proposés-traitements effectués.
- Etude de survie : (Mortalité à 1, 3 et 5 ans ; Survie globale médiane). Les taux de réponse et les temps de progression n'ont pas été retenus.

b) Caractéristiques de la population étudiée, des cancers pris en charge:

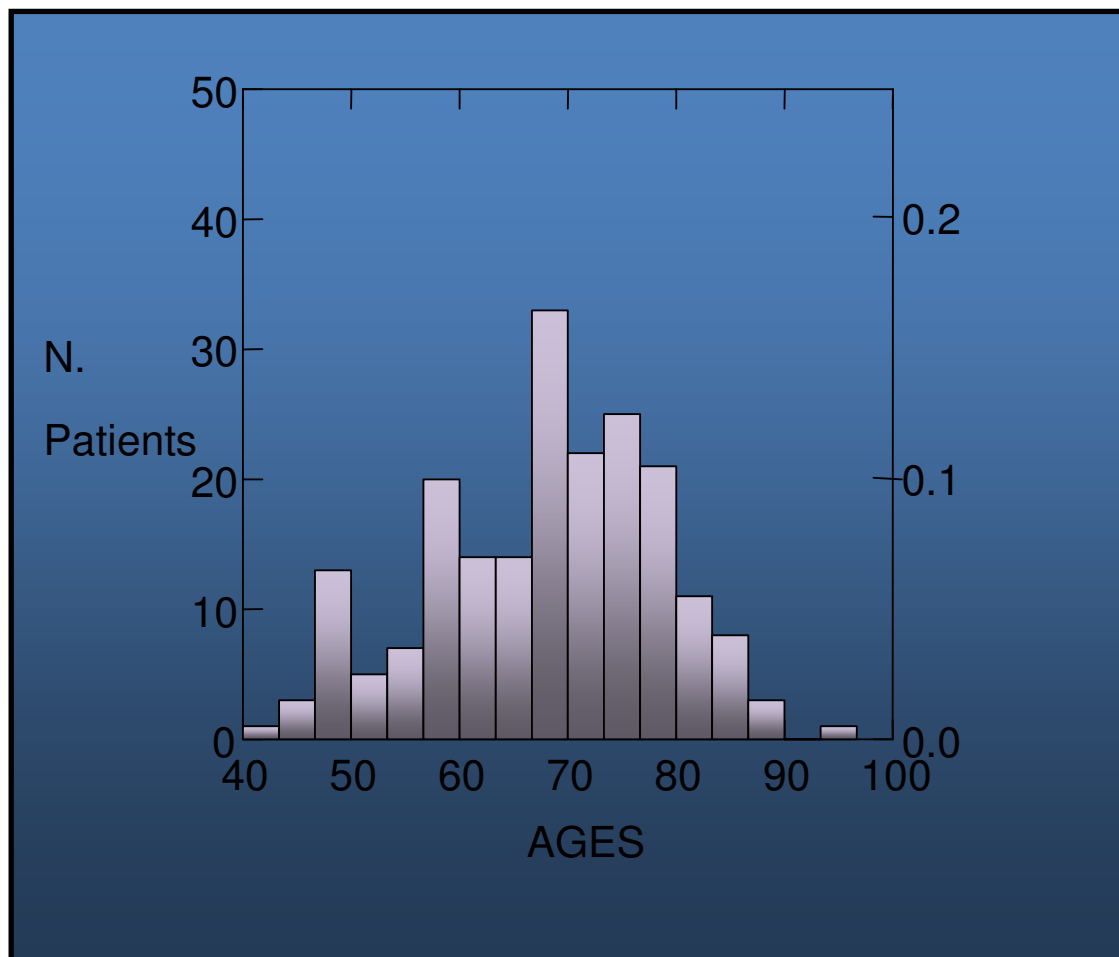
245 dossiers de cancers broncho-pulmonaires ont été discutés entre 1998 et 2008.

39 ont été rejetés car incomplets ou parce que les patients ont été perdus de vue.

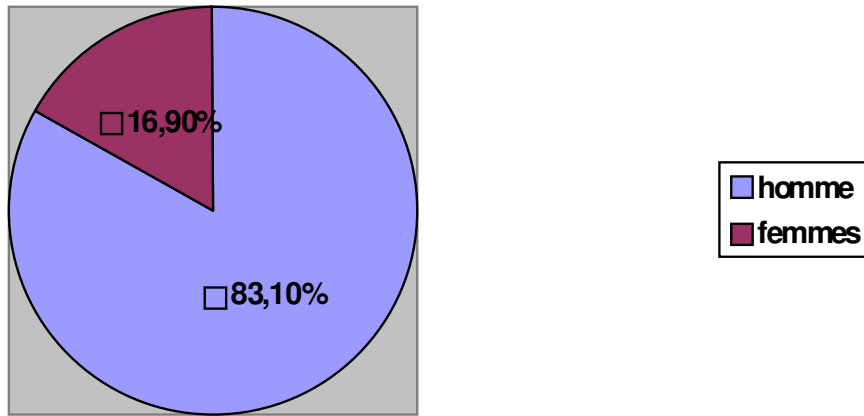
201 ont été retenus.

- Age :

L'âge moyen des patients est de 69 ans (Min 42 ans, Max 94 ans ; Ecart type +/- 10,5 ans).



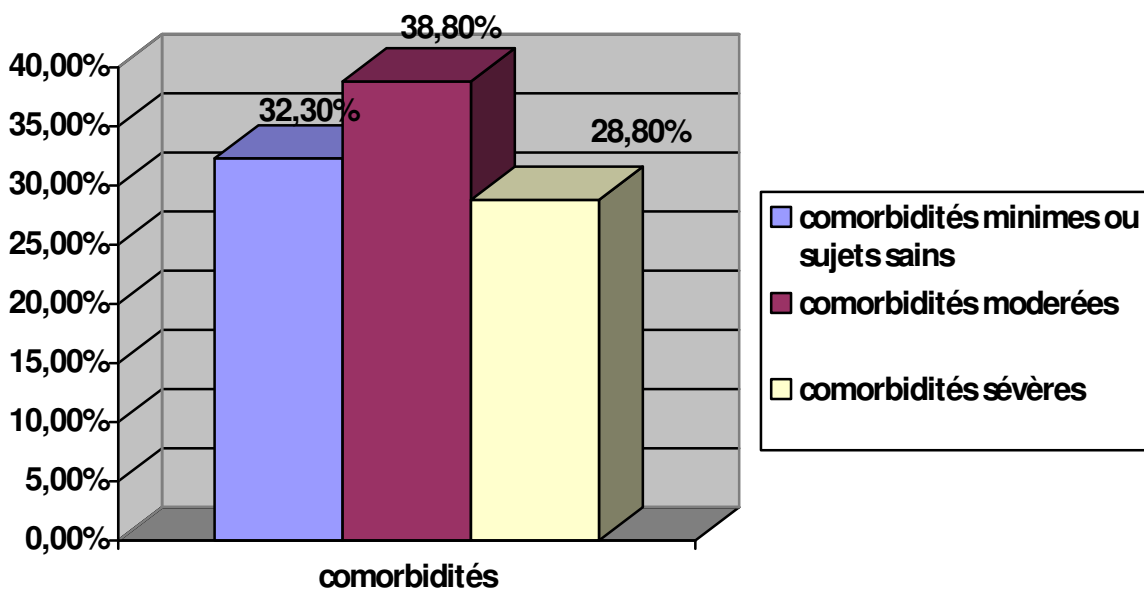
a) Sexe :



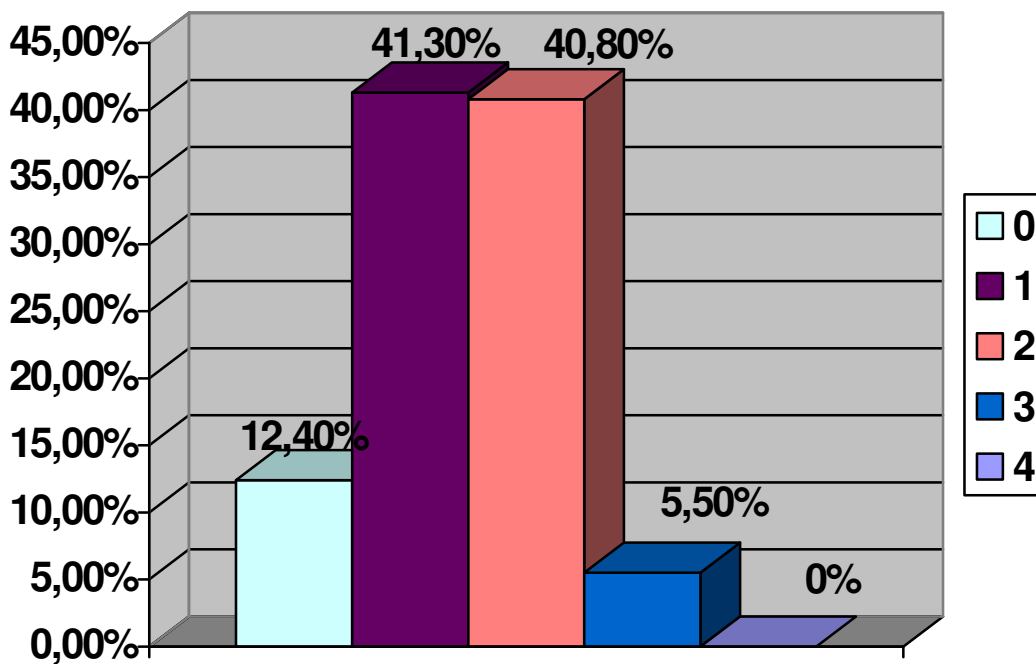
Rapport H/F : 4,9.

La proportion retrouvée Homme/Femmes est proche de celle retrouvée dans le statistiques FRANCIM.

- Comorbidités et stade OMS au moment du diagnostic :
  - o Comorbidités au moment du diagnostic :



- o Performans status OMS au moment du diagnostic :



Les patients sont atteints de comorbidités sévères avec défaillance d'organe dans presque 30% des cas. Seulement un tiers des patients ne présente pas ou présente seulement des comorbidités modérées.

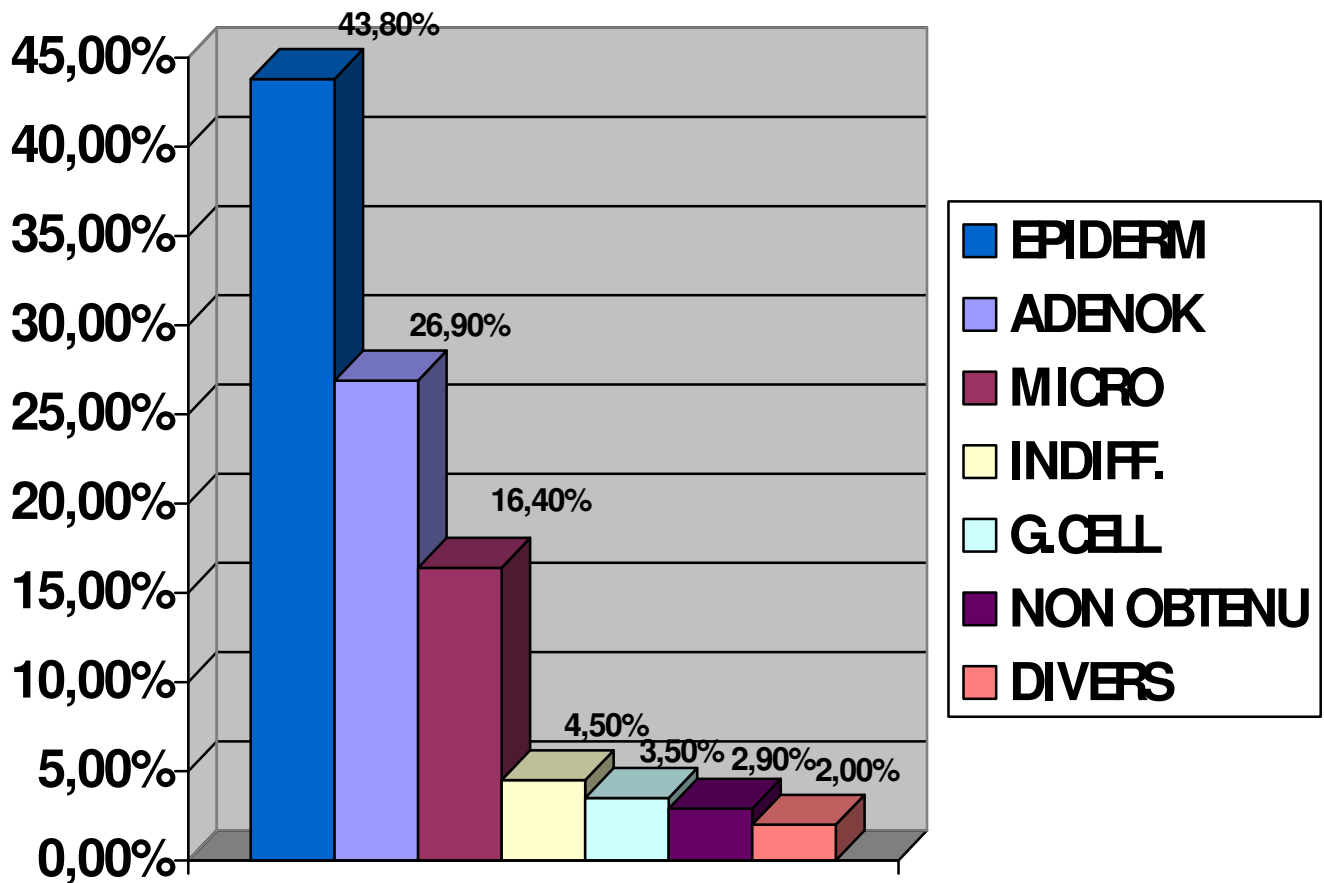
Plus que 45.5% des patients présentés en RCP présentent un performans status OMS supérieur ou égal à 2.

- Type histologique :

Petites cellules : 33 patients soit 16.4% de dossiers étudiés.

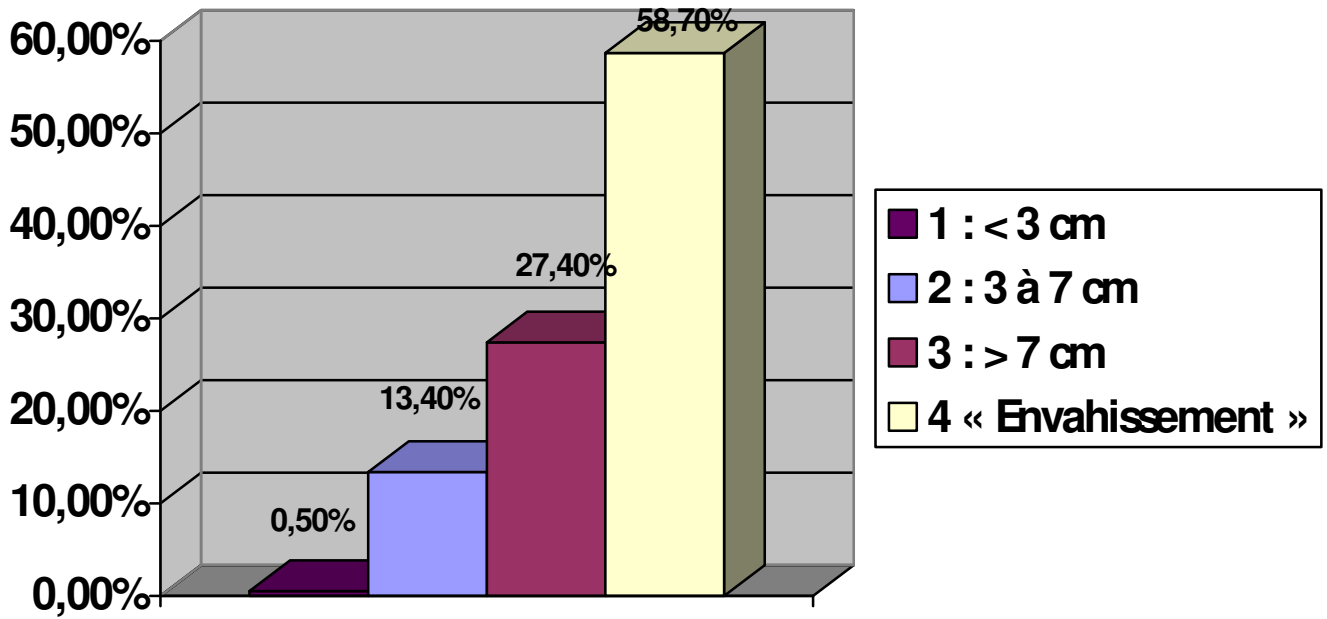
Non à petites cellules : 162 patients soit 80,6%.

