

CANCER

Code CIM 10 : C0 à C97

Contexte national

- En France, les cancers occupent une place de plus en plus importante en termes de morbidité et de mortalité.

Le réseau français des registres de cancer (Francim) estime à environ 278 000 le nombre de nouveaux cas diagnostiqués pour l'année 2000 en France métropolitaine : 161 000 chez les hommes et 117 000 chez les femmes.

Entre 1990 et 2000, le taux d'incidence (standardisé sur la population mondiale) a augmenté de 16% chez les hommes, passant de 302 à 349 nouveaux cas pour 100 000, et de 15% chez les femmes, passant de 196 à 226 pour 100 000. Les localisations cancéreuses les plus fréquentes en terme d'incidence sont, chez l'homme, la prostate, le poumon et le côlon-rectum, et chez la femme, le sein et le côlon-rectum. Ces localisations représentent, pour chaque sexe, plus de la moitié des nouveaux cas de cancers. L'évolution de l'incidence est très variable selon les localisations : ainsi, par exemple, entre 1980 et 2000, le nombre annuel de nouveaux cas a augmenté de 170% pour le cancer de la prostate et a diminué de 50% pour le cancer du col de l'utérus.

D'une façon générale, l'évolution de l'incidence constatée depuis 20 ans résulte de l'accroissement et du vieillissement de la population, de l'amélioration du dépistage et du diagnostic, et de l'augmentation, à âge égal, de l'incidence de certains cancers comme celui du poumon chez la femme.

Selon les données issues des registres en Europe, les incidences les plus basses sont observées dans les pays nordiques, où le sex-ratio est proche de 1. L'incidence masculine des cancers en France est proche de celle observée en Angleterre et au Pays de Galles et en Espagne. Chez les femmes, les différences d'incidence entre les pays sont plus réduites et la France apparaît comme un pays à risque modéré de cancer.

- Les cancers sont la première cause de décès chez l'homme et la deuxième chez la femme après les maladies de l'appareil circulatoire. En 2003, ils ont été à l'origine de plus de 154 000 décès en France. La plupart de ces décès (71%) surviennent après 65 ans. Les localisations cancéreuses à l'origine du plus grand nombre de décès sont le cancer du poumon puis celui de la prostate chez les hommes, le cancer du sein puis le cancer colo-rectal chez les femmes. Entre 1981-1983 et 2001-2003, le taux comparatif de mortalité par cancers en France métropolitaine (ici standardisé sur la population française) a diminué de 15% chez les hommes et de 13% chez les femmes, passant de 384 à 325 décès pour 100 000 hommes, et de 173 à 151 décès pour 100 000 femmes. Ainsi, l'évolution de la mortalité depuis 20 ans se traduit par une augmentation du nombre de décès, mais par une baisse du taux de mortalité due en partie au changement de la nature des cancers diagnostiqués et en partie aux progrès thérapeutiques. Il faut toutefois signaler des augmentations de taux de mortalité pour certaines localisations telles que le cancer du poumon chez la femme. Par rapport aux pays de l'Ouest de l'Union européenne des 23 pays (pour lesquels cette information est disponible) classés par mortalité croissante, la France se situait en 2000 au 16^e rang chez les hommes et au 6^e chez les femmes. Chez les hommes, les pays à mortalité élevée sont ceux de l'Est de l'Europe. Chez les femmes les seuls pays à plus faible mortalité que la France sont situés essentiellement dans le Sud de l'Europe (Chypre, Espagne, Grèce, Portugal).

- La prise en charge thérapeutique des cancers repose en premier lieu sur la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie étant des traitements adjuvants ou palliatifs. Le choix du traitement dépend de l'état de santé général du malade, de la localisation de la tumeur, de sa taille, de son type histologique et de l'existence ou non de métastases. Les données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) montrent que les cancers ont constitué le diagnostic principal de 723 562 séjours hospitaliers dans les établissements de soins de courte durée en 2003. S'y ajoutent les séjours itératifs pour séances de chimiothérapie ou de radiothérapie, dont les modalités actuelles de recueil ne permettent pas le dénombrement.
- Les personnes atteintes d'un cancer sont le plus souvent admises en affection de longue durée par leur régime d'Assurance Maladie, bénéficiant ainsi d'une exonération du ticket modérateur pour les soins longs et coûteux nécessités par le diagnostic, le traitement et le suivi de cette affection. En 2004, la Cnamts comptait dans l'ensemble de la France 1,3 millions d'assurés du régime général en Affection de Longue Durée (ALD) pour tumeurs malignes (soit 2,3% des assurés).
- Quatre localisations concentrent plus de 50% des nouveaux cas diagnostiqués et plus de 40% des décès chaque année : il s'agit des cancers du sein, de la prostate, du côlon-rectum et du poumon. Certains cancers sont accessibles à un dépistage, c'est le cas des cancers du sein, du col de l'utérus, du côlon-rectum et du mélanome. Pour d'autres, une prévention primaire est possible, notamment en agissant sur la consommation de tabac et d'alcool ainsi que sur les facteurs nutritionnels.

Programmes nationaux d'actions de prévention et de prise en charge

Un plan national de lutte contre le cancer (2003-2007) a pour objectif de diminuer la mortalité par cancer de 20% en cinq ans. Il comporte 70 mesures réparties en six chapitres :

- Prévention : lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme notamment ;
- Dépistage : dépistage régulier de certains cancers pour un diagnostic plus précoce (cancer du sein, du col de l'utérus, du côlon-rectum et mélanome) ;
- Accès à des soins de qualité : programme personnalisé de soins, centre de coordination en cancérologie, réseau régional du cancer ;
- Volet social et information : accompagnement social plus humain et plus solidaire ;
- Formations plus adaptée : renforcement du nombre et de la qualification des professionnels ;
- Recherche : accélération de l'innovation et accroissement de la visibilité internationale, constitution de cancéropôles.

Objectifs de la Loi de santé publique (2004)

La loi de santé publique de 2004 a fixé des objectifs concernant indirectement ou directement le cancer à atteindre d'ici 2008 :

3 – *"Abaisser le tabagisme de 33 à 25% chez les hommes et de 26 à 20% chez les femmes d'ici à 2008"*¹

4 – *"Réduire le tabagisme passif dans les établissements scolaires, les lieux de loisirs et l'environnement professionnel"*

10 – *"Accroissement de la consommation des fruits et légumes"*¹

¹ Drees, L'état de santé de la population en France en 2006. Indicateurs associés à la loi de politique de santé publique. 2006.

- 17 – *"Réduire les effets sur la santé des travailleurs des expositions aux agents cancérigènes par diminution des niveaux d'exposition"*¹
- 19 – *"Diminuer l'exposition au radon dans les établissements d'enseignement et les établissements sanitaires et sociaux en dessous de 400Bq/m³"*
- 48 - *"Cancer du col de l'utérus : poursuivre la baisse de l'incidence de 2,5% par an, notamment l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage de 80% pour les femmes de 26 à 69 ans et l'utilisation du test HPV".*
- 49 - *"Toutes tumeurs malignes : contribuer à l'amélioration de la survie des patients atteints de tumeurs, notamment en assurant une prise en charge multidisciplinaire et coordonnée pour 100% des patients"*
- 50 - *"Cancer du sein : réduire le pourcentage de cancers à un stade avancé parmi les cancers dépistés chez les femmes, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage de 80% pour les femmes de 50 à 74 ans"*
- 51 - *"Cancer de la peau, mélanome : améliorer les conditions de détection précoce du mélanome"*
- 52 - *"Cancer de la thyroïde : renforcer la surveillance épidémiologique nationale des cancers thyroïdiens"*
- 53 - *"Cancer colorectal : définir d'ici quatre ans une stratégie nationale de dépistage".²*

Objectifs du Plan Régional de Santé Publique de Bourgogne (2004-2008)

Le PRSP a proposé 9 mesures concernant directement ou indirectement la prévention du cancer :

- 1 - *Abaisser la prévalence du tabagisme de 15% en population générale*
- 2 - *Abaisser la prévalence du tabagisme chez les moins de 16 ans*
- 6 - *Diminuer d'au moins 25% la prévalence des petits consommateurs de fruits et légumes*
- 9 - *Diminuer le nombre de Bourguignons ayant un usage à risque d'alcool*
- 22 - *Sensibiliser les personnes concernées aux risques liés à l'exposition au radon*
- 23 - *Mesurer l'application de la politique de réduction des risques liés à l'amiante*
- 30 - *Réduire l'exposition des travailleurs aux agents cancérigènes*
- 51 - *Organiser le dépistage du cancer du sein pour 80%*
- 52 - *Raccourcir les délais de détection des cancers en améliorant l'information de la population, notamment pour les mélanomes et le cancer du col utérin.*

² DGS, Drees, Indicateurs de suivi des objectifs du rapport annexé au projet de loi relatif à la politique de santé publique. Livret Objectifs – Partie 1. Alcool et Tabac, Cancer, groupe projet février 2004.

