



En raison de son poids et afin de faciliter son téléchargement, le rapport a été découpé en deux fichiers. Pour permettre la navigation entre les fichiers, utilisez la table des matières active (signets) à gauche de l'écran.

la dynamique du Plan cancer

Actions et Résultats



Mission
Interministérielle pour
la Lutte contre le
Cancer

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pascale Briand

Le 4 avril 2005

Déléguée

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

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

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

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

1 PRÉVENTION

ÉVITER LES CANCERS ÉVITABLES

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

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

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

1.1 MIEUX CONNAÎTRE POUR MIEUX PRÉVENIR

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

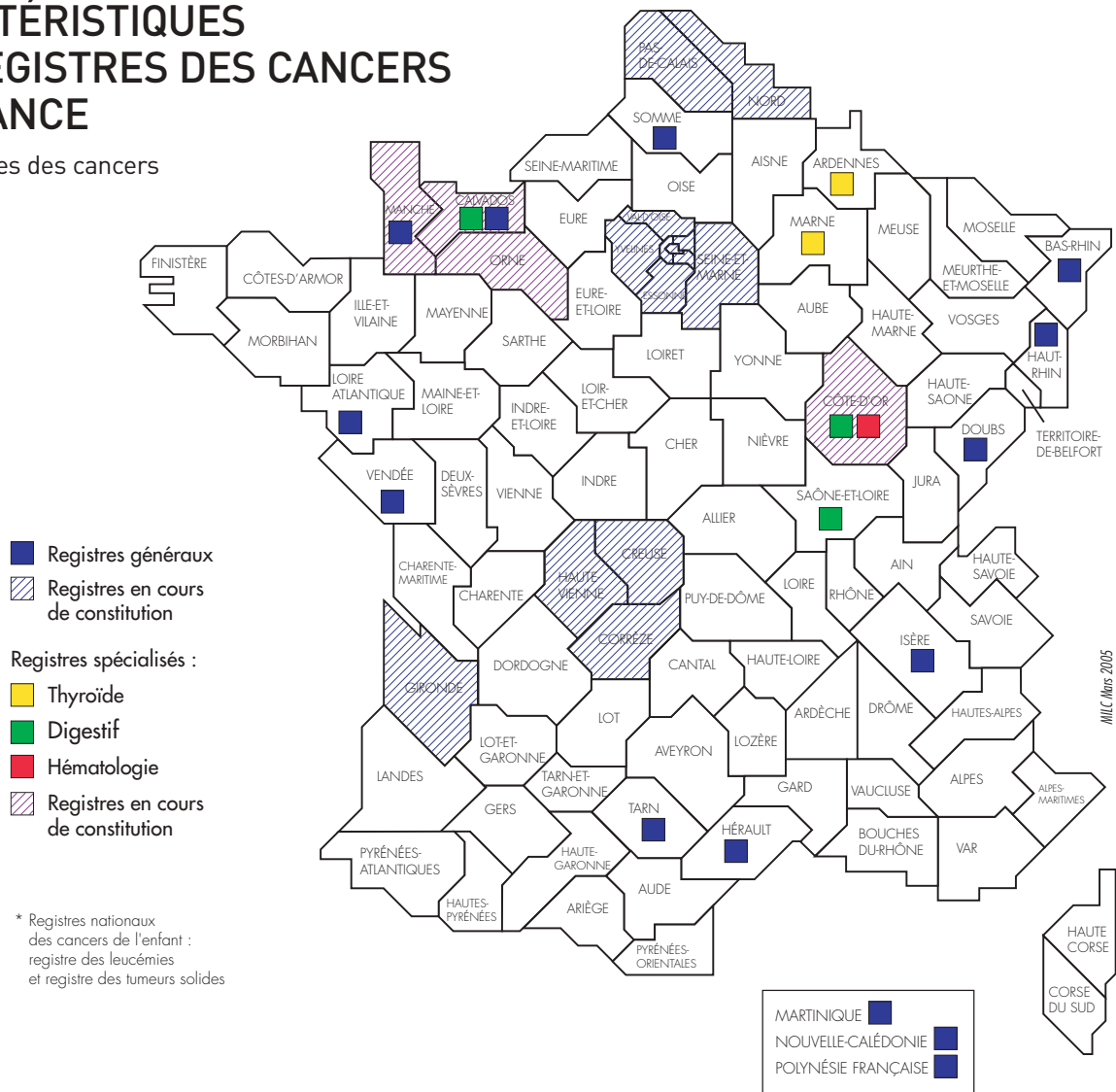
1.1.1 Mieux connaître l'évolution de l'incidence des cancers

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

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

CARACTÉRISTIQUES DES REGISTRES DES CANCERS EN FRANCE

Hors registres des cancers
de l'enfant*



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.1.2 Cerner les facteurs de risque

1.1.2.1 Risques professionnels et environnementaux

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

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

- les accidents du travail ;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Réduire les expositions professionnelles aux agents cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques

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

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

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

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

phytosanitaires. Les évaluations interviendront au printemps 2005 ;

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

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

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

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

Réduire les émissions aériennes de substances toxiques d'origine industrielle

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.4.1 Des mesures législatives fortes

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

1.4.1.1 Restreindre la vente

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

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

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

1.4.1.2 Augmenter les prix

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

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

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

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

1.4.1.3 Faciliter l'application de la loi Evin

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

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

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

1.4.1.4 Agir auprès des jeunes

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

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

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

1.4.2 Des actions de sensibilisation

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

Entreprise sans tabac

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

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

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

Hôpital sans tabac

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

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

Montée en charge du réseau Hôpital sans tabac

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

* Au total 537 établissements publics et privés

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

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

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

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

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

Ecole sans tabac

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

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

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

1.4.3 La mobilisation des associations

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

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

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

1.4.4 Des campagnes d'information

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

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

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

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

Le dispositif de communication grand public comprenait :

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

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

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

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

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

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

1.4.5 Multiplier les aides à l'arrêt du tabac

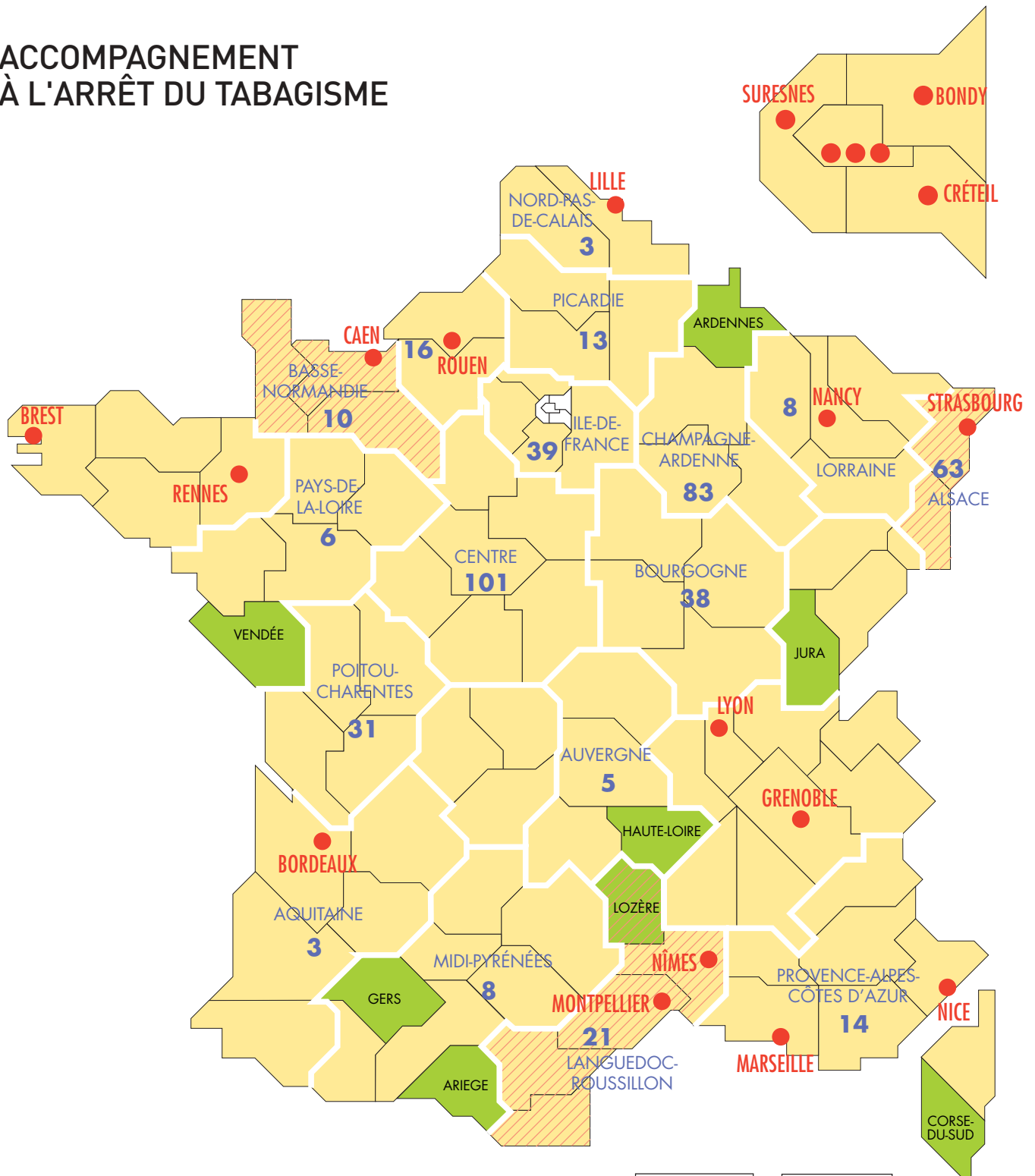
Pour répondre à la demande accrue de sevrage tabagique, très directement associée à l'augmentation du prix du tabac et aux actions d'information et de sensibilisation, des mesures nouvelles ont été mises en œuvre en 2004.

