

# La cancérologie

## Introduction :

La révision des SROS pour la cancérologie a été rendue nécessaire par la publication des **décrets n° 2007-388 et n° 2007-389 du 21 mars 2007** relatifs aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins du cancer et relatifs aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de traitement du cancer.

Ces décrets ont été accompagnés par un **arrêté daté du 29 mars 2007** fixant les seuils d'activité minimale annuelle applicables à l'activité de soins de traitement du cancer.

Enfin, ils ont été suivis par les **critères d'agrément** auxquels doivent satisfaire les établissements pratiquant la cancérologie, définis par l'Institut national du cancer [[www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)].

Une présentation synthétique de ces textes opposables est nécessaire pour comprendre leurs objectifs, apprécier l'importance de leur impact sur les établissements et mettre en parallèle les préconisations et recommandations présentées infra.

Le premier objectif de ces textes a été de reconnaître le **traitement du cancer comme une activité de soins devant être soumise à une autorisation** spécifique. Cette autorisation doit être demandée pour les différentes modalités de traitement du cancer : **chirurgie, radiothérapie externe, curiethérapie, utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées, chimiothérapie.**

Tout titulaire d'autorisation a obligation de :

- ✓ se coordonner avec d'autres structures en adhérant à un **réseau**
- ✓ participer aux **réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP)** permettant à tout patient de bénéficier d'une proposition de traitement associant des médecins de toutes les disciplines : chimiothérapeutes, chirurgiens, radiothérapeutes,
- ✓ s'organiser pour assurer à chaque patient une **annonce de son diagnostic**, la présentation de son **plan personnalisé de soins (PPS)** à l'issue de la RCP et en conformité avec les référentiels de bonne pratique, l'accès aux soins d'accompagnement [**soins de support**], l'accès aux **traitements innovants et essais cliniques.**
- ✓ assurer la **continuité des soins**
- ✓ respecter un **seuil d'activité minimale annuelle**
- ✓ **satisfaire aux critères d'agrément** définis par l'Institut national du cancer

Un établissement ne peut donc travailler de façon isolée, un traitement ne peut être décidé par un seul praticien, le parcours de soins dans toutes ses composantes doit être expliqué et organisé.

**Dans une logique de proximité**, des établissements de santé ou des personnes peuvent prendre en charge des patients atteints de cancer sans autorisation mais en respectant les conditions suivantes :

- ✓ être membre d'un réseau de cancérologie
- ✓ travailler en association avec un titulaire d'autorisation qui prescrit le traitement
- ✓ se « limiter » à l'application et/ou au suivi du traitement ainsi qu'à la dispensation de soins de suite et de soins palliatifs

**Les seuils d'activité minimale** sont à considérer comme des seuils en dessous desquels la qualité des soins ne peut être garantie. Ils ont été fixés par titulaire d'autorisation et concernent aussi bien la radiothérapie [min.600 patients], la chimiothérapie [min.80 patients dont au moins 50 en hospitalisation de jour] que la chirurgie. Pour la chirurgie, les seuils sont fixés par appareil anatomique : sein (30 interventions), digestif (30), urologie (30), thorax (30), gynécologie (20), ORL et maxillo-facial (20).

**Les critères d'agrément sont qualifiés par l'Inca** de « critères de qualité de la prise en charge » :

- ✓ **Pour la chimiothérapie**, on notera la nécessité de disposer à plein temps d'au moins un médecin répondant aux qualifications requises, de mettre en place une procédure permettant la mise en place en urgence d'une chimiothérapie. Sur 15 critères, 4 concernent la formalisation du circuit du médicament de sa prescription, de sa préparation à sa dispensation, 3 portent sur le dossier du patient et son programme de soins.
- ✓ **Pour la radiothérapie**, 8 critères sur 18 sont consacrés aux mesures visant à sécuriser, vérifier, enregistrer les paramètres du traitement. Parmi celles-ci, il convient de citer la mesure de la dose reçue par le patient lors d'une séance (dosimétrie). On remarquera que la nécessaire présence dans le centre, pendant toute la durée de l'application du traitement, d'un médecin radiothérapeute et d'un radio physicien constitue un critère particulièrement exigeant. Chaque patient traité par radiothérapie devra bénéficier d'une consultation annuelle pendant un minimum de 5 années.
- ✓ **Pour la chirurgie**, les préoccupations portent sur l'accès en propre ou par convention à des examens complémentaires (ex. examen histologique extemporané), des pratiques (ex. détection du ganglion sentinelle), des techniques particulières (ex. chirurgie thoracoscopique), des appareils (ex. IRM, TEP), des traitements complémentaires (ex. plastie mammaire dans les suites de cancers du sein opérés)
- ✓ **Pour les trois disciplines**, on trouve des critères communs portant sur le plan de formation des personnels, le contenu du dossier, la participation aux RCP, la démarche qualité, l'autoévaluation avec des indicateurs élaborés par l'Inca.

## **Constat :**

### **En chimiothérapie**

La chimiothérapie est une activité en progression constante, principalement en hospitalisation à temps partiel mais si 9 établissements concentrent 89% de cette activité, les 11% restant sont dispersés dans une trentaine d'établissements dont 23 sont en dessous des seuils minimaux préconisés. Il convient de signaler le modeste taux d'autarcie du territoire vendéen dont plus de 50% des patients sont pris en charge dans le territoire nantais.

L'efficacité des traitements est, elle aussi, en progression constante. Pour autant, ces traitements, même par voie orale, s'accompagnent d'effets indésirables dont le nombre est probablement sous estimé.

A partir de constat, on comprendra que les mots clés pour la chimiothérapie seront : accessibilité, qualité, sécurité, traçabilité des soins.

### **En radiothérapie**

On ne peut aborder le domaine de la radiothérapie sans se référer d'abord aux accidents de traitement récemment déclarés et comprendre ainsi l'importance qui sera donnée au respect des mesures visant à améliorer la sécurité des soins. Ces accidents ne doivent pas faire oublier que les appareils et techniques de radiothérapie évoluent dans le sens d'une plus grande efficacité et d'un plus grand respect des tissus sains, donc bénéficient d'un meilleur rapport efficacité/tolérance.

La radiothérapie connaît une croissance régulière, évaluée à 2% par an, et concerne plus d'un patient sur deux atteint d'un cancer.

Les ressources humaines actuelles, en radiothérapie, radiophysiciens, manipulateurs, dosimétristes [manipulateurs formés à la dosimétrie] dont dispose la région ne permettent pas une utilisation optimale des équipements et freinent les évolutions attendues.

Ces éléments de constat militent pour prioriser le renforcement des centres existants afin de garantir au mieux la qualité et la sécurité des soins.

### **En curiethérapie**

La curiethérapie permet de délivrer directement le traitement radioactif au sein de la tumeur, en y plaçant une source radioactive (dite source scellée). Elle se distingue de la radiothérapie externe dont le rayonnement produit par l'accélérateur de particules traverse d'abord la peau et les tissus sous-jacents avant d'atteindre la tumeur. On peut distinguer plusieurs types d'irradiation :

- ✓ La curiethérapie à bas débit (ex. pose de fils d'iridium pour les cancers ORL) où l'irradiation est à faible dose et continue pendant quelques jours. Ceci nécessite plusieurs jours d'hospitalisation en chambre protégée. Les besoins pour ce type de soins ne devraient pas s'accroître.
- ✓ La curiethérapie à haut débit (ex. traitement du cancer du col utérin par curiethérapie vaginale à l'iridium 192). La dose est élevée mais délivrée en une

fois sur une ou plusieurs séances, permettant le plus souvent le retour au domicile.

- ✓ La curiethérapie pulsée (ex. cancer de l'utérus par iridium 192). Le dispositif mis en place permet à la source radioactive de « circuler » dans la tumeur permettant un traitement plus précis grâce à une programmation. Cette technique réalise une irradiation à bas débit et nécessite une courte hospitalisation.
- ✓ Les implants permanents (ex. traitement du cancer de la prostate par pose de grains d'iode 125). Ce traitement nécessite une courte hospitalisation de 2 à 3 jours.

### **En radiothérapie interne vectorisée.**

La radiothérapie interne vectorisée injecte, le plus souvent par voie veineuse, des radioéléments en source non scellée, combinés à un vecteur permettant d'atteindre les tissus cibles et de les détruire grâce au rayonnement produit (ex. iode 131, samarium 153). Ces radioéléments permettent de traiter des affections bénignes (ex. nodules thyroïdiens chauds) ou malignes (ex. traitement antalgique de certaines métastases osseuses, traitement des lymphomes). Malgré les contraintes techniques de radioprotection, le coût de production de nouveaux radioéléments, cette approche thérapeutique est amenée à se développer. L'installation à Nantes d'un cyclotron, appareil permettant de produire de nouveaux radioéléments, est une chance pour le développement de la recherche clinique dans la région.

### **En chirurgie carcinologique**

Les textes reconnaissant la chirurgie des cancers comme une activité de soins soumise à autorisation ont permis d'étudier le profil et l'activité en chirurgie carcinologique pour les 6 spécialités soumises à seuil des 37 plateaux techniques concernés dans la région. L'activité chirurgicale carcinologique dans les agglomérations principales des territoires de recours permet de constater que l'ensemble des spécialités y est autorisable avec toutefois une activité faible pour la chirurgie carcinologique du thorax à Cholet et à La Roche sur Yon. Pour les villes principales des 8 territoires de proximité, c'est la chirurgie digestive qui est la mieux représentée mais seulement trois plateaux techniques atteignent les seuils en chirurgie du sein, un seul en urologie et un seul en ORL. Quant aux plateaux chirurgicaux de villes de territoires d'immédiate proximité, l'activité chirurgicale ne permet l'atteinte d'aucun seuil.

### **En oncologie pédiatrique**

L'organisation en place dans la région en oncologie pédiatrique repose sur les services spécialisés des deux CHU, un réseau, une FMIH et une RCP régionales avec un partage des activités de recours entre le CHU de Nantes pour les allogreffes, le Centre Gauducheau pour la radiothérapie et le CHU d'Angers pour la neuro-oncologie.

Les axes d'amélioration de cette organisation portent sur les systèmes d'information qui ne permettent pas encore une circulation de l'information en temps réel ni de l'élargir à l'inter-région, sur le développement des procédures communes, de l'évaluation, de l'enseignement et de la recherche.

### **En oncogériatrie**

Les augmentations parallèles de l'espérance de vie et de l'incidence des cancers impliquent la nécessité de développer une politique de soins spécialisés et adaptés pour les patients âgés atteints de cancer.

Il est observé que la prise en charge du cancer chez les personnes âgées est souvent tardive, que ces patients bénéficient de bilans moins complets et de traitements « allégés » avec pour conséquence un diagnostic réalisé à un stade plus tardif et un moins bon pronostic.

Il y a une grande hétérogénéité de l'accès aux soins et les décisions sont empiriques amenant chacun, sans repère, à décider si la personne âgée est mise ou non dans le système de soins.

