

STRATÉGIE DÉCENNALE  
Feuille de  
route ARS  
**2022**  
**2025**  
DE LUTTE CONTRE LES CANCERS

# Journée régionale Stratégie de lutte contre le cancer

19.06.2025

# Introduction



# Données épidémiologiques sur le cancer, nationales et régionales



Dr Jérôme Viguiier  
Institut national du cancer (INCa)



**RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

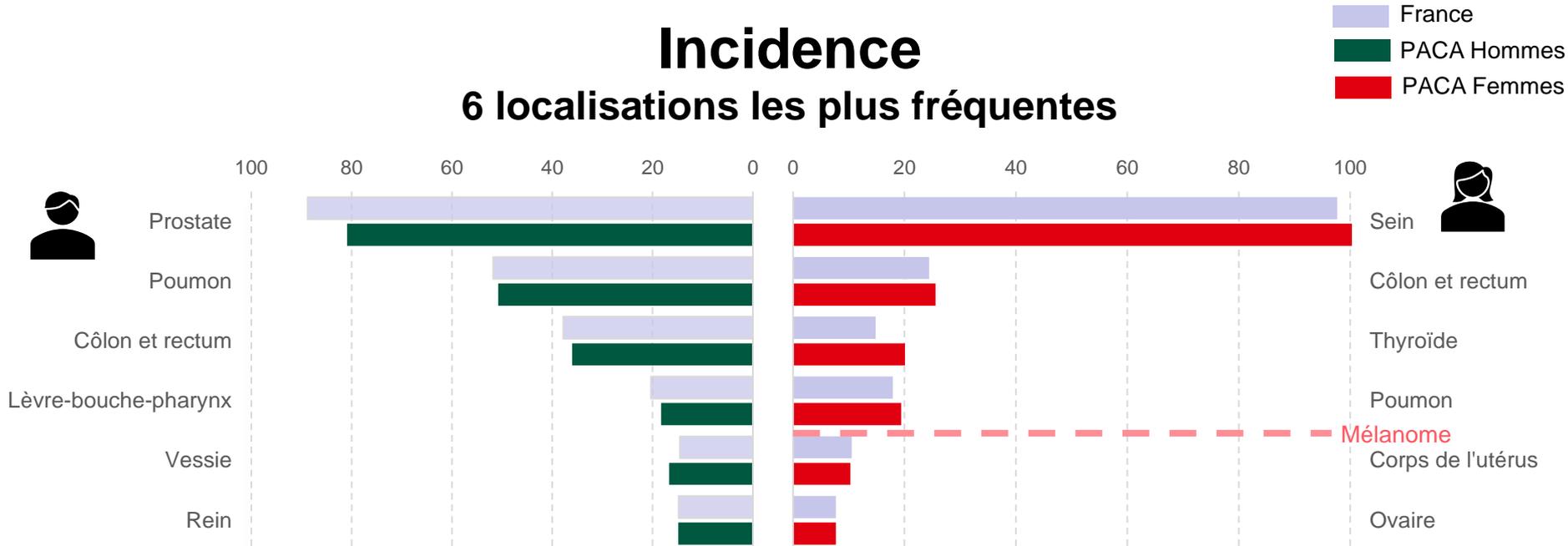


# **PRINCIPAUX CHIFFRES DU CANCER** *(PACA VS NATIONAUX)*

**EPIDEMIOLOGIE  
PREVENTION - DEPISTAGE  
SOINS**

# Incidence

## 6 localisations les plus fréquentes



👉 Taux standardisés sur la population mondiale, exprimés en nombre de cas pour 100 000 personnes années

→ Situation régionale **similaire chez les hommes** par rapport à la France métropolitaine et **légèrement défavorable** chez les femmes (toutes localisations confondues)

→ Incidence **tous cancers** : **Hommes 354** (vs. 355 France entière)

**Femmes 279** (vs. 261 France entière)

# Mortalité

## 6 premières localisations



👉 TSPM, décès pour 100 000 personnes années

→ Sous-mortalité par rapport la France hexagonale

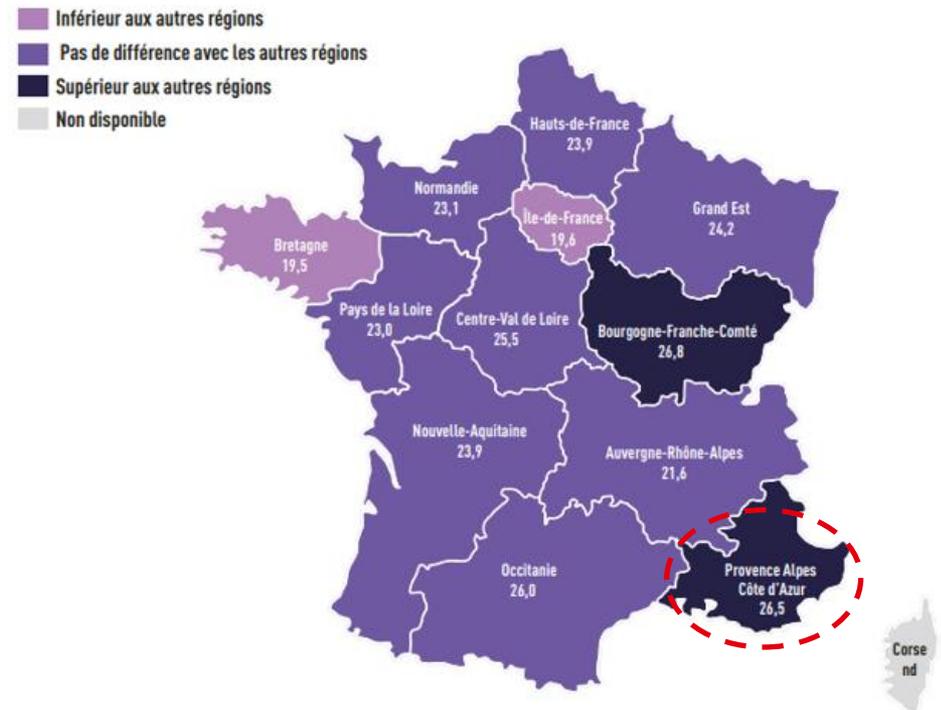
→ Mortalité **tous cancers** : **H 129** (vs. 140 en France) **F 70** (vs. 74 )

→ **Mortalité prématurée** par cancer = **36%** des DC prématurés toutes causes, France comme PACA

# Tabagisme

## Niveaux d'usage quotidien du tabagisme par région en 2023

- **Tabagisme quotidien en baisse** en France : **23,1 %** de fumeurs quotidiens en 2023 contre **25,3 %** en 2021.
- PACA : **taux de tabagisme plus élevés que la moyenne nationale (26,5 %** contre **23,1 %** en 2023).

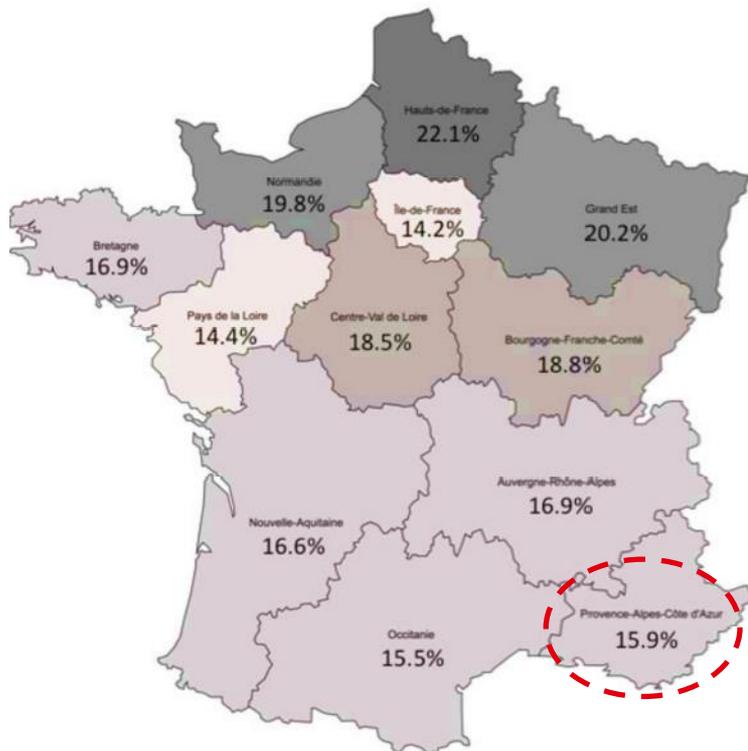


Source : EROPP 2023 - OFDT



# Obésité et surpoids

## Prévalence de l'obésité



Source : Enquête Obépi-Roche (2020)

## Population générale :

Prévalence de l'obésité : **15,9% en PACA vs 17 % au niveau national** (2020,+ 8,5 % 1997).

Surpoids: **32 %**, (29,8 % en 1997)

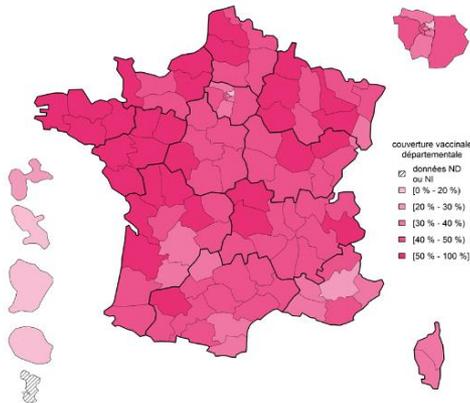
## Adolescents :

Au niveau national, augmentation entre 2009 et 2017 de la prévalence de l'obésité (**3,8 % à 5,2 %**) et du surpoids augmente (**17 % à 18,2**)

Chiffres semblables **en PACA (obésité a augmenté de 4,2 %** depuis 2012 (Obépi))

# Couverture vaccinale HPV

Figure 15. Couvertures vaccinales (%) départementales contre les papillomavirus humains chez la jeune fille « schéma complet à 2 doses » à 16 ans, France, 2023



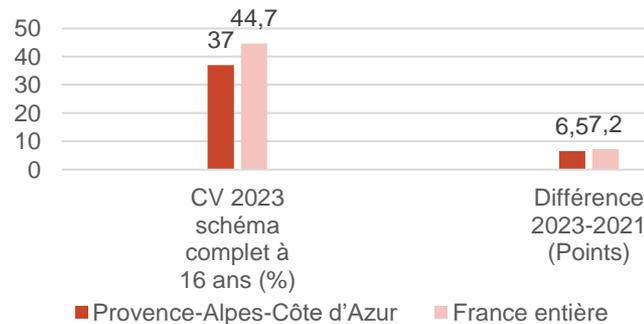
Source: Santé publique France / Bulletin Vaccination / Édition nationale / 26 avril 2024

✓ en 2024, 48 % des filles et 24,5 % des garçons de 16 ans ont réalisé un schéma complet (2 doses)

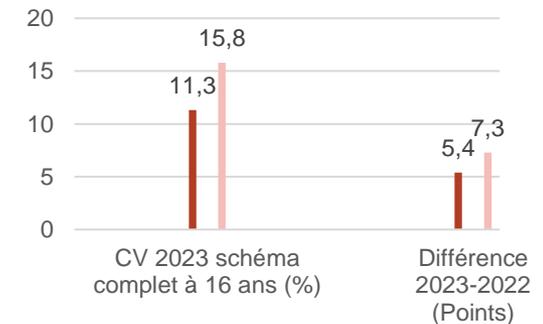
✓ PACA : **Taux de couverture vaccinale HPV les plus bas** avec IDF et Corse

✓ **Progression** notamment avec la campagne de vaccination scolaire

CV chez les filles, 2023



CV chez les garçons, 2023



# Dépistage du cancer colorectal

## Participations standardisées

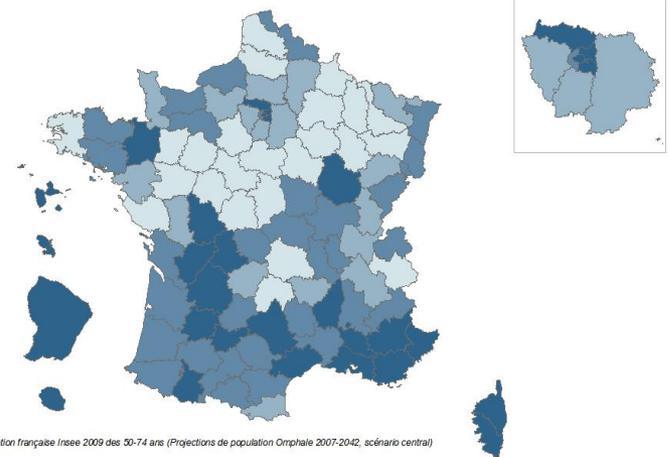
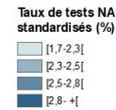
- **PACA 26,7% (France : 29,6 %)**
- **Disparité/dépt** : Hautes-Alpes : 33% à Alpes Maritimes : 24%
- **Baisse de 5% par rapport à 2022-2023**

Procédure	France	PACA
VPP		
Adénomes avancés	<b>28,4 %</b>	<b>21,9%</b>
Cancers CR	<b>6,6%</b>	<b>5,5%</b>
Taux de détection:		
Adénomes avancés	<b>8,3 ‰</b>	<b>6,2 ‰</b>
Cancers CR	<b>1,8 ‰</b>	<b>1,7 ‰</b>

## Proportion standardisée de personnes avec un test non analysable non refait par département , 2023-2024

Programme national de dépistage organisé du cancer colorectal  
Période 2023-2024

Taux standardisés\* de personnes ayant fait un test non analysable non refait, par département



\* Standardisés sur la population française Insee 2009 des 50-74 ans (Projections de population Omphale 2007-2042, scénario central)

Source : @IGN-GeoFLA® 2014 ;  
©Santé publique France, 06/02/2023  
Données issues des CRDC et ELP de l'Insee

