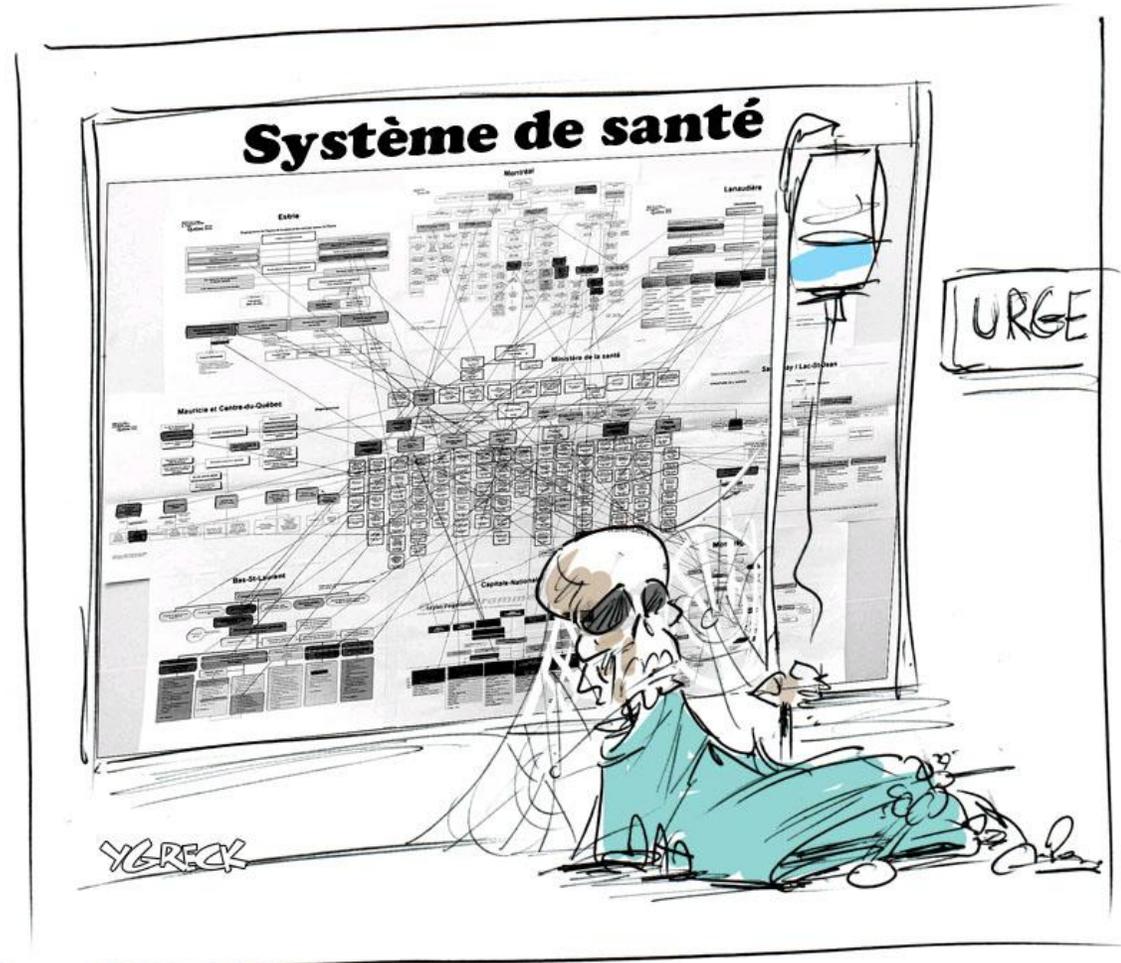


## BIENVENUE AU COLLOQUE

“La cancérologie en Normandie : Quelles recommandations en vue du futur PRS 2018-2023 Normand ? ”





# INTRODUCTION GENERALE

Colloque FHF Normandie du 31 mars 2017

**Mme Nathalie CHHUN LEGLISE**, Directrice de projet innovation en Santé thérapeutique et numérique

**Pr. Pierre MICHEL**, Président de la Fédération de Cancérologie CHU-Hôpitaux de Rouen, chef du service d'Hépatogastro-Entérologie au CHU-Hôpitaux de Rouen, Représentant FHF Cancer Normandie



# **INTRODUCTION GENERALE**

Présentation FHF Cancer

Nathalie CHHUN LEGLISE

**Directrice de projet innovation en Santé  
thérapeutique et numérique**



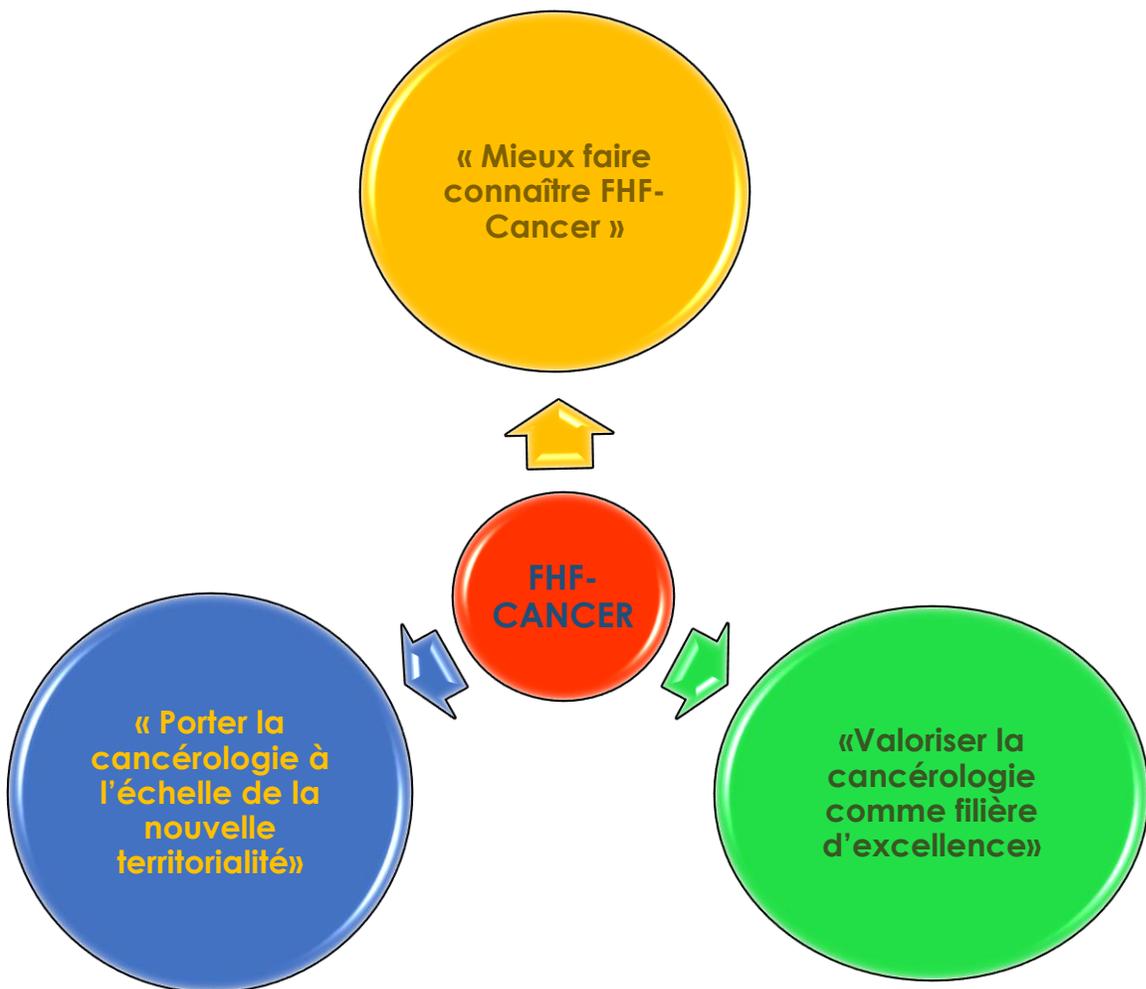
La FHF a créé FHF Cancer en 2012 pour promouvoir une stratégie de groupe territoriale publique via plusieurs axes stratégiques.

Présidée par le **Pr Gilles Calais**, FHF Cancer, rassemble **360 hôpitaux publics** et plus de **100 000 médecins et soignants**, tous mobilisés contre le cancer.

Grâce à leur maillage territorial, les hôpitaux publics sont aujourd'hui les acteurs les plus importants de la prise en charge du cancer.

En se regroupant au sein de FHF Cancer, ils souhaitent favoriser une organisation territoriale en lien avec la médecine de ville qui permette des prises en charge permanentes, pluridisciplinaires, de proximité et de recours.

FHF Cancer repose sur un réseau de correspondants régionaux (binôme) et sur des experts scientifiques.



## AXE 1 : Visibilité & lisibilité / communication stratégique :

- Elaboration d'outils de communication mis à disposition des membres FHF-Cancer (ex : plaquette, alimenter l'espace FHF, logo ?)
- Rendre intelligible pour le patient l'offre de soin et la prise en charge du cancer par les établissements publics : quelle communication ?
- Définir une ligne stratégique de présence dans le paysage institutionnel (vis-à-vis de l'Inca et des autres fédérations) et sur le terrain

## AXE 2 : Valoriser la filière d'excellence / recherche & innovation :

- Comment mieux soutenir les projets (vers un label FHF-Cancer / CNCR)
- Renforcer la présence de FHF – Cancer au-delà de la France sur les sujets de recherche oncologique et de dépistage / prévention : valoriser la présence de projet européen dans les ES
- Soutenir l'innovation à l'échelle du GHT (GHT Cluster d'innovation)

## AXE 3 : Accompagner la filière : attractivité médicale et territoriale

- Groupement hospitalier de territoire & Projet médical partagé
- Impulser un parcours global et intégratif avec l'ensemble des acteurs
- Soutenir une cellule qualité et de réseau de partage des pratiques à l'échelle des GHT



# INTRODUCTION GENERALE

La cancérologie en Normandie

Pr. Pierre MICHEL

**Président de la Fédération de Cancérologie CHU-Hôpitaux de Rouen,  
chef du service d'Hépatogastro-entérologie au CHU-Hôpitaux de  
Rouen, Représentant FHF Cancer Normandie**



# OUVERTURE DU DÉBAT

État des lieux des travaux de Agence Régionale de Santé de Normandie en vue de la préparation du Projet Régional de Santé 2018-2023 - volet cancérologie

M. Vincent Kauffmann

**Directeur général adjoint de l'Agence Régionale de Santé Normandie**



## TABLE RONDE N°1

“Fluidifier et éviter les ruptures des parcours en oncologie ”

**Modérateur : Dr. Bernard CHERU**, Coordonnateur du réseau Onco ex Haute-Normandie

**Pr. Xavier TROUSSARD**, Président CME CHU de Caen

**Pr. Gandhi Laurent DAMAJ**, Pr des Universités, Praticien Hospitalier, Institut d'Hématologie

**Dr Jean-Marc BASTE**, Chirurgie Générale Vasculaire et Thoracique CHU-Hôpitaux de Rouen

**Dr Sammy LACHKAR**, Pneumologie CHU-Hôpitaux de Rouen



# La réduction des inégalités territoriales

Le parcours patients présentant une leucémie  
lymphoïde chronique

**Pr. Xavier TROUSSARD**, Président CME CHU de Caen

# Accès aux soins : existence de disparités territoriales

## Exemple de la leucémie lymphoïde chronique

La santé française 24e d'un palmarès mondial

*'Islande arrive en tête d'un classement de 188 pays selon leurs résultats dans le domaine de la santé, plaçant le Royaume-Uni au 5e rang, suivi de l'Espagne (7e) du Canada (9e), tandis que la France arrive en 24e position, les États-Unis en 28e et la Chine en 92e, selon [des travaux parus le 21 septembre 2016 dans la revue médicale britannique The Lancet. La République centrafricaine arrive bonne dernière de ce palmarès 2015, précédée de la Somalie et du Soudan du Sud. Cette étude, réalisée par l'Institut américain des mesures et évaluations de la santé \(IHME\) à Seattle et financée par la fondation Bill et Melinda Gates, est la première évaluation annuelle des performances de santé relatives aux Objectifs de développement durable \(ODD/SDG\) des Nations Unies.](#)*

Pr Xavier Troussard  
Hématologie CHU de Caen  
PCME  
Directeur du RRHMBN

CHUCaen

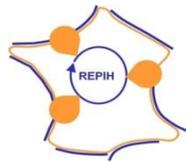
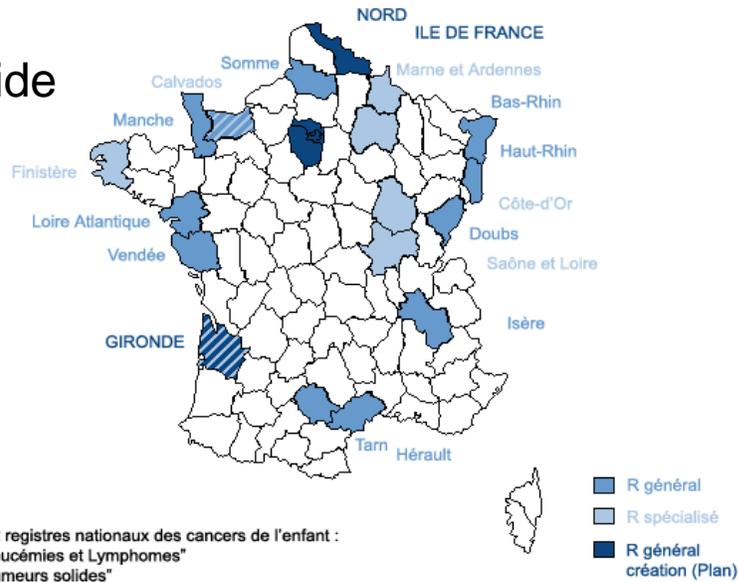
réunion 31 mars 2017 FHF