### **En oncohématologie**

Les hématologues sont confrontés à une augmentation de la prévalence et, à un moindre degré, de l'incidence des hémopathies malignes. Parmi l'ensemble des facteurs pouvant expliquer cette augmentation, le plus évident est celui lié au vieillissement de la population. La prise en compte de ces deux facteurs, épidémiologique et populationnel, constitue un double enjeu en terme de santé publique. Il conviendra, dans les recommandations d'organisation des soins, de bien prendre en compte, d'une part, les spécificités de l'oncohématologie et, d'autre part, celles de l'oncogériatrie.

## **Objectifs :**

### **Les objectifs en chimiothérapie**

- ✓ **Concilier accessibilité, qualité et efficacité des soins en chimiothérapie**
- ✓ **Sécuriser la chimiothérapie de la prescription à l'administration**
- ✓ **S'adapter au développement des alternatives à la chimiothérapie avec hospitalisation conventionnelle et les sécuriser**
- ✓ **Structurer et développer la recherche clinique**

### **Les objectifs en radiothérapie**

- **Renforcer la sécurité des traitements**
- **Soutenir les démarches en faveur de l'amélioration de la qualité des soins**
- **Améliorer l'accès aux techniques de recours et aux techniques innovantes**

### **Les objectifs pour la radiothérapie interne vectorisée**

- **Garantir l'accessibilité à la radiothérapie interne vectorisée et promouvoir le développement des traitements innovants**

### Les objectifs en chirurgie

- Optimiser l'organisation territoriale de la chirurgie carcinologique
- Poursuivre l'amélioration de la qualité des soins

### Les objectifs en oncogériatrie

- Favoriser l'égal accès aux soins, à l'évaluation gériatrique et optimiser la décision thérapeutique chez les personnes âgées atteintes de cancer.
- Dynamiser la recherche clinique en oncogériatrie

### Les objectifs en cancérologie pédiatrique

- Organiser la prise en charge des enfants en filière pour conjuguer les principes de proximité et de qualité de prise en charge
- Développer et organiser les soins de support en réseau
- Développer la recherche et les traitements innovants

### Les objectifs en oncohématologie adulte

- ✓ Faire face à l'accroissement du nombre des hémopathies en assurant l'équité d'accès et la qualité des soins
- ✓ Mieux prendre en compte les spécificités de l'oncohématologie dans l'accompagnement des malades et de leur entourage

### Les objectifs pour les soins de support

- Mieux définir et développer les soins de support
- Favoriser la prise en charge en HAD polyvalente
- Mieux définir, soutenir et développer la place « des aidants »

### Les objectifs pour les réseaux de cancérologie

- Structurer l'organisation en 3 niveaux opérationnels complémentaires
- Structurer l'accès aux soins complexes, hyper spécialisés et aux techniques innovantes et de recours sous la forme d'un réseau régional unique

## Mesures opérationnelles

Dans les mesures opérationnelles déclinant les objectifs du SROS, il convient de distinguer :

- les préconisations opposables aux tiers
- les recommandations non opposables aux tiers. Pour autant et pour répondre aux enjeux de qualité du présent SROS, ces recommandations seront prises en compte lors de la négociation des CPOM

### 1. Chimiothérapie :

#### ✓ Concilier accessibilité, qualité et efficacité des soins en chimiothérapie

Pour répondre aux **exigences de qualité des soins** en chimiothérapie dans les établissements autorisés, **il est préconisé** :

- d'assurer un fonctionnement en équipe pluridisciplinaire associant médecin, pharmacien et infirmière
- d'assurer la continuité des soins
- de disposer d'une pharmacie à usage interne (PUI), avec reconstitution centralisée des traitements cytotoxiques, sous la responsabilité d'un pharmacien formé à cet effet
- de disposer d'une organisation permettant l'enregistrement et la traçabilité des événements graves

Pour pouvoir assurer **la continuité des soins** dans les meilleures conditions, **il est recommandé** :

- de l'organiser aux trois niveaux de l'équipe : continuité médicale pour assurer les prescriptions initiales et les renouvellements, continuité pharmaceutique pour assurer les préparations en urgence, continuité paramédicale avec du personnel formé.
- de disposer :
  - \* soit d'au moins deux oncologues ou d'au moins deux spécialistes d'organes de la même spécialité, titulaires du DESC, qui ne pratiquent la cancérologie que dans leur spécialité,
  - \* soit, dans certains cas particuliers, d'une organisation permettant de garantir la présence en continue d'un oncologue ou du (ou des) spécialistes d'organe (pour les établissements à activité ciblée), titulaires du DESC ou compétent en cancérologie. Les modalités de cette organisation et de son évaluation seront décrites dans le CPOM de l'établissement.
- d'attribuer à chaque patient un médecin référent assurant le suivi du patient

- de mettre en place une organisation permettant le suivi du dossier entre établissements et entre l'établissement et l'ambulatoire
- que la PUI soit organisée pour permettre la réalisation de traitements en urgence

**L'accessibilité** doit être envisagée sous deux aspects :

- **L'accès aux traitements innovants et aux essais cliniques** : les modalités de respect de cette **obligation réglementaire** seront décrites **dans le CPOM** des établissements autorisés. Il est recommandé que des conventions soient établies entre établissements autorisés et établissements associés (\*) pour permettre l'accès aux essais cliniques des patients.
- **L'accès en proximité à la chimiothérapie** : si l'accès à la prescription d'une chimiothérapie doit être assuré sur chaque territoire de recours, l'accès à la réalisation d'une chimiothérapie doit être facilité sur chaque territoire de proximité par l'identification d'au moins un établissement associé (\*). Le SROS des Pays de la Loire ne prévoit pas d'établissement associé dans les villes ou agglomérations des territoires de recours disposant d'au moins une autorisation pour la chimiothérapie.

Pour garantir une qualité des soins homogène entre les territoires ainsi qu'une sécurité des soins équivalente entre les **établissements autorisés et associés, une convention** fixant les engagements réciproques des établissements, avec un cahier des charges minimum (annexe 1), **est préconisée**. Ces conventions, comprenant les modalités d'accès à la recherche clinique, seront approuvées par l'ARH et intégrées au CPOM des établissements.

Compte tenu des objectifs cités en termes de qualité, sécurité et accessibilité des soins, **il est recommandé pour améliorer l'efficacité** :

- de regrouper les activités dispersées dans les établissements autorisés sur un plateau technique unique dédié à l'oncologie
- de tendre vers un minimum de 2 500 reconstitutions par pharmacie à usage interne (PUI).

➤ **Sécuriser la chimiothérapie de la prescription à l'administration**

**La décision d'un traitement chimiothérapique** est prise lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) avec ses modalités d'application et le niveau d'environnement de sécurité requis. **Il est recommandé** que cette décision s'appuie sur un **référentiel actualisé** ou soit confortée par un 2<sup>ème</sup> avis spécialisé. Le plan personnalisé de soins qui en découle (PPS) nécessite un entretien singulier avec un médecin prescripteur exerçant selon ses titres et qualifications requises [médecin habilité] .

**La prescription initiale est faite par un médecin habilité (\*\*)** dans un établissement autorisé et **il est recommandé** que cela soit le **médecin référent** rédacteur du PPS dans une optique de continuité de la prise en charge. Si les renouvellements à l'identique peuvent être envisagés par des médecins non habilités, sous réserve d'une convention avec un établissement autorisé pour les établissements associés, **il est obligatoire** que les **modifications de la prescription initiale soient également faites par un médecin habilité.**

**Il est recommandé** que la prescription soit adossée à un **thésaurus de protocoles** théoriques en chimiothérapie dont l'harmonisation et l'informatisation seront confiées au réseau régional OncoPL.

Conformément aux critères d'agrément de l'InCa, l'établissement autorisé devra assurer **la sécurisation et la traçabilité** du circuit du médicament. A ce titre, il est recommandé :

- que le numéro d'identifiant personnalisé du patient (I PP) soit associé à un système de type code barre, ou tout autre système présentant des avantages similaires, et soit informatisé comme la totalité du dossier
- que la sortie de la préparation réalisée à la PUI soit formalisée et enregistrée
- que l'administration soit également informatisée

**La surveillance du traitement** devant faire l'objet d'une attention et d'une organisation sans faille, il est notamment recommandé :

- de rechercher les effets tardifs, cumulatifs et les séquelles
- de disposer d'une astreinte médicale ainsi que de personnel paramédical formé et informé
- d'enregistrer les effets indésirables
- une information orale et écrite du patient. Pour les principaux protocoles, des documents d'information sur les principaux effets secondaires et les conduites à tenir pourront être mis à disposition par les établissements. Il est souhaitable que ces documents soient communs à la région et proposés par le réseau régional.
- une information au plus tard dans les 72 heures ouvrables du médecin traitant, actualisée en cas de changement dans la prise en charge

**La réflexion sur la chimio-vigilance**, y compris sur les chimiothérapies orales, doit être poursuivie et à cet effet un **groupe de travail** spécifique de ces questions sera mis en place, dans le cadre du comité de suivi du SROS pour la cancérologie.

➤ **S'adapter au développement des alternatives à la chimiothérapie avec hospitalisation conventionnelle et les sécuriser**

Les alternatives à l'hospitalisation conventionnelle sont représentées par la chimiothérapie au domicile selon différentes modalités : injectable, avec ou sans HAD,

chimiothérapie orale. Ces alternatives constituent un élément d'amélioration de la qualité de vie et de préservation du lien social pour le patient. Elles représentent également un facteur d'amélioration de la filière en chimiothérapie en augmentant la disponibilité des lits de court séjour et en diminuant les délais d'attente.

Compte tenu du développement **des chimiothérapies orales**, assurer la sécurité de cette alternative effectuée en ambulatoire, nécessite la mise en place d'organisations spécifiques, pour lesquelles, **il est recommandé de :**

- respecter des règles de prescription identiques à celle des chimiothérapies injectables comprenant également une informatisation de la prescription et la mise en place de protocoles
- informer et éduquer le patient sur la prévention, le signalement et la conduite à tenir devant des effets indésirables avérés ou suspectés.
- impliquer les professionnels de l'ambulatoire : médecin traitant, infirmière, pharmacien
- indiquer un numéro d'appel à la disposition du patient et de son médecin

**Le développement de la chimiothérapie à domicile est recommandé.** Grâce aux évolutions thérapeutiques, davantage de cancers guérissent et/ou s'accompagnent d'évolutions très longues permettant une qualification de maladie chronique. La chimiothérapie à domicile est en adéquation avec la chronicisation de cette affection mais elle doit bénéficier des mêmes conditions de sécurité et de qualité qu'en hospitalisation.

La chimiothérapie au domicile recouvre deux modes de prise en charge :

- la chimiothérapie réalisée en ambulatoire faisant intervenir les professionnels libéraux
- la chimiothérapie réalisée en HAD pour des patients nécessitant des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes.

