

L'équipe d'oncologie et les soins de support en établissements : quelles interfaces et comment ?

Ph. Colombat¹, J.Ph. Wagner², I. Krakowski³

¹ Service d'Hématologie, CHRU Bretonneau, 2 bis, boulevard Tonnellé, F-37044 Tours Cedex, France ;

² Pôle de Cancérologie Privé Strasbourgeois, 182, route La Wantzenau, F-67000 Strasbourg, France ;

³ Centre Alexis Vautrin, F-54511 Vandœuvre-lès-Nancy, France

Résumé : Les soins de support sont une coordination des différentes compétences impliquées dans les soins transversaux et comprennent au minimum les équipes de soins palliatifs, les équipes de lutte contre la douleur, les structures ou les professionnels impliqués dans la Psycho-oncologie, la nutrition, le support social, la réadaptation fonctionnelle et en fonction des possibilités locales, les odontologistes, les socio-esthéticiennes, les art-thérapeutes, les ergothérapeutes, les espaces « rencontre-information », les bénévoles accompagnants.

Ils ne sont pas une nouvelle spécialité ; ils respectent chaque structure composante et le médecin oncologue et le médecin traitant restent les médecins référents sauf transfert en structure spécialisée. Le fonctionnement peut comprendre une mutualisation des moyens administratifs et un numéro d'appel commun, des interventions mono ou pluridisciplinaires dans les unités de soins des services de spécialités, des réunions pluridisciplinaires de soins oncologiques de support sans oublier les missions de soutien aux équipes, d'enseignement et de recherche.

L'organisation des soins repose sur la notion de territoire de santé, les ressources au sein et à l'extérieur du territoire de santé dépendant de la structure, de la taille du ou des établissements concernés. L'organisation mise en place nécessite d'étroits liens avec les soignants et les structures du secteur libéral.

En tout état de cause, la mise en place passe par une démarche projet faisant appel à toutes les personnes ressources au sein et en dehors des établissements.

Les spécificités en fonction du type d'établissement (centres régionaux de lutte contre le cancer, CHU, CHG, cliniques privées) seront détaillées.

Mots clés : Soins de support – Cancer – Soins palliatifs – Douleur – Psycho-oncologie

Oncology teams and supportive care in institutions

Abstract: Supportive care is a coordination of the different abilities in non specific treatment and as a minimum includes the structures of palliative care, chronic pain, psycho-oncology, nutrition, social care, physical therapy and, depending on the local context, the structures of odontology, art-therapy, socio aesthetics, ergotherapy, meeting-information areas (created in France by the *Ligue contre le Cancer*) and accompanying voluntary associations.

Supportive care is not a new speciality; it respects each different entity. Oncologists and general practitioners remain the referent practitioners except if the patients are hospitalized in palliative care or chronic pain centres.

The functioning can include a mutualization of the administrative organization, a unique telephone number, pluridisciplinary consultations for outpatients and pluridisciplinary

supportive care staff. The missions also include the support of the teams, teaching and clinical research.

The general organization is supported by the concept of the health territory defined as the functional territory for the medical care of patients. The structure needs to set up strong links between the staff of the public and private centres and be associated with the structures and sizes of these centres. It also has to include the liberal health actors, the networks, and the home medical care.

In all cases, setting up the supportive care network requires a planning process which includes all the resourceful people inside and outside the institutions.

The specificities according to the type of oncological centres (university hospitals, general hospitals, private hospitals, cancer prevention and treatment centres) will be detailed.

Keywords: Supportive care – Cancer – Palliative care – Pain – Psycho-oncology

La nécessité des soins oncologiques de support (SOS) s'est imposée sur plusieurs constats :

– la nécessité d'une prise en charge « non spécifiquement cancérologique » tout au long de la maladie cancéreuse : lors de l'aggravation de la maladie et de la fin de vie, mais aussi lors du diagnostic,

durant les traitements spécifiques chirurgicaux, radiothérapeutiques et médicaux en phase curative (gestion des complications, prise en charge de la souffrance morale et sociale) et après la guérison (gestion de séquelles transitoires ou définitives, d'éventuels handicaps) ;

- la difficulté par manque de temps ou de compétence, pour certains cancérologues d'assurer ce type de soins ;

- la difficulté pour les spécialités transversales concernées de travailler ensemble.