# Inégalités sur le territoire : les registres pour les évaluer



Prise en charge rapide



Réseau étudiant l'Epidémiologie des Hémopathies Malignes



Arrêté du 6 novembre 1995

Registre défini comme un recueil **continu** et **exhaustif** de données nominatives intéressant un ou plusieurs événements de santé dans une population géographiquement définie, à des fins de recherche et de santé publique, par une équipe ayant les compétences appropriées

Au 1<sup>er</sup> janvier 2011

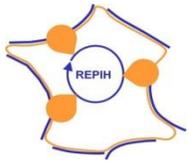
- 14 registres généraux métropolitains et ultramarins
- 8 registres spécialisés
- 2 registres nationaux pédiatriques
- 1 registre multicentrique du mésothéliome

Réseau REPIH

- Registre des hémopathies malignes de Côte-d'Or
- Registre des hémopathies malignes de Gironde
- Registre régional des hémopathies malignes de Basse Normandie

Epidémiologie

- Descriptive
- Analytique (étiologique)
- D'évaluation (actions de santé publique)



# Délais en jour entre le diagnostic et le premier traitement

## Exemple des lymphomes folliculaires



**672**

Entre **50 ± 43 jours**  
et **117 ± 194 jours**

	Registre 1		Registre 2		Registre 3	
	moyen	médian	moyen	médian	moyen	médian
<b>Nombre de cas total</b>	<b>135</b>		<b>177</b>		<b>360</b>	
Ensemble des cas	117 ± 194	48 [22-82]	72 ± 131	33 [22-65]	50 ± 43	37 [26-63]
<b>Sexe</b>						
Hommes	138 ± 207	65 [23-121]	68 ± 102	31 [21-65]	51 ± 51	35 [21-61]
Femmes	94 ± 178	42 [20-67]	76 ± 156	34 [22-65]	49 ± 34	39 [26-63]
<b>Classe d'âge</b>						
< 16 ans						
16-50 ans	87 ± 108	48 [32-81]	52 ± 54	34 [26-70]	43 ± 39	35 [19-48]
51-65 ans	100 ± 217	43 [13-68]	73 ± 150	29 [18-56]	56 ± 48	41 [27-63]
66-75 ans	130 ± 210	42 [21-103]	92 ± 163	35 [25-74]	49 ± 42	38 [22-63]
75 ans et plus	160 ± 205	83 [42-242]	55 ± 66	37 [20-65]	46 ± 33	36 [19-63]
<b>Zone de résidence</b>						
Urbaine et périurbaine	117 ± 19	144 [21-103]	61 ± 90	33 [21-63]	49 ± 44	36 [22-61]
Rurale	117 ± 20	560 [22-78]	89 ± 176	32 [23-65]	52 ± 39	43 [25-75]
<b>Période</b>						
1999-2003			54 ± 124	28 [18-46]		
2002-2003					45 ± 44	36 [22-52]
2004-2008	117 ± 194	48 [22-82]	87 ± 137	39 [24-73]	51 ± 43	37 [23-64]
<b>Stade</b>						
I/II	191 ± 265	65 [42-356]	67 ± 73	44 [26-72]	59 ± 38	49 [31-83]
III/IV	64 ± 111	37 [16-66]	67 ± 119	31 [22-56]	45 ± 45	35 [21-50]



# Délais en jour entre le diagnostic et le premier traitement

## Exemple des **lymphomes diffus à grandes cellules**



# 1136

Entre **28 ± 47 jours**  
et **36 ± 42 jours**

	Registre 1 moyen	médian	Registre 2 moyen	médian	Registre 3 moyen	médian
<b>Nombre de cas total</b>	<b>282</b>		<b>297</b>		<b>557</b>	
<b>Ensemble des cas</b>	<b>36 ± 42</b>	<b>27 [8-49]</b>	<b>28 ± 47</b>	<b>22 [12-34]</b>	<b>32 ± 33</b>	<b>25 [15-38]</b>
<b>Sex</b>						
<b>Hommes</b>	<b>33 ± 31</b>	<b>26 [10-52]</b>	<b>23 ± 18</b>	<b>21 [10-31]</b>	<b>31 ± 29</b>	<b>25 [14-40]</b>
<b>Femmes</b>	<b>38 ± 50</b>	<b>29 [8-48]</b>	<b>34 ± 66</b>	<b>24 [13-37]</b>	<b>33 ± 38</b>	<b>25 [15-37]</b>
<b>Classe d'âge</b>						
<b>&lt; 16 ans</b>	<b>7 ± 6</b>	<b>8 [0-12]</b>	<b>24 ± 21</b>	<b>24 [9-39]</b>	<b>11 ± 12</b>	<b>6 [2-25]</b>
<b>16-50 ans</b>	<b>29 ± 28</b>	<b>18 [5-46]</b>	<b>21 ± 23</b>	<b>15 [7-31]</b>	<b>27 ± 20</b>	<b>22 [13-37]</b>
<b>51-65 ans</b>	<b>32 ± 27</b>	<b>26 [16-47]</b>	<b>25 ± 20</b>	<b>22 [14-31]</b>	<b>37 ± 12</b>	<b>27 [17-42]</b>
<b>66-75 ans</b>	<b>48 ± 41</b>	<b>35 [16-68]</b>	<b>38 ± 90</b>	<b>23 [14-34]</b>	<b>31 ± 25</b>	<b>27 [15-37]</b>
<b>75 ans et plus</b>	<b>36 ± 54</b>	<b>25 [6-46]</b>	<b>27 ± 17</b>	<b>23 [13-40]</b>	<b>32 ± 37</b>	<b>25 [16-39]</b>
<b>Zone de résidence</b>						
<b>Urbaine et périurbaine<sup>3</sup></b>	<b>6 ± 44</b>	<b>27 [8-49]</b>	<b>27 ± 23</b>	<b>22 [12-35]</b>	<b>32 ± 33</b>	<b>25 [14-38]</b>
<b>Rurale</b>	<b>37 ± 35</b>	<b>29 [11-52]</b>	<b>29 ± 68</b>	<b>21 [12-33]</b>	<b>33 ± 33</b>	<b>27 [16-38]</b>
<b>Période</b>						
<b>1999-2003</b>			<b>29 ± 64</b>		<b>21 [11-29]</b>	
<b>2002-2003</b>					<b>30 ± 40</b>	<b>21 [12-33]</b>
<b>2004-2008</b>	<b>35 ± 42</b>	<b>27 [9-48]</b>	<b>26 ± 17</b>	<b>26 [14-36]</b>	<b>33 ± 31</b>	<b>27 [16-41]</b>
<b>Stade</b>						
<b>I/II</b>	<b>32 ± 28</b>	<b>29 [9-47]</b>	<b>25 ± 16</b>	<b>22 [13-34]</b>	<b>35 ± 37</b>	<b>27 [17-41]</b>
<b>III/IV</b>	<b>36 ± 52</b>	<b>25 [10-43]</b>	<b>28 ± 54</b>	<b>21 [12-34]</b>	<b>29 ± 29</b>	<b>22 [13-36]</b>

# Santé

## Répartition part inné-acquis



### GENETIQUE

ADN → Carte du Génôme

Cartographier le génôme humain a été déterminant dans le développement de la médecine personnalisée

### DETERMINANTS SOCIAUX

Cartographier les déterminants sociaux sera essentiel pour développer des soins personnalisés

### MEDECINE PERSONALISEE

COMPAGNON DIAGNOSTIC GENETIQUE → PRESCRIPTIONS PERSONNALISEES

Les médecins utilisent un test diagnostique pour identifier les meilleurs traitements

### SOINS PERSONNALISES

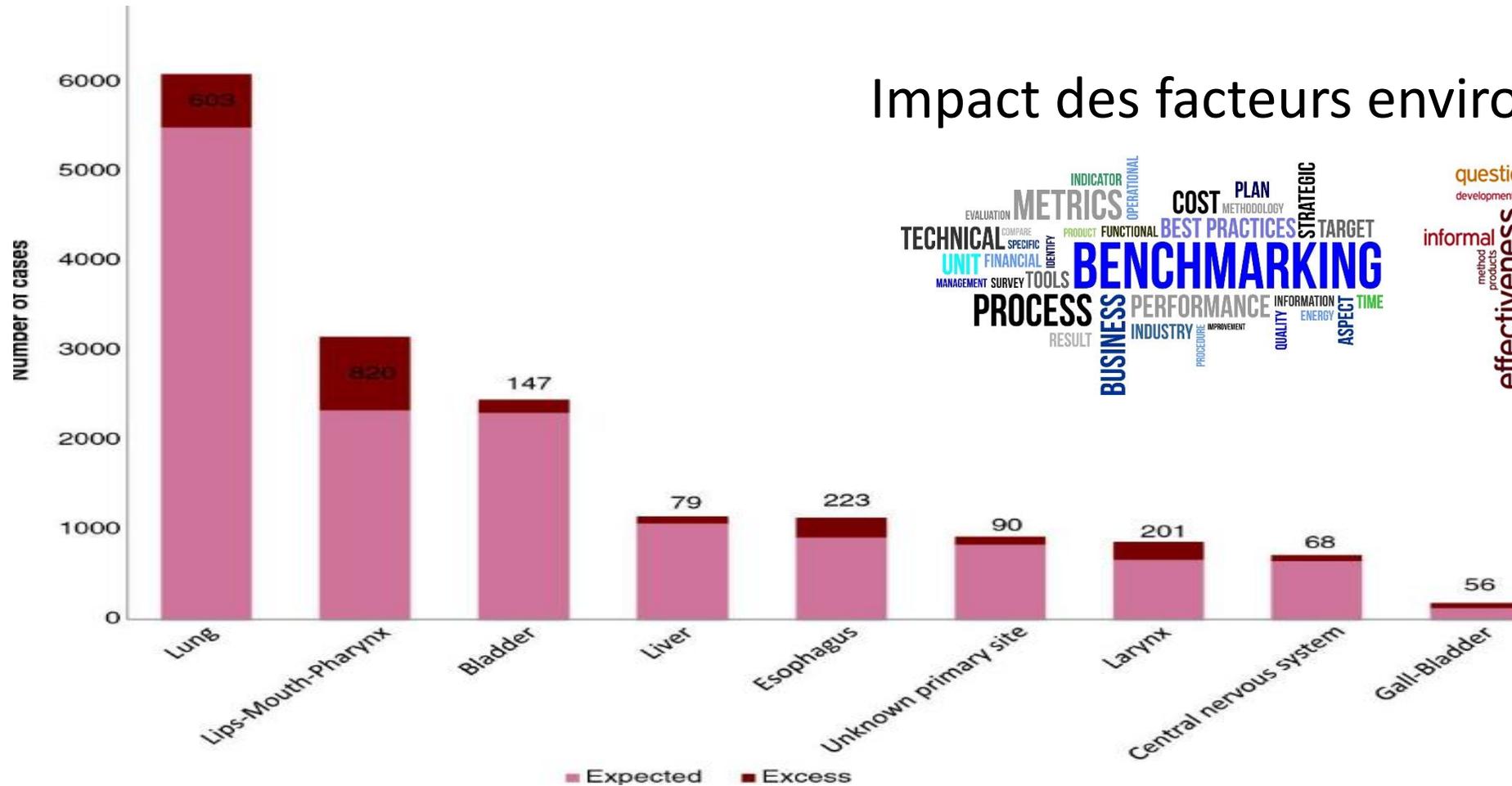
COMPAGNON DIAGNOSTIC SOCIAL → PROGRAMME DE SOINS PERSONNALISE

Les médecins utilisent un algorithme pour identifier le meilleur programme de soins

Proportion of excess cases associated with social deprivation in men.

J. Bryere et al, [Socioeconomic environment and cancer incidence: a French population-based study in Normandy](#).

BMC Cancer. 2014 Feb 13;14:87. doi: 10.1186/1471-2407-14-87.



## Impact des facteurs environnementaux



**15.000 cancers évitables en France**

réunion 31 mars 2017 FHF

# Exemple de la leucémie lymphoïde chronique(LLC)

La plus fréquente des leucémies

Plus de 4500 nouveaux cas incidents par an

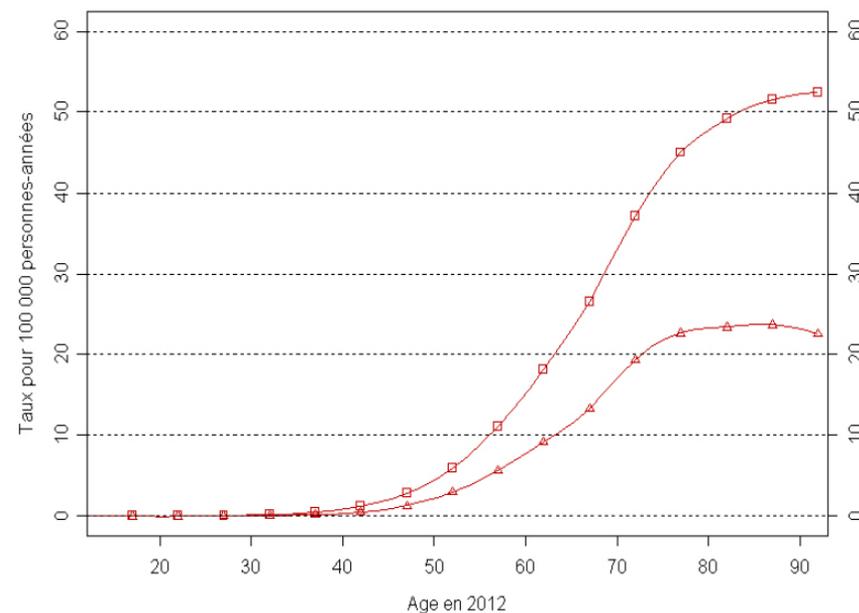
Prédominance masculine

Incidence qui augmente avec l'âge

Effectifs qui augmentent avec le temps

Sexe	Année					
	1980	1990	2000	2005	2010	2012
<b>Incidence</b>						
Homme	1176	1748	2316	2539	2672	2696
Femme	758	1266	1701	1818	1809	1768

