

Recherche

Appel à projets 2011 (page 12)



Soins

Réhabilitation après allogreffe à Riom-ès-Montagnes (Cantal) (page 6)

Régions

Journées de permanence au cancéropôle de Poitiers (page 10)



Sport & solidarité

Ascension d'un volcan: La Soufrière en Guadeloupe (page 11)

Éditorial

par Guy Bouguet, Président de France Lymphome Espoir

Au seuil de notre sixième année d'existence, nous faisons un point sur le travail accompli avant d'envisager comment poursuivre et améliorer notre action. Plusieurs indicateurs attestent de la reconnaissance de notre association dans le domaine des lymphomes. L'Institut National du Cancer nous a contactés pour la réalisation de la brochure sur les lymphomes non hodgkiniens de leur « collection Guides Patients ». C'est la première fois que l'INCa délègue entièrement la réalisation d'une brochure à une association. En France, nous sommes sollicités ponctuellement par la Haute Autorité de Santé, la Ligue nationale contre le cancer, les sociétés savantes. Nous le sommes aussi au niveau international (EBMT*, Lymphoma Coalition).

À côté de ces actions, notre travail de fond est d'informer les patients, en France, atteints d'un lymphome ou nouvellement diagnostiqués, ainsi que leurs proches, sur cette maladie qui compte 12000 personnes de plus chaque année. Or, cet objectif n'est pas atteint puisque nous ne sommes pas encore présents dans tous les établissements de traitement des lymphomes. Comme l'écrivaient nos professeurs sur nos bulletins : « Bon travail mais peut mieux faire » ! Pour faire mieux, nous avons besoin de nouveaux bénévoles, surtout dans les régions. Venez nombreux à notre Assemblée Générale du 16 mars 2011 pour en discuter ! Nous présenterons les résultats financiers qui montrent que, grâce à vous tous,

l'association est en très bonne santé ! Nous voterons pour renouveler les postes de Président et de Vice-président. Nous pensons, Gérard Dieudonné, Vice-président, et moi-même que le moment est venu de permettre à d'autres de diriger afin de donner un souffle nouveau, une impulsion nouvelle à France Lymphome Espoir. Dans cette édition, coordonnée par Marie-Christine, vous trouverez des articles sur les dernières avancées en matière de traitements, sur les actions régionales menées par FLE et bien d'autres. Très bonne lecture et rendez-vous le 16 mars à Paris !

* EBMT : *European group for Blood and Marrow Transplantation.*

Congrès de l'ASH

Nouveaux standards de traitements

Cette année, peu d'études sur de nouveaux médicaments à l'ASH (American Society of Hematology). Les principales communications sur les lymphomes ont permis de définir de nouveaux standards de traitements.

Par le Dr Richard Delarue - Service d'hématologie - Hôpital Necker - 75 015 PARIS



Conflits d'intérêts: l'auteur déclare avoir reçu des honoraires de Roche. Une déclaration publique d'intérêt est disponible sur le site de l'Assaps.

LYMPHOMES NON HODGKINIENS

Lymphome à cellules du manteau des patients de moins de 65 ans: un nouveau standard

Jusqu'ici, le traitement de référence des patients de moins de 65 ans était une chimiothérapie classique de type R-CHOP⁽¹⁾, suivie d'une autogreffe. Des données accumulées depuis plusieurs années avaient suggéré l'intérêt d'une intensification de cette chimiothérapie d'induction, à base d'Aracytine®. Le consortium européen des lymphomes à cellules du manteau, groupe coopérateur animé essentiellement par des équipes françaises et allemandes, a présenté les résultats d'une étude randomisée testant les deux approches. Le résultat est très positif en faveur du traitement intensifié associant R-CHOP⁽¹⁾, R-DHAP⁽²⁾, puis autogreffe. Sur la base de cette étude présentée par le Pr Olivier Hermine (GELA⁽³⁾ - Hôpital Necker, Paris), c'est la confirmation, d'une part de l'insuffisance du traitement R-CHOP chez les patients jeunes avec un lymphome du manteau, et d'autre part de l'intérêt de l'Aracytine® à forte dose dans la stratégie thérapeutique précoce de cette pathologie.

Lymphome à grandes cellules: encore une place pour la dose-intensité

Historiquement, les premières études à avoir montré des résultats positifs en termes de survie dans les lymphomes à grandes cellules ont été celles cherchant à prouver que l'augmentation de l'intensité du traitement améliorerait son efficacité. Ce concept, « la dose-intensité », a cependant été mis en sourdine depuis les années 2000, après l'introduction des anticorps monoclonaux.

Aujourd'hui, le traitement des lymphomes à grandes cellules, quel que soit l'âge du patient, quels que soient le stade ou les facteurs de risque de la maladie, fait appel à une immunochimiothérapie, associant du rituximab à une chimiothérapie de type CHOP ou « CHOP-like », plus ou moins intensifiée.

La question posée par le GELA dans le

protocole LNH 03-2B était de savoir si ce concept de la dose-intensité était encore valable à l'ère du rituximab. Ce protocole, s'adressant à des patients jeunes de risque intermédiaire chez qui le traitement classique R-CHOP est la référence, a testé l'intérêt d'un régime dose-intense, le R-ACVBP⁽⁴⁾. Les résultats présentés par le Pr Christian Recher (GELA - CHU Purpan, Toulouse) sont sans équivoque: ce traitement intense a permis d'améliorer non seulement la survie sans progression mais aussi la survie globale des patients. À ce jour, c'est la première et seule étude montrant l'intérêt du concept de dose-intensité à l'ère du rituximab.

Patients de plus de 80 ans: les études sont faisables.

La prise en charge des patients de plus de 80 ans atteints de lymphome à grandes cellules est une vraie gageure.

- D'un côté, deux constats: l'espérance de vie n'a cessé de s'améliorer depuis six décennies et le risque de développer un lymphome augmente avec l'âge. Conséquence logique: la population des patients chez lesquels un lymphome va être diagnostiqué après 80 ans augmente régulièrement.
- De l'autre côté, il s'agit d'une population difficile à traiter, essentiellement du fait des nombreuses co-morbidités souvent présentes au diagnostic et de la moins bonne tolérance aux chimiothérapies. Soulignons enfin une dernière difficulté pour l'hématologue: le très faible nombre d'études s'adressant spécifiquement à cette tranche d'âge.

C'est donc avec beaucoup d'intérêt qu'il faut accueillir la présentation du Dr Frédéric Peyrade (GELA - Centre A. Lacassagne, Nice). Une cohorte de patients de plus de 80 ans a été traitée de manière homogène par le classique R-CHOP dont les doses ont été adaptées. Cette étude a permis de souligner quelques points très intéressants qui vont nous permettre de mieux aborder le traitement des personnes

(1) R-CHOP: rituximab, cyclophosphamide, hydroxydoxorubicine, Oncovin® (vincristine), prednisone.