Non obtenu : 6 patients soit 3%.



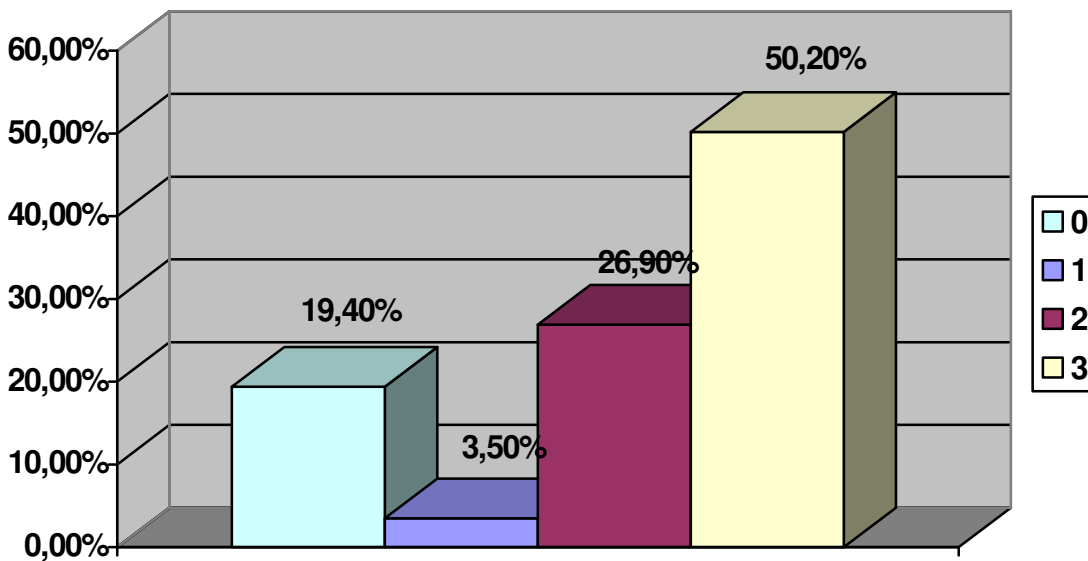
Stade TNM (classification TNM 2009) :

- Taille des tumeurs et détermination du « T » :

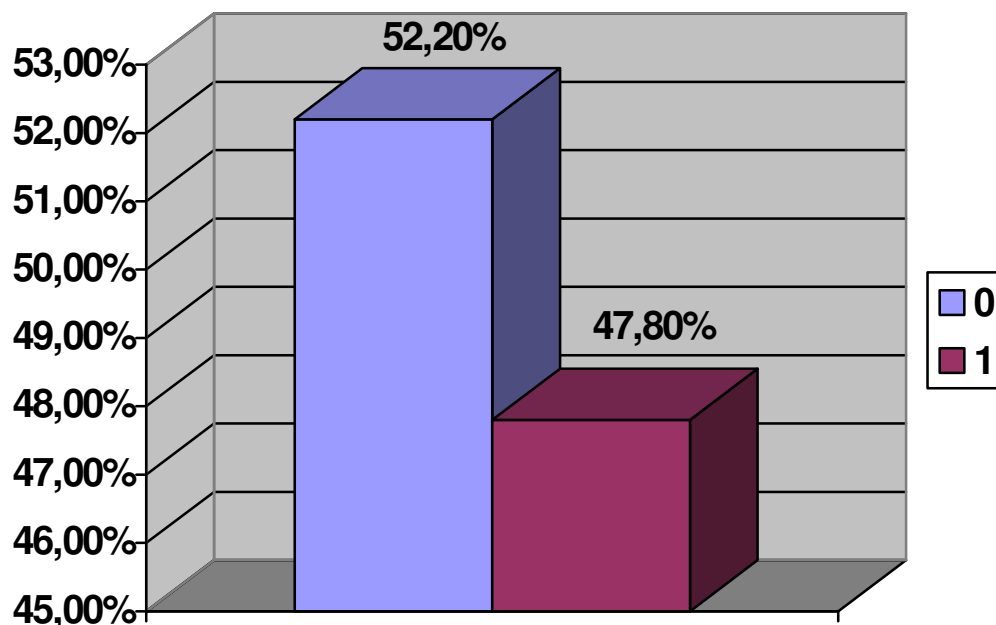


Atteinte ganglionnaire, détermination du « N » :

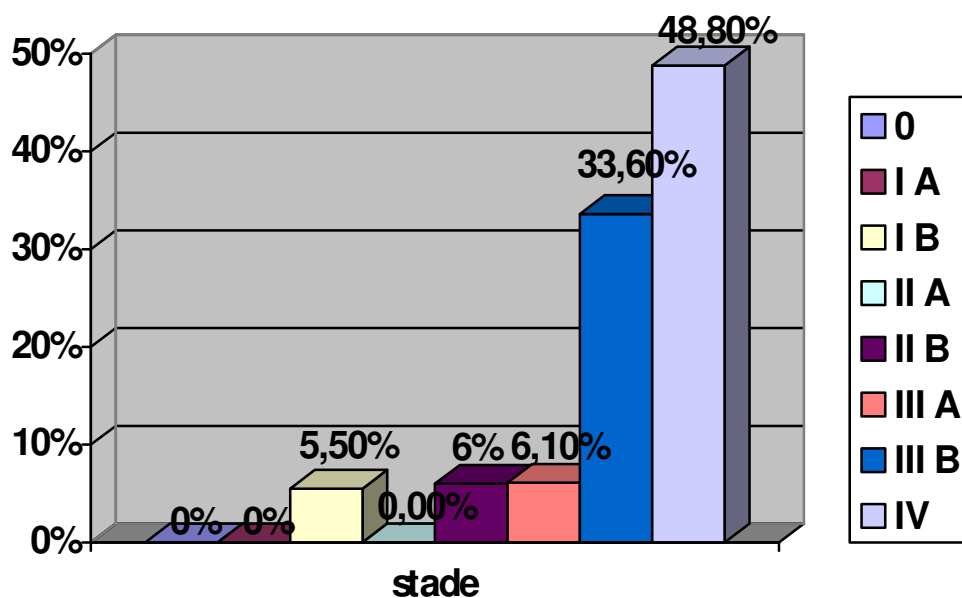
L'utilisation du TEP-scan a été élargie depuis 2006.



- Détermination de la présence de métastases « M » (Pas de révision en M1 a et b) :



○ Stade :



Les stades IIIB et IV représentent plus de 80% des patients prise en charge.

c) Etude du fonctionnement de la RCP :

- Organisation de la RCP :

La RCP est organisée deux fois par mois (une fois sur place, une fois en télémédecine). Les premiers mois de sa mise en place, elle était organisée une fois par mois.

Elle regroupe au minimum un oncologue, un radiothérapeute et un spécialiste d'organe. Il n'y a pas pour le moment de participation de chirurgien thoracique.

Les référentiels de bonnes pratiques sont disponibles sur place en format papier ou via un accès internet.

Tous les cas de cancer broncho-pulmonaire sont discutés (Exhaustivité de 100%).

Les RCP de recours se font en grande partie à l'hôpital Larrey.

- Etudes des délais de prise en charge :

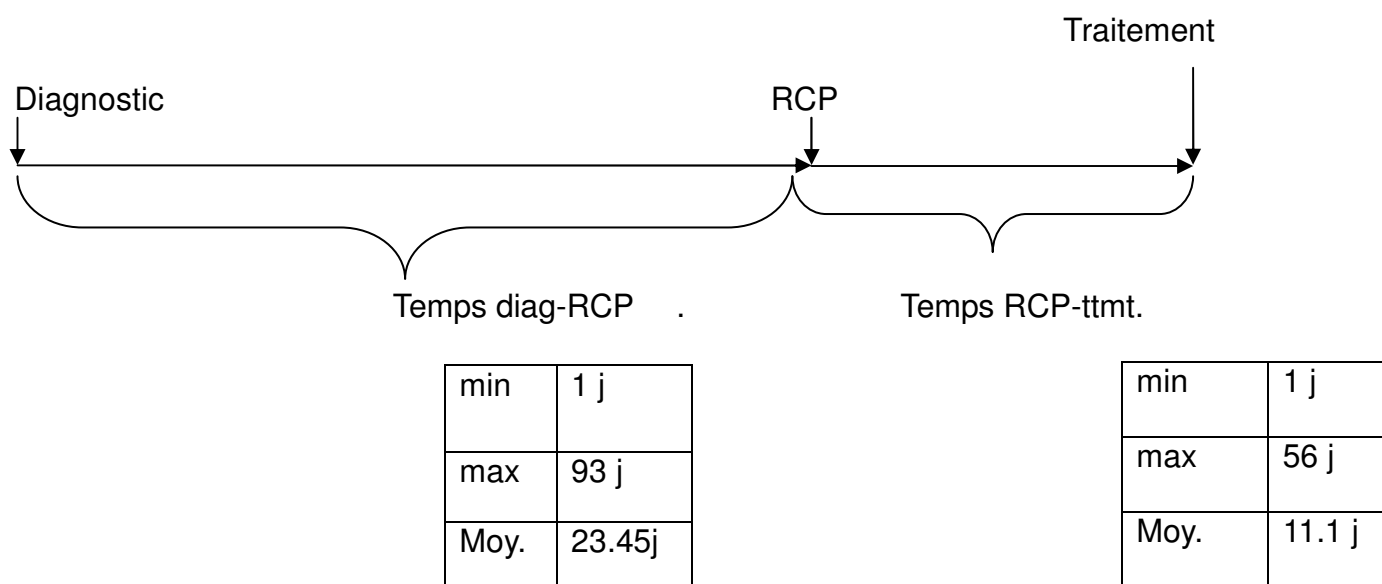
Le temps entre le diagnostic, la première RCP et le premier traitement ont été étudiés.

Pour l'ensemble des patients prise en charge, le délai moyen RCP-Traitement était de 23.8 jours.

Certains patients, pour ne pas retarder leur traitement, ont reçu leur première chimiothérapie avant la RCP.

Pour ces cas, les RCP ont toute confirmé la chimiothérapie mise en place.

Etudes des délais après exclusion de cas où le traitement à été débuté avant la RCP :



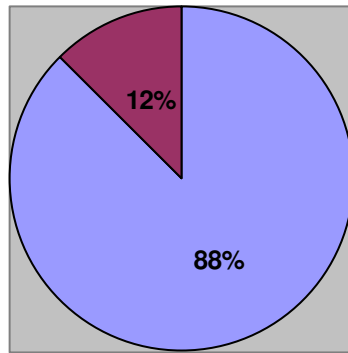
La comparaison entre les délais des patients pris en charge dans la période 1998-2002 avec la période 2006-2009 montre un raccourcissement des délais. Le délai moyen diagnostic – traitement est ainsi passé de 30j en moyenne entre 1998 et 2002 à 18.4j pour les patients pris en charge après 2006.

- RCP de recours :

Les patients sont adressés en RCP de recours majoritairement pour la prise en charge chirurgicale.

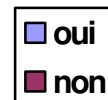
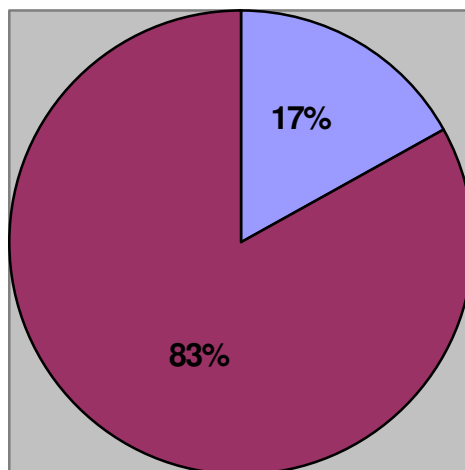
Ils y sont aussi envoyés afin de bénéficier d'essais cliniques ou si le type du cancer est rare.





d) étude des traitements mis en place :

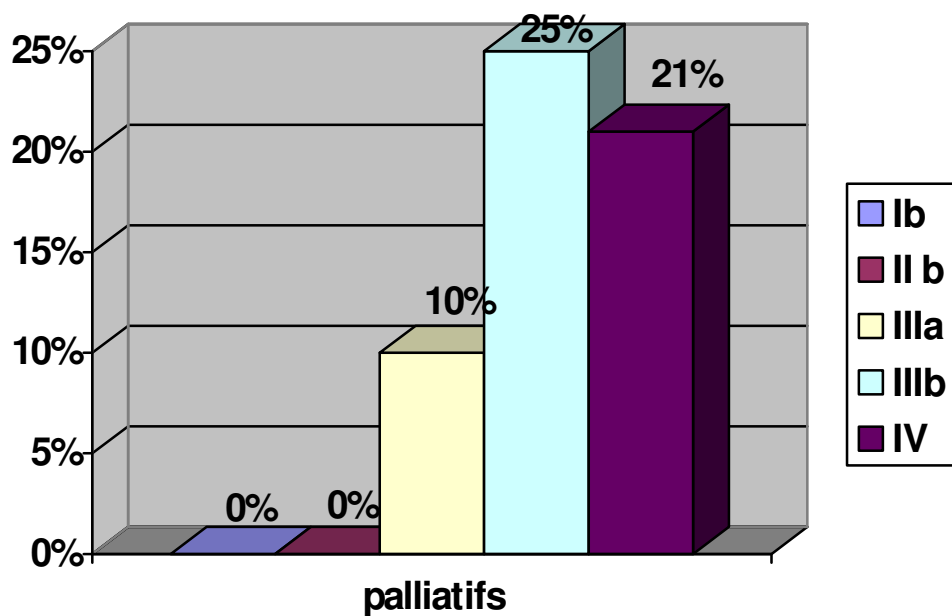
- Patients pris en charge en soins palliatifs d'emblée, non traités :



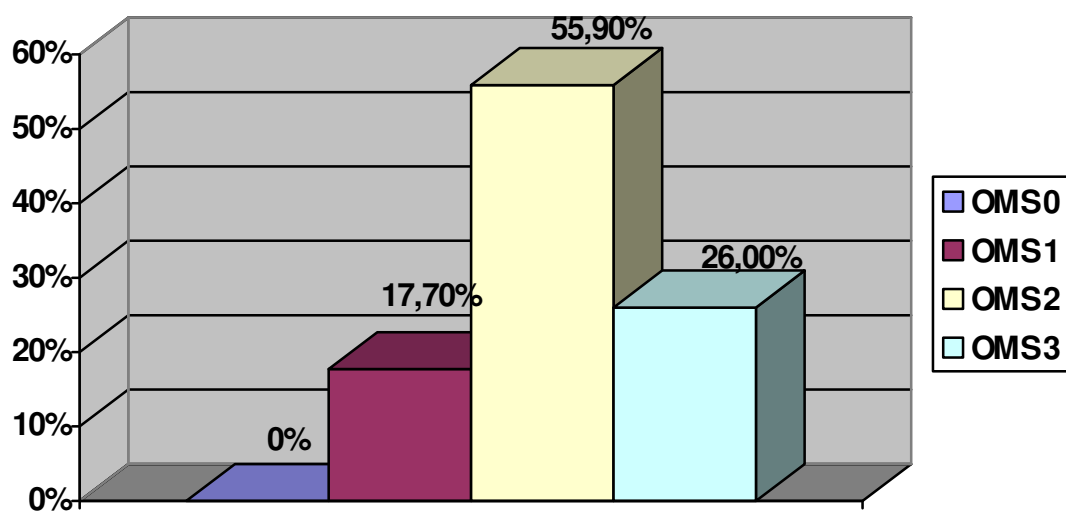
34 patients ont été pris en charge d'emblée en soins palliatifs du fait de leur âge, performans status OMS et comorbidités.

Tous ces patients étaient atteints de cancer non à petites cellules.