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

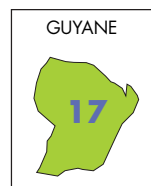
La France dispose désormais de 464 centres de consultations de tabacologie hospitalières et non hospitalières. Le dispositif sera encore renforcé en 2005 avec 2 millions d'euros de mesures nouvelles.

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

ACCOMPAGNEMENT À L'ARRÊT DU TABAGISME



- Création d'une consultation hospitalière individuelle de tabacologie en 2004
- Création d'une consultation hospitalière collective de tabacologie en 2004
- Remboursement des substituts nicotiniques



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.4.7 Des résultats encourageants

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

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

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

Usage quotidien du tabac

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

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

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

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

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

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

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

*(DGS, INPES, MILDT, assurance maladie)

1.5 PROMOUVOIR DES ATTITUDES FAVORABLES À LA SANTÉ

1.5.1 Mieux comprendre les comportements à risque pour mieux agir

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

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

1.5.2 Chez les jeunes

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

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

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

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

1.5.3 Une alimentation équilibrée

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

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

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

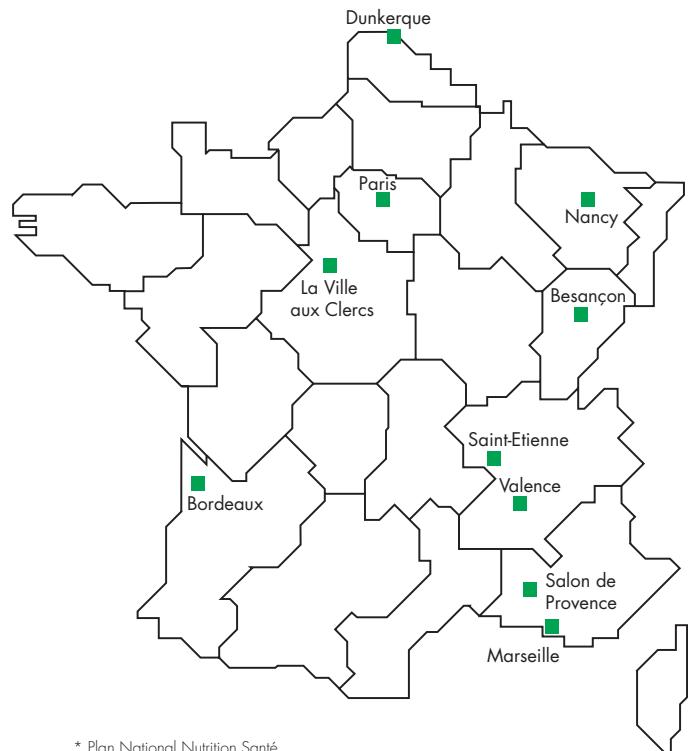
Les municipalités s'engagent

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

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

Un rapport de synthèse, récemment publié par l'Unité

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



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

1.5.4 La lutte contre l'alcoolisme

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

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

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

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

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

Parallèlement, l'INPES a poursuivi ses actions de prévention autour de plusieurs objectifs : alerter sur les risques sanitaires d'une consommation excessive et informer sur les repères de consommation, faire évoluer les représentations masculines sur l'alcool, promouvoir l'abstinence pendant la grossesse, favoriser le dialogue entre les professionnels de santé et le patient.

Les campagnes TV

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

De nouveaux outils pour les professionnels

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

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

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

1.5.5 Du bon usage des rayons UV

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2 DÉPISTAGE : SE DONNER TOUTES LES CHANCES

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

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

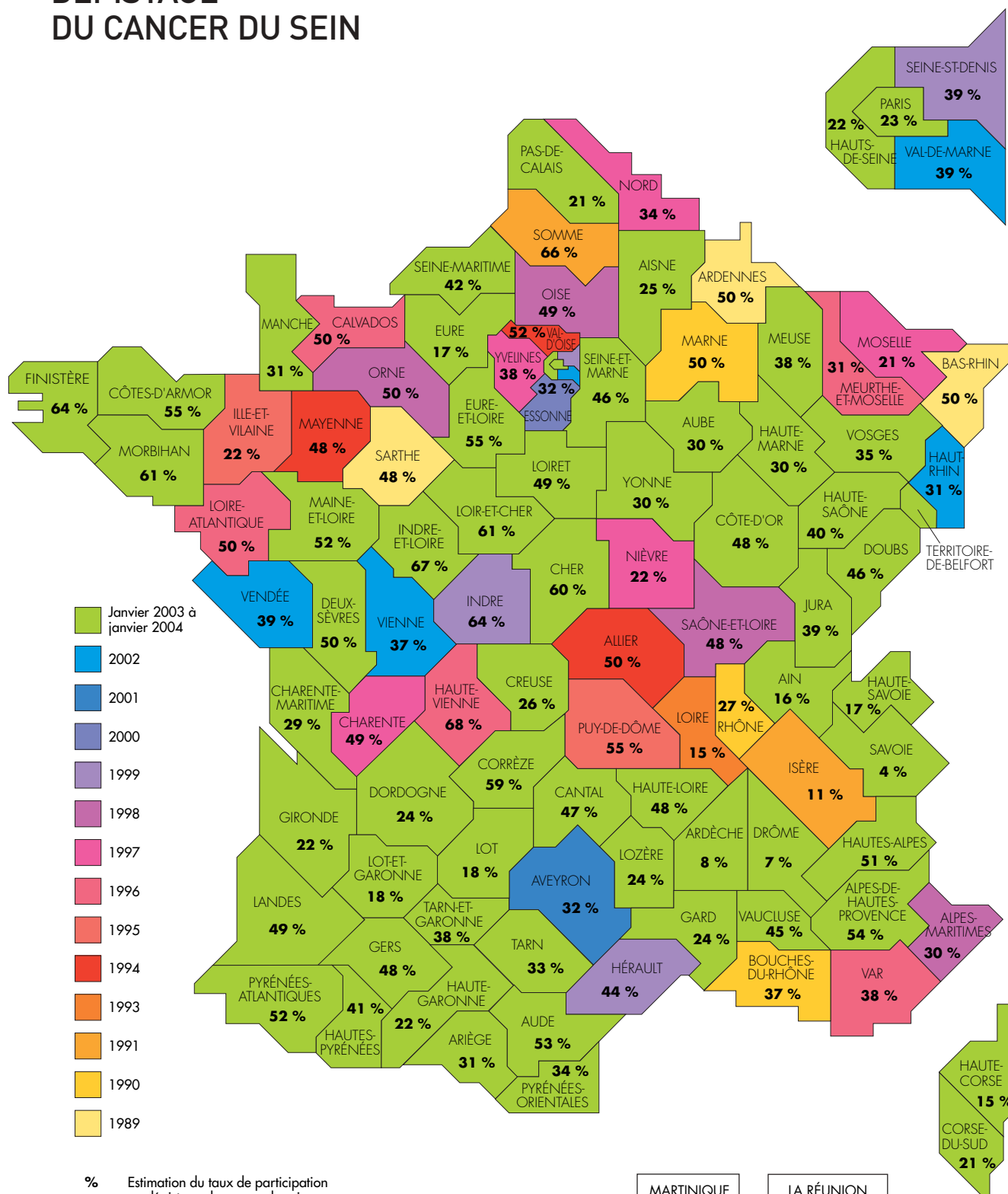
Principale cause de mortalité par cancer chez les femmes, le cancer du sein tue encore près de 12 000 femmes par an. Pour l'année 2000, 42 000 nouveaux cas ont été enregistrés en France. Entre 1980 et 2000, les cancers du sein ont augmenté de près de 60 %, expliquant à eux seuls 93 % de l'augmentation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

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

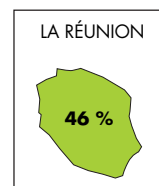
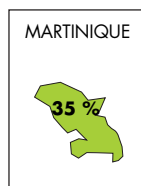
Les radiologues qui y participent ont reçu une formation complémentaire et ont fait mettre à niveau leurs équipements.