(2) R-DHAP: rituximab, dexaméthasone, Aracytine® (cytarabine), cisplatine, prednisone.

(3) GELA: Groupe d'étude des lymphomes de l'adulte.

(4) R-ACVBP: rituximab, Adriamycine® (doxorubicine), cyclophosphamide, vindésine, bléomycine, prednisone.

(5) Une étude prospective consiste à observer la survenue d'un événement sur des sujets exposés à un risque identifié.

de plus de 80 ans. En premier lieu, les éléments pronostiques classiques sont moins performants au-delà de 80 ans, et on retrouve d'autres facteurs pronostiques puissants, comme le taux d'albumine sérique et l'évaluation simple de l'état général (score OMS). Ensuite, par rapport à la population des moins de 80 ans, il faut noter l'excès de complications pendant la période initiale de traitement, justifiant une prise en charge extra chimiothérapique particulière pour ces patients. Enfin, et c'est une information précieuse, les résultats sont très encourageants: le taux d'efficacité en fin de traitement est de l'ordre de 70 % (pas si loin de la population des moins de 80 ans), et plus de la moitié des patients sont vivants, sans lymphome, à 2 ans de la fin du traitement.

Il y a donc, même dans cette population difficile, de bonnes chances de guérison. Finalement il s'agit d'un véritable plaidoyer pour la recherche clinique en hématogériatrie.

Lymphome folliculaire: une nouvelle indication pour la TEP?

La TEP (ou « PET scan ») est un outil aujourd'hui incontournable dans la prise en charge des patients atteints de lymphome à grandes cellules et de lymphome de Hodgkin, et il a été intégré en 2007 dans les moyens permettant de qualifier la réponse en fin de traitement. Tout naturellement, c'est dans d'autres sous-types de lymphomes que se dirige la recherche autour de l'utilisation de la TEP.

Dans une communication partant des résultats de l'étude Prima, récemment publiée dans *The Lancet*, le Pr Judith Trotman (Université de Sydney, Australie) a pu démontrer que la TEP était aussi un puissant indicateur d'efficacité dans les lymphomes folliculaires: les patients qui, après la phase d'immunochimiothérapie et avant le début du traitement d'entretien, ont une TEP négative rechutent moins et vivent statistiquement plus longtemps. S'ils sont confirmés par des études prospectives⁽⁵⁾, ces résultats vont nécessairement changer la prise en charge des patients, dont la stratégie thérapeutique devra prendre en compte les résultats de la TEP.

Lymphomes folliculaires: y a-t-il encore une place pour l'abstention thérapeutique?

Depuis les premières études datant des années 1980, on sait que certains patients atteints de lymphome folliculaire ne nécessitent pas de traitement, sur la base de l'absence de critères dits « de forte masse tumorale ». Parmi ces critères: la taille des ganglions, le taux de LDH, etc. Est-



ce que l'arrivée des anticorps monoclonaux, en particulier du rituximab, va modifier ce paradigme? Rien n'est moins sûr! Et l'analyse de la présentation faite en séance plénière (la plus prestigieuse) par le Dr Kirit Ardeshtna (University College of London, Royaume-Uni) n'est pas simple. Le message est que le délai au prochain traitement est repoussé si on utilise, dans cette population, un traitement par du rituximab, 4 perfusions hebdomadaires, puis un traitement d'entretien pendant 2 ans, par rapport à une attitude d'abstention thérapeutique et

de traitement à la progression. Maintenant, il n'est pas acquis que cela puisse changer notre attitude au quotidien dans la prise en charge des patients.

Pour rappel, environ 20 % de patients qui ne sont pas traités ne le seront jamais. Rappelons aussi que retarder le moment du premier traitement n'a jamais été associé à une diminution de son efficacité, encore moins à une perte de chance en terme de survie. Ces résultats demandent donc à être confirmés.

Patience avant de changer nos référentiels!

DE BONNES NOUVELLES DANS LE LYMPHOME HODGKINIEN

Les lymphomes hodgkiniens sont extrêmement sensibles à la chimiothérapie et connaissent un fort taux de guérison. Malgré des progrès importants obtenus depuis 30 ans, les résultats thérapeutiques stagnent, avec toujours entre 15 et 30 % des patients qui rechutent et près de 40 % de ces derniers qui restent réfractaires aux traitements.

Aucune thérapeutique ciblée n'est actuellement disponible pour ces patients, les anticorps anti-CD30 nus s'étant révélés inefficaces. Ils sont traités par des protocoles de chimiothérapie spécifiques, mais avec des médicaments utilisés pour d'autres pathologies malignes. Les traitements intensifs avec autogreffe sont efficaces mais toxiques et ne guérissent pas tous les patients. Dans certains cas, rares, des allogreffes peuvent même être proposées.

Deux nouvelles molécules ont été présentées avec une activité clinique dans le lymphome hodgkinien en rechute:

1. Le brentuximab vedotin, ou SGN35, est constitué d'un anticorps anti-CD30, le

brentuximab, couplé à une chimiothérapie, le vedotin, (appelé aussi auristatine). Il a été administré à 102 patients avec des lymphomes de Hodgkin avancés, en rechute après traitement intensif et autogreffe. Dans ce contexte, ce produit, utilisé en hôpital de jour toutes les 3 semaines, a donné 75 % de réponse objective et 34 % de rémission complète.

La tolérance est bonne avec, comme toxicité principale, un risque de neuropathie sensitive, réversible à l'arrêt du traitement.

2. Le pabinostat est un inhibiteur des histones déacétylase. Il est donné par voie orale 3 jours par semaine sur des cycles de 3 semaines. Sur 129 patients aussi avancés, le taux de réponse objective est de 27 % avec 4 % de réponse complète. La toxicité est faible en dehors de cas de thrombopénie.

Les deux produits sont actuellement en essai thérapeutique, en adjuvant après une intensification thérapeutique et autogreffe. D'autres développements en association avec des chimiothérapies sont à l'étude.

Dr Pauline Brice

LYMPHOME ANAPLASIQUE

Le brentuximab vedotin est encore plus efficace dans une forme rare de lymphome non hodgkinien dont les cellules expriment le CD30: le lymphome anaplasique (2 % des lymphomes). Sur 50 patients en rechute après chimiothérapie de type CHOP le taux de rémission complète est de 50 %. **PB**

Les réseaux de santé

Aux côtés de l'hôpital et du médecin traitant : solutions à la prise en charge médico-sociale et des soins de support.

Certains d'entre nous n'ont jamais entendu parler d'un réseau de santé, qu'est-ce que c'est, et quelle est sa place dans le système de soins ?