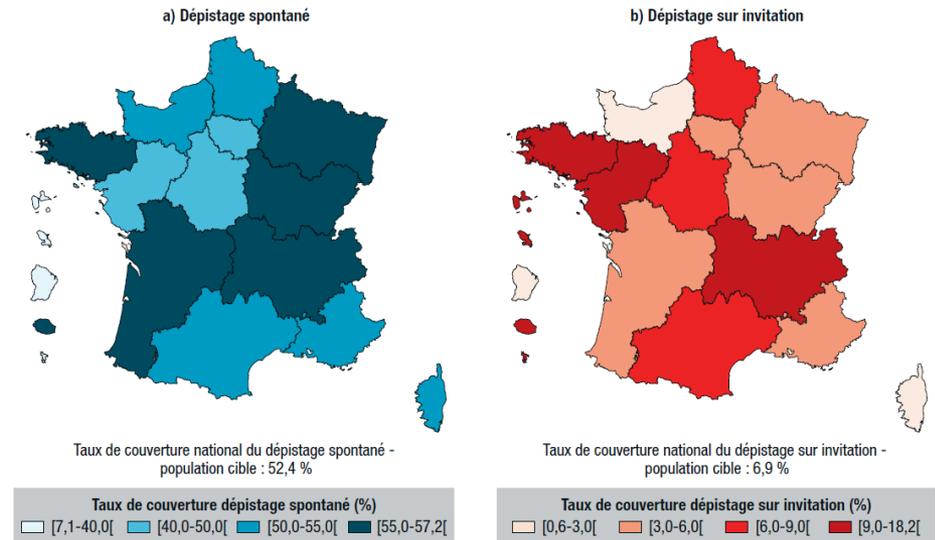
source : Santé publique France, traitement INCa, 2023

# Dépistage du cancer du col de l'utérus

## Couverture population-cible (2020-2022)

- **PACA 58,7%** [spontané : 54,9 %, invitation 3,5%]  
(vs France : **59,5 %** [52,9%, 6,9%])
- **Disparité par classe d'âge :**
  - 25-29 ans : 64% (France : 67%)
  - 30-34ans vs 60-65 ans : 63% vs 47%  
(France : 64% vs 47%)
- **Hétérogénéité/dept:** Hautes-Alpes : 68,6 % à  
Bouches du Rhône 55,7%
- **Taux brut de couverture PACA** entre 2015-2017  
et 2020-2022 : - 3,2 % (vs + 1,4 % au niveau  
national)

## Taux régionaux de dépistage spontané et sur invitation du cancer du col de l'utérus en France, 2020-2022

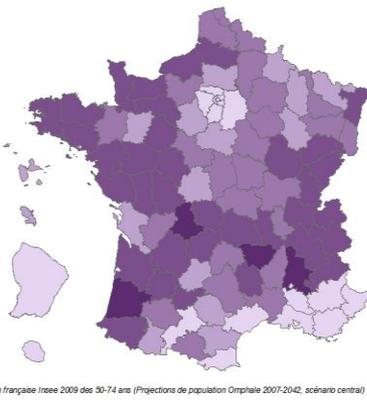


Source : D'après Barré et al., Prévention du cancer du col de l'utérus en France : état des lieux de la vaccination et du dépistage et analyse des disparités territoriales, 202-2023, BEH, 2025, taux brut de couverture (population –cible)

# Dépistage du cancer du sein

Programme de dépistage organisé du cancer du sein  
Taux de participation départementaux standardisés\* 2024

Taux de participation standardisés (%)



Taux de participation national - population cible : 44,0 %

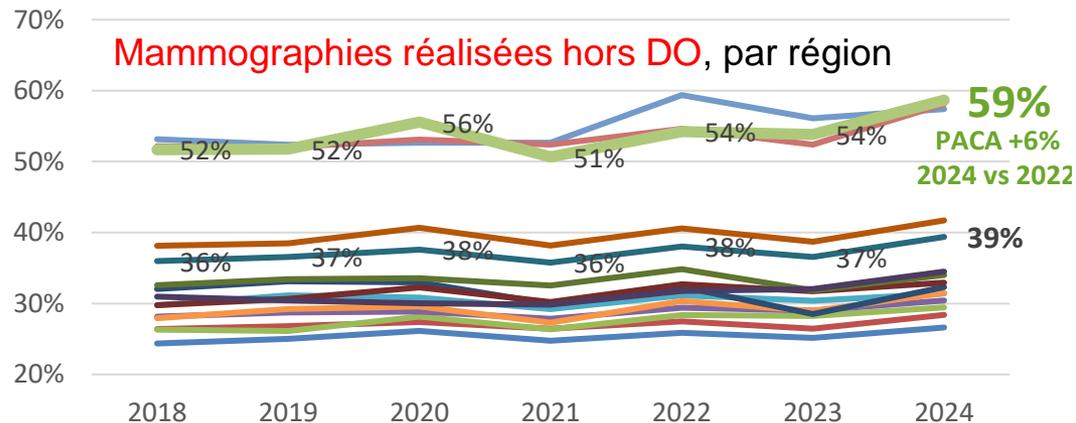
\* Standardisés sur la population française Insee 2009 des 50-74 ans (Projections de population Orléans 2007-2042, scénario central)

Source : IGIN-GeoFLAIR, 2014 ;  
Santé publique France, 04/04/2025  
Données issues des CRDC et ELP de l'Insee



## Taux de participation standardisés (2024)

- PACA **31,7%** (France 44,0 %), **mais DI important**
- **Hétérogénéité/dept** : De **62%** (Alpes-Maritimes) à **27%** (Bouches du Rhône)
- Baisse de **11%** par rapport à 2022



Source : Santé publique France – 30 avril 2024 – Données issues des CRDC et ELP de l'Insee

## Couverture et dépistages hors DO

Dépistage	France	PACA
Cancer du sein (2021-2022)	<b>60% dont 10,7% hors DO</b>	<b>63% dont 23% hors DO</b>
Cancer colorectal (2022)	<b>47,8% dont 19,9% de coloscopies</b>	<b>46,6% dont 22,2% de coloscopies</b>
Cancer du col utérin (2020-2022)	<b>59,3% dont 6,9% suite à invitation</b>	<b>58,3% dont 3,5% suite à invitation</b>

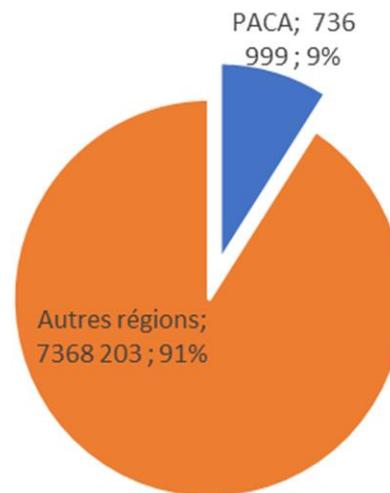
Source : BEH n°3-4, février 2025 Prévention des cancers du sein, du col de l'utérus et du cancer colorectal : état des lieux en France

# Hospitalisation pour cancer en 2023

## 737 000 séjours et séances en lien avec le cancer

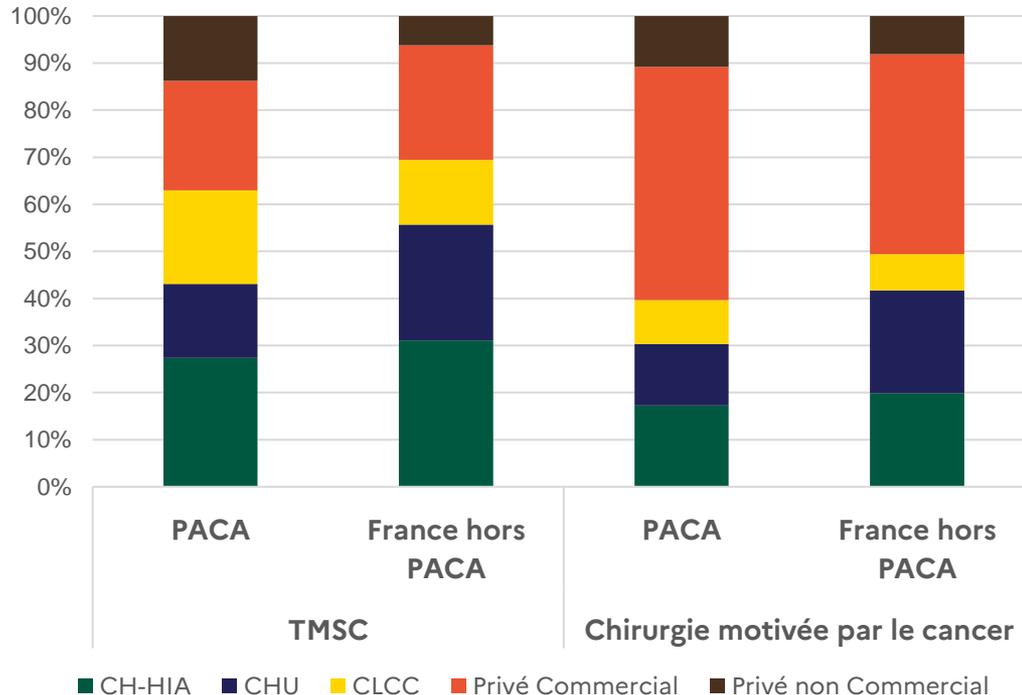
- 9% de l'activité nationale (pour 8,7% des diagnostics de cancers)
- **+3,6%** par rapport à 2022

Hospitalisations en lien avec le cancer (y compris ambulatoire et séances)



# Activité d'hospitalisation en cancérologie

Part des différentes catégories d'établissement selon le type de soin en hospitalisation (2023)



## Par catégorie d'établissements :

### TMSC en PACA

- Part moindre des CHU
- Part plus élevée des CLCC et privé non commercial

### Chirurgie motivée par le cancer en PACA

- Part moindre des CHU
- Part plus élevée du privé commercial

## Indicateurs de qualité et sécurité des soins (2021)

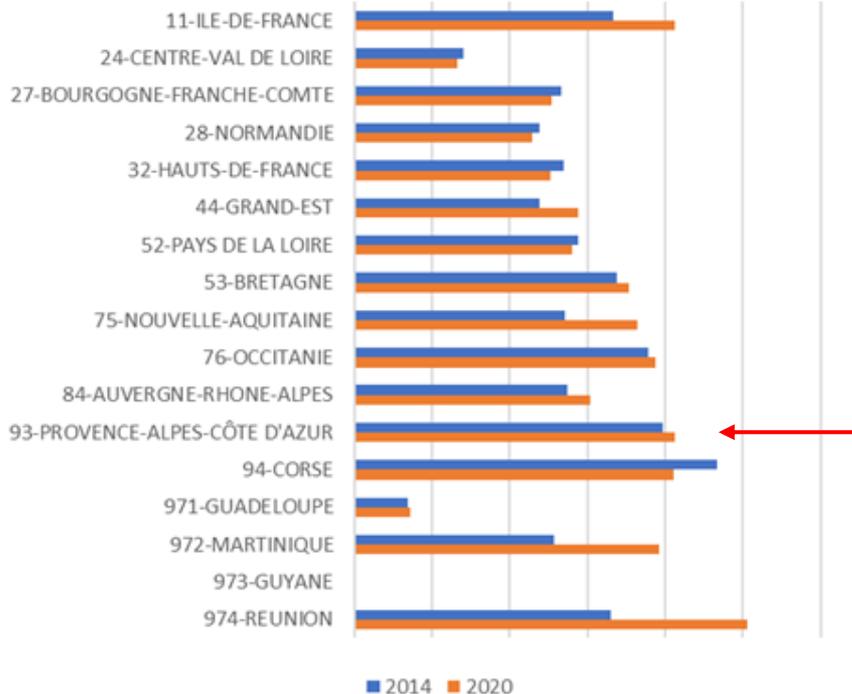
	Délai	% de personnes avec un délai < délai recommandé		
		PACA		France
Cancer du sein	Mammographie – 1 <sup>er</sup> traitement (42j)	49%	>	42,5%
	Mammographie - biopsie (14j)	68%	=	67%
	Biopsie - 1 <sup>er</sup> traitement (28j)	36%	<	45%
Cancer du côlon	Coloscopie – 1 <sup>er</sup> traitement (42j)	68%	>	61%
	TDM TAP – 1 <sup>er</sup> traitement (42j)	66%	<	68%
Cancer du rectum	Coloscopie – 1 <sup>er</sup> traitement (56j)	82%	>	78,%
	TDM TAP – 1 <sup>er</sup> traitement (56j)	58%	>	56%
	TDM IRM – 1 <sup>er</sup> traitement (28j)	29%	=	30%

# Reconstructions mammaires

à 3 ans et immédiate parmi les plus élevées en France

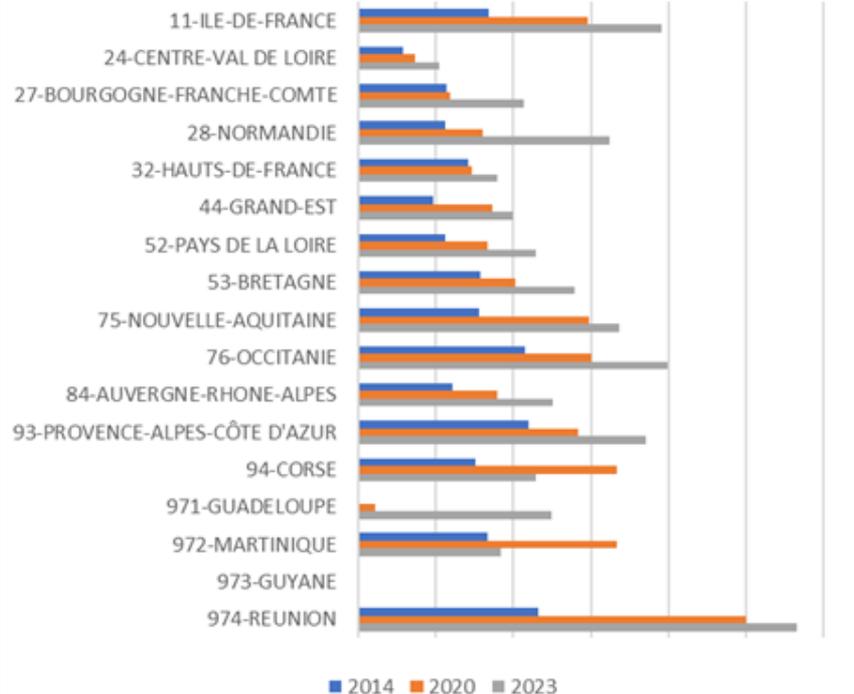
% reconstruction à 3 ans après MT

0,0% 10,0% 20,0% 30,0% 40,0% 50,0% 60,0%



% RMI après mastectomie totale

0,0% 10,0% 20,0% 30,0% 40,0% 50,0% 60,0%



# Priorités et enjeux de la feuille de route cancer de l'ARS Paca

Dr Elodie Crétel-Durand  
ARS Paca

## 4 axes – 40 actions

- Améliorer la prévention, primaire comme secondaire
  - ✓ 11 actions
- Limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie des personnes
  - ✓ 13 actions
- Lutter contre les cancers de mauvais pronostic
  - ✓ 8 actions
- S'assurer que les progrès bénéficient à tous
  - ✓ 8 actions