**Pour favoriser le développement de la chimiothérapie en ambulatoire**, il est recommandé :

- de déployer le projet « chimiothérapie à domicile » selon le référentiel et l'organisation élaborés par le réseau régional Onco PL.
- de poursuivre le travail de réflexion régional sur le référentiel de chimiothérapie à domicile afin d'élargir l'offre de soins
- de sécuriser la prescription et le suivi par le déploiement d'un dossier en cancérologie informatisé, outil de liaison entre le secteur hospitalier et le secteur ambulatoire : le dossier communiquant en cancérologie (DCC).
- de bien associer la famille et les aidants aux décisions d'indication à la chimiothérapie à domicile et de les soutenir

**En ce qui concerne les chimiothérapies réalisées dans le cadre d'une HAD**, il y a lieu de recommander le développement et la formalisation des liens entre les réseaux territoriaux de cancérologie et les structures d'HAD tant pour la prise en charge des patients que pour le circuit du médicament.

**Des cellules de coordination « ville-hôpital »**, pour le développement des alternatives à domicile, y compris pour les soins de support, sont **recommandées** dans chaque territoire de recours.

➤ **Structurer et développer la recherche clinique**

**La participation aux essais cliniques est une condition réglementaire pour une structure pratiquant la chimiothérapie pour être site autorisé.** Dans le cas d'un site associé, celui-ci peut y avoir accès par convention avec une structure autorisée pour l'activité de soins du cancer. Il est alors recommandé que ces conventions prennent en compte notamment le circuit du médicament utilisé pour l'essai clinique.

Cette disposition réglementaire doit s'accompagner d'une **structuration de la recherche clinique** :

- **Il est recommandé que soit confiée à un niveau régional** la responsabilité de la diffusion d'un annuaire des essais clinique, du développement des outils de collaboration et de l'observation de la recherche clinique
- **Il est recommandé que soit identifié un réseau de recherche clinique par territoire de cancérologie** et que lui soit confiée la responsabilité de la mutualisation des moyens entre les centres dont les postes d'ARC volants, de l'utilisation de l'annuaire des essais cliniques, de l'inclusion des patients et de leur traçabilité

**Pour le développement de la recherche clinique, il est recommandé :**

- **de renforcer les équipes** par des ARC volants, des ARC locaux et des infirmières de recherche clinique
- **de développer les tumorothèques et/ou centres de ressources biologiques**, de les adosser à une base de données cliniques et d'assurer leur fonctionnement dans la cadre de réseaux réunissant les établissements universitaires, les centres hospitaliers et les établissements privés.
- **que les PUI des centres spécialisés** en cancérologie puissent être autorisés à distribuer les médicaments utilisés dans les essais cliniques dans d'autres PUI d'établissements sanitaires, autorisés ou associés pour la chimiothérapie, dans le cadre d'une organisation en réseau de la recherche clinique.

**(\*) Etablissement associé** : établissement répondant aux critères de l'article R 6123-94 du CSP.

Il s'agit d'un établissement non soumis à autorisation pour la chimiothérapie, membre d'un réseau territorial de cancérologie, participant à la prise en charge de proximité des personnes atteintes de cancer en association avec un titulaire d'autorisation, en appliquant des traitements de chimiothérapie prescrits par un titulaire de l'autorisation ou en réalisant le suivi de tels traitements.

**(\*\*) Médecin habilité** : médecin répondant aux critères de l'article D 6124-134 du CSP

## 2. Radiothérapie externe et curiethérapie

### ➤ Renforcer la sécurité des traitements

La prise en compte, d'une part, des critères d'agrément définis par l'InCa, d'autre part, de la démographie des professionnels en radiothérapie, impose :

- **de ne pas disperser l'offre de soins en radiothérapie**
- **de privilégier le renforcement des centres existants**

**Le renforcement des centres existants nécessite :**

- **la poursuite du renouvellement et de l'augmentation du parc** de machines afin de faire face aux obligations de maintenance, de contrôle qualité, de respect des délais de prise en charge et de mise en œuvre de nouvelles techniques
- **le renforcement des équipes de radiothérapie** pour répondre aux critères d'agrément d'une part et pour favoriser les soins de recours ou innovants. Les besoins touchent toutes les catégories de professionnels impliqués : radiothérapeutes, radiophysiciens, manipulateurs, dosimétristes.

**La concentration de la curiethérapie à bas débit de dose** sur un nombre restreint de sites est recommandée afin de garantir un seuil d'activité suffisant par site et de garantir l'accessibilité à ce type de soins.

### ➤ Soutenir les démarches en faveur de l'amélioration de la qualité des soins

**L'adaptation des plans de formation** des personnels aux évolutions techniques est **préconisée** notamment en ce qui concerne la radioprotection et la dosimétrie in vivo.

La mise en place d'une **cellule de retour d'expérience** (CREX) dans chaque centre, permettant la détection, l'analyse des écarts de doses, leur correction et prévention, est **recommandée**. D'autres mesures en faveur de l'amélioration de la qualité des soins peuvent être encouragées : recrutement de qualificateur, sollicitation de la MEAH, pratiques d'autoévaluation.

**Un suivi de la qualité des soins devra être mis en place** dans chaque structure. Dans cette optique **les indicateurs suivants sont recommandés** : délai de mise en traitement, adéquation RC3D avec le référentiel HAS, % de patients traités par RCMI, rapport durée du traitement / durée théorique.

➤ **Améliorer l'accès aux techniques de recours et aux techniques innovantes**

La radiothérapie conformationnelle en 3 dimensions (RC3D) constitue le standard pour la radiothérapie actuelle. Tous les établissements pratiquant la radiothérapie en disposent mais il convient d'adapter le nombre de machines à l'évolution des besoins avec un minimum de 2 machines par centre.

Des techniques plus récentes de radiothérapie comme la radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité (RCMI), le gating (\*) ou la curiethérapie à haut débit de dose ont vocation à se développer. Il est recommandé que l'accès à ces techniques soit favorisé par l'accroissement du parc de machines et/ou par le développement de la recherche clinique.

Certaines techniques très spécialisées et/ou innovantes doivent être disponibles dans la région et leur accès doit être organisé. Il s'agit notamment des techniques de curiethérapie pulsée, d'irradiation per opératoire ou de radiothérapie pédiatrique. Elles ne doivent être développées que dans un nombre très limité de structures.

(\*) Radiothérapie asservie à la respiration

## **2.2 Utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées**

➤ **Garantir l'accessibilité à la radiothérapie interne vectorisée et promouvoir le développement des traitements innovants**

La réponse aux besoins régionaux pour les indications thérapeutiques les mieux évaluées est satisfaite par les six structures utilisant actuellement des radioéléments en sources non scellées à titre thérapeutique en région Pays de la Loire et il n'est pas envisagé d'implantation supplémentaire à l'échéance du SROS III.

La poursuite du développement de la recherche et des innovations thérapeutiques, avec l'appui de l'activité du cyclotron régional, est recommandée, notamment dans le domaine de l'alpha immunothérapie.

### 3. Chirurgie des cancers :

#### ➤ Optimiser l'organisation territoriale de la chirurgie carcinologique

Le SROS, dans son volet sur la chirurgie, a identifié **4 types de plateaux techniques**. Cette structuration s'adapte à la chirurgie du cancer où on distingue :

- les plateaux techniques lourds de chirurgie carcinologique multidisciplinaires et universitaires en capacité de prendre en charge tous types de patients et de pathologies.
- les plateaux techniques lourds de chirurgie carcinologique, multidisciplinaires, disposent d'une offre de soins chirurgicaux au moins égale à 4 des disciplines soumises à seuil et d'un accès, en propre ou par convention, à la réanimation
- les plateaux techniques de chirurgie carcinologique disposent de moins de 4 des disciplines soumises à seuil
- les plateaux techniques mono disciplinaires

Dans la mesure où les différents plateaux techniques répondront aux critères imposés par la réglementation, **une activité de chirurgie carcinologique pour les pathologies mammaires, urologiques, digestives, gynécologiques, ORL et maxillo-faciale est recommandée sur chaque territoire de recours.**

**La chirurgie carcinologique complexe** correspond essentiellement aux cas redevables d'une prise en charge post opératoire en **réanimation**. Ceci nécessite pour les établissements ne disposant pas en propre d'une activité de réanimation de **conventionner** avec un établissement autorisé pour la réanimation. Une **évaluation** des prises en charge sera réalisée régulièrement.

La prise en charge des patients, en urgence, pour **des soins non programmés**, relève de l'organisation territoriale de la **permanence des soins en chirurgie**, conformément aux objectifs quantifiés du SROS sur la permanence des soins. L'orientation du patient est alors réalisée dans le cadre du **réseau des urgences** en tenant compte de la possibilité d'admission dans l'établissement où le patient est habituellement suivi.

**La continuité des soins** est une obligation déontologique et est à distinguer de la permanence des soins. **Il est recommandé que la continuité des soins**, en chirurgie carcinologique, soit assurée, pour chaque spécialité autorisée, par **au moins 2 chirurgiens** soit au sein de l'établissement, soit, par voie de convention, par des chirurgiens d'un autre établissement pouvant intervenir dans des délais compatibles avec la sécurité du malade. En cas de réadmission, la continuité des soins est assurée par l'anticipation de la réadmission, la prise en compte du choix du patient concernant le lieu d'hospitalisation, l'état évolutif et la pathologie traitée.

La chirurgie carcinologique pédiatrique doit être considérée comme une activité de recours régionale relevant des seuls centres spécialisés des 2 CHU de la région et organisée par la FMIH régionale existante. Dans ce cadre, la pérennisation de la centralisation de l'activité de chirurgie viscérale et orthopédique des cancers de l'enfant sur le site de Nantes et de la chirurgie des tumeurs cérébrales de l'enfant sur le site d'Angers est recommandée.

➤ **Poursuivre l'amélioration de la qualité des soins**

**Le chirurgien**, notamment dans les cas de tumeurs solides, va être un des premiers intervenants médicaux auprès du patient avec son médecin traitant. Il sera ainsi amené, en plusieurs étapes, à annoncer le diagnostic de cancer et peut également être, à l'issue de la RCP, celui qui présente le PPS. Par conséquent, dans l'esprit du plan cancer, une **organisation spécifique des consultations** pour permettre une **annonce du diagnostic** (\*) dans les meilleures conditions est **recommandée**.

Le seuil d'activité étant fixé par établissement et non par praticien, il est **recommandé** qu'un **chirurgien référent cancer par spécialité**, garant de la qualité de la prise en charge, soit désigné dans chaque équipe chirurgicale, en précisant que cette dernière peut être multi site.

(\*) Une consultation où une annonce de tout ou partie du diagnostic sera faite ne doit pas être confondue avec le dispositif d'annonce prévu par la mesure 40 du plan cancer, même si elle peut en constituer un des temps. Le dispositif d'annonce ne se résume pas au seul colloque singulier médecin malade mais s'inscrit dans une dynamique d'équipe avec une construction autour de 4 temps : temps médical, temps d'accompagnement soignant, accès à une équipe impliquée dans les soins de support et temps d'articulation avec la médecine de ville.

