

10. TRAITEMENT DU CANCER

10.1 PÉRIMÈTRE DE LA THÉMATIQUE : PRINCIPES ET OBJECTIFS

Depuis 1997, le cancer est une priorité de santé publique en Bretagne. Le Programme Régional de Santé de 1999 « La Bretagne contre le cancer » avait pour principaux objectifs la diminution du poids du cancer dans les causes de décès, la réduction de nouveaux cas de cancer et l'augmentation du nombre des guérisons des cancers incidents. Les schémas régionaux d'organisation des soins (1999-2004) et (2006-2010) ont consacré des volets à la prise en charge des patients atteints de cancer, en préconisant notamment l'exercice pluridisciplinaire de la cancérologie et la mise en place de réseaux de soins gradués au sein des secteurs (devenus territoires de santé), des réseaux spécialisés étant recommandés en pédiatrie et hémato-oncologie.

Le plan d'actions régional concernant le traitement du cancer s'inscrit dans la continuité du volet cancer du SROS précédent arrêté en septembre 2008 et s'appuie sur le plan national « Cancer » 2009-2013 et sur le plan stratégique régional de santé. Ce dernier fait état des indicateurs de santé régionaux défavorables dans ce domaine et fixe parmi ses priorités « l'accès à des soins de qualité ».

Les objectifs poursuivis sont les suivants :

- améliorer l'accès aux soins pour tous les patients de Bretagne ;
- améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge ;
- améliorer l'efficacité des organisations.

Par ailleurs, la thématique du traitement du cancer est indissociable des actions de prévention et de dépistage qui sont abordés dans le schéma régional de prévention.

Le traitement du cancer concerne plusieurs types d'activités soumises à autorisation :

- la chirurgie des cancers ;
- la chimiothérapie et autres traitements médicaux spécifiques des cancers ;
- la radiothérapie externe et la curiethérapie ;
- l'utilisation thérapeutique des radioéléments en sources non scellées.

Ces activités sont régies par les décrets 2007-388 et 2007-389 du 21 mars 2007.

10.2 DIAGNOSTIC RÉGIONAL ET TERRITORIALISÉ

Les données épidémiologiques (sources ORSB et INCA)

• Première cause de mortalité en France chez les hommes et deuxième chez les femmes

Le taux de mortalité pour cause de cancer représente chez les hommes 33 % des décès (1^{ère} cause de décès) et chez les femmes 23 % (deuxième cause de décès). Ainsi, on estime à 146 500 le nombre de décès en 2010.

De plus, le cancer est la première cause de mortalité prématurée (avant l'âge de 65 ans) dans les deux sexes : 37% des décès prématurés chez les hommes, 46 % chez les femmes.

On constate une baisse de la mortalité depuis le début des années 90, davantage chez les hommes que chez les femmes, pour la plupart des cancers.

Cependant, on remarque une augmentation très importante de l'incidence du cancer : + 1,2% par an chez les hommes et + 1,4% par an chez les femmes depuis 1980 (phénomène lié à l'augmentation et au vieillissement de la population, mais aussi au développement du dépistage et aux comportements à risques). Ainsi, près de 357 700 nouveaux cas ont été estimés en 2010.

De façon prospective, pour les prochaines années, la prévision est à un infléchissement de l'augmentation de l'incidence et un infléchissement de la diminution de la mortalité chez les femmes.

Les hommes sont davantage touchés par le cancer en Bretagne

On constate un taux de mortalité plus défavorable pour les hommes par rapport à la France (+8 %), mais l'écart tend à se réduire : Par ailleurs, on constate une position légèrement plus favorable à la moyenne française pour les femmes (-3 %).

La région Bretagne est dans une situation comparable à la France en termes d'incidence pour les femmes, mais connaît des taux supérieurs aux taux français pour les hommes (2^{ème} rang des régions les plus touchées) ; l'augmentation de l'incidence sur la période 1995-2005 est comparable à la France pour les femmes (+17 %), mais plus forte pour les hommes (+18 % contre + 14 %).

