

C. Chapitre soins

Faire évoluer de façon très volontariste l'organisation des soins autour des patients : rendre le système transparent, coordonner les structures de soins, donner accès de façon égale à l'information, aux innovations thérapeutiques et à une prise en charge globale et personnalisée.

C.1 - Mettre en place les conditions d'une coordination systématique des acteurs de soins – à l'hôpital et en ville-, par la généralisation des réseaux de cancérologie, et par une régulation graduée des structures de soins.

▶ 29 Assurer d'ici quatre ans la couverture de l'ensemble des régions françaises par un réseau régional du cancer coordonnant l'ensemble des acteurs de soins.

La coordination des acteurs dans la prise en charge du cancer, en ville et à l'hôpital, constitue une dimension fondamentale du plan, puisque cette coordination sera garante de la qualité et de l'équité des soins sur le territoire. Au delà d'une nécessaire gradation des établissements, c'est l'organisation coordonnée de réseaux de soins en cancérologie qui est retenue. Ces réseaux de soins ouverts autant à la ville qu'à l'hôpital devront permettre d'assurer la coordination des acteurs médicaux au plus près des patients.

Sur l'ensemble du territoire, le réseau est d'abord la réponse au besoin de coordination des établissements de soins et des médecins de ville. Le réseau doit garantir au patient une prise en charge multidisciplinaire, ainsi qu'une continuité des soins, depuis l'annonce du diagnostic jusqu'à son retour au domicile.

Tout patient, quel que soit son lieu de soins – clinique, hôpital général, centre hospitalier universitaire (CHU) ou centre de lutte contre le cancer (CLCC) – doit

bénéficier d'une prise en charge en réseau. C'est une responsabilité particulière des établissements ayant une activité de cancérologie de s'en assurer, soit directement au travers du réseau régional, soit par l'organisation d'un réseau de soins en cancérologie dans son bassin d'activité.

Dans certains cas, le réseau de soins 'local' pourra appliquer plusieurs dispositions du plan cancer qui ne pourraient pas être mises en œuvre dans tous les établissements de proximité : centre de coordination en cancérologie, unité mobile de soutien en oncologie, unité mobile de soins palliatifs, consultation d'annonce. Le réseau local n'est pas nécessairement organisé exclusivement autour du cancer.

Au niveau régional, il est mis en place dans chaque région un réseau régional du cancer intégrant le pôle régional de cancérologie. Le réseau régional a vocation à :

- coordonner les acteurs à l'échelle régionale. L'ensemble des établissements et médecins libéraux de la région accompagnant des patients atteints de cancer devront à terme intégrer ce réseau régional ;
- fédérer les réseaux locaux existants ;
- organiser les outils communs à l'ensemble des acteurs de la cancérologie de la région : système d'information et partage du dossier patient, guides de bonnes pratiques, filières de recours ;
- organiser l'évaluation de ses membres ;
- être l'interlocuteur privilégié de l'ARH¹⁰.

Au terme de quatre ans, la pratique de la cancérologie devra s'inscrire obligatoirement dans le cadre des réseaux. Tout praticien qui prend en charge un patient cancéreux a le devoir de le faire au sein d'une équipe pluridisciplinaire inscrite dans un réseau. Il sera mis en place une procédure d'agrément des réseaux pratiquant la cancérologie.

L'organisation juridique et le financement des structures de coordination des réseaux fera l'objet d'un travail de concertation pour améliorer l'efficacité et la pérennité de ces structures. En particulier, la transition des financements temporaires, portés par le FAQSV¹¹, vers un financement pérenne sera assurée.

Une formation nouvelle aux fonctions de coordonnateur de réseau sera mise en place, afin de répondre aux besoins de coordination médicale des réseaux de soins.

¹⁰ ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

¹¹ FAQSV : Fonds d'Amélioration de la Qualité des Soins de Ville

▶ 30 Assurer, au sein de chaque région, la constitution d'un pôle régional de cancérologie.