Après certaines expériences « pilotes », le temps est venu de généraliser cette organisation au niveau des établissements et des territoires de santé en profitant de l'acquis de ces expériences et des réseaux de soins palliatifs, du recours possible à des soignants formés depuis 10 ans au sein des diplômés d'université et des capacités douleur, soins palliatifs, psycho-oncologie..., et d'une véritable volonté politique actuelle.

Mais la mise en place de nouvelles structures reposant sur la collaboration, la transversalité, la continuité des soins est un véritable pari dans un monde soignant souvent « empêtré » dans sa surcharge de travail, son hypertechnicité des soins et son organisation hiérarchique.

Après avoir évoqué l'organisation possible des SOS en établissements et la méthodologie de mise en place d'une structure de soins de support au sein des établissements, nous évoquerons les spécificités d'organisation pour chaque structure (Centre Régional de Lutte Contre le Cancer – CRLCC, CHU, CHG, établissement privé).

Les soins de support en établissement : organisation générale

Dans ce premier chapitre, nous aborderons les grands principes (sans revenir à ce qui sera développé dans d'autres chapitres), l'organisation envisageable et le fonctionnement.

Les grands principes (de réussite ?)

Les soins de support sont un système organisationnel et non pas une nouvelle spécialité

À côté des traitements spécifiques du cancer, il est nécessaire de prendre en charge tous les besoins non spécifiques des patients mais aussi de leur entourage, tout au long de la maladie. Il peut s'agir de la douleur, de la fatigue, des problèmes nutritionnels, des troubles digestifs, des troubles moteurs et des handicaps, des problèmes odontologiques, des difficultés sociales, de la souffrance psychique, des perturbations de l'image corporelle et de l'accompagnement de fin de vie (Circulaire n° DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie).

À partir de ce constat, il est proposé de coordonner les différentes compétences impliquées dans ces soins transversaux et au minimum les équipes (consultations, unités, centres) de lutte contre la douleur chronique, les équipes (unités, équipes mobiles, réseaux, HAD) de soins palliatifs, la structure de psycho-oncologie (consultation ou unité), la structure ou les professionnels formés à l'accompagnement social des patients et des proches, des structures ou professionnels dans les domaines de la nutrition, de la réadaptation fonctionnelle et, en fonction des possibilités locales, les odontologistes, les socio-esthéticiennes, les art-thérapeutes, les ergothérapeutes, les « espaces rencontre et information - ERI », les bénévoles accompagnants. En conséquence, une mutualisation de moyens administratifs (par exemple secrétariat avec n° téléphonique commun) voire de locaux semble hautement souhaitable.

Une coordination et non pas une fusion des structures et des compétences concernées

Il est important de respecter la composition des structures participant à la structuration des soins de support et de favoriser l'intégration des professionnels tout en

respectant leur compétence et leur statut initial.

Une volonté d'hégémonie de certaines composantes conduirait sans nul doute à l'échec. C'est l'habitude acquise du travail en commun, l'optimisation de la pluridisciplinarité (voire sa mise en place pour certains...) lors des consultations pluridisciplinaires, les rencontres au quotidien qui permettront à un fonctionnement de type réseau au sens large de s'installer. Les professionnels de certaines spécialités (service social, nutrition, réadaptation fonctionnelle...), bénéficieront par ailleurs, grâce à la formation qu'ils pourront recevoir au contact des autres, d'une certaine « spécialisation » elle-même bénéfique aux patients.

Le patient au centre du dispositif

Même si un des objectifs principaux est d'optimiser la vie des équipes, le dispositif doit répondre avant tout aux besoins des patients et de leur entourage : l'évaluation de ces besoins doit donc être un souci constant des équipes d'oncologie et des équipes transversales de SOS.

La réponse à ces besoins nécessite des conditions indispensables :

- la continuité des soins : soins oncologiques/soins de support transversaux en institution, soins oncologiques/domicile, soins oncologiques/soins de support transversaux à domicile (si le territoire de santé est différent), soins de support en institution/domicile et soins de support transversaux à domicile et inversement ;

- la transmission de l'information en est donc un corollaire indispensable, ce qui sous-entend à terme un dossier de soins partagé comprenant les items indispensables à une bonne prise en charge globale des malades.

La permanence du (des) médecin(s) référent(s)

Les médecins référents, sauf transfert dans une structure spécialisée ou difficultés particulières, sont et devront rester tout au long de la maladie le médecin oncologue et le médecin traitant.

Les soignants des SOS devront donc intervenir dans un « esprit réseau » pour aider les soignants référents par l'expertise qu'ils proposent, mais sans prendre la place de ceux-ci. Ainsi en cas de transfert en structure spécialisée (unité douleur, unité de SP), le contact avec le médecin oncologue devra être maintenu.