Les cancers les plus fréquents chez l'homme sont les cancers de la prostate (plus du tiers), puis des voies aériennes digestives supérieures (VADS), du poumon et colorectal (environ 10 % chacun).

Chez la femme, les cancers les plus fréquents sont celui du sein (plus du tiers), colorectal (14 %), utérus, poumon et mélanome (environ 5 % chacun).

En termes d'évolution, au cours de la dernière décennie, on constate un net recul des cancers liés à l'alcool chez l'homme, mais une forte progression des cancers du poumon chez la femme ; une augmentation de l'incidence et de la mortalité par mélanome dans les deux sexes (la Bretagne est la région la plus touchée de France).

Pour les cancers faisant l'objet d'un dépistage organisé, l'incidence du cancer du sein a progressé mais la mortalité est stable ; l'incidence du cancer colorectal est stable avec une baisse de la mortalité plus nette chez l'homme que chez la femme.

Enfin, chez les enfants, on constate 120 nouveaux cas par an en moyenne (30 % de leucémies, 24 % de tumeurs du système nerveux central (SNC), 12 % de lymphomes), avec une incidence régionale supérieure à la moyenne nationale.

• De grandes disparités de mortalité entre les territoires de santé

On constate des différences significatives entre les territoires pour la mortalité. Ainsi, chez les hommes, on remarque une sous-mortalité de - 16 % sur le territoire « Rennes-Fougères-Vitré-Redon » et à l'inverse une surmortalité de +13 % sur le territoire de « Brest-Morlaix », de +6 % sur le territoire de « Lorient-Quimperlé », de +5 % sur le territoire de « St-Brieuc-Guingamp », ces constats faisant écho au gradient est/ouest en termes d'indicateurs de santé au sein de la population bretonne.

- Chez les femmes, on constate une sous-mortalité de - 6 % sur le territoire « Rennes-Fougères-Vitré-Redon » et à l'inverse une surmortalité de +7 % sur le territoire de « Brest-Morlaix ».

- Chez les enfants, on ne note pas de différence significative d'incidence entre les départements.

Enfin, on peut remarquer un recours à l'hospitalisation de court séjour pour cancer plus faible que la moyenne nationale en Ille-et-Vilaine et plus élevé que la moyenne dans le Finistère et le Morbihan.

LE BILAN ORGANISATIONNEL DU SROS 3 (HORS HIA)

Concernant l'organisation des soins en matière de traitement du cancer, le bilan du SROS 3 laisse apparaître des améliorations notables.

• Une offre de soins bien répartie sur la région et entre les territoires

Par rapport à l'**objectif de gradation des soins** du SROS 3, on constate que la répartition territoriale des structures autorisées à pratiquer les différentes activités de traitement du cancer est satisfaisante, associant une offre privée et publique, avec une gradation des soins.

Le volet cancer du SROS 3 a été arrêté en septembre 2008. Il a pris en compte les décrets de mars 2007 et les critères d'agrément de l'INCA. Ceci a conduit à une restructuration de l'offre de soins, qui s'est traduite par les nouvelles autorisations délivrées en juillet 2009. Désormais, seules 38 structures sont autorisées à pratiquer une ou plusieurs activités de traitement du cancer, dont 5 sur 2 sites différents.

Chaque territoire dispose d'une offre chirurgicale, cette offre est presque toujours publique et privée, pour les activités soumises à autorisation (sauf le TS 6 pour le thorax et le TS 8 pour le thorax et la gynécologie). 33 établissements ont une ou plusieurs autorisations de chirurgie.

Pour la chirurgie des cancers de l'enfant, seuls les 2 CHU sont autorisés.

En radiothérapie : 8 structures sont autorisées, dont deux sur 2 sites, soit 10 implantations pour la région, 5 centres sont autorisés en curiethérapie. Seul le CRLCC est autorisé pour la radiothérapie des cancers de l'enfant.