Principaux indicateurs relatifs au cancer en Bourgogne

- ❖ **8 700 nouveaux cas** de cancers en Bourgogne pour l'année 2000 selon FRANCIM (dont 5 200 chez des hommes).
- ❖ **51 500 Bourguignons** (assurés des régimes général ou agricole) **en affection de longue durée** pour un cancer (fin 2005), **7 900 nouvelles admissions** annuelles (2005) en ALD pour ce motif.
- ❖ **20 500 séjours de Bourguignons** en unités de soins de courte durée au cours d'une année (2002) motivés par une tumeur maligne (5% des séjours).
- ❖ Depuis le début des années 90, la **mortalité par cancer des hommes** de la région est **significativement plus élevée** que la moyenne nationale, surtout dans la Nièvre et l'Yonne (où la mortalité des femmes est aussi significativement supérieure à la moyenne française).

Plusieurs sources de données sont utilisées.

Les données de **morbidity** de la population générale proviennent de :

- **FRANCIM**, association des registres des cancers en France, concernant l'incidence des cancers dans les régions métropolitaines.

- **l'Assurance Maladie** (extraits des fichiers d'Affections de Longue Durée (ALD), En cas d'affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le code de la sécurité sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dites de longue durée est établie par décret et comporte 30 affections ou groupes d'affections. *L'information sur la maladie connue dans les fichiers médicaux ne reflète pas totalement la réalité pour cette pathologie. En effet, des personnes atteintes d'une maladie chronique ne sont pas nécessairement déclarées en ALD et de ce fait ne sont pas connues des services médicaux*

- la **Drees** (extraits du PMSI sur les séjours hospitaliers de 2000 à 2002). Celles-ci permettent de dénombrer les maladies ou événements morbides « aigus » à l'origine d'un séjour hospitalier (indiqués comme motif principal). Elles concernent les séjours effectués dans les unités de soins de courte durée médecine chirurgie et obstétrique (MCO) des établissements de santé publics et privés. Les séjours sont affectés au lieu de résidence du patient : il s'agit de données domiciliées. *Des séjours hospitaliers au cours d'une année peuvent concerner la même personne, tandis que tous les patients atteints d'une maladie chronique n'ont pas nécessairement recours à des soins hospitaliers chaque année.*

Les données de **mortalité** proviennent de l'Inserm CépiDc. Les plus récentes au moment de la réalisation de ce document datent de 2003.

MORBIDITÉ

Les sources utilisées sont ici :

- Les données fournies par le Réseau des Registres des cancers (FRANCIM) : estimations d'incidence des cancers dans les régions de France métropolitaine
- Les fichiers médicaux de l'Assurance Maladie
Les patients cancéreux sont identifiés à partir de leur pathologie connue dans les fichiers médicaux de l'Assurance Maladie dans le cadre de l'ALD 30. L'information sur la maladie connue dans les fichiers médicaux ne reflète pas totalement la réalité pour cette pathologie. En effet, des personnes atteintes d'un cancer ne sont pas nécessairement déclarés en ALD et de ce fait ne sont pas connues des services médicaux. Deux indicateurs sont retenus pour l'identification des patients atteints de cancer :
 - les personnes en ALD au 31 décembre 2005
 - le nombre de nouvelles admissions de personnes en ALD sur l'année 2005*Les données sont celles du régime général et du régime agricole.*
- Une exploitation des données du PMSI redressées par la Drees 1998-2002
- Les statistiques du Rectorat concernant les enfants atteints de maladies chroniques bénéficiant d'un suivi particulier de la part des médecins de santé scolaire
- Une enquête de la Drees sur les enfants scolarisés en grande section de maternelle

Incidence

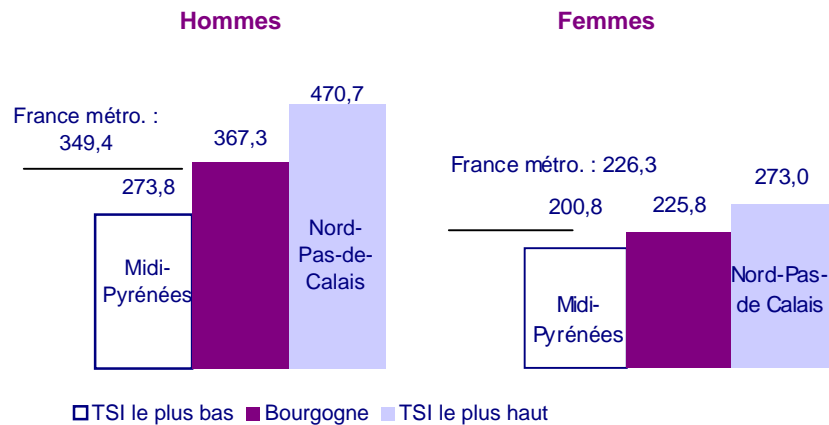
On estime le nombre de **nouveaux cas de cancers** en Bourgogne pour l'année 2000 à plus de **8 700** (contre 5 600 vingt ans plus tôt, soit +56%), dont une majorité chez des hommes (5 200, soit 60%).

Pour éliminer l'effet des structures d'âges différentes des populations selon les régions et les années, on calcule le taux d'incidence standardisé (sur la population mondiale par exemple). Celui-ci a augmenté, au cours de la dernière décennie, de 17,5% chez les hommes de la région (+ 15,6% en France métropolitaine) et de près de 16% chez les femmes (15,3% au niveau national). Sur les vingt dernières années, le taux d'incidence des cancers est supérieur à la moyenne nationale pour les hommes de la région (l'écart s'accroissant avec le temps), alors qu'il diffère peu pour les femmes.

Les taux standardisés d'incidence sont estimés les plus élevés dans la région Nord-Pas-de-Calais pour les hommes comme pour les femmes. À l'inverse, on trouve en Midi-Pyrénées les taux les plus faibles pour les hommes et les femmes.

Taux standardisés d'incidence par cancers selon le genre en 2000

(taux standardisés sur la population mondiale, pour 100 000 personnes)



Source : Francim

Exploitation FNORS

➔ **Poids de certaines localisations**

En termes d'incidence dans l'ensemble de la population en Bourgogne, les **cinq localisations les plus fréquentes**³ sont le cancer de la prostate (1 375 nouveaux cas), suivi, à égalité, par les cancers du sein (1 186) et colo-rectaux (1 183), puis par celui du poumon (810) et ceux des voies aéro-digestives supérieures ou VADS (lèvres, cavité buccale, pharynx, œsophage et larynx, au total 763).

Le nombre de **nouveaux cas de cancers chez les hommes de la région** en 2000 a été estimé à **plus de 5 200**, dont 1 375 (26%) cancers de la prostate, 695 cancers du poumon, 686 des VADS, 659 du côlon-rectum.

Le nombre de **nouveaux cas de cancers** en 2000 **chez les femmes de Bourgogne** a été estimé à près de **3 500**. Les cancers gynécologiques sont globalement les plus fréquents. Le cancer du sein vient largement en tête avec près de 1 190 cas (34% des cancers féminins), suivi du cancer colo-rectal (524 cas, soit 15%), puis ceux du corps utérin (172, soit 5%), des ovaires (145, soit 4%).

Les taux standardisés d'incidence des cancers chez l'homme sont plus élevés que chez la femme, en Bourgogne comme en France. Il en va de même pour les taux standardisés de mortalité.

³ À noter que pour le cancer du pancréas (233 décès), comme celui du foie (163) et celui de la plèvre (36), les données d'incidence ne sont pas disponibles au niveau régional.

Incidence des cancers selon les localisations, chez les hommes et les femmes de Bourgogne en 2000

*Taux standardisé sur la population mondiale
Taux pour 100 000 habitants*

Localisations	Incidence	
	Hommes	Femmes
Prostate	80,0	
Sein		85,6
Poumon	51,0	7,0
Côlon-rectum	42,0	24,9
Lèvre, cavité buc., pharynx	38,6	5,1
Vessie	18,3	2,5
Lymphome malin non hodgkinien	14,0	6,7
Rein	15,0	6,4
Col de l'utérus		9,6
Corps de l'utérus		10,4
Oesophage	8,7	nd
Larynx	8,7	nd
Estomac	9,1	2,6
Leucémie	8,8	5,4
Mélanome	7,5	9,8
Système nerveux central	8,2	7,0
Ovaire		9,5
Ensemble cancers	367,3	225,8

Nd : données non disponibles
Source : Francim

Exploitation ORS

➔ **Évolution de certaines localisations**

L'évolution de l'incidence dépend, entre autres, du vieillissement de la population, de l'exposition aux facteurs de risque et de l'existence de dépistage (induisant la détection de tumeurs de taille plus réduite). L'évolution de la mortalité résulte de l'évolution de l'incidence et de celle de la probabilité de survie liée aux capacités d'interventions thérapeutiques, plus ou moins précoces.

