

# À PROPOS DE LA MISE EN PLACE DES SOINS DE SUPPORT EN CANCÉROLOGIE : PISTES DE RÉFLEXIONS ET PROPOSITIONS

Ph. COLOMBAT<sup>1</sup>, S. ANTOUN<sup>2</sup>, R. AUBRY<sup>3</sup>, I. BANTERIA-DADON<sup>4</sup>, F. BARRUEL<sup>5</sup>, J.-M. BONEL<sup>6</sup>,  
J.-C. BONNIN<sup>7</sup>, L. CHASSIGNOL<sup>8</sup>, A. CHOLLET<sup>9</sup>, G. CHVETZOFF<sup>10</sup>, D. D'HÉROUVILLE<sup>11</sup>, M. DROUART<sup>12</sup>,  
H. GAILLET<sup>13</sup>, G. GANEM<sup>14</sup>, I. KRAKOWSKI<sup>15</sup>, M.-O. MORIGAUT<sup>16</sup>, G. NALLET<sup>17</sup>, J. ROLLAND<sup>18</sup>, A. SUC<sup>19</sup>

“ Les recommandations ou outils proposés dans ce guide, issus des expériences existantes dans différentes structures, concernent uniquement l'auto-évaluation et doivent être adaptés en fonction de la réalité de terrain (besoins, moyens, contexte) ”

## RÉSUMÉ

Cet article résume les réflexions d'un groupe de professionnels et d'utilisateurs sur l'organisation, la mise en place et l'évaluation des soins de support en cancérologie.

L'objectif du groupe est de donner aux professionnels et aux responsables d'établissement des outils permettant de trouver les éléments utiles à la mise en place des soins de support dans sa structure ou sa région, outils à adapter en fonction de la structure et de l'histoire locales.

Il s'agit de promouvoir une démarche concertée, organisée, systématisée et évaluable visant à coordonner les acteurs des soins de support (SdS).

## SUMMARY

???

## MOTS CLÉS

Cancer - Soins de support

## KEYWORDS

???

## DÉFINITION

Les soins de support (SdS) en cancérologie sont définis comme étant “l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie, conjointement aux traitements oncologiques ou onco-hématologiques spécifiques lorsqu'il y en a” [Oncologie 2004;6:7-15].

Les impliqués dans les SdS sont énoncés dans la circulaire du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie. **Ils ne sont pas une nouvelle discipline mais une coordination de compétences au service du patient et des proches.**

On insistera sur le fait que ces soins et soutiens doivent être prodigués **tout au long du parcours du patient, dès le début de la prise en charge avec une première évaluation des besoins lors du dispositif d'annonce**, en asso-

ciant, de façon transversale, les différents intervenants autour du patient, parallèlement et **au même titre** que les soins cancérologiques spécifiques.

En raison des avancées thérapeutiques, le cancer tend à devenir une **maladie chronique**. L'organisation des SdS s'appliquera donc à toutes les phases de la maladie (curative, palliative ou terminale), c'est-à-dire chez les patients en cours de traitement, en période évolutive ou terminale, mais aussi, après les traitements, en période de rémission ou de guérison, et ainsi concernera la prise en compte des séquelles liées à la maladie et aux traitements.

Ainsi la prise en charge comporte dans le même temps des traitements à visée curative, des traitements à visée palliative et un accompagnement dans des proportions variables selon la personne et selon l'évolution de sa maladie.



<sup>1</sup> Médecin hématologue  
CHU de Tours (37)

<sup>2</sup> à <sup>19</sup> Voir en fin d'article

Les SdS supposent d'associer, autour du patient et de ses proches, et selon leurs besoins :

- le médecin traitant et tous professionnels du domicile (libéraux, pharmaciens, HAD, réseaux de soins, etc.) ;
- les professionnels de santé médicaux et paramédicaux acteurs des traitements spécifiques dans les équipes hospitalières.