En chimiothérapie : Il existe une offre de soins des structures autorisées ou associées sur chaque territoire de santé. Sur les 48 établissements de santé ayant une activité de chimiothérapie en 2008, 18 ont été autorisés à poursuivre cette activité. Les autres établissements peuvent être associés aux structures autorisées pour poursuivre une activité dans ce domaine sous réserve d'une convention précisant les modalités d'organisation. La chimiothérapie des cancers de l'enfant est autorisée sur les 2 CHU ; 4 autres sites y sont associés.

• Une coordination régionale et interrégionale, afin d'assurer l'accès aux soins

L'organisation des prises en charge nécessitant un niveau de recours se constitue autour d'un pôle régional de référence en cours de finalisation et de formalisation, entre les CHU de Rennes et Brest et le Centre régional de lutte contre le cancer (CRLCC), qui a pour mission d'assurer l'accès aux soins de recours, à la recherche, l'enseignement et l'innovation.

De même, une organisation interrégionale de recours en oncologie pédiatrique « GOCE » (Grand Ouest Cancérologie Enfants), associant les établissements HUGO (Hôpitaux Universitaires du Grand Ouest) et le CHU de Caen s'est constituée.

Afin de faire face à la demande croissante dans ce domaine, une coordination interrégionale des activités de recours en oncogénétique est constituée (RCP inter-régionale) et se poursuit avec la création du réseau PHARE Grand Ouest (financement INCa).

Enfin, des plateformes de génétique moléculaire fonctionnent à Rennes et à Brest.

Concernant la consolidation des dispositifs installés au sein **des réseaux**, le bilan de la couverture du territoire est satisfaisant dans la mesure où les réseaux territoriaux de cancérologie (au nombre de 7) couvrent l'ensemble du territoire breton et entament des processus de mutualisations avec les autres réseaux de santé.

Le réseau régional OncoBretagne, créé en novembre 2003 dans lequel sont impliqués tous les acteurs de la cancérologie bretonne, est très actif sur les thèmes de la qualité des pratiques, l'évaluation et la communication et vient de faire l'objet d'une reconnaissance par l'INCA. Il a pour mission la promotion et l'amélioration de la qualité en cancérologie, l'aide à la formation continue des professionnels, la coordination opérationnelle des activités de cancérologie en région, la promotion d'outils de communication communs au sein de la région, l'information du public et des professionnels sur l'offre de soins.

• **La poursuite de l'objectif de garantie de la qualité de la prise en charge des patients se traduit par les constats suivants :**

