

Plans nationaux
**L'Institut national du cancer
pilote le cadre national**

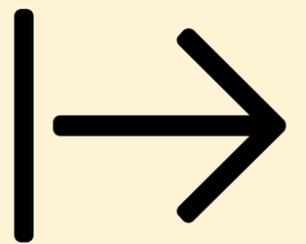
Praticiens libéraux
**Leur analyse
et leur engagement**

Qualité et innovation
**RIHN : un mécanisme de soutien
à l'innovation**

FHP-MCO. Syndicat national des
540 établissements de santé privés
exerçant une activité en Médecine,
Chirurgie, Obstétrique (MCO).
www.fhpmco.fr

Cancérologie Comment optimiser les délais d'accès aux soins?

NOTRE
DOSSIER



Les plans cancer se succèdent. Et pourtant l'INCa, la Ligue contre le cancer, les acteurs de terrain, observent un allongement des délais d'accès aux soins et une disparité régionale de prise en charge. Constats, analyses et solutions.

➔ LIRE PAGES 2 À 7 LES POINTS DE VUE D'EXPERTS



L'hospitalisation privée joue son rôle

Il y a 21 ans, le premier plan cancer quinquennal était lancé, devenu décennal depuis 2021. La prise en charge du cancer représente 13 % des dépenses de la CNAM, soit 24 milliards d'euros. Les ressources existent, et pourtant...



La participation aux campagnes nationales de dépistage des cancers du sein, du côlon, de l'utérus est insuffisante, voire alarmante dans certains départements. L'INCa rappelle que le délai entre la consultation et le début des traitements s'est allongé de deux semaines en 5 ans et s'élève à 47 jours, soit presque 7 semaines. Et la Ligue contre le cancer annonce un allongement de six semaines entre le début et la fin du traitement depuis 2019.

Les cliniques et hôpitaux privés assurent une prise en charge de 39,3 % de la chirurgie carcinologique soumise à seuil et 26 % des séances de chimiothérapie dispensées par des praticiens surspécialisés. Elle propose des parcours de soin performants, s'engage dans les campagnes de dépistage, etc.

Lutter contre les cancers requiert l'engagement du système de santé dans son ensemble, nécessite des travaux de recherche, et surtout une approche sociétale préventive.

Frédérique Gama
Présidente de la FHP-MCO
Dr Denis Franck
Président de l'AFC-UNHPC

DS
data

24 MILLIARDS D'EUROS

En 2024, la prise en charge médicale du cancer représente 13 % des dépenses totales de la CNAM, soit 24 milliards d'euros. Les patients suivis en cancérologie ne représentent que 4,93 % des bénéficiaires de l'Assurance maladie.

Source : Rapport charges et produits, CNAM, 2025

1 200

nouveaux cancers sont dénombrés chaque jour en France, soit 430 000 cas par an. Le cancer touche une femme sur six et un homme sur cinq. Il est la première cause de décès par maladie.

Source : INCa 2023

SANTÉ PUBLIQUE

Plans cancer successifs : ce qu'il faut retenir

➔ Ce plan crée les réseaux régionaux de cancérologie, lance les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) et le dispositif d'annonce, met en œuvre des campagnes de lutte contre le tabagisme, définit des seuils d'activité, et mène des actions ciblées contre un cancer spécifique.

2003-2007
**PREMIER
PLAN CANCER**
70
mesures
640
millions d'euros

➔ Ce plan instaure les programmes personnalisés de soins, crée des spécialisations en onco-pédiatrie et onco-gériatrie, développe 28 plateformes de génétique moléculaire pérennisées par l'État grâce à la création de Centres d'essais précoces en cancérologie (CEPEC) et de Sites de recherche intégrée des cancers (SiRIC), déploie un programme de dépistage du cancer colorectal. Il observe également la persistance d'inégalités d'accès aux soins.

2009-2013
**SECOND
PLAN CANCER**
118
mesures
750
millions d'euros

➔ L'objectif de ce plan est l'accompagnement du patient. Cette troisième édition introduit le droit à l'oubli, qui sera encore réduit en 2022 afin de faciliter l'accès au crédit pour les anciens malades. Il permet le remboursement de certaines prothèses, lance la prise en charge en ambulatoire et la campagne de dépistage du cancer de l'utérus, reconnaît les infirmiers en pratique avancée (IPA) en matière de formation. Il observe que l'accès aux soins de support, aux soins palliatifs, et la prise en considération des séquelles physiques suite à la maladie demeurent insatisfaisants.

2014-2019
**TROISIÈME
PLAN CANCER**
208
mesures
1,5
milliard d'euros

➔ Une mission à long terme est donnée pour répondre aux défis persistants de la lutte contre les cancers. 40 % des cancers sont évitables, des cancers se guérissent mais deux personnes sur trois souffrent de séquelles, invalidantes pour deux-tiers d'entre elles. L'allongement des délais de prise en charge, les disparités régionales sont des préoccupations très sérieuses. En 2025, une première évaluation est prévue afin de poursuivre ou d'ajuster les politiques mises en œuvre.

2021-2030
**PREMIER PLAN
CANCER DÉCENNAL**
238
mesures
1,74
milliard d'euros



Le point de vue de l'INCa et de la Ligue contre le cancer

Entre plans nationaux et difficultés d'accès aux soins

PR NORBERT IFRAH, PRÉSIDENT DE L'INSTITUT NATIONAL DU CANCER (INCa)

La stratégie décennale de lutte contre les cancers, qui succède aux trois plans cancer, guide avec le contrat d'objectifs et de performance, les activités de l'Institut national du cancer.

En 2023, plus de 433 100 nouveaux cas de cancers ont été diagnostiqués dans notre pays (245 600 chez l'homme et 187 526 chez la femme). Chez l'enfant de 0 à 17 ans, le nombre de cas annuels sur la période 2014-2020 est de 2 260.



QU'EST-CE QUE L'INSTITUT NATIONAL DU CANCER ?

En 2001, un rapport du Sénat sur le cancer en France lance le premier Plan cancer (2003-2007). L'Institut est ensuite créé par la loi publique du 9 août 2004 et placé sous la tutelle conjointe du ministère chargé de la Santé et du ministère chargé de la Recherche. Agence d'expertise sanitaire et scientifique en cancérologie, l'Institut national du cancer fédère et coordonne les acteurs de la lutte contre les cancers dans les domaines de la prévention, des dépistages, des soins, de la recherche et de l'innovation. Porteur d'une vision intégrée des dimensions sanitaire, médicale, scientifique, sociale et économique liées aux pathologies cancéreuses, il met son action au service de l'ensemble des concitoyens : patients, proches, aidants, usagers du système de santé, population générale, professionnels de santé, chercheurs et décideurs. L'Institut assure la mise en œuvre de la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030.