Ces interlocuteurs privilégiés du patient s'appuieront en cas de besoin sur :

- la consultation et/ou les unités et/ou les centres de prise en charge de la douleur chronique rebelle et/ou le réseau douleur, et les professionnels formés dans le domaine de la prise en charge de la douleur ;
- l'équipe mobile de soins palliatifs et/ou l'unité de soins palliatifs (USP) et/ou le réseau de soins palliatifs, et les professionnels formés dans les domaines des soins palliatifs et de l'accompagnement ;
- la structure et/ou les professionnels de santé (psychologues cliniciens et/ou psycho-oncologues et/ou psychiatres) formés à la prise en charge psychologique ;
- la structure et/ou les professionnels formés à l'accompagnement social des patients ;
- la structure et/ou professionnels formés dans les domaines de la nutrition et de l'alimentation ;
- les professionnels formés à l'odontologie ;
- les structures, équipes ou professionnels formés dans les domaines de la réadaptation fonctionnelle dont l'ergothérapie et la kinésithérapie ;
- les professionnels formés à la socio-esthétique, l'arthérapie, etc. ;
- certains non-professionnels de santé peuvent intervenir également dans le cadre des SdS comme les associations de bénévoles (bénévoles d'accompagnement, d'aumônerie, associations de patients et d'usagers).

### **OBJECTIFS DES SOINS DE SUPPORT**

- Permettre une meilleure prise en charge globale des personnes malades et de leurs proches en partant d'une analyse précise et régulière de leurs besoins dans les différents domaines de compétences des SdS.
- Respecter un principe de continuité des soins.
- Optimiser les pratiques des professionnels de santé qui prennent en charge le patient en renforçant la transversalité et les pratiques collaboratrices.

Cela sous-entend :

- d'offrir à toutes les personnes malades (quel que soit leur âge) atteintes de cancer ou d'autre maladie grave l'accès à des compétences en SdS adaptées à ses besoins, quel que soit leur lieu de prise en charge, tout au long de leur maladie (avec le médecin traitant qui reste le médecin référent), et après les traitements ;
- d'évaluer les besoins du patient en SdS dès le diagnostic, c'est-à-dire lors du dispositif d'annonce et avec les mêmes outils de repérage et d'évaluation. Une réévaluation régulière de ces besoins devra être effectuée tout au long de la maladie et après les traitements par les équipes référentes des établissements et du domicile, en particulier en cas de séquelles ;
- de définir une organisation qui permette de mettre en route rapidement des réponses adaptées aux besoins des patients et de leurs proches, offrant ainsi une amélioration globale de la prise en charge ;
- d'assurer la continuité des soins, de favoriser la fluidité du parcours de la personne malade entre les professionnels. Cela nécessite pour les acteurs des SdS de mettre en place les moyens d'organiser la complémentarité et de formaliser les coopérations dans chaque territoire de santé.

Pour y parvenir, **la mise en place d'une démarche participative** dont les mots clés sont réunions pluridisciplinaires, projet de service, formation interne, soutien aux équipes, **est indispensable au sein des unités de soins** tant pour l'élaboration des projets de soins pour les patients que dans l'organisation des soins. Ce découplage peut faire apparaître des "recouvrements de compétences" ou des carences dans l'offre de SdS qui doivent être régulés par la concertation. Il conduit nécessairement à un changement culturel dans les pratiques et organisations des professionnels.

### **MISSIONS ET RECOMMANDATIONS POUR LES PROFESSIONNELS DE RECOURS DES SdS**

#### *Missions*

#### *Coordination*

L'objectif des SdS est de coordonner les différents professionnels de santé participant à la prise en charge des personnes malades et de leurs proches.

Cette coordination facilite la continuité des soins par le meilleur maillage et par la meilleure répartition des missions possibles entre les différents professionnels de santé dans les établissements MCO ou SSR ou à domicile. Dans les établissements, elle peut avoir lieu au lit du malade ou en consultation pluriprofessionnelle et peut être fortement facilitée par la participation de certains professionnels de santé impliqués dans les SdS aux réunions de services et/ou aux réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP), et/ou par l'organisation de RCP en SdS.

Au domicile, elle est facilitée par la participation à des réunions de concertation parfois organisées par les réseaux de santé lorsqu'ils existent (le médecin traitant restant au centre de cette prise en charge avec la mise en place de ces soins). Elle impose également une communication régulière entre les professionnels des établissements de soins et ceux du domicile, ainsi qu'une anticipation des besoins plutôt qu'une gestion à posteriori de ces besoins. Cette mission nécessite une organisation particulière (utilité d'un "guichet unique") et la mise en place d'un système de transmission de l'information.