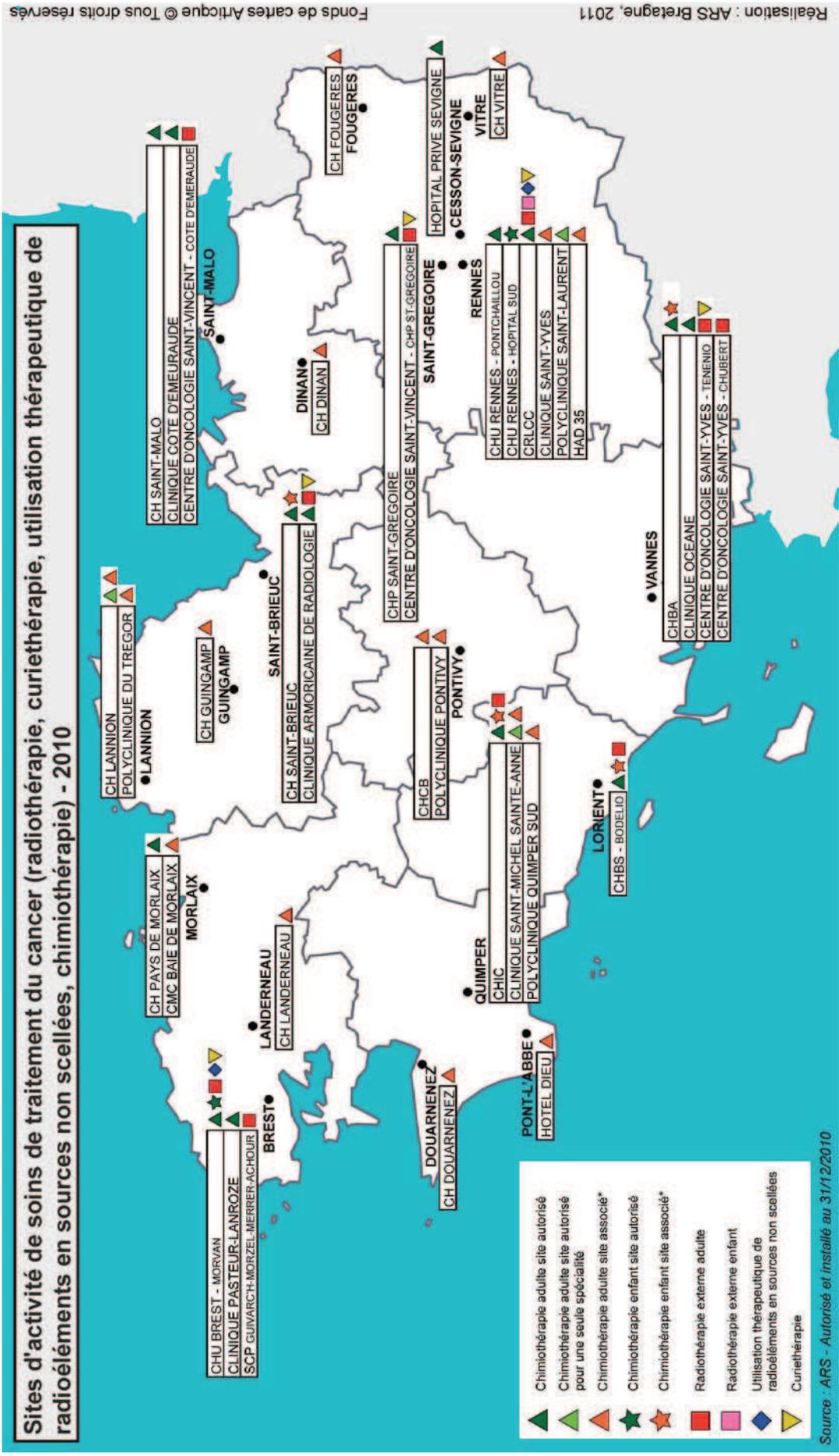
- un Observatoire interrégional des médicaments et de l'innovation thérapeutique (OMIT) Bretagne-Pays de Loire actif et reconnu, qui contribue, selon l'article D 162-16 du code de la Sécurité Sociale, au suivi et à l'analyse des pratiques de prescriptions observées au niveau régional, à l'harmonisation des prises en charge et à la pluridisciplinarité par des échanges réguliers au travers de forums interactifs professionnels, au bon usage des médicaments par le référencement de protocoles, des suivis de cohortes et l'apport d'avis scientifiques. Ces travaux s'intègrent dans la politique régionale sur le médicament, concernant la sécurité d'emploi des chimiothérapies (iatrogénie, pharmacovigilance), dont l'objectif est développé en collaboration avec le Comité régional de pharmacovigilance (CRPV) ;
- des critères de qualité satisfaisants selon les check-lists de l'INCa concernant l'appartenance au réseau de cancérologie, l'utilisation des référentiels de bonnes pratiques, l'organisation de l'accès à une concertation pluridisciplinaire et de la continuité des soins, l'accès aux soins complémentaires ;
- la préparation centralisée des anticancéreux sous responsabilité pharmaceutique effective et des établissements respectueux du contrat de bon usage du médicament (CBUM). Les 34 établissements de la région, pratiquant la chimiothérapie autorisée ou associée, sont signataires d'un contrat de bon usage et suivis par l'ARS dans ce cadre.

• **Des besoins globalement couverts**

Les études de délais menées sur la prise en charge adjuvante du cancer du sein montrent aussi bien en chimiothérapie qu'en radiothérapie, des délais qui restent acceptables (sous les délais de référence de 12 semaines) même s'il existe des marges de progression qu'il conviendra de suivre et d'analyser (liés à la saturation de certains sites et au problème de démographie médicale dans ces spécialités). Certains territoires signalent des allongements des délais pour les traitements de radiothérapie.