On observe en Bourgogne (comme en France métropolitaine) au cours de la dernière décennie une augmentation de l'incidence de l'ensemble des cancers (de +18% pour les hommes et de +16% pour les femmes) et une légère diminution de la mortalité (respectivement -7% et -3%). Ainsi, observe-t-on une amélioration de la probabilité de survie dans un contexte d'augmentation du nombre des malades. Cependant, les évolutions diffèrent selon les localisations, et certaines de manière radicale, en Bourgogne comme dans l'ensemble des régions françaises.

Les cancers pour lesquels l'incidence et la mortalité ont fortement augmenté au cours de la dernière décennie sont les mélanomes et les lymphomes malins non hodgkiniens pour les deux sexes, le cancer du poumon chez les femmes, même si dans ce dernier cas les taux restent cependant bien inférieurs à ceux observés pour les hommes (respectivement 7/100 000 contre 51/100 000 pour l'incidence et 11,4 contre 77,9 pour la mortalité).

À l'opposé, pour certains cancers l'incidence et la mortalité diminuent nettement : c'est le cas de celui de l'estomac pour les deux sexes, des VADS pour les hommes. Il en va de même pour le col utérin pour les femmes, l'incertitude sur la codification des décès invite à une certaine réserve concernant l'évolution de la mortalité.

Affections de longue durée

Précisions

ALD (Affection de Longue Durée)

En cas d'affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le code de la sécurité sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dites de longue durée est établie par décret et comporte 30 affections ou groupes d'affections. Les données figurant sur ce document concernent les assurés et ayants droit du régime général et du régime agricole.

➤ **Patients en ALD**

Fin 2005, on comptait un peu plus de **51 500 Bourguignons en affection de longue durée pour cancer**.

Si on rapporte à la population susceptible d'être concernée, cela représente 35 pour 1 000 personnes protégées par les régimes général et agricole. Le taux varie selon les départements de 31 en Côte d'Or à 39 dans la Nièvre. Au 31 décembre 2004, la Cnamts estimait le taux (brut) de prévalence des tumeurs malignes au niveau national à partir des ALD du seul régime général à 231/1 000⁴.

Nombre de personnes en ALD pour cancer en Bourgogne, selon le département et le genre au 31/12/2005

	Côte d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne	Bourgogne
Hommes	6 409	3 645	8 588	4 958	23 600
Femmes	8 049	4 194	9 952	5 766	27 961
Ensemble	14 458	7 839	18 540	10 724	51 561

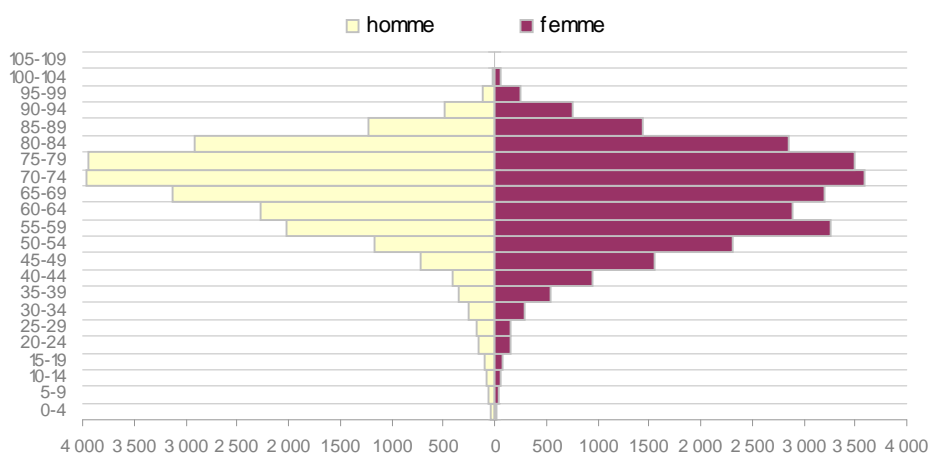
Sources : URCAM, DRSM, ARCMSA Bourgogne

Près de neuf personnes atteintes de cancer sur dix (88%) ont 50 ans ou plus, et plus du quart (28%) entre 70 et 79 ans.

Une large majorité des Bourguignons en ALD pour cancer sont des femmes (54%).

Les hommes sont plus nombreux entre 70 et 84 ans (46% contre 42%).

Hommes et Femmes en ALD pour cancer, selon l'âge au 31/12/2005



Sources : URCAM, DRSM, ARCMSA Bourgogne

⁴ Fréquence des affections de longue durée (ALD 30) au régime général, Cnamts avril 2006.

➤ Admissions en ALD

En 2005, on a compté 7 900 nouvelles admissions de Bourguignons en ALD pour asthme. On observe relativement moins d'admissions en Côte d'Or.

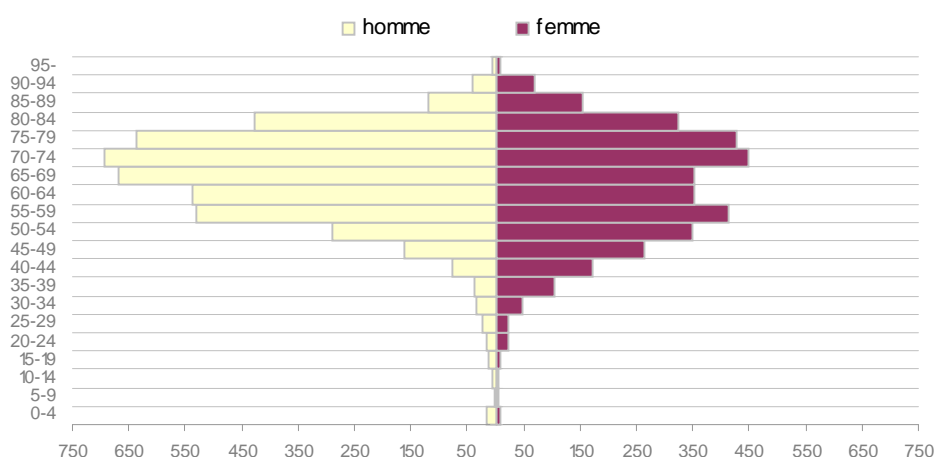
Nouvelles admissions en ALD pour cancer selon le département et le genre en 2005

	Côte d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne	Bourgogne
Hommes	1 145	654	1 553	978	4 330
Femmes	1 093	522	1 207	747	3 569
Ensemble	2 238	1 176	2 760	1 725	7 899

Sources : URCAM, DRSM, ARCMSA Bourgogne

Dans la majorité des cas, les nouvelles admissions concernent des hommes (55%).

Hommes et Femmes admis en ALD pour cancer en 2005, selon l'âge au 31/12/2005



Sources : URCAM, DRSM, ARCMSA Bourgogne

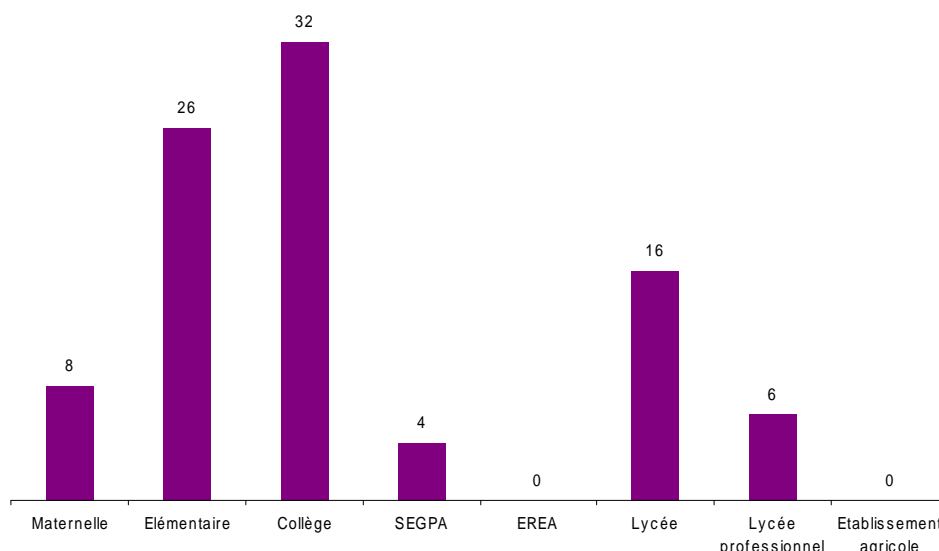
➤ Enfants scolarisés atteints de cancer

Les médecins des services de promotion de la santé des élèves sont intervenus auprès de **92 jeunes scolarisés bourguignons** atteints de cancer, leucémie ou tumeur cérébrale durant l'année scolaire 2005-2006.