Les réseaux de santé sont très nombreux, plus de 1000, ils couvrent l'ensemble du territoire français mais forment un ensemble hétérogène. Ils ont un statut juridique propre, souvent une association loi 1901, regroupant institutions et professionnels de santé. Ils ont en commun de proposer une COORDINATION entre des professionnels de santé (médecins, infirmiers, psychologues, etc.) en vue d'apporter une réponse globale (médicale, sociale) aux besoins d'un patient porteur d'une ou plusieurs maladies chroniques, à proximité de son domicile. Corrélativement, ces réseaux fournissent un cadre pluridisciplinaire aux professionnels de santé (rencontres de travail et d'échanges, aide à la concertation et à la prise de décisions pluridisciplinaires, formations, etc.). Quant à sa place, un réseau n'a vocation à se substituer ni à l'hôpital ni au médecin traitant, il est un des chaînons du système de soins.

Quelles sont les différentes sortes de réseaux de santé ?

Il n'y a pas de classification établie, mais les réseaux doivent répondre à une logique **d'organisation territoriale** à deux niveaux ⁽¹⁾ :

- Le **niveau de proximité**, correspond à la demande en soins primaires dans l'environnement le plus proche possible du domicile du patient, sur des thèmes généraux choisis parmi des pathologies qui demandent des soins fréquents : gérontologie, douleur, soins palliatifs, etc.
- Les **niveaux territoriaux**, qui interviennent en recours ou en expertise pour des pathologies ne relevant pas du niveau de proximité. Leurs activités peuvent être organisées à un niveau territorial plus large, en liaison, le cas échéant, avec un pôle universitaire de référence.



D'autre part, suite aux recommandations du premier Plan Cancer, il a été créé, en 2007, une autre catégorie de réseaux : les **réseaux régionaux de cancérologie (RRC)** ⁽²⁾. Ils ne sont pas destinés à prendre en charge des patients, mais ils coordonnent des professionnels de santé à l'échelle régionale et participent à l'amélioration continue des pratiques en cancérologie.

Comment le financement de ces réseaux est-il assuré ?

Il est assuré par les ARS (Agences régionales de santé) et réévalué tous les 3 ans. Il comprend les frais de fonctionnement, les investissements et la rémunération des prestations dérogatoires. Les réseaux peuvent faire accéder le patient à des professionnels et des soins « hors du champ du remboursement de

l'assurance-maladie » ⁽¹⁾ (selon les réseaux : pédicure-podologue, psychologue, diététicienne, etc.). Ces prestations sont financées en « **dérogation tarifaire** ». Toutefois, ces dérogations « doivent rester expérimentales, c'est-à-dire limitées dans le temps et en niveau de rémunération » ⁽¹⁾.

Les réseaux sont actuellement en phase d'évaluation et de révision de leurs budgets. Dans un contexte de réduction des dépenses publiques, ceux-ci vont être diminués, les contraignant à réduire le volume de leurs prestations, et, pour certains, à licencier ou même à arrêter leur activité. Ceux qui sont adossés à un hôpital sont solides, mais certains réseaux de proximité pourraient se trouver en difficulté. Souhaitons qu'une solution puisse être trouvée tant pour les patients que pour les professionnels qui leur assurent ces soins complémentaires si nécessaires ! ⁽³⁾

POUR TROUVER VOTRE RÉSEAU DE SANTÉ

- Adressez-vous à votre centre de soins, votre médecin traitant, votre centre de sécurité sociale ;
- Sur internet : www.ameli.fr/professionnels-de-sante/directeurs-d-etablissements-de-sante
Vous indiquez votre code postal et choisissez l'onglet « Votre caisse ». Sur la page, les réseaux de santé se trouvent sous « Acteurs locaux ».

(1) Circulaire DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007.

(2) Circulaire DHOS/CNAMTS/INCA/2007/357 du 25 septembre 2007 relative aux réseaux régionaux de cancérologie.

(3) D'après une interview au Magazine de la santé, France 5, le 17-02-2011.

HÉMATOLIM, un réseau double en Limousin, centré sur l'hématologie.

La région Limousin est la région la moins peuplée de France (737 000 habitants), avec un habitat dispersé éloignant parfois les patients à plus d'une heure de trajet d'un service d'hématologie. La population est âgée, et les deux-tiers vivent dans des villes de moins de 10 000 habitants. Le réseau HÉMATOLIM est une **association loi 1901**. Il est composé de professionnels médicaux d'établissements de santé publics et privés et de professionnels libéraux.

Le Réseau exerce une double mission :

- **Une mission régionale pour la coordination des professionnels de santé** au niveau du Limousin et **l'amélioration des pratiques en hématologie**: formation des professionnels de santé (20 réunions en 2010), **écriture et/ou implémentation des référentiels médicaux** (4 validés ou actualisés en 2010), **création de documents d'information** à destination des professionnels et des patients (PPS, fiche d'informations pathologies, fiche liaison ville-hôpital...), **actions de recherche clinique** au sein du réseau grâce à une interface étroite avec l'unité de recherche clinique du service d'hématologie du CHU de Limoges et l'Équipe Mobile de Recherche Clinique (EMRC), **mise en place de projets comme le dispositif ESCADHEM** (Externalisation et Sécurisation des

Chimiothérapies injectables A Domicile pour les Hémopathies Malignes), **création et animation d'un site internet**. D'autres missions restent à développer telles que **le Dossier Communiquant en Cancérologie (DCC), l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP)**...

- **Une mission territoriale**, orientée vers les **patients**, permet d'assurer aux patients la continuité des soins en lien avec le médecin traitant et favorise la liaison ville-hôpital. Une infirmière coordinatrice des soins, cofinancée par l'ARS et la Ligue contre le Cancer du Limousin, coordonne les retours à domicile difficiles au sein du Centre de Coordination en Cancérologie Régional en Hématologie (3C RH).

• **Consultations avancées** en hématologie dans les établissements périphériques de la région (1 431 consultations en 2009 et 110 actes autres pour 981 patients). Grâce à une collaboration avec le 3C RH, les dossiers sont discutés en RCP (Réunion de Concertation Pluridisciplinaire). Il y a un médecin référent/correspondant dans chaque établissement. 70 % des patients de consultations avancées ne sont pas connus du CHU.

• **Soins de support: PSY'Hématolim**: réseau de psychologues hospitaliers et libéraux, financé par dérogation tarifaire par le réseau à hauteur de 6 séances (98 consultations pour 31 patients en



2010), **GER'Hématolim** (gériatrie), **NUTRI'Hématolim**: prise en charge nutritionnelle au domicile du patient, en partenariat avec le réseau LINUT (Limousin Nutrition), **numéro vert infirmier, des journées d'information**.

Le réseau HématolLim se veut une réponse à l'inégalité d'accès aux soins, à la recherche clinique et à l'innovation thérapeutique dans la région Limousin. Le développement de la pluridisciplinarité et de la transversalité au sein d'HEMATOLIM est une autre expérience, innovante et originale qui répond aux besoins de mutualisation des réseaux. Sa double mission favorise une dynamique humaine, cohérente et efficiente au bénéfice des patients.