CEPENDANT DES ÉCUEILS PERSISTENT...

Dans la lutte permanente contre les cancers, des écueils persistent. Le tabac, la consommation excessive d'alcool, une alimentation déséquilibrée, le manque d'activité physique ou encore le surpoids sont à l'origine de près de la moitié des cancers chaque année. Pourtant, en modifiant les comportements et les habitudes de vie, ils pourraient être évités. Il est donc possible d'agir sur leur incidence. Par exemple, alors que le tabac est à lui seul à l'origine de 20 % des cancers chaque année, la propension de fumeurs quotidiens a significativement diminué ces dernières années : 24,5 % en 2022, contre 30 % 20 ans auparavant.

Autre moyen d'action, les dépistages organisés des cancers du sein, du cancer du col de l'utérus et du cancer colorectal. Mais la participation reste malheureusement insuffisante, voire alarmante, principalement pour le dépistage du cancer colorectal, avec une disparité qui peut être marquée entre les départements, pour l'ensemble des dépistages.

Les campagnes d'information sur la prévention des cancers sont bénéfiques à tous et en particulier pour ceux qui ont une conduite addictive.

Toutefois, nous observons une augmentation significative de l'incidence du cancer du poumon chez la femme, héritage

d'un tabagisme débuté dans les années 70. Certains cancers sont également de mauvais pronostic et résistent encore aux traitements : les cancers du pancréas, de l'estomac, du système nerveux central, du poumon, du foie, de l'œsophage. Les efforts de recherche se concentrent sur ces cancers pour espérer demain développer des traitements plus efficaces pour mieux et plus guérir les patients.

Nous sommes également mobilisés sur le sujet des séquelles. Car si nous guérissons plus de personnes atteintes de cancers (chaque année, le taux de mortalité standardisé diminue de - 2,1 % chez les hommes et - 0,6 % chez les femmes), certaines d'entre elles persistent plusieurs années après l'arrêt des traitements. Et ces séquelles peuvent aussi avoir des conséquences économiques.

Pour le cancer du sein, le délai médian de prise en charge est de 47 jours, soit presque 7 semaines, avec une tendance à l'allongement de cette durée.

Les résultats de notre étude « La vie 5 ans après un cancer », nous enseignent que, 5 ans après le traitement, 20 % des personnes atteintes d'un cancer ont perdu leur emploi, 25 % ont vu leur situation financière se dégrader, et une personne sur douze a basculé en dessous du seuil de pauvreté. Enfin, un couple sur quatre se défait dans les trois années qui suivent la maladie.

UNE STRATÉGIE DÉCENNALE EN QUATRE AXES

La stratégie décennale de lutte contre les cancers, pilotée et coordonnée par l'Institut, se déploie autour de 4 axes : améliorer la prévention, limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie, lutter contre les cancers de mauvais pronostic, et s'assurer que les progrès bénéficient à tous. Un dessein ambitieux, mais indispensable pour s'assurer du soutien de tous et de nos tutelles et obtenir un financement à la hauteur des ambitions de cette stratégie. Sur les 237 mesures que compte la première feuille de route 2021-2025 de la stratégie décennale, plus de 75 % ont été lancées. Cette première feuille de route qui fera l'objet d'une évaluation en 2025, s'inscrit dans la continuité et la complémentarité des plans relatifs à la qualité de vie au travail, à la lutte contre les formes de pollution...

DES DÉLAIS DE PRISE EN CHARGE INÉGAUX ET TROP LONGS

De manière générale, plus un cancer est détecté tôt, mieux il se soigne. C'est le cas notamment du cancer du sein, et particulièrement le cancer du sein triple négatif qui ne se guérit que s'il est dépisté précocement. Les campagnes de dépistage organisé des cancers du sein, du col de l'utérus et du cancer du côlon invitent les populations cibles (tranche d'âge recommandée selon la localisation et personne sans antécédents, ni symptômes) à réaliser leur dépistage.

Malheureusement, la participation à ces dépistages organisés demeure insuffisante. Outre la participation, lorsque le dépistage est réalisé et qu'un cancer est détecté, des difficultés d'accès aux soins sont rencontrées. L'accessibilité dépend de critères spatiaux (distance, temps de trajet et mobilité), de la disponibilité de l'offre de soins (personnels et dispositifs), de l'acceptabilité du soin, et de la capacité financière. Depuis 5 ans, le délai entre la consultation et le début des traitements s'est allongé de deux semaines, comme le démontre l'enquête réalisée par la Ligue contre le cancer en 2024.

Pour le cancer du sein, lorsqu'une anomalie est détectée lors du dépistage ou en présence de symptômes, des examens complémentaires sont réalisés. Après la mammographie et l'examen clinique (étapes du dépistage organisé), une biopsie puis, si nécessaire, le traitement font partie du parcours. Les délais maximums recommandés sont de deux semaines pour la pose de diagnostic, et de quatre semaines pour débuter le traitement. En France, le délai médian de prise en charge est de 47 jours, soit presque 7 semaines, avec une tendance à l'allongement de cette durée. L'étude démontre de plus que dans certains territoires, le délai entre la mammographie et la biopsie peut atteindre 20 jours, et 47 jours avant le début du traitement en cas de biopsie positive. Cette situation est souvent source de stress. Pour le cancer colorectal, nous observons aussi des disparités régionales et des offres de prise en soins insuffisantes.

Pour contrer ces difficultés, dans certains territoires, les professionnels de santé s'organisent, mais au risque de créer des disparités. À l'instar de l'Angleterre, la Franche-Comté a mis en place un dispositif rapide de suspicion de cancer via un numéro d'appel. Le même projet est en cours en Provence-Alpes-Côte d'Azur.

L'égalité des chances sur le territoire, pour tous les patients, demeure un enjeu de santé publique majeur. Nous sommes tous concernés par la lutte contre les cancers, pour laquelle des travaux communs et l'engagement de tous sont nécessaires.

Le Pr Norbert Ifrah, intervenait lors de l'atelier AFC-UNHPC, dans le cadre de la Journée des métiers organisée par la FHP-MCO, le 13 juin 2024.



VIENT DE PARAÎTRE

Le 4^e Panorama des cancers en France de l'INCa vient de sortir. Il rassemble les données les plus récentes et fiables sur la cancérologie. Il présente les données épidémiologiques générales (données d'incidence, de mortalité, taux de survie...), détaille celles sur les cancers les plus fréquents et propose un point sur la prévention et les soins.