Cette pathologie représente 3% de l'ensemble des motifs d'interventions auprès des élèves des médecins des services de promotion de la santé (sur 19 maladies et problèmes de santé expressément comptabilisés par les services de santé scolaire).

La classe d'âge la plus concernée est celle des collèges (plus d'1/3), suivis des classes élémentaires (plus d'1/4) et des lycées (moins d'1/10).

Nombres d'élèves atteints de cancer, leucémie ou tumeur cérébrale pour lesquels les médecins des services de santé scolaire sont intervenus en 2005-2006 selon l'établissement



SEGPA : Section d'enseignement général et professionnel adapté

EREA : Établissement Régional d'Enseignement Adapté

Source : Rectorat d'académie de Dijon

L'analyse par département montre un nombre d'interventions des médecins pour ce type de maladie chronique plus important en Saône-et-Loire (la moitié de l'ensemble des interventions de la Bourgogne).

Nombre d'élèves atteints de cancer pour lesquels les médecins des services de santé scolaire sont intervenus en 2005-2006 en Bourgogne selon le département

Département	Effectif	Taux pour 100 000 entants scolarisés*	% en Bourgogne
Côte d'Or	31	61,8	34%
Nièvre	5	25,5	5%
Saône-et-Loire	47	91,8	51%
Yonne	9	26,8	10%
Bourgogne	92	59,5	100%

* enfants scolarisés du 1er degré en 2004-2005

Source : Rectorat d'académie de Dijon

Séjours hospitaliers pour tumeurs malignes

On a décompté **20 500 séjours de Bourguignons en unités de soins de courte durée** en 2002, motivés par une tumeur maligne, dont un peu moins de la moitié pour des interventions chirurgicales (sauf en Côte d'Or où leur part est de 55%). Par ailleurs, dans un peu plus de 20% des cas, il s'agit de séjours de moins de 24 heures (pour chimiothérapie par exemple).

Nombre de séjours en soins de courte durée pour cancer, dont ceux de moins de 24 heures, et selon qu'ils sont chirurgicaux ou non selon le département

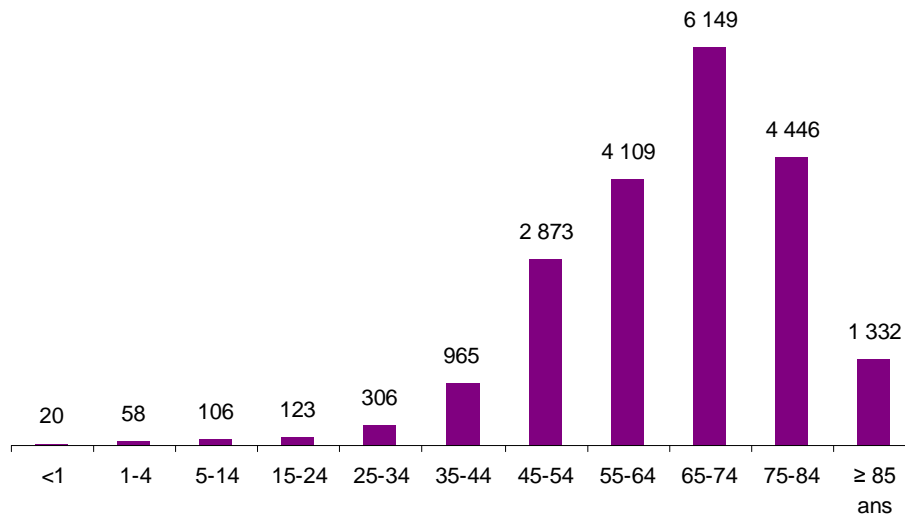
Département	Total	dont <24h	chirurgical	non chirurgical
Côte d'Or	5 201	1 085,0	55%	45%
Nièvre	3 445	651,0	37%	63%
Saône-et-Loire	7 680	1 475,0	43%	57%
Yonne	4 161	857,0	45%	55%
Bourgogne	20 487	4 068	46%	54%

Source : Ministère de la santé et de la protection sociale, Drees

Exploitation ORS

Une majorité concerne des hommes (58%), sauf entre 35 et 44 ans où les femmes sont plus nombreuses. La classe d'âge la plus représentée est celle des 65-74 ans (30% des hospitalisés), suivie de celle des 75-84 ans (22%), 55-64 ans (20%) et 45-54 ans (14%).

Nombre de séjours hospitaliers en soins de courte durée de Bourguignons pour tumeur maligne en 2002 selon la classe d'âge



Source : Ministère de la santé et de la protection sociale, Drees

Exploitation ORS

Précisions

Les données de mortalité hospitalières de la DREES sont présentées comme approche d'une certaine charge de soins associée aux cancers qui touchent les Bourguignons. L'unité de compte est le séjour en soins de courte durée MCO (médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique) et non le patient. Tandis que les venues en hospitalisation inférieure à 24 heures pour des traitements réalisés en séances (chimiothérapies, radiothérapies...) sont exclues du champ de l'étude, ces résultats peuvent de ce fait sembler ne pas référer les données d'incidence.

Si on rapporte les séjours hospitaliers à la population susceptible d'y avoir recours, le taux obtenu est très faible jusqu'à 44 ans, croît ensuite fortement avec l'âge et culmine entre 75 et 84 ans à 41 pour 1 000 habitants.

Le taux brut d'hospitalisation en soins de courte durée pour tumeurs malignes (nombre de séjours rapporté au nombre d'habitants), tous âges confondus, s'élève à 12,7/1 000. Le taux standardisé sur l'âge s'élève à 10,8/1 000. Il est plus élevé pour les hommes (13,5/1 000 habitants) que pour les femmes (8/1 000).

L'hospitalisation pour cancer en Bourgogne est inférieure à la moyenne nationale, pour les hommes comme pour les femmes (Indices Comparatifs d'Hospitalisation respectifs de 97 et 95 contre 100 pour la France). En revanche, à l'intérieur de la région, les départements de la Nièvre et de la Saône-et-Loire présentent des indices comparatifs d'hospitalisation significativement supérieurs à la moyenne nationale, pour les hommes.

Tableau de bord sur les maladies chroniques en Bourgogne

Chapitre 2 - Cancer

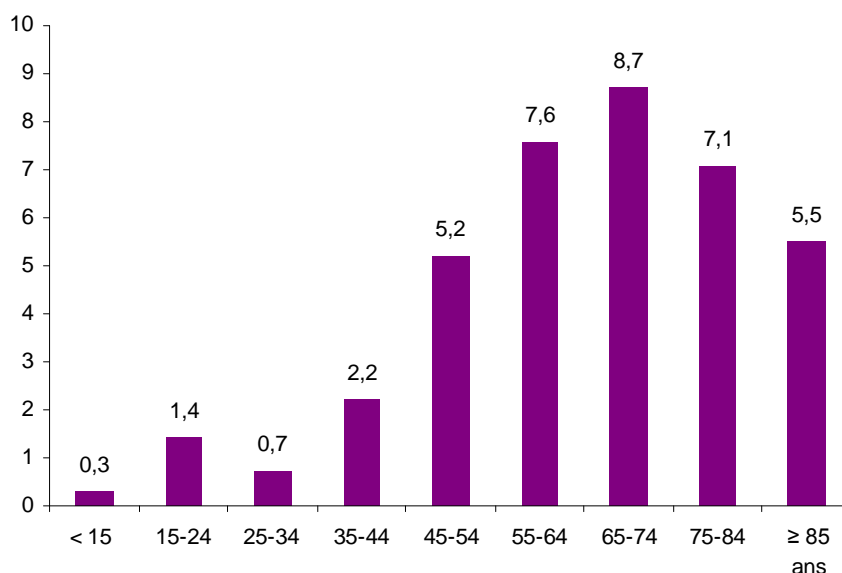
Taux comparatif de recours à l'hospitalisation (TCH) en soins de courte durée de Bourguignons pour une tumeur maligne en 2002 selon le département

	TCH		Ensemble	
	Hommes	Femmes	Effectifs	TCH
Côte d'Or	12,3	7,4	5 201	9,9%
Nièvre	14,7	8,3	3 445	11,5%
Saône-et-Loire	14,3	8,5	7 680	11,4%
Yonne	12,9	7,8	4 161	10,4%
Bourgogne	13,5	8,0	20 487	10,7%

Source : Ministère de la santé et de la protection sociale, Drees Exploitation ORS

Les tumeurs malignes sont le motif de près de 5% des séjours hospitaliers en soins de courte durée. Cette part est plus importante entre 55 et 84 ans (8% en moyenne) s'élevant jusqu'à près de 9% chez les 65-74 ans.