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

DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN



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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Maintenir et renforcer la mobilisation

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

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

Une approche toujours plus qualitative

La garantie du dispositif est assurée par :

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

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

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

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

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

Des financements soutenus

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

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

Des options confortées

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

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

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

2.2 VERS LE DÉPISTAGE GÉNÉRALISÉ DU CANCER COLO-RECTAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

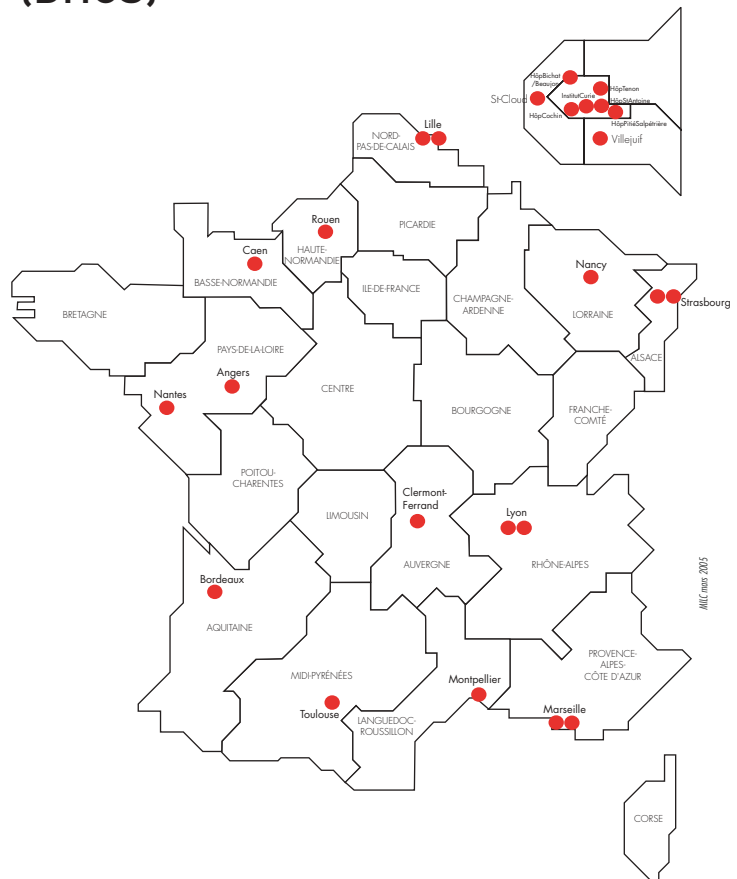
D'avantage de moyens pour les laboratoires

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

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

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

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



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

Deux fois plus de consultations

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

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

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

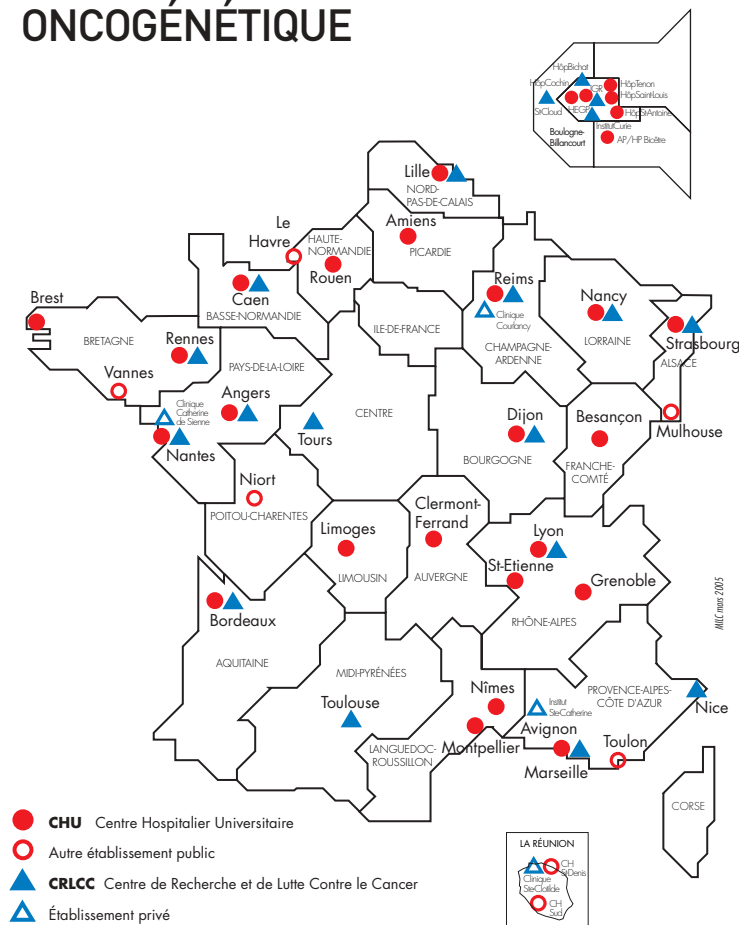
Des référentiels concernant l'oncogénétique clinique vont être mis à disposition des professionnels.

Création d'un nouveau métier :

le conseiller en génétique

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

CONSULTATIONS ONCOGÉNÉTIQUE



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

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

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

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

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

Résumé

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

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

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

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

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

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

3.1.2 Un accès rapide au diagnostic

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

3.1.3 Des conditions d'annonce du cancer organisées

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

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

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

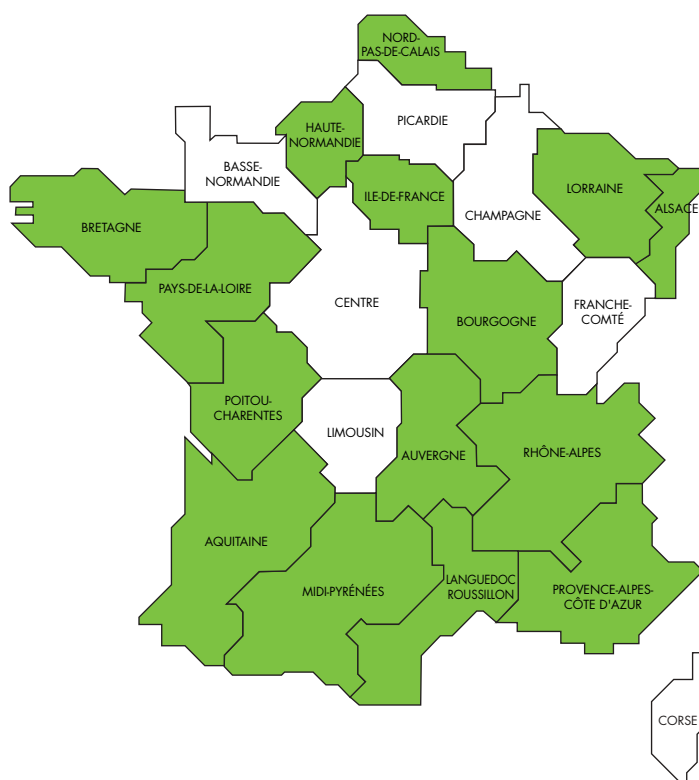
d'évaluer la faisabilité et l'impact du cahier des charges testé, son adéquation aux attentes des patients et les modalités d'accompagnement financier.

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La chirurgie des cancers

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

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

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

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

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

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

La radiothérapie

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

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

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

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

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

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

Les traitements médicaux du cancer et la chimiothérapie

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

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

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

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

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

3.1.7 L'accès aux soins de support

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

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

• Près de 130 postes de psycho-oncologues supplémentaires créés

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

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

Créations de postes de psycho-oncologues

	2003	2004	2005
Postes	17	65	45

• De nouvelles structures de prise en charge de la douleur

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

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

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

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

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

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

• **De nouveaux médicaments contre la douleur**

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

• **La coordination de la recherche**

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

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

• **Les Etats généraux de la douleur**

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

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

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

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

Les financements en millions d'euros (mesures nouvelles)

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

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

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

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

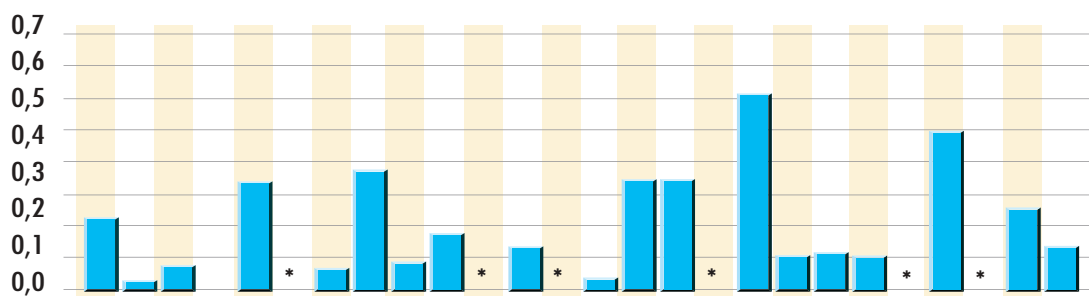
Un guide pour l'élaboration du dossier de demande de lits identifiés en soins palliatifs est diffusé depuis juin 2004 pour aider les équipes, en institution ou à domicile, à mettre en place une démarche palliative.