Plaidoyer pour améliorer les modalités de la prise en charge

DR EMMANUEL RICARD, PORTE-PAROLE DE LA LIGUE CONTRE LE CANCER

La crise sanitaire est venue obscurcir le paysage en matière de financement, de disponibilité des soignants, et d'accès aux soins. Les personnes atteintes de cancer ne sont pas épargnées. La Ligue constate sur le terrain une dégradation de la qualité des soins et des inégalités d'accès aux traitements qui se traduisent par des pertes de chance.

La Ligue a réalisé un questionnaire auprès de 1223 personnes majeures atteintes d'un cancer et de leurs 1083 aidants majeurs, entre le 26 septembre et le 10 octobre 2023. Les résultats obtenus ont permis de bâtir un plaidoyer pour défendre une prise en charge équitable et qualitative des personnes atteintes de cancer.

ENRAYER L'ALLONGEMENT DES DÉLAIS

Le délai moyen d'accès aux traitements varie selon le type de cancer. Il est de 23,4 jours pour le cancer colorectal et de 40 jours pour le cancer du sein, soit un allongement de six semaines entre le début et la fin du traitement depuis l'étude menée en 2019.

Les principales raisons sont dues pour 30 % des personnes interrogées, aux difficultés à poursuivre le traitement du fait de contraintes calendaires, pour 19 % du fait de l'indisponibilité du personnel ou aux contraintes logistiques, et enfin pour 14 % du fait des pannes ou des problèmes de maintenance. Enfin, les pénuries de produits sont évoquées par 5 % des patients. Ces situations génèrent un sentiment de dégradation de la qualité des soins. Obtenir un rendez-vous est un motif récurrent d'appel des patients ou de leurs aidants.

LA GESTION DE LA DOULEUR

En cas de violentes douleurs, 24 % des personnes interrogées n'ont pas pu joindre un soignant, dont 13 % d'entre elles par manque de disponibilité de leur généraliste référent. 4 % mentionnent l'absence de médecin référent au sein de l'établissement hospitalier où ils sont enregistrés. S'ajoutent 9 % des patients qui n'ont pas de médecin traitant. Pour pallier la douleur, 17 % des patients font appel au Samu ou aux urgences, et 3 % ne sont pas soulagés.

Une lecture socio-économique de l'étude montre que les personnes dont les niveaux de revenus ou d'études sont faibles sont plus enclines à souffrir sans pouvoir joindre un soignant. Ce sont aussi ces mêmes personnes qui rencontrent des difficultés dans le suivi de leur prise en charge.

Côté perception des soignants, 75 % estiment que l'accompagnement est souvent, voire toujours, adéquat. Un ressenti contredit par des études américaines et françaises qui indiquent que les praticiens accordent moins de temps aux patients dont le niveau de diplôme est éloigné du leur.

Par ailleurs, l'étude de la Ligue montre que 30 % des malades n'ont pas bénéficié d'un temps infirmier pourtant prévu dans le dispositif d'annonce.

LES RUPTURES D'APPROVISIONNEMENT

Les données de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) soulignent une augmentation des pénuries de médicaments en ville comme dans les établissements de santé.

12 % des patients interrogés déclarent s'être rendus dans plusieurs pharmacies pour trouver les médicaments prescrits, 11 % ont reçu un produit de substitution, 8 % ont reporté le traitement, et 2 % disent ne rien avoir pris.

Depuis 2019, la Ligue réclame la mise en place d'un système d'information sur les pénuries de médicaments, au bénéfice des professionnels de santé et particulièrement des services d'ambulatoire.

Il permettrait de renforcer la transparence sur l'origine, la durée et l'historique des pénuries.

LE RESTE À CHARGE

Selon les données de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), le reste à charge a baissé jusqu'en 2019 pour atteindre 7 % des frais engagés. Depuis, il augmente progressivement de 0,1 % par an. La Ligue est doublement inquiète devant le transfert des prises en charge vers les mutuelles et l'envolée des prix pratiqués par des spécialistes.

La Ligue observe des demandes d'aide aggravées des patients. Elle distribue quatre millions d'euros d'aides sociales, en complément des recours lancés par les patients pour répondre au reste à charge et au coût de l'hébergement et des transports.

Le reste à charge, estimé à 1900 euros en moyenne pour les Français, concerne les soins dentaires (33 %), le transport sanitaire (22 %), les médicaments (22 %), l'hébergement (13 %), ou encore la reconstruction mammaire (13 %). Pour y faire face, 49 % des patients déclarent restreindre d'autres postes de dépense, 13 % font appel à des proches ou des banques, et 5 % renoncent aux soins.

La Ligue constate sur le terrain une dégradation de la qualité des soins et des inégalités d'accès aux traitements qui se traduisent par des pertes de chances.

En complément des ARS, la Ligue finance des soins de support – activité physique adaptée (APA), diététique, soutien psychologique – car ils ont démontré leur efficacité en termes de diminution du risque de récurrence et d'augmentation de la survie. La Ligue a obtenu dans la LFSS un financement expérimental des soins de support dans l'attente que ceux-ci deviennent finançables par la Caisse nationale de l'Assurance maladie.

LE VÉCU DU PARCOURS DE SOIN

Les patients reconnaissent la qualité de la prise en charge. Cependant, 13 % d'entre eux attribuent une note entre 0 et 4 au suivi administratif, et 25 % une note en deçà de la moyenne à l'accompagnement humain. De plus, si 21 % des patients notent entre 9 et 10 leur prise en charge, seulement 7 % des aidants partagent cette même appréciation. Les aidants sont en effet critiques sur l'accompagnement des patients : 79 % d'entre eux sont totalement insatisfaits de l'accompagnement effectué lors de l'épisode douloureux de la fin de vie. Sans les aidants, le système de soins n'est pas viable. Il est indispensable de les associer au parcours, de les informer, et de les consulter au sujet du projet de loi de fin de vie. L'incidence du cancer du sein étant en hausse et l'âge moyen en baisse, la question de la place de l'aidant mineur sera aussi l'enjeu des années qui viennent.

Le plaidoyer des associations, dont la Ligue, sur le projet de loi de fin de vie, a permis d'introduire la notion de temps d'information. La Ligue est favorable à une aide médicale à mourir.

Le Dr Emmanuel Ricard intervenait lors de l'atelier AFC-UNHPC, dans le cadre de la Journée des métiers organisée par la FHP-MCO, le 13 juin 2024.