○ Selon le stade :

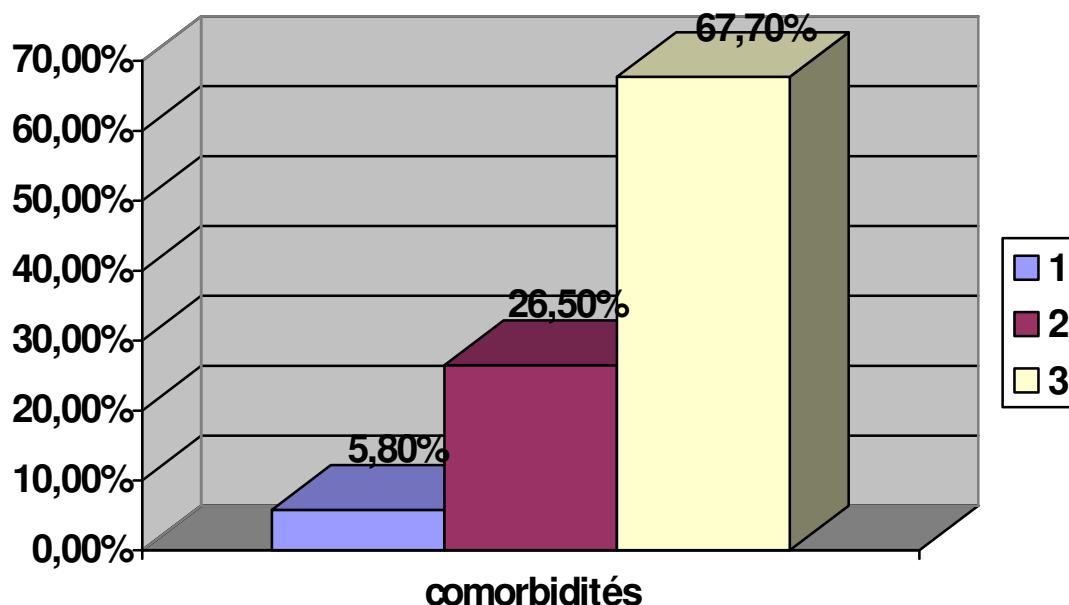


- Selon le performans status OMS :



Les patients OMS 1 pris en charge en soins palliatifs d'emblée avaient 82 ans en moyenne.

- Selon les comorbidités :

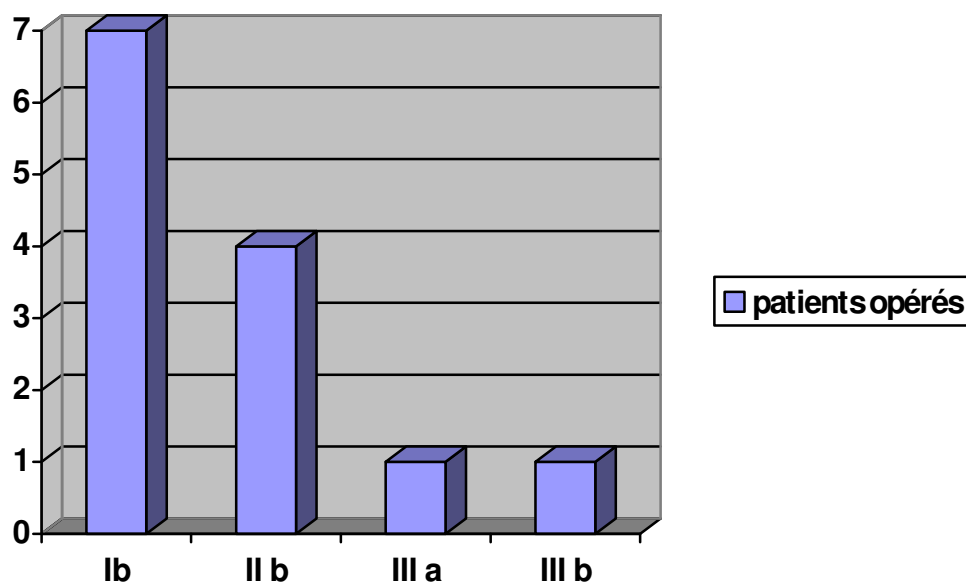


La prise en charge des patients en soins palliatifs d'emblée est fortement corrélée à l'âge, au performans status et aux comorbidités des patients. Elle est chaque fois motivée sur le compte rendu de RCP.

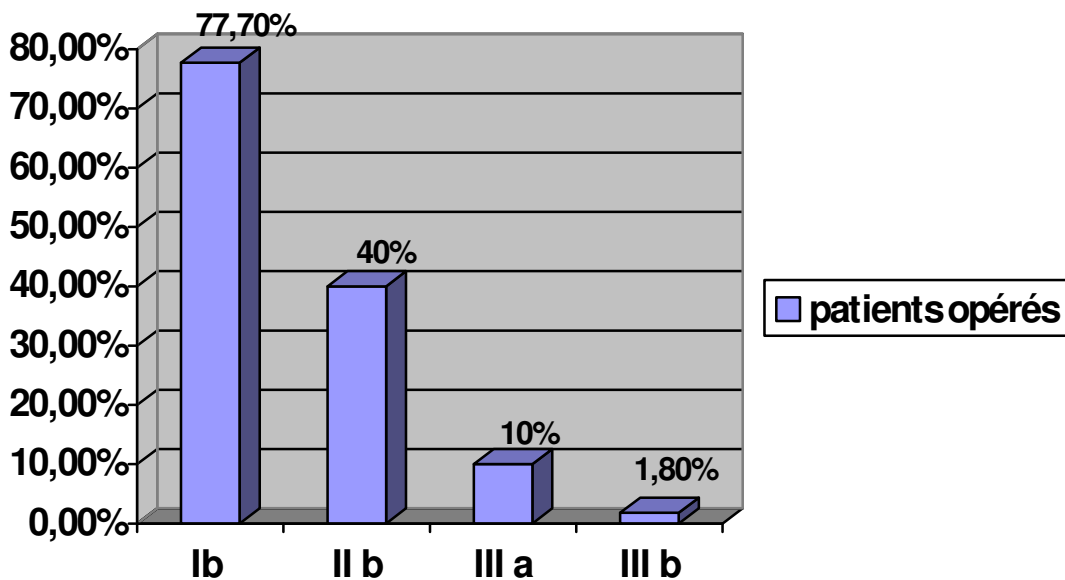
- prise en charge des cancers broncho-pulmonaires opérables :

13 patients ont bénéficié d'une chirurgie à visée curative. Tous étaient atteints de CBNPC.

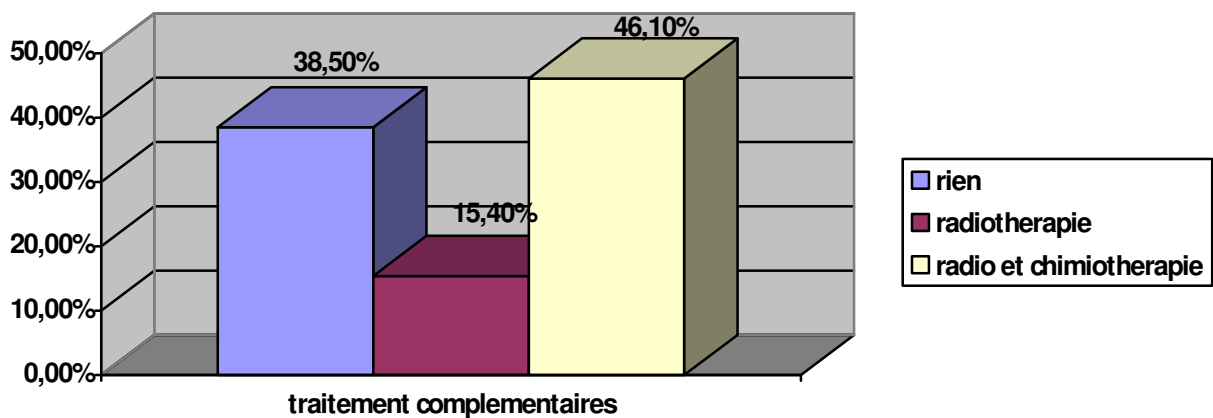
- o Nombre de patients opérés selon le stade :



- o Pourcentage des patients opérés selon le stade :



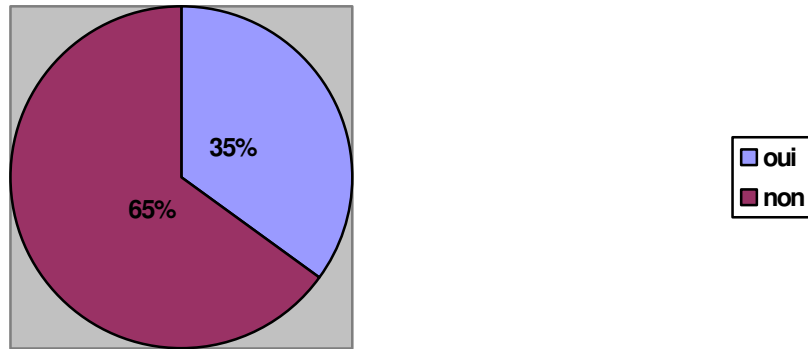
- Traitements complémentaires à la chirurgie :



Il n'y

a pas de chirurgiens thoraciques dans ces RCP comme préconisé dans le référentiel régional. Les stades chirurgicaux sont cependant tous envoyés en RCP de recours (patients non opérables du fait d'un état général trop précaire ou de contre-indications évidentes exclus).

- Pourcentage de patients envoyé en RCP de recours en vue d'une chirurgie et récusés :



7 patients ont été récusés en RCP de recours du fait de contre indications à la chirurgie (statut évolutif de la pathologie, contre indication médicale à la chirurgie).

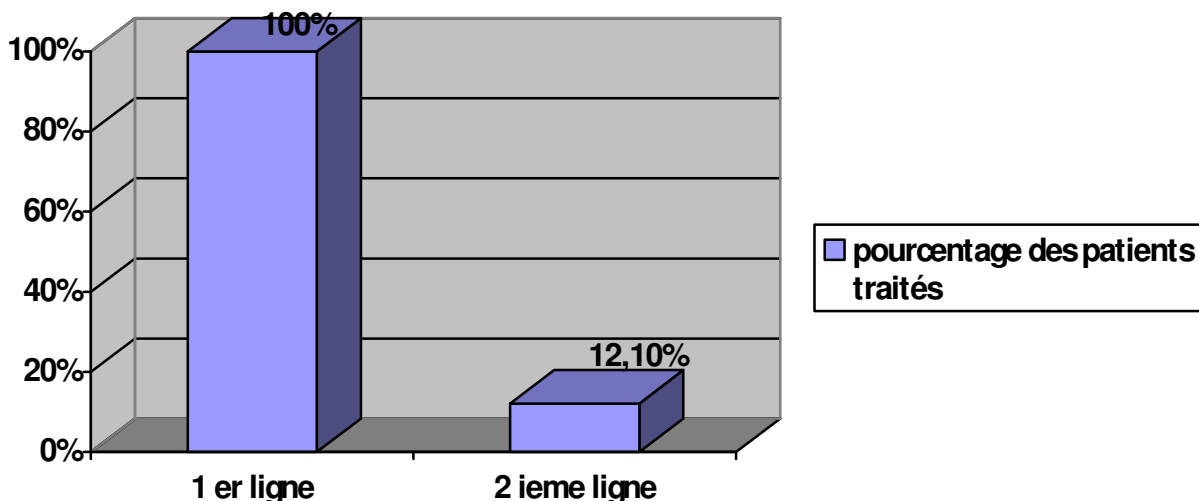
Sauf en cas de comorbidités sévères et de statut OMS contre indiquant la chirurgie, l'ensemble des patients porteurs d'un cancer dont le stade permet d'envisager une opération curative sont envoyés en RCP de recours.

Plus d'un tiers des patients envoyés en RCP de recours en vue d'une chirurgie ont été récusés, ce chiffre témoigne d'une utilisation large des RCP de recours pour les cas pouvant relever de la chirurgie.

- Traitement par chimiothérapie :
  - o Cancer à petites cellules :

Tous les patients ont bénéficié au moins d'une ligne de chimiothérapie avec un doublet comprenant un sel de platine.

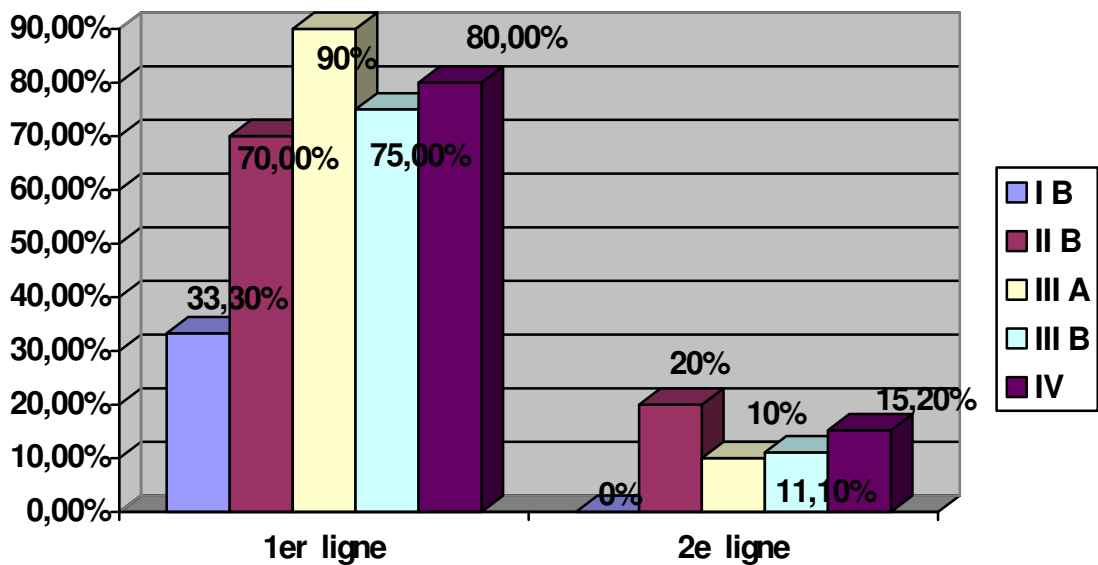
Pourcentage des patients ayant reçu une ou deux ligne de chimiothérapie :



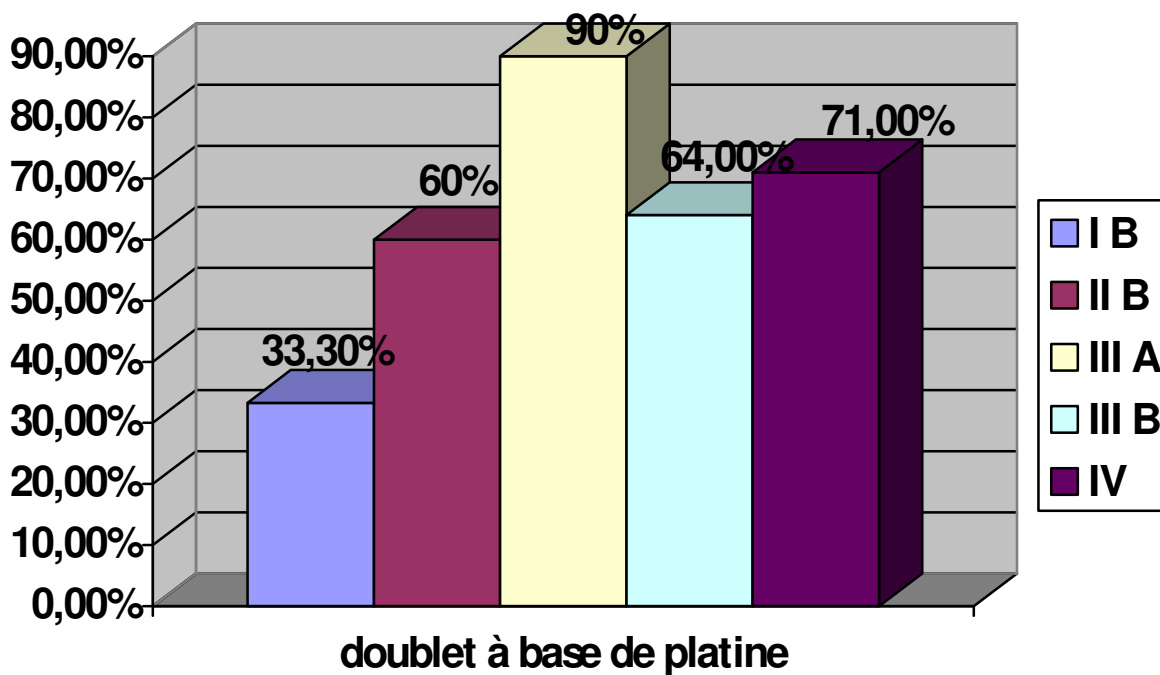
Tous les patients traités par chimiothérapie ont reçu au moins une cure comprenant un sel de platine.