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

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

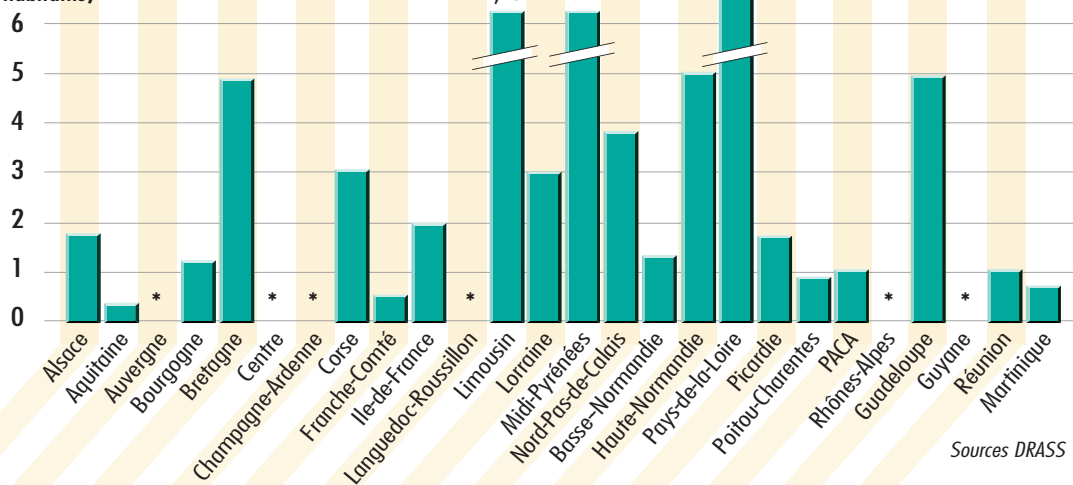
RÉPARTITION DES DIFFÉRENTES STRUCTURES DE SOINS PALLIATIFS PAR RÉGION EN 2003

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



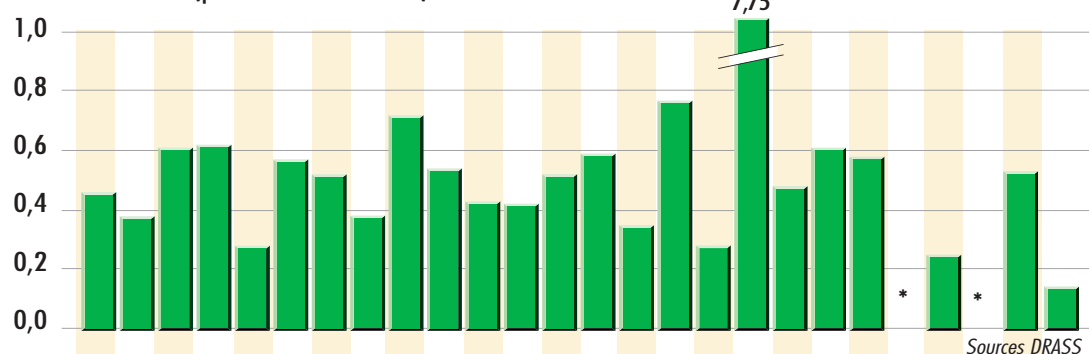
Sources DRASS

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



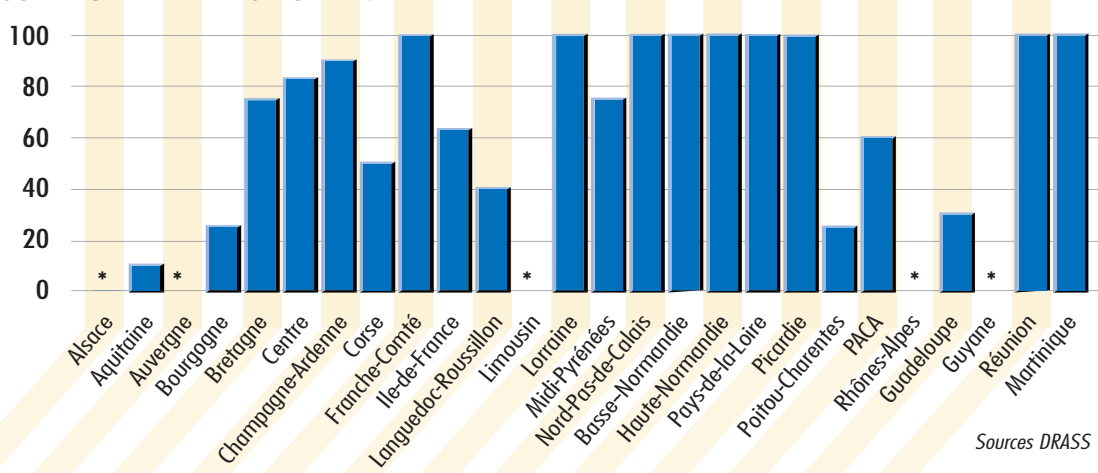
Sources DRASS

NOMBRE D'UNITÉS MOBILES (pour 100 000 habitants)



Sources DRASS

TAUX DE COUVERTURE PAR LE RÉSEAU EN %



Sources DRASS

* Zéro ou non renseigné

L'organisation des soins palliatifs et la tarification

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

Missions d'Intérêt Général
Groupe Homogène de Séjours

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

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

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

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

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

• Formation et information des professionnels et du public

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Autorisations

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

Participation à un réseau de cancérologie

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

Centres de Coordination en Cancérologie (3C)

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

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

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

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

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

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

10] Voir l'annexe 2.

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

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

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

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

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

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

Les sites de cancérologie

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

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

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

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

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

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

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

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

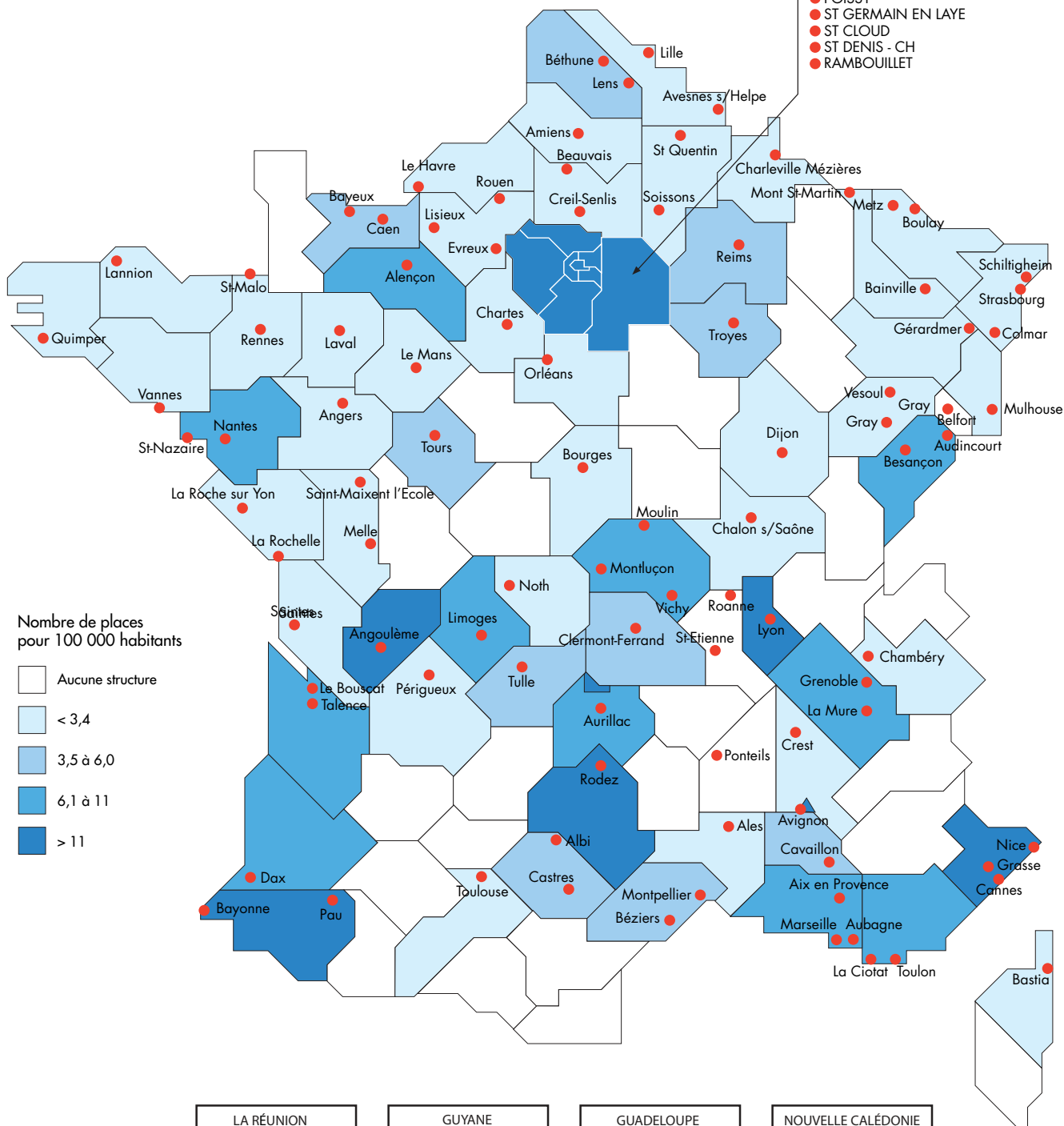
L'ordonnance de simplification du système de santé du 4 septembre 2003 a supprimé plusieurs freins comme la carte sanitaire et l'obligation de fermer des lits d'hospitalisation complète pour créer des places d'HAD. La prise en compte de l'HAD figure, par ailleurs, parmi les volets obligatoires des SROS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