Le point de vue des médecins

Lutter contre les cancers requiert l'engagement du système de santé dans son ensemble. À toutes les étapes (recherche, prévention, dépistage, prise en charge) les praticiens sont la pierre angulaire du dispositif. Quatre d'entre eux donnent leur point de vue.

Un rôle clé

DR MARIE-PIERRE WISSLER, ANATOMOCYTOPATHOLOGISTE, MÉDECIN ASSOCIÉ DU CABINET CYPATH, GROUPE INDÉPENDANT, RESPONSABLE MÉDICALE DU SECTEUR DE GÉNÉTIQUE SOMATIQUE, MEMBRE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU SYNDICAT DES MÉDECINS PATHOLOGISTES FRANÇAIS (SMPF), MEMBRE DU BUREAU DU CONSEIL NATIONAL DES PATHOLOGISTES (CNPATH).

L'anatomocytologiste accompagne le patient atteint d'un cancer, en collaboration avec les cliniciens, tout au long de sa maladie. Le pathologiste pose un diagnostic de certitude avec une analyse histologique puis l'étude des biomarqueurs en immunohistochimie ou en génétique somatique avec la recherche des altérations génétiques, ce qui permet au clinicien de proposer au patient une thérapeutique adaptée et une médecine personnalisée.

Depuis la naissance de cette spécialité, l'anatomocytologie a vécu différents virages technologiques, comme la génétique somatique, totalement intégrée aujourd'hui dans les pratiques courantes. À l'ère du numérique, la spécialité vit actuellement l'avènement de l'intelligence artificielle avec la numérisation des lames. Cette nouvelle pratique permettra



de valoriser et potentialiser les compétences intellectuelles des médecins grâce au travail à distance. La numérisation des images permet la constitution de bases de données exhaustives, socle des avancées de la médecine.

Toutes ces avancées technologiques nécessitent un accompagnement des instances avec une interopérabilité des logiciels métier de tous les professionnels de santé constituant le réseau de soins du patient, mais aussi un financement juste de ces nouveaux actes. Cela permettrait de fluidifier le partage des données du patient, de réduire les délais de certains actes et de faire profiter à tous les patients, sur l'ensemble du territoire français, de la qualité de la médecine française.

Rémunérer le traitement

DR ÉRIK MONTPETIT, PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL DE RADIOTHÉRAPIE ONCOLOGIE, RADIOTHÉRAPEUTE ONCOLOGUE AU CENTRE D'ONCOLOGIE SAINT-YVES (56)

Les 86 centres libéraux de radiothérapie réalisent entre 48 et 51 % de l'activité et 20 % des patients pris en charge participent aux essais cliniques des programmes de recherche. En France, 80 % des centres de radiothérapie sont seuls sur leur territoire. C'est pourquoi, qu'ils soient privés ou publics, ils assurent le suivi complet du parcours de soins de tous les patients, à condition de disposer des équipements, des personnels et des autorisations adéquats.

Les trois quarts des patients en cancérologie bénéficient de radiothérapie pour guérir ou soulager des métastases cérébrales, osseuses ou autres, en plus des traitements médicaux - chimiothérapie, hormonothérapie, immunothérapie et thérapies ciblées entre autres - réalisés en post-chirurgie ou en phase palliative. Ces différentes activités de soins sont actuellement tarifées selon une nomenclature obsolète qui, en radiothérapie, recense trois temps dans la prise en charge : la préparation, le traitement et l'évaluation. Lors de la préparation, seul le scanner est valorisé alors qu'il requiert désormais souvent le couplage à un Pet scan ou une IRM. De même, l'évolution vers des traitements hypo-fractionnés, moins de séances



et des doses réduites, défavorise le financement du traitement en général. C'est pourquoi, depuis plus de dix ans, les radiothérapeutes-oncologues de l'hospitalisation privée et publique réclament une rémunération selon le type de traitement et sa complexité, indépendamment du nombre de séances ou de la dose administrée.

Certes ces spécialistes enregistrent des avancées, mais ils observent que pour certains organismes de tutelle il est difficile de dépasser la notion de tarification à l'acte et de faire évoluer les curseurs : la première consultation chez l'oncologue - durant laquelle le patient apprend qu'il est atteint d'une maladie grave avec traitement aux effets secondaires nombreux - est plafonnée à 80 euros, ce qui demeure insuffisant. Dans des pays similaires, elle est rémunérée entre 300 et 450 euros.

La perspective de la reconnaissance de la radiothérapie privée en établissement de santé est encourageante. Elle lui permettra de participer de droit à l'élaboration des PRS notamment.

Source des données chiffrées : Résultats de l'Observatoire national de la Radiothérapie 2023 (données 2022).

« La cancérologie libérale est à un tournant »

DR DENIS FRANCK, PRÉSIDENT DE L'AFU-UNHPC



La moitié des patients, parfois davantage dans certains domaines, font confiance à nos structures libérales pour leur prise en charge en cancérologie. Notre rôle est de défendre cette liberté de choix qui est le fondement

essentiel de la médecine française. Pour ce faire, nous devons assurer à nos patients le meilleur qualitatif possible sans transiger sur cette exigence. À mon sens, la cancérologie libérale est à un tournant et ne doit pas et ne peut pas être absente de ce qui discriminera, en plus des soins standards, la reconnaissance des sites performants, à savoir la recherche clinique et la participation directe ou par le truchement des réseaux de cancérologie à des partenariats, par exemple sur les plateformes de biologie moléculaire. Ceci demande un effort supplémentaire, nous en sommes conscients. Notre rôle est de concourir à tirer vers le haut le qualitatif mis à la disposition de nos patients. Ceci est un travail de longue haleine, parfois ingrat, que nous devons faire, en tirant tous dans le même sens. »



Rester innovant dans son offre de soins

DR NADINE DOHOLLOU, ONCOLOGUE MÉDICALE SÉNOLOGUE AU CENTRE RADIOTHÉRAPIE ET ONCOLOGIE GUICHARD (33)

Avec l'évolution des connaissances sur les mécanismes de la cancérogénèse, l'exercice de la cancérologie exige une surspécialisation du praticien. Il est impossible de maîtriser, pour tous les types de cancer, l'ensemble des connaissances et innovations en cours. C'est pourquoi, les oncologues médicaux suivent régulièrement des formations scientifiques complémentaires. Par exemple, un DEA en immunologie s'avère très utile pour s'approprier ces méthodes de prise en charge révolutionnaires. La surspécialisation et la formation scientifique des praticiens garantissent au patient, d'une part un suivi optimal, et d'autre part l'accès précoce aux traitements innovants en attente de commercialisation. Les médecins se forment volontiers aux nouveautés scientifiques. La réciproque permet-elle aux scientifiques de mieux appréhender les attentes des patients en matière d'essais cliniques ?