Contact

HématolLim - Service d'Hématologie Clinique et de Thérapie Cellulaire
CHRU de Limoges - 2, avenue Martin Luther King - 87042 Limoges Cedex
Téléphone: 05 55 05 66 42
Médecin Coordonnateur: Dr Mohamed TOUATI

OSMOSE: un réseau de proximité en région parisienne

- Constitué en association loi 1901, dont les membres sont des institutions et des professionnels de santé du sud du 92 (Hauts-de-Seine);
- 3 domaines de compétence: cancérologie, gérontologie, soins palliatifs;
- Secteur géographique: 14 communes du sud des Hauts-de-Seine (500 000 habitants).
- Activité en 2010: 1060 patients suivis par 9 salariés.

Les services rendus aux patients et à leurs proches

Accompagnements médical, psychologique et social, visites au domicile pour évaluer les besoins, suivi de la prise en charge, coordination des professionnels impliqués dans les soins, orientation vers les professionnels et services de proximité (consultations et ateliers de socio-esthétique, de relaxation et de sophrologie, de diététique...), permanence téléphonique, espace d'information et réunions d'échanges.



Les services rendus aux professionnels et institutions de santé.

Accompagnement dans la prise en charge et le suivi des patients, aide à la concertation et à la prise de décisions pluridisciplinaires, formations, rencontres de travail et d'échanges, orientation vers les différentes ressources locales.

Contact

Réseau Osmose: 20/22, avenue Édouard Herriot - immeuble Le Carnot - 92350 Le Plessis Robinson
Tél. 01 46 30 18 14
E-mail: info@reseau-osmose.fr
Site internet: www.reseau-osmose.fr
Directeur: Stéphane LEVEQUE

TÉMOIGNAGE

COMMENT J'AI CONNU OSMOSE

« À la découverte de mon lymphome, à l'âge de 64 ans, je suis soigné à l'hôpital militaire PERCY, à Clamart (92), proche de mon domicile. Au cours d'une séance de chimiothérapie, nous est distribué un document d'information sur une nouvelle structure appelée ONCO 92 SUD (maintenant OSMOSE). C'est un réseau de prise en charge de personnes touchées par le cancer dans le sud des Hauts-de-Seine. Très rapidement, je prends contact et participe aux activités qui me paraissent les plus utiles: des conférences sur les problèmes du cancer (traitements, nutrition, effets secondaires, aides sociales, activités physiques, etc.) et des ateliers en petits groupes pour échanger sur divers aspects des problèmes engendrés par le cancer, par exemple en relation avec le travail, les problèmes familiaux etc. Après la fin de mes traitements, je bénéficie d'un accompagnement par une psychologue pendant environ deux mois, entièrement pris en charge par ce réseau. » Michel

Stage de réhabilitation

après allogreffe

À l'horizon, le Puy de Sancy (1 843 m)
vu depuis les hauts de Bort-les-Orgues.

La Clinique du Souffle® pour la réhabilitation respiratoire

Le 4 octobre 2010, à Riom-ès-Montagnes dans le Cantal, s'est ouvert la nouvelle Clinique du Souffle® du groupe Fontalvie: Les Clarines. Elle est située en pleine nature, dans le Parc Naturel des Volcans d'Auvergne, en moyenne montagne (800 mètres).

Cet établissement riomois, tout comme les deux autres Cliniques du Souffle® du groupe, s'adresse aux personnes souffrant d'une maladie chronique respiratoire comme la BPCO (broncho-pneumopathie chronique obstructive), l'asthme sévère ou encore de troubles respiratoires du sommeil. À la différence des autres centres, la spécificité de celui des Clarines est de proposer aussi un programme de réhabilitation pour les patients ayant eu une allogreffe de cellules souches hématopoïétiques et souffrant de problèmes pulmonaires induits par les traitements pré et post-greffe.

Pourquoi une réhabilitation du souffle ?

Toutes ces affections peuvent plonger le patient dans une spirale et altérer considérablement sa qualité de vie. L'essoufflement amène le malade à se sédentariser, entraînant un déconditionnement physique, puis une atrophie musculaire. Il peut progressivement perdre confiance en lui-même et tomber dans une véritable dépression. La réhabilitation offerte dans ce centre vise à améliorer les fonctions altérées, à retrouver un nouvel équilibre pour, finalement, optimiser la qualité de vie.

Les moyens

Les Clarines ont une capacité d'accueil de 70 lits. Le centre est équipé d'une piscine intérieure chauffée (très chaude), de plusieurs salles d'activités (sports de balles, vélos stationnaires, appareils de musculation, etc.) et d'une salle de relaxation. Il bénéficie aussi d'un magnifique environnement naturel.

Le programme de réhabilitation sur 4 semaines

Intitulé « réhabilitation respiratoire », le programme de soins intègre la rééducation et le réentraînement à l'effort à l'éducation thérapeutique et à un accompagnement psychologique. Progressivement, les exercices contribuent à inverser le processus de déconditionnement physique,

permettent de retrouver un peu de souffle, d'améliorer la tolérance à l'exercice et ainsi d'optimiser la qualité de vie du patient en lui rendant une certaine autonomie.

L'équipe soignante

À son arrivée, le patient est pris en charge par l'équipe locale composée d'infirmiers, kinésithérapeutes, enseignants en activités physiques adaptées, psychologues, diététiciens et bien évidemment plusieurs médecins spécialistes en pneumologie. Un bilan physiologique d'entrée est effectué afin d'établir le programme personnalisé de réhabilitation.

L'expérience d'un « stagiaire »

« J'ai eu la chance d'être un des premiers bénéficiaires de cette réhabilitation du souffle. J'ai tout d'abord découvert un établissement tout neuf, doté d'un grand confort, des chambres comme des espaces communs. Le personnel ultra sympathique et professionnel était à l'écoute des patients, donnant ainsi à l'établissement une ambiance très chaleureuse. Sur le plan de l'entraînement physique, le programme était très simple: minimum de 6 heures d'activités par jour pendant 5 jours, avec, cerise sur le gâteau, trois marches-randos hebdomadaires dans le splendide Pays Gentiane! » GB

→ **Le séjour de réhabilitation est soumis à prescription médicale, et pris en charge par les organismes sociaux.**

<http://www.cliniquedusoufflelesclarines.fr>
<http://www.pays-gentiane.com>

LA RECHERCHE À LA CLINIQUE DU SOUFFLE® « LES CLARINES » (CSC)

En parallèle de son projet thérapeutique, la CSC met en place des projets de recherche. En hématologie, un programme porte sur « l'évaluation du handicap chez les patients guéris d'une leucémie après allogreffe de cellules souches hématopoïétiques », en partenariat avec le CHU Saint-Louis à Paris, le CHU Michallon à Grenoble et le CHU de Clermont-Ferrand.