La structuration

Nous avons vu qu'il s'agissait d'une coordination de structures transversales situées dans des services différents.

Au sein d'un gros établissement, il peut s'agir d'une Fédération d'unités fonctionnelles ou de services pouvant aussi inclure des professionnels « isolés », d'un département ou de toute organisation équivalente. Pour certains CHU, l'organisation en pôle dans le cadre de la nouvelle gouvernance est également étudiée.

Au sein de petits établissements ne possédant pas toutes les composantes de soins de support, les structures de soins de support regrouperont les structures et compétences concernées de plusieurs établissements et/ou des personnes du secteur privé (établissements de santé, professionnels libéraux, associations...). L'organisation proposée devra alors reposer sur les instruments de coopération prévus par la loi : convention, groupement d'intérêt public, groupement de coopération sanitaire. Certaines conditions apparaissent nécessaires pour la réussite de cette structure : une homogénéité sur le pays passant par des recommandations du Plan Cancer, une souplesse de fonctionnement et le respect des statuts de chacun.

Le fonctionnement

En cas d'organisation en Fédération ou équivalent, les activités seront placées sous la responsabilité d'un conseil de Fédération regroupant les acteurs de toutes ces composantes. Le conseil de Fédération désigne un médecin coordonnateur assisté par un cadre soignant, médicotechnique ou administratif.

Il est important que cette responsabilité soit tournante (entre les médecins des différentes composantes des SOS) et la durée du mandat adaptée aux équipes.

Par ailleurs, on peut schématiquement identifier plusieurs aspects qui sont :

Une mutualisation des moyens administratifs et la création d'un numéro d'appel commun

Le secrétariat unique centralisera les appels téléphoniques et, à partir d'une première évaluation sur des critères établis entre les différents intervenants, permettra de savoir quelle composante des soins de support semble la plus appropriée pour la première évaluation de la situation à l'origine du motif d'appel ; cette situation pouvant concerner le patient, ses proches ou l'équipe de soins.

Les interventions mono ou pluridisciplinaires dans les unités de soins des services de spécialités

Après appel, l'évaluation de la situation est réalisée par l'équipe de la structure des soins de support qui semble la plus concernée, soit lors d'une consultation du patient dans les locaux alloués aux composantes des SOS, soit dans les services.

Après cette évaluation, les équipes concernées par la situation organisent des interventions successives ou mieux, coordonnées pour présenter un plan de prise en charge à l'équipe de soins du service où est hospitalisé le patient. Des réévaluations sont faites régulièrement par les soignants concernés des équipes de la coordination SOS en concertation avec l'équipe de soins du service.

Les réunions de concertation pluridisciplinaire de SOS

Comme en cancérologie, les dossiers de patients présentant des problèmes de prise en charge complexe faisant appel à plusieurs compétences d'équipes de SOS peuvent être discutés au cours de réunions de concertation pluridisciplinaire de SOS où toutes les composantes sont présentes (RCP). Les dossiers sont présentés par les médecins de spécialités prenant en charge ces

malades ou éventuellement par les soignants des SOS qui ont fait l'expertise de la situation. Comme dans toute réunion pluridisciplinaire, les conclusions font l'objet d'un compte-rendu transmis aux médecins concernés (médecins de l'établissement + médecin traitant). Il semble important de préciser à nouveau ici que le médecin référent reste le médecin du service de spécialité qui prend en charge le malade sauf situation particulière.

La mission de soutien des équipes

L'organisation de cette mission relève, en totalité ou en partie selon les méthodes de soutien utilisées, de certaines composantes des soins de support (notamment psychoncologie et soins palliatifs) ; le besoin étant exprimé d'emblée ou apparaissant lors de l'expertise de la situation. Elle peut, comme le précise la circulaire sur le guide de mise en place de la démarche palliative, revêtir plusieurs aspects : groupes de paroles ou d'analyses de pratiques professionnelles pour lesquelles un « psy » extérieur à l'établissement doit être sollicité dans l'idéal, groupes de « debriefing » autour de cas cliniques difficiles ou simples « soutiens de couloir » où tous les soignants impliqués dans les SOS peuvent jouer un rôle et dont l'utilité ne doit pas être sous-estimée (ce « soutien improvisé » constitue probablement un assez bon reflet de la qualité des relations humaines au sein des équipes...).