#### **4. Oncogériatrie :**

➤ **Favoriser l'égal accès aux soins et optimiser la décision thérapeutique chez les personnes âgées atteintes de cancer.**

**La coordination des compétences** gériatriques et oncologiques à l'échelle de la région est **préconisée**. Cette coordination pourra prendre la forme d'une **unité pilote de coordination en oncogériatrie (UCPOG)**, intégrée au réseau régional de cancérologie, OncoPL, avec pour missions :

- l'organisation de la **formation des médecins et des soignants** en oncogériatrie

- **l'information et la formation continue** des soignants à l'évaluation gériatrique et oncologique de la personne âgée atteinte de cancer, au diagnostic précoce, à la mise en place des conditions médicales et médicosociales de suivi du traitement proposé et à l'anticipation des conséquences induites par la maladie et/ou son traitement
- le soutien technique à la **mise en place d'une activité onco-gériatrique** dans une structure sanitaire publique ou privée ayant une activité de soins de traitement du cancer.
- la mise en place d'un **observatoire oncologique et médicosocial** de la prise en charge des personnes âgées
- l'élaboration et la diffusion de **recommandations de pratiques cliniques et éthiques** aux établissements sanitaires et médicosociaux prenant en charge des personnes âgées suivies pour un cancer. A ce titre, il est recommandé que les équipes mobiles de gériatrie puissent servir de relais pour la diffusion des bonnes pratiques.

**La création d'équipes d'onco gériatrie** dans les établissements spécialisés dans les activités de traitement du cancer, **en lien avec l'UPCOG, labellisées** sur la base d'un **cahier des charges régional**, est recommandée.

Les spécificités de la cancérologie en gériatrie doivent être prises en compte dans les **réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP)**. L'organisation de **RCP mixtes** oncologues / gériatres, permettant une formation croisée inter professionnelle, et **l'intégration de l'évaluation** de la personne âgée à la RCP, permettant l'élaboration d'un PPS adapté, sont **recommandées**.

Dans le cadre des schémas gérontologiques, il est **recommandé** de poursuivre, avec les **collectivités locales et territoriales**, l'amélioration de l'organisation des prises en charge favorisant le **maintien au domicile** et l'accompagnement des aidants naturels.

➤ **Dynamiser la recherche clinique en oncogériatrie**

**Il est recommandé** que les établissements disposant d'un plateau technique **pluridisciplinaire** en cancérologie se dotent d'une organisation permettant une **activité d'onco-gériatrie**. Cette activité permettra, notamment, la **réalisation d'évaluations spécialisées**, en lien avec le médecin traitant, et le développement de la **recherche clinique**.

## 5. La cancérologie pédiatrique :

- **Organiser la prise en charge des enfants en filière pour conjuguer les principes de proximité et de qualité de prise en charge**

La cancérologie pédiatrique est une activité relevant d'une **organisation à l'échelle de l'inter région ouest**. Dans ce cadre et dans une logique de gradation des soins, il est **recommandé** de distinguer **4 niveaux de plateaux techniques pour la cancérologie pédiatrique** :

- le niveau de recours, inter régional, pour des activités très spécialisées et pour des missions d'expertise
- le niveau régional représenté par les 2 centres régionaux des CHU (CRCP), spécialisés dans la cancérologie pédiatrique, déjà labellisés par l'ARH
- le ou les centres de proximité bénéficiant de pédiatres formés à l'oncopédiatrie, d'une permanence des soins et d'une activité suffisante en cancérologie
- les centres d'ambulatoire pouvant assurer les astreintes de cancérologie ambulatoire

Pour répondre aux objectifs d'accessibilité aux soins de recours, la **cancérologie pédiatrique** des Pays de la Loire doit être intégrée à une **organisation à l'échelle de l'inter région ouest** à l'instar de ce qui est préconisé dans le SIOS pour les greffes de cellules hématopoïétiques.

Le niveau régional est représenté en Pays de la Loire par les 2 CHU, labellisés par l'ARH centres régionaux de cancérologie pédiatrique (CRCP). La poursuite de **l'amélioration de l'organisation des soins** dans ces deux centres spécialisés est **recommandée**. Cela passe par :

- le **développement et l'utilisation optimale des systèmes d'information** permettant, grâce à leur interfacement, une circulation en temps réel des données et le **développement des RCP avec d'autres régions, notamment avec l'ensemble des sites de l'inter région ouest**.
- l'élaboration de **procédures communes** en mobilisant les personnels médicaux et paramédicaux.

Les centres de proximité et les centres d'ambulatoire qui seront identifiés seront intégrés au réseau régional d'oncopédiatrie et seront reliés par convention aux centres régionaux.

La prise en charge des adolescents est particulière car elle nécessite un double regard médical par un cancérologue pour adultes et par un oncopédiatre. Une évolution vers des

RCP « mixtes » ainsi que des soins de support spécifiques est recommandée et nécessite que la réflexion soit poursuivie au sein du comité de suivi du SROS pour la cancérologie.

➤ **Développer et organiser les soins de support en réseau**

Etant entendu que les soins de support ne se limitent pas à la cancérologie, **une organisation régionale** sera mise en place pour **coordonner les soins de support** entre les établissements de santé, le SASAD KE(\*), les libéraux, les HAD. Cette organisation, sur la base d'un projet médical régional des soins de support pour les enfants, permettra une meilleure intégration des professionnels de santé et des familles à leur prise en charge et facilitera la permanence des soins.

Dans ce cadre, pour couvrir la totalité du territoire, il est recommandé une articulation régionale des 2 équipes opérationnelles du CHU de Nantes et d'Angers qui coordonnent ces soins, y compris au domicile des enfants.

➤ **Développer la recherche et les traitements innovants**

Le développement de la recherche, de la formation et de l'innovation doit se faire dans le cadre de l'inter-région ouest.

La création d'un comité scientifique au sein du réseau régional de cancérologie pédiatrique est recommandée ainsi que l'amélioration des biobanques pédiatriques et leurs connections avec le dossier communicant en cancérologie (DCC).

(\* ) SASAD KE : service d'aide spécialisée à domicile cancer et enfance créée en 1990 à Angers pour soutenir les enfants malades et leur famille est composé d'un pédiatre, d'une psychologue, d'une éducatrice spécialisée et d'une secrétaire

## **6. Oncohématologie adulte :**

➤ **Faire face à l'accroissement du nombre des hémopathies en assurant l'équité d'accès et la qualité des soins**

Les particularités du traitement des hémopathies malignes, notamment la gestion rapprochée des effets toxiques, **recommandent** que l'administration et le suivi des chimiothérapies relèvent, comme leur prescription, des seuls sites autorisés en dehors des situations palliatives.

Il est **recommandé** que la **réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) locale** comporte au moins un hématologue clinicien et un biologiste en charge de l'hématologie cellulaire. Pour le traitement des lymphomes, **il est recommandé** de disposer, en sus, des compétences d'un anatomopathologiste, d'un radiothérapeute en cas d'indication de radiothérapie et de l'avis documenté de l'imageur référent.

Pour les indications les plus difficiles le dispositif pourrait être complété par des **visioconférences de recours** : à l'échelle de la région, centrées sur Nantes et Angers, à l'échelle de l'inter région, pour les allogreffes de cellules hématopoïétiques comme cela est recommandé dans le SIOS.

La réponse à l'accroissement du nombre des hémopathies passe principalement par une **amélioration de la filière aval des patients** pour la poursuite et/ou le suivi d'un traitement, pour les soins de support, en accord avec le site autorisé :

- Développement des prises en charge en **HAD**
- Développement des prises en charge en **établissements associés**, comprenant les soins de suite et réadaptation spécialisés dans la prise en charge des affections onco-hématologiques

Dans la même optique, il est **recommandé** que les **transfusions** de plaquettes et de concentrés érythrocytaires, pour des patients y ayant recours de façon **itérative**, se développent dans les établissements sanitaires, **en dehors des services d'hématologie**, en cohérence avec le schéma d'organisation de la transfusion sanguine (SOTS).

Les particularités de l'onco hématologie plaident pour que la **participation des équipes d'hématologie au fonctionnement des 3C**, notamment pour faciliter l'adaptation de la consultation d'annonce et du plan personnalisé de soins soit **recommandée** ainsi que la représentation de cette discipline dans le réseau régional OncoPL.

**L'accès aux essais cliniques** est une obligation **réglementaire des centres autorisés** pour la chimiothérapie. **Pour favoriser l'accès aux essais cliniques, il est recommandé** :

- ✓ De favoriser **l'accès aux plateformes de base de données** électroniques mises en place par les groupes de recherche multicentriques régionaux (GOELAMS, IFM).
- ✓ De favoriser **l'accès à la biologie de recours**, répartie dans les laboratoires de l'inter région ouest, en facilitant les transports.
- ✓ De poursuivre la **réflexion sur les tumorothèques**.

➤ **Mieux prendre en compte les spécificités de l'oncohématologie dans l'accompagnement des malades et de leur entourage**

Il doit être répondu aux **besoins d'information des médecins traitants, des malades et de leur personne de confiance** dans des délais satisfaisants. La complexité des situations ainsi que la multiplicité des demandes, **recommandent** une transmission des

informations aux patients sous la forme de **plusieurs entretiens rapprochés** impliquant plusieurs membres de l'équipe soignante.

**La place des soins de support** pour les patients atteints d'hémopathies malignes est au moins aussi importante que pour les autres pathologies cancéreuses. Dans ce cadre, la prise en charge des enfants de parents malades ne doit pas être sous-estimée. Il convient d'insister plus particulièrement sur le rôle des **psychologues, des travailleurs sociaux et des socio-esthéticiennes** dont le renforcement est **recommandé**.

L'oncohématologie doit également bénéficier de **l'approche oncogériatrique** afin de permettre des soins curatifs ambitieux, même à des âges avancés.

A ce titre, il est **recommandé** de développer la **formation et l'évaluation en oncogériatrie** et il serait souhaitable que le résultat de cette évaluation fasse partie intégrante de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).

Pour les patients âgés, relevant de thérapies non intensives, une prise en charge par un établissement non spécialisé en oncohématologie peut être envisagée, sous réserve d'un accès à la biologie décisionnelle et en préservant l'accès aux essais cliniques.

## 7. Les soins de support :

### ➤ **Mieux définir et développer les soins de support**

Les soins de support correspondent à « l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades, parallèlement aux traitements spécifiques, tout au long des maladies graves dont la maladie cancéreuse. »

Les soins de support ne constituent pas une nouvelle spécialité pour le traitement du cancer mais une organisation coordonnée impliquant :

- la prise en charge de la douleur, des problèmes nutritionnels, des effets indésirables des traitements, des perturbations de l'image corporelle occasionnés par la maladie et/ou ses traitements
- les soins palliatifs, notamment les soins de fin de vie
- le soutien psychologique aux patients et à leur famille
- l'aide à la décision médicale
- l'accompagnement social

Tous les patients atteints de cancer, quelque soit le lieu où ils sont pris en charge, doivent avoir accès aux soins de support devant contribuer à leur « mieux vivre » avec la maladie.

