

Le nouveau

Cancérologie

N° spécial
Avril mai juin 2009

Les Rencontres 2009 de la Cancérologie
Libérale et Hospitalière Privée
XV^{ème} Rencontres de l'UNHPC
23 janvier 2009, Paris

Il est précisé que le compte-rendu de cette journée a pour objectif de fournir des informations sur l'état actuel de la science ; ainsi, des données présentées sont susceptibles de ne pas être validées par les autorités françaises et ne doivent donc pas être mises en pratique.



Éditorial

Bilan du Plan Cancer 2003-2007 - Perspectives pour un nouveau Plan. Les XV^{èmes} Rencontres de la Cancérologie Libérale et Hospitalière Privée



Gérard Parmentier

UNHPC
Coordination et pluridisciplinarité
au service des patients atteints du cancer

Gérard Parmentier

Dr Bernard Couderc : Questions, avant un nouveau Plan Cancer...

Pr Dominique Maraninchi : INCa : Focus sur l'anatomopathologie et la radiothérapie

Mme Evelynne Fournié : INCa : la radiothérapie

Dr Marie-Hélène Rodde-Dunet : INCa : chirurgie et oncologie médicale

Pr Michel Bourguignon : le point de vue de l'ASN

Dr Denis Franck : l'oncologie radiothérapie libérale

Dr Franck Bürki : l'oncologie médicale libérale

Dr Michel Guiu : le pathologiste, spécialiste en imagerie cellulaire

Dr Philippe Cuq : la chirurgie libérale

Dr Jean-Paul Ortiz : la chirurgie libérale

Dr Christian Espagno : la chirurgie libérale

Dr Bruno Silberman : la radiologie

Dr Catherine Bismuth : le point de vue de l'Assurance Maladie

Mme Régine Goinere : un point de vue de patient

Mme Martine Haddad : un point de vue d'établissement

M Patrick Lejeune : un point de vue d'établissement

Pr Jean-Pierre Grunfeld

Les Rencontres Nationales de l'Union Nationale Hospitalière Privée de Cancérologie (UNHPC) ont lieu chaque année depuis 1994.

Ces Rencontres sont l'occasion d'un dialogue entre professionnels d'origine, de métiers et de statuts différents, mais tous réunis pour approfondir telle ou telle dimension d'organisation, de régulation ou d'évaluation de la prise en charge et du traitement du cancer. Hospitaliers, professionnels de santé, membre des Tutelles, des Agences ou des organismes de sécurité sociale, ils partagent la même conviction : l'environnement et les conditions d'organisation déterminent de plus en plus la qualité des soins. Environnement, organisation, modalités de l'allocation des ressources ne vont pas de soi. Ils méritent autant d'attention que la recherche ou le développement des compétences.

On reconnaîtra là les principes fondateurs du Nouveau Cancérologue. Il était donc logique qu'un partenariat s'établisse. C'est ce partenariat qui permet l'édition de ce numéro spécial qui reprend les résumés des principales interventions qui ont eu lieu lors des dernières Rencontres, le 23 janvier 2009.

Ces rencontres 2009 étaient centrées pour la première fois exclusivement sur le secteur libéral et de cliniques. Il s'agissait de faire le Bilan du Plan Cancer 2003-2007 du point de vue des établissements privés et des médecins libéraux et de dresser des perspectives pour le nouveau Plan. Il ne s'agit ici que de résumés, parfois réducteurs. La richesse des débats n'y apparaît pas. Pour cela l'intégralité des interventions et des débats sera publiée par l'UNHPC dans les prochains mois. Ceux qui sont intéressés par cette publication peuvent la demander auprès de l'UNHPC, à l'adresse suivante : unhpc-vd@wanadoo.fr