Point sur l'avancement du Plan cancer 2009-2013

La deuxième édition des rencontres annuelles de l'INCa ⁽¹⁾ s'est déroulée le 24 novembre 2010 en présence de près de 900 participants. Le 2^e rapport d'étape au Président de la République ⁽²⁾ a été rendu public le 4 février 2011 pour la Journée mondiale de lutte contre le cancer.



L'AVANCEMENT

- 101 mesures sur les 118 avancent comme prévu
- 237 millions d'euros mobilisés en 2009 (98 % du budget 2009) :
 - Renforcement du soutien à la recherche pluridisciplinaire
 - Multiplication des programmes de recherche internationaux
 - Formation d'un plus grand nombre de professionnels de santé

Point sur les quatre grandes thématiques

- Les inégalités face au cancer;
- Prévenir l'apparition des cancers;
- Progresser dans l'accès à des soins innovants et personnalisés;
- Ouvrir de façon concrète et durable le champ de la vie des personnes pendant et après le cancer.

La réduction des inégalités. Elle commence par la prise de conscience de la situation, son évaluation et la définition de pistes de travail. Pour cela, deux rapports ont été publiés par l'INCa : « La situation du cancer en France » pour identifier les disparités géographiques et sociales, et « La survie attendue des patients atteints de cancer en France ». D'autre part, un appel à projets en sciences humaines et sociales a été lancé. Six projets portant sur les inégalités ont été sélectionnés et quatre sur les risques environnementaux et comportementaux.

La prévention a été évoquée en termes de dépistage et de détection précoce pour des cancers autres qu'hématologiques.

Progresser dans l'accès à des soins innovants et personnalisés

Une expérimentation sur un an des parcours de soins a démarré dans 35 sites pilotes. Elle impliquera les centres de soins, les médecins traitants et les équipes soignantes de proximité.

1) La personnalisation du parcours de soin (PPS)

Les problèmes à résoudre sont complexes :

- Comment assurer une meilleure coordination entre les professionnels de santé? Concrètement, les obstacles sur le terrain sont nombreux, et les expériences professionnelles des acteurs concernés, diverses.

- Une crainte est déjà exprimée: « *aura-t-on suffisamment de médecins généralistes pour assurer un transfert des tâches et des compétences?* »
- La mise en place des postes d' « infirmier référent coordinateur »: ils sont un complément du dispositif d'annonce. « *Si des infirmières s'investissent dans cette mission, c'est aussi parce qu'elles se sont rendu compte qu'il y avait des manques dans la prise en charge des patients* », disait un cadre de santé.

2) La médecine de proximité

Il s'agit de la prise en charge à domicile des patients traités pour un cancer. Le Dr Élisabeth Hubert, présidente de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD), a été chargée par le Président de la République d'une mission de concertation sur la médecine de proximité. Elle estime que nous nous trouvons à la veille de grands changements. Des établissements se sont engagés dans la prise en charge à domicile des patients traités pour un cancer, notamment pour les chimiothérapies, et c'est une perspective d'avenir. Des progrès demeurent toutefois à accomplir, notamment pour la reconstitution des antimitotiques. Pour Élisabeth Hubert, un double mouvement se dessine: d'un côté les établissements hospitaliers vont être de plus en plus techniques, de l'autre les dispositifs à domicile, les soins coordonnés sont appelés à se développer: « *il est nécessaire que les*

professionnels de l'ambulatoire apprennent à raisonner ensemble, ce partage d'activités peut être un élément très important. Sans négliger pour autant la sécurité et les exigences à domicile qui doivent être identiques à celles qui prévalent à l'hôpital. »

La qualité de vie pendant et après les traitements

1) L'accompagnement social

Le « volet social » devrait être mis en place dès l'annonce afin de détecter les patients paraissant les plus fragiles socialement.

2) Préserver ou retrouver une vie professionnelle et sociale

- Selon les études, 10 à 20 % des personnes perdent leur emploi deux ans après le diagnostic de cancer. Les stratégies de mise en œuvre pour remédier à ce problème crucial restent à définir. Les solutions seront à chercher autour des aménagements du temps, des conditions et de la charge de travail.
- Concernant l'amélioration des conditions d'assurance pour les emprunts, la signature de l'avenant à la Convention AERAS est une avancée. Sa mise en œuvre effective devra être surveillée.

(1) <http://www.e-cancer.fr/linstitut-national-du-cancer/colloques/rencontres-de-linca-2010>

(2) À télécharger sur www.e-cancer.fr/plancancer-2009-2013

Réforme du régime des ALD (Affections de longue durée)

Les conditions d'exonération du ticket modérateur (c'est-à-dire la part restant à la charge de l'assuré), ont été modifiées par trois décrets du 19 janvier 2010.

En résumé, la prise en charge des ALD 30 sera différente dans ces deux phases:

La période des traitements, séquelles, récidives

- Durée: 5 ans, renouvelable pour la poursuite des traitements ou la prise en charge des séquelles liées à la maladie ou aux traitements. Une récurrence ou l'apparition d'une séquelle tardive grave conduit à la reprise de l'exonération du ticket modérateur.
- Postes pris en charge à 100 % (après application de la franchise): actes (consultation, radiologie, etc.), examens (biologie, etc.) et médicaments.

La période de suivi

- Elle démarre à l'expiration de la période ci-dessus, et se poursuit sans limite de durée. Pour que les actes et examens soient pris en charge, il suffit que le médecin mentionne sur l'ordonnance et la feuille de soins: « Suivi post-ALD ».
- Postes pris en charge à 100 % (après application de la franchise): actes et examens, sur la base des référentiels élaborés par la Haute Autorité de Santé et l'INCa⁽¹⁾ (en particulier la Liste des Actes et des Prestations). Les médicaments ne sont plus pris en charge à 100 %.

- Les admissions au régime des ALD en cours restent soumises aux dispositions antérieures jusqu'à la fin de leur validité.
- Les prises en charge à 100 % au titre du régime de l'invalidité ne sont pas concernées par la réforme.

(1) Site internet de l'INCa: www.e-cancer.fr/expertises-publications-de-l-inc-a/guides-ald-medecins-traitants

Rénovation de la convention AERAS

L'avenant à la convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé), a été signé le 1^{er} février 2011, entre les représentants de l'État, des banques, des assureurs et d'associations de patients. Les progrès de la médecine permettent maintenant de recouvrer la santé ou de vivre longtemps avec une maladie chronique. Le secteur de l'assurance se devait d'en tenir compte. Entre autres mesures, cet avenant améliore la garantie du risque d'invalidité par la prise en compte de la stabilisation de l'état du malade. L'entrée en vigueur (EV) des principales dispositions est fixée au 1^{er} septembre 2011.

Trois solutions pour la garantie du risque invalidité:

- 1) Le contrat standard de l'assureur avec exclusions ou surprimes;
- 2) **NOUVEAU**: la « **garantie invalidité spécifique** »;
- 3) Au minimum: la couverture du risque de perte totale ou irréversible d'autonomie.