100% des actions démarrées

15 groupes

## LES ACTIONS PRIORITAIRES

1. Dépistage organisé
2. Lutte contre le Tabac
3. Chimiothérapie en HAD
4. Numérisation en anatomopathologie
5. Filières remarquables dans le cancer du poumon
6. Structuration du parcours des cancers de l'ovaire
7. Parcours en oncodermatologie
8. Prise en compte renforcée de la douleur et orientation précoce des patients vers des soins de support, notamment soins palliatifs
9. Parcours numérique en cancérologie

## FEUILLE DE ROUTE PACA CANCERS 2022-2025

### I. Améliorer la prévention

#### Stratégie de prévention

#### Réduction des facteurs de risque

- Tabac
- Alcool
- Promotion de la nutrition

#### Accès aux dépistages

- Inscrire les dépistages dans le parcours de santé
- Développer les actions d'aller vers
- Sensibiliser et former professionnels
- Dépistage par les CPTS, MSP et CODES

#### Cancers, professions et environnement

- Favoriser la reconnaissance des cancers professionnels par l'information et la formation
- Labelliser le futur CRPPE
- Maintien dans l'emploi / lutte contre la désinsertion professionnelle

### II. Limiter les séquelles et améliorer la QDV

#### Sécuriser les parcours hors les murs de l'hôpital

- Coordination ville-hôpital et chimiothérapie orale
- Chimiothérapie en HAD

#### Renforcer les soins de support et lutter contre les séquelles

- Etat des lieux et mise en adéquation avec réforme autorisation
- information, outils
- Développer le parcours global post-traitement du cancer
- Développer la prévention et la lutte contre les séquelles
- Poursuivre l'éducation thérapeutique (patients experts, ...)
- Développer l'accès aux soins palliatifs

#### S'appuyer sur les transformations à venir :

- Réforme des autorisations
- Nouveau référentiel des 3C
- Mise en place du parcours numérique en cancérologie

### III. Cancers de mauvais pronostic

#### Améliorer la lisibilité des filières et fluidifier les parcours

#### Favoriser l'accès à la qualité

- Favoriser des diagnostics et prises en charge rapides
  - numéros uniques
  - mise en place de filières "remarquables"
- *filière cancer du poumon*
- *filière onco-dermatologique*
- *filière cancer de l'ovaire*
- *filière hémopathie malignes aiguës*

#### Favoriser l'accès au diagnostic pour une meilleure prise en charge

- Intégration de la biologie moléculaire au parcours numérique
- Formation/ information en biologie moléculaire
- RCP moléculaires et RCP régionales de recours dans les filières remarquables
- Renfort de l'offre en imagerie diagnostique

#### Favoriser l'accès précoce aux soins palliatifs dans les maladies incurables

### IV. Des progrès pour tous

#### Les publics les plus fragiles

- Suivi à long terme des enfants et des AJA pris en charge pour un cancer
- Le parcours des personnes handicapées
- Le parcours des personnes âgées

#### S'adapter aux territoires isolés

- Développer les téléconsultations de suivi et la télé-expertise

#### En cas de nouvelle crise

- Réactiver toutes les procédures mises en place pendant le COVID
- **Objectif "zéro déprogrammation et 100% dépistage des cancers ».**
- Pérennisation du copil "régional covid et cancer" en copil "stratégie décennale du cancer"
- Pérenniser les hotlines soins palliatifs mises en place dès mars 2020

# 78 établissements autorisés au traitement du cancer dans notre région

Etablissements autorisés au traitement du cancer en région PACA					
71 établissements en chirurgie oncologique					
38 établissements autorisés au TMSC					
12 établissements autorisés en radiothérapie					
Viscérale et digestive		Thoracique		Gynécologique	
Mention A1	Mention B1	Mention A2	Mention B2	Mention A5	Mention B5
24	18	10	3	20	5
Pts Chirurgie complexe	pts œsophage	ORL		Mammaire	Indifférenciée
12	10	Mention A3	Mention B3	Mention A6	Mention A7
pts foie	pts estomac	14	4	30	56
16	15	Urologique		Enfant/Adolescent	
pts pancreas	pts rectum	Mention A4	Mention B4	Mention C (chirurgie )	Mention TMSC C
16	16	19	12	2	2
Mention TMSC A	Mention TMSC B	Radiothérapie mention A		Radiothérapie mention C	
23 33	4	10		2 + 1 site	

# TABLE RONDE

## Prévenir le cancer et le dépister

- **Patricia Minaya-Flores (DGS)**
- Maud Hidalgo (ARS Paca)
- Julie Martin-Gainlet (DCGDR)
- Pr Laurent Greillier (AP-HM)
- Sophie Monteil (ARS Paca)
- Marie Dubois (ARS Paca)
- Thomas Margueron (ARS Paca)

## TABLE RONDE

# Améliorer le diagnostic du cancer et fluidifier les parcours dans des délais de prise en charge rapide

- Dr Clarisse Audigier-Valette (CHITS)
- Pr Caroline Gaudy (AP-HM)
- Dr M. Pibarot (DSRC Onco Paca Corse)
- Pr Laurent Greillier (AP-HM)
- Dr Elodie Crétel (ARS Paca)
- Pr Eric Lambaudie (Institut Paoli-Calmettes)
- Aude Le Blay (DSRC Onco Paca Corse)

# Oncodermatologie : Optimiser l'accès aux soins



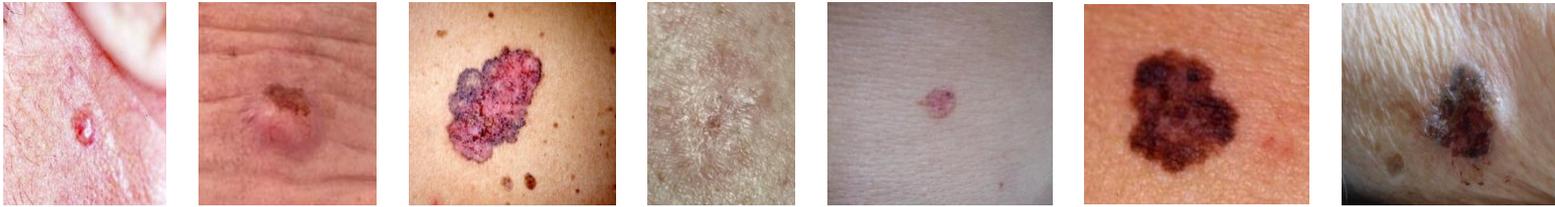
- Pr. Caroline GAUDY, AP-HM
- Dr Michèle PIBAROT, DSRC OncoPaca-Corse

# CONTEXTE

- Discipline très vaste : **6 000 maladies recensées**
- Spécialité à l'interface de nombreuses autres +++
- **Spécialité de santé publique :**
  - ✓ Couvre la peau mais aussi les ongles et les muqueuses
  - ✓ Concerne tous les âges de la vie (petit enfant, adolescent, personnes âgées)
  - ✓ Fréquence des maladies inflammatoires chroniques (psoriasis, eczéma, HS...) accessibles à des nouveaux médicaments biologiques efficaces, accessibles en ville (levée PIH)
  - ✓ Infections cutanées
  - ✓ Plaies chroniques
  - ✓ Réactions aux médicaments et allergologie
  - ✓ Maladies rares et maladies systémiques à expression cutanée
  - ✓ Cancers cutanés



# Des cancers cutanés en augmentation



**FORTE AUGMENTATION D'INCIDENCE EN LIEN  
AVEC LA PHOTOEXPOSITION ET LE  
VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION**





## Des dermatoses bénignes et fréquentes



*« Je souhaiterais avoir un RDV  
au plus tôt compte tenu de  
l'inquiétude que cette lésion  
suscite, se situant de surcroît sur le  
visage »*

# DES MESSAGES DE PRÉVENTION AMBIGUS

	Queensland, Australia	Lawrence Livermore Nat Laboratory	Schleswig-Holstein	Germany
<b>Time period</b>	2000	1984-1996	2003-2004	2008-
<b>Setting</b>	Community-based (44 communities)	Workplace	Northern State of 2.8 million	82 million
<b>Examiner</b>	GPs, skin cancer clinics	PCP/dermatologist	PCP/dermatologist	PCP/dermatologist
<b>No of screenees</b>	560,000	9,000	360,000	28 million
<b>Results</b>	Trial not completed  Less advanced melanomas by the screened interventions	0 deaths  Reduction in melanoma $\geq 0.75$ mm	45% reduction in melanoma mortality  Return to prescreen mortality after	No reduction in mortality to date within Germany (2008-2013; 5 years)

## L'analyse systématique de la littérature et l'evidence based medicine



Cochrane Database of Systematic Reviews

**Authors' conclusions:** Adult general population screening for malignant melanoma is not supported or refuted by current evidence from RCTs. It therefore does not fulfil accepted criteria for implementation of population screening programmes. This review did not investigate the effects of screening people with a history of malignant melanoma or in people with a genetic disposition for malignant melanoma (e.g. familial atypical mole and melanoma syndrome). To determine the benefits and harms of screening for malignant melanoma, a rigorously conducted randomised trial is needed, which assesses overall mortality, overdiagnosis, psychosocial consequences, and resource use.

### Screening for reducing morbidity and mortality in malignant melanoma (Review)

Johansson M, Brodersen J, Gøtzsche PC, Jørgensen KJ.  
 Screening for reducing morbidity and mortality in malignant melanoma.  
*Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019, Issue 6. Art. No.: CD012352.  
 DOI: 10.1002/14651858.CD012352.pub2.

## Pas d'intérêt démontré à un dépistage précoce de masse

- **EFFET NOTORIETE** → création d'un besoin ressenti pour toute la population générale
- **Ce qui a été prouvé : EXCES de diagnostic** de lésions « non létales », ce qui augmente les coûts de traitement, **mais aucun bénéfice** pour la réduction de la mortalité par cancers cutanés
- **Le risque** : générer de l'inquiétude et **SATURER LES CONSULTATIONS**

# Une très forte demande de soins

- **16 millions de français** se déclarent atteints d'au moins une maladie de peau
- **30% de la population** déclare avoir besoin de consulter un dermatologue chaque année

## UNE INADÉQUATION ENTRE L'OFFRE ET LA DEMANDE

- **Un besoin ressenti (versus réelle nécessité)** de consulter rapidement et facilement et de se faire dépister très/trop régulièrement induit par la sensibilisation aux cancers cutanés et les réseaux sociaux
- **De nouveaux comportements**  
L'accès à la téléexpertise → consumérisme ?  
Des patients multipliant les RDV auprès de plusieurs praticiens → nomadisme médical ?
- **Renoncement aux soins ?**

# Des difficultés d'accès aux soins

## Un déficit en dermatologues :

- Pas assez d'internes formés (moins 20% de dermatologues depuis 15 ans)
  - 2 928 dermatologues en activité en 2024/Plus d'1/3 > 60 ans, et d'ici 2030, 20 à 30 % des départs à la retraite ne seront pas remplacés
- > Des régions sans aucun dermatologue (Nièvre, Indre et Loire) mais une pénurie qui touche toutes les régions

## Une formation insuffisante des MG et des professionnels de santé à la dermatologie courante

- 73 % des Français jugent difficile l'accès aux soins assurés par les dermatologues
- Il faut + de 3 mois en moyenne pour obtenir un rendez-vous (délai X 3 entre 2012 et 2023 )
- 46 % des Français ont déjà renoncé à faire traiter leurs problèmes cutanés chez un dermatologue

# Les conséquences

- **Perte de chance** – ex: cancers cutanés → conséquence largement relayée à raison par grand public et les associations de patients
- **Arrivée de structures alternatives à risque de dérives mercantiles et insuffisamment contrôlées :**
  - cabines de dépistage
  - téléconsultation non encadrée
  - dermatologie par des non-dermatologues
  - sur-facturation d'exérèses de cancers cutanés par des chirurgiens sans suivi dermatologique à long terme



# La feuille de route PACA 2022-2025 de la Stratégie décennale de lutte contre les cancers



Action III.2.3 de la FDR Cancer ARS PACA - Mettre en place des dispositifs de diagnostic rapide et des filières d'entrée accélérée dans le parcours et les évaluer

Action III.2.1 de la FDR Cancer ARS PACA- Sensibiliser et former les professionnels de santé, y compris les professionnels du premier recours au repérage précoce des signes d'appel.

## Propositions d'actions (p 80)

- **Formation des médecins traitants pour adresser directement les patients aux chirurgiens afin de procéder à l'excision des lésions suspectes > webformation au format « Massive Open line Course » (MOOC)**
- **Mise en place d'un annuaire des ressources chirurgicales (en cours > site internet du DSRC)**



# Le MOOC : former les professionnels du 1er recours au repérage des lésions et à l'orientation des patients



Mooc Tumeurs cutanées : professionnels de santé, formez vous au repérage des cancers cutanés !

- **Dr Bérangère Demarez (AP-HM Timone, Service Pr Richard)**
- **Validation par le groupe expert régional d'oncodermatologie du DSRC**
- **Réalisation puis diffusion par le DSRC en décembre 2023, appuyée par l'ARS, les URPS et autres partenaires**

The graphic features a central computer monitor displaying the MOOC interface. At the top, logos for OncoPaca-Corse, Hôpitaux Universitaires de Marseille (ap-hm), and ARS (Agence Régionale de Santé Provence-Alpes Côte d'Azur) are shown, along with a 'Feuille de route ARS 2022-2025' seal. The main title 'MOOC TUMEURS CUTANÉES' is prominently displayed. To the right of the monitor, statistics are presented in rounded boxes: '+700 PARTICIPANTS' and '+41k INTERACTIONS'. Below these, a 'AVIS DES APPRENANTS' section includes icons for 'Formation utile et qualitative' and 'Rapide et pédagogique', and a quote: 'Instructive et applicable dans l'exercice quotidien' with five stars. At the bottom right, a 'NOMBRES DE VUES SUR YOUTUBE' box shows '+ 2 450 vues' with a YouTube icon. A 'INSCRIPTION GRATUITE' button is located at the bottom center, and a right-pointing arrow is at the bottom right.