En France, l'État organise de multiples campagnes de dépistage mais il ne propose pas, dans l'hypothèse d'une anomalie détectée, de stratégies organisées entre le diagnostic et la thérapie. Pour certains types de cancers, comme celui du sein ou du poumon, le praticien qui réalise l'examen de dépistage n'est pas toujours à même de réaliser la suite de la prise en charge. L'interruption du parcours patient entre le dépistage et le diagnostic accroît l'errance médicale, les

délais de prise en charge et, de fait, augmentent le risque de perte de chance. Pour pallier cette difficulté préjudiciable au patient, les praticiens et les structures organisent au mieux des filières de soins, mais sans moyens financiers supplémentaires alloués. Ainsi, pour toute anomalie constatée lors du dépistage, ces structures proposent un parcours spécifique. Les différents examens complémentaires sont coordonnés par un secrétariat dédié. Selon l'issue, le praticien proposera une surveillance accrue ou une prise en charge. Le patient est libéré ainsi d'un stress préjudiciable. Espérons que le nouveau régime des autorisations aidera à cartographier les pratiques et à fluidifier les parcours en cancérologie pour tous les types de cancers.

Pour favoriser les prises en charge innovantes, le référentiel des actes innovants hors nomenclature (RIHN) se doit de proposer un recensement à jour et complet des actes innovants. En parallèle les autorités ont mis en place un processus d'accès précoce aux nouveaux médicaments avant leur commercialisation, ce qui est une avancée extraordinaire. Cependant, les démarches pour obtenir ces accès précoces étant chronophages, une simplification et un accompagnement par les organismes de tutelle sont nécessaires. Cela est d'autant plus indispensable pour les petites structures qui ne disposent pas du temps et du personnel nécessaires pour remplir les demandes. Pourtant cette accompagnement contribue à garantir une égalité de prise en charge des patients sur tout le territoire.



Encourager l'accréditation de groupe

DR PIERRE LEGUEVAQUE, CHIRURGIEN GYNÉCOLOGIQUE CLINIQUE PASTEUR (31)

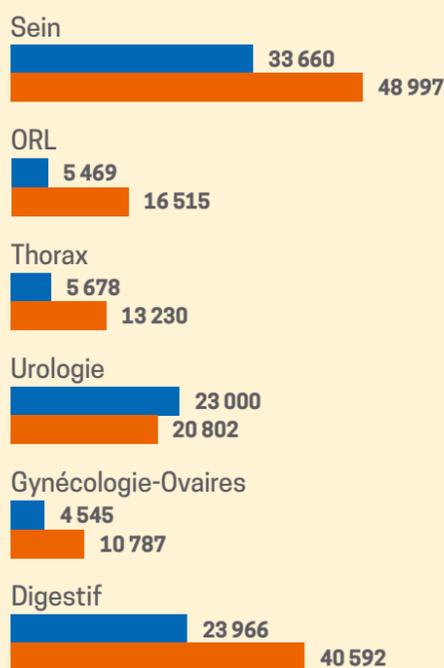
Le Comité de coordination en cancérologie (3C) incite les praticiens en cancérologie à un travail en réseau. Ainsi, à l'Institut du Sein du Grand Toulouse, une coordinatrice de parcours s'assure que toutes les étapes du parcours des soins médicaux ou paramédicaux, réalisés dans différentes structures privées du territoire, sont bien respectées. Nous avons par ailleurs opté pour une accréditation de groupe. La démarche est exigeante : définition de protocoles, d'outils d'évaluation, de mécanismes de contrôle commun à l'ensemble des acteurs. Ce modèle pousse à une progression coordonnée. En cancérologie, les équipes thérapeutiques devraient être accompagnées dans une démarche d'accréditation de groupe.

Le respect des seuils d'activité en cancérologie ne doit pas entraver celui des délais de prise en charge, et la disponibilité des personnels. C'est pourquoi dans notre établissement, nous avons formé le personnel paramédical. Par exemple, les assistantes médicales qui reçoivent les patientes à l'issue de la consultation d'annonce menée par le chirurgien doivent évaluer la compréhension de la maladie, expliciter le traitement et, le cas échéant, reprogrammer une consultation. Une fois le cap émotionnel passé, il est important que la proposition de soins soit acceptée par le patient car une offre de soins ne s'impose pas. De même, le personnel a appris à mieux prioriser les sollicitations des patientes. Nous avons également mis en place une ligne téléphonique directe pour les médecins de ville. Cet engagement collectif nous a permis d'améliorer la réactivité des équipes médicales et la qualité de la prise en charge.

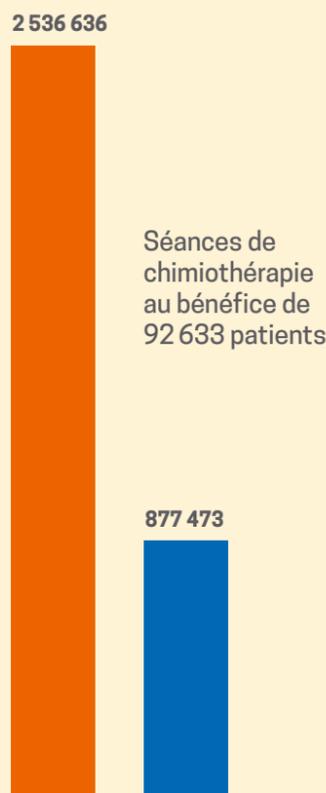


DS data

L'activité médico-chirurgicale carcinologique de l'hospitalisation privée



■ Privé ■ Public Source : données PMSI, 2023



Des causes environnementales

Le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) indique dans sa dernière publication sur le cancer dans le monde (données 2022) que la France est le 9^e pays au monde en termes d'incidence (7^e pour les hommes et 10^e pour les femmes). En 2020, la France se classait en 4^e position derrière la Belgique, les Pays-Bas et le Luxembourg. Le taux d'incidence de ces pays a diminué alors que celui de la France a augmenté sur cette période. Par ailleurs, la France est devenue le 1^{er} pays au monde pour l'incidence du cancer du sein. Les liens entre l'environnement et l'apparition de certains cancers font l'objet de nombreuses recherches, indique l'INCa. Certaines causes sont prouvées : radon, pollution atmosphérique, particules fines dont de diesel, exposition aux UV, certaines substances rencontrées en milieu professionnel... D'autres facteurs environnementaux sont toujours en cours d'investigation. L'étude récente PEPS'PE de Santé Publique France classe le cancer du sein dans la catégorie « Niveau de preuve suffisant » pour le lien avec les perturbateurs endocriniens. <https://gco.iarc.fr/en>