La bonne organisation des soins de support repose sur un certain nombre de critères :

- Les soins de support doivent s'inscrire dans une démarche de territoire de recours et s'appuyer, dans un souci de coordination et de complémentarité, sur les réseaux existants de cancérologie, de soins palliatifs et les réseaux douleur ;
- Leur organisation doit être clairement formalisée, les soins de support devant être visibles et traçables. Les moyens affectés doivent être identifiés ;
- La mise en place d'un dispositif de réponses aux appels urgents ou/et aux demandes de rendez-vous spécialisés, voire de conseils en ligne, est recommandée. Ce dispositif pourrait être à l'initiative des établissements spécialisés ou des sites de cancérologie ;
- Les moyens existants ou demandés dans les domaines prioritaires de lutte contre la douleur, les soins palliatifs, d'oncopsychologie et d'accompagnement social, devraient s'inscrire dans le projet médical du territoire. Les renforcements ont vocation à s'inscrire dans une dimension d'offre de soins évaluée au sein du territoire de recours, la mutualisation permettant le regroupement des compétences ;
- Les associations des malades doivent trouver leur place dans les projets de territoire.

Les CHU, les CRLCC et les autres structures spécialisées en cancérologie doivent, comme l'ensemble des établissements sanitaires, poursuivre le développement de leur offre en soins palliatifs, notamment parce qu'il leur incombe de prendre en charge des phases de soins palliatifs aigus et de mettre en place les protocoles de traitement les plus efficaces pour les patients atteints d'affections néoplasiques.

#### ➤ Favoriser la prise en charge en HAD polyvalente

Les projets d'HAD de caractère polyvalent sont préconisés afin de répondre aux besoins croissants de prise en charge de patients polypathologiques, de patients souffrant d'affections néoplasiques à tous les stades, de patients souffrant d'affections neurologiques et de patients douloureux chroniques.

Afin de favoriser l'admission en HAD polyvalente des patients qui en relèvent et qui nécessitent des soins spécialisés en cancérologie :

- il est préconisé que les HAD disposent de compétences spécifiques, comme dans les soins de support, dont certaines ne sont disponibles qu'en centres spécialisés.
- il est recommandé que les soins de support très spécialisés nécessaires au domicile, ainsi que leur continuité, soit assurés à partir d'une cellule de coordination de territoire ou d'une équipe mobile de cancérologie

En amont de l'admission en HAD, il est recommandé :

- de préparer la sortie du malade de « l'hôpital » en définissant avec lui (ou/et sa famille) l'ensemble des soins susceptibles d'être réalisés au domicile (soins de voie veineuse centrale, rééducation, prise en charge diététique, antibiothérapie, soins de plaies, chimiothérapie, prise en charge psychologique, ...)
- de recenser, à partir de ce projet de soins, l'ensemble des partenaires susceptibles d'intervenir à domicile (médecin traitant, infirmières libérales, kinésithérapeutes, diététiciennes, psychologues, assistantes sociales, prestataires de service, HAD, ...) et de s'assurer de leur disponibilité
- de permettre le recours permanent au centre de cancérologie de référence. Ce dernier assure une fonction de consultant et d'expertise pour les soignants du domicile qui le souhaitent, avec transfert de connaissances et analyse des pratiques (tels que les gestes de soins, le soulagement des symptômes, l'aide à l'adaptation relationnelle, ...). Les professionnels libéraux intervenant au domicile du patient sont assurés d'un recours téléphonique permanent existant (24h/24h et 365j/365 - Cellule d'appels téléphoniques urgents) auprès des soignants spécialisés en cancérologie, qu'il s'agisse d'infirmières ou de médecins. Leurs éventuelles interrogations doivent pouvoir se résoudre par un conseil téléphonique, une consultation spécialisée assurée dans les 24 heures par la structure d'origine, voire un déplacement à domicile d'un de leurs professionnels spécialisés ou une hospitalisation courte (de jour, de préférence) dans le centre de référence en fonction de la nature et de la gravité du problème posé.
- de permettre la formation des soignants (stomies, alimentation entérale par sonde, ...).

➤ **Mieux définir, soutenir et développer la place « des aidants »**

**La présence des associations dans les établissements doit être favorisée**

Les associations constituent le relais privilégié des patients et jouent auprès d'eux un rôle d'information, de représentation et de soutien. Elles doivent cependant respecter le cadre spécifique des établissements de soins.

Leur présence dans les établissements doit s'organiser autour de :

- la signature obligatoire d'une convention régissant l'intervention des bénévoles en application de la circulaire du 4/10/2004.

- une organisation visible des lieux permettant l'accueil et l'accès aisé à l'information des patients et de leur famille (point écoute, rencontre information (ERI), relais d'information, ...)
- l'organisation d'échanges autour de l'activité des services de cancérologie. Cette démarche peut se faire au sein d'un comité de patients (circulaire du 28/10/2004).

### **L'aide aux aidants doit être améliorée**

Il s'agit d'une approche fortement développée par le PRSP et s'adresse :

- aux aidants de l'environnement immédiat du patient (familial ou non) et pour lesquels un soutien apparaît nécessaire.
- et aux aidants professionnels que sont les services d'aide à domicile et pour lesquels une démarche de formation complémentaire concernant les patients atteints de cancer pourra être proposée.

### **Veiller à l'égal accès de tous les malades aux aides, aux services sociaux et médico- sociaux**

La prise en charge alternée Ville-Hôpital des patients atteints de cancer renforce la nécessité de faciliter les retours à domicile. Les malades et leur famille peuvent demander un simple accompagnement dans les démarches (dossiers de demandes d'aides mutualistes, contacts avec les services d'aide à domicile), mais également des secours financiers d'urgence ou la mise en place rapide d'une aide effective à domicile (humaine, technique).

Il est recommandé aux établissements de faciliter par tous les moyens le signalement des patients en situation sociale ou familiale difficile auprès des services sociaux (hospitaliers, spécialisés) afin de préparer la sortie d'hospitalisation.

## **8. Les réseaux de cancérologie :**

- **Structurer l'organisation en 3 niveaux opérationnels complémentaires**

### **Le premier niveau est constitué par le réseau régional OncoPL**

OncoPL mobilise et coordonne les ressources sanitaires, sociales et administratives autour du patient atteint d'une pathologie cancéreuse. Il rend compte de ses actions à l'INCa, l'ARH et la MRS. Il répond au cahier des charges de la circulaire DHOS/CNAMTS/INCa/2007/357 du 25/09/07 relative aux réseaux régionaux de cancérologie.

Ses missions portent sur :

- L'amélioration de la qualité par la réalisation et la diffusion des référentiels de bonnes pratiques, en lien avec les recommandations de l'INCa et de l'OMIT,
- La promotion des outils de communication (dossier communicant de cancérologie, visioconférence),
- L'information des professionnels et des patients,
- L'aide à la formation continue des professionnels,
- Le recueil de données et l'évaluation des pratiques.

### **Le second niveau est constitué par les réseaux territoriaux**

Ils sont le lieu de la coordination de l'ensemble des acteurs du territoire considéré, afin d'assurer une continuité de prise en charge optimale. Ils basent leurs actions selon les recommandations de bonnes pratiques édictées par le réseau régional (référentiels, protocoles de soins, procédures de prise en charge). Ils veillent à l'organisation territoriale des RCP

Cette coordination ne porte pas sur les seuls soins de cancérologie, mais également sur les soins de support, les soins palliatifs, le traitement de la douleur et la prise en charge oncogériatrique.

Ils sont organisés pour évaluer les besoins du patient et de coordonner ses soins entre les établissements autorisés, associés, de soins de suite et de réadaptation, l'HAD et les libéraux indépendants.

### **Le troisième niveau est celui des centres de coordination en cancérologie (3C)**

Le 3C est centré sur un établissement, dans certain cas il couvre plusieurs établissements. Son objectif est la promotion de la prise en charge individualisée du patient et de son évaluation. Par conséquent ses missions portent sur :

- La promotion et la diffusion des référentiels
- La mise en œuvre et le suivi des réunions de concertation pluridisciplinaire à travers le DCC
- La mise en œuvre du dispositif d'annonce tenant compte des quatre temps recommandés par l'INCa et la Ligue contre le cancer : un temps médical, un temps d'accompagnement soignant, l'accès à une équipe impliquée dans les soins de support, une articulation avec le médecin de ville avec l'aide du réseau territorial
- La remise du programme personnalisé de soins
- Coordination des soins de support

Dans les territoires où résident deux 3C, le réseau territorial veille à la bonne coordination de leurs actions. Dans les territoires où ne réside qu'un 3C, la définition des limites d'actions entre les deux organisations est laissée à l'appréciation des acteurs locaux. L'important est que l'ensemble des missions citées soit assuré.

➤ **Structurer l'accès aux soins complexes, hyper spécialisés et aux techniques innovantes et de recours dans le cadre d'une organisation régionale unique**

Pour organiser et garantir l'accès aux soins de cancérologie complexes, hyper spécialisés et aux techniques innovantes et de recours, une **organisation régionale unique** pour l'ensemble de la région est individualisée. Elle est constituée par les établissements de santé ou centres de radiothérapie qui exercent des missions régionales hautement spécialisées, fédérés autour des 2 CHU et des 2 CLCC.

Le périmètre des soins de recours est défini limitativement sur proposition d'un comité de suivi dont la composition est arrêtée par l'ARH.

L'organisation de la plateforme de recherche clinique et d'évaluation des innovations technologiques est traitée en lien avec le cancéropôle, l'Observatoire régional des Médicaments et des Innovations Thérapeutiques (OMIT) et les Délégations Régionales de Recherche Clinique (DRRC). La participation du pôle régional à l'enseignement, à la recherche et à l'innovation dans le cadre des missions des UFR de médecine est déterminée conjointement avec les 2 directeurs d'UFR concernés.

Le comité de suivi:

- réalise un bilan des soins et techniques de recours et l'actualise régulièrement
- identifie les points forts et les points faibles du fonctionnement actuel,
- met en place en lien avec le réseau régional Onco PL, les outils et les organisations garantissant l'accès équitable aux soins de recours
- formule des propositions d'actualisation et d'adaptation du dispositif tant en terme de d'identification de lieux d'échanges et de décisions professionnelles, que de répartition ou renforcement d'activités, de définition de filières d'accès à des examens de référence, d'amélioration du repérage de certaines pathologies et enfin, d'organisation de sessions de communication pour les tumeurs rares auprès des professionnels de la région.

Les travaux de cette organisation régionale contribueront pour les aspects des recours extra régionaux à l'élaboration des schémas inter-régionaux d'organisation des soins (SIOS).