Dans chaque région, les établissements assurant des missions de recours devront d'ici fin 2004 se coordonner, dans un pôle de référence et de recours appelé pôle régional de cancérologie. Ce pôle peut prendre la forme d'un institut régional, d'une communauté d'établissements, ou encore d'une coordination contractuelle entre établissements.

Dans tous les cas, le pôle régional de cancérologie constitue la tête du réseau régional du cancer. Il assure des missions de recherche et d'enseignement.

Les établissements constituant le pôle régional sont les centres de lutte contre le cancer, les centres hospitaliers universitaires, qui devront avoir identifié la cancérologie dans leur organisation, et éventuellement des centres hospitaliers ou des cliniques hautement spécialisées en cancérologie.

Au sein du pôle régional de cancérologie les établissements mettent en cohérence, dans le cadre de leur projet d'établissement, leur stratégie médicale et l'organisation de leur plateau technique. Cette cohérence devra à terme se concrétiser sous la forme d'un projet médical commun. Un schéma d'organisation du pôle est produit, décrivant l'organisation des missions et des moyens : enseignement, recherche, plateau technique, équipements et activités spécialisées ou onéreuses. Ce schéma d'organisation est avalisé par l'agence régionale de l'hospitalisation.

Les équipements structurants au plan régional seront systématiquement mis en place dans le cadre de ces pôles, afin de supprimer toute incohérence d'offre. Ils devront être ouverts aux autres acteurs du réseau, publics ou privés.

Les filières d'accès au recours seront définies dans le cadre du réseau régional, en cohérence avec les SROS¹² cancérologiques et en lien avec l'ARH.

▶ 31 Faire bénéficier 100% des nouveaux patients atteints de cancer d'une concertation pluridisciplinaire autour de leur dossier. Synthétiser le parcours thérapeutique prévisionnel issu de cette concertation sous la forme d'un "programme personnalisé de soins" remis au patient.

Ce programme, établi après concertation pluridisciplinaire, sera remis et expliqué au patient. Il doit être parfaitement compréhensible par le patient.

Dans l'attente d'un véritable dossier communiquant, ce programme doit, lors des épisodes extra-hospitaliers (qui représentent environ 90% du temps de traitement), faciliter la transmission des informations entre les professionnels, et en premier lieu le médecin généraliste.

Ce programme identifiera en outre le réseau et l'établissement de prise en charge, le médecin référent pour le patient, et les coordonnées d'un représentant des patients pour l'hôpital.

▶ 32 Identifier des Centres de Coordination en Cancérologie (3C) dans chaque établissement traitant des patients cancéreux.

Ces centres de coordination auront plusieurs missions :

- coordination médicale de la cancérologie au sein de l'établissement (ou du réseau), et en particulier des **réunions de concertation multidisciplinaire** en cancérologie ;
- assurance qualité du **programme personnalisé de soins** pour chaque patient ;
- **suivi individualisé des patients**, en apportant une aide et un soutien dans la prise en charge ;
- suivi au sein de l'établissement de la mise en œuvre du plan cancer, avec données chiffrées d'activité et de qualité.

Chaque patient pourra ainsi, soit directement, soit par l'intermédiaire de son médecin traitant, contacter le centre de coordination pour tout renseignement utile le concernant. L'identification d'un médecin référent sera recherchée dans le cadre des 3C, afin que les patients bénéficient d'un contact médical unique. De même, un contact patient, assuré par une association reconnue par l'hôpital sera recherché par les 3C. Le médecin référent et le contact patient doivent être identifiés sur le programme personnalisé de soins.

▶ 33 Faciliter la prise en charge et le suivi de proximité des patients atteints de cancer par une meilleure insertion des médecins généralistes dans les réseaux de soins en cancérologie.