# MOOC TUMEURS CUTANÉES

## Préambule



### Cible :

l'ensemble des professionnels de santé de ville et des établissements hospitaliers.

### Objectifs :

- Etre en capacité de détecter, chez vos patients, une lésion cutanée suspecte d'être cancéreuse.
- Connaître les parcours de prise en charge diagnostique.

COMMENCER >



# MOOC TUMEURS CUTANÉES

## Repérer les lésions cutanées suspectes et orienter les patients

### CAPSULE 1 LE CONTEXTE

Les données épidémiologiques, la présentation des principaux cancers dermatologiques.



### CAPSULE 2 LES POINTS DE VIGILANCE

Les populations à risque, les facteurs de mauvais pronostic, le rôle des professionnels de santé.



### CAPSULE 3 DIFFÉRENCIER LES LÉSIONS

Lésions bénignes  
vs  
Lésions cancéreuses.



### CAPSULE 4 ORIENTER LES PATIENTS

Les parcours idéaux  
et les points essentiels  
à retenir.



### RESSOURCES



Bibliographie



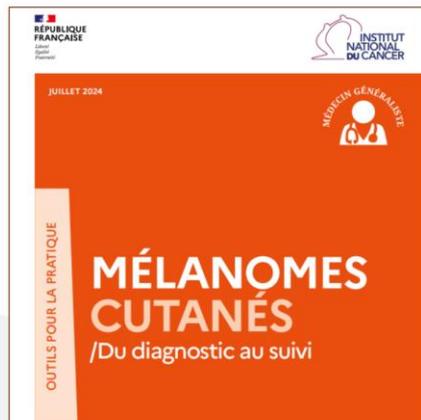
Remerciements

Hôpitaux  
Universitaires  
de Marseille

ap.  
hm

onco  
Paca-Corse  
DISPOSITIF SPÉCIFIQUE  
RÉGIONAL DU CANCER

# Fédérer les dermatologues libéraux autour d'un projet de téléexpertise en réseau



L'Institut National du Cancer publie une brochure sur les [mélanomes cutanés destinée aux médecins généralistes - OncoPaca-Corse \(oncopacacorse.org\)](#)

## 1 Téléexpertise (4)

Dans le contexte actuel, l'accès au dermatologue peut être difficile. En l'absence d'accès à celui-ci, il peut être utile de se renseigner sur les réseaux de téléexpertise disponibles sur le territoire de proximité, notamment auprès de l'hôpital de secteur, l'équipe de soins spécialisés, sa communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), son dispositif spécifique régional du cancer (DSRC) (5), les plateformes de téléexpertise, son Agence régionale de santé (ARS).

# Fédérer les dermatologues libéraux autour d'un projet de téléexpertise en réseau

Projet du DSRC, accompagné par le CIUS dans le cadre de l'AMI 2023



- Mise en place d'une **communauté de praticiens volontaires, mobilisable via une plateforme de téléexpertise** pour donner une CAT dans des délais adaptés en cas de suspicion de cancer cutané
- Groupe « **Early adopters** » : praticiens du 13 et Var limitrophe, en lien avec le Dr Nathalie Quiles-Tsimaratos (Hôp. St Joseph Marseille) > **PHASE TEST**
- Recueil des besoins > cahier des charges pour la future plateforme

- Phase test lancée le 1er octobre 2024
- Requérants : PS ayant accès à la téléexpertise
- Requis : 28 membres actifs (early adopters) dont 3 chirurgiens
- Possibilité, si besoin, de transfert du dossier en un clic, entre membres de la communauté

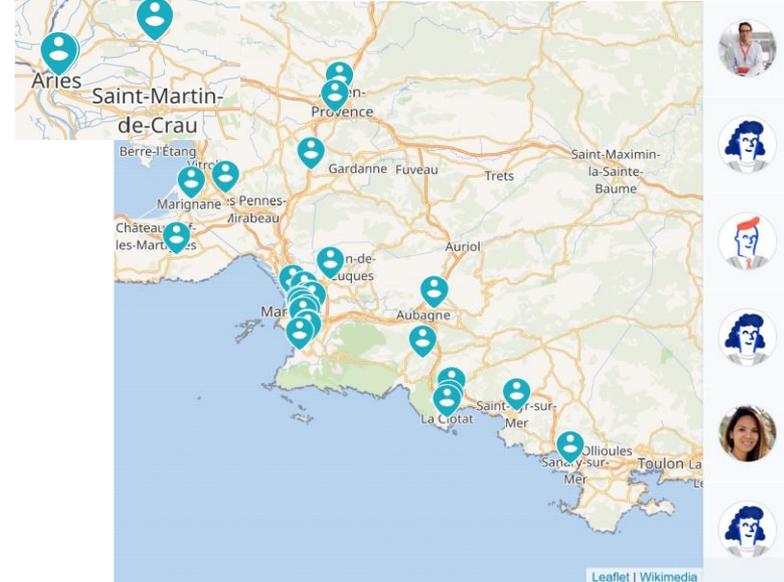
# TUMO - DERM PACA

Les experts

Tous Territoire de Marseille Territoire des Bouches-du-Rhône Est - Var Ouest

Territoire des Bouches-du-Rhône Ouest

## CPTS PAYS D'ARLES/MSP 02 CHATEAURENARD



TUMO-DERM PACA

Administrateur



Demandes Informations Membres

Catégories

- Territoire de Marseille
- Territoire des Bouches-du-Rhône Est - Var Ouest
- Territoire des Bouches-du-Rhône Ouest

Réseau d'expertise médicale

## TUMO-DERM PACA

Nous sommes une communauté de dermatologues et chirurgiens volontaires pour faciliter l'accès à un avis spécialisé ou/et une prise en charge des patients de PACA présentant une lésion cutanée suspecte d'être cancéreuse (les demandes d'autre nature ne seront pas prises en charge). Vous pouvez adresser votre demande en fonction de votre territoire d'exercice (sont déjà opérationnels à ce jour le 13 et une partie du 83), soit à un expert en particulier.

La Société Française de Dermatologie a publié des recommandations pour aider les professionnels requérants à fournir au dermatologue requis des photos exploitables: merci de bien vouloir consulter le guide pratique via ce lien, afin de garantir que les photos soient d'une qualité suffisante >> <https://www.sfdermato.org/upload/files/fichiers/groupesthematiques/Topo%20photographies%20TELDES%20-%20le%20minimum%20vital.pdf>

Dans le cadre de la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030, un MOOC aidant au repérage des tumeurs cutanées a été conçu par l'AP-HM et le DSRC OncoPaca-Corse, avec le soutien de l'ARS PACA et du groupe expert régional. Il comprend 4 capsules d'une durée totale < 30 minutes. Nous vous remercions par avance de bien vouloir prendre le temps de le visionner lors de votre 1ère demande, afin de n'adresser que les cas réellement suspects de cancer, dans un souci d'efficience pour tous.

Accès au MOOC Tumeurs cutanées

\*La rémunération des praticiens et l'engagement de leur responsabilité médicale vis-à-vis des patients suit les règles de fonctionnement habituel de la téléexpertise. En aucun cas le DSRC OncoPaca-Corse ne peut engager sa responsabilité sur ces aspects du projet.

- Pour toute urgence médicale, contacter le 15 ou le 112

omnidoc

REQUIS

Mes avis

TUMO-DERM PACA 2

REQUÉRANT

Mes demandes

Mes contacts

Annuaire

M. Pibarot



Paramètres



Aide





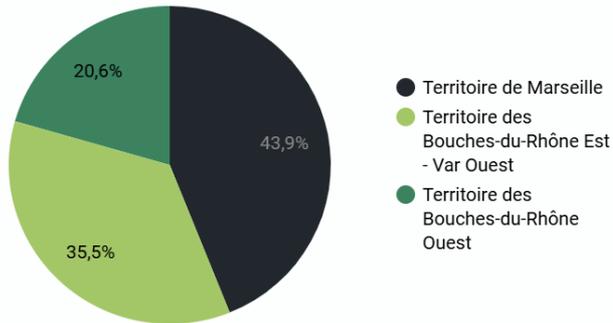
## Chiffres clés



Nombre de téléexpertises	796
Nombre de requérants distincts	325
% de demandes nominatives	41%

Délai de réponse moyen (en heures)*	28
Délai de réponse médian (en heures)*	5
% de demandes sans réponse au 7e jour	3,1 %

### Répartition des téléexpertises du mois dernier par catégorie

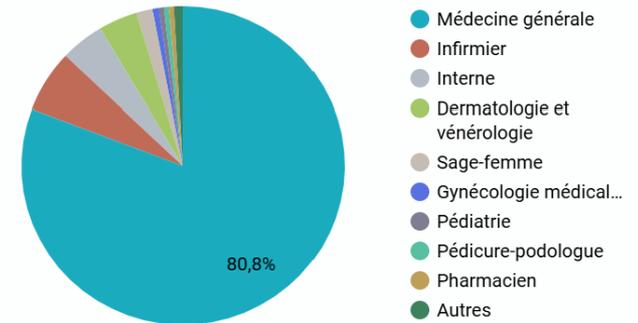


### TUM - DERM PACA

90% des demandes issues du territoire « test » :

- Dépt 13 (67%)
- Dépt 83 (23%)

### Répartition des téléexpertises par spécialité du requérant



Comparable à activité **ONCOBREIZH** :  
1000 cas en 11 mois pour 22 dermatologues et 340 requérants, avec délai moyen de réponse 35h



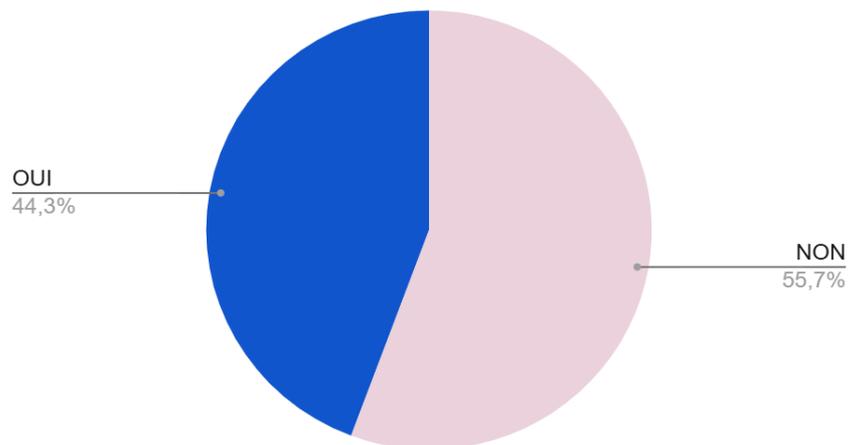
**Mise en place en décembre 2024 d'un suivi des cas : 555 cas étudiés sur les 796 cas**

**246 suspicions de cancer (44,3%) (42% en mars 2025)**

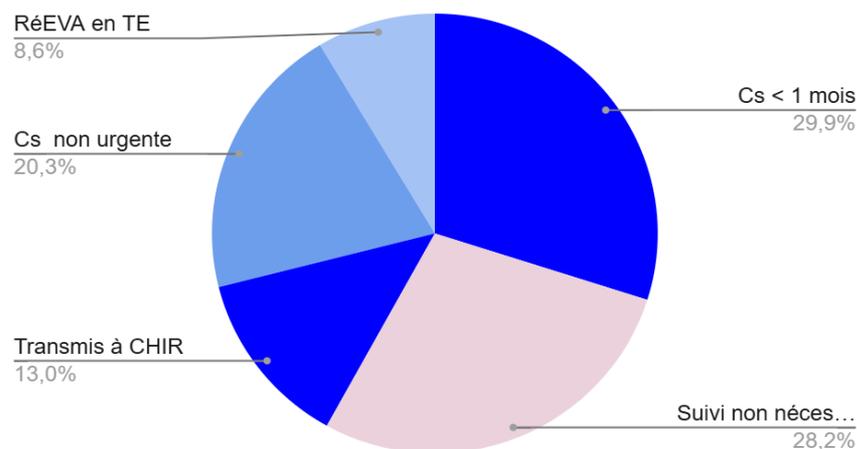
- au total 72% de propositions de prise en charge
- 43% de prises en charge urgentes (Cs dermato ou transmission à un chirurgien)

« Consultations justifiées (33%) et délais drastiquement réduits » (ONCOBREIZH)

Suspicion de cancer



CAT donnée



Juin 2025 : ajout du diagnostic anatomopathologique (a posteriori)



## TUM - DERM :tives PACA



- Inclure les médecins coordonnateurs EHPAD en tant que requérants
- Pérenniser et étendre le dispositif en région

Evolution vers une ESS (équipe de soins spécialisée)  
(comme dans 7 autres régions, dont la Corse)

➤ Projet en cours

Lien avec les partenaires et le 3<sup>e</sup> recours  
(hospitalier)

**Toutes les bonnes volontés sont les bienvenues !**



# Redéfinir la place des chirurgiens dans le parcours

- Recenser les services accrédités pour constituer un annuaire

Bonjour,

Le diagnostic précoce de certains cancers cutanés est un enjeu majeur de santé publique. Une réunion en visioconférence sur le parcours en oncodermatologie vous avait ainsi été proposée le 22 octobre dernier, en vue de constituer **un annuaire portant sur la réalisation des exérèses chirurgicales des tumeurs cutanées en région**. Pour rappel, un algorithme de prise en charge de ces tumeurs par un chirurgien en première intention avait été proposé (en pièce jointe).

Nous revenons vers vous pour la constitution de cet annuaire. Celui-ci devrait être intégré dans **le site internet du DSRC OncoPaca-Corse** dans lequel l'offre de soins en cancérologie est constituée de structures hospitalières, selon les autorisations au traitement du cancer délivrées par l'ARS.