Enseignement et recherche

Ce sont deux missions fondamentales des équipes impliquées dans les SOS :

- formation initiale dans les écoles professionnelles et en Faculté ;
- formation continue des professionnels de santé, soit au sein de formations organisées par les établissements, au sein des universités, mais aussi au sein des unités de soins et des réseaux ;
- implication dans des travaux de recherche clinique ou en sciences humaines et à terme implication dans des équipes de recherche labellisées.

Organisation des soins de support en établissement et notion de territoire de santé

Dans la future organisation proposée, les soins de support en établissement ne peuvent être imaginés comme une structuration uniquement interne, mais doivent être pensés en termes de continuité des soins par rapport au patient et aux équipes à domicile. Il faut donc d'une part les organiser au niveau régional et d'autre part les rendre disponibles « au lit du malade » en se basant sur les différents niveaux d'organisation définis par les textes réglementaires et notamment l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 (« le territoire de santé défini comme, selon les activités, un espace infrarégional, régional, interrégional ou national ») et la Circulaire DHOS n° 101 du 5 mars 2004 relative à la révision des SROS de troisième génération (« L'ordonnance de simplification de la planification, du droit des autorisations et des coopérations remplace les « secteurs sanitaires » par les « territoires de santé » et les « conférences sanitaires de secteur » par les « conférences sanitaires »). L'objectif de cette réforme est de permettre d'identifier des territoires pertinents pour l'organisation des soins dont les frontières tiennent compte des réalités locales, indépendamment des limites administratives (départements ou régions). Il convient aussi de rappeler ici que lorsqu'il existe des réseaux de territoire de santé, le réseau régional en assure la coordination (pour la cancérologie, cf. Circulaire n° DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie).

Il faut donc concevoir la collaboration de cette organisation de coordination de compétences dans les soins de support avec l'extérieur à plusieurs niveaux :

– les acteurs au sein du territoire de santé où se trouve l'établissement :

- les ressources en SOS dans l'établissement doivent être une ressource pour les malades exté-

rieurs à l'établissement (établissements non spécialisés en cancérologie mais prenant en charge certains malades, domicile) : ils doivent donc pouvoir sortir de l'établissement et faire le lien (pour la composante soins palliatifs, un certain nombre d'équipes mobiles – EMSP – ont déjà cette possibilité qu'il faudrait sans doute étendre éventuellement aux autres composantes) ;

- les personnes ressources en dehors de l'établissement doivent être recensées et incluses dans l'organisation pour arriver à la fois à une mutualisation des moyens et à une véritable collaboration entre secteur public/privé, institutionnel/libéral. Ces personnes devraient pouvoir intervenir au sein des petits établissements (les réseaux de soins palliatifs ont un rôle majeur à jouer dans cette organisation) ;

- les structures de soins de supports institutionnelles doivent également s'appuyer sur des structures ressources du territoire de santé : HAD, SSIAD, structures de gardes à domicile, services sociaux de proximité facilitant la prise en charge de ces malades. La répartition des tâches entre ces structures ressources et les réseaux de proximité impliqués dans le soin doit être examinée.

– au sein d'un autre territoire de santé : la prise en charge du malade et de ses proches peut nécessiter la collaboration de structures de soins de support au sein de plusieurs territoires de santé différents (au minimum celui de l'établissement de référence et celui du domicile) plus ou moins éloignés. Une bonne collaboration est donc nécessaire entre ces structures, collaboration passant par une transmission efficace des données.

Démarche de mise en place

La démarche de mise en place des soins de support est celle d'une démarche de projet avec les étapes habituelles :

- s'assurer de l'appui de la direction des établissements concernés, des instances des réseaux préexis-

tants concernés et des structures départementales ou régionales (DRASS, ARH...) ;

- organiser des réunions de mise en place des personnes concernées qui exposera les objectifs de la démarche, les projets institutionnels dans lesquels cela s'inscrit, la méthodologie ;

- faire une étude des besoins potentiels à partir du nombre de patients potentiellement pris en charge et les évaluer par enquête à partir d'un échantillon ou à partir de données de la littérature ;

- faire un recensement des personnes ressources prêtes à s'investir dans la future coordination et le projet sur le ou les territoires de santé ;

- mettre en place la démarche projet avec les personnes ressources précédemment identifiées par des groupes de travail sur les thématiques antérieurement définies et qui comprendront au minimum :

- les missions ;
- le fonctionnement ;
- le statut juridique de la coordination et de ses intervenants ;
- les outils d'évaluation ;
- la communication...