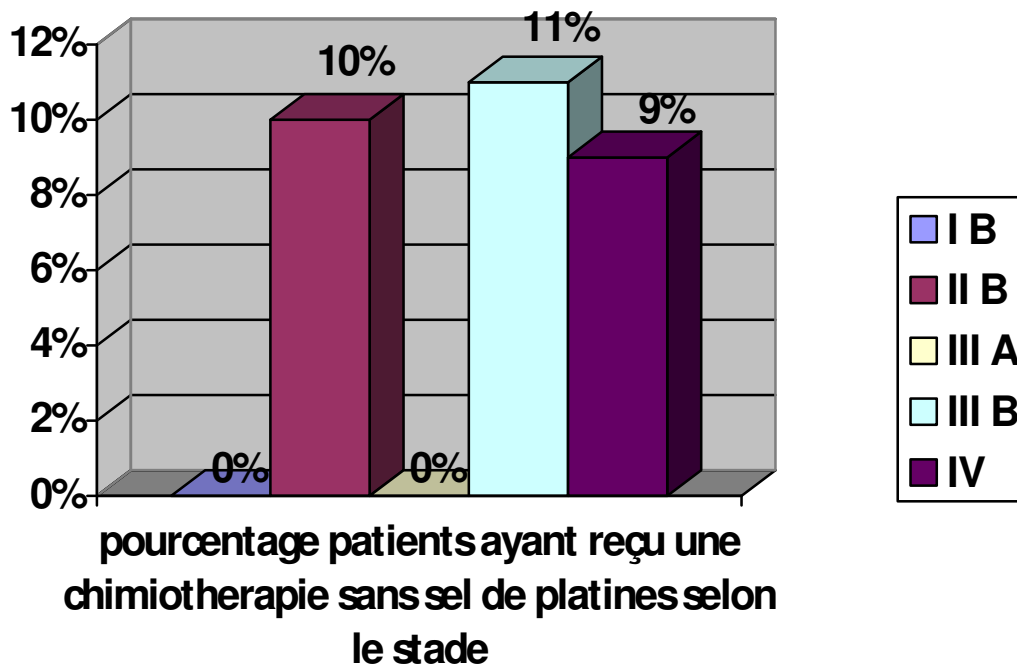
- o Cancer broncho-pulmonaire non à petites cellules :

- Pourcentage des patients ayant reçu une ou deux lignes de chimiothérapie :



- Patients ayant reçu au moins une cure comprenant un sel de platine :





14 patients se sont vu prescrire des chimiothérapies de première ligne ne contenant pas de sel de platine. Tous étaient porteurs de cancer broncho-pulmonaire non à petites cellules.

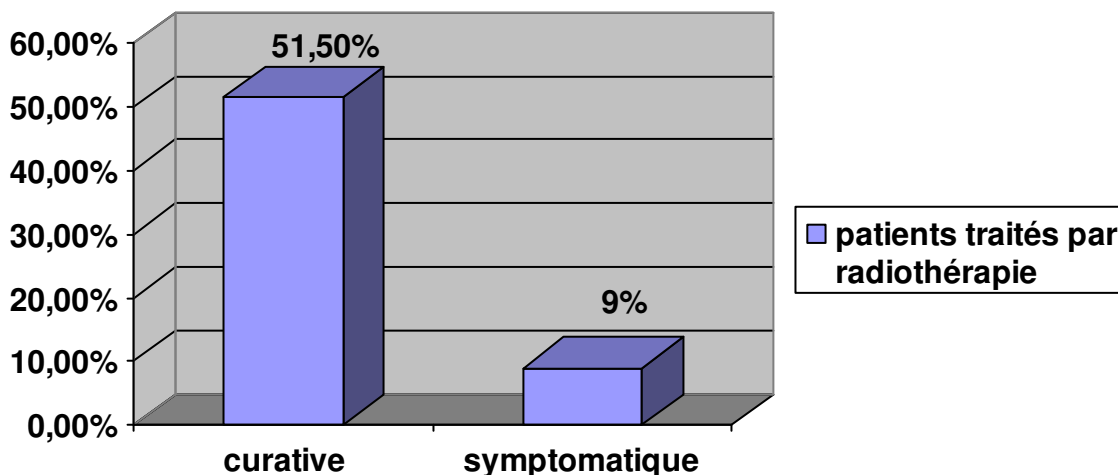
1 patient était traité pour un cancer de type rare ne correspondant pas aux protocoles habituels, 2 patients ont fait partie d'essais cliniques, 11 patients ont été traités par une chimiothérapie de troisième génération seule du fait d'un indice de performance supérieur ou égal à 2, d'un âge élevé et/ou de comorbidités sévères, conformément aux recommandations régionales (28).

La quasi-totalité (98%) des chimiothérapies ont donc été conformes aux recommandations. Celles qui ne correspondaient pas aux recommandations étaient justifiées.

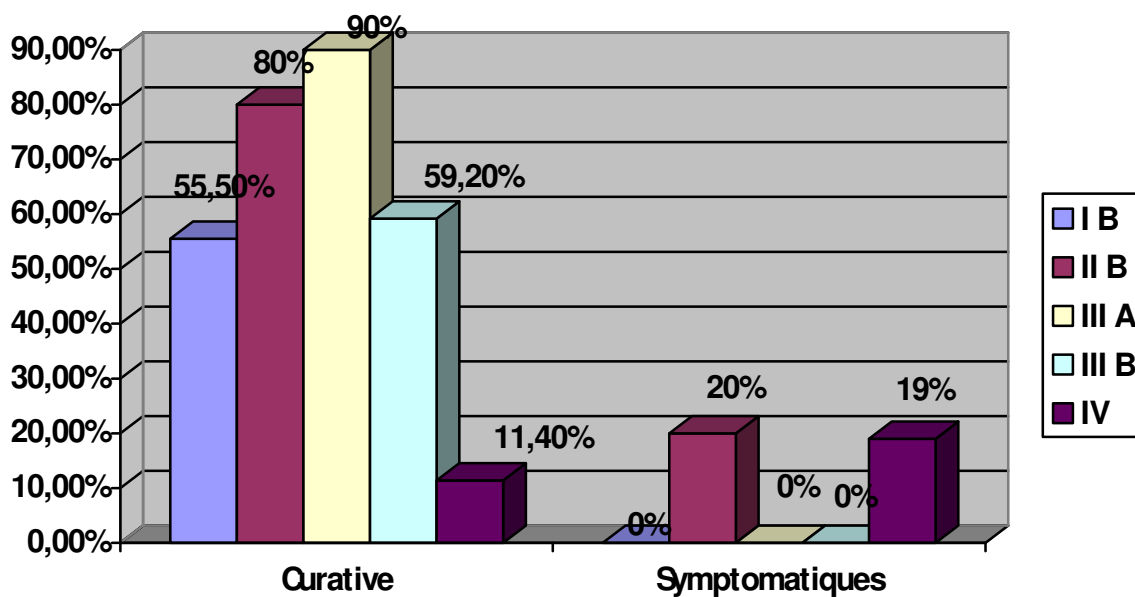
- Radiothérapie :

- Répartition des patients traités par radiothérapie curative ou palliative :

- Cancer à petites cellules :



- Cancer non à petites cellules :

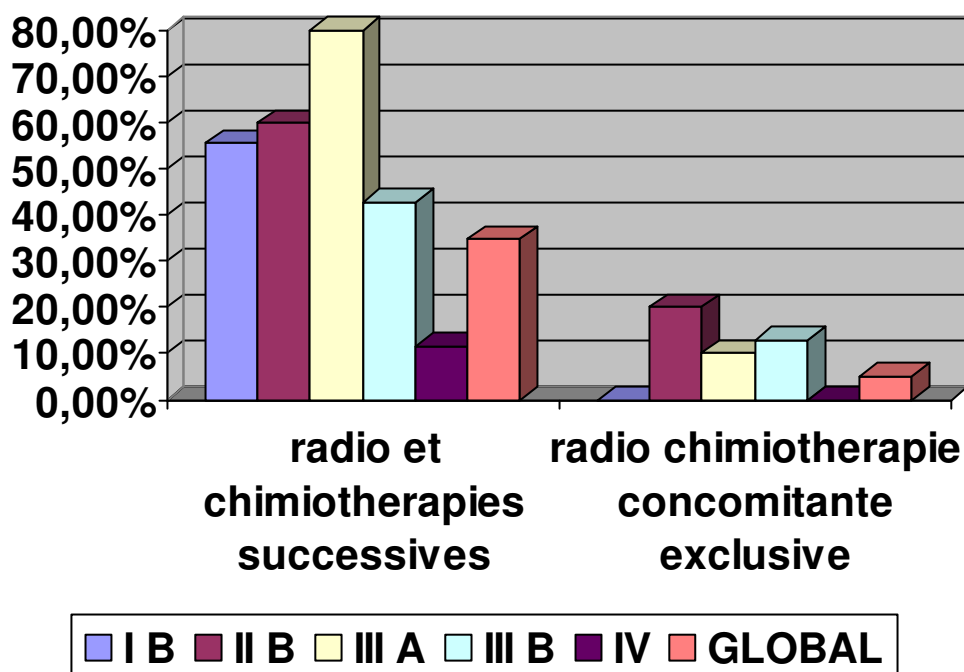


- répartition de patients traités par radiothérapie curative entre radio-chimiothérapies successives et concomitantes:

- CBPC :

18 patients ont reçu une radio-chimiothérapie successive.

- CBNPC :



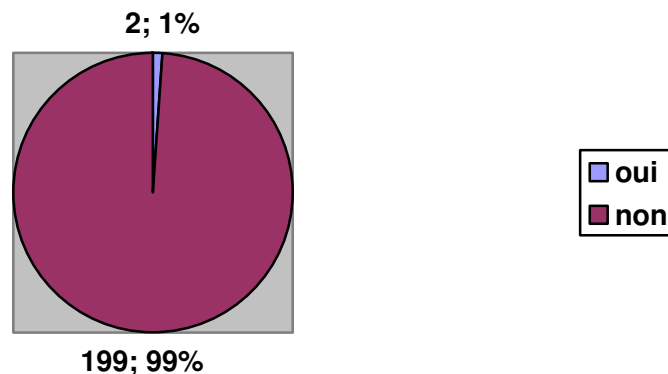


Peu de patient ont été traités par radio-chimiothérapie concomitantes exclusive, ces patients devant être jeunes, en bon état général, et porteur d'une pathologie bien limitée (volume à irradier acceptable, surtout si BPCO).

La plupart des stades 3A et 3B ont reçu 2 cycles de chimiothérapie, suivi d'une évaluation de la réponse, puis si ils sont répondeurs une radio-chimiothérapie concomitante.

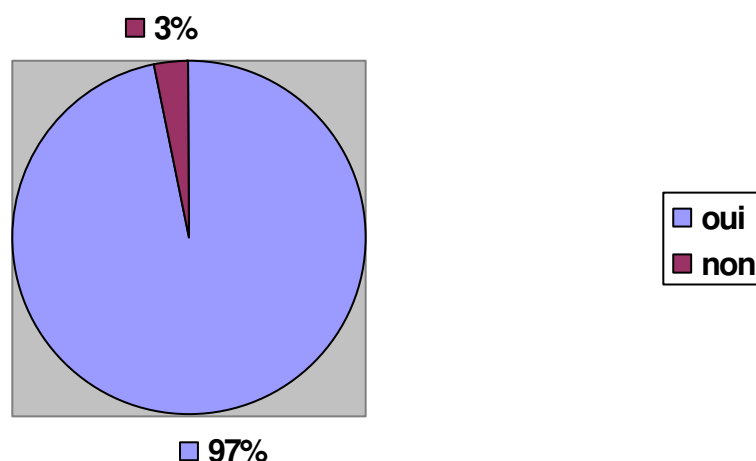
L'analyse des donnés obtenues ne permet pas de mettre en évidence de traitement par radiothérapie contraire aux recommandations de prise en charge(28).

- Patients inclus dans les essais :



Peu de patients (moins de 5%) sont inclus dans les essais cliniques (patients ne correspondant souvent pas aux profils d'inclusion, essais parfois déjà clôturés lors d'un repérage d'un candidat éventuel).

- Adéquation traitement préconisé en RCP et Traitement effectué :



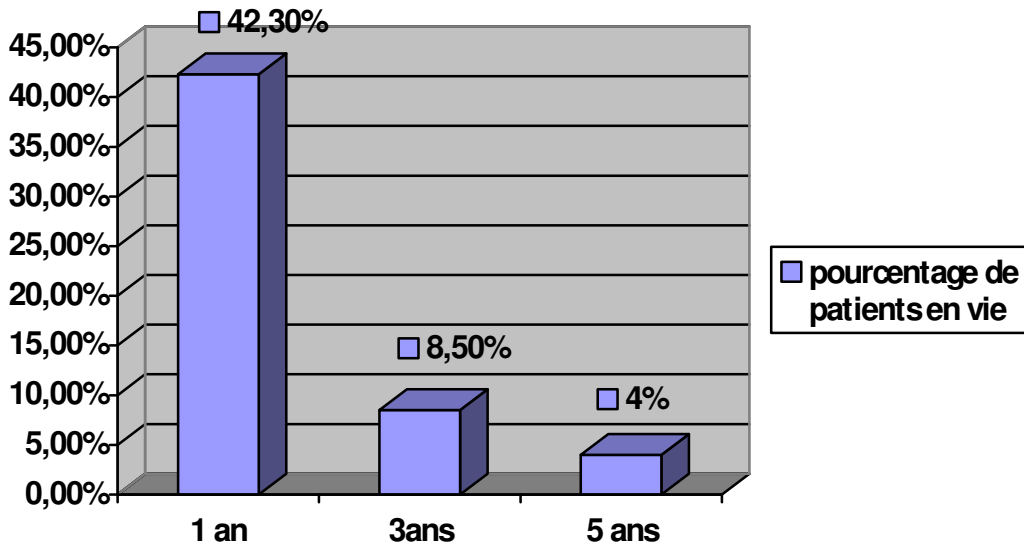
5 patients (soit 3%) dont le dossier a été présenté en RCP à Saint Gaudens n'ont pas reçu le traitement préconisé, 3 étant décédés avant le début, 1

ayant refusé, 1 du fait d'une altération de l'état général. La justification a chaque fois été retrouvée dans le dossier médical.

e) Etude de la survie à 1,3 et 5 ans :

177 Patients pris en charge entre 1998 et 2008 sont décédés (88%).

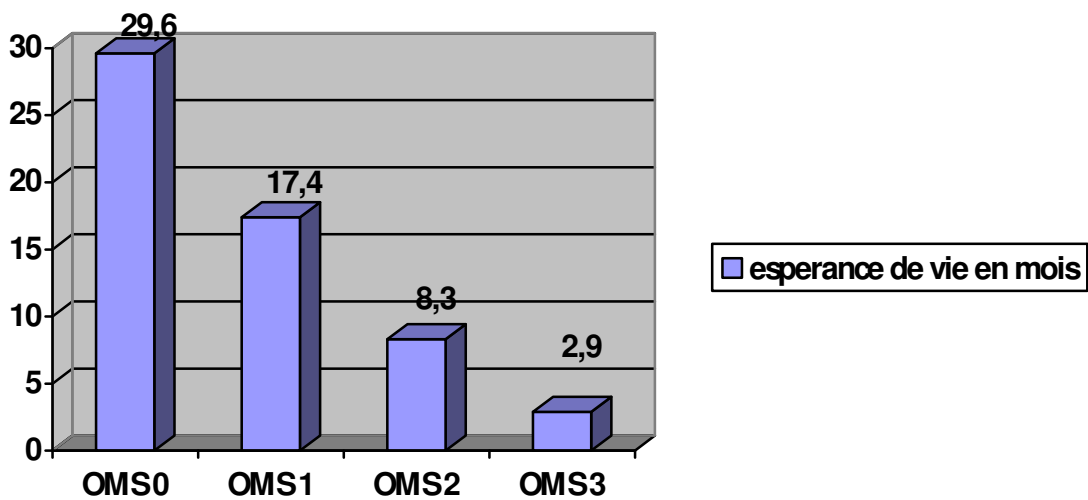
- Survie globale :