- Mettre en place un forfait de suivi par le généraliste, couvrant les épisodes inter-hospitaliers, les traitements à domicile et le suivi post-thérapeutique. Ce forfait est financé sur la dotation nationale de développement des réseaux de santé, et couvre les soins réalisés dans le cadre du réseau.
- Organiser la participation des médecins généralistes

¹² SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire



membres du réseau à la concertation multidisciplinaire, et l'accès au dossier médical des patients suivis.

▶ 34 Assurer d'ici 2007 l'existence d'un dossier communiquant au sein de chaque réseau de cancérologie.

Ce dossier sera construit sur une base commune à l'ensemble des réseaux et permettra la transmission des données relatives à la prise en charge du patient quel que soit le lieu où le patient poursuit son traitement. Ces données comportent a minima la feuille de route du patient, le type et stade de cancer et la succession des séjours hospitaliers, sous la forme de résumés de séjour.

Le dossier communiquant doit être accessible aux médecins libéraux du réseau et bien entendu au patient.

La mise en place du dossier communiquant est placée sous la responsabilité des réseaux régionaux du cancer.

Le dossier communiquant de cancérologie devra s'inscrire dans la mise en place progressive d'un système d'échange des données médicales des patients entre tous les acteurs de santé : il peut constituer une phase pilote de ce système qui a vocation à couvrir toutes les pathologies.

Par ailleurs, les nouvelles technologies d'échange d'informations et de communication (téléconférences, visioconférences, ...) seront développées, en particulier pour faciliter la mise en place, dans les réseaux, des réunions de concertation multidisciplinaires autour du dossier patient, ainsi que, plus généralement, les échanges entre les médecins libéraux et les médecins hospitaliers.

▶ 35 Favoriser la diffusion large et surtout l'utilisation des recommandations de pratique clinique et leur accessibilité aux patients.

La diffusion de ces référentiels sera confiée à l'Institut National du Cancer, qui en assurera la maîtrise d'ouvrage.

Cette diffusion utilisera tous les supports possibles : publication papier, électronique, et support internet.

L'Institut National du Cancer diffusera également des documents résumés ou adaptés aux patients, afin que tous, professionnels et patients, puissent accéder dans de bonnes conditions de compréhension à la même information relative au cancer et aux bonnes pratiques cliniques.

Les supports d'information pourront être diffusés par les réseaux de soins, les associations, et les divers points d'information patients (médecins de famille, pharmacies, centres de soins, etc...).

▶ 36 Etablir des critères d'agrément pour la pratique de la cancérologie dans les établissements publics et privés.

La qualité en cancérologie concerne différents domaines, dont :

- activité et qualité (environnement, formation, etc...) en particulier pour la chirurgie du cancer ;
- équipements et organisation en biologie, anatomopathologie, chimiothérapie et radiothérapie ;
- organisation interne et externe de l'établissement, autour de la prise en charge globale du patient.

L'Institut National du Cancer sera chargé de définir des référentiels identifiant des critères qualité.

L'ANAES¹³ est garante du cadre méthodologique et valide in fine les référentiels du point de vue de la qualité d'élaboration.

Ces critères seront constitutifs d'un **agrément**, qui sera mis en œuvre au niveau régional, sous l'autorité de l'ARH. Les réseaux régionaux du cancer seront impliqués dans la mise en place de cet agrément, notamment au travers de l'évaluation des établissements qui en font partie. L'Institut National du cancer consolide au niveau national les résultats de sa mise en œuvre, en relation avec le ministère de la santé.

Les établissements qui ne pourraient pas satisfaire aux référentiels pourront s'inscrire dans le cadre du réseau de cancérologie. Par exemple, un chirurgien exerçant dans un petit établissement pourrait opérer son patient dans une structure plus importante, afin de bénéficier de l'environnement le plus approprié.

▶ 37 Améliorer la prise en charge des enfants atteints de cancer par la mise en place d'une organisation adaptée des soins.

- Définir les référentiels d'exercice de l'oncopédiatrie, et agréer les sites spécialisés dans la prise en charge des enfants atteints de cancer. Identifier au sein de ces sites spécialisés, les sites de référence ou d'intérêt national et renforcer leurs moyens.