L'HOSPITALISATION À DOMICILE EN SEPTEMBRE 2004

→ **121 STRUCTURES D'HAD**

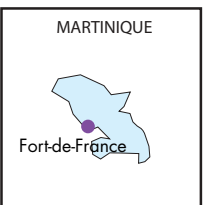
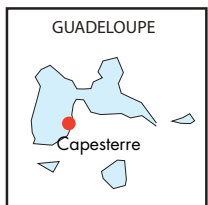
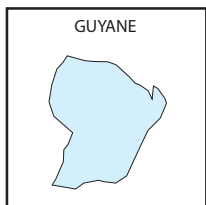
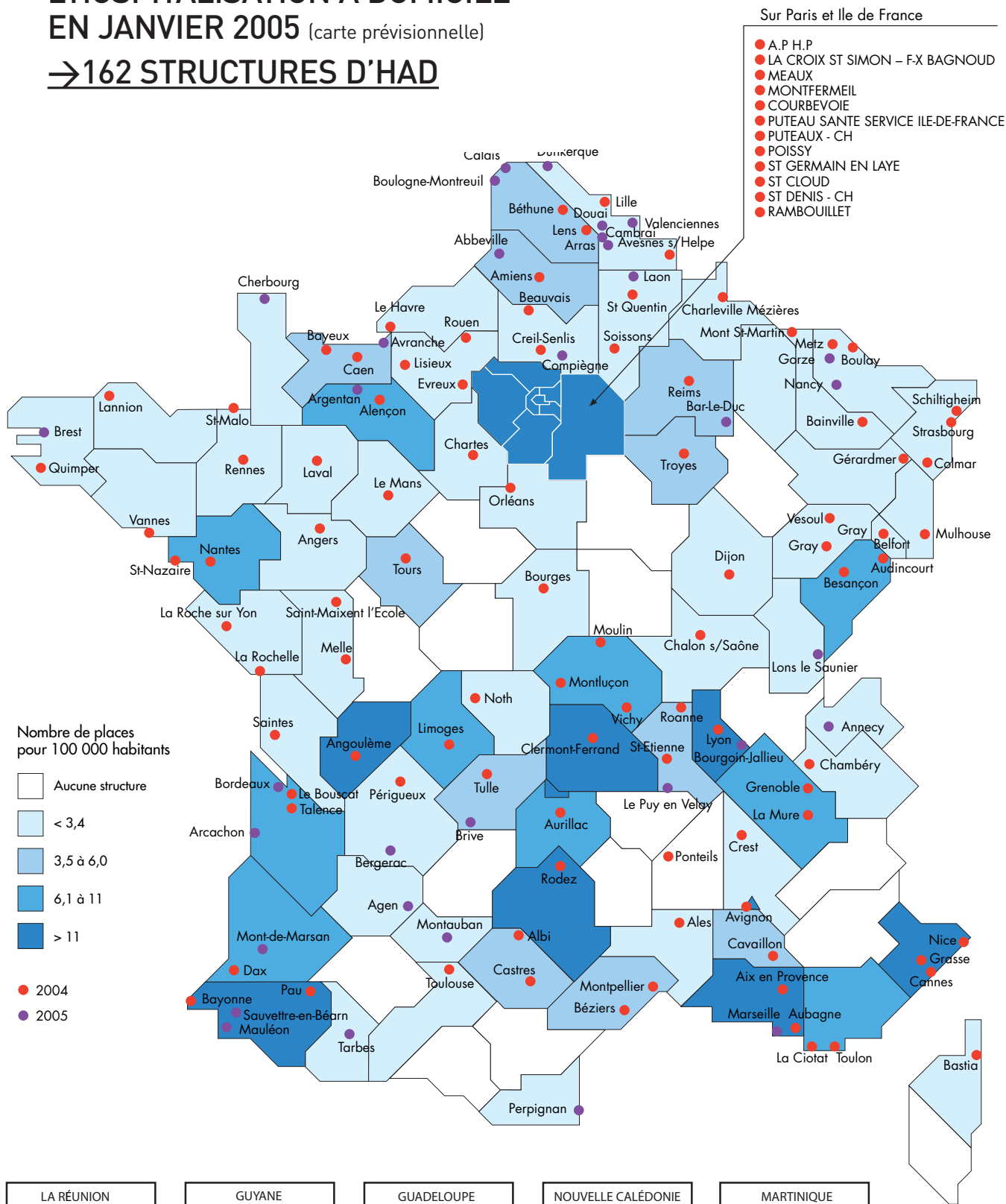
Sur Paris et Ile-de-France

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



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

→ **162 STRUCTURES D'HAD**



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

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

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

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

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

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

Faciliter les chimiothérapies à domicile

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

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

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

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

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

Des travaux sont en cours avec les professionnels pour apporter des solutions à plusieurs difficultés techniques (transport, élimination des déchets, place du pharmacien d'officine, établissement et signature des conventions...) qui freinent encore le développement de la chimiothérapie à domicile.

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

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

La réforme de la rétrocession

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

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

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

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

L'organisation de la relation ville hôpital

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

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

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

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

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

Les objectifs visés par la création des pôles régionaux de cancérologie

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

Les missions et responsabilités des membres du pôle régional

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

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

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

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

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

Les actions de coopération entre les membres du pôle régional

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

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

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

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

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

régionaux de cancérologie se dessinent.

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

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

L'organisation en réseau de la cancérologie

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

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

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

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

Le dossier communicant en cancérologie expérimenté dans quatre régions :