Montants:

- Prêts immobiliers et professionnels: 320 000 € (au lieu de 300 000 €) sans tenir compte des crédits relais pour l'acquisition de la résidence principale;

- Prêts à la consommation: 17 000 € (au lieu de 15 000 €). EV: 1^{er} mai 2011.

Surprises:

Écrêtement pour les prêts pour l'acquisition de la résidence principale et les prêts professionnels; pour les revenus compris entre 1 et 1,5 fois le plafond de la sécurité sociale en fonction du nombre de parts (de 1 à 3 et plus), le montant de la prime d'assurance est plafonné à 1,4 point (au lieu de 1,5) dans le taux effectif global (TEG) du crédit. La surprime est supprimée pour les prêts immobiliers à taux zéro (PTZ+) des emprunteurs de moins de 35 ans.

Progrès attendus de l'application de la nouvelle convention

- Les assureurs se sont engagés à proposer la nouvelle garantie invalidité aux personnes qui sont, ou qui ont été malades;
- Tous les malades en bénéficieront puisqu'elle ne comportera aucune exclusion de pathologies;
- Des prestations d'invalidité pourront être versées à tous les assurés relevant de la 3^e catégorie d'invalidité de la sécurité sociale ainsi qu'à environ 60 % des assurés relevant de la 2^e catégorie.

DROITS DES PATIENTS



Écran du site internet: www.droitsdespatients.fr

UNE ÉMISSION DIFFUSÉE dans les chambres des patients

Dans le style du Magazine de la santé de France 5, ce film présente une série de reportages et d'interviews menées par Michel Cymès. Chaque situation donne l'occasion de dire au patient les droits dont il dispose et comment faire en cas de problème. Certes destiné aux patients, ce film sera également vu par leurs interlocuteurs, et devrait contribuer à pacifier des relations interpersonnelles parfois délicates dans le contexte si difficile des soins et de l'hôpital.

Site officiel: « Espace usager du système de santé »: www.sante.gouv.fr/espace-droits-des-usagers

CONDITIONS D'ACCÈS À LA « GARANTIE INVALIDITÉ SPÉCIFIQUE »

- Une incapacité fonctionnelle couplée à une incapacité professionnelle (en fonction du statut: pension d'invalidité 2^e ou 3^e catégorie, congé longue maladie ou notification de l'incapacité totale);
 - Le taux d'incapacité fonctionnelle est fixé à 70 % suivant le barème annexé au code des pensions civiles et militaires⁽¹⁾; en cas de poly-pathologies, la cotation s'effectue en additionnant le taux des différentes pathologies;
 - Aucune exclusion de pathologies;
- La prestation est servie au minimum indemnitaire, en couvrant la perte de revenu de l'assuré.

⁽¹⁾ Ce barème est sur le site de la Caisse des dépôts Retraite - Actifs - CNRACL - Actifs - Invalidité CNRACL - Barème invalidité - Télécharger: www.cdc.retraite.fr/portail/spip.php?page=article&id_article=826&cible=_actif#pos

Site internet: www.aeras.fr

Le site internet contient déjà les textes de la convention et de l'annexe. Il sera progressivement étoffé au cours du 1^{er} semestre 2011.

– Réflexion –

« Et si on parlait un peu d'éthique ? »

Face à la société qui devient impersonnelle, qui va trop vite, où l'individu peine à trouver sa vraie place face aux progrès de la recherche qui nous dépassent souvent, les valeurs humaines nous parlent à tous. Elles ne concernent pas que les professionnels de santé, ni même seulement les malades ou leurs proches, mais nous devons y réfléchir ensemble, au sein des structures de soins et au niveau de la société, dans l'espace public. Dans ce but, le législateur a créé les « espaces de réflexion éthique au niveau régional ou interrégional ». En pratique, leur organisation est dévolue aux centres hospitalo-universitaires.

Dans la région Nord-Pas-de-Calais, l'Espace éthique hospitalier et universitaire du CHRU de Lille a mis en œuvre cette réflexion sur les deux niveaux:

- 1) Une réunion du conseil de l'EEHU auquel France Lymphome Espoir a participé, représentée par Éliane Cailleaux, le 23 novembre 2010.
- 2) La 1^{re} Journée thématique « Droits des malades, refus de soins, limitation des traitements, 5 ans après la loi Leonetti », le 9 décembre 2010 à Lille, largement ouverte à la société civile, à laquelle Cathy Berthier a assisté.

Nous vous donnons ici un bref résumé des problématiques évoquées lors de ces réunions:

RÉUNION DE L'EEHU du 23-11-2010

Pour cette première réunion, les professionnels de santé ont recensé les thèmes à aborder:

- Ouverture de la réflexion à la société civile pour un éclairage culturel, philosophique, religieux et en dégager des valeurs communes, sans oublier l'aspect juridique.
- Cheminement de la réflexion en équipe interdisciplinaire sur des études de cas, car même si la procédure est élaborée de façon collégiale, le soignant se retrouve seul face à la décision.
- Formation initiale et continue pour éclairer les pratiques et la recherche des enjeux éthiques, mais aussi pour dynamiser la recherche en approfondissant le point de vue éthique et permettre de publier les avancées médicales.

LA 1^{re} JOURNÉE THÉMATIQUE « DROITS DES MALADES »

Les thèmes qui ont émergé: les thèmes principaux qui rassemblent les soignants et les proches de malades ont été la « bien-traitance », le bien-être et la dignité des malades à travers les services (néo-natalité, réanimation, grands brûlés).

Les témoignages apportés montrent la prise de conscience du contenu et de la philosophie de la loi Leonetti: le respect des choix de chacun, le maintien de la dignité humaine par la prise en charge de la douleur, les droits du malade en fin de vie et les obligations de la société envers le malade et ses conditions de vie, l'importance des protocoles de soin et de leur évaluation.

Les termes « dignité » et « responsabilité » interpellent notre conscience. Ils renvoient:

- à des situations de perte d'autonomie physique et intellectuelle du malade;

MISSIONS DES ESPACES DE RÉFLEXION ÉTHIQUE HOSPITALO-UNIVERSITAIRES (EEHU)

Au sein de l'EEHU du CHRU de Lille, elles sont décrites ainsi (1):

- Offrir un lieu d'expression, de rencontre et de réflexion aux professionnels hospitaliers et aux étudiants, sur les questions d'éthique soulevées par leurs pratiques;
- Soutenir le questionnement éthique à partir des évolutions de la société et promouvoir la formation initiale, continue et universitaire en éthique de la santé et du soin;
- Encourager l'émergence de nouvelles compétences professionnelles;
- Favoriser le développement de la recherche en éthique, et la discussion des problèmes d'éthique attachés à la recherche.

Vers le public, L'EEHU organise des débats « afin de promouvoir l'information et la consultation des citoyens sur les questions de bioéthique ».

