

# Oncologie-radiothérapie

- **Principal rédacteur de cette synthèse**  
Martin HOUSSET, HEGP.
- **Participation de la spécialité à l'aval des urgences**
  - Patients souffrant de complications aiguës de la radiothérapie et des traitements médicaux des cancers, ainsi que des patients en stade avancé de leur maladie.
  - Besoin en soins de supports.
  - Création en 2013 des « Urgences radiothérapie 24h/24 » à Henri Mondor.
- **Grandes progrès envisageables dans la spécialité**
  - Indications qui progressent :
    - o activité en augmentation par : vieillissement de la population ; augmentation des survivants à long terme grâce à l'efficacité des traitements systémiques (activité en situation métastatique) ;
    - o le dépistage précoce contribue à l'allongement de la survie des malades ;
    - o activité en augmentation dans le cadre de nouvelles indications rendues possible grâce aux avancées techniques ;
    - o efficacité et des traitements combinés ;
    - o augmentation de l'incidence des seconds cancers ;
    - o accroissement majeur des besoins de surveillance.
  - Innovations thérapeutiques :
    - o bénéfique pour les patients grâce aux avancées technologiques : ratio bénéfique/risque démontré dans de nombreux cancers ;
    - o plateaux techniques « lourds » avec techniques innovantes de haute précision : radiothérapie « conformationnelle » avec modulation d'intensité, radiothérapie en conditions stéréotaxique intra et extracrânienne, importance du nombre de machines par plateau technique (au minimum 4) ;
    - o développement des imageries IRM dans la prise en charge (simulation des traitements) ;
    - o accès à la protonthérapie ;
    - o diminution de certaines indications (pancréas, maladie de Hodgkin...), renforcement d'autres (prostate, poumon, foie...) ;
    - o développement de l'hypofractionnement, de la radiothérapie asservie à la respiration ;
    - o association aux thérapies ciblées ;
    - o valorisation des actes très limitée au regard des investissements matériels et humains ;
    - o sur le plan organisationnel, il est vraisemblable que le nombre de patients traités par heure et par machine, qui est actuellement de l'ordre de 4-5, passera à 3-4 du fait des techniques requérant une grande précision.
- **Poids et profil des patients chroniques dans la spécialité**
  - Le poids des patients chroniques au sein des services d'oncologie-radiothérapie va croissant :
    - o traitements palliatifs symptomatiques en augmentation, compte tenu de l'allongement de la survie globale de multiples cancers (côlon, poumon, prostate, sein...) ;
    - o nombre croissant de sites métastatiques irradiés et possibilités de ré-irradiation grâce aux avancées techniques de la radiothérapie moderne ;
    - o pour les consultations, charge de plus en plus importante de l'obligation de suivi ;
    - o impact positif des soins de support de bonne qualité sur la survie ;
    - o nombre croissant de patients issus de milieu défavorisé, en situation précaire ou sans couverture sociale ;
    - o besoins croissants en assistantes sociales et en psychologues ;
    - o impact croissant des polyopathologies et de la cancérologie du sujet âgé.
  - Au plan pratique, non-valorisation :

- de la prise en charge des patients lourds, dont le temps de mise en place et traitements est long, avec impact sur l'organisation, sur l'exploitation des personnels et donc sur la rentabilité ;
    - du temps médical dévolu à la multiplicité des RCP (4 à 8 par oncologue).
  - **Masses critiques pour les activités cliniques et les plateaux techniques**
    - Stratégie pour assurer une ré-internalisation des patients de l'AP-HP, via les RCP des spécialistes d'organes.
    - Regroupement et mutualisation de plateaux techniques, notamment des équipements de haute technologie (curiethérapie).
    - Mutualisation des certains moyens humains très spécialisés (physique médical, mesures physique, formation spécialisée...).
    - Affichage et promotion claire des possibilités techniques offertes par les services de radiothérapie de l'AP-HP avec une charte commune de fonctionnement permettant une orientation des malades mieux adaptée aux indications et aux bonnes pratiques.
  - **Coopération avec les médecins de ville**
    - Très faible pour l'oncologie-radiothérapie, discipline peu connue : manque de formation, difficulté de prise en charge des patients, tendance à transférer l'intégralité du suivi et des thérapeutiques de ville vers l'oncologie radiothérapie ou médicale, complexité des traitements, renvoi des malades vers l'oncologue.
    - Développement du suivi alterné avec les médecins de ville pour les patients en rémission, à distance des traitements.
    - Intégration dans les réseaux des spécialistes libéraux.
  - **Filières de soins à l'intérieur (entre les GH) et hors de l'AP-HP**
    - Signature de conventions entre les structures hospitalières territoriales (ESPIC, CH) et les GH du CHU pour une offre de soins de recours et de routine (de proximité), et participation à la recherche (cohortes).
    - Participation des médecins hospitaliers aux RCP territoriales extérieures et des réseaux de soins.
    - Participation aux RCP consacrées aux tumeurs rares.
    - Structuration des activités de recours.
    - Définir et développer avec l'ARS la notion de territoire de santé.
    - Stratégie de développement commune (plateaux techniques de radiothérapie).
  - **Substituts à l'hospitalisation conventionnelle : hôpital de jour, hospitalisation à domicile, ambulatoire...**
    - Développement des protocoles hypofractionnés pour limiter les déplacements.
    - Mutualisation des HdJ, développement de l'HàD.
  - **Impact de la télémedecine**
    - Faible.
    - Certaines RCP et réunions techniques spécialisés ou de recours (radiothérapie en conditions stéréotaxiques) pourraient bénéficier de la télémedecine.
  - **Commentaires libres**
    - Donner une meilleure lisibilité de la spécialité.
    - Poids excessif du critère activité.
    - Manque de temps pour les soins et la recherche clinique (moyens ARC, temps médical...).
    - Dotation insuffisante en personnel spécialiste de physique médicale et de dosimétrie.
    - Attractivité de l'AP-HP : à adapter à notre siècle (communication, visibilité).
    - Rassembler autour des centres experts et des centres intégrés.
    - Se donner les moyens de l'excellence (se comparer aux CLCC d'Île-de-France)
  - **Voir aussi**
- Plan stratégique Cancer de l'AP-HP, en annexe séparée.