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

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

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

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

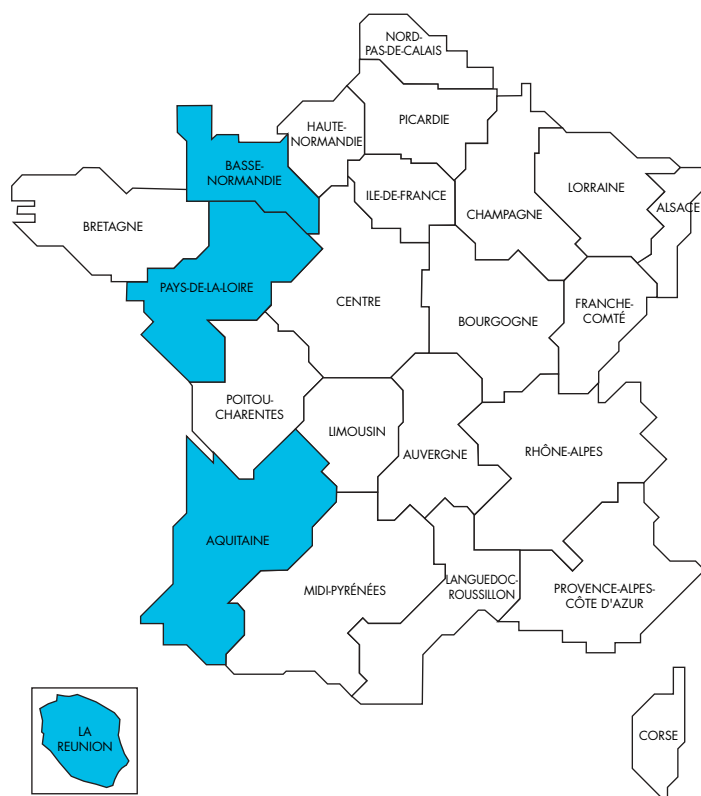
• Les visioconférences

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

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

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

LE DOSSIER COMMUNIQUEANT → 4 régions pilotes ont été sélectionnées



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

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

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

* En ligne sur www.plancancer.fr

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

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

Un observatoire national des réseaux

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

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

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

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

3.2.1 Un égal accès aux médicaments les plus coûteux

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

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

3.2.2 Des garanties de qualité et de sécurité

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

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

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

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

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

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

3.2.3 Des Observatoires des Médicaments et des Innovations Thérapeutiques

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

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

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

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

3.2.4 Des équipements modernisés

72 TEP autorisés

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

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

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

ÉQUIPEMENTS LOURDS

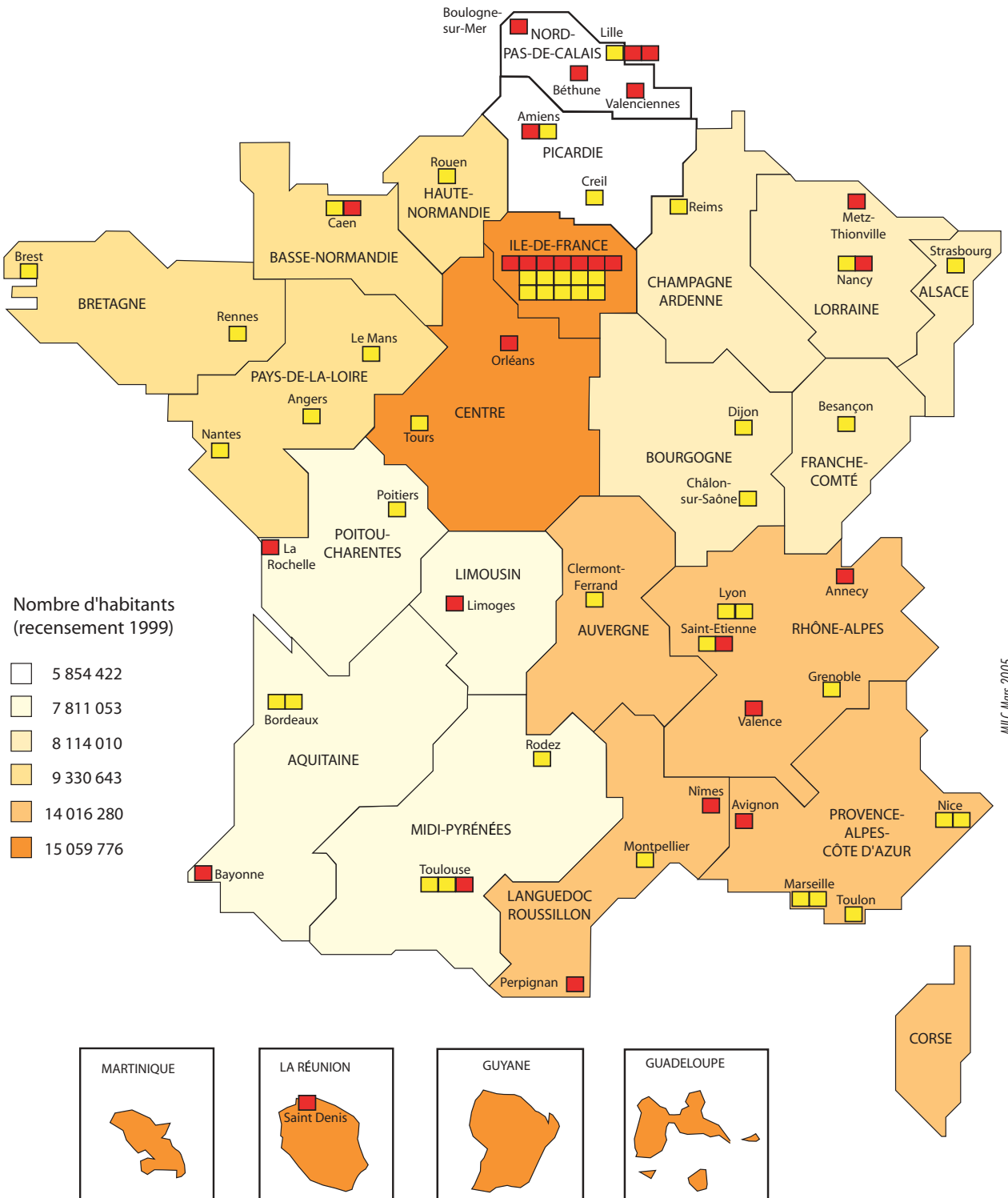
TEP (et TEDC) : bilan mars 2005

TEP - Tomographie par Emission de Positons

TEDC - Tomographie par Emission de Coïncidence

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

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



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

IRM et scanners : des délais d'attente qui diminuent

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

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

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

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

Radiothérapie

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

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

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

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

Le développement de la radiothérapie en Afrique

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

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

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

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

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

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

De nouveaux équipements pour les DOM/TOM

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

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

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

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

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

3.2.5 De nouveaux modes de rémunérations

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

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

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

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

3.2.6 Un accès plus large à l'innovation

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

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

PROJETS CONCERNANT LE CANCER FINANCÉS PAR LE PROGRAMME STIC

Année 2003

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

Année 2004

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.4 CANCÉROLOGIE PÉDIATRIQUE : NOUVELLE ORGANISATION, NOUVEAUX MOYENS

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

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

3.5 UN APPUI SPÉCIFIQUE AUX CECOS

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

3.6 UN RÉSEAU DES TUMOROTHÈQUES

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

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

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

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

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

3.7 RECHERCHE CLINIQUE EN CANCÉROLOGIE : UNE PRIORITÉ DU PHRC

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

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

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

4 VOLET SOCIAL ET INFORMATION : L'ACCOMPAGNEMENT DES MALADES

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

L'information au plus près des lieux de vie

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

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

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

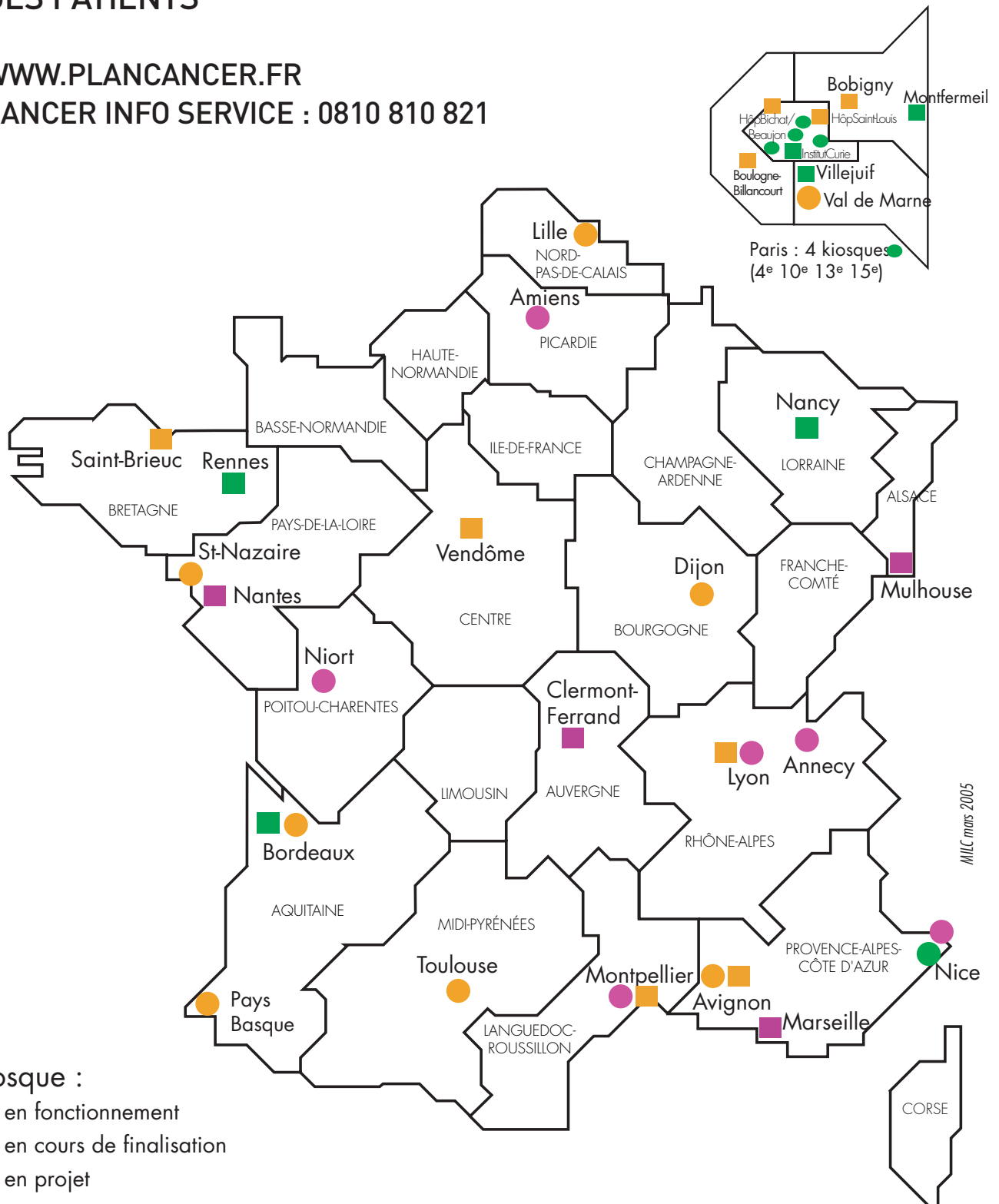
Des Espaces Rencontre Information dans les établissements de santé

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

RENFORCEMENT DE L'INFORMATION DES PATIENTS

WWW.PLANCANCER.FR

CANCER INFO SERVICE : 0810 810 821



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

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

Le numéro azur « Cancer info service »

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

www.plancancer.fr

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

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

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

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

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

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

Des guides d'information et de dialogue pour les patients

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

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

Améliorer l'accès aux prêts bancaires

L'accompagnement humain vise aussi à améliorer les possibilités d'accès à des prêts bancaires. Sur les 2 millions de personnes vivant avec un cancer en France, 5 à 10 % pourraient souscrire des emprunts s'ils se savaient assurables. Partant du constat que les malades, premiers concernés par ce dossier n'étaient pas encore suffisamment intégrés dans les discussions, la mission a donc demandé à un représentant du « réseau des malades » et de la Ligue, Patrick Ferrer, de suivre en particulier ce dossier et de travailler, dans un premier temps, à une meilleure information sur les droits contenus dans la convention Belorgey dont l'objectif est bien « d'améliorer l'accès à l'assurance et au prêt bancaire des personnes présentant un risque de santé aggravé (crédit à la consommation sans questionnaire de santé, examen individualisé des dossiers à risque aggravé par l'assureur puis par un pool de réassureurs, acceptation par les banques de la seule garantie décès...). »

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

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

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

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

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

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

Un rôle renforcé pour les associations à l'hôpital

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

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

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

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

Renforcer l'implication des patients dans les essais cliniques

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

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

Adapter l'allocation de présence parentale

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

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

Travailler avec un cancer

Prolonger les délais d'intégration dans l'emploi

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Des prothèses mieux prises en charge

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

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

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

Des recherches sur la qualité de vie des patients

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

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

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

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

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

5.1 DES PROFESSIONNELS PLUS NOMBREUX

Un impact immédiat possible. Le 19 mars 2004 a été pris le décret ouvrant la possibilité de qualifier en tant que spécialistes des médecins justifiant d'une formation et d'une expérience qui leur assurent des compétences équivalentes à celles qui sont requises pour l'obtention du DES ou du DESC de cancérologie. L'arrêté du 30 juin 2004 précise la composition des commissions de qualification et la procédure d'examen des dossiers.