### *Mission de recours et d'expertise*

Cette orientation peut être centralisée soit par le médecin traitant (qui a déjà souvent son réseau de correspondants), soit par l'équipe soignante de l'établissement où ont lieu les consultations et les traitements spécifiques, soit par l'équipe du réseau de santé lorsque celui-ci existe.

Le recours aux différentes ressources en SdS doit être suffisamment **précoce** pour permettre une meilleure continuité des soins et une anticipation des situations d'inconfort et de souffrance, et se déclencher **chaque fois que les professionnels de santé ne peuvent correctement contrôler des symptômes rebelles ou prendre en charge une situation complexe.**

Elle concerne tous les domaines des SdS en cas de situations complexes ou difficiles, notamment d'un point de vue éthique (par exemple questionnement sur une demande d'arrêt ou de poursuite de traitements, procédure collégiale en référence à la loi relative aux droits des malades et à la fin de vie) [Loi n° 2005-370 du 20/4/05 relative aux droits des malades et à la fin de vie].

Cette mission exige des compétences particulières pour répondre aux demandes des médecins oncologues et/ou du médecin traitant. Elle est à la croisée des missions de soin et de formation.

### *Soutien aux équipes et aux professionnels de santé*

Certains professionnels impliqués dans les SdS sont particulièrement concernés par cette mission (psychologues cliniciens et intervenants en soins palliatifs). Ce soutien peut être une demande des équipes ou apparaître comme une nécessité lors de l'expertise d'une situation. Il ne doit pas se substituer au soutien institutionnel.

### *Formation initiale dans les écoles professionnelles et les universités et formation continue des équipes de soins*

La formation doit être assurée par les professionnels des disciplines concernées par les SdS allant des oncologues aux soignants des différentes composantes des SdS.

Certains professionnels des SdS, par leurs missions de conseil et de soutien, participent à la formation continue des professionnels de santé. Les thèmes des SdS constituent un excellent sujet d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) des médecins.

### *Recherche par l'implication dans des protocoles de recherche clinique ou de travaux en Sciences humaines et, à terme, l'implication dans des équipes de recherche labellisées*

### *Recommandations pour le bon fonctionnement de l'organisation des soins de support*

Cette démarche générale doit s'inscrire dans le cadre des recommandations émises dans le Plan Cancer, et plus généralement des plans de Santé publique.

L'objectif est d'assurer la coordination et de faciliter la création ou le renforcement des compétences nécessaires pour faire bénéficier les patients atteints de cancer d'une offre de SdS la plus complète possible quels que soient le lieu et les modalités de leur traitement spécifique.

*Intégrer la démarche de SdS dès la phase initiale et à chaque étape de la prise en charge, en fonction de l'évaluation des besoins, et garantir la continuité des soins en associant le patient et ses proches*

Cela se traduit par :

- une démarche de diagnostic et d'évaluation régulière des besoins du patient par les médecins et équipes référentes dès l'annonce de la maladie, puis tout au long de sa maladie ;
- l'appel aux professionnels impliqués dans les SdS quand la situation est complexe ou fait difficulté aux médecins et équipes référents. Des "lieux-temps" de rencontre systématiques devront être organisés entre les professionnels "référents" et les professionnels des SdS pour **anticiper** et traiter ces situations et organiser la réponse à donner ; ce sont les réunions pluridisciplinaires d'analyse de situations cliniques (échanges au lit du malade, réunions de services, staffs pluriprofessionnels de discussion de malades, RCP, réunions de coordination des réseaux de santé, etc.) ;
- l'organisation d'un temps d'information à chaque changement de lieu de soins (identification des référents, protocoles, bilan des besoins, etc.) ;
- l'assurance que le patient et les proches qu'il désigne ont bien compris toutes les informations qu'ils ont reçues, y compris les explications sur les stratégies médicales et qu'ils sont impliqués dans le projet de soins et dans le plan d'aide psychosocial. Cette action sera modulée à la volonté et à la capacité d'entendre du patient et de ses proches ;
- l'assurance que l'équipe référente a bien compris les souhaits exprimés par le malade.