Ainsi, vous serait-il possible de renseigner via le lien forms ci-dessous les coordonnées de contact direct avec le service concerné.

[>> LIEN <<](#)

N'hésitez pas à diffuser ce mail aux chirurgiens qui pourraient être intéressés.

Nous vous remercions pour votre contribution à ce projet et restons à votre disposition pour toute question.

Bien cordialement

Dr Elodie Crétel Durand, MD, PhD

Référente thématiques cancers et soins palliatifs

Responsable projet stratégie décennale cancer Paca

Direction de l'Organisation des Soins (DOS)

Tel. direct : 04.13.55.80.52

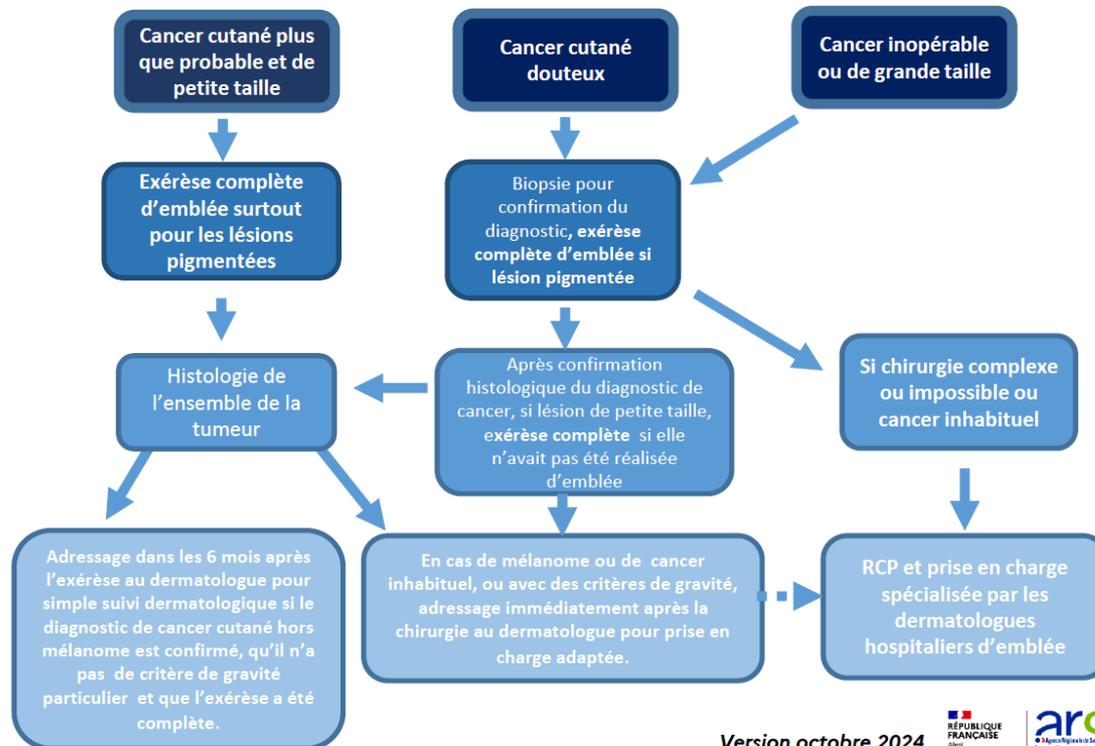
[elodie.cretel-durand@arspaca.mssante.fr](mailto:elodie.cretel-durand@arspaca.mssante.fr)

[www.paca.ars.sante.fr](http://www.paca.ars.sante.fr)



# Redéfinir la place des chirurgiens dans le parcours

Algorithme de prise en charge d'une lésion cutanée suspecte destiné aux chirurgiens (après adressage ou non d'un MG ou d'un prof de santé)



Version octobre 2024



# Perspectives et conclusions

L'amélioration du parcours de soin en oncodermato est un challenge du fait de la démographie dermatologique et de l'explosion des cancers cutanés.

La téléexpertise ne règlera pas à elle seule le problème  
**Il faut former :**

- le personnel de premier recours et les généralistes pour que les dermatologues se concentrent sur les lésions qui nécessitent réellement leur expertise
- les chirurgiens qui sont désormais souvent en première ligne

**Il faut cibler le dépistage sur les populations à haut risque** et arrêter de promouvoir des dépistages de masses qui n'ont pas d'intérêt démontré

**Il faut développer les ESS**

# VIDEO

1



# Le parcours du cancer du poumon

## Pr Laurent Greillier

Chef du Département de Pneumologie,  
Allergologie & Cancérologie  
Responsable médical de la Fédération de  
Cancérologie  
AP-HM - Aix Marseille Université

## Dr Elodie Crétel Durand

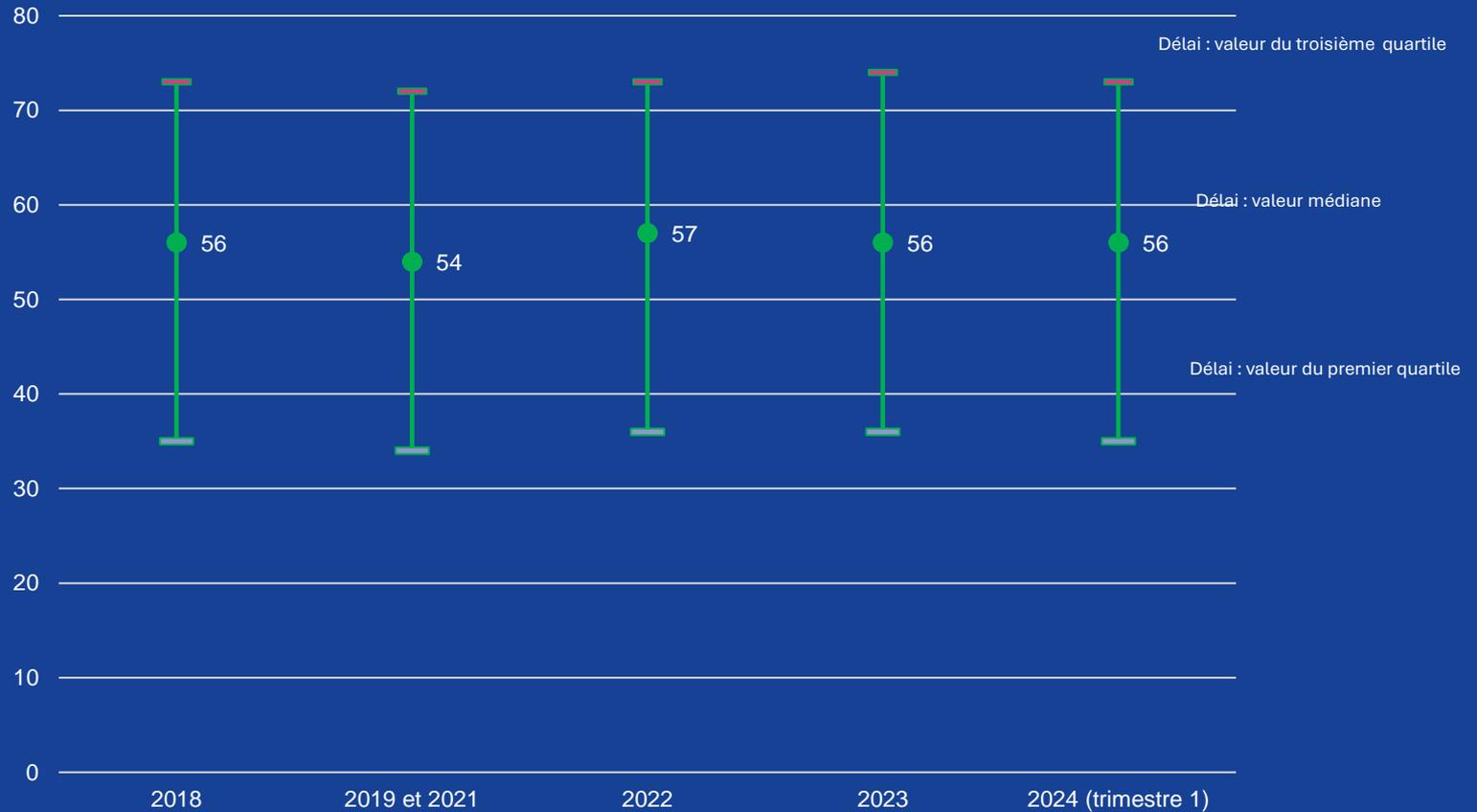
Responsable projet stratégie  
décennale cancer  
Réfèrente thématiques cancers et  
soins palliatifs,  
ARS Paca

# Actions DOS

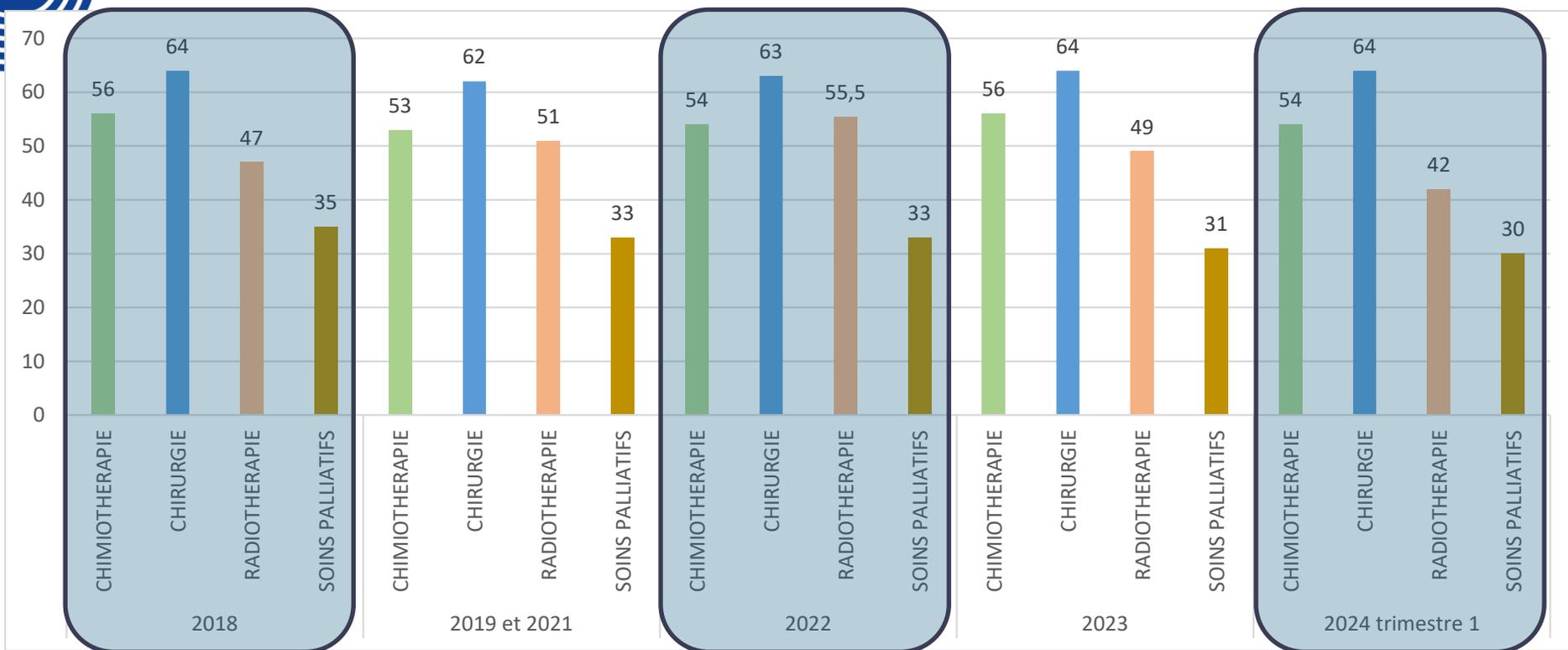
## Filières dans les cancers de mauvais pronostic (Axe 3)

- ✓ Groupe de travail (30 personnes) – ARS- Pr L. Greillier
  - Etude des délais en région

**Action III.2.3** - Mettre en place des dispositifs de diagnostic rapide et des filières d'entrée accélérée dans le parcours et les évaluer



Note d'interprétation : entre 2018 et le premier trimestre 2024, 13.500 patients de PACA ont été pris en charge pour un traitement pour cancer du poumon. Le délai médian entre une première imagerie et un premier traitement recensé (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, soins palliatifs) est resté stable sur la période, oscillant de 54 à 57 jours (année 2020 exclue). Source : SNDS



Note d'interprétation : considéré par catégorie de traitement, les résultats sont stables sur la période d'observation. Source : SNDS