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

Personnels non médicaux

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

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

Personnels médicaux

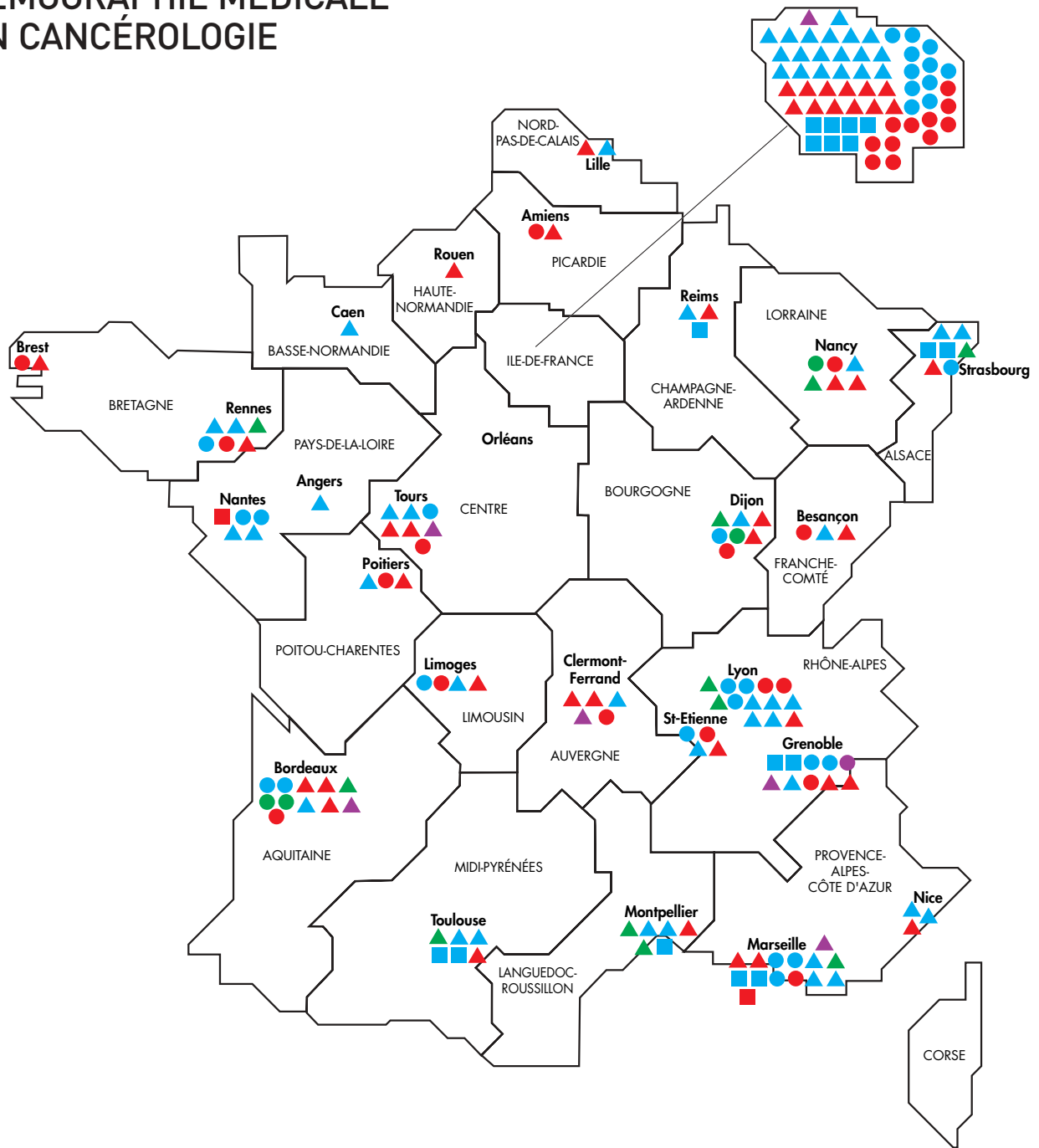
Pour les médecins, près d'une centaine de postes ont été créés.

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

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

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

DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN CANCÉROLOGIE



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

Sources : Collège National des enseignants en Cancérologie
Données 2004

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

5.1.1 Des filières paramédicales plus attractives

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

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

5.1.1.2 Des transferts de compétences

aux manipulateurs en électroradiologie médicale

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

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

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

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

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

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

5.1.1.3 Valoriser la profession infirmière

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

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

5.1.2 De nouveaux métiers

5.1.2.1 Dosimétriste : une fonction à l'étude

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

5.1.2.2 Conseiller en génétique

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

5.2 FORMER DAVANTAGE DE MÉDECINS DANS LES SPÉCIALITÉS DE LA CANCÉROLOGIE

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

5.2.1 Davantage d'internes dans les disciplines de la cancérologie

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

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

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

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

5.2.2 Une formation de qualité pour tous les internes

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

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

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

5.2.3 L'évolution des DES et DESC

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

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

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

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

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

5.2.4 Renforcer les capacités d'encadrement des services formateurs

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.2.5 De nouvelles possibilités de qualification en cancérologie

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.3.1 Formation médicale continue en cancérologie : une obligation

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

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

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

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

5.3.2 Des sessions régionales pour les personnels hospitaliers

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

6 RECHERCHE : COORDONNER POUR ACCÉLÉRER L'INNOVATION

6.1 SEPT CANCÉROPÔLES EN MOUVEMENT

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

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

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

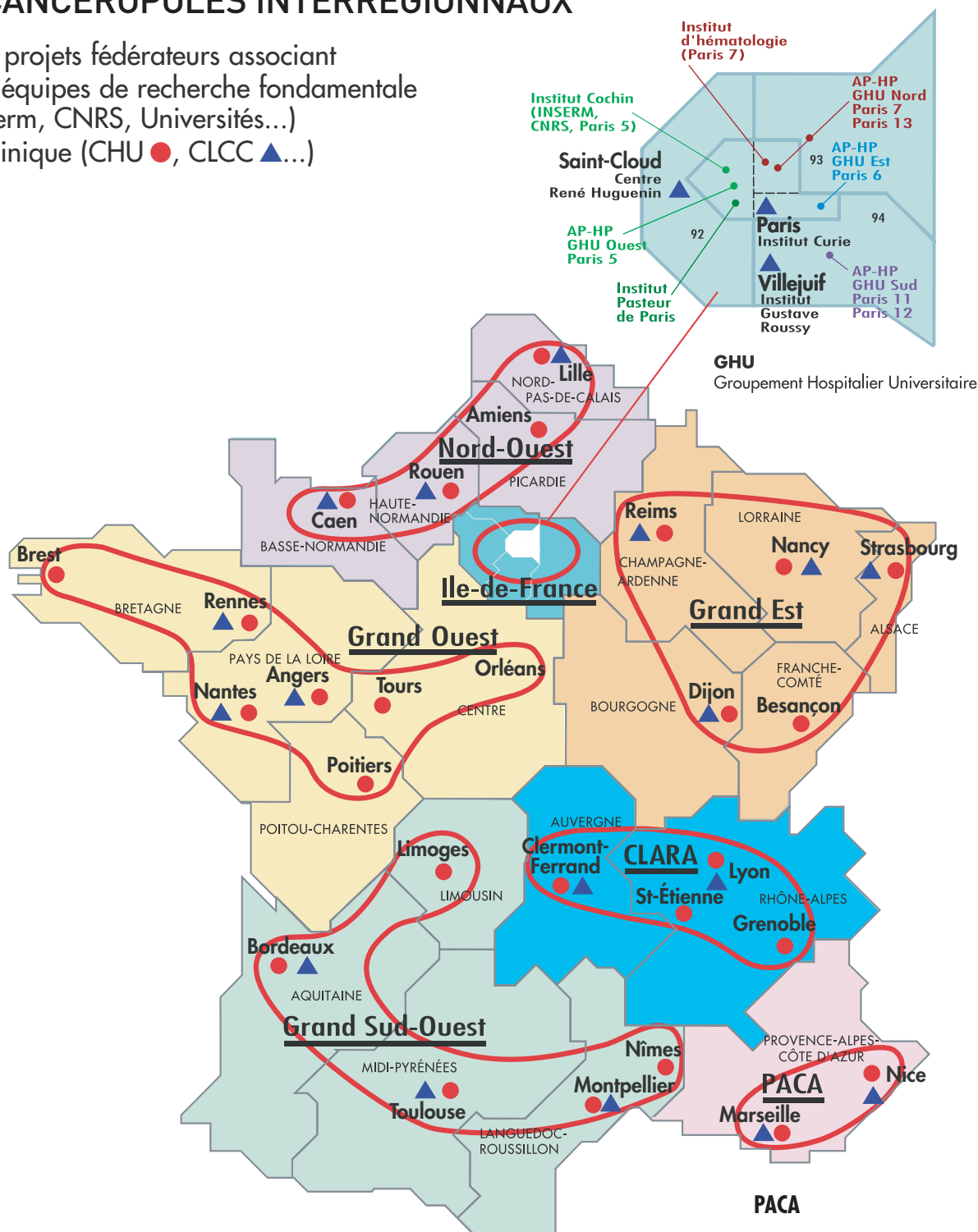
Porteurs d'évolutions profondes de nos organisations, les cancéropôles font primer la logique de projet sur la logique purement institutionnelle et cela sur un mode à ce point pertinent que les institutions elles-mêmes en sont des partenaires convaincus.