*Faciliter l'accès aux compétences impliquées dans les soins de support*

✓ **Accès professionnalisé**

La démarche des SdS est déclenchée en priorité par le médecin traitant et les équipes "référentes" du patient. Cet accès peut être facilité par la mise en place d'un guichet unique au niveau de chaque coordination de soins de support transmis à tous les professionnels de santé. Ce rôle de coordination peut être assuré en dehors des établissements de cancérologie par un réseau de santé.

✓ **Accès de recours pour les personnes malades et leurs proches**

Un patient peut solliciter directement la coordination des SdS selon des modalités à lui faire connaître, notamment dans le cadre du dispositif d'annonce. Les professionnels de recours impliqués dans les soins oncologiques de support devront alors informer les médecins référents de leur sollicitation directe par le malade avec son accord.

**Cet accès nécessite une bonne information des professionnels de santé, des malades et de leurs proches.**

✓ **Information des malades et de leurs proches**

Elle passe par la mise à disposition du grand public des documents d'information sur les SdS qui seront diffusés entre autres sur le site internet et dans le livret d'accueil des établissements, du réseau de cancérologie, des réseaux de soins, ainsi que par l'intermédiaire des kiosques d'information, des espaces rencontres information (ERI) et des associations d'usagers.

✓ **Information des professionnels**

Cette information est indispensable et se situe à deux niveaux :

- une information générale sur les ressources en SdS des territoires de santé avec mise à disposition pour les professionnels de santé intra et extra-hospitaliers d'un **répertoire des coordonnées des personnes ressources et de plaquettes d'information** sur les différents recours en SdS présentant les missions, les coordinations mises en place et les ressources en SdS. La diffusion passe par les sites Internet des établissements, les comités de coordination de cancérologie (3C), le réseau de cancérologie, les réseaux de santé, les associations de professionnels, les CPAM ;
- une information pratique à destination d'un public plus ciblé (tous les professionnels de santé concernés par un même patient), sur les modalités précises de prise en charge en SdS (compte-rendus, dossiers de transmission), destinés à favoriser une prise en charge cohérente. Différentes informations devront être intégrées à terme dans le dossier communicant de cancérologie (DCC) avec, notamment, les comptes-rendus de dossier, de courrier, de réunions et de RCP de soins de support.

## MISE EN PLACE

Selon le cas, elle repose sur la mise en place d'une "démarche projet" au sein des établissements et/ou des 3C ainsi qu'au niveau des territoires, voire au niveau régional.

Cette démarche projet pourra être coordonnée par une des structures mises en place dans le cadre du Plan Cancer (3C, réseau de cancérologie ou réseau plus spécialisé selon le cas) ou par une des équipes composante des SdS (équipe de soins palliatifs, équipe de lutte contre la douleur chronique rebelle, etc.). Elle devra dans tous les cas associer une représentation de chaque composante professionnelle des SdS du territoire, un représentant de(s) l'établissement(s) de santé autorisé(s) en cancérologie dans ce territoire, ainsi que des représentants de patients.

L'intégration des représentants des usagers dans les groupes de travail et commissions visant à établir et développer les soins de supports est nécessaire, de manière à préciser et garantir un dispositif dont la personne malade est le centre.

Qu'il s'agisse de la mise en place au sein d'un établissement ou d'un territoire de santé, cette démarche projet exige un état des lieux exhaustif des ressources existantes.

### *Au niveau des établissements et/ou 3C*

Cette démarche projet pourra être coordonnée par le 3C [Circulaire DHOS/SDO/2005/101 du 22/22005 relative à l'organisation des soins en cancérologie]. Il devra :

- recenser les moyens en SdS existant au niveau de l'établissement ;
- évaluer les besoins en professionnels de santé, ce qui pourra aboutir à la demande de création de temps de coordination ;
- proposer les moyens d'une réponse coordonnée et pluridisciplinaire ;
- définir des outils communs pour l'évaluation des besoins et du suivi ;
- rédiger la plaquette d'information sur la coordination.

Ce groupe projet précédera la mise en place de la coordination en SdS au niveau de l'établissement et facilitera sa

mise en œuvre. Dans certains établissements, la structuration des composantes en SdS s'est faite sous forme de fédération, de département ou de pôle de SdS.