- Développer, dans les structures d'onco-pédiatrie, le soutien aux familles des enfants ainsi qu'aux soignants, avec l'appui des associations de parents, des unités mobiles de soutien en oncologie, et des équipes mobiles de soins palliatifs.

- Dans le cadre des missions de l'Institut National du Cancer, favoriser, par des financements et programmes de recherche adaptés, l'émergence de traitements spécifiques des cancers de l'enfant. Conduire ces actions dans un cadre européen, en partenariat avec les autres structures s'intéressant à l'oncopédiatrie et au développement des médicaments orphelins.

¹³ ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

▶ **38 Mieux adapter les modes de prise en charge et les traitements aux spécificités des personnes âgées.**

- Identifier au sein de l'Institut National du Cancer une mission d'oncogériatrie chargée de la promotion et de la coordination de travaux en épidémiologie, prévention, adaptation des traitements et essais cliniques sur la population âgée.
- La spécificité des problèmes posés par la prise en charge des personnes âgées fera l'objet de référentiels particuliers.

C.2 - Répondre aux attentes formulées par les patients et leurs proches par un accompagnement thérapeutique favorisant mieux la relation humaine et l'information du malade, afin de lui permettre d'être acteur de sa prise en charge, s'il le souhaite.

▶ **39 Rendre le système de prise en charge du cancer transparent et compréhensible pour les patients en développant, au plus près des lieux de vie, les points d'information sur le cancer.**

- Mettre à disposition des patients, au niveau des régions, les coordonnées des sites et réseaux agréés en cancérologie, et leur spécialisation éventuelle sous la forme d'un **agenda-information-cancer**.
- Ouvrir des "kiosques" d'information sur le cancer dans les villes, départements ou régions, dans le cadre de contrats de santé publique Etat-collectivités locales. D'autres points de contact seront les pharmacies et les hôpitaux.
- Développer la téléphonie sociale sur le domaine, par la création d'un numéro vert de type 'cancer info service'. Ce service sera mis en œuvre par l'Institut National du Cancer. Il permettra d'obtenir des informations sur la maladie, sur les prises en charges et sur les aides sociales et psychosociales existantes.
- Donner accès à des informations multiples via internet. Ce service sera également mis en œuvre par l'Institut National du Cancer. Il contiendra des informations techniques sur le cancer et permettant de connaître la maladie, ses traitements, et tous les éléments pouvant être attendus d'un site national d'information sur le cancer. En particulier, ce site permettra aux patients l'accès aux guides de bonnes pratiques cliniques, identifiera l'ensemble des essais cliniques ouverts en France et les lieux où ces essais

sont proposés, et présentera la situation épidémiologique des cancers et son évolution.

L'objectif est de rendre le système de prise en charge compréhensible pour les patients et leurs familles.

▶ **40 Permettre aux patients de bénéficier de meilleures conditions d'annonce du diagnostic de leur maladie.**

- Définir les conditions de l'annonce du diagnostic au patient, incluant le recours possible à un soutien psychologique et à des informations complémentaires (cahier des charges).
- Rémunérer la consultation d'annonce par un forfait versé aux établissements de santé, permettant de financer le dispositif de soutien au patient et le temps du médecin.

▶ **41 Faciliter la chimiothérapie à domicile et plus généralement les soins à domicile.**

- Supprimer le taux de conversion des lits en places pour l'hospitalisation à domicile (HAD), dans le cadre du programme 'Hôpital 2007'. Mettre en place d'ici cinq ans 2000 places supplémentaires d'HAD, par création et reconversion.
- Définir les règles de la chimiothérapie à domicile et plus généralement des soins à domicile, assurant la qualité et la sécurité des soins.
- Ouvrir l'accès des soins à domicile aux pharmacies hospitalières (PUI) pour l'administration de certaines chimiothérapies.
- Préciser le cadre juridique de la chimiothérapie à domicile, en particulier du point de vue de sa dimension médico-légale.
- Assurer le financement des molécules onéreuses de la chimiothérapie à domicile dans les mêmes conditions qu'à l'hôpital. Assortir ce financement d'une traçabilité de la prescription et de la dispensation.
- Mettre en place la rétrocession des chimiothérapies 'per os' dans les hôpitaux et les cliniques, dans un cadre juridique et financier concerté avec les professionnels.