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

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

7 CANCÉROPÔLES INTERRÉGIONNAUX

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



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

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

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

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

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

L'appel d'offres avait pour objectif de :

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

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

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

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

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

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

Répartition des projets retenus par cancéropôle

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

Répartition des projets retenus par thème

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

Nouvelles cibles moléculaires et modélisation de nouveaux médicaments.

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

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

Techniques innovantes en radiothérapie et en imagerie

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

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

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

Immunothérapie du cancer

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

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

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

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

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

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

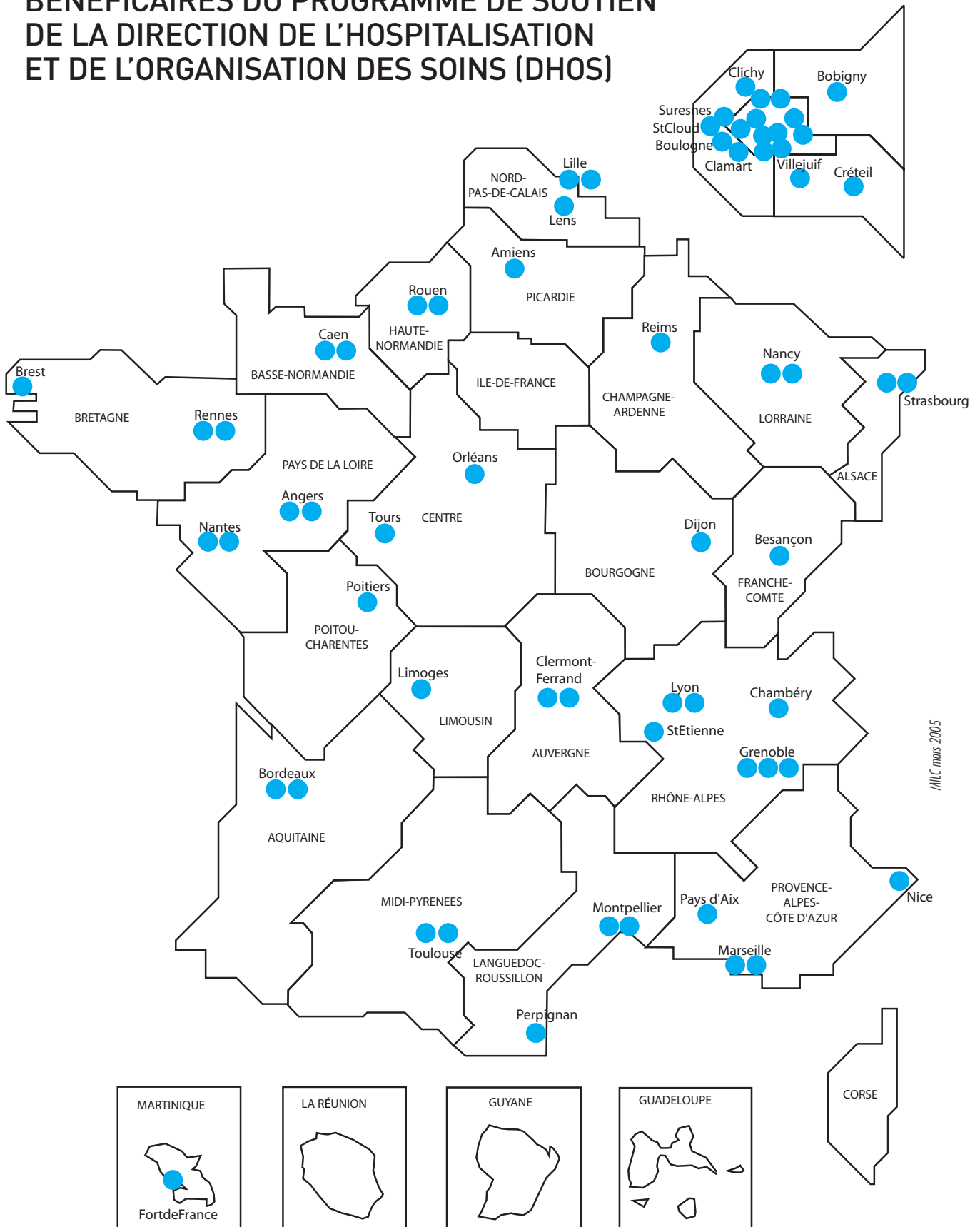
Labellisation et suivi (2005-2007)

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

6.2 UN RÉSEAU DE TUMOROTHÈQUES

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

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



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

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

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

6.3 RECHERCHE CLINIQUE EN CANCÉROLOGIE : UNE PRIORITÉ DU PHRC

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

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

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

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

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

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

Soutien 2004 aux personnels de recherche clinique Répartition par cancéropôle

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

Répartition par type d'établissement

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

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

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

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

DÉTAILS DES PROJETS RETENUS PAR CANCÉROPÔLE (2004)

Canceropôle GRAND OUEST

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

Transfert de la génomique au diagnostic et au pronostic des cancers

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

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

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

Imagerie et radiothérapie

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

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

Cancéropôle GRAND SUD-OUEST

Aquitaine, Languedoc-Roussillon, Limousin, Midi-Pyrénées

Transfert de la génomique au diagnostic et au pronostic des cancers

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

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

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

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

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

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

Projet Baldi. Cette étude épidémiologique propose

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

Cancéropôle ILE-DE-FRANCE

Transfert de la génomique au diagnostic et au pronostic des cancers

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

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

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

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

Imagerie et radiothérapie

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

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

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

Immunothérapie du cancer

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

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

Cancéropôle GRAND EST

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

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

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

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

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

Cancéropôle NORD-OUEST

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

Transfert de la génomique au diagnostic et au pronostic des cancers

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

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

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

Cancéropôle PACA

Provence-Alpes-Côte d'Azur

Transfert de la génomique au diagnostic et au pronostic des cancers

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

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

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

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

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

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

Immunothérapie du cancer

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

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

Cancéropôle CLARA

Lyon, Auvergne, Rhône-Alpes

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

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

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

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

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

Immunothérapie du cancer

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

7 | L'INSTITUT NATIONAL DU CANCER

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

Instance d'expertise et de ressources, l'Institut est désormais en capacité de prendre le relais de la coordination du Plan cancer et d'impulser de nouvelles actions dans tous les domaines, depuis l'épidémiologie, la prévention, les soins, la formation, l'innovation et la recherche.

L'Institut doit devenir à terme le pôle de référence, exerçant au niveau national, une mission de conseil auprès des autorités sanitaires et constituant au niveau international, un acteur clairement identifié de la politique de lutte contre le cancer en France. Il est présidé par le Pr David Khayat et dirigé par Madame Christine Welty. Son conseil scientifique international est présidé par le Pr Dominique Maraninchi.

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

8 INDICATEURS DE SUIVI DES OBJECTIFS DU PLAN CANCER

Les objectifs de santé publique portent le plus souvent sur des résultats à atteindre en termes d'évolution de l'état de santé ou de l'exposition à un facteur de risque. La DGS¹³ et la DREES¹⁴ ont été chargées de définir les indicateurs de suivi des objectifs de santé qui sont inscrits dans le rapport annexé au projet de loi relatif à la politique de Santé Publique. Parmi eux figurent ceux qui relèvent de la thématique cancer. A la demande de la Mission, les indicateurs en cancérologie ont donc fait l'objet d'une analyse prioritaire. Seront inclus dans cette analyse : le suivi des dépistages (cancer du sein, cancer du col de l'utérus, cancer colorectal, cancer de la peau) ; le suivi de la politique de renforcement de la surveillance épidémiologique nationale des cancers de la thyroïde ; les effets notamment de la prise en charge multidisciplinaire et coordonnées des patients atteints de tumeurs malignes sur l'amélioration de la survie.

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

13) Direction Générale de la Santé

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

PRÉVENTION

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

DÉPISTAGE

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

SOINS

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

9 BUDGETS ALLOUÉS AU PLAN CANCER

9.1 CRÉDITS DE L'ETAT

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

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

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

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

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

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

9.2 CRÉDITS DE L'ASSURANCE MALADIE (MESURES NOUVELLES)

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

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

Dans le cadre des MIGAC sont financées :

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

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

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

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

Les mesures déléguées dans le cadre des DAC comprennent :

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

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

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

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

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

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

Plan cancer en millions d'euros (DHOS)

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

9.3 BUDGETS DES AGENCES SANITAIRES

InVS¹⁶

Les principales actions conduites dans le cadre du Plan cancer par l'InVS qui, dans le domaine de l'épidémiologie, coordonne, anime et mobilise un réseau de santé publique comprenant des professionnels de santé, des instituts de recherche, des établissements de soins publics ou privés, des caisses d'assurance maladie, des associations de malades et d'usagers, donnent lieu à un effort financier important.

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

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

INPES¹⁷

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

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

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

ANAES¹⁷

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

AFSSE¹⁸

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

16) InVS : Institut de Veille Sanitaire

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

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

19) AFSSE : Agence Française de Sécurité Sanitaire Environnementale

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

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

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

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

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

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

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

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