Ces groupes fonctionneront de manière indépendante, mais rendront compte à l'ensemble du groupe de manière régulière. L'existence de guidelines permettra d'optimiser leur efficacité.

- Mettre en place le projet concerné.

Quelle spécificité en fonction des établissements

Les Centres Régionaux de Lutte Contre le Cancer

Les CRLCC ont été les premiers établissements à ébaucher une organisation structurée des soins oncologiques de support dans les années 2000. Ce rôle pionnier n'est pas le seul fruit du dynamisme des structures et tous n'ont pas encore une organisation aboutie même si les instances dirigeantes de la Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer souhaite

à termes une démarche affichée dans tous les CRLCC. Ceci illustre la nécessité pour tous les établissements d'avancer à un rythme approprié à leur histoire et à leurs compétences en place. Une implantation imposée « à marche forcée » suite à la publication de textes réglementaires n'est pas non plus une bonne solution pour la mise en place de structures « saines et pérennes »... Les facteurs qui favorisent les CRLCC dans leur démarche de développement des soins de support sont :

- une expérience ancienne de la pluridisciplinarité inscrite dans les textes fondateurs des CRLCC de 1945 ;
- une « taille humaine » en termes d'équipes et de géographie ;
- une certaine souplesse administrative ;
- une activité de cancérologie exclusive ;
- une intrication ancienne, de fait, entre la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs ;
- une sensibilisation assez marquée et ancienne de tous les professionnels dans d'autres domaines importants des soins oncologiques de support : nutrition, accompagnement social, psycho-oncologie ;
- une place incontournable dans les réseaux de santé en cancérologie et dans l'enseignement ;
- une assez forte participation à l'élaboration des recommandations de bonnes pratiques et des divers groupes de travail au sein des instances ministérielles, notamment lors de l'élaboration du Plan cancer.

Certains de ces atouts sont communs avec les CHU de même que les conditions d'une mise en place réussie (cf. ci-dessous). Certaines difficultés sont communes avec les CHG ou les cliniques car toutes les ressources ne sont pas disponibles au sein des CRLCC. Dans tous les cas, une collaboration extra murs devient indispensable et ne peut être que bénéfique si elle est organisée de façon pragmatique et dimensionnée aux besoins des malades et des professionnels.

Les CHU

La taille de ces établissements permet de retrouver normalement toutes les compétences nécessaires au sein de l'établissement. Les quelques spécificités à souligner pour les CHU sont :

- les CHU sont composés de spécialités diverses et les soins de support peuvent concerner les patients et les proches de la majorité des services les composant. La collaboration avec les CRLCC est souhaitée et possible (exemple de la Fédération interhospitalière de soins de support pour maladies graves à Nancy) pour aboutir à une organisation des soins de support non exclusivement orientée vers la cancérologie ;
- il peut exister, en leur sein, des lits pouvant être utilisés comme structures de relais : unités de la douleur, unités de soins palliatifs, lits identifiés en soins palliatifs... ;
- leur rôle ne peut être uniquement intrahospitalier, mais doit concerner le territoire de santé : la structure doit donc inclure des ressources humaines extrahospitalières (HAD, SSIADD, réseaux, soignants libéraux...) ;
- chaque spécialité concernée doit répondre, dans sa structure et son fonctionnement, au cahier des charges des sociétés savantes concernées et des textes législatifs ;
- la « responsabilité tournante » de l'organisation et/ou des structures de soins de support doit être respectée ;
- son implication dans les activités de formation et de recherche doit être forte et l'une des priorités de ces structures ;
- l'appui et la coordination avec l'administration et l'ARH sont des conditions indispensables à leur mise en place et à leur bon fonctionnement.

Les CHG

Si le fonctionnement est identique, la structuration est plus difficile car ces établissements ne comportent habituellement pas toutes les ressources nécessaires. Il convient

donc de coordonner les ressources humaines intra et extrahospitalières (autres établissements publics, établissements privés, HAD, SSIAD, soignants libéraux) du territoire de santé au sein de la structure de SOS.

Malgré la dispersion des moyens, le numéro unique, les consultations pluridisciplinaires et les RCP sont des structures indispensables à créer.

La juxtaposition de soignants de statuts administratifs différents (publics, privés, libéraux) au sein de la coordination rend indispensable de trouver une structure juridique souple et adaptée permettant :

- un circuit de financement unique ;
- un financement pérenne ;
- une souplesse pour faire co-exister dans une même structure des soignants de statuts différents et permettre une rémunération adaptée à chacun sans trop de disparité.