Cependant sont constatés des difficultés et des points nécessitant des améliorations sur les thèmes suivants :

- certains établissements limites au regard des seuils d'activité fixés par la réglementation ;
- des poursuites d'activité dans quelques établissements non autorisés ;
- une oncogériatrie encore peu développée malgré l'augmentation des besoins ;
- des difficultés d'accès à l'IRM signalées sur les territoires 1 et 5 ;
- un manque de formalisation de l'accès aux tumorothèques de Rennes et Brest ;
- une mise en œuvre difficile de coopérations envisagées entre certains établissements ;
- une insuffisance d'organisation de filières pour l'accès aux soins de suite ;
- un manque d'hébergement sur Rennes pour les enfants atteints de cancer et/ou leurs familles (ex : traitements de radiothérapie) ;
- la nécessité de clarification du fonctionnement et du financement des réseaux notamment sur le territoire de santé 5 ;
- des inquiétudes sur l'évolution de la démographie médicale.



10.3 SCHÉMA CIBLE DE L'ORGANISATION RÉGIONALE DE L'ACTIVITÉ (À 5 ANS)

Organiser la gradation et la territorialisation de l'offre de soins

L'offre de soins graduée en cancérologie doit être répartie de façon équitable entre les territoires et répondre aux critères d'autorisation fixés par les décrets de mars 2007 et d'agrément de l'INCA.

L'offre de soins en cancérologie s'appuiera sur les autorisations récentes délivrées en juillet 2009, pour le maillage territorial et s'adaptera à l'évolution des besoins :

- réviser éventuellement l'organisation actuelle selon les résultats des visites de conformité, le suivi annuel des seuils d'activité et la perspective de l'évolution attendue des critères d'agrément (préparation de nouveaux critères plus contraignants par l'INCA pour 2013) et des seuils d'activité ;
- favoriser, chaque fois que possible, la prise en charge en chimiothérapie dans les établissements de proximité, dans le cadre des conventions liant les établissements associés aux établissements autorisés, précisant les critères de qualité et de sécurité de l'organisation ;
- structurer les filières de prise en charge spécifiques telles que l'oncogériatrie, l'oncogénétique, la pédiatrie au sein du réseau POHO (Pédiatrie Onco-Hématologie de l'Ouest).

Il convient d'améliorer la lisibilité et l'articulation de l'organisation régionale en finalisant le pôle régional de cancérologie et en favorisant la constitution de site(s) de cancérologie par territoire entre un ou plusieurs établissements de santé et centres de radiothérapie. L'ensemble des établissements autorisés en cancérologie devront avoir accès aux tumorothèques.

Garantir la qualité et la sécurité des soins ainsi que l'efficience

Le parcours de soins du patient doit être personnalisé (programme personnalisé de soins (PPS) et programme personnalisé après cancer) et les établissements doivent organiser sur place un accès au dispositif d'annonce et à l'ensemble des soins de support en particulier la prise en charge de la douleur. La situation sociale doit pouvoir être évaluée pour permettre un accompagnement spécifique des patients les plus vulnérables. Les réseaux et les professionnels de soins libéraux ont un rôle primordial dans l'accompagnement du patient. L'efficacité se traduit par une réduction des délais de prise en charge.

Les coopérations entre les établissements de santé seront encouragées en développant les projets médicaux de territoire, les équipes territoriales mutualisées, les GCS de moyens ou d'autorisation, ou autres formes de coopération (Instituts de Cancérologie). La constitution d'équipes hospitalières permet d'atteindre un niveau d'activité de soins suffisant, de mieux organiser la permanence des soins et d'améliorer l'efficience des prises en charge. Elle permet en outre d'améliorer les conditions et les délais d'accès aux traitements innovants et essais cliniques.