Figure 1: Incidence par âge en 2012



1980  
2012

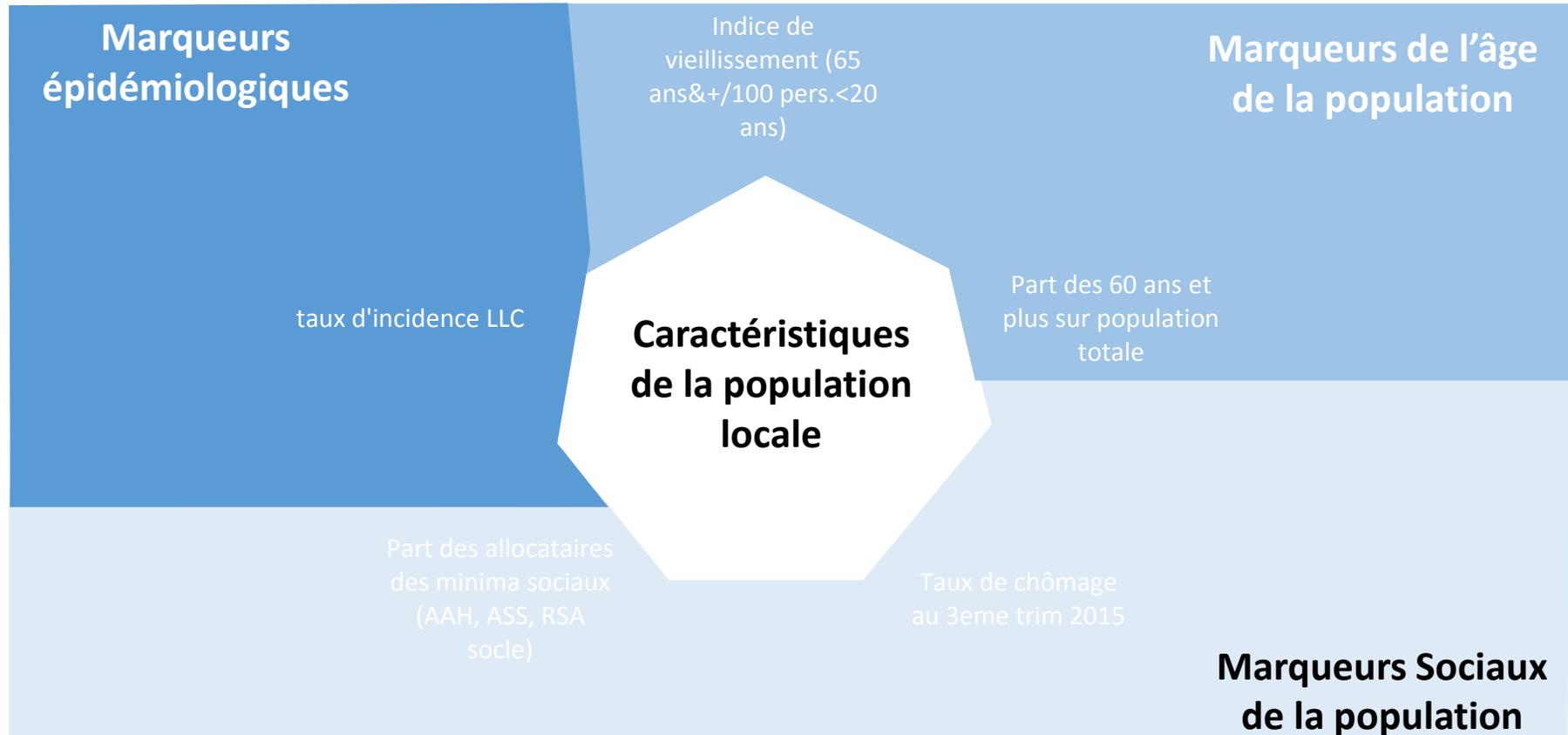
1934 pts  
4464 pts



## 5 indicateurs

- a) Indice vieillissement
- b) Part des plus de 60 ans/population totale
- c) Taux de chômage
- d) Part des allocataires sociaux
- e) Taux d'incidence

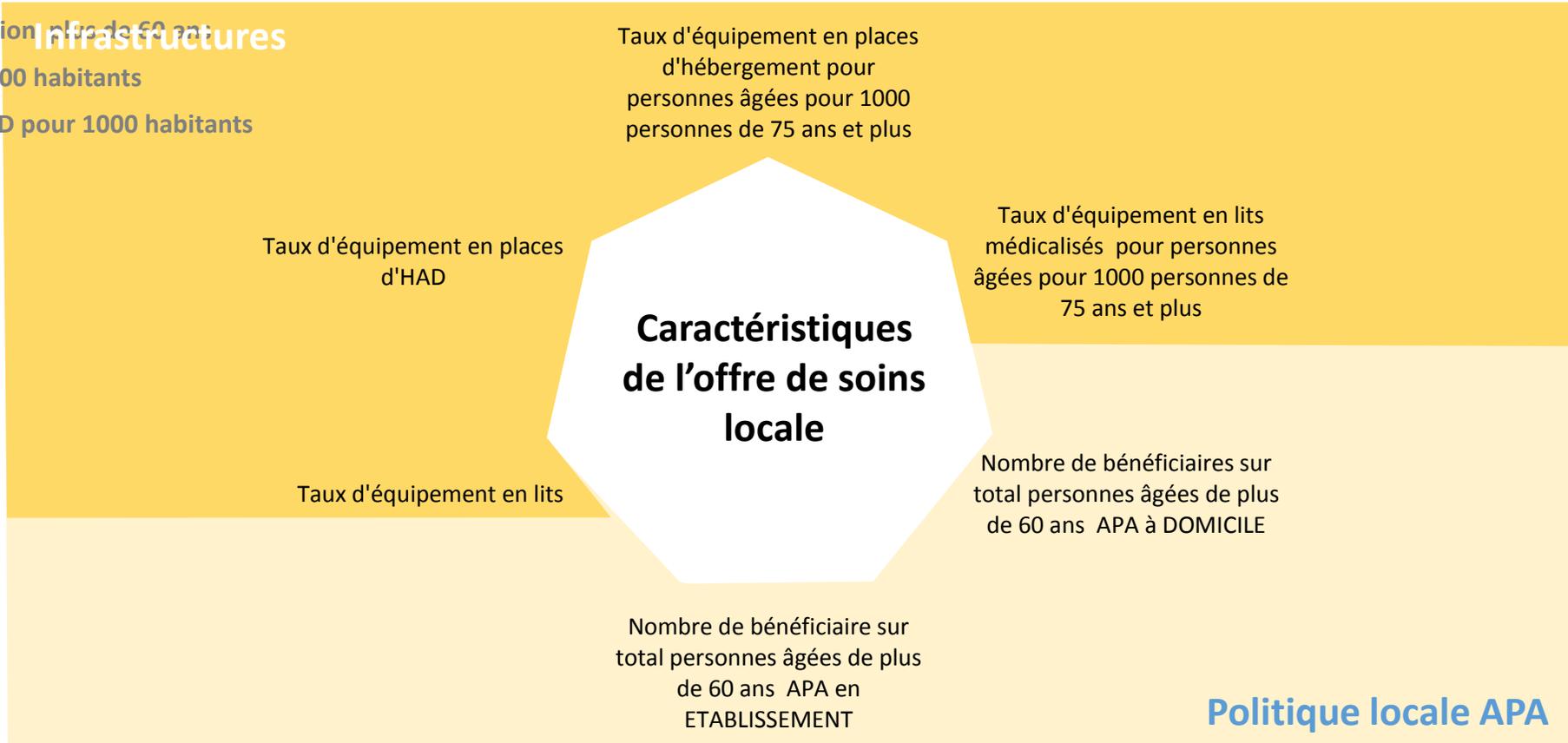
# Population



## 6 indicateurs

- a) Taux d'équipements en lits médicalisés
- b) Taux d'équipements en place d'hébergement pour personnes âgées
- c) Nombre de bénéficiaires APA à domicile/population de plus de 60 ans
- d) Nombre de bénéficiaires APA en établissements/population plus de 60 ans
- e) Nombre lits MCO /1000 habitants
- f) Nombre de places HAD pour 1000 habitants

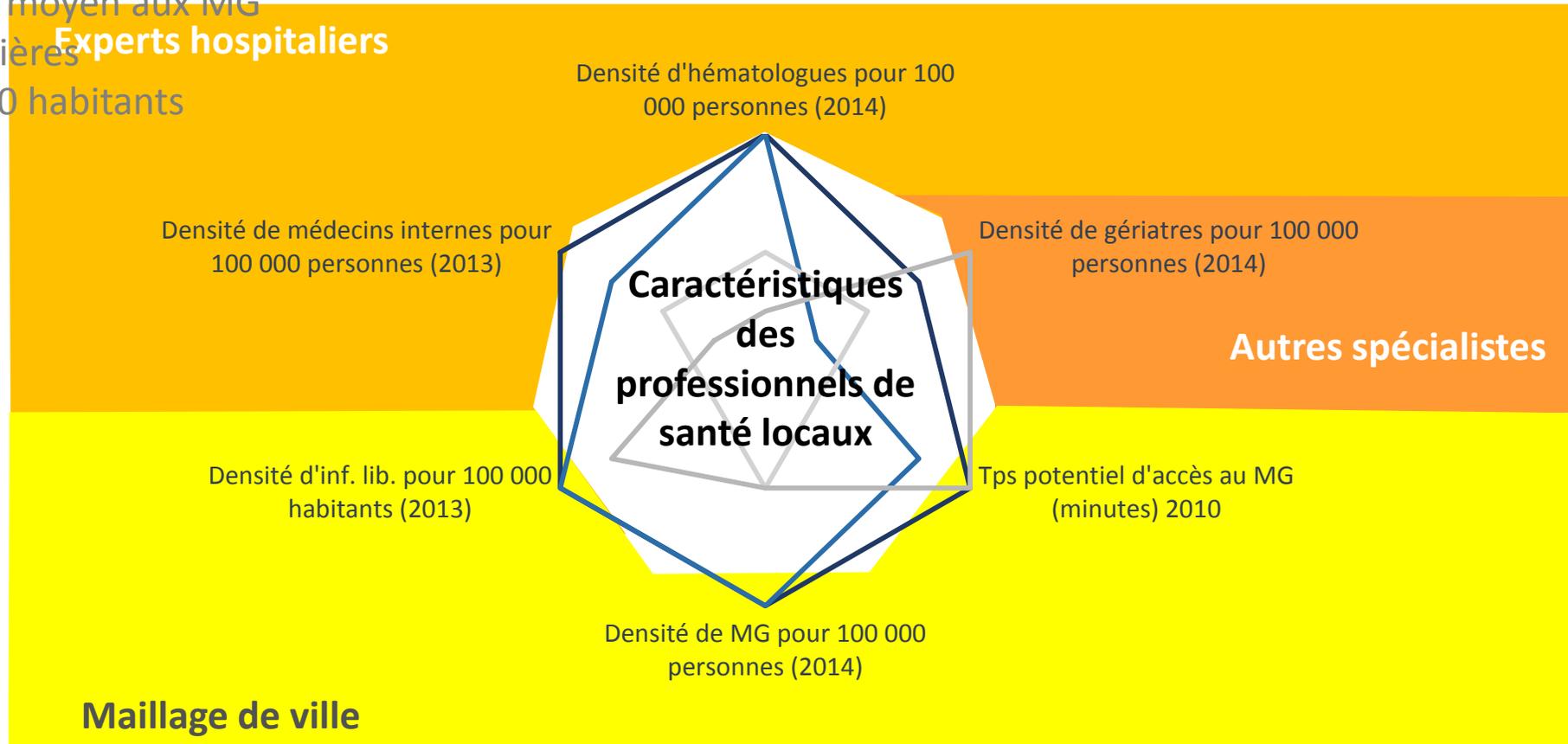
# Offre de soins



## 6 indicateurs

- a) Densité d'hématologues
- b) Densité de gériatres
- c) Densité de médecins internistes
- d) Densité de MG
- e) Temps d'accès moyen aux MG
- f) Nombre infirmières libérales/100 000 habitants

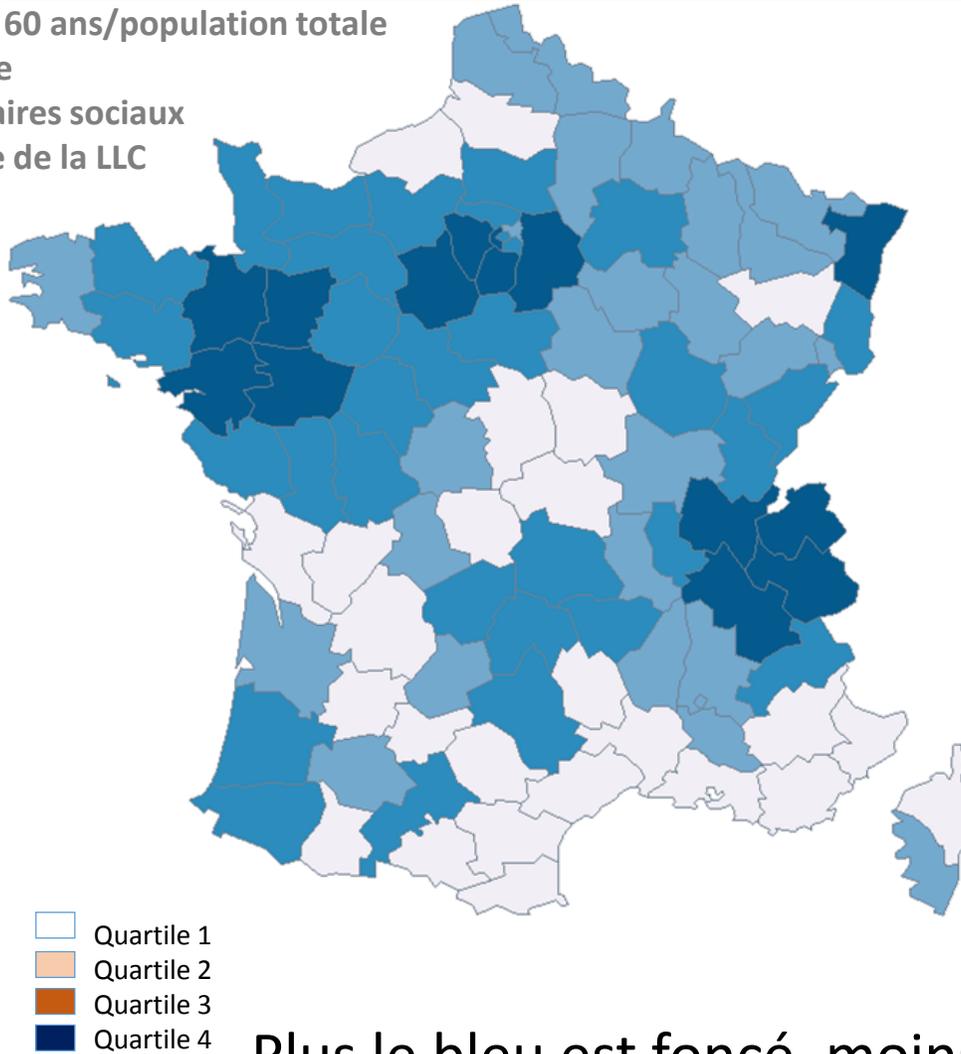
# Professionnels de santé



# Vulnérabilité de la population

## 5 indicateurs

- a) Indice vieillissement
- b) Part des plus de 60 ans/population totale
- c) Taux de chômage
- d) Part des allocataires sociaux
- e) Taux d'incidence de la LLC