L'objectif de ces mesures est de développer progressivement les soins à domicile, afin de permettre aux patients de vivre plus 'normalement' avec leur maladie, au contact de leurs proches.

C.3 - Assurer aux patients un accompagnement global de la personne, au delà des protocoles techniques, par le développement des soins complémentaires et des soins palliatifs

▶ 42 Accroître les possibilités pour les patients de bénéficier de soins de support, en particulier prise en compte de la douleur et soutien psychologique et social.

- Créer des unités mobiles de soins de support en oncologie, en particulier dans les centres spécialisés, et éventuellement, au sein des réseaux : médecins de la douleur, assistants sociaux, psychologues, kinésithérapeutes, nutritionnistes ...

Dans les hôpitaux non dédiés à la cancérologie, ces équipes devraient être disponibles au delà du cancer, pour répondre à l'ensemble de la demande en soins complémentaires, toutes pathologies confondues.

Ces équipes, comme les centres de coordination en cancérologie, contribueront à redonner du temps aux médecins cliniciens, qui doivent faire face à un afflux de patients dans un contexte de pénurie démographique. Les établissements de petite taille doivent pouvoir, dans le cadre du réseau, orienter leurs patients vers des équipes de support des établissements appartenant au réseau.

- Accroître la possibilité de recours pour le patient à des consultations psycho-oncologiques de soutien. Cette augmentation pourra prendre deux formes complémentaires :

- l'augmentation du nombre de psychologues et de psychiatres au sein des unités mobiles de soutien, dans les hôpitaux sous DGF¹⁴ et dans les cliniques (environ 150 postes). Ces professionnels auront été formés à la psycho-oncologie avant intégration dans les unités.
- le financement auprès des réseaux de soins d'un forfait de 3 à 5 consultations auprès de psychologues de ville formés à la psycho-oncologie, et associés au réseau.

- Former les soignants et les médecins cliniciens à la dimension psychologique de l'accompagnement du patient.

- Poursuivre le programme de lutte contre la douleur (2000-2005).

- Améliorer le soutien aux familles des patients, en particulier dans le cas des enfants, en impliquant les associations.

▶ 43 Soutenir le développement des soins palliatifs, dont 80% de l'activité est consacrée au cancer, dans le cadre du programme national de développement des soins palliatifs.

Le premier objectif est de sensibiliser l'ensemble des soignants et médecins aux besoins et attentes particulières des patients en fin de vie :

- former et soutenir les équipes soignantes de cancérologie : cela peut être réalisé par les équipes mobiles de soins palliatifs, comme par des institutions spécialisées de soins palliatifs. La formation pourra également s'appuyer sur des échanges accrus entre unités identifiées de soins palliatifs et services de cancérologie ou de médecine ;
- favoriser des événements, rencontres, temps forts au sein des hôpitaux et cliniques de cancérologie, sur le thème de la fin de vie, afin de sensibiliser l'ensemble des soignants aux attentes des patients et de leurs familles ;
- impliquer les associations de soins palliatifs, qui peuvent contribuer très utilement à ces dispositifs.

Le second objectif est d'augmenter de façon significative la capacité de prise en charge, en favorisant toutes les formes d'organisation, en institution et à domicile :

- créer des réseaux supplémentaires de soins palliatifs à domicile pour atteindre au minimum un réseau par département ;
- convertir en tant que de besoin des lits MCO¹⁵ en lits identifiés de soins palliatifs, à l'hôpital et dans les cliniques privées (actuellement 316 lits identifiés au sein d'unités MCO non spécialisées) ;
- créer des équipes mobiles de soins palliatifs (au moins 100), dont au minimum une équipe dans chaque centre de référence en cancérologie, CHU et CLCC (actuellement 291 équipes) ;
- créer 200 unités de soins palliatifs en institution, dont au moins une unité dans chaque pôle régional de cancérologie (actuellement 91 unités).