Proportion (en %) des tumeurs malignes comme motif d'hospitalisation en soins de courte durée des Bourguignons, en 2002 selon les classes d'âge



Source : Ministère de la santé et de la protection sociale, Drees Exploitation ORS

Les localisations les plus fréquemment mentionnées comme motifs de séjours hospitaliers en soins de courte durée sont : le côlon-rectum (11%), le sein (9%), le poumon (9%), la prostate (7%), et les lèvres-cavité buccale-pharynx et œsophage, ou VADS (7%).

Selon l'étude réalisée en 2004 (cf. encadré précisions), on prévoit du seul fait de l'évolution démographique, une augmentation de 11% des séjours d'hospitalisation pour cancer en Bourgogne entre la période 2000-2002 et 2010, soit une hausse plus de deux fois supérieure à celle prévue pour l'ensemble des motifs d'hospitalisation (+4%).

Le nombre de journées correspondantes va également s'accroître de 12%, là aussi davantage pour cancer que pour l'ensemble des séjours hospitaliers (7%).

Nombre de séjours et de journées d'hospitalisation de Bourguignons pour cancer en 2002 et projections en 2010

	Séjours			Journées		
	2000 à 2002	2010	% 2010/2001	2000 à 2002	2010	% 2010/2001
Tumeurs malignes	20 332	22 585	11	179 861	200 562	12
Total général	445 022	462 042	4	2 163 410	2 314 104	7

Source : Ministère de la santé et de la protection sociale, Drees Exploitation ORS

MORTALITÉ

Les cancers sont la première cause de **mortalité masculine**, avec près de **2 900 décès** en moyenne sur la période 2001-2003 (32%). Celui qui cause le plus grand nombre de décès est, de loin, celui du poumon (659, soit 21% des décès par cancers), il est suivi par ceux de la prostate (343, soit 12%), du côlon-rectum (299, 10%) et des VADS (280, 10%).

Avec près de **1 820 décès annuels** (moyenne 2001-2003), les cancers sont à l'origine de 21% des **décès féminins** dans la région. Le cancer du sein est cause de 344 décès annuels (19% des décès par cancers), suivi par ceux du côlon-rectum (234, soit 13%), et du poumon (140, 8%) et des ovaires (117, 6%).

Mortalité par cancer selon les localisations, chez les hommes et les femmes de Bourgogne en 2001-2003

*Taux standardisé sur la population de la France métropolitaine
Taux pour 100 000 habitants*

	Hommes	Femmes
Localisations		
Prostate	44,7	
Sein		29,9
Poumon	74,6	12,8
Côlon-rectum	36,3	18,4
Lèvre, cavité buc., pharynx	13,1	2,1
Vessie	12,1	2,1
Lymphome malin non hodgkinien	9,0	5,7
Rein	8,7	3,6
Utérus		8,8
Oesophage	12,7	1,4
Larynx	5,1	0,4
Estomac	14,0	4,5
Leucémie	11,2	6,2
Mélanome	2,4	1,7
Système nerveux central	5,2	4,2
Ovaire		10,3
Ensemble cancers	342,2	152,3

Sources : Inserm CépiDc, Insee

Exploitation ORS

➤ La mortalité par cancers : poids des décès prématurés et disparités à l'intérieur de la région

• Importance des décès avant 65 ans

Sur la période 2001-2003, plus de 4 700 Bourguignons sont décédés des suites d'un cancer en moyenne par an (27% de l'ensemble des décès). La part des cancers dans les causes de décès est maximale entre 55 et 59 ans chez les femmes (53%) et entre 65 et 69 ans chez les hommes (47%).

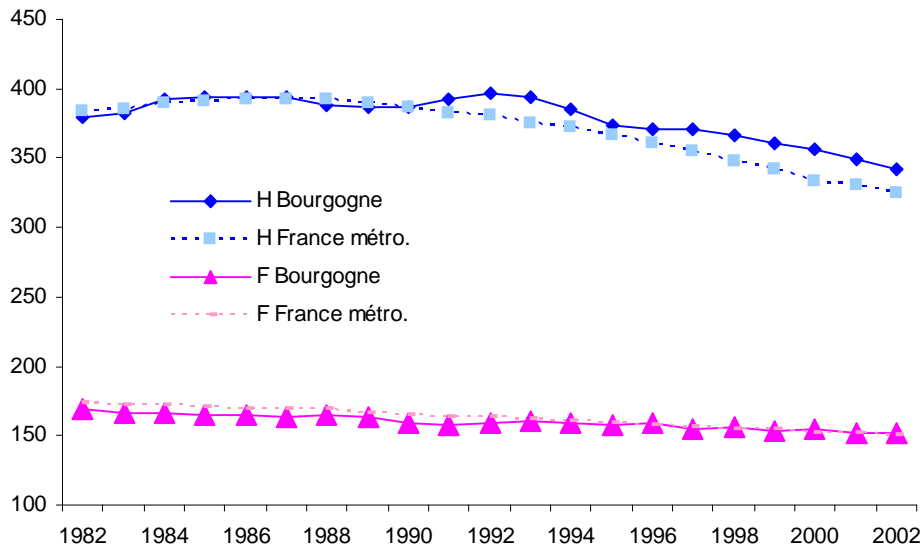
Le **cancer** est la **première cause de mortalité avant 65 ans** pour les hommes comme pour les femmes, en Bourgogne comme en France.

Globalement, 28% des décès par cancers chez les hommes et 22% chez les femmes surviennent avant 65 ans. Le poids de ces décès qualifiés de «prématurés» est plus important pour certaines localisations : VADS (42%), poumon (37%) et sein (28%).

• **Évolution de la mortalité en Bourgogne**

Jusqu'en 1990, la mortalité masculine par cancers en Bourgogne ne se distinguait pas de celle de la moyenne des régions. Depuis le début des années 90, elle devient significativement supérieure, et ceci pour l'ensemble des décès comme pour ceux qui surviennent avant l'âge de 65 ans dits « prématurés ».

Taux comparatifs de mortalité par cancers chez les hommes et chez les femmes, en Bourgogne et en France métropolitaine, de 1981-1983 à 2001-2003*



* les taux comparatifs sont calculés sur trois années, l'année figurant en abscisse est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

Sources : Inserm CépiDc, Insee Exploitation FNORS

• **Des disparités de mortalité à l'intérieur de la région**

Sur la période 2001-2003, le **taux comparatif de mortalité** par cancers des hommes est plus de **deux fois supérieur** (342/100 000) à celui des femmes (152/100 000).

La mortalité par cancer des hommes de la région est supérieure à la moyenne nationale, alors que celle des femmes ne s'en distingue pas.

À l'intérieur de la région, on observe une **surmortalité** par cancers chez les hommes de la **Nièvre** ainsi que chez les femmes de l'**Yonne**. Les taux comparatifs de mortalité masculins et féminins de Côte d'Or et de Saône-et-Loire ne se distinguent pas des moyennes nationales. La surmortalité des hommes dans la Nièvre et l'Yonne est observée depuis le début des années 90, celle des femmes n'est constatée que depuis la fin de la décennie.