## **ANNEXE 1 : Cahier des charges de la convention entre un établissement autorisé et un établissement associé**

### **La convention devra préciser :**

- Le nom des médecins concernés par la prise en charge du patient au sein de l'établissement associé (convention nominative pour les médecins concernés)
- Les éléments nécessaires à la délégation de l'administration du traitement
- Le principe et les modalités de la transmission des informations entre établissement autorisé et établissement associé lors de la prise en charge
- Les modalités d'information et de recours en cas de complication, d'événement imprévu ou indésirable
- Les modalités de réadmission des patients dans l'établissement autorisé
- L'accès aux soins de support dans l'établissement associé ou dans l'établissement autorisé pour des situations complexes ou particulières
- Les modalités d'enregistrement des effets indésirables
- En cas de non préparation sur site, la procédure de la chaîne pharmaceutique y compris l'acheminement des produits (+ obtention de l'autorisation de L'ARH au vu notamment des éléments de la convention avec un prestataire de service éventuel)
- Les modalités de formation des médecins et équipes soignantes des établissements associés
- Les modalités de leur participation aux revues annuelles de morbidité et mortalité
- L'accès aux essais cliniques
- Les modalités financières
- Les conditions d'évaluation et de réexamen de la convention

**Elle sera préalablement soumise à l'approbation de l'ARH**

**Elle sera également préalablement soumise à l'inspection régionale de la pharmacie** qui s'assurera que les conditions réglementaires relatives à la préparation des traitements anticancéreux sont respectées, en particulier :

- Pour les établissements autorisés et associés qui préparent les traitements anticancéreux : respect des nouvelles exigences pour la reconstitution des médicaments cytotoxiques et des médicaments non cytotoxiques.
- Pour les établissements associés : s'ils souhaitent faire préparer les traitements anticancéreux par la pharmacie à usage intérieur (PUI) d'un autre établissement autorisé, celle-ci doit disposer d'une autorisation spécifique de l'ARH. Cette autorisation est nécessaire pour la préparation ou la reconstitution de spécialités pour le compte d'un autre établissement.

## Annexe 2

### TERRITOIRE DE SANTE : Nantes Châteaubriant

#### I - Objectifs quantifiés

Les activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation (art. R 6122.25 et art. R 6122.26) sont mentionnées **en gras** dans le tableau

*Les activités non soumises à autorisation au sens des articles R 6122.25 et R 6122.26 sont mentionnées en italique*

**Site géographique (pour une activité donnée) = ville ou agglomération avec entre parenthèses le nombre d'implantations géographiques distinctes pour cette activité. En cas de regroupement d'établissements sur un lieu géographique unique, on ne compte qu'une implantation sans préjuger du nombre d'exploitants pour l'activité considérée.**

Le tableau présente l'offre cible à l'échéance du SROS

#### I.1 Activités de soins

		<b>IMPLANTATIONS</b> <b>Sites et nombre</b> (y c. alternatives à l'hospitalisation)	<b>VOLUME D'ACTIVITE</b> (y c. alternatives à l'hospitalisation) exprimé sous la forme de fourchettes
<b>Chimiothérapie</b>	<b>Sites autorisés</b>	2 sites : Nantes (3), Châteaubriant (1)	
	<i>Sites associés</i>	<i>(*) Voir commentaire infra</i>	
<b>Radiothérapie externe</b>	<b>Sites autorisés</b>	1 site : Nantes (2)	
<b>Curiethérapie</b>	<b>Sites autorisés</b>	<b>Gynéco bas débit</b> : 1 site : Nantes (2) <b>Gynéco haut débit</b> : 1 site : Nantes (1 ou 2) <b>Iridium Peau</b> : 1 site : Nantes (1) <b>Iridium ORL</b> : 1 site : Nantes (1) <b>Iode 125 Prostate</b> : 1 site : Nantes (1) <b>Bas débit pulsé</b> : 1 site : Nantes (1)	
<b>Radioéléments en source non scellées</b>	<b>Sites autorisés</b>	1 site : Nantes (2)	

<b>Chirurgie des cancers</b>	<b>Sites autorisés</b>	<b>Digestif</b> : 2 sites : Nantes (5), Châteaubriant (1) <b>Sein</b> : 2 sites : Nantes (6), Châteaubriant (1) <b>Gynécologie</b> : 2 sites Nantes (6), Châteaubriant (1) <b>Urologie</b> : 2 sites Nantes (4), Châteaubriant (1) <b>Thoracique</b> : 1 site Nantes (3), <b>ORL</b> : 2 sites Nantes (6), Châteaubriant (1)	
------------------------------	------------------------	--	--

## II – Créations, suppressions, recompositions, transformations et coopérations nécessaires à la réalisation du schéma

Tout établissement ne disposant que d'une autorisation pour la chirurgie des cancers (quelque soit le nombre de modalités thérapeutiques) développera des coopérations avec un ou des établissements autorisés pour la chimiothérapie et/ou la radiothérapie dans son territoire de recours.

En symétrie, des établissements autorisés pour la chimiothérapie et/ou la radiothérapie et ne disposant pas d'autorisation pour la chirurgie des cancers développeront des coopérations avec des établissements autorisés pour cette chirurgie.

Les implantations prévues par le SROS III pour la chirurgie des cancers soumise à seuils [pathologies mammaires, digestives, urologiques, thoraciques, gynécologiques, ORL et maxillo-faciales] sont concordantes avec les implantations prévues par le SROS III pour l'activité de chirurgie.

Le SROS III ne prévoit pas les implantations pour la chirurgie des cancers non soumise à seuils mais elles devront également être concordantes avec les implantations prévues par le SROS III pour l'activité de chirurgie. De plus pour cette chirurgie, les critères des décrets du 21 mars 2008 et les critères d'agrément de l'Inca s'appliquent.

Les filières de soins, incluant les établissements de soins de suite, les structures d'HAD, les professionnels du secteur ambulatoire, seront décrites dans le cadre des projets médicaux de territoire.

Conformément à la réglementation, les autorisations seront revues dans les 18 mois pour la chirurgie et la chimiothérapie, dans les 36 mois pour la radiothérapie, pour s'assurer du respect des seuils d'activité minimale fixés dans l'arrêté du 29 mars 2007.

Une implantation supplémentaire de curiethérapie à haut débit de dose pourra être reconnue si cette technique montre une supériorité par rapport aux autres traitements et si les besoins le justifient.

La poursuite de la coopération entre le CHU de Nantes et le centre Gauducheau pour l'utilisation thérapeutique des radioéléments en source non scellée est recommandée.

(\*) Dans une logique d'accès en proximité à la réalisation de chimiothérapie, le ou les établissements autorisés du territoire de recours pour la prescription des chimiothérapies pourront établir une coopération avec un ou plusieurs établissements associés [répondant aux critères de l'article R 6123-94 du CSP] du ou des territoires de proximité dans la mesure où la convention entre l'établissement autorisé et l'établissement associé aura été approuvée par l'ARH. Il n'est pas prévu d'établissement associé dans l'agglomération nantaise ni à Châteaubriant.

## TERRITOIRE DE SANTE : Angers Saumur

### I - Objectifs quantifiés

Les activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation (art. R 6122.25 et art. R 6122.26) sont mentionnées **en gras** dans le tableau

*Les activités non soumises à autorisation au sens des articles R 6122.25 et R 6122.26 sont mentionnées en italique*

**Site géographique (pour une activité donnée) = ville ou agglomération avec entre parenthèses le nombre d'implantations géographiques distinctes pour cette activité. En cas de regroupement d'établissements sur un lieu géographique unique, on ne compte qu'une implantation sans préjuger du nombre d'exploitants pour l'activité considérée.**

Le tableau présente l'offre cible à l'échéance du SROS

#### I.1 Activités de soins

		<b>IMPLANTATIONS</b> <b>Sites et nombre</b> (y c. alternatives à l'hospitalisation)	<b>VOLUME D'ACTIVITE</b> (y c. alternatives à l'hospitalisation) exprimé sous la forme de fourchettes
<b>Chimiothérapie</b>	<b>Sites autorisés</b>	1 site : Angers (3)	
	<i>Sites associés</i>	<i>(*) Voir commentaire infra</i>	
<b>Radiothérapie externe</b>	<b>Sites autorisés</b>	1 site : Angers (1)	
<b>Curiethérapie</b>	<b>Sites autorisés</b>	<b>Gynéco bas débit</b> : 1 site : Angers (1) <b>Gynéco haut débit</b> : 1 site : Angers (1) <b>Iridium Peau</b> : 1 site : Angers (1) <b>Iridium ORL</b> : <b>I 125 Prostate</b> : 1 site: Angers (1) <b>Bas débit pulsé</b> : 1 site: Angers (1)	
<b>Radioéléments en source non scellées</b>	<b>Sites autorisés</b>	1 site : Angers (2)	
<b>Chirurgie des cancers</b>		<b>Digestif</b> : 2 sites : Angers (4), Saumur (1) <b>Sein</b> : 2 sites : Angers (3), Saumur (1) <b>Gynécologie</b> : 2 sites : Angers (3), Saumur (1) <b>Urologie</b> : 2 sites : Angers (2), Saumur (1) <b>Thoracique</b> : 1 site : Angers (4) <b>ORL</b> : 1 site : Angers (2)	

## **II – Créations, suppressions, recompositions, transformations et coopérations nécessaires à la réalisation du schéma**

Tout établissement ne disposant que d'une autorisation pour la chirurgie des cancers (quelque soit le nombre de modalités thérapeutiques) développera des coopérations avec un ou des établissements autorisés pour la chimiothérapie et/ou la radiothérapie dans son territoire de recours.

En symétrie, des établissements autorisés pour la chimiothérapie et/ou la radiothérapie et ne disposant pas d'autorisation pour la chirurgie des cancers développeront des coopérations avec des établissements autorisés pour cette chirurgie.

Les implantations prévues par le SROS III pour la chirurgie des cancers soumise à seuils [pathologies mammaires, digestives, urologiques, thoraciques, gynécologiques, ORL et maxillo-faciales] sont concordantes avec les implantations prévues par le SROS III pour l'activité de chirurgie.

Le SROS III ne prévoit pas les implantations pour la chirurgie des cancers non soumise à seuils mais elles devront également être concordantes avec les implantations prévues par le SROS III pour l'activité de chirurgie. De plus pour cette chirurgie, les critères des décrets du 21 mars 2008 et les critères d'agrément de l'Inca s'appliquent.

Les filières de soins, incluant les établissements de soins de suite, les structures d'HAD, les professionnels du secteur ambulatoire, seront décrites dans le cadre des projets médicaux de territoire.

Conformément à la réglementation, les autorisations seront revues dans les 18 mois pour la chirurgie et la chimiothérapie, dans les 36 mois pour la radiothérapie, pour s'assurer du respect des seuils d'activité minimale fixés dans l'arrêté du 29 mars 2007.

Le site d'Angers est prévu pour l'implantation d'une activité de curiethérapie pulsée.