**HÔPITAL PRIVÉ DES PEUPLIERS
(75, RAMSAY SANTÉ)**



**POLYCLINIQUE GRAND SUD
(30, ELSAN)**



**PÔLE SANTÉ ORÉLIANCE
(45, SAINT GATIEN)**

« Cette année, nous avons travaillé sur la prévention : l'autopalpation, la mammographie, les consultations régulières de contrôle chez un médecin et la prévention par l'activité physique », annonce la responsable d'assurance qualité de l'Hôpital Privé Océane (56). (Elsan)

Canoë-kayak, escrime, taï-Chi ? Difficile de savoir quelle activité physique nous convient le mieux une fois sortie du parcours de soins. C'est pourquoi le Centre orthopédique médico-chirurgical de Dracy (71) a proposé des démonstrations de pratiques sportives adaptées. « Notre objectif était d'ouvrir le champ des possibles, montrer ce qui se pratique chez nous mais aussi à l'extérieur », explique l'ergothérapeute. (Vivalto santé)

À la question : Y a-t-il une vie après une mastectomie, la Polyclinique du Trégor (22) répond « oui, deux fois oui ! » avec une exposition photos de femmes ayant subi une mastectomie.

Depuis quelques semaines, les professionnels de la Clinique Saint-Jean l'Ermitage (77) confectionnent des trousse, disques à démaquiller, douceurs sucrées... mis en vente au profit d'une association qui offre aux patients en oncologie-chimiothérapie un accompagnement de sophrologie, de réflexologie et de massages.

Octobre Rose, Mars Bleu. Les établissements de santé privés mobilisés

Deux campagnes de dépistage organisées, des cancers du sein et du côlon, sont déployées en France. Leurs résultats sont jugés insuffisants, c'est pourquoi de nombreuses équipes de soignants s'engagent et rivalisent de créativité.

À l'Hôpital Privé la Châtaigneraie (63), les équipes proposent des animations ludiques et informatives. Un jeu accessible à tous « Questions pour un côlon » a permis aux incollables de marquer des points et de rappeler le rôle crucial du dépistage. (Elsan)

« C'est vrai que les femmes reçoivent toutes, passés 50 ans, un courrier pour un dépistage gratuit. Mais on n'est pas toujours prête à ce moment-là, on reporte... Le fait d'en parler à quelqu'un en personne, de pouvoir confier ses appréhensions, ses doutes, ça change la donne », constate la responsable qualité et risque et chargée de communication de la Clinique de la Muette (75). (Ramsay santé)



**CLINIQUE LOUIS PASTEUR
(54, LOUIS PASTEUR SANTÉ)**

À la Polyclinique de Pau (64), une musicienne est passée dans les chambres du service de chimiothérapie. « Une parenthèse musicale très appréciée des patients mais aussi du personnel », souligne la chargée de communication. (GBNA santé)



**HÔPITAL PRIVÉ DU CONFLUENT
(44, VIVALTO SANTÉ)**

Dans de courtes vidéos individuelles, souriants, concentrés et un peu intimidés, Louis, Sandra, Richard et Alia (infirmiers en endoscopie, cadre de santé, chirurgien digestif et gastro-entérologue) évoquent l'organisation des soins, l'intérêt du dépistage, leur rôle ou l'objectif des soins de support. La chargée de communication, de la Clinique Bizet (75), précise : « Ces vidéos sensibilisent le public à la prévention du cancer colorectal, montrent comment se passe le parcours de soins et mettent des visages sur des rôles. » (Groupe Hexagone santé)



**CLINIQUE L'ETANG DE L'OLIVIER
(13, ALMAVIVA SANTÉ)**

« Nous avons posé des affiches sur Mars Bleu dans l'établissement et en ville sur toute la zone couverte par l'hôpital », explique la responsable qualité de l'Hôpital Privé du Val d'Yerres (91). « L'information a été relayée auprès des médecins généralistes pour qu'ils en parlent à leurs patients. Nous avons aussi contacté des lycées et des écoles d'infirmiers. » (Almaviva santé)

La parole a été donnée aux professionnels de santé de la Clinique Esquirol Saint Hilaire et Calabet (47) pour une conférence en présentiel mais aussi accessible en visio et traduite en langue des signes. « La présence des interprètes en langue des signes depuis des années lors de nos conférences permet à cette population souvent oubliée de s'informer », complète l'attachée de direction. (Elsan)

HAS. RIHN 2.0, booster d'innovation

DR CÉDRIC CARBONNEIL, ADOINTE À LA DIRECTION DE L'ÉVALUATION ET DE L'ACCÈS À L'INNOVATION, CHEF DU SERVICE ÉVALUATION DES ACTES PROFESSIONNELS, HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Le référentiel des actes innovants hors nomenclature (RIHN) est un des mécanismes de soutien à l'innovation dédiés à la biologie médicale et à l'anatomie cytopathologie. Il complète l'accès précoce aux médicaments et le forfait innovation pour les dispositifs et les actes médicaux.

Ce dispositif propose une prise en charge dérogatoire et transitoire pour faciliter l'accès précoce à des technologies innovantes en phase de développement clinique et bénéfiques aux patients. Cette prise en charge est conditionnée à la réalisation d'un recueil de données via une étude clinique ou médico-économique visant à confirmer l'intérêt de la technologie. Le recueil de données est donc obligatoire et son protocole est approuvé ex-ante par la HAS. En fin de processus, la prise en charge dérogatoire est collégialement décidée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de la HAS. Le RIHN n'offre pas un remboursement pérenne d'un acte.

La LFSS 2023 a attribué une existence légale au RIHN 2.0 (article L.162-1-24 du CSS). Ce dispositif pérennisé s'appuie sur une plateforme de dépôt des demandes d'inscription ouverte fin septembre 2024. L'objectif du RIHN est de faciliter l'intégration dans le droit commun, des technologies disposant d'un fort potentiel durant la phase de finalisation de leur validation.

La version 2.0 décrite par un décret d'application du 1^{er} avril 2024 corrige les travers du dispositif initial de 2015. Désormais, seuls les conseils nationaux professionnels (CNP) ou les exploitants industriels sont autorisés, via la plateforme, à déposer une demande auprès du RIHN.

QUELS SONT LES CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ AU RIHN 2.0 ?

Seuls les actes de biologie ou d'anatomocytologie avec ou sans DM-DIV intéressent le RIHN, dont les critères d'éligibilité (définis par les articles L.162-1-24 et R.162-122 du CSS) prévoient deux options.