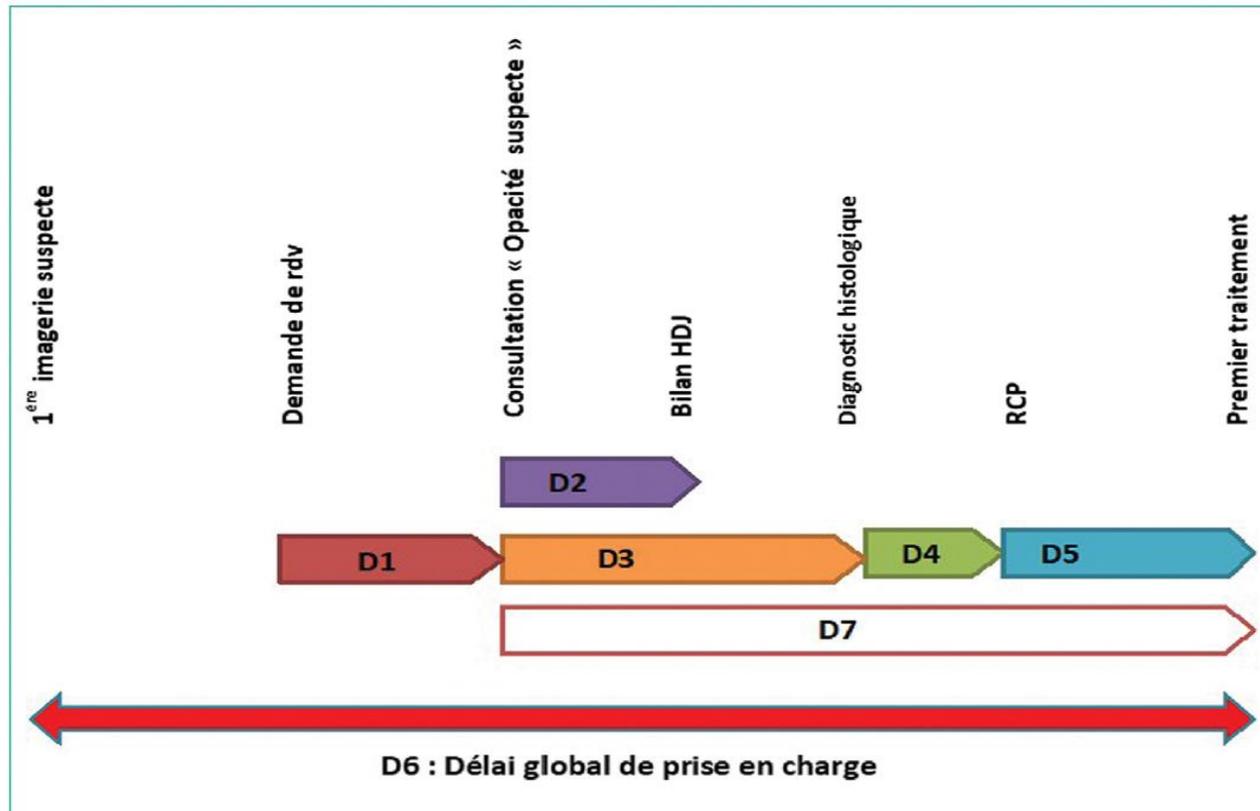
# Actions DOS

## Filières dans les cancers de mauvais pronostic (Axe 3)

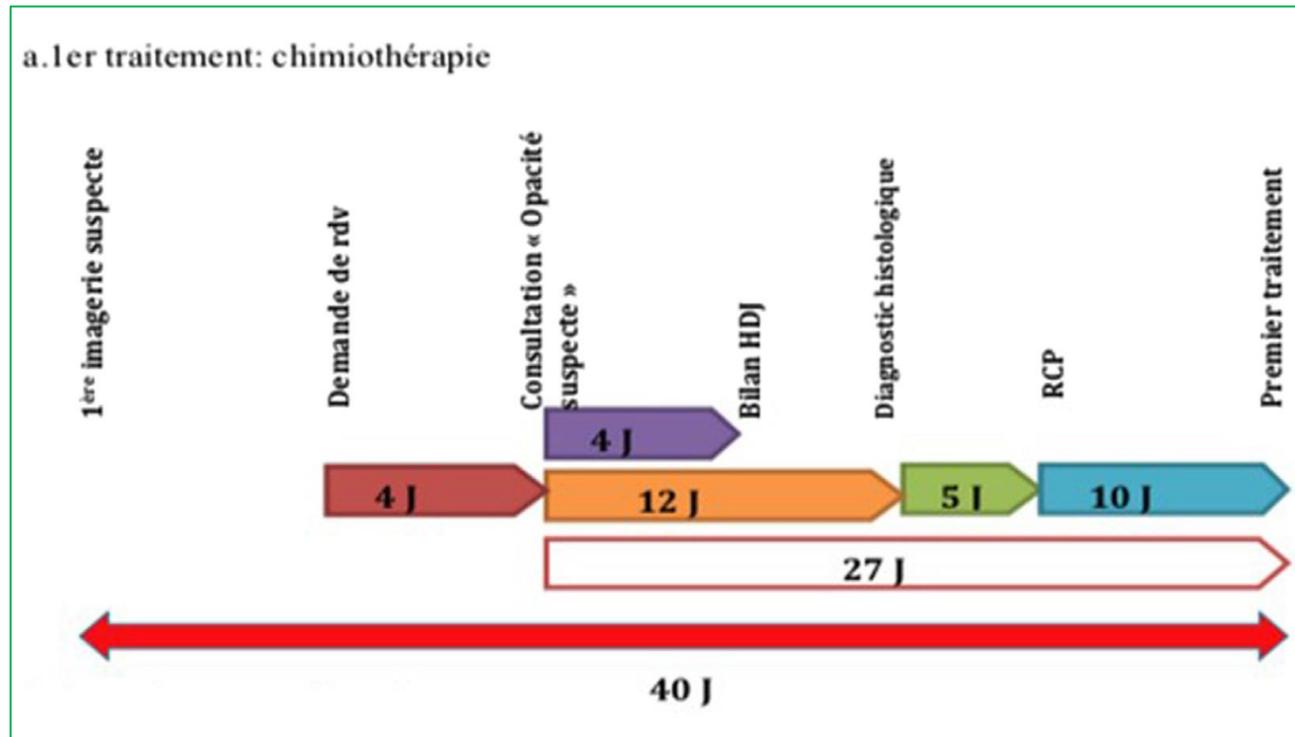
- ✓ Groupe de travail (30 personnes) – **ARS- Pr L. Greillier**
  - Etude des délais en région
  - Charte de prise en charge (délais de prise en charge en région, qualité)

**Action III.2.3** - Mettre en place des dispositifs de diagnostic rapide et des filières d'entrée accélérée dans le parcours et les évaluer

# Diagnostic rapide du cancer du poumon



## Diagnostic rapide du cancer du poumon



## CHARTRE DE PRISE EN CHARGE DES CANCERS DU POUMON



L'Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur a élaboré une charte de bonne pratique dans la prise en charge du cancer du poumon.

Cette charte a été réalisée avec l'appui du groupe régional "filères cancers du poumon" de la feuille de route Paca 2022-2025 de la stratégie décennale cancer.

### L'ÉTABLISSEMENT S'ENGAGE À :

- 1** Mettre en place des premières consultations pour une suspicion de cancer du poumon sous un délai maximal d'une semaine ;
- 2** Respecter les recommandations nationales de l'INCa sur la prise en charge du cancer du poumon ;
- 3** Garantir un délai inférieur ou égal à 45 jours entre la première consultation et la mise en route du premier traitement (traitement médicamenteux systémique du cancer (TMSC), chirurgie, radiothérapie, radiologie interventionnelle, soins palliatifs) ;
- 4** Respecter certains délais intermédiaires :
  - entre l'appel pour le rendez-vous et la première consultation inférieur ou égal à 7 jours ;
  - entre la première consultation et le bilan d'imagerie morphologique +/- métabolique avec un objectif inférieur ou égal à 14 jours ;
  - entre la première consultation et le geste biopsique avec un objectif inférieur ou égal à 14 jours ;
  - entre le geste biopsique et le rendu d'anatomo-pathologie avec un objectif inférieur ou égal à 7 jours ;
  - entre le geste biopsique et le rendu des analyses moléculaires avec un objectif inférieur à 14 jours (séquençage NGS) ;
- 5** Faire un reporting annuel à l'ARS Paca sous forme d'un bilan détaillé de la file active et des délais.

Date et signature de l'établissement :

Logo de l'établissement :



## Actions DOS

### Filières dans les cancers de mauvais pronostic (Axe 3)

#### Groupe de travail (30 personnes) – ARS- Pr L. Greillier

- Etude des délais en région
- Charte de prise en charge (délais de prise en charge en région, qualité)
- Appel à projet « filières remarquables » en 2023 (3 établissements retenus)
- Nouvel AAP début 2024 avec 3 nouveaux établissements retenus
- Labellisation de ces filières prévue en 2025-2026 selon les critères de la charte et de qualité
- Financement :
- Temps de coordination (IDE, secrétariat)
- 1 312 000 euros (sur 2023-2025)

**Action III.2.3** - Mettre en place des dispositifs de diagnostic rapide et des filières d'entrée accélérée dans le parcours et les évaluer

# Le parcours du cancer de l'ovaire

Pr Eric Lambaudie  
Institut Paoli-Calmettes



# Quel impact des nouveaux seuils d'activité en chirurgie oncologique (B5): *Exemple de la Région Sud*

Pr Eric Lambaudie

Institut Paoli Calmettes  
*Marseille*



## DIAGNOSTIC

Non B5

Biologie (marqueurs)  
Radiologie (TDM TAP)

COELIOSCOPIE (PCI,  
Fagotti, iconographie)

Biopsies (diagnostic,  
biomol BRCA,  
instabilité génomique)

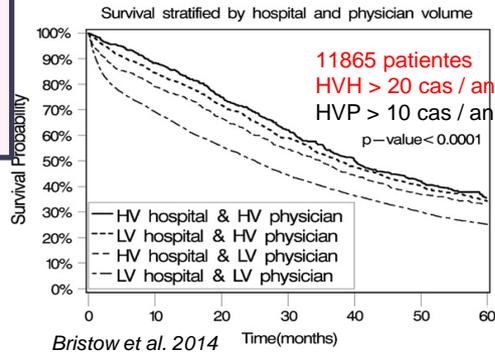
## CHIRURGIE

B5

Timing à déterminer / Phase  
diagnostique

Doit être **COMPLETE** (CC0)

Expertise chirurgicale



European Society of Gynaecologic Oncology Quality  
Indicators for Advanced Ovarian Cancer Surgery

Querleu et al. 2016 Seuil optimal / centre > 50/an

27 avril 2022 JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE Texte 16 sur 171

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 26 avril 2022 portant modification de l'arrêté du 29 mars 2007 fixant les seuils  
d'activité minimale annuelle applicables à l'activité de soins de traitement du cancer

N°11: 0549020001

## CHIMIOTT

Non B5

Coordination +++ avec le  
geste chirurgical (chir  
initiale ou différée)

Adapter au stade et  
données de biomol

## SURVEILLANCE et TTT D'ENTRETIEN

Suivi bio, radio et  
clinique

Effets  
secondaires des  
traitements

**COORDINATION+++ (ICO  
dédiée)**

Autorisation aux TTT médicaux  
du cancer, non liée aux  
mentions B5

Prise en charges partagées

**CHARTES (non B5 / B5)**

**RCP REGIONALE**

## CHARTRE DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTES SUSPECTES DE PRÉSENTER UN CANCER DE L'OVAIRE



- 1 La prise en charge d'une patiente suspecte de présenter un cancer de l'ovaire est une urgence diagnostique et thérapeutique si une carcinose péritonéale est suspectée.
- 2 Le bilan diagnostique doit comporter :
  - un dosage des marqueurs tumoraux (au minimum CA 125, ACE et CA 19-9) ;
  - un scanner TAP avec injection (sous réserve d'une fonction rénale normale) ;
  - une coelioscopie diagnostique.
- 3 La coelioscopie diagnostique peut être effectuée dans un centre non-autorisé, mais son compte-rendu et sa réalisation devront intégrer les éléments suivants :
  - une description exhaustive de l'étendue des lésions, région par région, illustrée par un score de Fagotti et un score d'extension péritonéale de Sugarbaker (PCI) ;
  - des supports iconographiques exportables (photos +/- vidéos) ;
  - des prélèvements suffisamment importants pour le diagnostic et l'analyse moléculaire (mutation BRCA, HRD).
  - s'il n'y a pas de carcinose constatée, une annexectomie diagnostique peut être réalisée, avec extraction protégée.
- 4 Le bilan diagnostic (points 2 et 3) doit être réalisé sous 10 jours\*.
- 5 Si un des éléments du bilan diagnostique ne peut être réalisé, la patiente sera référée au plus tôt en centre autorisé pour poursuivre la prise en charge.
- 6 Lorsque le bilan diagnostique est complet, la patiente est adressée (sans attendre les résultats dans le cadre d'une carcinose) dans un centre autorisé pour décision thérapeutique et présentation de son dossier en RCP de recours (cette attitude est indiquée pour tous les stades, précoces I, II ou avancés III, IV).
- 7 L'autorisation ne portant que sur la prise en charge chirurgicale, le traitement de chimiothérapie défini par la RCP de recours pourra être envisagé dans le centre non autorisé ayant adressé la patiente, à condition qu'il soit autorisé à l'activité TMS (traitements médicamenteux systémiques du cancer).
- 8 Dans le cas d'une prise en charge médico chirurgicale « partagée », le programme personnalisé de soins sera établi dès la phase diagnostique, en concertation entre les 2 équipes, afin d'optimiser l'enchaînement des différentes phases thérapeutiques.
- 9 Si la chirurgie de cytoréduction n'est pas réalisée en initial (carcinose jugée non résécable d'emblée), son indication sera systématiquement discutée en RCP de recours après 3 cycles de chimiothérapie néo adjuvante.
- 10 Dans le cas d'une suspicion de récurrence de cancer de l'ovaire, la patiente est adressée à un centre autorisé afin de réaliser la prise en charge diagnostique et thérapeutique.

\*n'existant aucune recommandation concernant le délai optimal de prise en charge, il semble raisonnable dans ce contexte d'urgence diagnostique et thérapeutique, que le bilan soit réalisé sous 10 jours.

Date et signature de l'établissement :

Logo de l'établissement :



Document à destination des centres n'ayant pas l'autorisation d'activité chirurgicale pour les stades avancés de cancer de l'ovaire délivrée par l'ARS Paca.