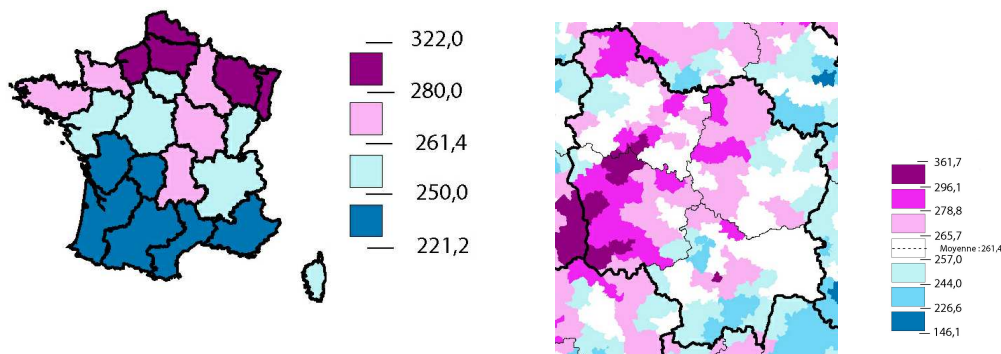
Nombre annuel moyen de décès et taux comparatifs de mortalité (TCM) par cancers en 2001-2003 en Bourgogne selon le département et le genre

	Hommes		Femmes	
	Effectifs	TCM	Effectifs	TCM
Côte-d'Or	757	332,7	461	142,5
Nièvre	498	366,9	308	158,5
Saône-et-Loire	1 007	333,5	643	149,2
Yonne	641	351,3	411	166,3
Bourgogne	2 903	342,2	1 822	152,3
France	87 739	325,4	58 344	150,7

* *significativement différent de la moyenne nationale*

Sources : Inserm CépiDc, Insee Exploitation FNORS

Taux comparatifs de mortalité par cancers dans les cantons de Bourgogne et dans les régions françaises en 1991-1999 (pour 100 000 habitants)



Sources : Inserm CépiDc, Insee

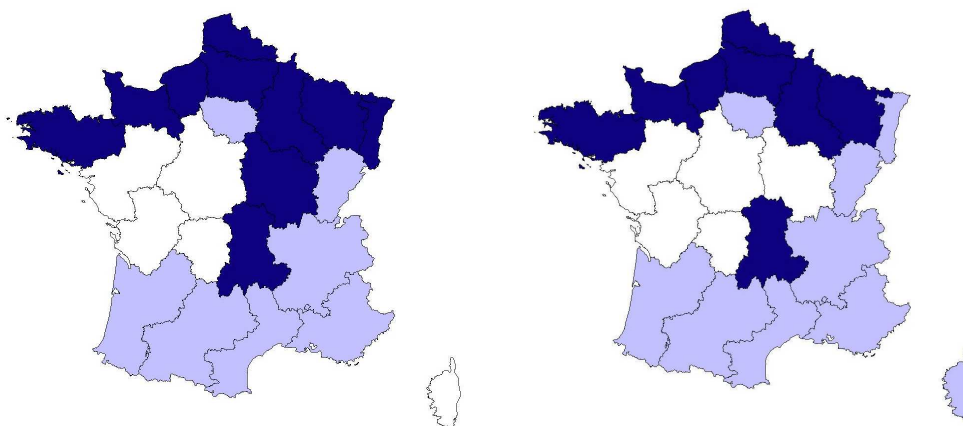
Exploitation Fnors

Indices comparatifs de mortalité par cancers en 2001-2003

France métropolitaine = 100

Tous âges

Avant 65 ans



Significativement inférieur à la moyenne nationale
 Non significatif
 Significativement supérieur à la moyenne nationale

Sources : Inserm CépiDc, Insee

Exploitation Fnors

Définitions

TCM : Le taux standardisé de mortalité (ou taux comparatif de mortalité) est le taux de décès "attendu" dans la population observée si celle-ci avait la même structure d'âge qu'une population de référence (population France métropolitaine RP 90 – deux sexes regroupés, par tranches d'âge de 5 en 5 ans).

ICM : Indice comparatif de mortalité = rapport du nombre de décès observé au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité par âge et sexe étaient identiques aux taux nationaux. Ne sont indiquées que les différences statistiquement significatives (au seuil de 5%).

DÉTERMINANTS ET FACTEURS DE RISQUE

Les facteurs de risque des cancers sont très divers et peuvent se cumuler.

La responsabilité du tabac et de l'alcool est bien établie : on leur attribue respectivement 22% et 12% des décès par cancer, soit 33 400 et 18 500 décès en 2003. En revanche, la proportion de décès par cancer attribuable à la nutrition est plus difficile à quantifier : elle est estimée à 35% mais avec une faible précision (10% à 70%).

Les expositions professionnelles seraient, quant à elles, responsables de 4 % des décès par cancer (2% à 8%).

La prévention du cancer est donc pour une large part une prévention primaire : lutte contre le tabagisme et la consommation excessive d'alcool, amélioration de l'équilibre nutritionnel, prévention des expositions professionnelles. Certains cancers (sein, col de l'utérus, côlon-rectum, mélanome) peuvent également faire l'objet d'un dépistage organisé efficace.

Afin que la situation de la Bourgogne ne s'écarte pas davantage, ou même se rapproche de la moyenne nationale, la déclinaison du plan cancer dans la région fait une large part à la détection et au traitement précoces des cancers, avec :

- le développement de la prévention primaire des conduites addictives et de l'éducation nutritionnelle,
- la généralisation du dépistage organisé quand il est possible et efficace,
- le renforcement des autres formes de diagnostics avancés, en particulier des cancers les plus impliqués dans la mortalité prématurée (poumon, VADS).

MOYENS MOBILISÉS

Les acteurs et dispositifs

Prévention

Une grande diversité d'acteurs de prévention sont impliqués dans des actions visant la réduction de l'exposition aux facteurs de risque liés à des comportements individuels : tabac, alcool, nutrition. Un plan régional de lutte contre le tabagisme est développé dans le cadre du plan cancer et du Programme Régional de l'Assurance Maladie (PRAM), ce qui contribue à lutter contre un des déterminants et facteurs déclenchants de l'asthme.

A côté des Comités de lutte contre le cancer et les Comités départementaux d'éducation pour la santé dont l'activité est orientée vers la documentation et la prévention, une quarantaine d'associations sont impliquées dans l'information et le soutien aux malades et à leur entourage (intervenant exclusivement sur le domaine du cancer, ou bien plus largement sur les soins palliatifs, les droits des usagers, l'écoute des malades, l'aide aux familles à domicile...).

Dépistages

Depuis fin 2003, la Bourgogne est dotée de 4 centres départementaux de dépistages organisés du cancer du sein et du cancer du côlon-rectum pour deux d'entre eux (Côte d'Or et Saône et Loire)⁵.

⁵ ADECA 21 pour la Côte d'Or, ANDEMAS pour la Nièvre, ADEMAS 71 pour la Saône-et-Loire et AIDEC pour l'Yonne.

Offre de soins

La prise en charge des cancers relève de diverses spécialités médicales et services hospitaliers : oncologie, dermatologie, gynécologie, hépato-gastro-entérologie, ORL, pneumologie, mais aussi chirurgie, auxquelles s'ajoute la médecine générale (détection, accompagnement des traitements spécialisés).

Un travail mené dans toutes les régions de France par la Fnors, montre la difficulté de dénombrer précisément les professionnels impliqués dans la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement des affections cancéreuses⁶. Les informations contenues dans les bases de données accessibles en routine (Conseil national de l'Ordre des médecins, Cnamts-Snir, Drees-Adeli) ne permettent pas de faire précisément le lien entre exercice d'une profession de santé et activité auprès des personnes atteintes d'un cancer.

On note cependant que la région fait souvent partie des zones les moins dotées. On peut citer par exemple, pour les plus spécifiques, la densité de spécialistes en oncologie radiothérapie (0,8/100 000 contre 1,1 en France métropolitaine), en oncologie médicale (respectivement 0,6 et 0,9), en anatomo-pathologie (1,6 contre 2,7). De même, la densité de manipulateurs en électroradiologie s'élève à 35,48/100 000 contre 40,95 en France. A l'inverse, les densités en Bourgogne sont plus élevées pour la médecine nucléaire (0,9 contre 0,7) et les infirmières pratiquant des soins de chimiothérapie (7,2 contre 6,9).

Les projets d'amélioration des soins et de diffusion des techniques innovantes se heurtent donc au relatif déficit en professionnels de santé en Bourgogne et leur inégale répartition à l'intérieur de la région. Ainsi, l'implantation d'équipements de radiodiagnostic et de radiothérapie est freinée par le déficit en radiothérapeutes et manipulateurs radios.

Pratiques

La **déclinaison régionale du Plan national cancer** lancé en 2003 (52 mesures déclinées en région) reprennent les orientations nationales : connaissance de l'évolution de la maladie, développement de la prévention du tabac dans divers secteurs, généralisation du dépistage organisé du cancer du sein, développement d'un réseau de soins coordonné qui permettra une prise en charge humaine des patients, association des usagers à l'adaptation des réponses, en matière d'information notamment, renforcement de la recherche et de la formation

Dans le domaine de l'**épidémiologie**, la région dispose de **3 Registres de cancers** spécifiques (tumeurs digestives, gynécologiques, hémopathies malignes), s'appuyant sur des informations recueillies auprès des professionnels de santé, en particulier des pathologistes des secteurs public et privé, sur la Côte d'Or (et la Saône-et-Loire pour les tumeurs digestives). Ils contribuent depuis de nombreuses années à l'**amélioration de la connaissance** au niveau national et international de ces pathologies, de leur évolution, des facteurs de risque. S'inscrivant dans l'axe "connaissance de la maladie" dans la région, une **enquête** sur les attitudes et comportements des Bourguignons face aux facteurs de risque de cancers et un tableau de bord sur les cancers ont été réalisés par l'ORS en 2004.