(1) <http://www.chru-lille.fr/ethique>

- au statut du soignant que la loi et les règles de la collégialité dans la décision protègent des dérives possibles;
- à l'aspect social de la personne en fin de vie et à la prise en compte de sa souffrance psychique et de celle de son entourage;
- au rôle de la « personne de confiance » désignée par le malade, qui dépend de son propre parcours de vie et de sa relation avec la personne concernée.

LE COMITÉ ÉTHIQUE & CANCER UNE AIDE À LA RÉFLEXION ÉTHIQUE FACE À DES SITUATIONS CONCRÈTES

Quelques exemples:

- Le consentement du patient est-il vraiment « éclairé » face aux essais cliniques?
- Concilier la demande d'espoir du patient et le constat d'absence de résultat du traitement.
- Refus de traitement et autonomie de la personne.
- Secret professionnel sur l'état réel du malade et assistance à la famille qui attend des informations: non-dit et dialogue.

Ces questions ont été posées au Comité Éthique & Cancer. Les délibérations sont publiées dans le Bulletin, sur le site internet: <http://www.ethique-cancer.fr>

Le comité peut être saisi par tous sur toute question d'ordre éthique en relation avec la pathologie cancéreuse, soit par voie postale (Ligue contre le cancer – Questions éthiques, 14, rue Corvisart – 75013 PARIS), soit par courrier électronique (ethique@ligue-cancer.net).

– Régions –

DU NORD-PAS-DE CALAIS À RHÔNE-ALPES

LE RELAIS DE L'EXPO-PHOTOS « CLIC-CLAQUES AUX LYMPHOMES »

- Au Centre hospitalier de Montreuil-sur-Mer (62 - Pas-de-Calais) : du 24 au 28 janvier 2011



Jeanne Herenguel et Karine Duquesne

Extrait de la dédicace de Jeanne HERENGUEL, Animatrice AIRE CANCERS pour les deux Centres hospitaliers, dans le livre d'or de l'exposition photos :

« À chacun son image,
À chacun son visage,
À chacun son paysage,
À chacun ses mots,
À chacun sa propre vision de la maladie,
Mais à Nous, cette exposition n'est que source d'Espoir
Bravo pour l'initiative! Bravo pour la beauté, la qualité des prises de vues!
Merci à toutes ces personnes qui ont osé parler avec leur cœur. »

- Au Centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer (62 - Pas-de-Calais) : du 15 au 23 janvier 2011



- A l'Institut de cancérologie de la Loire (ICL) à Saint-Etienne (42 - Loire) : du 4 au 25 février 2011



Les animatrices de l'ERI de l'Institut de Cancérologie de la Loire : Vanessa Dutertre (à g.) et son assistante (à dr.) : Trois bénévoles de FLE (de g. à dr.) : Colette, Chantal et Michèle.

- À l'Hôpital Michallon du CHU de Grenoble (38 - Isère) : du 8 au 28 mars 2011



L'ensemble des 40 cadres et témoignages.



Flyers et livre d'or de l'exposition.

POITOU-CHARENTES

14 ET 15 FÉVRIER PERMANENCE FLE AU PÔLE RÉGIONAL DE CANCÉROLOGIE (PRC) DE POITIERS

Ces journées ont été organisées avec Sylvie Aubert, Animatrice en santé à l'ERI (Espace rencontre et information) du PRC de Poitiers. L'information avait été relayée par la presse, dans deux sympathiques articles de Centre Presse et la Nouvelle République, ainsi qu'au sein de l'hôpital. Nous avons été accueillies par le Pr Tourani, Coordonnateur du PRC. Notre stand, installé dans le superbe hall, a reçu 55 visiteurs, patients, proches, mais aussi du Pr Guillhot, Chef du Service Oncologie Hématologique et Thérapie Cellulaire et de membres de son équipe. Les échanges ont été très chaleureux, y compris entre les visiteurs qui étaient heureux de partager leurs expériences. De nouveaux

bénévoles sont prêts à s'investir aux côtés de Stéphanie Pelletier, notre correspondante pour la Vienne et les Deux-Sèvres.

Anne (à g.) et Stéphanie (à dr.) renseignant des visiteurs.



RENCONTRE AVEC LA MDPH (1) DES DEUX-SÈVRES (79) À NIORT

À l'initiative de Mme Isabelle Cheverry, assistante sociale à la MDPH de Niort, Stéphanie Pelletier a présenté l'association au personnel de la MDPH (des assistantes sociales, médecins, personnel administratif). Cette rencontre fut l'occasion d'un échange d'informations sur la mise en place d'un dossier à la MDPH et sur les difficultés des patients atteints de lymphomes. Des relations ont été mises en place pour poser des questions sur les démarches auprès de cet organisme.

(1) MDPH: Maison départementale des personnes handicapées

Liste et coordonnées sur notre site: www.francelymphomeespoir.fr/Social-et-Administratif

– Sports & solidarité –

SANG POUR SANG SPORT – 6 ET 19 FÉVRIER 2011

Le millésime 2011 de ces deux événements a été reconnu par les coureurs et les spectateurs pour sa qualité et le professionnalisme des organisateurs. Cette année, Sang pour Sang Sport a franchi un cap en proposant un chronométrage à puce et un meilleur accueil aux coureurs. Les bénéfices de ces courses sont consacrés à la lutte contre le lymphome.

Dernière Minute

Nous venons d'apprendre que Michaël Bosc, le président de SPSS, avait décidé de reverser 2000 € à France Lymphome Espoir. Au nom des malades et de leurs proches, nous lui adressons nos chaleureux remerciements ainsi qu'à tous les participants.



FOULÉES DE CHASSE-SUR- RHÔNE (ISÈRE - 38) – 3^E ÉDITION

253 PARTICIPANT(E)S

Succès grandissant pour cette 3^e édition des Foulées de Chasse-sur-Rhône, organisées avec maestria par toute l'équipe de Sang pour Sang Sport. Conditions météo idéales pour une épreuve de cross: soleil et fraîcheur!