La poursuite de la coopération entre le CHU d'Angers et le centre Paul Papin pour l'utilisation thérapeutique des radioéléments en source non scellée est recommandée.

(\*) Dans une logique d'accès en proximité à la réalisation de chimiothérapie, le ou les établissements autorisés du territoire de recours pour la prescription des chimiothérapies pourront établir une coopération avec un ou plusieurs établissements associés [répondant aux critères de l'article R 6123-94 du CSP] du ou des territoires de proximité dans la mesure où la convention entre l'établissement autorisé et l'établissement associé aura été approuvée par l'ARH. Il n'est pas prévu d'établissement associé dans l'agglomération angevine.

## TERRITOIRE DE SANTE : La Roche sur Yon, Challans, Fontenay, Les Sables d'Olonne

### I - Objectifs quantifiés

Les activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation (art. R 6122.25 et art. R 6122.26) sont mentionnées **en gras** dans le tableau

*Les activités non soumises à autorisation au sens des articles R 6122.25 et R 6122.26 sont mentionnées en italique*

**Site géographique (pour une activité donnée) = ville ou agglomération avec entre parenthèses le nombre d'implantations géographiques distinctes pour cette activité. En cas de regroupement d'établissements sur un lieu géographique unique, on ne compte qu'une implantation sans préjuger du nombre d'exploitants pour l'activité considérée.**

Le tableau présente l'offre cible à l'échéance du SROS

#### I.1 Activités de soins

		<b>IMPLANTATIONS Sites et nombre</b> (y c. alternatives à l'hospitalisation)	<b>VOLUME D'ACTIVITE</b> (y c. alternatives à l'hospitalisation) exprimé sous la forme de fourchettes
<b>Chimiothérapie</b>	<b>Sites autorisés</b>	2 sites : La Roche (1), Les Sables (1)	
	<i>Sites associés</i>	<i>(*) voir commentaire infra</i>	
<b>Radiothérapie</b>	<b>Sites autorisés</b>	1 site : La Roche (1)	
<b>Curiethérapie</b>	<b>Sites autorisés</b>	Aucune implantation	
<b>Radioéléments en source non scellées</b>	<b>Sites autorisés</b>	1 site : La Roche (1)	
<b>Chirurgie</b>		<b>Digestif</b> : 4 sites : La Roche/Yon (2), Fontenay (1), Challans (1), Les Sables (1) <b>Sein</b> : 3 sites : La Roche/Yon (2), Fontenay (1), Les Sables (1) <b>Gynécologie</b> : 3 sites La Roche/Yon (2), Fontenay (1), Challans (1) <b>Urologie</b> : 2 sites : La Roche/Yon (2), Les Sables (1) <b>Thoracique</b> : 1 site : La Roche/Yon (1) <b>ORL</b> : 1 site : La Roche/Yon (2)	

## **II – Créations, suppressions, recompositions, transformations et coopérations nécessaires à la réalisation du schéma**

Tout établissement ne disposant que d'une autorisation pour la chirurgie des cancers (quelque soit le nombre de modalités thérapeutiques) développera des coopérations avec un ou des établissements autorisés pour la chimiothérapie et/ou la radiothérapie dans son territoire de recours.

En symétrie, des établissements autorisés pour la chimiothérapie et/ou la radiothérapie et ne disposant pas d'autorisation pour la chirurgie des cancers développeront des coopérations avec des établissements autorisés pour cette chirurgie.

Les implantations prévues par le SROS III pour la chirurgie des cancers soumise à seuils [pathologies mammaires, digestives, urologiques, thoraciques, gynécologiques, ORL et maxillo-faciales] sont concordantes avec les implantations prévues par le SROS III pour l'activité de chirurgie.

Le SROS III ne prévoit pas les implantations pour la chirurgie des cancers non soumise à seuils mais elles devront également être concordantes avec les implantations prévues par le SROS III pour l'activité de chirurgie. De plus pour cette chirurgie, les critères des décrets du 21 mars 2008 et les critères d'agrément de l'Inca s'appliquent.

Les filières de soins, incluant les établissements de soins de suite, les structures d'HAD, les professionnels du secteur ambulatoire, seront décrites dans le cadre des projets médicaux de territoire.

Conformément à la réglementation, les autorisations seront revues dans les 18 mois pour la chirurgie et la chimiothérapie, dans les 36 mois pour la radiothérapie, pour s'assurer du respect des seuils d'activité minimale fixés dans l'arrêté du 29 mars 2007.

Aucune implantation n'est envisagée en curiethérapie.

(\*) Dans une logique d'accès en proximité à la réalisation de chimiothérapie, le ou les établissements autorisés du territoire de recours pour la prescription des chimiothérapies pourront établir une coopération avec un ou plusieurs établissements associés [répondant aux critères de l'article R 6123-94 du CSP] du ou des territoires de proximité dans la mesure où la convention entre l'établissement autorisé et l'établissement associé aura été approuvée par l'ARH. Il n'est pas prévu d'établissement associé dans l'agglomération de La Roche sur Yon ni aux Sables d'Olonne.

## TERRITOIRE DE SANTE : Le Mans, Sablé La Flèche

### I - Objectifs quantifiés

Les activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation (art. R 6122.25 et art. R 6122.26) sont mentionnées **en gras** dans le tableau

*Les activités non soumises à autorisation au sens des articles R 6122.25 et R 6122.26 sont mentionnées en italique*

**Site géographique (pour une activité donnée) = ville ou agglomération avec entre parenthèses le nombre d'implantations géographiques distinctes pour cette activité. En cas de regroupement d'établissements sur un lieu géographique unique, on ne compte qu'une implantation sans préjuger du nombre d'exploitants pour l'activité considérée.**

Le tableau présente l'offre cible à l'échéance du SROS

#### I.1 Activités de soins

		<b>IMPLANTATIONS</b> <b>Sites et nombre</b> <i>(y c. alternatives à l'hospitalisation)</i>	<b>VOLUME D'ACTIVITE</b> <i>(y c. alternatives à l'hospitalisation)</i>
<b>Chimiothérapie</b>	<b>Sites autorisés</b>	1 site : Le Mans (2)	
	<i>Sites associés</i>	<i>(*) voir commentaire infra</i>	
<b>Radiothérapie</b>	<b>Sites autorisés</b>	1 site : Le Mans (1)	
<b>Curiethérapie</b>	<b>Sites autorisés</b>	<b>Gynéco bas débit</b> : 1 site : Le Mans (1) <b>Gynéco haut débit</b> : 1 site : Le Mans (1) <b>Iridium Peau</b> : 1 site : Le Mans (1) <b>Iridium ORL</b> : 1 site : Le Mans (1) <b>Iode 125 Prostate</b> : aucune implantation <b>Bas débit pulsé (PDR)</b> : aucune implantation	
<b>Radioéléments en source non scellées</b>	<b>Sites autorisés</b>	1 site : Le Mans (1)	
<b>Chirurgie</b>		<b>Digestif</b> : 2 sites : Le Mans (3), Le Bailleul (1) <b>Sein</b> : 1 site : Le Mans (3) <b>Gynécologie</b> : 1 site : Le Mans (2) <b>Urologie</b> : 1 site : Le Mans (3) <b>Thoracique</b> : 1 site : Le Mans (3) <b>ORL</b> : 1 site : Le Mans (3)	

## **II – Créations, suppressions, recompositions, transformations et coopérations nécessaires à la réalisation du schéma**

Tout établissement ne disposant que d'une autorisation pour la chirurgie des cancers (quelque soit le nombre de modalités thérapeutiques) développera des coopérations avec un ou des établissements autorisés pour la chimiothérapie et/ou la radiothérapie dans son territoire de recours.

En symétrie, des établissements autorisés pour la chimiothérapie et/ou la radiothérapie et ne disposant pas d'autorisation pour la chirurgie des cancers développeront des coopérations avec des établissements autorisés pour cette chirurgie.

Les implantations prévues par le SROS III pour la chirurgie des cancers soumise à seuils [pathologies mammaires, digestives, urologiques, thoraciques, gynécologiques, ORL et maxillo-faciales] sont concordantes avec les implantations prévues par le SROS III pour l'activité de chirurgie.

Le SROS III ne prévoit pas les implantations pour la chirurgie des cancers non soumise à seuils mais elles devront également être concordantes avec les implantations prévues par le SROS III pour l'activité de chirurgie. De plus pour cette chirurgie, les critères des décrets du 21 mars 2008 et les critères d'agrément de l'Inca s'appliquent.

Les filières de soins, incluant les établissements de soins de suite, les structures d'HAD, les professionnels du secteur ambulatoire, seront décrites dans le cadre des projets médicaux de territoire.

Conformément à la réglementation, les autorisations seront revues dans les 18 mois pour la chirurgie et la chimiothérapie, dans les 36 mois pour la radiothérapie, pour s'assurer du respect des seuils d'activité minimale fixés dans l'arrêté du 29 mars 2007.

Une implantation de curiethérapie à haut débit de dose pourra être reconnue sur le site du Mans si cette technique montre une supériorité par rapport aux autres traitements et si les besoins le justifient.

(\*) Dans une logique d'accès en proximité à la réalisation de chimiothérapie, le ou les établissements autorisés du territoire de recours pour la prescription des chimiothérapies pourront établir une coopération avec un ou plusieurs établissements associés [répondant aux critères de l'article R 6123-94 du CSP] du ou des territoires de proximité dans la mesure où la convention entre l'établissement autorisé et l'établissement associé aura été approuvée par l'ARH. Il n'est pas prévu d'établissement associé dans l'agglomération du Mans.

## TERRITOIRE DE SANTE : Cholet

### I - Objectifs quantifiés

Les activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation (art. R 6122.25 et art. R 6122.26) sont mentionnées **en gras** dans le tableau

*Les activités non soumises à autorisation au sens des articles R 6122.25 et R 6122.26 sont mentionnées en italique*

**Site géographique (pour une activité donnée) = ville ou agglomération avec entre parenthèses le nombre d'implantations géographiques distinctes pour cette activité. En cas de regroupement d'établissements sur un lieu géographique unique, on ne compte qu'une implantation sans préjuger du nombre d'exploitants pour l'activité considérée.**

Le tableau présente l'offre cible à l'échéance du SROS

#### I.1 Activités de soins

		<b>IMPLANTATIONS</b> <b>Sites et nombre</b> (y c. alternatives à l'hospitalisation)	<b>VOLUME D'ACTIVITE</b> (y c. alternatives à l'hospitalisation) exprimé sous la forme de fourchettes
<b>Chimiothérapie</b>	<b>Sites autorisés</b>	1 site : Cholet (2)	
	<i>Sites associés</i>	<i>(*) voir commentaire infra</i>	
<b>Radiothérapie</b>	<b>Sites autorisés</b>	Aucune implantation	
<b>Curiethérapie</b>	<b>Sites autorisés</b>	Aucune implantation	
<b>Radioéléments en source non scellées</b>	<b>Sites autorisés</b>	Aucune implantation	
<b>Chirurgie</b>		<b>Digestif</b> : 1 site Cholet (2) <b>Sein</b> : 1 site Cholet (2) <b>Gynécologie</b> : 1 site Cholet (2) <b>Urologie</b> : 1 site Cholet (1) <b>Thoracique</b> : 1 site : Cholet (1) <b>ORL</b> : 1 site Cholet (1)	

## **II – Créations, suppressions, recompositions, transformations et coopérations nécessaires à la réalisation du schéma**

Les implantations prévues par le SROS III pour la chirurgie des cancers soumise à seuils [pathologies mammaires, digestives, urologiques, thoraciques, gynécologiques, ORL et maxillo-faciales] sont concordantes avec les implantations prévues par le SROS III pour l'activité de chirurgie.