### *Au niveau des territoires de santé*

La démarche de mise en place des SdS passe par trois étapes : la mise en place d'une démarche projet dans le cadre du SROS de cancérologie, un recensement des structures et des personnes ressources sur le territoire de santé, la mise en place des coordinations et de leur fonctionnement. Dans un deuxième temps, elle sera également finalisée par la mise en œuvre d'une évaluation régulière des activités.

Le groupe projet devra être représentatif des différentes composantes des SdS et des différents modes d'exercice soignants en SdS (dont au moins un médecin généraliste) et inclure des représentants du (des) réseaux de santé et des représentants des usagers.

Ce groupe projet pourra mettre en place des groupes de travail qui traiteront les différents thèmes à aborder :

- définition et validation des objectifs communs ;
- recensement de l'existant et évaluation des besoins en professionnels sur le territoire de santé ;
- réflexion sur l'implantation, au sein du territoire de santé, des coordinations en SdS (au sein et à l'extérieur des établissements) et sur l'articulation des différentes composantes pour répondre au mieux aux besoins des personnes malades et des proches et assurer la continuité des soins, ainsi que les missions d'expertise, de formation et de soutien ;
- définition d'outils communs (évaluation de besoins, plaquettes d'information, dossier communicant, évaluation de fonctionnement, etc.), et des moyens permettant leur appropriation par les équipes.

Le recensement des ressources existant en SdS passe par une phase concertée d'état des lieux dans chaque territoire pour un repérage des compétences et des lieux d'exercice, en incluant les réseaux existants. En fonction de cet état des lieux seront précisés les champs et les modes d'intervention des équipes et/ou des professionnels de santé pour assurer l'accès à toutes les compétences nécessaires. Il se fera à différents échelons :

- **au niveau régional (ARH) :** recensement des équipes mobiles et des unités de soins palliatifs, lits identifiés, structures douleur, HAD, SSIAD, ainsi que des réseaux de proximité et réseaux régionaux concernés ;
- **au niveau institutionnel** (dans chaque établissement public, PSPH, privé, sanitaires et médico-sociaux) : recensement des effectifs des équipes mobiles et des unités de SP, des lits identifiés, des équipes douleur, des soignants des différentes composantes des SdS impliqués ou intéressés ;
- **au niveau des acteurs de santé du domicile** (réseau, HAD, SSIAD, pharmaciens, prestataires de services, etc.).
- **au niveau de la société civile :** diffusion de l'information par les points d'information, les associations de bénévoles d'accompagnement ou d'usagers.

Ce recensement nécessite une infrastructure et des moyens financiers pour réaliser cet état des lieux.

Il est nécessaire qu'au niveau de chaque territoire de santé une réflexion soit initiée pour réfléchir à une coordination entre les SdS, les différents réseaux territoriaux et les autres structures de soins transversales (CLIC, HAD...).

Il revient à l'ARH de s'assurer de l'existence d'une offre de soins de support adéquate sur l'ensemble des territoires de la région. Cette action devra être un des axes du SROS de cancérologie ou intégrée dans les différents volets du SROS et son application pourra être déléguée à un réseau de santé en cancérologie.

### **MOYENS D'ÉVALUATION ET DE SUIVI DE LA MISE EN PLACE ET DE L'OFFRE DE SdS**

L'évaluation dans le domaine des soins de support a un double objectif, centré sur la personne malade et son entourage :

#### **Évaluer l'accessibilité aux soins**

L'objectif est de vérifier que toute personne malade et son entourage ont accès au bon moment aux compétences impliquées dans les SdS.

#### **Évaluer la qualité du service rendu au patient**

L'objectif est de vérifier que la réponse est adaptée à la demande de la personne malade, c'est-à-dire d'apprécier

l'adéquation entre les soins ou aides offerts et les besoins du patient.

L'évaluation, à partir des résultats obtenus pour ces deux objectifs, peut également être un moyen d'impliquer et de mobiliser les professionnels de santé :

- dans des fonctionnements transversaux pour une amélioration de leur accessibilité ;
- dans la réflexion vers une amélioration des pratiques et de l'organisation des SdS, pour une amélioration de la qualité.

L'évaluation peut être réalisée selon deux approches :

- évaluation "interne" (auto-évaluation) ;
- évaluation "externe" (audits extérieurs).