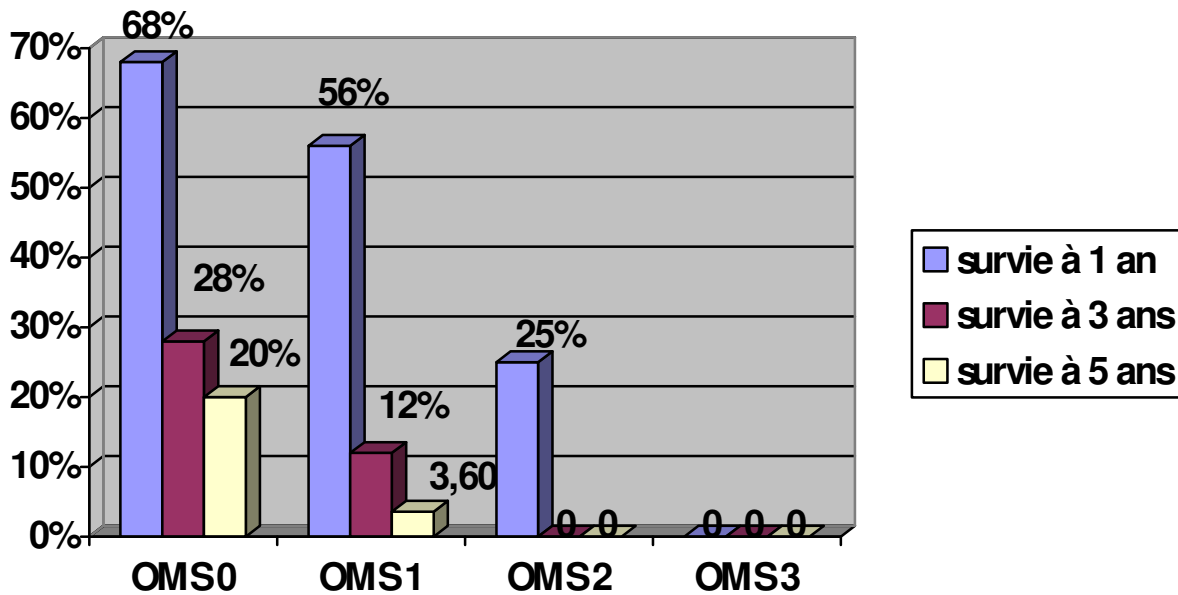
- Survie selon le performans status OMS et les comorbidités :

o Selon le performans status OMS :

▪ Survie moyenne en mois selon le stade OMS :

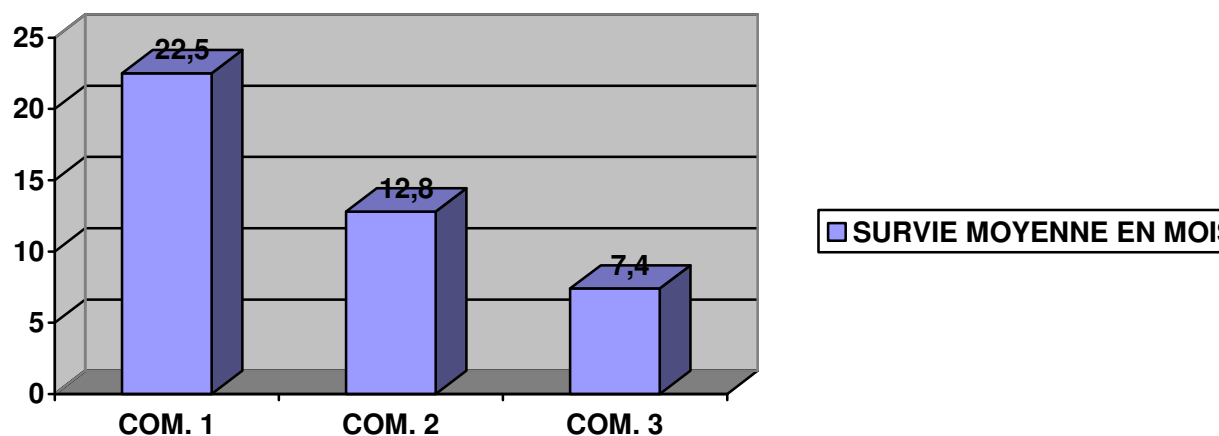


▪ Survie à 1,3 et 5 ans selon le stade OMS :

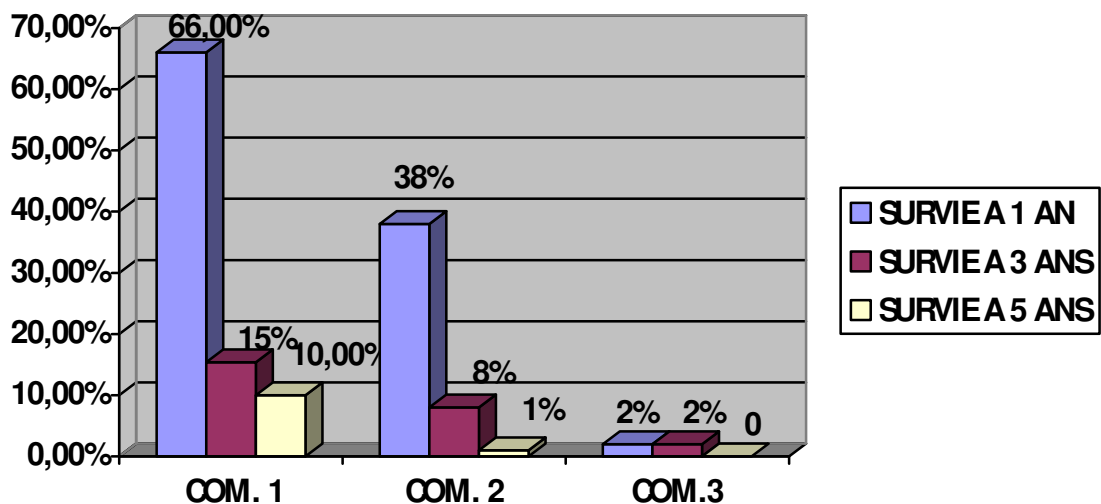


○ Survie selon les comorbidités :

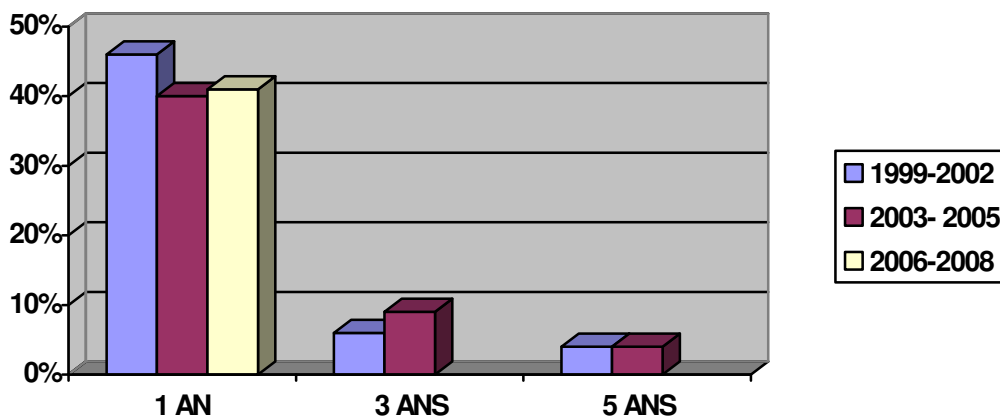
- Survie moyenne en mois selon le stade de comorbidité :



Survie à 1,3 et 5 ans selon le stade de comorbidité :



- Comparaison des taux de survie des patients pris en charge à Saint Gaudens sur trois périodes :

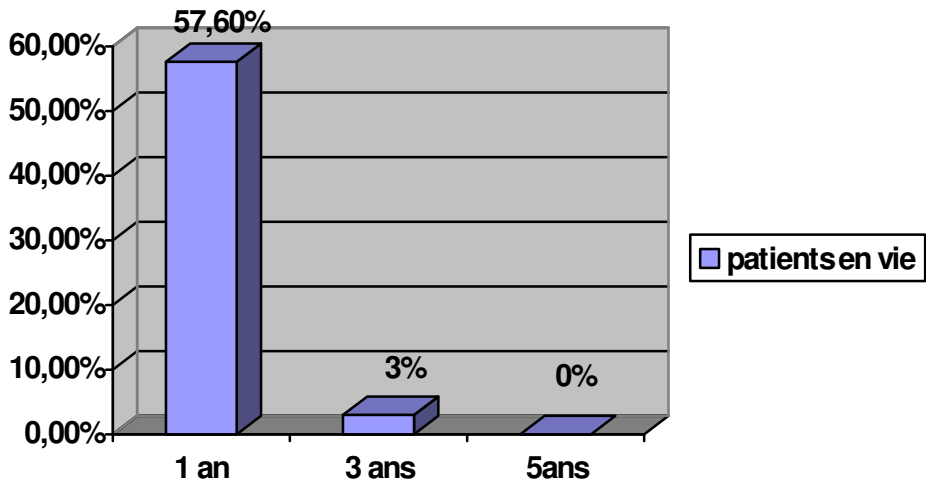


Le nombre de patients dans chaque groupe est très proche, il n'y a pas de différences significatives en ce qui concerne leurs caractéristiques (âge OMS et comorbidités).

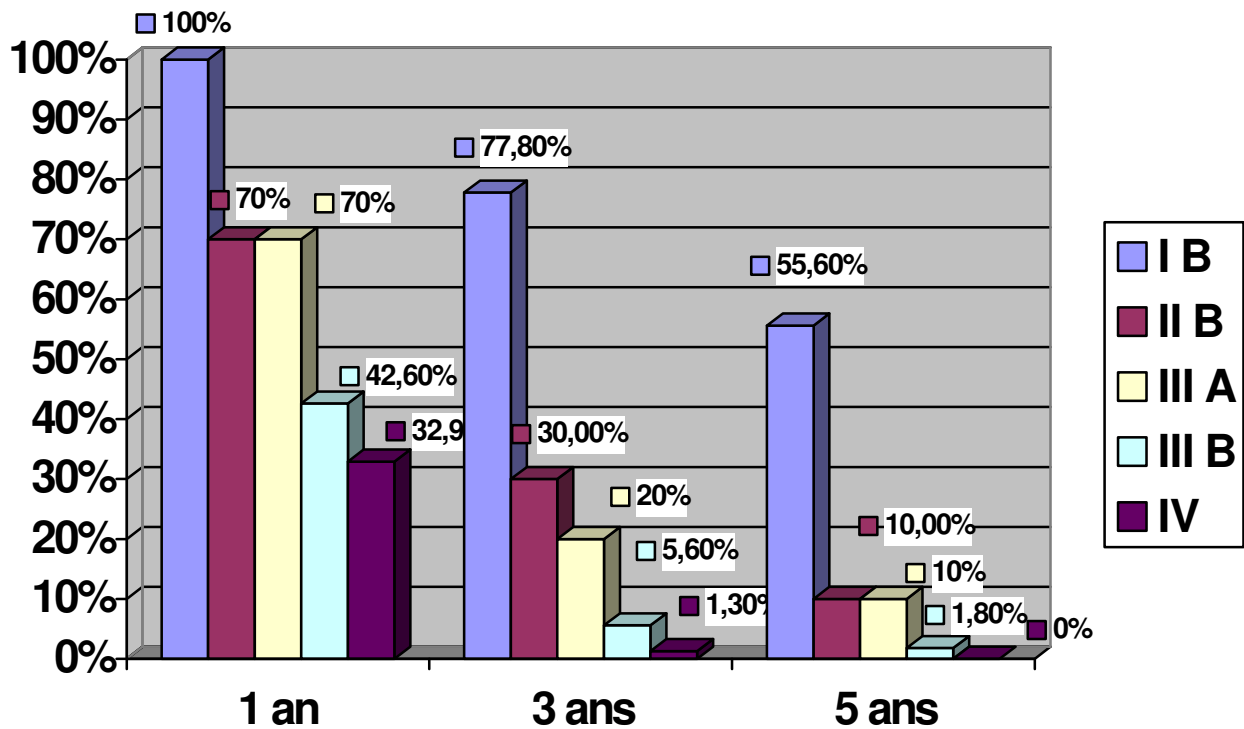
Il n'y a pas de différences significatives en ce qui concerne leur pathologie (type et stade).

Les résultats restent donc identiques, quelque soit la période de diagnostic, malgré le raccourcissement du délai Diagnostic-traitement.

- Survie selon le type et le stade :
  - o Petites cellules :

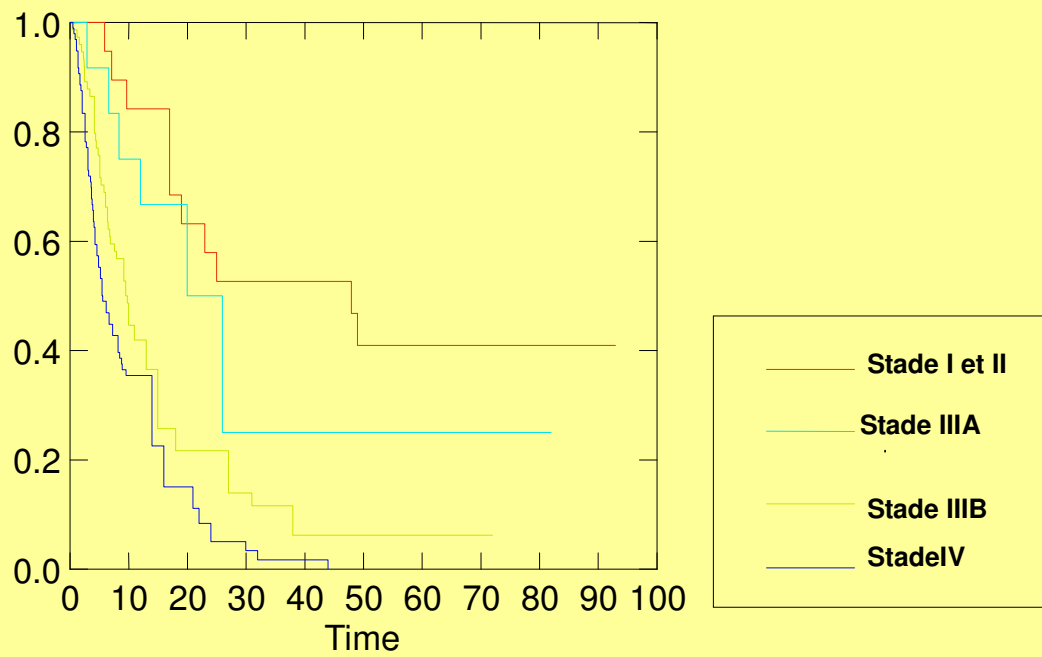


○ Survie des cancers broncho-pulmonaire non a petites cellules :



- Courbes de la survie des 201 patients toutes histologies et tous traitements :