Travailler avec les professionnels sur la tarification et le financement de ces différentes modalités de renforcement des soins palliatifs, en particulier dans le cadre de la mise en place de la tarification à l'activité.

¹⁴ DGF : Dotation Globale de Fonctionnement

¹⁵ MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique

C.4 - Donner les moyens aux établissements de santé d'offrir aux patients les dispositifs diagnostiques et thérapeutiques innovants, par une modernisation des modes de financement et un programme d'investissement volontariste

► **44 Augmenter nettement le parc d'appareils de diagnostic et de suivi des cancers (IRM, scanner, TEP) avec les moyens et ressources humaines adéquates, afin de réduire les attentes à l'accès à ces dispositifs et de favoriser des diagnostics plus précoces, en particulier pour les cancers de l'enfant et les cancers à évolution rapide.**

- 1 TEP¹⁶ pour 1 000 000 habitants, dont au moins 1 par CLCC et CHU. Les coûts de fonctionnement de ces appareils seront pris en compte par la poursuite du programme de financement des TEP initié en 2002.
- 2 scanners ou IRM¹⁷ de plus par région pour le cancer, soit 40 machines au total au titre du cancer.

Ces appareils seront déployés au sein des structures publiques et privées. Leur financement sera assuré dans le cadre du plan Hôpital 2007 pour les établissements sous DGF et au travers de la nomenclature actuelle, pour les structures privées lucratives.

► **45 Rénover rapidement le parc d'appareils de radiothérapie, afin de stopper le retard pris depuis plusieurs années, et de mettre à disposition des patients les techniques nouvelles, plus efficaces et moins invalidantes.**

- Poursuivre le plan d'extension de 55 autorisations pour le territoire national.
- Supprimer d'ici 2005 la totalité des 'Cobalts' encore en activité.
- Remplacer 50 accélérateurs d'ici 2007.
- Mettre en place les ressources humaines, médicales et para-médicales permettant de faire fonctionner ces machines dans des conditions conformes aux standards.

Ces équipements seront localisés dans les structures publiques et privées. Leur mise en œuvre sera conforme aux critères définis par les professionnels eux-mêmes, et en particulier visera à constituer des centres de masse

critique suffisante, favorisant la qualité et l'efficacité. Leur financement sera assuré dans le cadre du plan Hôpital 2007 pour les établissements sous DGF, et au travers de la nomenclature actuelle, pour les structures privées lucratives.

Le financement des ressources humaines supplémentaires fera l'objet d'un dispositif adapté, pour les établissements sous DGF.

Ce programme doit permettre à la fois une mise à niveau en capacité, une mise à niveau en performance des appareils, et un développement des techniques nouvelles comme l'irradiation conformationnelle.

- Mettre en place un programme de développement de la radiothérapie avec les pays en voie de développement, qui pourra s'appuyer sur l'installation sur place des machines remplacées (cobalt, par exemple), qui seront utiles dans le contexte local.

► **46 Rapprocher les modes de financement des médicaments et dispositifs onéreux et innovants dans le public et le privé afin de garantir une équité d'accès à ces dispositifs pour les patients.**

Cette mesure sera intégrée dans le cadre global du dispositif de mise en place de la tarification à l'activité. Au sein de cette nouvelle tarification hospitalière, sera identifié un schéma de financement adapté de l'ensemble des dispositifs et médicaments innovants, pour la cancérologie comme pour les autres pathologies. Ce schéma précisera les règles d'accès à ces financements, ainsi que les modes de suivi et de régulation des prescriptions.