## CHARTRE DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTES SUSPECTES DE PRÉSENTER UN CANCER DE L'OVAIRE



- 1 Tous les établissements autorisés respectent les critères ayant permis la délivrance de cette autorisation par l'ARS, conformément à l'arrêté du 26 avril 2022 portant modification de l'arrêté du 29 mars 2007 fixant les seuils d'activité minimale annuelle applicables à l'activité de soins de traitement du cancer.
- 2 Tous les centres autorisés s'engagent également à respecter la loi n°2019-180 du 8 mars 2019 adoptant la **stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030**, et à la suivre en tous points.
- 3 La prise en charge d'une patiente suspecte de présenter un stade avancé de cancer de l'ovaire (carcinose péritonéale) est une urgence diagnostique et thérapeutique.
- 4 Le bilan diagnostique doit comporter :
  - Un dosage des marqueurs tumoraux (au minimum CA 125, ACE et CA 19-9) ;
  - Un scanner TAP avec injection (sous réserve d'une fonction rénale normale) ;
  - Une coelioscopie diagnostique.
- 5 La coelioscopie diagnostique peut être effectuée dans un centre non-autorisé, mais son compte-rendu et sa réalisation devront intégrer les éléments suivants :
  - Une description exhaustive de l'étendue des lésions, région par région, illustrée par un score de Fagotti et un score d'extension péritonéale de Sugarbaker (PCI) ;
  - Des supports iconographiques exportables (photos +/- vidéos) ;
  - Des prélèvements suffisamment importants pour le diagnostic et l'analyse moléculaire (mutation BRCA, HRD).
- 6 Le bilan diagnostique (points 4 et 5) doit être réalisé sous 10 jours\*.
- 7 La prise en charge thérapeutique sera validée en RCP de recours. Le centre autorisé, présentera lors de cette RCP les dossiers des patientes adressées par les centres non-autorisés ainsi que ses propres dossiers.
- 8 Toutes les phases de la prise en charge (diagnostique, chirurgie première, chirurgie d'intervalle, chirurgie différée, récidive) sont concernées par la RCP de recours.
- 9 Si la chirurgie de cytoréduction n'est pas réalisée en initial, son indication sera systématiquement discutée en RCP de recours après 3 cycles de chimiothérapie néo adjuvante.
- 10 Dans le cas d'une prise en charge médico-chirurgicale "partagée" avec un centre non-autorisé, le programme personnalisé de soins sera établi dès la phase de diagnostique, en concertation entre les 2 équipes, afin d'optimiser l'enchaînement des différentes phases thérapeutiques.

*\*n'existant aucune recommandation concernant le délai optimal de prise en charge, il semble raisonnable dans ce contexte d'urgence diagnostique et thérapeutique, que le bilan soit réalisé sous 10 jours.*

Date et signature de l'établissement :

Logo de l'établissement



Document à destination des centres ayant l'autorisation d'activité chirurgicale pour les stades avancés de cancer de l'ovaire délivrée par l'ARS Paca.



# RCP de recours

- Patientes concernées
  - B5 Ovaire
  - B5 Recours (chirurgie péritonéale, chirurgie de la récurrence, chirurgie en terrain irradié)
- Une plateforme





# RCP de recours

- Données structurées / imagerie
  - Formulaires dédiés (diagnostic, chirurgie initiale, différée et récidive)
  - Évolution envisagée pour les prises en charge de recours hors ovaire
- Participation ouverte: centres B5 et non B5
- Agenda: tous les 15 jours (évolutif / hebdomadaire) à 17h30
- Bilan 01/06/2025: 41 RCP effectuées
  - 1<sup>ère</sup> RCP le 14/11/2023
  - 624 dossiers ont été discutés (15 dossiers/RCP)
    - **567** décisions de RCP validées



# Créer de nouvelles filières de soins

- En Région SUD, 5 centres vs 28...





# Créer de nouvelles filières de soins

- En Région SUD, 5 centres vs 28
- En 2021, 280 patientes atteintes d'un stade avancé de cancer de l'ovaire
  - 60% étaient prise en charge dans les 5 centres autorisés en 2025
  - Quid des autres patientes?



# Créer de nouvelles filières de soins et suivi des résultats

- Maillage territorial autour des centres autorisés
  - Nouveaux modèles de collaborations : plusieurs schémas sont envisageables...
  - Coordination des parcours « partagés » / IDEC de parcours
- Suivi indispensable de cette nouvelle organisation
  - Participation RCP régionale / validation activité
  - Suivi de l'efficacité de ces parcours / délais de prise en charge
  - Registre Régional / suivi des résultats oncologiques



## Traitement des cancers de l'ovaire : les principaux moteurs du progrès

Communiqué de l'Académie nationale de médecine<sup>1</sup>

28 Juin 2024

**La reconnaissance de centres experts fondés sur des seuils minimaux d'activités et d'effectif de chirurgiens.** Elle souligne la dimension organisationnelle et de santé publique des soins destinés aux cancers avancés de l'ovaire. À la suite des premiers constats dans les pays scandinaves et en Allemagne, puis des recommandations de l'*European Society of Gynecologic Oncology* (ESGO), la certification de centres experts [3] impose un seuil d'activités minimal à 20 cas de cancer de l'ovaire traités par an et par chirurgien, et un effectif d'au moins deux chirurgiens par établissement ; la cible à atteindre au bout de 5 ans étant d'au moins 50 cas/an/praticien [5].



COMITÉ :

Aubert Agostini  
Marjorie Bacłuchka  
Xavier Carcopino-Tusoli  
Élisabeth Chéreau-Ewald

Yann Delpech  
Pierre-Alexandre Just  
Éric Lambaudie  
Navid Mokarram Dorri

Marie Meurer  
Estelle Pilon Habert  
Renaud Sabatier  
Nicolas Sterkers



PROGRAMME • MINI SFOG MARSEILLE • 12 SEPTEMBRE 2025

09h30 **Accueil des participants et visite des stands**

10h00 **Introduction** *Eric Lambaudie*

10h05 **Centralisation de la Chirurgie du Cancer de l'Ovaire : Impact des nouvelles autorisations** *Claude Linossier*

10h35 **Stratégie en PACA** *Elodie Cretel Durand*

11h00 • Discussions et Q&A

11h30 **En pratique**

Modérateurs : Yann Delpech, Aubert Agostini & Eric Lambaudie

11h30 • Un parcours de soins coordonné *Mathilde Del*

11h45 • Définition de critères de qualité : les chartes *Yann Delpech*

12h00 • Impact de la RCP Régionale *Xavier Carcopino*

12h15 • Les enjeux des prélèvements initiaux *Pierre Alexandre Just*

12h30 • Discussions et Q&A

13h00 **Cocktail déjeunatoire & Visite des stands**

14h00 **Stratégie thérapeutique : La Chirurgie**

Modérateurs : Sara Djemouai, Nicolas Sterkers & Estelle Pilon

14h00 • Qu'attend-on de la coelioscopie ? *Élisabeth Chéreau-Ewald*

14h15 • La chirurgie quand et comment ? *Navid Mokarram Dorri*

14h30 • Carcinose : quand s'arrêter ? *Marie Dazza*

14h45 • Place de la CHIP *Gwenaél Ferron*

15h00 • Discussions et Q&A

15h30 **Pause - café & Visite des stands**

15h45 **Stratégie thérapeutique : les traitements systémiques**

Modérateurs : Renaud Sabatier & Cyril Foa

15h45 • Quels traitements en première ligne pour les tumeurs avec niveau faible d'instabilité génomique ? *María Kfoury*

16h10 • Les traitements de maintenance pour les tumeurs HRD et/ou BRCA mutées *Marie Meurer*

16h35 • Actualités et innovations à venir en rechute *Philippe Follana*

17h00 • Discussions et Q&A

17h30 • Conclusions et perspectives  
*Eric Lambaudie, Xavier Carcopino, Yann Delpech & Nicolas Sterkers*

17h40 **Clôture de la journée**

# VIDEO

2



# TABLE RONDE

## Décentralisation des soins et coopération entre les partenaires

- Dr Emmanuelle Sarlon (CHICAS)
- Dr Carole Labat (Omédit Paca Corse)
- Dr Julien Ozun (DSRC Onco Paca Corse)
- Dr Bohrane Slama (CH d'Avignon)
- Pr Emmanuel Barranger (CAL)

# VIDEO

3





# HAD et CANCER

## Etat des lieux en PACA

---

**Dr C. LABAT, Pharmacien OMÉDIT PACA-Corse**  
**Dr J. OZUN, Pharmacien, DSRC Onco Paca-Corse**

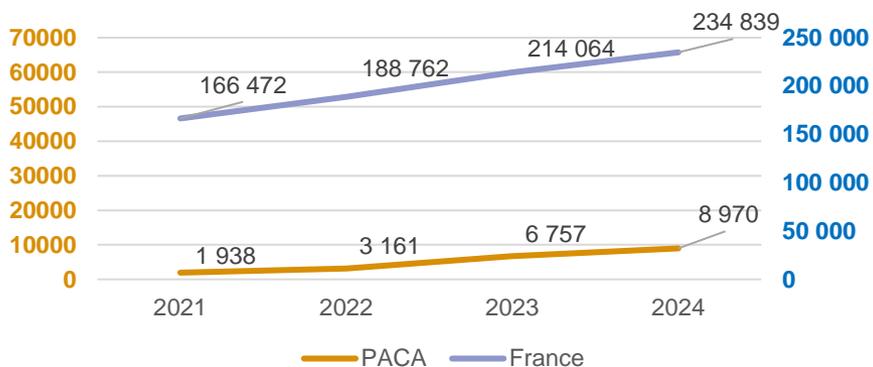
# Plan d'action feuille de route ARS PACA



- 2 AAP : « Développement du traitement du cancer par chimio/immunothérapies injectables au domicile via l'HAD »
  - ✓ 2022 : 3 établissements retenus (HAD intégrées)
  - ✓ 2023 : 7 établissements retenus (HAD intégrées ou non)
  
- Convention type relative à l'organisation de la prise en charge des chimiothérapies injectables en HAD
  
- Travail d'uniformisation des pratiques pour des molécules facilement administrables au domicile :
  - 13 fiches mises en ligne, 4 à venir

Mode de prise en charge principal MPP 05 : chimiothérapie anticancéreuse (orale et injectable)

## Nb journées MPP 05



### Evolution 2024/2023

- France : + **9,7%**
- PACA : + **32,8%**

## Taux de recours (nb journées MPP05 /1000 hbts)



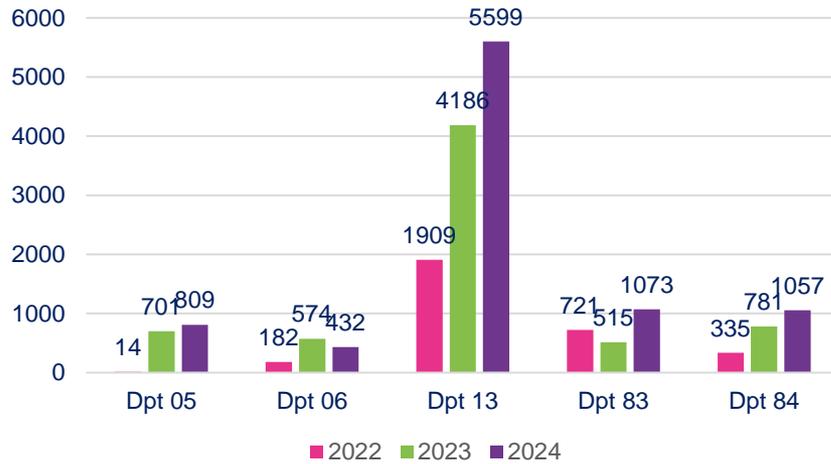
### Evolution 2024/2023

- France : + **8,5%**
- PACA : + **50,4%**

### Evolution 2024/2022

- France : + **23%**
- PACA : + **220%**

Nb journées MPP 05 par département

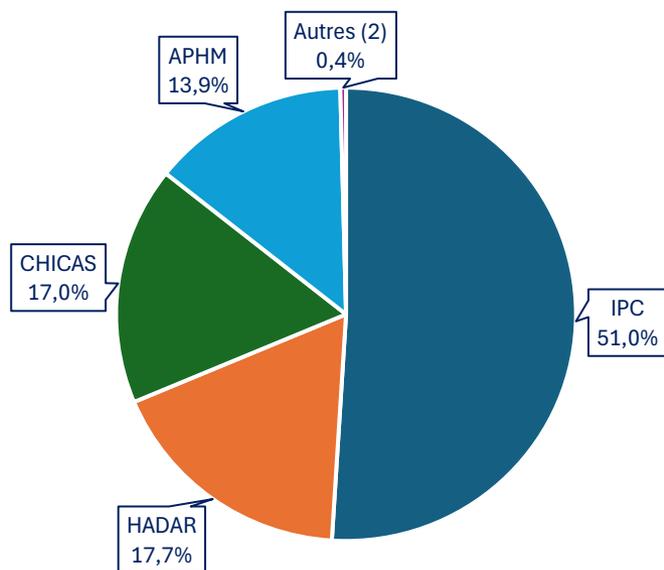


TAUX DE RECOURS PAR DÉPARTEMENT

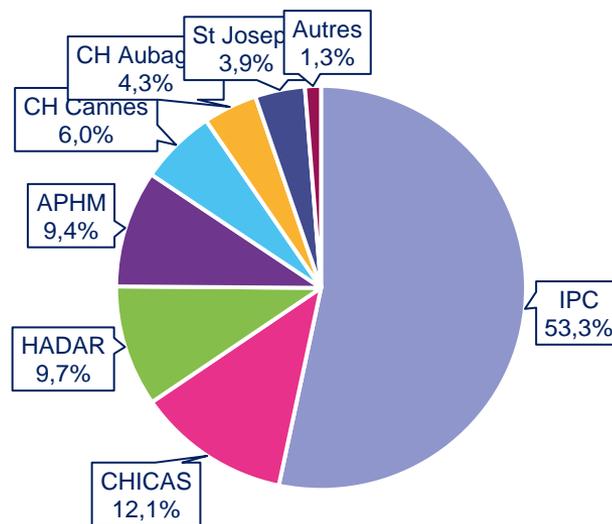


Source SCANSANTE

NOMBRE D'UCD PAR HAD 2023



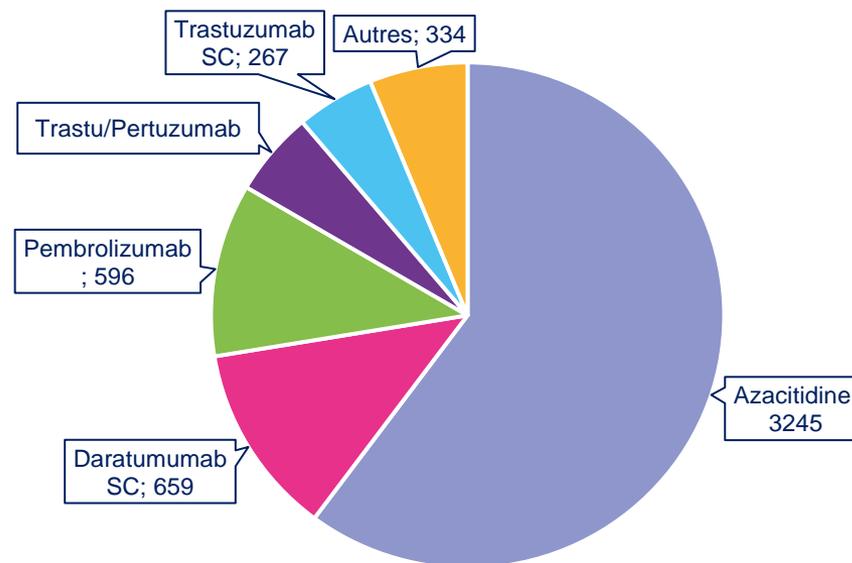
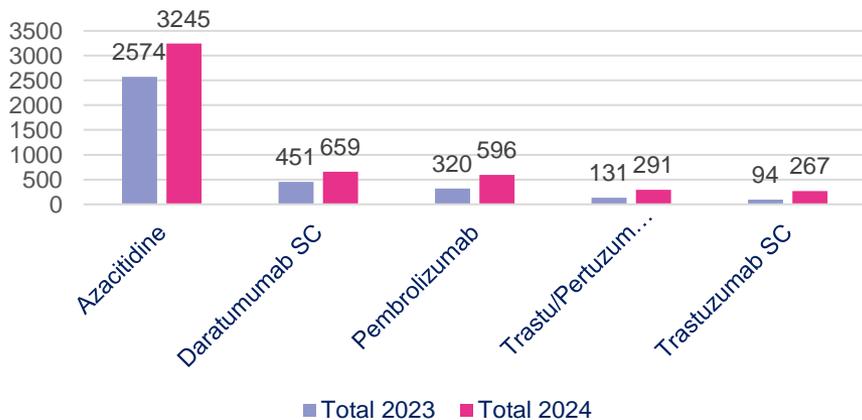
NOMBRE D'UCD PAR HAD 2024