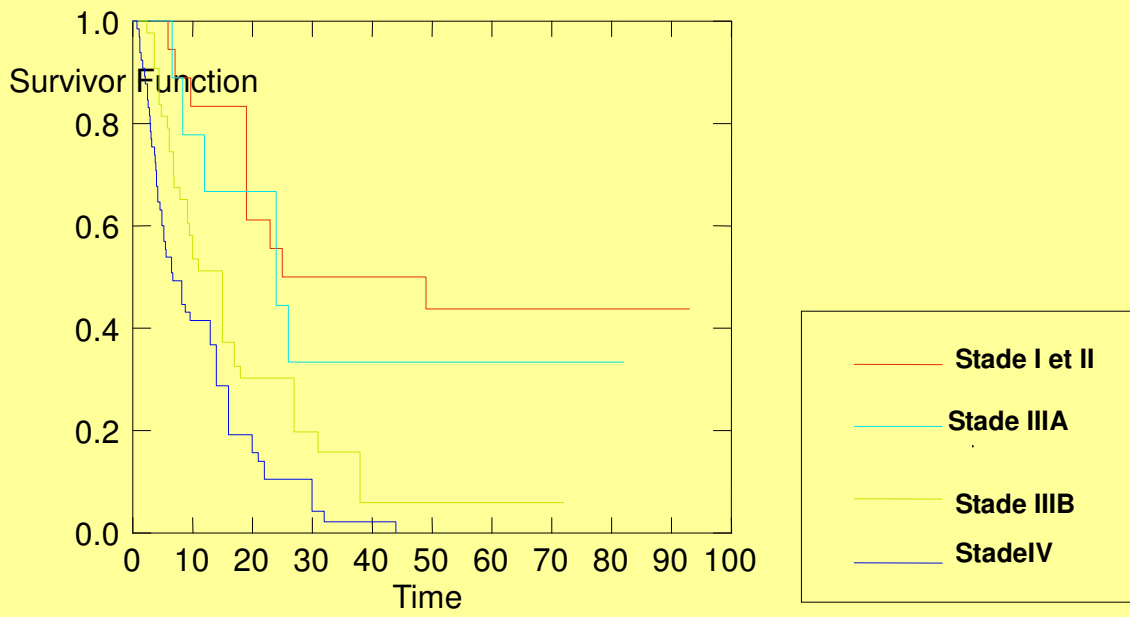
## Kaplan-Meier estimation



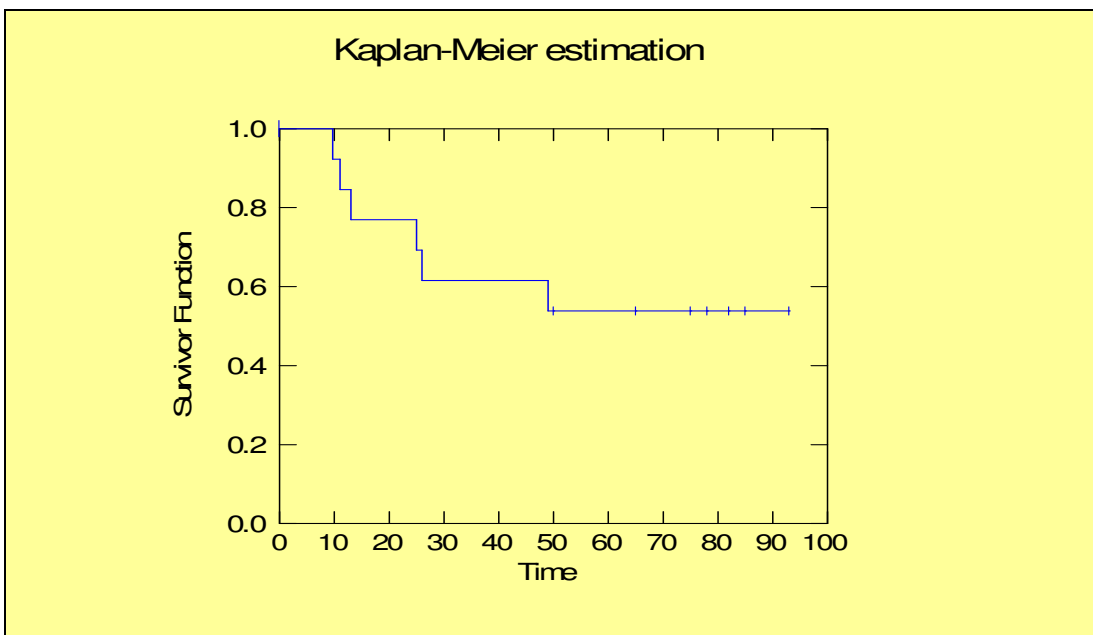
a) Courbe de survie des patients porteurs de CNPC, tous traitements :

- Survie des patients porteurs de CNPC patients en soins palliatifs d'emblée exclus :

## Kaplan-Meier estimation

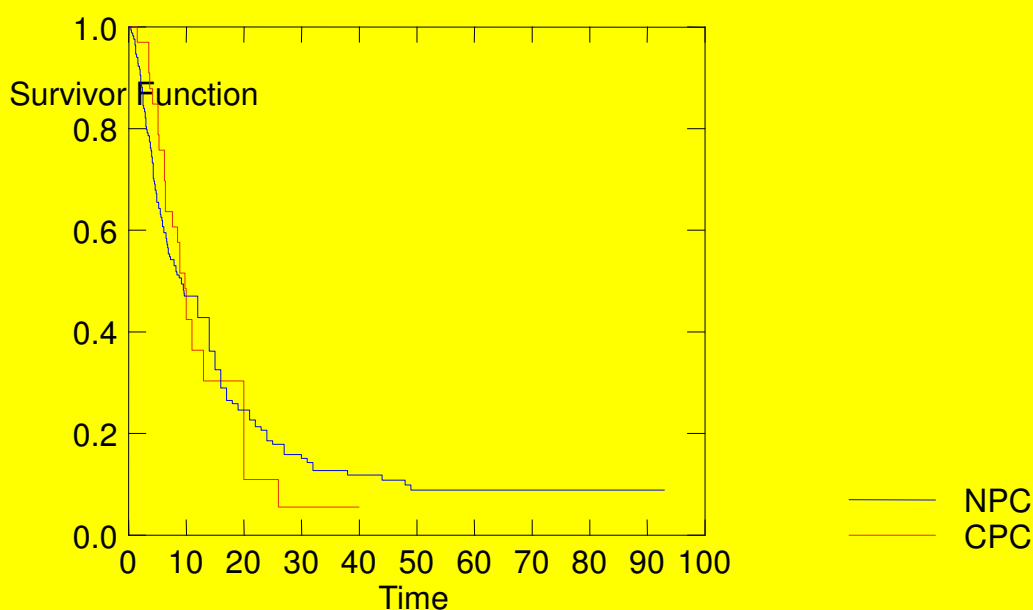


- Courbe de survie des patients opérés :



- Survie comparée des NPC et des CPC :

## Kaplan-Meier estimation



### 4) Comparaison des résultats obtenus, discussion(29) (30) (31) (32) :

Plusieurs études seront utilisées pour étudier les résultats obtenus :

- Etude FRANCIM (Réseau Français des registres de Cancer) couvrant 14 départements étudiés entre 1989 et 1997.

- "The IASLC Lung Cancer Staging Project: validation of the proposals for revision of the T, N, and M descriptors and consequent stage groupings in the forthcoming (seventh) edition of the TNM classification of malignant tumours", analyse internationale de dossiers de patients atteints de cancer NACP.

- l'étude KBP-2000-CPHG (travail épidémiologique mené durant toute l'année 2000 sur les cancers bronchiques primitifs histologiquement prouvés et pris en charge dans les hôpitaux généraux).

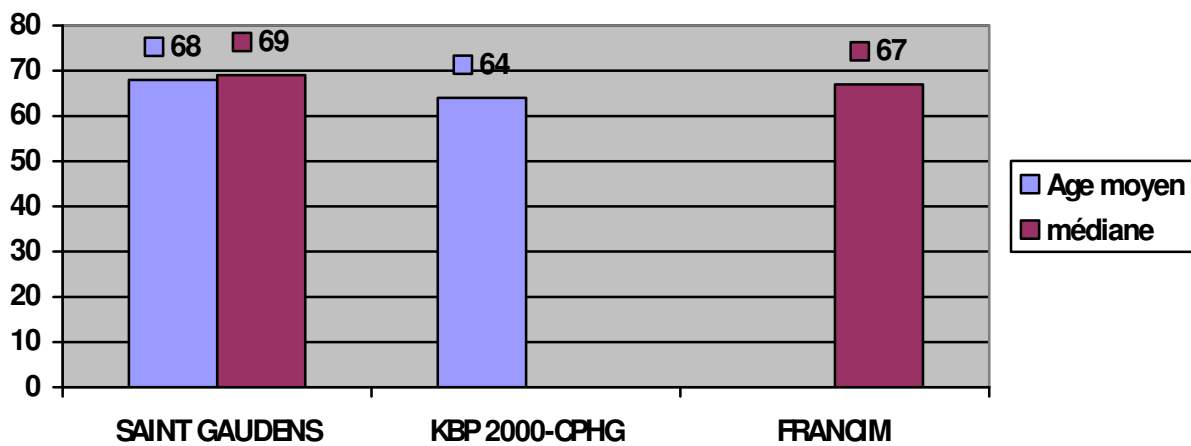
- Etude "Timeliness Across the Continuum of Care in Veterans with Lung Cancer" (TACCVLC)

a) caractéristiques des patients pris en charge à Saint Gaudens comparés aux études FRANCIM et KBP 2000-CPHG.

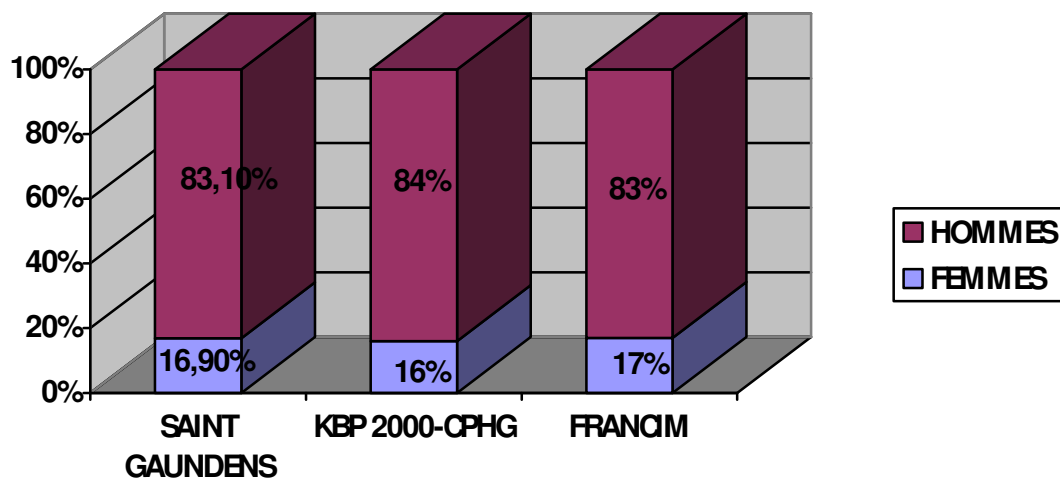
- Age :

L'âge moyen des patients ayant eu une RCP à L'hôpital de Saint-Gaudens est supérieur aux patients inclus dans l'étude KBP-2000. L'Age médian est proche des de celui de l'étude FRANCIM :

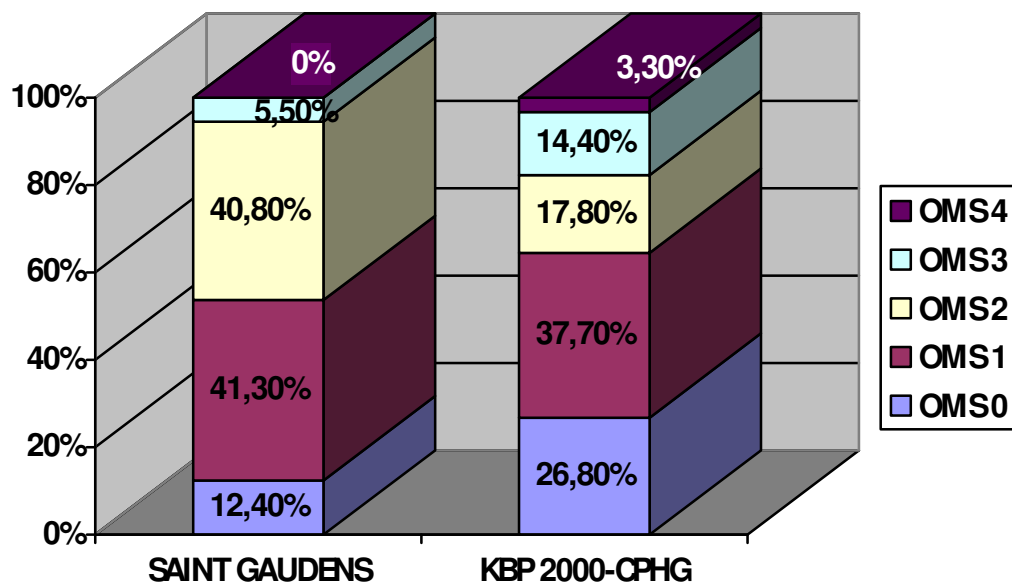




- sexe :



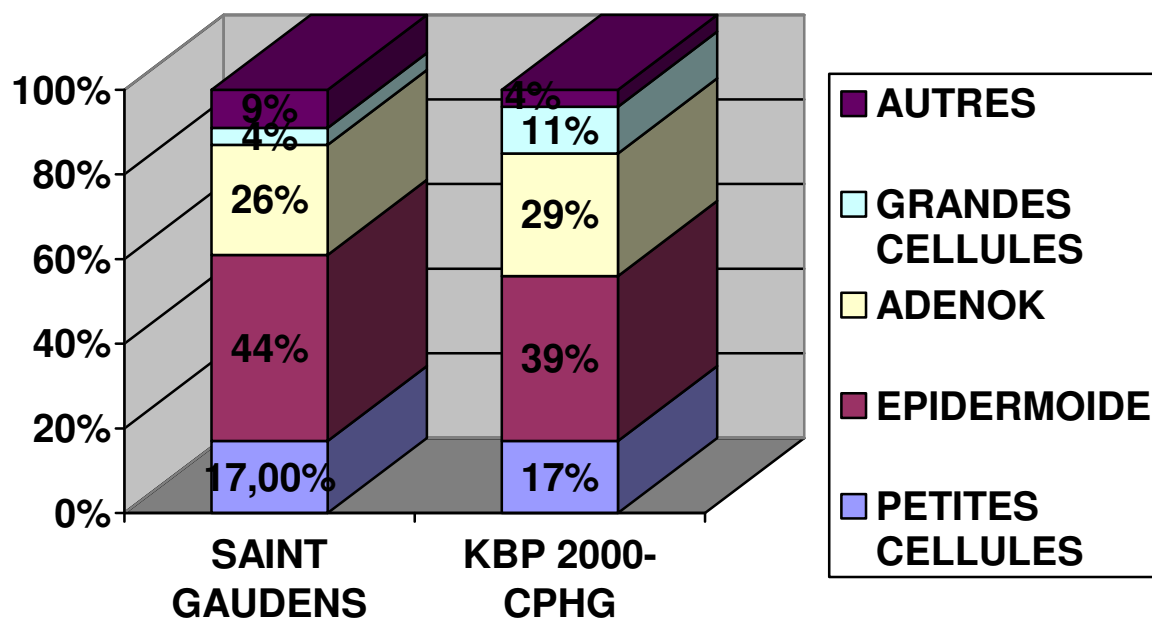
- Stade OMS :



Le pourcentage de patients pris en charge à l'hôpital de Saint-Gaudens dont le performans status OMS est supérieur ou égal à 2 est supérieur de dix points à celui de l'étude KBP 2000-CPHG.

Cette différence de status OMS pourrait s'expliquer par un biais de recrutement.