Le SROS III ne prévoit pas les implantations pour la chirurgie des cancers non soumise à seuils mais elles devront également être concordantes avec les implantations prévues par le SROS III pour l'activité de chirurgie. De plus pour cette chirurgie, les critères des décrets du 21 mars 2008 et les critères d'agrément de l'Inca s'appliquent.

Dans la mesure où le territoire pourra disposer d'au moins une autorisation pour la chimiothérapie, il n'est pas prévu d'établissement associé.

Les 2 établissements du territoire concernés par les activités de traitement du cancer devront développer des coopérations étroites, notamment en ce qui concerne la chimiothérapie.

Il n'est pas prévu de site pour la radiothérapie dans le territoire de Cholet d'ici à l'échéance du SROS III. Les établissements du territoire autorisés pour la chirurgie carcinologique et la chimiothérapie développeront des coopérations avec les sites autorisés pour la radiothérapie dans les territoires voisins. La possibilité d'implantation d'une antenne avec un appareil de radiothérapie externe, dans une logique de limitation des déplacements des patients sera étudiée dans le cadre du prochain SROS.

Aucune implantation n'est envisagée en curiethérapie.

Les filières de soins, incluant les établissements de soins de suite, les structures d'HAD, les professionnels du secteur ambulatoire, seront décrites dans le cadre des projets médicaux de territoire.

Conformément à la réglementation, les autorisations seront revues dans les 18 mois pour la chirurgie et la chimiothérapie, dans les 36 mois pour la radiothérapie, pour s'assurer du respect des seuils d'activité minimale fixés dans l'arrêté du 29 mars 2007.

(\*) Dans une logique d'accès en proximité à la réalisation de chimiothérapie, le ou les établissements autorisés du territoire de recours pour la prescription des chimiothérapies pourront établir une coopération avec un ou plusieurs établissements associés [répondant aux critères de l'article R 6123-94 du CSP] du ou des territoires de proximité dans la mesure où la convention entre l'établissement autorisé et l'établissement associé aura été approuvée par l'ARH. Il n'est pas prévu d'établissement associé dans l'agglomération de Cholet.

## TERRITOIRE DE SANTE : Laval, Mayenne, Château Gontier

**I - Objectifs quantifiés**

Les activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation (art. R 6122.25 et art. R 6122.26) sont mentionnées **en gras** dans le tableau

*Les activités non soumises à autorisation au sens des articles R 6122.25 et R 6122.26 sont mentionnées en italique*

**Site géographique (pour une activité donnée) = ville ou agglomération avec entre parenthèses le nombre d'implantations géographiques distinctes pour cette activité. En cas de regroupement d'établissements sur un lieu géographique unique, on ne compte qu'une implantation sans préjuger du nombre d'exploitants pour l'activité considérée.**

Le tableau présente l'offre cible à l'échéance du SROS

**I.1 Activités de soins**

		<b>IMPLANTATIONS</b> <b>Sites et nombre</b> (y c. alternatives à l'hospitalisation)	<b>VOLUME D'ACTIVITE</b> (y c. alternatives à l'hospitalisation) exprimé sous la forme de fourchettes
<b>Chimiothérapie</b>	<b>Sites autorisés</b>	1 site : Laval (1)	
	<i>Sites associés</i>	(*) voir commentaire infra	
<b>Radiothérapie</b>	<b>Sites autorisés</b>	1 site : Laval (1)	
<b>Curiethérapie</b>	<b>Sites autorisés</b>	Aucune implantation	
<b>Radioéléments en source non scellées</b>	<b>Sites autorisés</b>	Aucune implantation	
<b>Chirurgie</b>		<b>Digestif</b> : 3 sites : Laval (2), Mayenne (1), Château Gontier (1) <b>Sein</b> : 1 site : Laval (1) <b>Gynécologie</b> : 1 site : Laval (1) <b>Urologie</b> : 2 sites : Laval (1), Château Gontier (1) <b>Thoracique</b> : 1 site : Laval (1) <b>ORL</b> : 1 site : Laval (1)	

## **II – Créations, suppressions, recompositions, transformations et coopérations nécessaires à la réalisation du schéma**

Tout établissement ne disposant que d'une autorisation pour la chirurgie des cancers (quelque soit le nombre de modalités thérapeutiques) développera des coopérations avec un ou des établissements autorisés pour la chimiothérapie et/ou la radiothérapie dans son territoire de recours.

En symétrie, des établissements autorisés pour la chimiothérapie et/ou la radiothérapie et ne disposant pas d'autorisation pour la chirurgie des cancers développeront des coopérations avec des établissements autorisés pour cette chirurgie.

Les implantations prévues par le SROS III pour la chirurgie des cancers soumise à seuils [pathologies mammaires, digestives, urologiques, thoraciques, gynécologiques, ORL et maxillo-faciales] sont concordantes avec les implantations prévues par le SROS III pour l'activité de chirurgie.

Le SROS III ne prévoit pas les implantations pour la chirurgie des cancers non soumise à seuils mais elles devront également être concordantes avec les implantations prévues par le SROS III pour l'activité de chirurgie. De plus pour cette chirurgie, les critères des décrets du 21 mars 2008 et les critères d'agrément de l'Inca s'appliquent.

Les filières de soins, incluant les établissements de soins de suite, les structures d'HAD, les professionnels du secteur ambulatoire, seront décrites dans le cadre des projets médicaux de territoire.

Conformément à la réglementation, les autorisations seront revues dans les 18 mois pour la chirurgie et la chimiothérapie, dans les 36 mois pour la radiothérapie, pour s'assurer du respect des seuils d'activité minimale fixés dans l'arrêté du 29 mars 2007.

Aucune implantation n'est envisagée en curiethérapie.

(\*) Dans une logique d'accès en proximité à la réalisation de chimiothérapie, le ou les établissements autorisés du territoire de recours pour la prescription des chimiothérapies pourront établir une coopération avec un ou plusieurs établissements associés [répondant aux critères de l'article R 6123-94 du CSP] du ou des territoires de proximité dans la mesure où la convention entre l'établissement autorisé et l'établissement associé aura été approuvée par l'ARH. Il n'est pas prévu d'établissement associé dans l'agglomération de Laval.

## TERRITOIRE DE SANTE : Saint-Nazaire

### I - Objectifs quantifiés

Les activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation (art. R 6122.25 et art. R 6122.26) sont mentionnées **en gras** dans le tableau

*Les activités non soumises à autorisation au sens des articles R 6122.25 et R 6122.26 sont mentionnées en italique*

**Site géographique (pour une activité donnée) = ville ou agglomération avec entre parenthèses le nombre d'implantations géographiques distinctes pour cette activité. En cas de regroupement d'établissements sur un lieu géographique unique, on ne compte qu'une implantation sans préjuger du nombre d'exploitants pour l'activité considérée.**

Le tableau présente l'offre cible à l'échéance du SROS

#### I.1 Activités de soins

		<b>IMPLANTATIONS</b> <b>Sites et/ou nombre</b> (y c. alternatives à l'hospitalisation)	<b>VOLUME D'ACTIVITE</b> (y c. alternatives à l'hospitalisation) exprimé sous la forme de fourchettes
<b>Chimiothérapie</b>	<b>Sites autorisés</b>	1 site : Saint-Nazaire (2)	
	<i>Site associé</i>	<i>(*) voir commentaire infra</i>	
<b>Radiothérapie</b>	<b>Sites autorisés</b>	1 site : Saint-Nazaire (1)	
<b>Curiethérapie</b>	<b>Sites autorisés</b>	Aucune implantation	
<b>Radioéléments en source non scellées</b>	<b>Sites autorisés</b>	Aucune implantation	
<b>Chirurgie</b>		<b>Digestif</b> : 1 site : Saint-Nazaire (3) <b>Sein</b> : 1 site : Saint-Nazaire (3) <b>Gynécologie</b> : 1 site : Saint-Nazaire (3) <b>Urologie</b> : 1 site : Saint-Nazaire (2) <b>Thoracique</b> : 1 site : Saint-Nazaire (2) <b>ORL</b> : 1 site : Saint-Nazaire (2)	

## **II – Créations, suppressions, recompositions, transformations et coopérations nécessaires à la réalisation du schéma**

Tout établissement ne disposant que d'une autorisation pour la chirurgie des cancers (quelque soit le nombre de modalités thérapeutiques) développera des coopérations avec un ou des établissements autorisés pour la chimiothérapie et/ou la radiothérapie dans son territoire de recours.

En symétrie, des établissements autorisés pour la chimiothérapie et/ou la radiothérapie et ne disposant pas d'autorisation pour la chirurgie des cancers développeront des coopérations avec des établissements autorisés pour cette chirurgie.

Les implantations prévues par le SROS III pour la chirurgie des cancers soumise à seuils [pathologies mammaires, digestives, urologiques, thoraciques, gynécologiques, ORL et maxillo-faciales] sont concordantes avec les implantations prévues par le SROS III pour l'activité de chirurgie.

Le SROS III ne prévoit pas les implantations pour la chirurgie des cancers non soumise à seuils mais elles devront également être concordantes avec les implantations prévues par le SROS III pour l'activité de chirurgie. De plus pour cette chirurgie, les critères des décrets du 21 mars 2008 et les critères d'agrément de l'Inca s'appliquent.

Les filières de soins, incluant les établissements de soins de suite, les structures d'HAD, les professionnels du secteur ambulatoire, seront décrites dans le cadre des projets médicaux de territoire.

Conformément à la réglementation, les autorisations seront revues dans les 18 mois pour la chirurgie et la chimiothérapie, dans les 36 mois pour la radiothérapie, pour s'assurer du respect des seuils d'activité minimale fixés dans l'arrêté du 29 mars 2007.

Aucune implantation n'est envisagée en curiethérapie.

(\*) Dans une logique d'accès en proximité à la réalisation de chimiothérapie, le ou les établissements autorisés du territoire de recours pour la prescription des chimiothérapies pourront établir une coopération avec un ou plusieurs établissements associés [répondant aux critères de l'article R 6123-94 du CSP] du ou des territoires de proximité dans la mesure où la convention entre l'établissement autorisé et l'établissement associé aura été approuvée par l'ARH. Il n'est pas prévu d'établissement associé dans l'agglomération de Saint-Nazaire.