La première option concerne les actes de biologie et d'anatomocytologie qui présentent une innovation au-delà d'une simple évolution technologique. La technique doit bénéficier d'une diffusion précoce et ne jamais avoir fait l'objet d'une prise en charge. Le niveau de risque doit être caractérisé. L'impact de la technologie peut être un bénéfice clinique qui comble un besoin médical non ou insuffisamment couvert. Le demandeur devra documenter l'état de l'art afin de justifier un besoin médical insuffisamment ou non couvert, et en quoi l'acte est susceptible de couvrir de manière adéquate le besoin médical en question. L'autre impact reconnu sera financier : en quoi la technologie génère-t-elle des économies ? L'intérêt sera médical, médico-économique, ou les deux.



La seconde option est une passerelle offerte par un test compagnon associé à un médicament faisant l'objet d'un accès précoce (ce dernier doit mentionner le biomarqueur recherché par le test dans son autorisation de mise sur le marché).

La mise en place d'un test compagnon permet dans cette hypothèse de démontrer l'efficacité du médicament et de lui attribuer un remboursement pérenne si le test est concluant.

LA PERTINENCE DU RECUEIL DE DONNÉES CLINIQUES OU MÉDICO-ÉCONOMIQUES

Le RIHN 2.0 impose au demandeur un recueil des données afin de démontrer la pertinence de la technologie. Le protocole complet du recueil des données (qui prendra fréquemment le format d'une étude clinique ou médico-économique) doit donc être établi pour être intégré à la demande d'inscription au RIHN. Le ministère de la Santé, pour sa part, contrôle l'avancement du budget attribué au recueil de données.

L'étude clinique ou médico-économique proposée par le demandeur doit permettre de colliger les données critiques manquantes pour déterminer le degré d'amélioration. De même, le budget prévisionnel doit être réalisable.

PROCÉDURE D'ENTRÉE/SORTIE DU RIHN

La version 2.0 du RIHN offre une analyse au fil de l'eau des demandes et selon des phases prédéterminées. À la suite de tout dépôt de dossier, la HAS dispose de 15 jours pour en évaluer la recevabilité. Lorsque le dossier est jugé recevable, la HAS dispose de 75 jours pour analyser le dossier et statuer. Au cours de cette période, la HAS pourra solliciter des éléments supplémentaires au demandeur, ce qui suspendra le délai d'analyse. Le demandeur dispose alors de 60 jours pour apporter ces éléments requis. Dès réception, la HAS disposera de 15 jours supplémentaires pour émettre un avis ferme, négatif ou positif.

L'avis positif de la HAS enclenche la phase d'analyse de 60 jours par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, des données budgétaires et juridiques, avant notification définitive au demandeur.

RECENSER LES ACTES INNOVANTS

En sortie de RIHN, Le demandeur doit transmettre les résultats de l'étude 6 mois avant la fin de la période de prise en charge dérogatoire. La HAS évalue ensuite l'acte en vue d'un remboursement pérenne par l'Assurance maladie.

DS
bref

RIHN - DÉCRET N° 2024-290 DU 29 MARS 2024 RELATIF AUX CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES ACTES INNOVANTS DE BIOLOGIE OU D'ANATOMOPATHOLOGIE HORS NOMENCLATURES

La loi appelait un décret en Conseil d'État pour fixer les critères d'éligibilité, ainsi que les modalités d'inscription et d'actualisation de la liste. Un projet de décret avait circulé en septembre 2023.

Le décret finalement sorti, un an et demi après la publication de la LFSS, reprend en partie le projet mais avec plusieurs assouplissements pour le demandeur, notamment en termes de valorisation tarifaire. Il est entré en vigueur lundi 1^{er} avril 2024.

En cas d'avis favorable de la HAS, l'Assurance maladie effectuera les travaux de hiérarchisation/tarifification de l'acte, puis rendra sa décision finale de prise en charge. D'une manière générale, l'Assurance maladie collabore avec la HAS durant la période d'évaluation pour fluidifier le processus de remboursement.

QUELS SONT LES PROJETS POUR LA CANCÉROLOGIE ?

La HAS a été saisie par la Direction générale de l'offre de soins du ministère (DGOS) au sujet de l'évaluation des actes de séquençage haut débit ciblé (en cancérologie et pour les maladies rares) et d'amplification des acides nucléiques (TAAN, dont les plus connus sont les PCR) multiplexes pour les pathologies infectieuses. La publication de l'évaluation de la première vague relative à la cancérologie (panels remboursables du cancer du poumon sur prélèvement solide, tumeurs stromales gastro-intestinales (GIST), leucémie lymphoïde chronique) ainsi que celle du programme pluriannuel et des principes d'évaluation a eu lieu début août. La seconde vague d'évaluation, en cours, porte sur le cancer du poumon sur biopsie liquide, les sarcomes autres que les (GIST) et le myélome.

Le Dr Cédric Carbonneil intervenait lors de l'atelier AFC-UNHPC, dans le cadre de la Journée des métiers, organisée par la FHP-MCO, le 13 juin 2024.



L'activité de cancérologie de l'hospitalisation privée

QUALITÉ

87 %

des établissements de santé privés MCO sont certifiés par la HAS « Haute qualité des soins » (29 %) ou « Qualité des soins confirmée » (58 %).

CHIRURGIE

39,3 %

de la chirurgie carcinologique soumise à seuil.

CHIMIOTHÉRAPIE

26 %

des séances réalisées dans les établissements de santé privés.

Source : Rapport d'activité FHP-MCO 2023.

Nomenclature. La réforme aboutira fin 2025

Depuis 2005, la nomenclature répertorie et décrit les actes médicaux techniques de ville et dans les établissements, conformément aux règles de l'art.

ENTRETIEN AVEC LE DR CHRISTIAN ESPAGNO, ET LE PR FRANÇOIS RICHARD, CO-PRÉSIDENTS DU HAUT CONSEIL DES NOMENCLATURES (HCN)

Comment s'organisent les travaux du Haut conseil des nomenclatures ?

La Classification commune des actes médicaux (CCAM) est une nomenclature française créée en 2005. Ce système de codification commun participe à la tarification de chaque acte et contribue au suivi de l'allocation des ressources en santé. En 2021, le HCN a été créé pour actualiser en profondeur les 13 600 actes répertoriés dans la CCAM. Dans le cadre de la parité public et privé, nous assurons une présidence successive du HCN qui est une structure indépendante qui travaille sous l'égide de la CNAM. Les travaux engagés par le HCN ont pour mission d'une part la mise à jour de la description des actes puis leur hiérarchisation commune, de même la simplification de la nomenclature, d'autre part l'inscription des nouveaux actes innovants après l'avis de la HAS, et enfin la mise au point d'une maintenance prospective pour prévenir l'obsolescence des nomenclatures liée au progrès médical.