En radiothérapie, là où l'activité le nécessite, il conviendra de regrouper les centres sur un seul site par territoire de santé permettant d'offrir aux patients l'ensemble des modalités de prise en charge, de développer les nouvelles technologies, de mieux répondre aux critères d'agrément de l'INCA et de faire face plus facilement aux aléas de la démographie médicale.

La poursuite de l'objectif de garantie de qualité de la prise en charge des patients s'appuie sur les référentiels de bon usage des molécules onéreuses (RBU) en lien avec l'OMIT pour les chimiothérapies, sur une démarche de management de la qualité en radiothérapie avec en particulier la mise en place d'un système de vigilance et de gestion des éventuels incidents en lien avec l'Agence de Sécurité Nucléaire (ASN).

La mise en œuvre de la permanence des soins sera adaptée aux besoins et efficiente selon les résultats des évaluations prévues dans le cadre des visites de conformité.

La fluidité du parcours et la coordination Ville-Hôpital doivent être renforcées sur plusieurs axes :

- améliorer les possibilités d'accès des patients à l'hospitalisation de jour, dans les situations qui le nécessitent ;
- développer les collaborations avec l'HAD et mieux identifier son périmètre d'intervention en lien avec les réseaux territoriaux de cancérologie et les équipes mobiles de soins palliatifs (cf. volets HAD et Soins palliatifs) ;
- faciliter l'accès aux services de SSR. (cf. volet SSR) ;
- poursuivre les efforts engagés dans le développement des usages du dossier communicant de cancérologie (DCC) breton et mettre en œuvre sa convergence vers le cadre national défini par l'Asip santé et l'INCa ;
- favoriser la chimiothérapie à domicile chaque fois que possible et garantir la sécurité et la qualité du suivi ; suivre les prescriptions du guide de bonnes pratiques des voies orales anticancéreuses élaboré par l'OMIT et le réseau régional de cancérologie ;

- s'appuyer sur l'expertise des infirmiers coordonnateurs des réseaux de santé et suivre les résultats de l'expérimentation des infirmiers coordonnateurs financée par l'INCa ;
- mieux informer les médecins généralistes du parcours du patient (Plan Cancer : « Renforcer le rôle du médecin traitant à tous les moments de la prise en charge pour permettre notamment une meilleure vie pendant et après la maladie ») ;
- évaluer les réseaux de cancérologie (missions, activités et moyens mis en œuvre) pour harmoniser les objectifs et les organisations.

10.4 PLAN D' ACTIONS ET INDICATEURS

Objectifs	Actions	Indicateurs	Liens
Organiser la gradation et la territorialisation de l' offre de soins			
Assurer une offre de soins graduée et équitable entre les territoires qui répond aux critères d'autorisation	Assurer le suivi des établissements de santé faisant l'objet de réserves suite aux visites de conformité	Nombre de sites de chimiothérapie autorisés ayant au moins un oncologue à temps plein	
	S'assurer de l'équité d'accès aux soins par l'analyse des taux de recours rapportés à la prévalence et aux taux de mortalité.		
Adapter l'offre de soins aux besoins	Adapter l'offre selon les résultats des visites de conformité et l'évolution attendue des seuils d'activité et critères d'agrément		
	Favoriser les sites associés en chimiothérapie dans les établissements de proximité	File active de patients pris en charge en chimiothérapie dans les établissements associés	
	Structurer les filières de prise en charge en : - oncogériatrie : organisation régionale autour de l'oncogériatrie - oncogénétique : plates formes de génétique moléculaire et maillage territorial des consultations d'oncogénétique - pédiatrie : mise en œuvre des chimiothérapies pédiatriques dans les établissements associés au sein du POHO sous réserves de conditions à préciser	Nombre de personnes de plus de 75 ans passés en RCP et ayant auparavant bénéficié d'une évaluation et/ou d'une consultation d'oncogériatrie Délai moyen d'attente pour une consultation en oncogénétique	
Améliorer les conditions et les délais d'accès par une bonne lisibilité régionale de l'organisation	Finaliser et formaliser le pôle régional de cancérologie favoriser l'émergence d'un réseau de recherche clinique à l'initiative du pôle régional de cancérologie	Effectivité de la transmission du rapport annuel d'activité du pôle régional de cancérologie	
	Améliorer les conditions d'accès à la chirurgie de recours et aux plateaux techniques de médecine interventionnelle Favoriser la coordination entre les centres de radiothérapie et le regroupement des sites par territoire chaque fois que possible		
	Améliorer l'accès des établissements autorisés aux tumorothèques : élaborer les conventions entre établissements	Part des établissements autorisés en chirurgie ayant signé une convention avec les tumorothèques	