Plus le bleu est foncé, moins la population est vulnérable

- Les indicateurs rendent compte de l'âge, de l'épidémiologie de la LLC et du niveau social de la population.
- Le **pourtour méditerranéen**, la zone allant de la **Charente maritime jusqu'au Tarn et Garonne** ainsi que la zone centrale constituée de la **Creuse, la Nièvre, le Cher et l'Allier** concentrent les populations les plus vulnérables de France. Ces zones sont caractérisées par une des populations les plus vieillissantes et socialement défavorisées de France selon les critères que nous observons.
- A l'inverse, le **quart nord-ouest** ainsi qu'**une partie des Alpes** est peu vulnérable. Ces départements se caractérisent tous par une population parmi les moins socialement défavorisée de France selon les indicateurs pris en compte dans cette analyse.

# Offre de soins

## 6 indicateurs

a) Taux d'équipements en lits médicalisés

b) Taux d'équipements en place d'hébergement pour personnes âgées

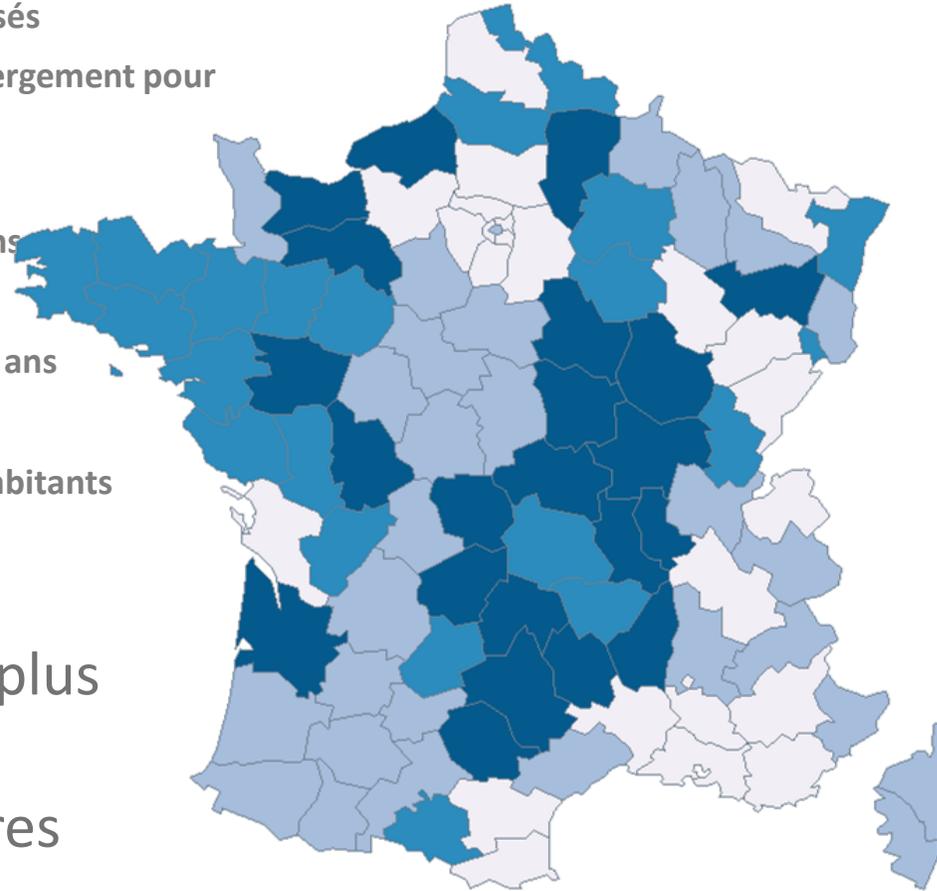
c) Nombre de bénéficiaires APA

à domicile/population de plus de 60 ans

d) Nombre de bénéficiaires APA en établissements/population plus de 60 ans

e) Nombre lits MCO /1000 habitants

f) Nombre de places HAD pour 1000 habitants



Quartile 1  
Quartile 2  
Quartile 3  
Quartile 4

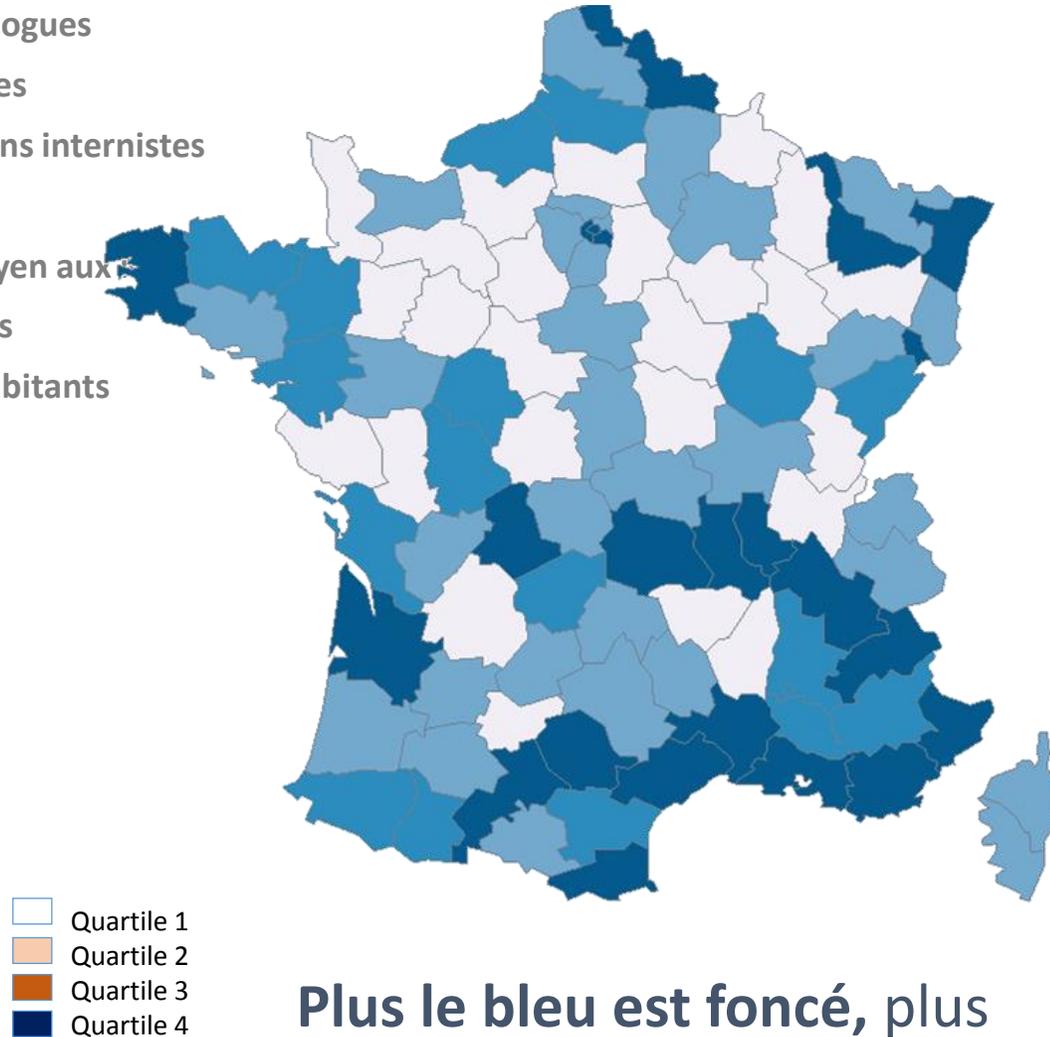
Plus le bleu est foncé, plus l'offre de soins et les infrastructures sanitaires sont développées

- Les indicateurs rendent compte des infrastructures disponibles ainsi que de de la politique d'APA déployée sur chaque département.
- Deux zones semblent présenter une offre de soins fortement développée. Une première zone allant **de la Marne jusqu'au Tarn en passant par le Puy de Dôme** ainsi qu'une seconde comportant **toute la Bretagne et allant jusqu'en Charente**. Ces zones sont caractérisées plus particulièrement par des taux de places d'hébergements et de lits médicalisés pour personnes âgées les plus élevés de France, en regard d'un fort taux de bénéficiaires d'APA en établissement.
- La concentration d'offre de soins la moins importante se situe en **Ile De France**, région caractérisée par de faibles taux de couverture de la population âgée par l'APA et un taux d'équipement en lits de médecine parmi les plus faible de France ; ainsi que dans une zone allant du **pourtour méditerranéen jusqu'aux Alpes**, caractérisée par des taux de places d'hébergements et de lits médicalisés pour personnes âgées les plus faibles de France, en regard d'un des plus faible taux de bénéficiaires d'APA en établissement.

# Offre médicale

## 6 indicateurs

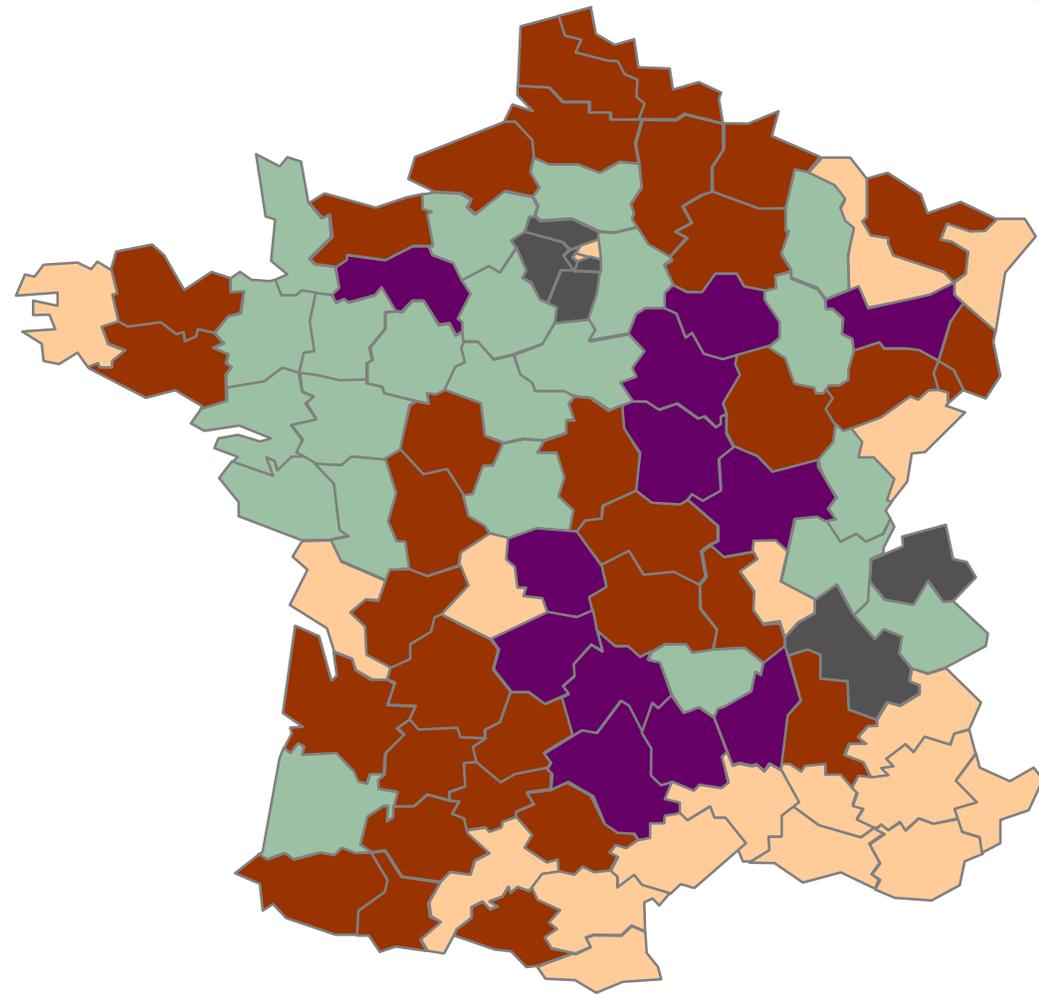
- a) Densité d'hématologues
- b) Densité de gériatres
- c) Densité de médecins internistes
- d) Densité de MG
- e) Temps d'accès moyen aux
- f) Nombre infirmières libérales/100 000 habitants



Plus le bleu est foncé, plus l'offre médicale est élevée

- Les indicateurs rendent compte de l'expertise hospitalière, des gériatres ainsi que des professionnels de ville disponibles sur chaque département.
- Dans la plus part des cas, l'offre médicale est la plus dense **lorsqu'un CHU est à proximité** (exemples de Nice, Marseille, Montpellier, Bordeaux, Paris, Strasbourg, Lille...). Les départements pour lesquels la densité médicale apparaît la plus importante ont pour point commun un temps moyen d'accès au médecin généraliste faible ainsi que des densités de médecins généralistes et de médecins internistes les plus importantes de France.