Ce financement devrait répondre à des règles d'utilité, de bonnes pratiques et d'encadrement de la prescription. Le dispositif devra garantir :

- le respect d'un cahier des charges par les structures ;
- une déclaration individuelle de la prescription qui devra respecter des accords de bonne pratique et le respect des indications de l'AMM¹⁸ ;
- un contrôle régulier des prescriptions et des impacts individuels ;
- un prix de molécule acceptable.

¹⁶ TEP-Scan : Tomographe par émission de positons

¹⁷ IRM : Appareil d'Imagerie par Résonance Magnétique nucléaire

¹⁸ AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

Dans le cas du cancer, l'Institut National du Cancer (INCa) sera destinataire des données récoltées pour évaluer au niveau national l'accès des patients aux traitements innovants, et la diffusion de ces traitements sur le territoire. L'INCa participera à l'évaluation permanente du dispositif afin d'en améliorer si nécessaire des éléments.

Le programme STIC (Soins Techniques Innovants ou Coûteux) sera par ailleurs poursuivi et recentré sur l'évaluation coût/utilité des dispositifs innovants, afin de préparer leur inscription éventuelle à la liste remboursée. Il pourrait également prendre en charge certains programmes d'ATU.

► 47 Développer l'évaluation des nouvelles molécules de cancérologie, par un suivi public des études post-AMM.

Les procédures d'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) rapides accordées à certains nouveaux médicaments du cancer sont justifiées par l'intérêt pour les patients d'accéder rapidement à ces traitements. En revanche, ces procédures sont en général insuffisantes pour évaluer complètement la molécule en terme de bénéfice pour l'ensemble des patients concernés, et de conditions de prescription. Ces études ne permettent pas non plus d'évaluer les impacts médico-économiques du coût de mise à disposition de la molécule par les laboratoires et donc de la qualifier en terme de santé publique. Deux réponses sont proposées :

- la mise en place d'un suivi public des études post-AMM des molécules de cancérologie piloté par la commission de la transparence, et associant l'Institut National du Cancer ;
- la mise en place dans l'Institut National du Cancer d'une mission indépendante d'évaluation des nouvelles molécules en cancérologie en phase d'autorisation temporaire d'utilisation (ATU) ou après AMM. Cette mission qui travaillera en relation étroite avec l'AFSSAPS¹⁹ et les laboratoires pharmaceutiques pourra proposer des études et formaliser des avis d'experts, sur les conditions d'utilisation et les patients concernés.

► 48 Répondre à la surcharge actuelle des structures de soins dans le domaine de la cancérologie, en redonnant aux médecins et soignants plus de temps médical.

Les professionnels accompagnant des patients atteints de cancer sont confrontés aujourd'hui à une situation démographique difficile, tant au niveau des médecins que des soignants et des personnels médico-techniques.

Ces personnels doivent de plus faire face à l'augmentation régulière des besoins de soins en cancérologie.

Face à cette situation, le plan cancer privilégie trois réponses complémentaires, dont l'objectif est de parvenir à redonner effectivement plus de temps aux professionnels :

- le développement de la coordination des soins, des réseaux et des équipes de soutien ;
- la mise en place des moyens humains correspondant aux activités nouvelles et aux extensions d'activité prévues dans le plan cancer ;
- le renforcement de la formation initiale, pour rendre plus attractive la filière cancérologique et former davantage de professionnels orientés vers la cancérologie.

► 49 Développer l'anatomopathologie et l'hématologie biologique en favorisant l'implantation hospitalière des innovations diagnostiques validées.

- Faire évoluer la nomenclature des actes d'anatomopathologie et de biologie, afin de mieux prendre en compte l'évolution des techniques.
- Organiser, au sein de l'Institut National du Cancer, une veille autour des innovations diagnostiques et prévoir la mise en place rapide de ces innovations dans des structures pilotes, accompagnée d'un financement spécifique.

► 50 Poursuivre le programme de soutien à la création et au renforcement des tumorothèques hospitalières à visée thérapeutique.