Prévention

Des actions de **prévention du tabagisme** ont été initiées dans les grandes entreprises, les administrations, les hôpitaux et le milieu scolaire (dont la formation des infirmières aux méthodes de sevrage).

Dans le cadre de la **prévention des cancers professionnels**, des formations des personnels des institutions CRAM/DRASS/DRIRE/DRTEFP au repérage des sites polluants et celles des agents de la DRTEFP aux risques de cancers professionnels sont organisées.

⁶ Fnors, Étude sur les professionnels et formations en cancérologie, 2006.

Le **dépistage organisé du cancer du sein**, développé depuis plusieurs années dans la Nièvre et la Saône-et-Loire, a été étendu aux deux autres départements fin 2003. En 2005⁷, 47,2% des femmes de 50-74 ans de Bourgogne ont eu une mammographie de dépistage, le taux de participation variant de 34,5% dans la Nièvre à 56,4% en Côte d'Or. Des actions spécifiques de sensibilisation au dépistage des cancers auprès des populations jusque là plus réticentes ont été menées par les 4 structures (notamment auprès des personnes en situation de précarité en Côte d'Or, en collaboration avec le Codes, un centre de soins infirmiers, la ligue contre le cancer).

Un objectif de taux de couverture de 80% des femmes concernées par le dépistage du cancer du sein a été fixé au terme du plan cancer (2007). Pour s'en rapprocher, il faut développer l'information ciblée vis à vis des bénéficiaires potentielles et des prescripteurs de ces dépistages.

Le dépistage organisé du cancer du côlon-rectum est par ailleurs expérimenté en Côte d'Or et Saône-et-Loire. Le taux de participation (déterminé par l'InVS) pour la première campagne 2003-2004 était de 51 % en Côte d'Or et en Saône-et-Loire. Il atteignait d'emblée les objectifs fixés pour le plan national. Dans le cadre de la généralisation de ce dépistage sur le plan national, il sera prochainement étendu au département de l'Yonne.

Il a été décidé de ne pas inclure le dépistage du cancer du col utérin dans un programme organisé. Cependant des améliorations en termes d'information, de coordination entre professionnels de santé, devraient permettre d'augmenter le taux de participation au dépistage des femmes de plus de 50 ans⁸ et de celles qui, pour des raisons socio-économiques, ne recourent pas régulièrement aux soins médicaux, gynécologiques en particulier.

Prise en charge

Le SROS de 3^{ème} génération (SROS III) propose un schéma d'organisation basé sur les territoires, concernant la chirurgie, la chimiothérapie, la radiothérapie et les soins de support. Chaque structure autorisée doit mettre en place une véritable prise en charge de qualité comprenant des réunions concertations pluridisciplinaires, l'utilisation de référentiels, des soins de support, un dispositif d'annonce, une continuité des soins et l'appartenance à un réseau.

Les projets d'orientation de l'organisation des soins en cancérologie reposent sur :

- un **pôle régional** ayant une mission de référence (second avis, traitements nécessitant un plateau technique lourd, innovation, recherche), comprenant a priori le Centre G.F. Leclerc, le CHU et le centre de radiothérapie de Dijon ;
- des **sites de cancérologie** identifiés et autorisés dans les **6 territoires de santé** (établissements et centres de radiothérapie en mesure de prendre en charge au niveau du territoire la majorité des localisations les plus courantes) ; la stratégie régionale est de doter chaque site pivot ou chaque département d'un centre de coordination en cancérologie ;
- des établissements et structures répondant à des **activités de proximité** (application de chimiothérapies prévues dans le programme personnalisé de soin, activités de suite et de réadaptation, activités à domicile).

Le pôle régional et les sites de cancérologie devront répondre à des conditions techniques de fonctionnement définies pour être autorisés.

Le développement d'un accueil, d'une prise en charge et d'un suivi de qualité pour les patients et leurs familles, selon les orientations du plan cancer : raccourcissement du délai d'accès au diagnostic, conditions d'annonce améliorées, information des usagers, approche pluridisciplinaire du diagnostic et

⁷ En attente des données 2006, prévues pour fin avril (Cf. Drass Bourgogne).

⁸ Des travaux menés par les pathologistes portant sur un grand nombre de cas et plusieurs années montrent que les femmes cessent leur contrôle cytologique après 50 ans, alors que l'incidence du cancer du col utérin invasif s'accroît après cet âge.

de la stratégie de traitement, désignation d'un médecin référent, remise du programme personnalisé de soin au patient, accès des patients à leur dossier médical, accès aux soins de support, globalité de la prise en charge, continuité des soins au domicile, usage sécurisé des médicaments...

Dans le domaine de l'**Hospitalisation À Domicile** (HAD), il existait 24 places d'HAD en Bourgogne en 2002 dont seules 12 dédiées à la cancérologie. Au 31 décembre 2004, 92 places d'HAD polyvalentes sont autorisées en Bourgogne, dont 57 installées (47 en Côte d'Or et 10 dans la Nièvre). Il n'y a pas de création de places de HAD en 2005.

Dans le cadre de la **politique de soutien aux soins palliatifs**, le centre hospitalier d'Auxerre et les hôpitaux locaux de Louhans et Vitteaux ont été retenus en 2005 au titre de la Dotation Annuelle de Fonctionnement (DAF). De plus, des crédits ont été accordés au Centre Georges François Leclerc au titre du développement des consultations « douleur ». En 2006, il était prévu que deux unités de soins palliatifs soient financées à hauteur de 50% de l'enveloppe. Le reste de l'enveloppe a été réparti sur l'ensemble des autres sites de la région, en fonction de leur population et centré prioritairement sur le développement des Lits Identifiés de Soins Palliatifs (LISP), afin d'atteindre 5 LISP/ 100 000 habitants sur l'ensemble du territoire d'ici fin 2007. Toute identification de lits de soins palliatifs devait donner lieu à une contractualisation avec avenant au contrat d'objectifs et de moyens précisant le montant. Après recensement et analyse des besoins par le comité régional de soins palliatifs, il a été proposé d'accorder un lit dans chacun des établissements suivants : Syndicat Inter Hospitalier (SIH) Bourgogne Centrale (au CH de Saulieu), CH Beaune, CH de Château Chinon, CH d'Autun, CH de Bourbon Lancy, CH de Joigny, CH de Tonnerre.

Pour la **chimiothérapie ambulatoire**, la majorité des centres hospitaliers de Bourgogne a signé le contrat de bon usage. La chimiothérapie a dû mal à se développer en raison des freins posés par la préparation des drogues en ville. En 2006, à défaut de projet de développement de chimiothérapie à domicile suffisamment avancé par les professionnels de santé, il est proposé de financer les 3 établissements à hauteur de 36 356 € chacun (coût moyen d'un préparateur) CH Chalon sur Saône, CH Macon, CH Sens.

En 2005, le CHU a été reconnu comme « centre régional de **cancérologie pédiatrique** ». Un poste de médecin en cancérologie pédiatrique a été créé. Il a été créé, cette même année, une unité pilote de coordination en **oncogériatrie** entre le CHU et le Centre GF Leclerc qu'il est demandé, en 2006, de pérenniser.

L'**accès aux techniques innovantes** a été amélioré. La Bourgogne compte (fin 2005) 2 Tomographe à Émission de Positron (TEP)⁹ opérationnels et 1 en cours d'installation et 17 scanners installés (mars 2006) (cf. site Inca). On note le projet d'installation d'une plate-forme protéomique, fruit d'une collaboration entre le secteur privé, l'université et les établissements de soins.

Concernant l'accès aux **équipements lourds**¹⁰, un groupe de travail spécifique a réalisé un bilan de l'existant et fait des propositions dans le cadre de la préparation du SROS III pour raccourcir et harmoniser les délais d'accès aux équipements :

- implantation de 2 scanners supplémentaires (Côte d'Or et Saône-et-Loire) et optimisation de l'utilisation du parc existant (activité réduite pour certains alors que pour d'autres des délais de rendez-vous pour les malades ambulatoires sont particulièrement longs) ;
- implantation de l'appareil autorisé en Saône-et-Loire, en plus de la mise en service de 2 IRM supplémentaires à la fin de l'année 2004 (Côte d'Or et Yonne) ;
- installation d'une gamma caméra dans l'Yonne, département le moins équipé ;

⁹ Méthode d'imagerie médicale qui permet de mesurer une activité métabolique en 3 dimensions. Elle diffère des techniques d'imagerie par rayons x (radiologie, scanner) et par résonance magnétique qui se limitent aux images de l'anatomie. Les changements climatiques précèdent souvent les changements anatomiques et par conséquent le TEP permet de détecter plus précocement certaines pathologies.