## Méthode ACP (Analyse en Composantes Principales) classant les départements selon les 17 indicateurs



**Classe 1** : population peu vulnérable et une offre médicale faible

**Classe 2** : population vulnérable et offre médicale moyenne

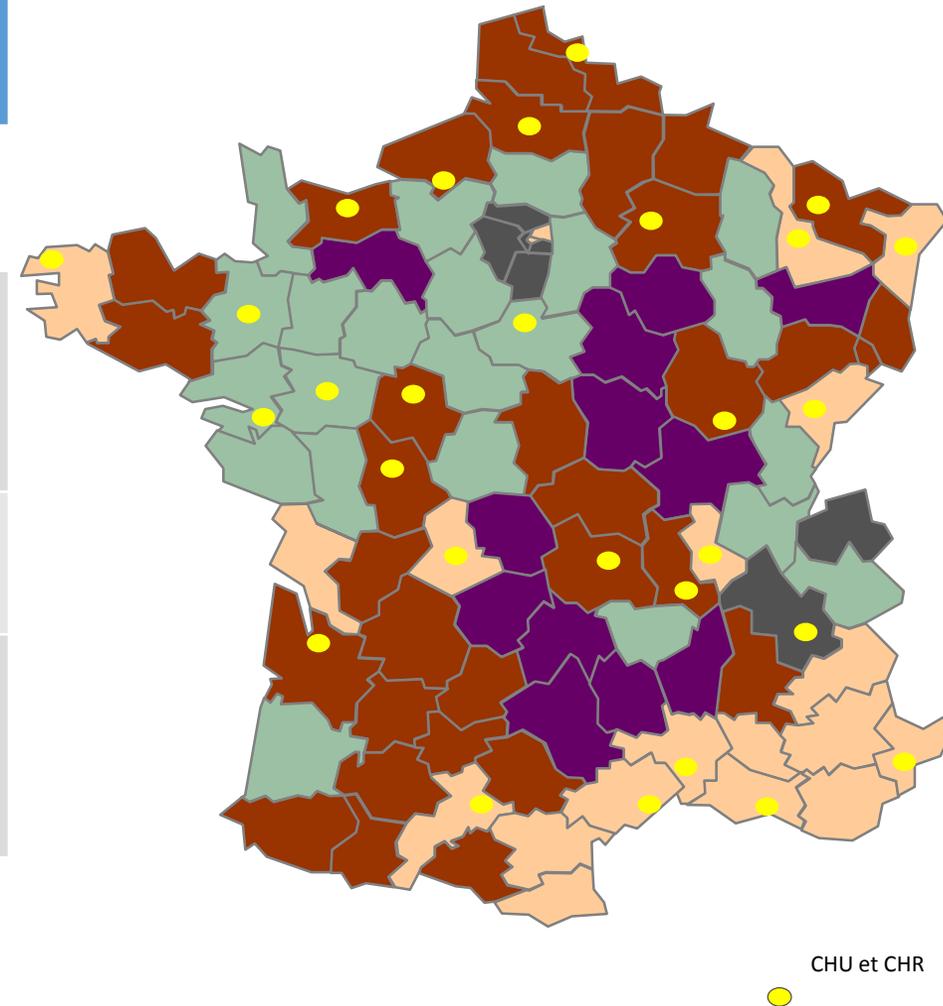
**Classe 3** : offre médicale très élevée et une offre de soins moyenne à basse

**Classe 4** : offre de soins élevée, une population assez vulnérable et une offre médicale moyenne à basse

**Classe 5** : offre de soins basse, une population très peu vulnérable et une offre médicale élevée

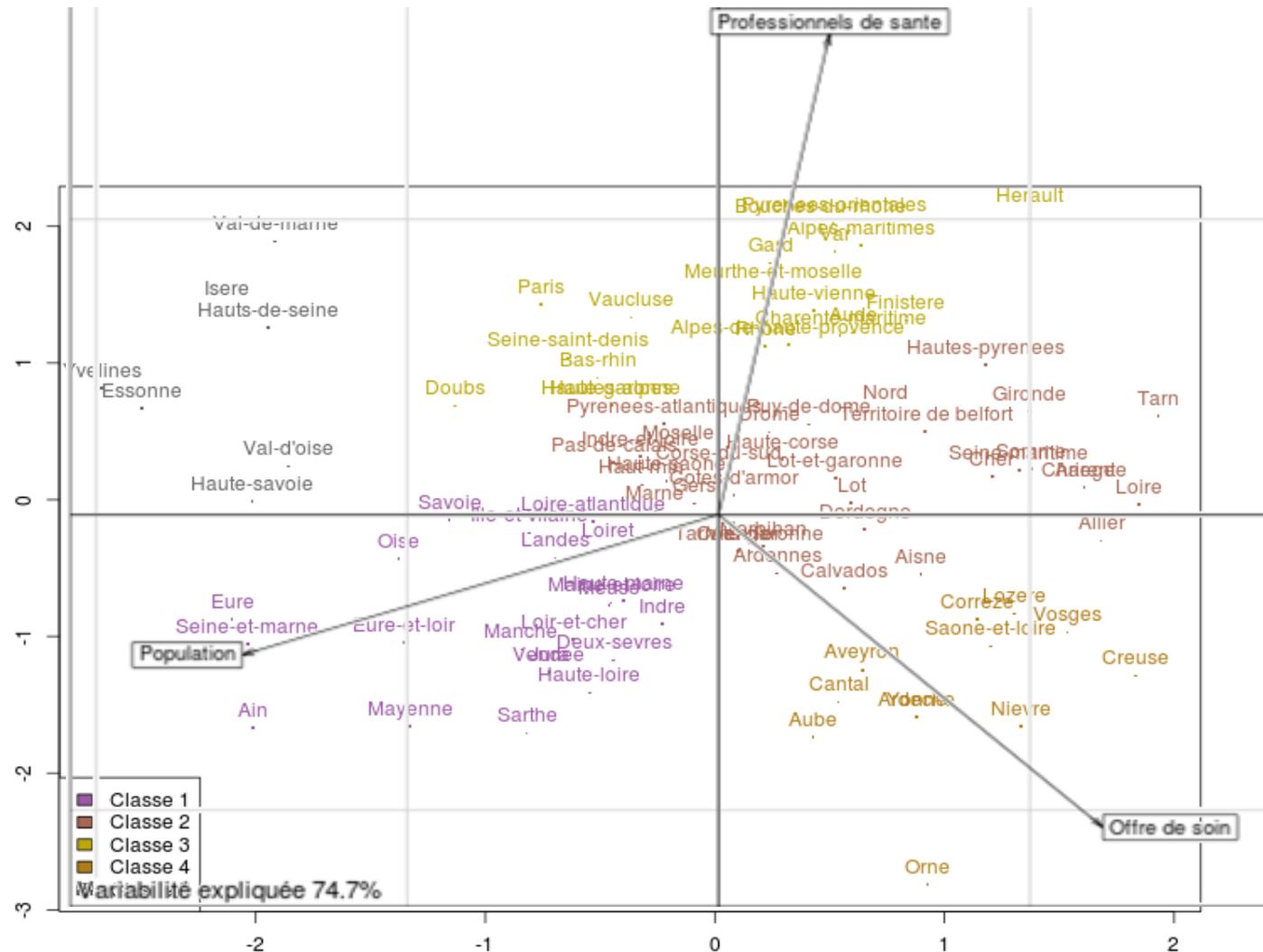
## Répartition des cas incidents selon les classes observées

Classe	Description	Volume de cas incidents (2010)	Proportion de cas incidents
Classe 1	population peu vulnérable et une offre médicale faible	811	18,7%
Classe 2	Population vulnérable et offre médicale moyenne	1 347	31%
Classe 3	offre médicale très élevée et une offre de soins moyenne à basse	1 346	31%
Classe 4	offre de soins élevée, une population assez vulnérable et une offre médicale moyenne à basse	185	4,3%
Classe 5	offre de soins basse, une population très peu vulnérable et une offre médicale élevée	658	15%
<b>TOTAL</b>		<b>4 356</b>	



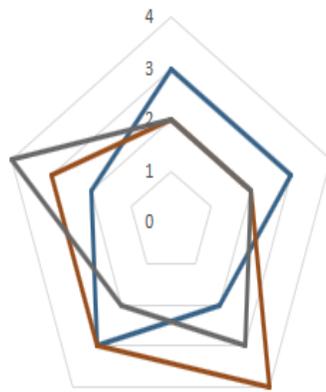
## Positionnement des départements selon la classification ACP

- **Classe 1** : population peu vulnérable et une offre médicale faible
- **Classe 2** : population vulnérable et offre médicale moyenne
- **Classe 3** : offre médicale très élevée et une offre de soins moyenne à basse
- **Classe 4** : offre de soins élevée, une population assez vulnérable et une offre médicale moyenne à basse
- **Classe 5** : offre de soins basse, une population très peu vulnérable et une offre médicale élevée