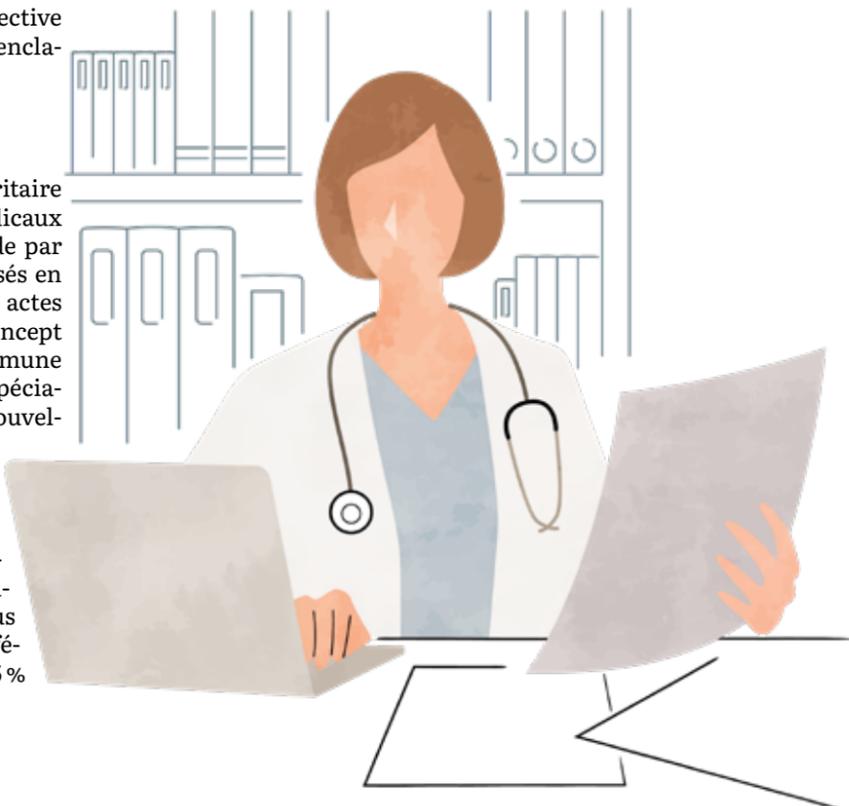


des actes d'une même famille). Pour assurer une cohérence entre les familles d'actes, des actes « passerelle » seront définis.

Dans un second temps, pour valoriser les actes, une valeur travail est attribuée par les experts. Elle est déterminée selon la durée per interventionnelle de l'acte, la durée globale de mobilisation du praticien pendant l'hospitalisation, l'effort mental – soit la concentration – voire la réactivité nécessaire, la technicité, et le stress généré par l'acte. Le HCN dispose de la possibilité de modifier de +/- 20 % la valeur attribuée par les experts. Au-delà de cette marge de correction, le comité d'experts doit réévaluer l'acte. À cette valeur travail, un coefficient de charges inhérentes à la spécialité est ajouté pour déterminer le coût de la pratique. Le coefficient de conversion monétaire qui détermine

Comment la méthodologie est-elle déterminée ?

Validée par la CHAP (commission paritaire entre la CNAM et les syndicats médicaux représentatifs), elle s'appuie sur l'étude par environ 500 experts médicaux organisés en 42 comités cliniques qui évaluent les actes médicaux regroupés par famille. Le concept de famille permet une analyse commune d'actes identiques effectués par des spécialités différentes. Une fois les actes nouvellement décrits, chaque comité de hiérarchisation les catégorise de façon cohérente en leur donnant une valeur en « point travail » en fonction de la quantité de travail nécessaire à la réalisation de l'acte. Pour cela, les comités de hiérarchisation comparent tous les actes de leur famille à un acte de référence et à des actes repères (entre 10 à 15 %



DS
bref

2021

Création du Haut Conseil des Nomenclatures

13 600

Actes médicaux décrits à la CCAM

16

milliards d'euros de remboursements d'actes médicaux

Voir la liste des actes pour lesquels le Haut Conseil des nomenclatures a été saisi en vue de leur inscription, et l'état de leur avancement dans cette procédure d'inscription sur hautconseilnomenclatures.fr

la rémunération du travail médical est commun à tous les praticiens. Il est fixé à 0,47 points. Le coefficient de charge varie selon la spécialité et se décide durant les négociations conventionnelles.

Quelles sont les propositions en cours de négociation avec les parties prenantes ?

Pour satisfaire à la mission de simplification de la nomenclature, des propositions de modifications supplémentaires ont été définies. Elles incluent des données spécifiques qui modifient la quantité de travail telles l'obésité et les zones déjà opérées ou irradiées, dans la valorisation de l'acte.

La CNAM considère chaque acte dans sa globalité. Cependant, la chirurgie permet de réaliser plusieurs actes lors d'une seule intervention. C'est pourquoi, la valorisation d'actes complexes ou multiples est à l'étude. Il en est de même pour la prise en compte du second chirurgical, déjà reconnu en chirurgie cardiaque. Celle-ci devrait être étendue à d'autres spécialités chirurgicales.

Comment la nomenclature évolue-t-elle ?

Pour rester pertinente, la nomenclature doit évoluer. Un processus de validation des actes récents, reconnus par l'HAS puis le HCN et la Commission de hiérarchisation des actes et prestations (CHAP) dans des délais restreints, a été organisé. Désormais, un nouvel acte peut être inscrit de manière définitive ou provisoire dans la CCAM. L'inscription provisoire est renouvelable une fois et elle peut être prolongée ou être définitive. Pour faire évoluer la CCAM, le codage par les praticiens est primordial. Il permet de supprimer les actes devenus obsolètes et de proposer l'inscription d'actes nouveaux. Début 2025, un site permettra aux praticiens de partager en temps réel les remontées terrain sur l'utilisation de cette nouvelle nomenclature.

Une réflexion engagée sur les notions de forfait pour les activités de radiothérapie et de dialyse sera proposée au 1^{er} janvier 2026. Une réflexion qui sera élargie à d'autres pathologies chroniques.

Mi-2025, le HCN doit rendre ses travaux, comme cela a été mentionné dans la convention médicale qui vient d'être signée. Cependant, nous avons alerté les tutelles sur le manque de personnel et le risque de retard qui nous amènera certainement fin 2025.

DS 50