¹⁰ La Bourgogne dispose fin 2005 de 17 scanners, 6 IRM, 11 gamma caméras et 9 accélérateurs de particules.

- installation d'un accélérateur à particules supplémentaire dans un des trois départements ne disposant que d'un seul appareil (Nièvre, Saône-et-Loire, Yonne).

Fin 2005, compte tenu des nouveaux équipements installés, tous les territoires étaient équipés d'au moins une IRM. En 2006, il était prévu de réfléchir à l'installation d'une 2^{ème} gamma-caméra sur le secteur de Sens/Auxerre.

La Bourgogne ne compte désormais plus d'appareil de cobalthérapie qui ont tous été remplacés par des **accélérateurs à particules**. Par ailleurs, les **centres à deux appareils** sont préconisés par le projet de Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS III). Pour 2005, il était prévu l'installation d'un deuxième appareil à Chalon sur Saône, un deuxième appareil était en cours à Nevers et à la Clinique de Mâcon en reconstruction : projet de centre à 2 appareils également. En 2006, le schéma prévoit l'installation d'un second appareil dans l'Yonne.

Le problème le plus crucial dans ce secteur est la pénurie de manipulateurs radios et de radiothérapeutes. Une démarche a été engagée vers le lycée du Castel pour que la promotion de manipulateurs soit augmentée. Le recteur a accepté de porter le nombre d'élèves formés de 24 à 36 à la rentrée 2006. On peut dans cette perspective mentionner la stagnation du nombre de postes d'internes proposés dans la discipline Oncologie qui reste stable depuis plusieurs années malgré l'augmentation des besoins de soins dans cette discipline. L'augmentation du quota se heurte au libre choix des internes d'une part (problème des maquettes, faut-il créer une filière spéciale ?) et au financement des postes d'autre part.

Le **soutien psychologique** a été renforcé en 2005 par la création de 2 demi postes dans les centres de coordination des 4 sites de cancérologie et des consultations de psychologues à la ligue contre le cancer de Côte d'Or ou par l'association « Écoute, Aide et Conseil ». De même, des groupes de paroles ont été créés au Comité de Côte d'Or de la Ligue contre le cancer. En 2006, il a été proposé de développer les postes de psychologues du Centre GF Leclerc (1 ETP pour consolider l'équipe l'existante avec intervention sur le CHU de Dijon), du CH de Chalon (1 ETP, poste partagé entre le site pivot et la Communauté Le Creusot Montceau).

Une enquête auprès des patients, de l'entourage et des travailleurs sociaux a permis de déterminer les **types et les modalités d'informations souhaités concernant le cancer**. L'objectif est de faciliter la gestion de la trajectoire de soin, améliorer le dialogue et la relation entre les professionnels et le malade ainsi que son entourage. Les thèmes prioritaires à développer portent, pour les associations, sur la prise en charge de la douleur, l'aide psychologique, les traitements, les soutiens possibles. Les travailleurs sociaux, se faisant porte-parole des malades, y ajoutent les droits des malades, l'organisation de la filière de soins, les aides à domicile. Ces résultats ont permis de publier en 2005, un livret **«guide d'information régional»**, dont la généralisation de la diffusion a été inscrite en 2006.

*Au sein de l'organisation arrêtée par le SROS III, le **réseau régional de cancérologie OncoBourgogne** assure un rôle de coordination de l'ensemble des équipes.*

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 au niveau de la région. Il doit veiller à ce que chaque patient quelque soit son lieu de vie puisse bénéficier d'une prise en charge de qualité et qu'on lui propose le meilleur des traitements.

Les missions d'un réseau sont :

- La promotion et l'amélioration de la qualité en cancérologie
- La promotion d'outils de communication communs au sein de la région
- L'aide à la formation continue
- Le recueil et l'analyse régionale des données relatives à l'activité de soins
- L'évaluation des membres et des pratiques au sein du réseau
- L'information des professionnels et des patients

La mise en œuvre des prestations du réseau**a) L'organisation des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire**

Le réseau identifie les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) au sein de chaque territoire et s'assure de la bonne organisation et de leur adéquation aux recommandations de l'organisation attendue. Le réseau facilite la mise en place et/ou l'identification de RCP de recours destinées aux cas complexes et aux tumeurs rares (sarcômes). Le réseau régional tient à jour et diffuse pour chaque spécialité le mode d'organisation mis en place par la région pour assurer l'accès à ce recours régional.

b) Les référentiels régionaux

La mise à la disposition des référentiels auprès des praticiens est l'une des missions essentielles du réseau régional. Les objectifs des référentiels sont d'améliorer la qualité et l'efficacité des soins aux patients en proposant les meilleures pratiques cliniques. Ils sont élaborés à partir de la connaissance scientifique du moment. Ils constituent une aide à la décision pour chaque praticien au moment du diagnostic, de la décision thérapeutique et du suivi thérapeutique.

c) La formation continue

Elle est sous la responsabilité du comité scientifique. Il est chargé d'organiser les formations en collaboration avec les groupes thématiques : sein-gynécologie, digestif, thoracique, ORL, neuro-oncologie, sarcômes, dermatologie, psycho-oncologie, soins de support, infirmières et pharmaciens.

Certaines formations sont spécifiques au dispositif d'annonce, à l'organisation des soins et à la qualité des soins en cancérologie sont proposées aux partenaires du réseau (médecins, infirmières, aides soignantes).

d) La promotion d'outils de communication communs au sein de la région**Le Dossier Communicant en cancérologie (DCC)**

La transmission électronique et le partage des informations entre les professionnels de santé sont indispensables pour assurer la qualité et la coordination de la prise en charge du patient. Le réseau assure la mise en œuvre et le déploiement du DCC en partenariat avec l'Agence Régionale de l'Hospitalisation. Le réseau OncoBourgogne fait partie du conseil stratégique national mise en place par l'Institut National du Cancer sur le déploiement du DCC.

Le site internet du réseau

Hébergé par la plateforme régionale santé bourgogne, il fournit un certain nombre d'informations aux professionnels de santé et tous les référentiels validés par les groupes thématiques sont mis en ligne. Le site Web comprend différents espaces notamment destinés aux infirmières, aux pharmaciens et aux usagers.

La mise à la disposition des outils de visioconférence

Le réseau met à la disposition des différentes équipes médicales de territoire des postes de visioconférence pour faciliter les RCP de recours.

e) Le dispositif d'annonce

Au sein de chaque territoire, les établissements ont mis en place un véritable dispositif d'annonce répondant au cahier des charges élaboré par la ligue nationale contre le cancer et l'INCa. Ce dispositif comprend une consultation dédiée médicale, une consultation infirmière, une prise en charge psychologique et un accompagnement social.

f) La recherche clinique

Le comité scientifique et les groupes thématiques sélectionnent les essais disponibles au niveau national ou international. Ensuite le réseau met à la disposition des investigateurs une assistante en recherche clinique pour les aider dans les démarches administratives et dans le suivi des études.

g) L'information des patients, des proches et du public

Le réseau fournit en collaboration avec les usagers et les représentants des associations de patients les informations nécessaires sur l'offre de soins régionale et sur l'existence des structures d'information existantes.

Chaque année le réseau fournira un rapport des actions mises en place et les résultats obtenus sur les pratiques médicales. Pour mener à bien son **évaluation**, le réseau s'appuie sur les différentes structures de la région qui lui fourniront les informations nécessaires.

BIBLIOGRAPHIE

- Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer. *Cancer : le plan de mobilisation nationale*, 2003.
- Drass Bourgogne. *Plan cancer Bourgogne 2003-2007, une mobilisation régionale*, 2003.
- ORS Bourgogne. Tableau de bord "Le cancer en Bourgogne", 2004.
- Drass Bourgogne. *Plan cancer : 1 an d'actions et de résultats en Bourgogne*, juillet 2004.
- Drass Bourgogne IRS. *Note SROS 3 – Cancérologie, état d'avancement des travaux régionaux des groupes régionaux, SROS III*, 2004.
- ORS Bourgogne. *Dépistages des cancers gynécologiques, points de vue des médecins et des femmes*, 2004.
- ORS Bourgogne. *Information des malades atteints de cancer. Besoins, attentes et perspectives*, 2004.
- ORS Bourgogne. *Attitudes et comportements des Bourguignons par rapport aux facteurs de risque et aux dépistages des cancers*, 2004.
- Drees. *Disparités régionales de santé. A partir des indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique*. 2006.
- Fnors. *Etude sur les professionnels et formations en oncologie*, 2006.
- Drass. *Plan Cancer Bourgogne, Bilan 2005, Actions programmées 2006*, août 2006.