- Type de cancer :



La

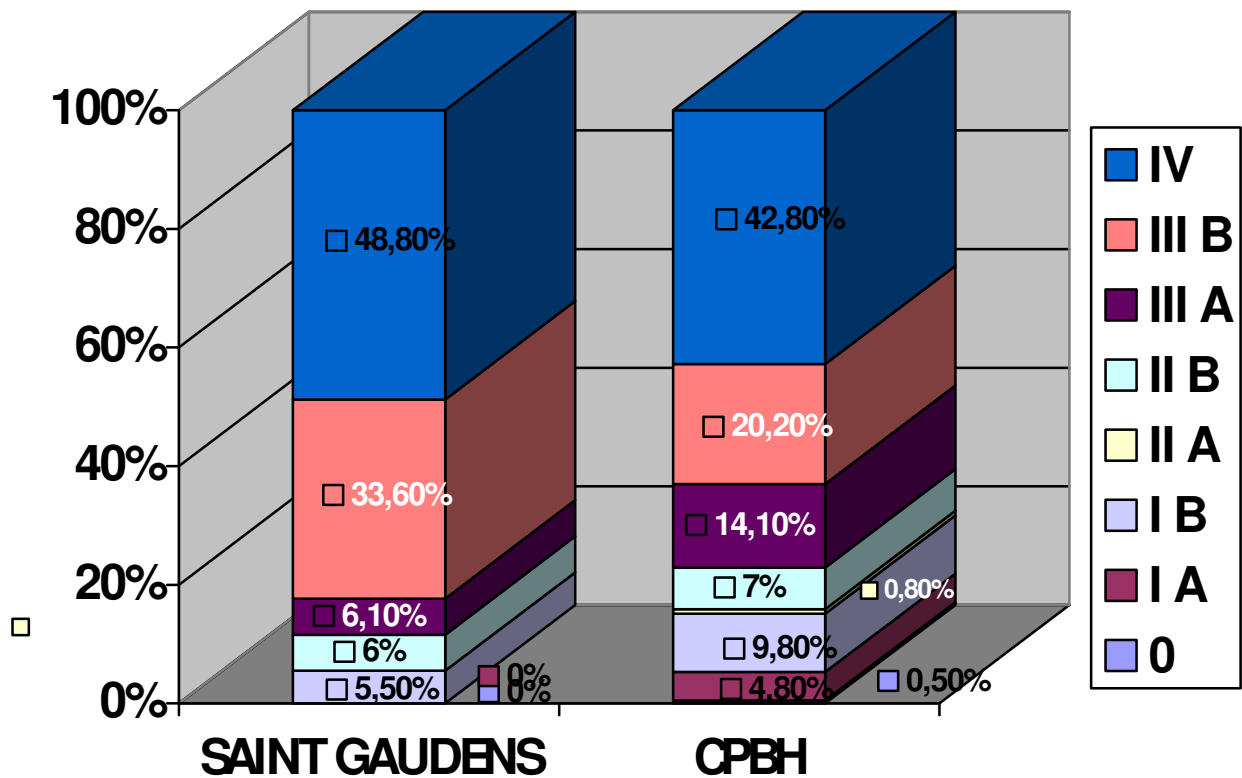
répartition des différents types de cancer est très proche dans les deux cohortes.

- Stades :

o CBPC :

L'ensemble des patients porteurs de CPC suivis à Saint Gaudens sont porteurs de cancers diffus. 32% des Cancers à petites cellules de l'étude CKP 2000-CPHB étaient localisés.

o CBNPC :

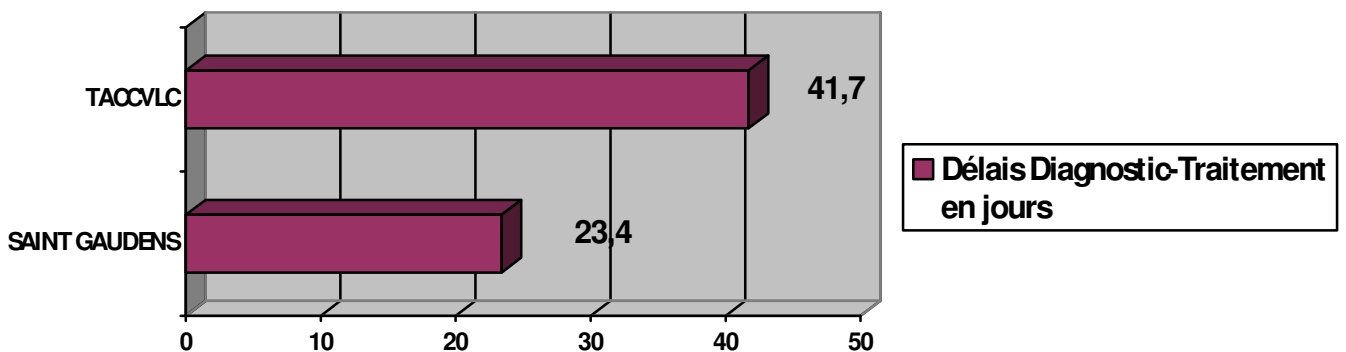


88.2 % des patients pris en charge à Saint Gaudens ont un stade supérieur ou égal au stade III A soit 11 points de plus que les patients recrutés pour l'étude KBP 2000-CPHG.

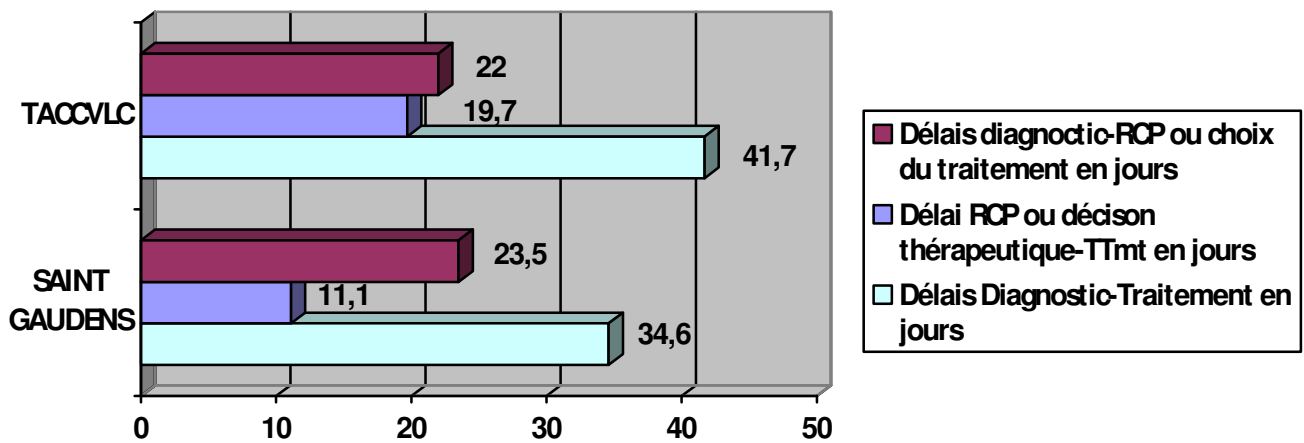
La encore cette différence pourrait s'expliquer par un biais de recrutement (les patients opérables seraient orientés directement vers un centre de référence).

b) étude des délais de prise en charge:

- Pour l'ensemble des patients :



Après exclusion des patients ayant reçu un traitement avant la RCP :



L'obtention des courts délais entre le diagnostic et la réalisation du traitement est probablement facilitée par la taille relative de la structure et par le faible nombre d'intervenants.

c) Comparaisons de la survie des patients :

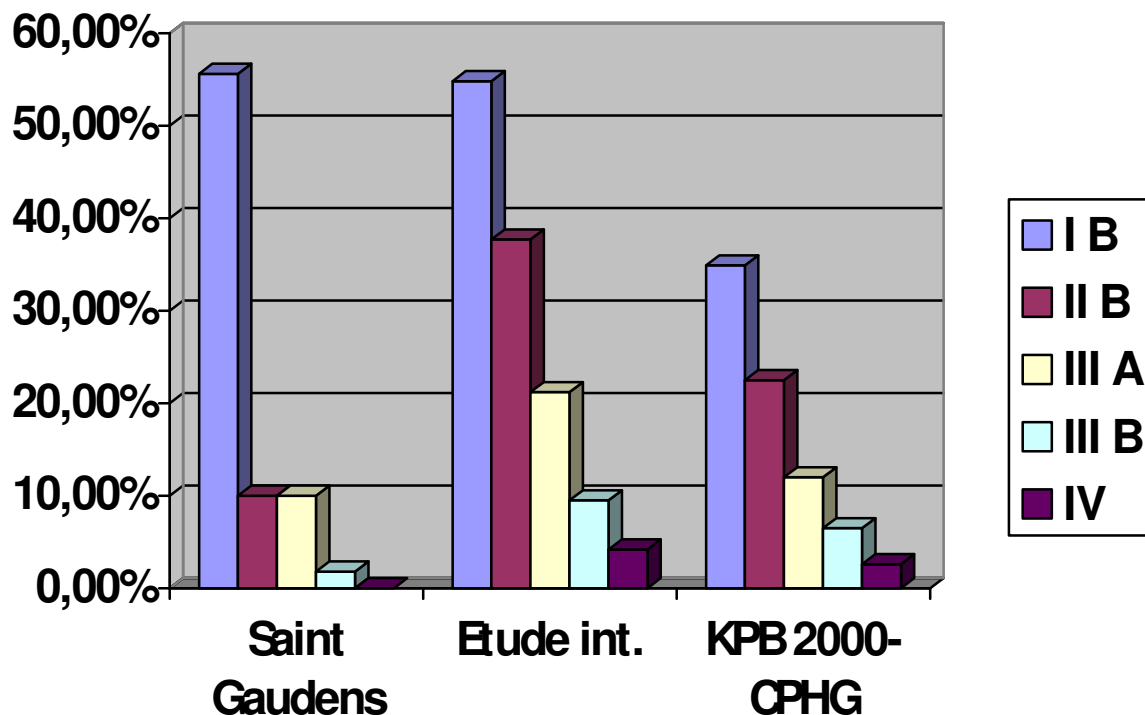
- Comparaison de la survie à 5 ans :

- o CBPC :

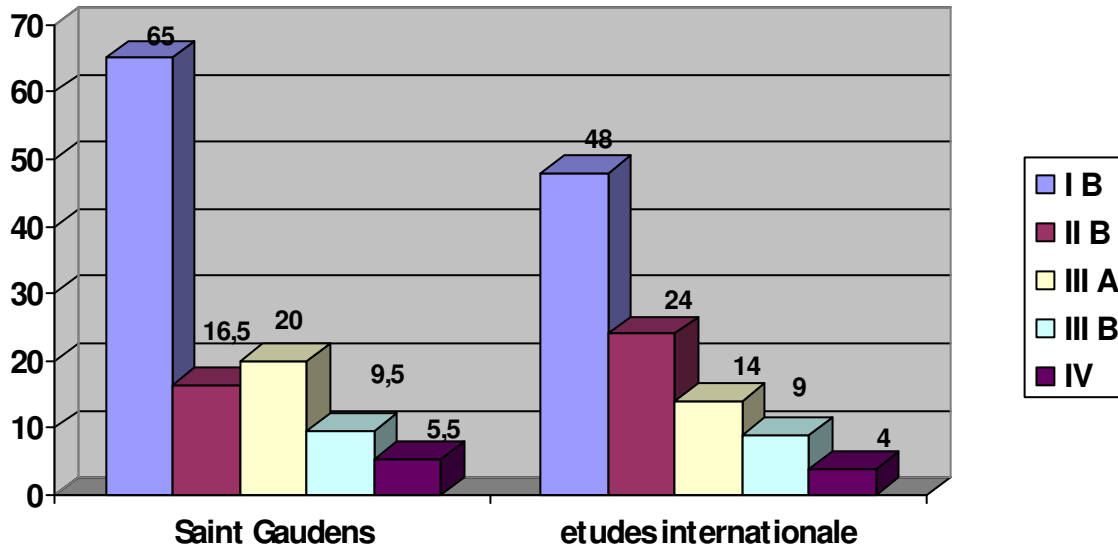
L'étude KBP 2000-CPHG retrouve une survie à 5 ans de 1.5%.

L'ensemble des patients porteurs de CPC pris en charge à Saint Gaudens sont décédés.

- o CBNPC



- Comparaison des médianes de survie :



Médianes de survie en mois.

Les écarts obtenus avec l'étude KBP 2000-CPHG sont non significatifs (probabilité alpha sup à 0.1 pour l'ensemble des stades).

L'écart pour la survie à 5 ans est non significatif (degré de signification p toujours <0.05 pour chaque stade). Le faible nombre de patients de la cohorte rend difficile l'interprétation des taux de survie. On peut cependant noter des courbes de survie peu éloignées, parallèles, ainsi que des médianes de survie très proches, surtout pour les stades III B et IV.

Il est difficile de mesurer l'impact sur la survie du passage en RCP : la comparaison avec d'autres études est aléatoire (manque de données, inhomogénéité des populations).

### 5) Discussion :

- Plusieurs éléments positifs peuvent être tirés de l'analyse des dossiers présentés en RCP :

La discussion par plusieurs médecins constitue une sécurité dans le choix des traitements mis en place. Elle permet aussi de prendre une décision collégiale lors de l'orientation des patients vers des soins palliatifs en limitant le risque d'erreur. La RCP est aussi un outil d'amélioration de pratiques professionnelles par l'échange autour des cas cliniques qu'elle provoque.

La mise en place de protocoles, disponibles sur place, associé à cette discussion, permet d'obtenir l'application des recommandations pour la quasi-totalité des patients.

L'intégration de la RCP locale dans un réseau régional, la pratique de la télémédecine permet de prendre en charge des pathologies plus complexes, nécessitant des recours, tout en assurant aux patients la possibilité d'être traités à proximité de son domicile.

La RCP permet ainsi une prise en charge de proximité en conformité avec les protocoles existants, de patients qui dans notre étude sont âgés, souvent poly-pathologiques.

La taille relative de la structure, le faible nombre d'intervenants facilite l'adéquation traitement proposé/traitement effectué et a permis d'obtenir des délais raccourcis de prise en charge.

Il est difficile de comparer les résultats obtenus de survie avec les autres études, les résultats étant très dépendants de l'âge, du stade de la pathologie, du stade OMS et des comorbidités des patients, cependant nous pouvons observer que les médianes de survie sont très proches, et que les espérances de vie sont identiques quel que soit la période de diagnostic.

Le plan cancer a amené des améliorations dans la prise en charge des patients avec la mise en place de la consultation d'annonce, du Programme personnalisé de soins, par le renforcement des soins de support. Il a aussi permis de lancer la réflexion sur la mise en place d'un 3C.

- Certains inconvénients, liés à la taille relative de la structure peuvent être soulevés :

Le faible nombre de médecins rend nécessaire une mutualisation des RCP (exemple des cas chirurgicaux du cancer du poumon).

Le problème de la pérennité de la structure est aussi posé, en effet, la RCP repose sur un faible nombre de médecins spécialistes dont le remplacement, particulièrement dans les structures périphériques, n'est pas assuré.

La mise en place de structures comme les 3C est aussi plus difficile du fait du faible nombre d'intervenants.

Le nombre de patients inclus dans les essais cliniques est très faible. (Difficulté d'inclure les patients notamment du fait de l'éloignement géographique).

Il existe aussi des difficultés de recrutement de personnes qualifiées dans les petites structures dans un contexte national souvent difficile, par exemple pour les soins de support (exemple des diététiciennes spécifiquement formées).

Il est de plus difficile de dégager des financements pour les nouvelles tâches engendrées par le plan cancer (par exemple secrétariat avec comme nouvelle tâche la double saisie informatique des dossiers).

- Les évolutions à venir avec les recommandations pour le plan cancer 2009-2013:

Pour les RCP, plusieurs mesures sont attendues comme la mise en place d'un cadre minimum de référence dans l'accompagnement du dispositif d'autorisation des établissements, la réorganisation des RCP dans certains territoires, le renforcement des visioconférences et de la télémedecine. Des audits qualité sous coordination des réseaux régionaux de cancérologie sont recommandés.

La finalisation de la mise en place des 3C sera facilitée par la mutualisation entre établissements privés, les communautés hospitalières de territoire entre établissements publics et la poursuite de la coopération public-privé.

Une seconde version des critères d'agrément sera préparée, tenant compte des évolutions de prise en charge.

Une étude sera aussi lancée sur les délais de prise en charge, en vue peut être d'en faire un objectif.

Un objectif d'inclusion dans les essais de 20% des métastases solides et de 10% chez les personnes âgées est recommandé, les rapports d'activité des équipes mobiles de recherche permettront d'analyser les taux d'inclusion. Les patients pourront être activement informés des essais cliniques en cours. La présence de comités locaux représentant les patients, naturellement intéressés par ces essais, sera imposée d'ici 2011 dans tous les établissements de santé autorisés à traiter le cancer.

## CONCLUSION

Le plan cancer constitue un nouveau type de projet inscrit dans une perspective historique :

C'est une nouvelle approche de la lutte contre la maladie :

Il constitue une nouveauté par son ampleur et par les moyens qu'il s'est vu attribué.

C'est un projet ambitieux qui pour la première fois prends en charge tous les axes de la maladie : connaissance, prévention, organisation de la prise en charge, recherche, formation.

Les 70 mesures constituées autour de ces grands axes constituent un cadre cohérent.

Le plan cancer a su aussi mobiliser l'ensemble des acteurs concernés : malades, médecins, pouvoirs publics, associations.

Il a bénéficié de son statut de chantier présidentiel qui lui a donné en plus des moyens importants, une grande visibilité.