En cas d'absence de certaines compétences sur le territoire de santé, la coordination avec les structures de SOS de territoires de santé adjacents est indispensable. La coordination avec les réseaux de soins palliatifs et les structures de soins à domicile apparaît essentielle.

Les établissements privés

Les établissements privés pratiquant la cancérologie sont essentiellement de deux types :

- établissement sous Objectif Quantifié National (OQN) ;
- établissement Privé Participant au Service Public Hospitalier (PSPH).

La caractéristique principale de la pratique de la cancérologie libérale est l'activité éclatée de celle-ci. En France, rares sont les établissements privés ayant à la fois une pratique de chirurgie oncologique, d'oncologie médicale et un plateau technique de radiothérapie. Dans la plupart des cas, il y a (ou il devrait y avoir) convention d'exercice entre plusieurs établissements pour que le groupement ainsi créé soit consi-

déré comme Site Spécialisé de Cancérologie selon les termes du SRO de 3^e génération en cours de discussion dans les Agences Régionales.

Ce préambule était nécessaire pour bien comprendre les spécificités de la pratique oncologique libérale et de son implication dans la structuration des SOS :

- de par la nature « éclatée » de l'activité, les praticiens exerçant une activité en oncologie libérale ont depuis de nombreuses années l'habitude de travailler en réseau ; ces dernières années ont simplement vu se mettre en place une organisation et une institutionnalisation de cette pratique avec la création des réseaux de soins et des unités de concertation pluridisciplinaire, dénommées aujourd'hui réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) ;

- l'activité couverte par un site spécialisé et un réseau libéral est au moins départementale, parfois supra départementale ; pour que la structure de SOS soit efficace, il faudra donc fédérer les acteurs locaux de plusieurs bassins de vie... ;

- l'absence de hiérarchie sera à la fois un avantage et un inconvénient :

- inconvénient, parce que la création de la structure nécessitera forcément le volontariat ;

- avantage, car si les volontaires se trouvent, la mise en place devrait être plus rapide.

- difficultés du financement : en l'absence d'établissement clairement identifié dont dépendrait la structure de coordination des SOS, seul un financement par la voie du réseau sera envisageable ;

- enfin, les lieux d'activité seront multiples :

- dans le site spécialisé de cancérologie. Ce site est souvent composé de 2, voire 3 établissements ou cliniques pratiquant la chirurgie oncologique, établissements de soins de suite, de soins palliatifs privés, mais aussi CHG, hôpitaux de proximité, HAD et autres structures publiques dans lesquelles il faut assurer la continuité des soins des patients qui auront réalisé leurs parcours majoritairement dans les filières privées. Une nécessaire coordination régionale des SOS doit être envisagée dans le cadre d'un réseau spécifique ou du réseau régional de cancérologie. Des lieux communs d'exercice peuvent nécessiter des investissements ;

- à l'extérieur du site spécialisé de cancérologie, par exemple dans une « Maison du Cancer » qui pourrait également héberger le réseau et les réunions de concertation pluridisciplinaire. Dans ce cas-là se poseront les problèmes d'accessibilité et surtout de prise en charge des transports sanitaires si le malade doit s'y rendre (exemple : consultation psychologue ou diététicienne...).

Conclusion

Une partie de la mission des professionnels et des équipes prenant en charge des malades atteints de cancer est d'assurer les meilleurs soins oncologiques de support possibles partout où sont les malades. La formation et la possibilité de recourir facilement à des « équipes recours » sont les conditions indispensables pour atteindre cet objectif. Un renforcement de ces « équipes recours » et une meilleure reconnaissance de leur place sont devenues indispensables pour l'application d'une cancérologie moderne visant, dans les conditions les plus humaines possibles, à guérir sans séquelles intolérables ou à lutter jusqu'à la mort. Ainsi, une organisation adaptée des soins de support, intégrée à celle de la cancérologie, est une nécessité incontournable.

Bibliographie

- Circulaire DHOS/02/DGS/SD5D/2002 n° 2002-98 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement
- Circulaire DHOS/02 n° 2004-257 du 9 juin 2004 relative à la diffusion du guide pour l'élaboration du dossier de demande de lits identifiés en soins palliatifs
- Circulaire n° DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie
- Krakowski I, Boureau F, Bugat R, et al. (2004) Pour une coordination des soins de support pour les personnes atteintes de maladies graves : proposition d'organisation dans les établissements de soins publics et privés. *Oncologie* 6: 7-15