L'évolution actuelle et attendue des traitements médicaux du cancer, qui s'oriente vers des dispositifs directement adaptés au patient, nécessite la connaissance des paramètres génomiques individuels du patient. Il est nécessaire que les structures de soins soient en mesure de conserver des échantillons tumoraux dans des conditions adaptées, afin de pouvoir offrir aux patients ces nouveaux traitements.

L'objectif est de mettre en place 50 tumorothèques supplémentaires en 2003-2004-2005 pour parvenir à environ 80 lieux de conservation.

¹⁹ AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire et des Produits de Santé

▶ 51 Moderniser la cotation de certains actes médicaux ou soignants, lorsqu'elle est inadaptée, afin de favoriser les meilleures pratiques.

Améliorer, dans le cadre de la mise en place de la CCAM²⁰, la cotation de certains actes de cancérologie libérale :

- faire évoluer l'acte de surveillance d'une chimiothérapie vers un acte intellectuel de supervision d'un protocole de chimiothérapie, dont le tarif devra être incitatif à la pratique pluridisciplinaire ;
- remplacer la rémunération d'inscription ALD²¹ par une rémunération de la participation à la consultation multidisciplinaire dans le cadre d'un réseau de cancérologie. Définir en lien avec les partenaires concernés la solution la plus favorable au fonctionnement des concertations multidisciplinaires.

Dans les établissements sous DGF, revaloriser les actes de radiothérapie, afin de permettre le financement correct des équipements et des équipes médicales et paramédicales. Ceci sera réalisé dans le cadre de la mise en place de la tarification à l'activité, au travers d'une modulation des tarifs des séjours de radiothérapie.

Dans le cadre des réseaux de soins, il sera également nécessaire d'étudier les conditions de rémunération des infirmières libérales et d'envisager des modifications de nomenclature en conséquence, afin de mieux prendre en compte la réalité des actes techniques.

▶ 52 Favoriser des mesures adaptées à la situation des DOM TOM.

- Développer, dans les DOM, des filières de prise en charge du cancer appuyées sur la mise en réseau des dispositifs existants entre départements : un schéma interrégional de la cancérologie sera formalisé pour renforcer les complémentarités locales de l'offre de soins, développer l'accès aux soins sur place ou à proximité pour les patients cancéreux, ainsi qu'à certaines techniques de recours et définir les conditions des transferts vers la métropole ou les pays voisins. Sont concernées l'interrégion Antilles-Guyane et la Réunion avec la collectivité départementale de Mayotte.
- Mettre en œuvre le schéma d'organisation territoriale de la collectivité territoriale de St Pierre et Miquelon, élaboré récemment, et qui prévoit de développer des complémentarités en cancérologie avec le Canada voisin.

Les mesures générales thématiques du plan cancer intègrent le renforcement de l'offre de soins des DOM. Elles concernent les équipements lourds, le développement des soins palliatifs, les molécules onéreuses et la mise en réseau.

Concernant les TOM qui intègrent la santé dans leur compétence territoriale, encourager la mise en place de structures de prise en charge du cancer, afin de rapprocher la prise en charge du domicile des patients.

▶ 53 Rechercher un mécanisme de financement des soins du cancer incitatif aux meilleures pratiques, en conduisant une expérimentation pilote de tarification à la pathologie des réseaux de soins en cancérologie.

Expérimenter un forfait pour le traitement primaire d'un patient, réalisé par une ou plusieurs structures du réseau, et versé au réseau. Cette expérimentation pourrait démarrer en 2005, après mise en place de la tarification à l'activité des établissements.

Cette expérimentation conduira à évaluer la faisabilité et l'intérêt de ce mode de financement attaché au patient et potentiellement incitatif aux meilleures pratiques cliniques. Il permettra d'évaluer la possibilité pour les réseaux de se constituer en opérateurs de soins, gérant la prise en charge complète d'un patient.

²⁰ CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

²¹ ALD : Affection de Longue Durée