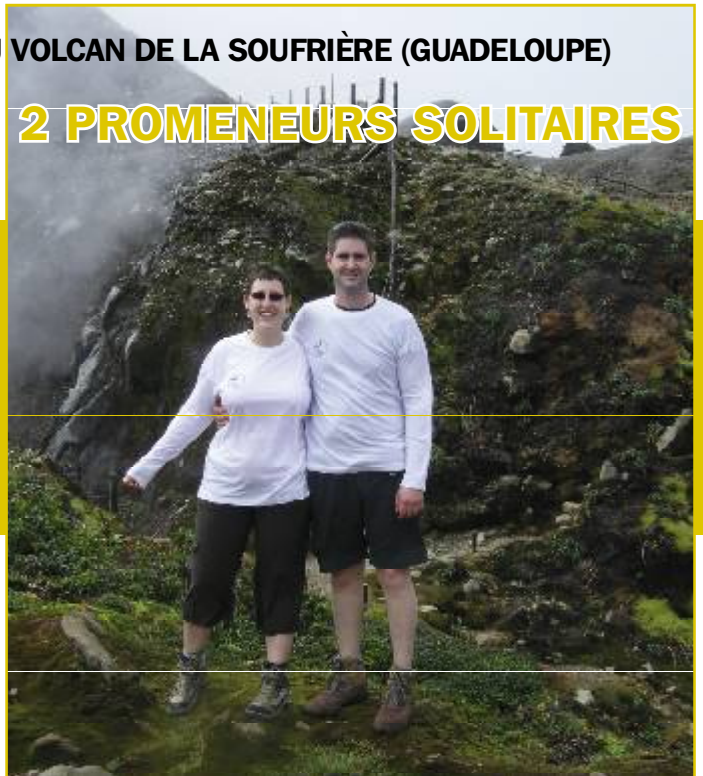
Avant l'épreuve sportive, le même parcours était ouvert, sur un rythme moins élevé, aux 140 participants randonneurs. Après l'effort, un buffet généreux attendait sportifs et accompagnateurs à la salle Jean-Marion, mise à disposition par la Mairie de Chasse.

Une belle journée de partage, associant les (très) bien portants à tous ceux qui rament dans une lutte contre un lymphome.

Daniel

ASCENSION DU VOLCAN DE LA SOUFRIÈRE (GUADELOUPE)

2 PROMENEURS SOLITAIRES



La Soufrière:
Stéphanie Pelletier
et son mari, Nicolas.

À son retour, Stéphanie nous a envoyé ce témoignage: « Après mon autogreffe, en juin 2010, nous avons décidé, avec mon mari, de partir en Guadeloupe en janvier 2011. Objectif: gravir le volcan de la Soufrière (1467 mètres) sous les couleurs de France Lymphome Espoir! 4 km de marche aller-retour par un chemin escarpé, qui grimpe à l'aller et qui descend au retour... Mon but: me prouver que j'en suis capable, mais aussi apporter de l'espoir à tous les malades en cours de traitement. Si j'y arrive, pourquoi pas vous? Objectif atteint avec fierté! En quatre heures, alors qu'il en faut en moyenne trois à un sportif assidu. Les courbatures des deux jours suivants m'ont rappelé que je suis en vie..., et que mon corps fonctionne normalement...! Voilà un beau cadeau, signe de ma rémission! » Bravo, Stéphanie, pour ton endurance et pour ce témoignage de ton dynamisme et de ta volonté!

NUIT BLANCHE DU PILAT (LE BESSAT - LOIRE - 42) TRAIL NOCTURNE SUR NEIGE DAMÉE – 2^E ÉDITION

626 COUREURS À PIED!

La Nuit Blanche du Pilat est aujourd'hui l'une des toutes premières courses de la région. Cette année, seule absente au programme: la neige! À 18h30 précises, encadrés par une haie de bénévoles de l'association SPSS tendant en direction du ciel assombri des torches lumineuses, les coureurs se sont élancés sur les chemins de la forêt communale du Bessat pour une boucle de 14 km. À l'arrivée, ravitaillement et vin chaud maison, animation musicale et remise des prix. Cette Nuit Blanche du Pilat fut, une nouvelle fois, un immense succès tendu vers un seul objectif: la lutte contre le lymphome.

Toutes les photos sont sur le site internet de SPSS: www.sangpoursangsport.com

AIDER DONNER DEVIENT « ALVARUM »



Alvarum est une plateforme de collecte et de gestion de dons sur internet. Une course à pied, un événement associatif ou personnel sont autant d'occasions pour mobiliser ses amis. 24 collectes ont déjà été organisées au profit de France Lymphome Espoir. Pour les manifestations sportives, nous fournissons les T-shirts au nom de l'association. Qu'ils soient portés par les participants ou par leurs supporters, ils interpellent le public sur notre pathologie, toujours trop méconnue. Et les ex-malades en rémission les arborent avec une grande fierté! Vous trouverez leurs témoignages sur notre blog, sous le mot-clé « coureurs solidaires ». Lien pour ouvrir une collecte: <http://www.alvarum.fr/francelymphomeespoir>

– Agenda –

À L’AFFICHE

APPELS À PROJETS DE RECHERCHE 2011

Nos deux bourses de recherche sont reconduites pour 2011:

- le prix Jeune Chercheur 2011 France Lymphome Espoir, d'un montant de 15 000 €
- la bourse Qualité de Vie du Patient 2011, d'un montant de 15 000 €.

Date limite de remise des projets : 15 novembre 2011

Remise officielle des bourses au Congrès de la SFH 2012.

NOTRE NOUVEAU SITE INTERNET BIENTÔT EN LIGNE

Notre site internet avait besoin d'être modernisé et dynamisé :

- vous trouverez des défilements d'images qui reflètent nos engagements et nos activités ;
- une nouvelle section sur nos expos photos ;
- le langage est plus direct, le blog plus pratique et offrant un lien avec les réseaux sociaux ;
- il est désormais possible de faire un don par carte bancaire et d'adhérer en ligne ;
- les médecins disposent d'un accès à des informations spécifiques sur les lymphomes ;
- les rubriques Association, Info lymphomes, Témoignages, Carte des centres de soins sont toujours là ;
- et, bien entendu, vous retrouverez... notre incontournable forum !

RENDEZ-VOUS

• PARIS – 21-22-23 JUIN 2011 – PALAIS DES CONGRÈS – EUROCANCER

France Lymphome Espoir y tiendra un stand (salon réservé aux professionnels)

• PARIS – SAMEDI 2 AVRIL 2011 – 5TH EBMT* PATIENT & FAMILY DAY

Cette journée est destinée aux patients et à leurs familles. Elle se tient dans le cadre du congrès de l'EBMT* sur les nouveaux développements des greffes de cellules souches hématopoïétiques.

Couvent des Cordeliers - 15 rue de l'École de Médecine – 75 006 Paris.

Inscription gratuite mais obligatoire.

Programme et noms des intervenants en ligne sur le site : <http://www.congrex.ch/ebmt2011/>

* EBMT : *European group for Blood and Marrow Transplantation.*

- **ASSEMBLÉE GÉNÉRALE 2011 DE FRANCE LYMPHOMES ESPOIR :
LE 16 MARS 2011 – 14 À 18 HEURES – AMPHITHÉÂTRE MILIAN –
COCKTAIL : SALLE HENRI IV
HÔPITAL SAINT-LOUIS – 1 AVENUE CLAUDE VELLEFAUX – PARIS 10^E
VENEZ NOMBREUX!**



APPELS À PROJETS

Dernier résultat des Appels à projets 2010

- Rempotée par la M.I.S. (Maison d'information en santé) et la Médiathèque de l'Hôpital Saint-Louis à Paris, pour leur projet :
« **Soigner autrement : Bien-être et culture** ».
- Le projet sera présenté dans notre prochaine édition.