**En 2024 :**  
12 HAD codent des MO et/ou coûteux (6 en 2023)

Source PMSI-HAD

## NB UCD INJ EN HAD (MO ET COÛTEUX)



Ce top 5 représente **93,8%** des UCD totales en PACA

Source PMSI-HAD

Myélome multiple : 40% des séjours  
Sein : 38%  
Poumon: 16 %

Mise en place d'un forfait pour la prise en charge en HAD de patients nécessitant un TMSC

- forfait inclusion : 320 €
- forfait mensuel : 120 €

15 dossiers candidatures, 10 seront retenus

- ES publics : 7
- ES privés à but lucratif : 4
- ES privés à but non lucratif : 2
- CLCC : 2

Territoires d'implantation :

- 17 HAD impliquées sur la région (sur les 22)
- Partenariat des ES avec 1 HAD jusqu'à 6
- 1 même HAD associée avec plusieurs ES

# VIDEO

4



# Exemple de la coopération dans le Vaucluse

Dr Bohrane Slama  
CH Avignon





# Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030



## ➤ Fiches Action

- II.3 : Faciliter l' accès des personnes aux innovations diagnostiques et thérapeutiques sur l'ensemble des territoires.
- II.4.7 : Proposer la possibilité de soins ambulatoires, au domicile le cas échéant.
- II.6 : Garantir la qualité, l'accessibilité et l' évolutivité de l'offre de soins de support.
- II.7.5 : Former les professionnels de santé médicaux et paramédicaux, de ville et hospitaliers.
- II.9 : Mise en place d' un suivi personnalisé et gradué entre la ville et l' hôpital (Coordination, outils d' interface, Apres cancer)
- III.3 : Garantir des parcours fluides, en proximité et en recours.
- III.6 : Permettre aux personnes de bénéficier de SOS renforcés en proximité.
- III.4 : Permettre aux territoires isolés de proposer une offre de santé adaptée et de qualité.



➤ Construction de la Filière de soins de cancérologie territorialisée graduée du GHT84

Projet commun partagé avec les différentes équipes médicales et paramédicales avec liens formalisés et connaissance de l'ensemble des acteurs, organisation spécifique

Volonté des équipes/Directions, Confiance, Mobilisation, Maturité, Liens humains, Coordination, stratégie

Constitué : Cs avancées, Actes de soins, gestion d'unité d'hospitalisation, HDJ

Protocoles d'harmonisation de prises en charge, de gradation des soins incluant la phase diagnostique, l'accès aux thérapeutiques, aux soins de support/Soins palliatifs, le recours (arbres décisionnels d'orientation des patients)

Temps d'échange entre les équipes : Staffs, RCP, RMM, Groupes de travail thématique

Formation : Plan de formation avec montée en compétences, labellisation

Télémédecine avec accès à la téléexpertise, téléconsultation

Formalisation du lien Ville - Hôpital au sein du comité GHT-CPTS, DAC, ligue contre le cancer et les associations de patients, CQVD (Conventions)

Lien avec l'ICAP et l'ensemble des établissements de la région

Accès à la recherche clinique et paramédicale

Astreinte territoriale



- Mise en place d'une méthodologie : Pragmatique et Agile
  - Temps de coordination médicale et encadrement (animation, responsabilité, Management, assurer l'application des décisions prises).
  - Une équipe de territoire avec des soignants et des directions engagés.
  - Lisibilité auprès de l'ensemble des acteurs de santé du territoire, cartographie avec point d'accès.
  - Démarche qualité (évaluation des pratiques professionnelles), évaluation avec des indicateurs propres (délai de prise en charge, bons de transport, nombre de Cs et de séances de chimiothérapie)
  - Une neutralité financière pour les établissements engagés soit par augmentation de l'activité et/ou réduction des charges (contrats cliniciens, intérimaires, vacataires, ...)

# Filière Territorialisée Onco-GHT

HAD : Projet CHIMIOCHAD (convention)

**CH Orange**  
Dr Aouizerat (Onco)  
Dr Chebrek (Hémato)  
HDJ Onco et Hémato : pcihopj@ch-orange.fr  
Tel secrétariat : 04.90.11.24.62



**CH Avignon**  
Equipes :  
Oncologues et Hématologues  
HDJ Onco et Hémato : hdjonco@ch-avignon.fr  
**Filière Onco-Pneumo**  
Secrétariat Pneumo : 0432753101, [secretariat-pneumo@ch-avignon.fr](mailto:secretariat-pneumo@ch-avignon.fr)  
Pneumo d'astreinte : 0432753121  
IDEC : 0432759320, [coordinationoncopneumo@ch-avignon.fr](mailto:coordinationoncopneumo@ch-avignon.fr)



**Filière Onco-Gastro**  
IDEC : 0432759343, [chaldoreille.emilie@ch-avignon.fr](mailto:chaldoreille.emilie@ch-avignon.fr)  
[coordinationoncodigestif@ch-avignon.fr](mailto:coordinationoncodigestif@ch-avignon.fr)

**Filière Onco- Gynéco**  
[coordinationoncogyneco@ch-avignon.fr](mailto:coordinationoncogyneco@ch-avignon.fr)  
Tel Parcours SOS sein : 0432759494

**Filière Onco- Hémato**  
[coordinationoncohemato@ch-avignon.fr](mailto:coordinationoncohemato@ch-avignon.fr)  
Tel secrétariat : 04.32.75.93.66

**CH Cavaillon**  
Dr Brotelle (Onco)  
Dr Zerazhi, Dr Honorat (Hémato)  
HDJ Onco et Hémato : [secret.hdj@ch-cavaillon.fr](mailto:secret.hdj@ch-cavaillon.fr)  
Tel Consultations : 04.90.78.85.58



**CH Vaison**  
Dr Slama (Onco-hemato)  
HDJ Onco et Hémato : [hdj-medicine@ch-vaion.fr](mailto:hdj-medicine@ch-vaion.fr)  
Consultations : [consultations-externes@ch-vaion.fr](mailto:consultations-externes@ch-vaion.fr)  
Tel : 04.90.36.57.81

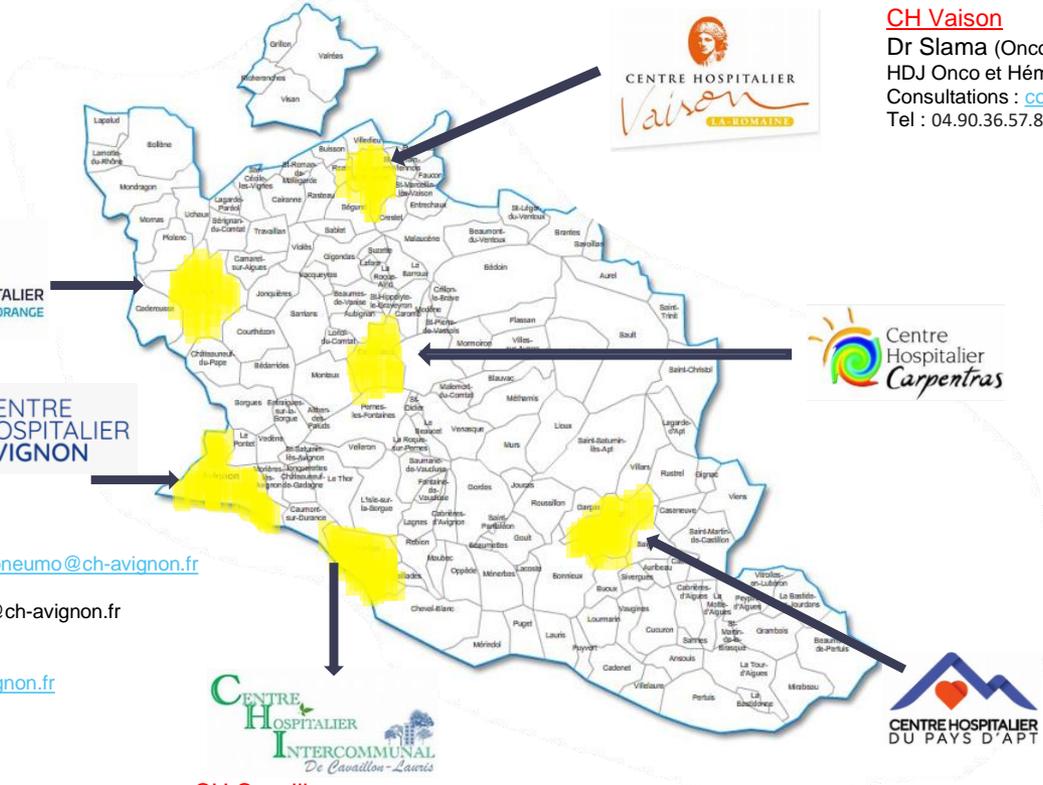
**CH Carpentras**  
Dr Certain, Dr Lavit (Onco)  
Dr Takam, Dr Zerazhi (Hémato)  
HDJ Onco et Hémato : [annonceide@ch-carpentras.fr](mailto:annonceide@ch-carpentras.fr)  
Tel : 04.86.71.32.09  
[Mn.certain@ch-carpentras.fr](mailto:Mn.certain@ch-carpentras.fr)



**CH Apt**  
Dr Cloarec (Onco)  
Dr Slama (Hémato), Dr Mokhtari  
HDJ Onco et Hémato : [consulthj@ch-apt.fr](mailto:consulthj@ch-apt.fr)  
Consultations : [cons\\_ext@ch-apt.fr](mailto:cons_ext@ch-apt.fr)  
Tel : 04.90.04.20.31



**Plateforme de téléexpertise : ROFIM pour l' Hématologie**  
**Numéro Médical d'Urgence : 04 32 75 93 33**





## ➤ Résultats

- Augmentation du nombre de prise en charge de patients de proximité avec qualité, sécurité, fluidification des parcours de soins, permettant l'égalité à l'accès de soins P/R à ceux qui sont proches de gros centres.
- Amélioration de la qualité de vie et Satisfaction des patients en leur évitant les déplacements lointains et répétitifs (SC), des équipes de taille humaines favorisant les interactions Patients - Soignants.
- Satisfaction des soignants (implication, valorisation et redonner du sens), des directions.
- Meilleure collaboration entre les différents acteurs de soins Hospitaliers – Ville.
- Attractivité, redynamiser les hôpitaux voir les territoires (élus).
- Transformation de cette filière de territoire inter établissements en Pole inter établissement (+ d' intégration).

**La santé territoriale = Clé de voute d' une évolution efficace de notre système de santé**

# Exemple de la coopération dans les Alpes Maritimes

Pr Emmanuel Barranger  
Centre Antoine Lacassagne





# Coopération territoriale en cancérologie dans les Alpes-Maritimes: un engagement du CLCC Antoine Lacassagne

## **Renforcer l'offre de soins de proximité sans déposséder les territoires**

*Un modèle de coopération au service des patients*

### **Soutien médical aux établissements en tension :**

Présence régulière (2 jours/semaine) d'oncologues à Draguignan (depuis 2019)  
Soulagement des équipes locales, continuité des soins assurée

### **Postes partagés en chirurgie :**

Coopérations avec Cannes, Antibes, Menton, Draguignan.

Objectif : *renforcer l'offre locale tout en respectant les équilibres territoriaux*

### **Filière labellisée en chirurgie mammaire et gynécologique (Antibes – Antoine Lacassagne) :**

Partage des expertises, montée en qualité, maillage public structurant



**Unicancer PACA :** renforcer notre lisibilité, s'entraider, et contribuer ensemble à l'amélioration des PEC en région Sud (mammobile)

**Fédération sénologie publique PACA Est : Antibes, Menton, Draguignan et le C/**



**Consultations avancées oncogénétiques:** CHUN, Grasse, Antibes, Fréjus, Clinique Arnauld Tzanck, Draguignan



# Coopération territoriale en cancérologie dans les Alpes-Maritimes: un engagement du CLCC Antoine Lacassagne

## Coopérer autrement : innovation, transversalité, ancrage territorial

*Des partenariats innovants pour répondre aux besoins locaux*



### Institut Mozart – une coopération exemplaire avec une collectivité territoriale .

- Un lieu gratuit d'accompagnement, de soutien, d'échanges et d'informations dans la lutte contre le cancer et en faveur de la prévention

*« réduire l'impact des cancers et des traitements sur la qualité de vie »*

*Une autre façon de coopérer, au plus près des réalités locales*



### Coopération avec une start-up niçoise :

Mise à disposition gratuite de prothèses mammaires externe sur mesure en impression 3D  
Innovation sociale et réponse à un besoin concret



# Conclusion





**Une mission : votre santé.**