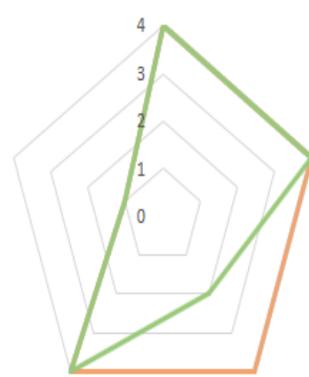


Amélioration

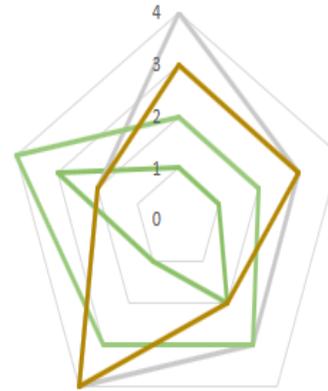
CHU Caen



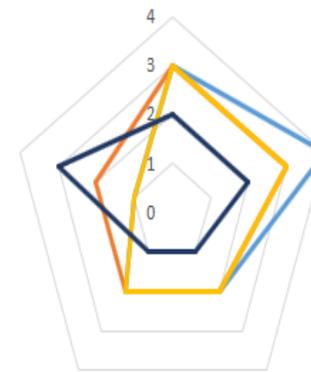
CH Versailles



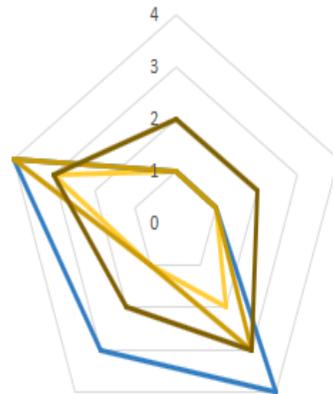
CHR Orléans



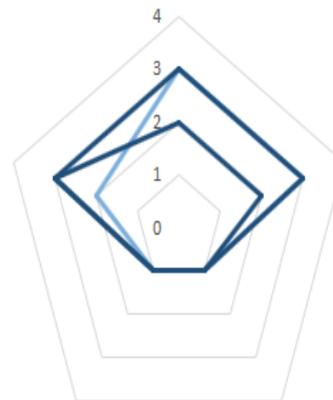
CHU Nancy



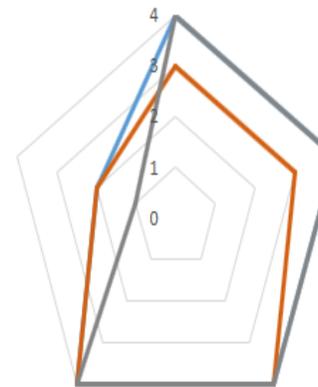
CHU Limoges



CH Avignon



CH Annecy



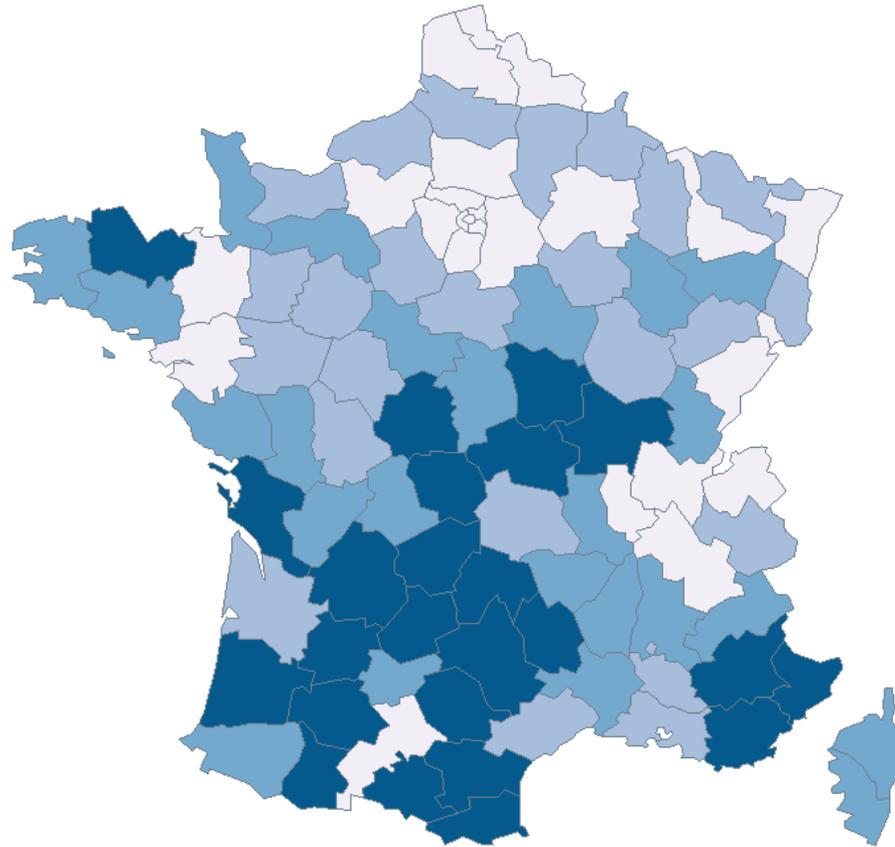


# Prévoir et anticiper

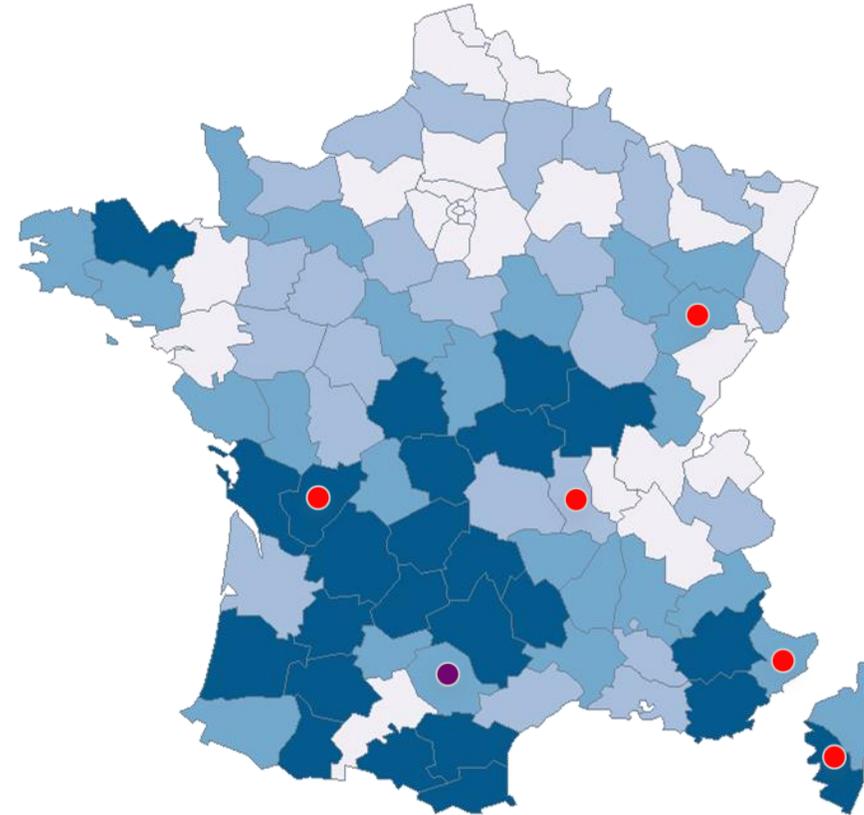


## Axe population – Projection à 2020

Estimation de la part des plus de 60 ans  
sur la population totale en 2010



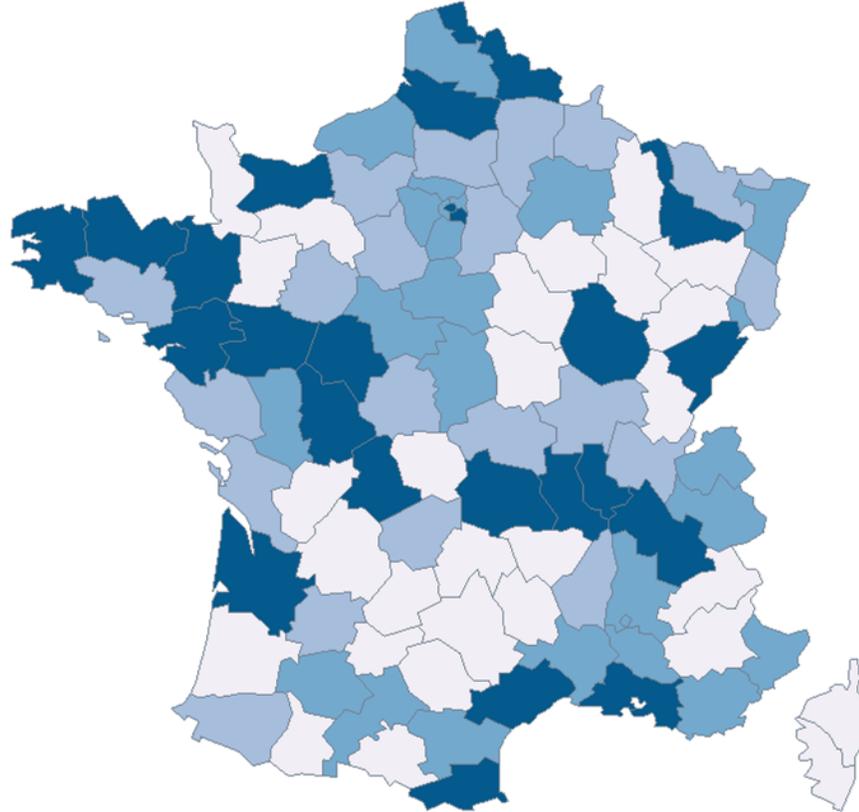
Estimation de la part des plus de 60 ans  
sur la population totale en 2020



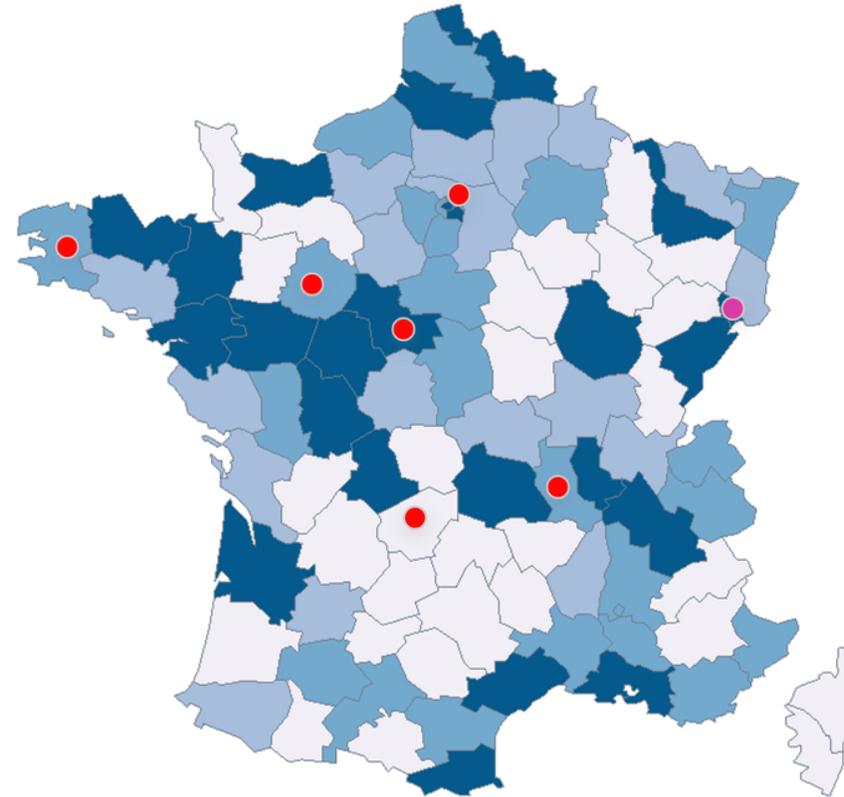
Lecture : Plus le bleu est foncé, plus la part des plus de 60 ans est importante / Les départements qui varient sont marqués par un point

- 5 départements vont présenter une augmentation importante de la part de personnes âgées de plus de 60 ans.
- Tandis qu'un département présentera une diminution de la part des 60 ans et plus dans population générale.

Densité d'hématologues pour 100 000 personnes en 2015



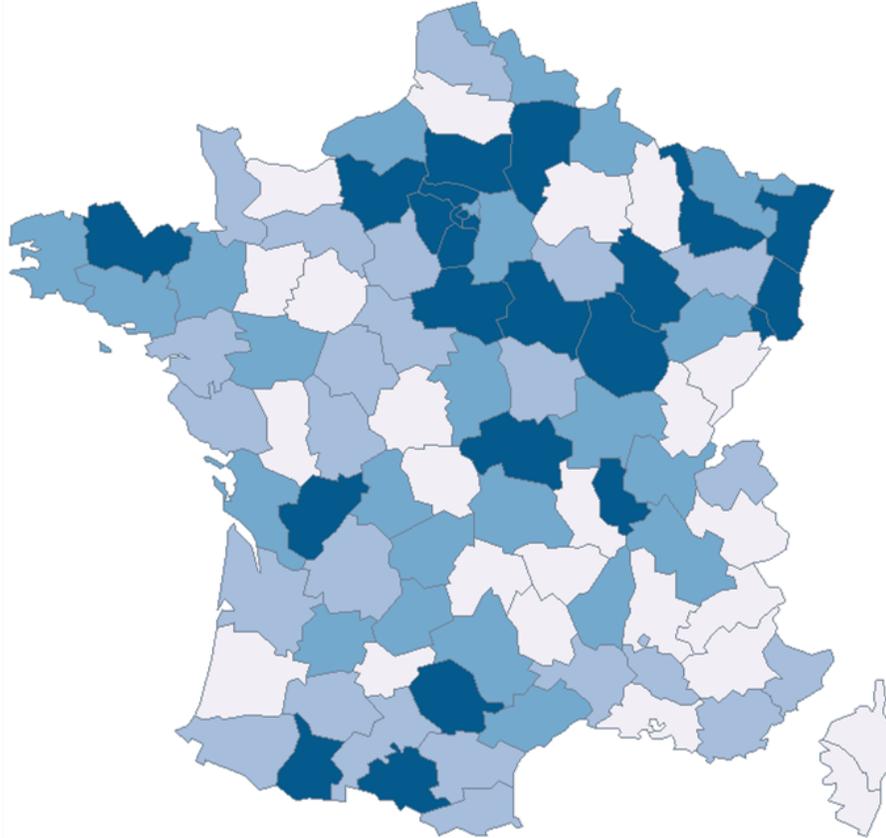
Densité d'hématologues pour 100 000 personnes en 2020



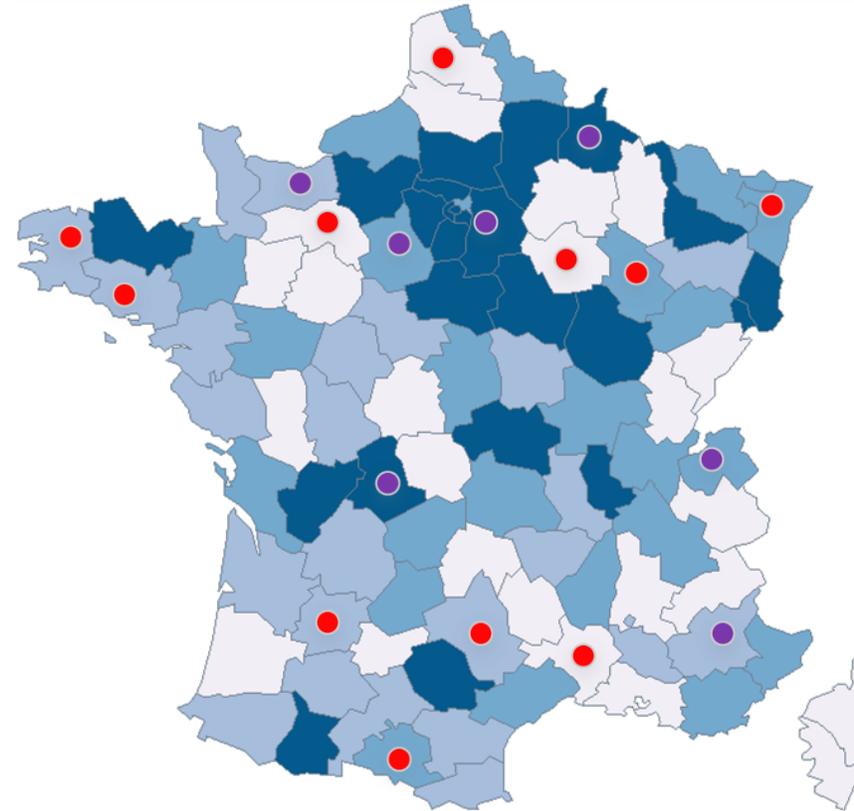
Lecture : Plus le bleu est foncé, plus la densité d'hématologues est importante / Les départements qui varient sont marqués par un point

- 4 départements verront leur densité d'hématologues diminuer d'ici à 2020.
- Les départements de la Sarthe, du Loir-et-Cher et du Territoire de Belfort bénéficieront d'une augmentation de leurs densités d'hématologues d'ici à 2020. Cette variation est expliquée par l'augmentation du nombre d'hématologues pour une faible augmentation de la densité de population générale (entre 0 et 2%).

### Densité de gériatres pour 100 000 personnes en 2015



### Densité de gériatres pour 100 000 personnes en 2020



**Lecture :** Plus le bleu est foncé, plus la densité de gériatres est importante / Les départements qui varient sont marqués par un point

- 11 départements verront leurs densités de gériatres diminuer de façon importante.
- D'ici à 2020, l'augmentation de la densité de gériatres dans 6 départements est expliquée par une faible augmentation du nombre d'habitants pour une augmentation de 1 à 3 du nombre de gériatres. Dans le département des Ardennes, l'augmentation de la densité d'hématologues est expliquée par un nombre constant de gériatres parallèle à une diminution du nombre d'habitants.