Les recommandations et outils proposés dans ce guide, issus des expériences existantes dans différentes structures, concernent uniquement l'auto-évaluation et doivent être adaptés en fonction de la réalité de terrain (besoins, moyens, contexte). ■

<sup>2</sup> Médecin nutritionniste - Institut G. Roussy, Villejuif (94)

<sup>3</sup> Médecin en soins palliatifs - CHU de Besançon (25)

<sup>4</sup> Directeur d'hôpital - Hospices Civils de Lyon (69)

<sup>5</sup> Psychologue - CH de Montfermeil (93)

<sup>6</sup> Usager, Achicourt (62)

<sup>7</sup> Kinésithérapeute libéral - Tours (37)

<sup>8</sup> Médecin cancérologue - CH de Privas (07)

<sup>9</sup> Assistante sociale - Institut Curie, Paris

<sup>10</sup> Médecin cancérologue - Centre Léon Bérard, Lyon

<sup>11</sup> Médecin en soins palliatifs

Maison médicale Jeanne Garnier, Paris

<sup>12</sup> Médecin en soins palliatifs - CH de Pontarlier (25)

<sup>13</sup> Médecin généraliste - Marseille (13)

<sup>14</sup> Cancérologue - Clinique Jean Bernard, Le Mans (72)

<sup>15</sup> Cancérologue - Douleur - Centre A. Vautrin, Nancy (54)

<sup>16</sup> Directeur d'hôpital, Vitré (35)

<sup>17</sup> Cadre infirmier - CHU de Besançon

<sup>18</sup> Usager, Pontivy (56)

<sup>19</sup> Pédiatre - Douleur-Soins palliatifs, Toulouse (31)

## Références

- Colombat P, Mitaine L, Gaudron S. Une solution à la souffrance des soignants face à la mort : la démarche palliative. *Hématologie* 2001;7:54-9.
- Klastersky J. Supportive care in cancer patients. *Lung Cancer* 1993;9(1-6):397-404.
- Krakowski I, Chardot C, Bey P, Guillemin F, Philip T. Organisation coordonnée de la prise en charge des symptômes et du soutien à toutes les phases de la maladie cancéreuse : vers la mise en place de structures pluridisciplinaires de soins oncologiques de support. *Bull Cancer* 2001;88(3):321-8. Article paru également dans la revue *Réseaux* 2002;10 juin 2002.
- Krakowski I. Audition par la Commission nationale d'orientation du cancer du 14 octobre 2002. Annexes du rapport de la Commission nationale d'orientation du cancer. [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)
- Krakowski I, Boureau F, Bugat R, Chassignol L, Colombat Ph, Copel L, D'hérouville D, Filbet M, Laurent B, Memran N, Meynadier J, Parmentier G, Poulain Ph, Saltel P, Serin D, Wagner JP. 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. In: *Bull Cancer* 2004;91(5), *Oncologie* 2004;6:7-15, *Doul et Analg* 2004;1:43-50, *Douleurs* 2004;5:2:66-73, *Euro J Palliative Care* 2004;11(3):119-22, *Méd Pal* 2004;3:134-143.
- Morigault MO. *La mise en place des soins de support au CHU de Rennes : vers un pôle ressource interdisciplinaire ?* École nationale de la Santé Publique, 2006.
- Saltel P. L'organisation des soins de support. *La Lettre du Sénologue* 2002;18:15-16.
- Serin D, Bergerot P. Audition par la Commission nationale d'orientation du cancer du 14 octobre 2002. Annexes du rapport de la Commission nationale d'orientation du cancer. [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)
- Monographie "Soins de support en oncologie à toutes les phases de la maladie". In: *La Revue du Praticien* 1987-2042;vol.56;n°18;30/11/06.

### Sites Internet :

- SFAP : [www.sfap.org](http://www.sfap.org)
- Groupe de réflexion sur l'accompagnement et les soins de support en hématologie : [www.grasspho.org](http://www.grasspho.org)
- Multinational association of supportive care in cancer: [www.mascc.org](http://www.mascc.org)
- Institut national du cancer : [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)
- Ministère de la Santé : [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)
- Ligue contre le cancer : [www.ligue-cancer.net](http://www.ligue-cancer.net)