Il a mis en place pour la première fois une agence emblématique (l'INCa) constituée non pas d'un domaine de compétence mais autour d'une thématique.

Cette nouvelle approche s'inscrit dans une perspective historique :

Le plan cancer a largement bénéficié des réflexions récentes, notamment du plan cancer 2000-2005 qu'il a repris et amplifié.

L'étude de l'histoire de la lutte contre le cancer nous montre que de nombreuses préoccupations de ce plan étaient déjà existantes dès l'entre deux guerre :

- Pour la prévention : rôle important du dépistage précoce, campagne d'information du public, des médecins,
- Pour les soins : la prise en charge multidisciplinaire était encouragée avec la volonté de ne pas privilégier a priori un type de traitement, la double exigence de proximité et de qualité de soins était prise en compte avec la création de centres de cancérologie régionaux de pointe où les moyens étaient concentrés,

- Pour la recherche : volonté de rapprocher recherche fondamentale et essais cliniques, d'accélérer la translation de la recherche à la clinique,
- Pour la formation : volonté de former plus d'acteurs compétents dans le domaine de la cancérologie.
- Lutte contre l'isolement social et lutte pour l'amélioration des conditions de vie des malades.

Les grands axes de ce plan répondent à des préoccupations apparues dès les balbutiements de la cancérologie.

La mise en place de mesures structurantes a permis des apports majeurs à la lutte contre le cancer :

L'étude de l'application du plan cancer nous montre qu'environ un tiers des mesures ont été complètement réalisées, un tiers partiellement et un tiers pas du tout.

Cependant l'ensemble des ces mesures ne sont pas équivalentes, et l'application des mesures structurantes a conduit à une véritable révolution de la prise en charge des patients et de la recherche.

Pour les soins :

- Par la mise en place de structures graduées intégrées dans un réseau de soins, il permet à l'ensemble des patients de bénéficier d'une prise en charge adaptée quelque soit le lieu de diagnostic.
- La généralisation des RCP, avec la discussion de plusieurs intervenants autour des dossiers présentés, est un vecteur d'échange entre praticiens. Nous avons vu que pour l'hôpital de Saint Gaudens, la RCP a permis une application pour quasiment 100% des patients traités des protocoles de prise en charge. La RCP permet aussi la prise d'une décision partagée, pour des patients pour lesquels la question des soins palliatifs se pose, avec une plus grande sécurité.
- La mise en place des 3C constitue une avancée importante. Ils sont le garant de la qualité de la prise en charge. Ils mettent en place les conditions de bonne prise en charge et permettent d'évaluer les soins apportés.
- Le PPS, la consultation d'annonce, le dossier communicant en cancérologie qui sera plus tard lié au dossier médical partagé, sont en cours de généralisation. Ils permettront une meilleure information du patient et une plus grande communication entre la ville et l'hôpital.
- La mise en place de seuils d'activités et des démarches d'autorisation selon des critères de qualité garantira l'accès des patients à des structures assurant une prise en charge optimale.

Pour la recherche :



- La mise en place de l'INCa est sans précédent. C'est l'institut emblématique du plan cancer qui a, du fait de ses multiples rôles, une position centrale dans l'organisation de la recherche et la lutte contre la maladie.
- La constitution de Cancéropôles a permis de dynamiser et de coordonner la recherche. Leur création constitue une avancée majeure dans la structuration de la lutte contre le cancer.

#### Application du plan cancer dans les hôpitaux de proximité :

Nous avons vu que le principe des RCP a été mis en place depuis plusieurs années dans certains centres.

Le plan cancer a généralisé le principe d'une discussion autour du dossier du patient.

L'étude des dossiers des patients pris en charge à l'hôpital de Saint Gaudens montre l'apport que constitue le plan cancer dans une structure de taille modérée :

La RCP permet de prendre en charge les patients dans le cadre d'un réseau organisé avec possibilité de soins de recours, et de leur assurer des traitements respectant les recommandations de prise en charge.

Cette prise en charge multidisciplinaire permet de limiter le risque d'erreur, et donner au patient toutes les chances de survie qu'il est en droit d'attendre.

L'organisation en réseau permet de mettre en place des stratégies de recours dans les cas difficiles ou relevant de traitement particulier. Cette possibilité de recours permet d'assurer au patient une prise en charge de qualité quelque soit son lieu de prise en charge.

La taille des structures de proximité constitue aussi un handicap, dans plusieurs domaines comme le manque de spécialiste dans les « quorum », le manque de personnel, la difficulté d'inclure les patients dans les essais cliniques.

Le prochain plan cancer apportera probablement de nouvelles solutions afin de lutter contre les inégalités territoriales, probablement en réorganisant les RCP au niveau territorial lorsque celles-ci sont trop petites pour garantir la sécurité de prise en charge, et en mettant en place des audits qualités.

#### La question de la place du médecin traitant :

Le dispositif du médecin traitant mise en place par la loi du 13 août 2004 est un dispositif relativement récent.

Le médecin traitant a deux missions : assurer la prise en charge de premier recours et coordonner les soins.

La loi « hôpital, patient, santé et territoire » reconnaît implicitement que la tâche du médecin traitant est dévolue aux médecins généralistes.

Le rapport de recherche « prendre en charge le cancer en médecine générale » souligne l'importance du rôle du médecin traitant dans le diagnostic, l'orientation initiale, la prise en charge entre les chimiothérapies, le soutien psychologique et lorsque le patient est en fin de vie.

Cette étude montre aussi que l'investissement du médecin traitant est variable selon son degré de compétence dans le domaine de la cancérologie.

Alors que le médecin traitant connaît bien le patient et ses conditions de vie, sa participation aux RCP ne semble pas être la règle et sa place dans le plan cancer n'est pas établie.

En ce qui concerne le dépistage, la position du médecin traitant est très variable: patients contactés sans passer par le médecin traitant pour le cancer du sein, position centrale dans le dépistage du cancer colorectal.

Le plan cancer 2003-2007 n'a donc pas permis de définir clairement la place du médecin traitant dans la parcours de soins du patient cancéreux même si celui-ci est mieux informé grâce au PPS et dans l'avenir au dossier médical partagé.

Le rapport du Professeur Grünfeld contenant les recommandations pour le plan cancer 2009-2013 reconnaît ces insuffisances et propose de réintégrer le médecin traitant dans toute la filière, de la prévention, au dépistage et aux soins, et de lui donner sa place de référent de proximité pour les patients atteints de cancer.

Sa fonction d'acteur de la prévention est soulignée. Une réflexion est préconisée quand a la possibilité d'une consultation par exemple triennale de prévention et d'information au patient.

Le développement de l'offre de formation continue est recommandé. Une concertation entre l'assurance maladie et les représentants des médecins généralistes est préconisée afin de construire des modalités pratiques et financières qui pourront permettre au médecin traitant de participer au parcours de soins et à la surveillance des patients atteints de cancer.

L'adhésion des médecins généralistes sera primordiale dans l'avenir, le corps soignant étant non seulement redevable de soins de qualité, mais aussi d'une vision et d'une prise en charge globale des patients.

#### Les futurs aménagements : le plan cancer 2009-2013 «Nouvel Elan »(33)

Le plan cancer 2009-2013 vise à donner un nouveau souffle à la lutte contre le cancer en s'appuyant sur les mesures et structures déjà mise en place.

Huit propositions générales devraient constituer les principaux axes de ce prochain plan :

- Développement de recherche transversale et pluridisciplinaire autour de -cancer.
- Recherche sur les déterminants des inégalités de santé face au cancer.
- Soutien de la recherche et de l'action sur les causes comportementales et environnementales des cancers.
- Amélioration de la coordination des soins et le lien avec le secteur médico--social autour du médecin traitant.
- Soutien aux professions dont la démographie est fragile.

- Poursuite de la collaboration avec les associations de patients et les associations caritatives dans l'accompagnement médical et médico-social.
- Prévoir et organiser le « vivre après le cancer ».

Ce prochain plan permettra de confirmer et de renforcer les avancés historiques apportés par ce plan.

## BIBLIOGRAPHIE :

- 1- IMBAULT-HUART Marie-José. Histoire du Cancer. Histoire, 1984, n°74, p.74 -77. **RAVEN Ronald William**. The Theory and Practice of Oncology. **Carnforth: the Parthenon publishing group Inc, 1990, 366 pages.**
- 2- **PINELL Patrice**. Naissance d'un fléau: histoire de la lutte contre le cancer en France (1890 -1940). **Paris : Métailié, 1992, 365 pages.**
- 3- LANCE Michel. La chirurgie du temps jadis. Cancer Info, 1999, n° 58, p. 13.
- 4- REGAUD Jean. Claudius Régaud, 1870-1940. **Paris : Maloine, 1982, 233 pages.**
- 5- **HALIOUA Bruno**. Histoire de la médecine. Paris : Masson, 2004, 272 pages.
- 6- LATARJET Raymond. Antoine Lacassagne (1884-1971). Annales de l'Institut Pasteur, 1972,122, 6, p. 1075-1075.
- 7- Site de la FNCLCC. La FNCLCC. <http://www.fnclcc.fr/fr/institutionnel/fnclcc/mission.php>
- 8- HOERNI Bernard et al. ARC. Le dictionnaire des Cancers.  
[http://www.sfc.asso.fr/glossaire/definition\\_141\\_arc+.html?PHPSESSID=57eafbb7fcbb5ba4b2bd02680ea22598](http://www.sfc.asso.fr/glossaire/definition_141_arc+.html?PHPSESSID=57eafbb7fcbb5ba4b2bd02680ea22598)
- 9- CACHIN Yves et al. La Lutte contre le cancer en France, rapport au ministre des Affaires sociales et de la solidarité nationale et au secrétaire d'Etat chargé de la Santé par la Commission nationale des cancers. Paris : Documentation française, 1985,132 pages.
- 10-Circulaire DGS/DH/AFS n°98-213 du 24 mars 1998 relative à l'organisation des soins en cancérologie dans les établissements d'hospitalisation publics et Privés[http://cnrd.fr/IMG/pdf/Circulaire\\_DGS\\_DH\\_AFS\\_no98213\\_du\\_24\\_mars\\_1998\\_relative\\_a\\_l\\_organisation\\_des\\_soins\\_en\\_cancerologie.pdf](http://cnrd.fr/IMG/pdf/Circulaire_DGS_DH_AFS_no98213_du_24_mars_1998_relative_a_l_organisation_des_soins_en_cancerologie.pdf).
- 11-Programme national de lutte contre le cancer  
[http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/34\\_000201.htm](http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/34_000201.htm).
- 12-Plan cancer 2003-2007, Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer.  
[http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/cancer/plaquette\\_cancer.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/cancer/plaquette_cancer.pdf)**ABENHAIM Lucien et al. Rapport de la Commission d'orientation sur le cancer.**  
**<ftp://trf.education.gouv.fr/pub/rechtec/rapport/cancer/rapportcancer.pdf>**
- 13-Circulaire DHOS/SDO/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie.  
[http://www.ancelot.net/~gapi/fichiers/669/PRESENTATION/Textes\\_fondamentaux/circ\\_22\\_022005.pdf](http://www.ancelot.net/~gapi/fichiers/669/PRESENTATION/Textes_fondamentaux/circ_22_022005.pdf)
- 14-Circulaire DHOS/CNAMTS/INCA/2007/357 du 25 septembre 2007 relative aux réseaux régionaux de cancérologie.  
[http://www.oncorif.fr/images/stories/Documents\\_a\\_telecharger/Textes\\_officiels/Referentie\\_I\\_RRC\\_25sept07.pdf](http://www.oncorif.fr/images/stories/Documents_a_telecharger/Textes_officiels/Referentie_I_RRC_25sept07.pdf)

- 15-Décret n°2007-388 du 21 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer et modifiant le code de la santé publique. Journal officiel de la république française, 2007, Texte 35 sur 145.
- 16-Décret n°2007-389 du 21 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de traitement du cancer. Journal officiel de la république française, 2007, Texte 36 sur 145
- 17-Haut Conseil de la santé publique. rapport sur l'évaluation du Plan cancer (2003-2007). [http://www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20090131\\_EvaluationCancer.pdf](http://www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20090131_EvaluationCancer.pdf)
- 18-Cour des comptes Paris. Rapport public thématique « la mise en œuvre du plan cancer ». Paris : La Documentation française, 2008, 176 pages.
- 19-INCa. **Bilan du Plan cancer 2003-2007.** [http://www.e-cancer.fr/Institut-National-Cancer/Plan-cancer-2003-2007/op\\_1-it\\_112-la\\_1-ve\\_1.html](http://www.e-cancer.fr/Institut-National-Cancer/Plan-cancer-2003-2007/op_1-it_112-la_1-ve_1.html)
- 20-INCa. Face au bilan très positif des actions menées par les Cancéro pôles, l'Institut National du Cancer renforce leurs stratégies scientifiques. [http://www.e-cancer.fr/v1/fichiers/public/cp\\_evaluation\\_canceropoles\\_240707.pdf](http://www.e-cancer.fr/v1/fichiers/public/cp_evaluation_canceropoles_240707.pdf)
- 21-Observatoire Régional de la Santé de Midi-Pyrénées. Les cancers en Midi-Pyrénées. <Http://www.orsmip.org/tlc/bulletin/2008-06.pdf>
- 22-ARH Midi Pyrénées. SROS de Midi Pyrénées 2004-2009. <http://www.fhpr2a.fr/portail/IMG/pdf/sros2t2.pdf>.
- 23-ARH. Classeur SROS Midi Pyrénées. 2008. [http://www.parhtage.sante.fr/re7/mip/doc.nsf/VDoc/4AE46BFB9D4F0C19C1257583005474FE/\\$FILE/CLASSEUR%20SROS%20SITE.pdf](http://www.parhtage.sante.fr/re7/mip/doc.nsf/VDoc/4AE46BFB9D4F0C19C1257583005474FE/$FILE/CLASSEUR%20SROS%20SITE.pdf).
- 24-Convention constitutive du GIP Cancéro pôle Grand Sud-Ouest.2007. [http://www.canceropole-gso.org/upload/stockfile/commun/2007/gip/convention\\_gip\\_gso.pdf](http://www.canceropole-gso.org/upload/stockfile/commun/2007/gip/convention_gip_gso.pdf).
- 25-Charte d'engagement du GCS « clinique universitaire du cancer ». 2007. [http://www.canceropole-toulouse.com/docs/DP\\_Clinique\\_Universitaire\\_du\\_Cancer\\_fevrier\\_2007.pdf](http://www.canceropole-toulouse.com/docs/DP_Clinique_Universitaire_du_Cancer_fevrier_2007.pdf)
- 26-ONCOMIP. Référentiel Régional de Prise en Charge Thorax. 2008. [http://www.oncomip.fr/redirection.htm?file=docsgp/referentiel\\_Thorax\\_V3.pdf](http://www.oncomip.fr/redirection.htm?file=docsgp/referentiel_Thorax_V3.pdf)

**Réseau Francim. Survie des patients atteints de cancer en France: étude des registres du réseau Francim. Paris : Springer, 2007, 408 pages.**

- 27-BLANCHON F., GRIVAUX M., LEBAS F.-X et al. Cohorte KBP-2000-CPHG : Evaluation des facteurs pronostiques de la survie du cancer bronchique primitif à 2 ans et à 5 ans. Paris: Masson, 2006, vol. 23, n°2, p. 165-171.
- 28-GROOME PA, BOLEJACK V, CROWLEY JJ et al. The IASLC Lung Cancer Staging Project: validation of the proposals for revision of the T, N, and M descriptors and consequent stage groupings in the forthcoming (seventh) edition of the TNM classification of malignant tumours. J Thorac Oncol. 2007, 2(8):p.694-705
- 29-OULD Michael K. GHASUS Sharfun J. OLSSON Julie Ket al. Timeliness of Care in Veterans With Non-small Cell Lung. Cancer Chest, 2008, vol. 133, n°5, p. 1167-1173.
- 30-GRÜNFELD Jean-Pierre. Recommandations pour le Plan Cancer 2009-2013 - Rapport au Président de la République 26 mars 2009. [http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG//pdf/Rapport\\_Grunfeld\\_-\\_recommandations\\_pour\\_la\\_plan\\_cancer\\_2009\\_2013\\_-mars\\_2009.pdf](http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG//pdf/Rapport_Grunfeld_-_recommandations_pour_la_plan_cancer_2009_2013_-mars_2009.pdf)