# La réduction du délai de prise en charge

Parcours de soins Oncologie Normandie  
« Parcours Lymphome »

**Pr. Gandhi Laurent DAMAJ**, Pr des Universités, Praticien Hospitalier, Institut d'Hématologie

# **POURQUOI PARCOURS GANGLION/LYMPHOME ?**

**Délais de prise en charge des patients atteints de lymphome trop long !**

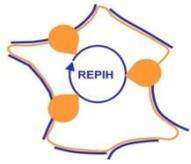
**Difficultés d'interaction avec les médecins généralistes**

**Retard diagnostique**

**Retard thérapeutique**

**Disparités territoriales**

**Probablement, pertes de chances pour les patients !**



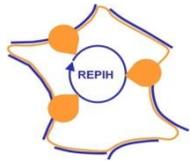
# Délais en jour entre le **diagnostic et le premier traitement** pour les lymphomes folliculaires

Entre **50 ± 43 jours** et **117 ± 194 jours**



**672**

	Registre 1		Registre 2		Registre 3	
	moyen	médian	moyen	médian	moyen	médian
Nombre de cas total	135		177		360	
Ensemble des cas	117 ± 194	<b>48 [22-82]</b>	72 ± 131	<b>33 [22-65]</b>	50 ± 43	<b>37 [26-63]</b>
Sexe						
Hommes	138 ± 207	65 [23-121]	68 ± 102	31 [21-65]	51 ± 51	35 [21-61]
Femmes	94 ± 178	42 [20-67]	76 ± 156	34 [22-65]	49 ± 34	39 [26-63]
Classe d'âge						
< 16 ans						
16-50 ans	87 ± 108	48 [32-81]	52 ± 54	34 [26-70]	43 ± 39	35 [19-48]
51-65 ans	100 ± 217	43 [13-68]	73 ± 150	29 [18-56]	56 ± 48	41 [27-63]
66-75 ans	130 ± 210	42 [21-103]	92 ± 163	35 [25-74]	49 ± 42	38 [22-63]
75 ans et plus	160 ± 205	83 [42-242]	55 ± 66	37 [20-65]	46 ± 33	36 [19-63]
Zone de résidence						
Urbaine et périurbaine	117 ± 19	144 [21-103]	61 ± 90	33 [21-63]	49 ± 44	36 [22-61]
Rurale	117 ± 20	560 [22-78]	89 ± 176	32 [23-65]	52 ± 39	43 [25-75]
Période						
1999-2003			54 ± 124	28 [18-46]		
2002-2003					45 ± 44	36 [22-52]
2004-2008	117 ± 194	<b>48 [22-82]</b>	87 ± 137	<b>39 [24-73]</b>	51 ± 43	<b>37 [23-64]</b>
Stade						
I/II	191 ± 265	65 [42-356]	67 ± 73	44 [26-72]	59 ± 38	49 [31-83]
III/IV	64 ± 111	37 [16-66]	67 ± 119	31 [22-56]	45 ± 45	35 [21-50]



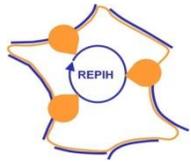
Délais en jour entre le **diagnostic et le premier traitement** pour **les lymphomes diffus à grandes cellules**

Entre **28 ± 47 jours** et **36 ± 42 jours**



**1136**

	Registre 1 moyen	médian	Registre 2 moyen	médian	Registre 3 moyen	médian
<b>Nombre de cas total</b>	<b>282</b>		<b>297</b>		<b>557</b>	
<b>Ensemble des cas</b>	<b>36 ± 42</b>	<b>27 [8-49]</b>	<b>28 ± 47</b>	<b>22 [12-34]</b>	<b>32 ± 33</b>	<b>25 [15-38]</b>
<b>Sex</b>						
<b>Hommes</b>	<b>33 ± 31</b>	<b>26 [10-52]</b>	<b>23 ± 18</b>	<b>21 [10-31]</b>	<b>31 ± 29</b>	<b>25 [14-40]</b>
<b>Femmes</b>	<b>38 ± 50</b>	<b>29 [8-48]</b>	<b>34 ± 66</b>	<b>24 [13-37]</b>	<b>33 ± 38</b>	<b>25 [15-37]</b>
<b>Classe d'âge</b>						
<b>&lt; 16 ans</b>	<b>7 ± 6</b>	<b>8 [0-12]</b>	<b>24 ± 21</b>	<b>24 [9-39]</b>	<b>11 ± 12</b>	<b>6 [2-25]</b>
<b>16-50 ans</b>	<b>29 ± 28</b>	<b>18 [5-46]</b>	<b>21 ± 23</b>	<b>15 [7-31]</b>	<b>27 ± 20</b>	<b>22 [13-37]</b>
<b>51-65 ans</b>	<b>32 ± 27</b>	<b>26 [16-47]</b>	<b>25 ± 20</b>	<b>22 [14-31]</b>	<b>37 ± 12</b>	<b>27 [17-42]</b>
<b>66-75 ans</b>	<b>48 ± 41</b>	<b>35 [16-68]</b>	<b>38 ± 90</b>	<b>23 [14-34]</b>	<b>31 ± 25</b>	<b>27 [15-37]</b>
<b>75 ans et plus</b>	<b>36 ± 54</b>	<b>25 [6-46]</b>	<b>27 ± 17</b>	<b>23 [13-40]</b>	<b>32 ± 37</b>	<b>25 [16-39]</b>
<b>Zone de résidence</b>						
<b>Urbaine et périurbaine<sup>3</sup></b>	<b>6 ± 44</b>	<b>27 [8-49]</b>	<b>27 ± 23</b>	<b>22 [12-35]</b>	<b>32 ± 33</b>	<b>25 [14-38]</b>
<b>Rurale</b>	<b>37 ± 35</b>	<b>29 [11-52]</b>	<b>29 ± 68</b>	<b>21 [12-33]</b>	<b>33 ± 33</b>	<b>27 [16-38]</b>
<b>Période</b>						
<b>1999-2003</b>			<b>29 ± 64</b>		<b>21 [11-29]</b>	
<b>2002-2003</b>					<b>30 ± 40</b>	<b>21 [12-33]</b>
<b>2004-2008</b>	<b>35 ± 42</b>	<b>27 [9-48]</b>	<b>26 ± 17</b>	<b>26 [14-36]</b>	<b>33 ± 31</b>	<b>27 [16-41]</b>
<b>Stade</b>						
<b>I/II</b>	<b>32 ± 28</b>	<b>29 [9-47]</b>	<b>25 ± 16</b>	<b>22 [13-34]</b>	<b>35 ± 37</b>	<b>27 [17-41]</b>
<b>III/IV</b>	<b>36 ± 52</b>	<b>25 [10-43]</b>	<b>28 ± 54</b>	<b>21 [12-34]</b>	<b>29 ± 29</b>	<b>22 [13-36]</b>



# Délais en jour entre le diagnostic et le premier traitement pour le **lymphome de Hodgkin**

Entre **26 ± 22 jours** et **47 ± 48 jours**



	Registre 1 Moyen	médian	Registre 2 moyen	médian	Registre 3 moyen	médian
<b>Nombre de cas total</b>	<b>129</b>		<b>150</b>		<b>278</b>	
<b>Ensemble des cas</b>	<b>47 ± 48</b>	<b>37 [18-56]</b>	<b>26 ± 22</b>	<b>22 [14-33]</b>	<b>29 ± 21</b>	<b>25 [15-36]</b>
<b>Sexe</b>						
Hommes	51 ± 42	43 [20-75]	26 ± 17	22 [13-35]	30 ± 24	24 [15-37]
Femmes	43 ± 55	33 [14-47]	28 ± 26	21 [15-33]	28 ± 16	26 [17-35]
<b>Classe d'âge</b>						
< 16 ans	9 ± 4	10 [7-12]	16 ± 12	13 [7-18]	16 ± 6	15 [11-21]
16-50 ans	51 ± 54	38 [26-53]	24 ± 14	21 [14-31]	28 ± 22	25 [15-32]
51-65 ans	60 ± 35	53 [32-80]	29 ± 19	27 [16-44]	29 ± 16	24 [18-40]
66-75 ans	36 ± 37	26 [15-47]	40 ± 27	32 [24-47]	43 ± 21	37 [26-63]
75 ans	54 ± 48	41 [20-79]	42 ± 52	28 [9-61]	37 ± 22	31 [19-50]
<b>Zone de résidence</b>						
Urbaine/périurbaine	47 ± 49	37 [19-55]	29 ± 25	26 [15-37]	29 ± 21	24 [15-35]
Rurale	48 ± 45	36 [9-81]	24 ± 16	20 [12-30]	29 ± 16	26 [17-40]
<b>Période</b>						
1999-2003			26 ± 21	20 [14-33]		
2002-2003					28 ± 26	24 [14-31]
<b>2004-2008</b>	<b>45 ± 39</b>	<b>37 [19-56]</b>	<b>27 ± 23</b>	<b>24 [14-34]</b>	<b>30 ± 18</b>	<b>26 [17-37]</b>
<b>Stade</b>						
I/II	53 ± 59	37 [23-56]	26 ± 16	22 [15-33]	30 ± 23	27 [16-37]
III/IV	40 ± 28	37 [20-54]	26 ± 27	20 [11-30]	27 ± 18	22 [15-34]

# OBJECTIFS

Assurer une prise en **charge personnalisée**

**Réduire les délais** de prise en charge diagnostiques et thérapeutiques

Assurer une prise **en charge coordonnée** avec les acteurs de soins (médecine professionnelle, médecine de la fertilité, soins de support, etc...)

Assurer un accès des patients aux **moyens diagnostics innovants**

Assurer un accès des patients aux **thérapeutiques innovantes**

Assurer un accès des patients aux études de **recherche clinico-biologique**

**Effacer les inégalités** et la perte de chance

Améliorer la qualité de vie des patients

# MÉTHODOLOGIE

## Trois phases

1. Pré-diagnostic : symptômes → médecin traitant → spécialiste
2. Diagnostic et thérapeutique : spécialiste
3. Per et Post thérapeutique : spécialiste et médecine de ville

# PREMIÈRE PHASE

**Patient**  
**Acteur de soin**

**Médecin traitant**

**Spécialiste**



**Information ++**  
**Association des patients ?**

**Formation post universitaire +++**

**Facilité d'accès**

**Moins de 7 jours**

**L'objectif de cette phase est de réduire les délais entre l'apparition des symptômes et l'accès au spécialiste**

# DEUXIÈME PHASE

Spécialiste

Diagnostic

Traitement

15 jours

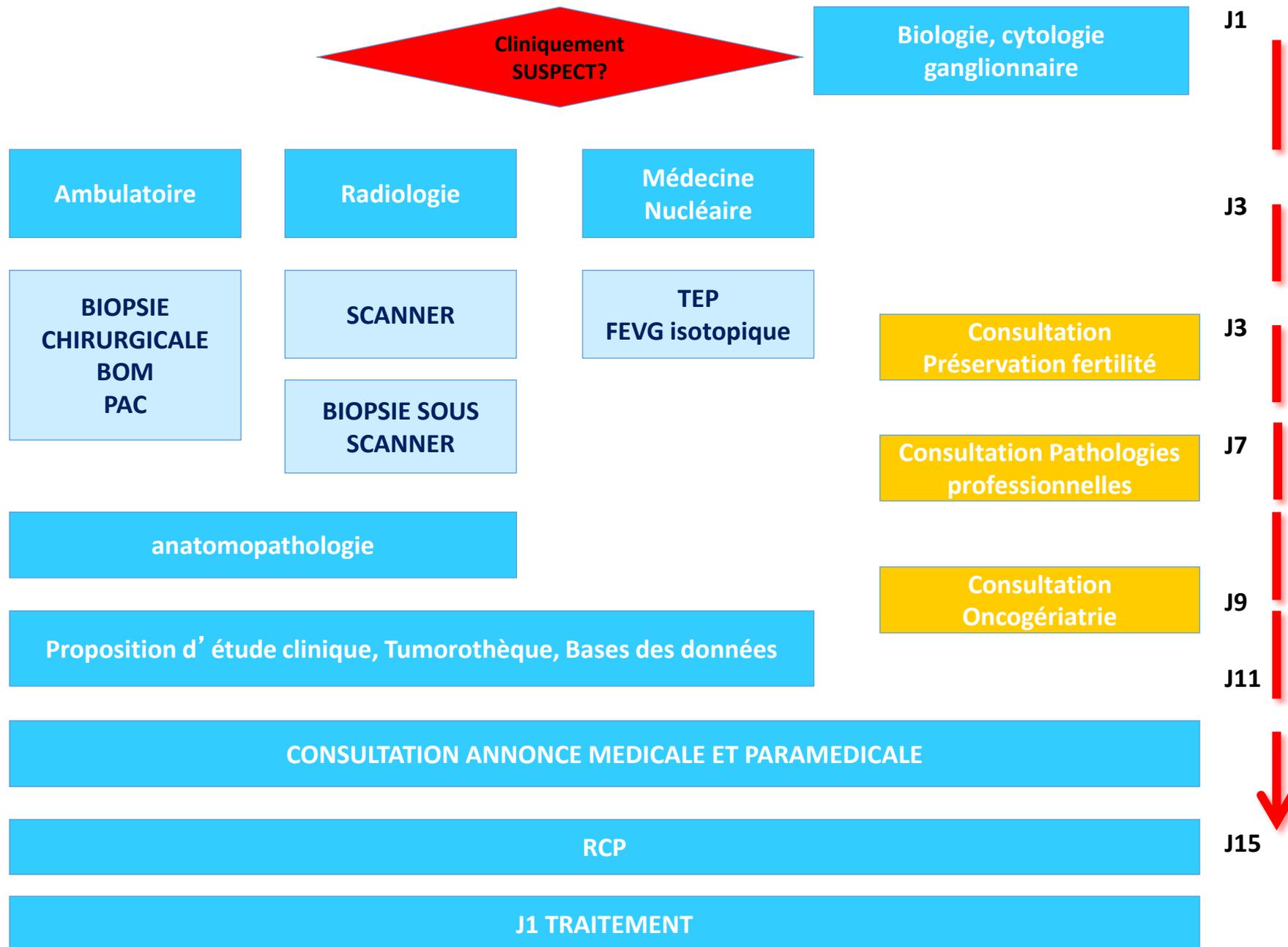
Coordination !  
secrétariat  
médecins

Disponibilités des spécialistes et du plateau technique  
Anesthésie- chirurgie-radiologie-anatomopathologie

Coordination  
hôpital-ville

**L'objectif de cette phase est de réduire les délais entre la première consultation et le traitement**

**C'est une phase qui pourrait être commune à beaucoup de pathologie néoplasique**



# PRÉ-REQUIS

**Coordination forte +++**

**Correspondants hospitaliers identifiés**

**1<sup>er</sup> niveau**

**Chirurgiens/anesthésistes  
Radiologues, Médecins nucléaires  
Anatomo-pathologistes**

**2eme niveau**

**Maladies professionnelles  
Fertilité  
Oncogériatrie**

# TROISIÈME PHASE

Traitement

Suivi personnalisé



IDE de coordination / patient / correspondants en ville (MT, pharmacie,...)