Objectifs	Actions	Indicateurs	Liens
Organiser la gradation et la territorialisation de l'offre de soins			
	Améliorer l'accès aux essais cliniques et techniques innovantes Finaliser et évaluer l'expérimentation ASTEC (récupération des données RCP pour faire ressortir un % d'éligibilité aux essais cliniques) entre le CHU de Rennes, le CRLCC, l'AP de Marseille, l'INSERM et OncoBretagne Etablir des liens dans le DCC vers les répertoires d'essais cliniques.	Part de la file active des patients pris en charge pour un cancer inclus dans un essai thérapeutique	
	Améliorer l'accès à l'IRM		Fiche Imagerie
	Développer la Visioconférence en télémedecine pour les RCP notamment de recours, sous réserve de l'amélioration du transfert d'images (en offre et en qualité).		Programme Télémedecine
Garantir la qualité et la sécurité des soins ainsi que l'efficience			
Garantir au patient un parcours de soins personnalisé et efficace	Généraliser le dispositif d'annonce Garantir l'accès aux soins de support (lutte contre la douleur) Faire bénéficier les patients d'un programme personnalisé de soins (PPS) et d'un programme personnalisé de l'après cancer (PPAC)	Part des patients pris en charge pour un cancer ayant bénéficié d'un programme personnalisé de soins	Fiche Maladies chroniques Fiche Soins palliatifs
	Apprécier la situation sociale de chaque patient en cours de traitement et proposer si nécessaire une consultation sociale.		
Favoriser les coopérations inter-établissements	Mettre en œuvre des équipes médicales de territoire (ou interterritoriales le cas échéant) et favoriser les regroupements d'activité chaque fois que possible	Nombre de postes partagés en cancérologie en secteur public hospitalier	
Poursuivre la démarche qualité	Favoriser la qualité des pratiques de chimiothérapie en évaluant les conventions entre sites autorisés et sites associés Solliciter et suivre les productions de l'OMIT Assurer le suivi des indicateurs fixés dans le cadre des Référentiels de Bon usage (RBU) pour les molécules onéreuses en lien avec l'OMIT Elaborer des protocoles d'évaluation des recommandations de bonnes pratiques	File active de patients pris en charge en chimiothérapie dans les établissements associés Nombre de sites de chimiothérapies autorisés ayant au moins 2 ETP d'oncologues Nombre de sites de radiothérapie n'ayant pas au moins 3 ETP de radiothérapeutes Nombre de sites de radiothérapies n'ayant pas au moins 3 ETP de radiophysiciens	
	Encourager une démarche globale de management de la qualité dans les centres de radiothérapie et la mise en place d'un système de vigilance comprenant des systèmes d'alerte, de gestion d'éventuels incidents et de propositions de mesures correctrices.	Nombre d'événements indésirables en radiothérapie signalés à l'Autorité de Sécurité Nucléaire	
Favoriser les alternatives à l'hospitalisation, organiser la filière d'aval et renforcer la coordination ville-hôpital	Améliorer les possibilités d'accès des patients à l'hospitalisation de jour, dans les situations qui le nécessitent. Développer les collaborations avec l'HAD. Faciliter l'accès aux services de SSR. (cf. volet SSR). Développer la prise en charge en ambulatoire dès que possible en s'appuyant sur les réseaux et les professionnels de santé libéraux	Part des séjours de médecine en cancérologie en HDJ sur le total (HC+HDJ)	- fiche SSR - fiche HAD - fiche Médecine - Fiche Chirurgie