**Les objectifs de cette phase sont**  
surveiller le suivi des traitement notamment oraux  
détecter des possibles difficultés  
prévenir des complications  
etc,.....

# EVALUATION 2EME PHASE DU PARCOURS

## AVRIL 2015 – FÉVRIER 2017

**476 patients ont été pris en charge dans le Parcours**

- 18% ne sont pas des problèmes hématologiques
- 4% sont des tumeurs solides

	Lymphomes PEC en 2014		Lymphomes PEC de Avril 2014 à Juillet 2015		Lymphomes PEC de Juillet 2015 à Mars 2016	
	N=	Population totale	N=	Population totale	N=	Population totale
N=	80			304	175	175
Délai 1er symptomes/1er contact	64	24,5 (0 – 421)		ND	ND	ND
Délai appel MT/premier contact-cs entrée (med(min,max))	71	28 (0 – 320)	300	6 (0-66)	169	5(0-30)
Délai cs entrée-biopsie	77	16 (0 -115)	109	15 (0-82)	51	10(1-147)
Délai biopsie-anapath	56	12 (2 - 47)	109	8 (2-35)	51	8(0-27)
Délai cs entrée-TEP	73	11 (0 – 98)	141	9 (0-71)	67	9(0-79)
Délai cs entrée-RCP	76	8,5 (0 – 57)	206	15 (1-141)	97	15(1-99)
Délai cs entrée-cs annonce	ND	ND	260	18 (0-136)	160	15(0-167)
Délai cs entrée-pose de site	ND	ND	114	16 (0-129)	64	9(0-100)
Délai cs entrée-J1 traitement	ND	ND	212	27 (1-160)	89	21(8-113)
Délai cs sortie-J1 traitement	ND	ND	202	8 (0-122)	90	5(0-46)
Délai appel MT-J1 traitement	70	51 (5 – 303)	210	31 (4-172)	88	26(9-121)

# RECHERCHE CLINIQUE

- **Optimisation de la sélection des patients pour les études cliniques**
- **Augmentation des nombres d'inclusions**
- **Conservations des échantillons biologiques / tumorales**
- **Bases des données clinico-biologiques**

## **« RISQUES DE RUPTURE » IDENTIFIÉS**

- 1. Consultations tardives du MT par certains patients**
- 2. Référencement tardif vers un spécialiste**
- 3. Anatomopathologie : en difficulté**
- 4. Coordination : besoin accru**
- 5. Absence de coordination formalisée avec les centres hospitaliers de proximité**
- 6. Insuffisance des consultations d'annonce et coordination hôpital-domicile**
- 7.....**

# **PERSPECTIVES**

**PASSER À LA PHASE 1 ET PHASE 3**

# DÉVELOPPEMENT RÉGIONAL

**Application de la même méthodologie au niveau des structures hospitalières de la région**

**Suivie des procédures IHBN**

**Application des recommandations**

**Participation à la base des données**

**Définition des profils patients pour prise en charge IHBN OU localement**

**Cherbourg : 1ere réunion Juin 2016**

**GH Havre en cours**

**Lisieux : contacté**



# L'attractivité des établissements publics

La place de la chirurgie robotique en cancérologie

**Dr Jean-Marc BASTE**, Chirurgie Générale Vasculaire et Thoracique CHU-  
Hôpitaux de Rouen

**Dr Sammy LACHKAR**, Pneumologie CHU-Hôpitaux de Rouen



# Echanges avec la salle



## La cancérologie en Normandie

Quelles recommandations en vue du futur PRS 2018-2023  
Normand ?

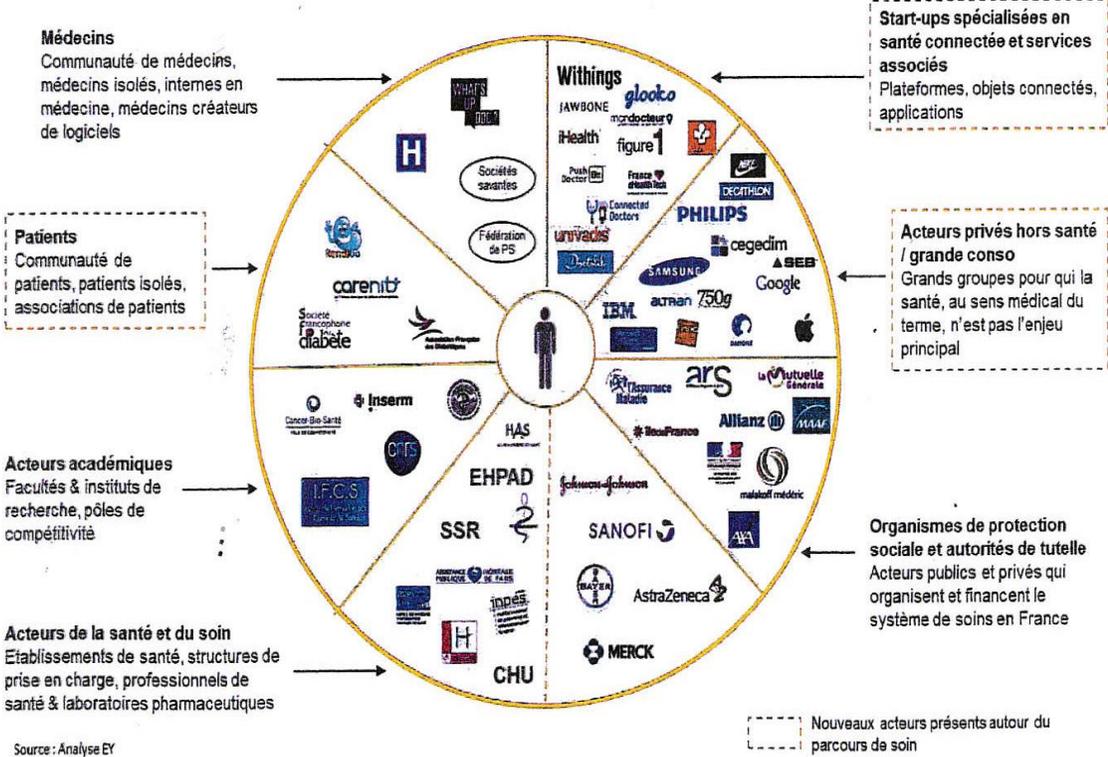
### PROPOSITION DU Pr Xavier Troussard

Réduire les inégalités territoriales :

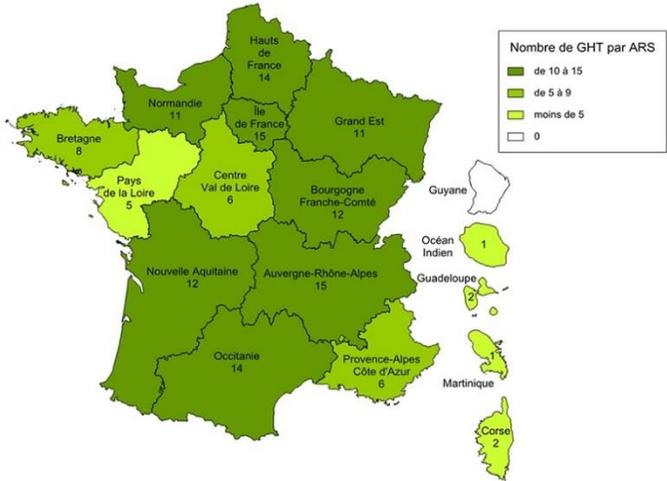
Exemple de la leucémie lymphoïde chronique (LLC)

# 2017

## Nouveaux défis



Les GHT en région



**Chaînage et interopérabilité**  
**Penser à un nouveau modèle économique**

**Accompagner la coordination du parcours complexe du patient dans une démarche**  
**Continuum Prévention -Soins- Réadaptation/fin de vie**

# LIVRE BLANC

L'organisation de la prise en charge  
des patients sous thérapies orales  
en hématologie



## 1. Cancer et HM : maladies chroniques

Prévention : 15.000 cancers évitables

Soins : 350 000 cancers incidents/an en France, dont 35 000 HM

Réinsertion/Réadaptation/soins palliatifs

## 2. Nouvelles organisations (progrès technologiques, domotiques et thérapeutiques) mais s'adapter

Une transition épidémiologique : patient âgé, comorbidités

Contexte démographique en oncologie insuffisant

Tout à domicile : développement des thérapies orales, importance du suivi pour éviter nouvelles complications

imprévisibles des traitements ciblés

## 3. Trajectoire de prise en charge à composante multiple et complexe

Ne pas oublier d'associer à la médecine curative une médecine préventive : développer les programmes d'éducation thérapeutique

## 4. Patient co-responsable et non au cœur des dispositifs

Accès à l'innovation avec la nécessité de sécurité

## 5. Autorisations : quel concept et quelles propositions ?

Seuils mais aussi qualité ; une vision par praticien et non par équipe

Capacité à mettre en place des parcours médicaux efficaces. Qui fait quoi, qui est capable de faire quoi

Nouveaux modèles financiers à l'heure des GHT



# Exemple d'une méthodologie

Christine Schibler (ARS Ile de France)

Danièle Legrand

1. Quelle est l'incidence de l'hémopathie ou du groupe d'hémopathies en France ou à défaut dans les pays voisins / industrialisés ? Quelle est la durée médiane de survie de ces patients ?
2. Y a-t-il des éléments pour penser que cette incidence va varier (augmentation, diminution) dans les 10 ans à venir ? Si oui dans quelle mesure ?
3. Quelles sont les principales modalités thérapeutiques et de prise en charge actuelles (hospitalisation complète, ambulatoire, consultation...)?
4. Quelles sont les principales évolutions diagnostiques, thérapeutiques, de prise en charge et leur retentissement sur l'organisation (hospitalisation, complète, ambulatoire, consultation...) attendues dans les 5 à 10 ans ?

# Proposition 1.

## Organiser et valoriser les parcours complexes

### Un pilotage notamment hospitalier



Exemple de « Parcours ganglion » à étendre aux tumeurs solides, au GHT et plus....

Prise en charge des patients sous thérapie orale en hématologie (exemple ACFA)

Consultations plus longues et plus nombreuses : à valoriser

Développer des indicateurs du parcours patient

Accès au scanner

Délais de prise en charge d'une HM (diagnostic-centre référent)

Je ne sais pas tout faire dans la vie.



Et probablement pas toute la trajectoire des prises en charge dans tous les hôpitaux  
Qui fait quoi ?

# Proposition 2.

## Former et développer les nouveaux métiers hospitaliers

Renforcer la consultation d'initiation pluridisciplinaire

Infirmière de coordination et de suivi

Conciliation médicamenteuse à étendre à tous les services et à professionnaliser

Coordinateur médicaux des parcours de soins à l'instar des « bed manager »

Nouveaux métiers induits par la révolution numérique et digitale

Assistance Médicale Ambulatoire (AMA)

(infirmière de télésurveillance, data manger....)

Gestion des big data : changer le paradigme de notre pensée  
des données nominatives aux données collectives....



## Proposition 3.

# Sécuriser le système de santé. Où stocker les données de santé nominatives (hébergeur agréé)

Messageries Sécurisées de Santé (MSS) MSSanté, Apicrypt : une première étape

Déployer plus rapidement les outils

- Dossier Pharmaceutique(DP)

- Dossier Médical Partagé (DMP)

- Dossier Communiquant en Cancérologie (DCC)

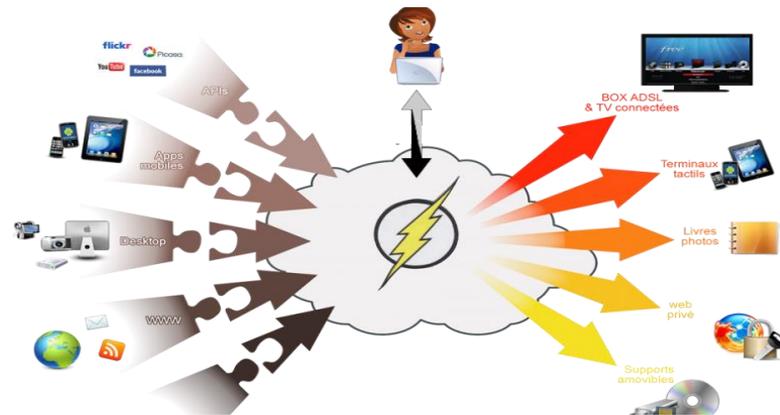
ET passer du Dossier Médical Partagé au DP2I (Dossier Patient Informatisé Interopérable)

## Proposition 4.

# Mobiliser plus fortement tous les acteurs de ville impliqués en facilitant la communication

Plateformes sécurisées patient –hôpital- médecins de ville- pharmaciens d’officine - infirmières

Plateformes web à destination des patients avec des informations sur le traitement, la pathologie, les services, les consultations; l’organisation des parcours



## Proposition 5.

# Amélioration qualité des pratiques professionnelles et gestion évènements indésirables graves

Zéro accident transfusionnel grave en 2017

Développer les RETEX : un enrichissement personnel et pour le groupe

Patient traceur entre établissements du GHT

E-satis dans le GHT Normandie Centre et au-delà (satisfaction pts MCO plus de 48 heures)

## Proposition 6.

### Avoir accès à la recherche et aux innovations

TCBN et CRB

Plateforme génomique

Protocoles de recherche clinique

Infirmière de recherche clinique

Une mission des CHU