Les points marquants sont, entre autres, la nécessité d'articuler le champ conventionnel, et donc la Sécurité Sociale, au futur Plan Cancer. Si cela avait été fait pour les précédents Plans cancer, la radiothérapie, l'oncologie médicale et l'anatomopathologie libérales ne seraient pas dans un tel état d'abandon. La demande de plus d'équité dans l'allocation des ressources ne surprendra pas. Elle passe aussi par une plus grande transparence : il faudrait pour cela la publication régulière pour chaque financement lié au Plan Cancer, de son montant, son origine, ses destinataires, ces derniers étant classés par statut et par Région. Ces Rencontres ont aussi été l'occasion d'exprimer, sur des modes différents, la très grande inquiétude suscitée par le mode d'allocation de revenu pervers que constitue le secteur 2 (dépassements d'honoraires). La question de la juste rémunération doit être traitée comme telle. Le reste à charge décidé de façon subjective et individuelle reste, outre le scandale qu'il représente dans le cas du cancer, délétère pour l'avenir de nos métiers. Il est d'autant plus facile de mettre de l'ordre dans ce dossier qu'il n'y a pratiquement pas, aujourd'hui, de dépassements en oncologie. Il y a donc urgence, demain ce sera beaucoup plus difficile.

L'UNHPC remercie Le Nouveau Cancérologue pour l'initiative de cette publication, le laboratoire Roche pour le concours qu'il y apporte et bien sûr les orateurs cités pour avoir accepté de simplifier et de réduire la richesse de leurs exposés.

Gérard Parmentier
 Secrétaire National de l'UNHPC

Publié par INTERCOM Santé
 64, rue Anatole France
 92300 Levallois-Perret
 Directeur de la publication : Pascale Raoul
 Maquette et mise en page : Pierre Rauzy
 Imprimeur : Imprimerie Vincent, Tours
 N° CPPAP : 0610 T 89470
 N° ISSN : 1964-5279

Ce compte-rendu a été réalisé sous la seule responsabilité du coordinateur, des auteurs et du directeur de la publication qui sont garants de l'objectivité de cette publication.

Questions, avant un nouveau Plan Cancer...

Discours introductif du Pt Couderc



Le Président Couderc, dans son discours d'ouverture, a tenu à poser quelques questions qui sont autant d'éléments de bilan des Plans Cancer précédents, en forme de "reste à faire", que de perspectives pour le prochain.

Ces questions étaient posées "du point de vue des patients et des citoyens, de la qualité du système de santé mis à leur disposition" :

- **Est-ce normal que le secteur privé libéral**, dont on reconnaît maintenant qu'il prend en charge un patient atteint du cancer sur deux, soit très souvent **oublié dans les grandes concertations nationales** ? N'ait encore jamais été officiellement consulté dans les multiples audits dont ont fait l'objet le dernier Plan cancer et l'INCa ? Le nombre de patients pris en charge n'est-il pas la vraie mesure de la contribution réelle au "service public" de la santé ?

- **Pourquoi un système d'information encore si défaillant ?**

- Est-ce normal que l'Etat ne sache toujours pas "qui fait quoi et où" en matière de radiothérapie ? (mesure 1 - PMSI obligatoire dans tous les statuts...)

- Est-ce normal que l'Etat ne connaisse pas ce qu'il autorise ? (équipements, qualifications...)... et dépende des initiatives des professionnels ? : ACRIM et observatoire

- Est-ce normal que personne ne puisse faire un bilan chiffré des financements accordés dans le cadre des Plans cancers successifs en les classant par Région et par statuts ? En en donnant le montant total et le montant ramené au nombre de patients traités ? Est-ce normal qu'il n'y ait pas plus de transparence sur l'emploi des fonds publics ?

- **Est-ce normal que l'Assurance-maladie n'articule pas les secteurs dont elle a la charge et la rémunération de leurs actes avec les Plans cancer successifs ? Est-ce aux professionnels libéraux de payer les défauts d'articulation entre l'Etat et la Sécurité sociale ?**

- K15 (mesure 51) : réforme approuvée par tous les Ministres de la santé et directeurs de SS successifs depuis 8 ans, fortement incitative en matière de qualité des pratiques, à l'époque gratuite, jamais appliquée. La question demeure : quels avantages l'Etat et la Sécurité sociale trouvent-ils à payer un professionnel sur la base d'un acte qu'il ne fait pas ? Pourquoi ne pas reconnaître, l'oncologie médicale, la qualification de métiers utiles, que tout le monde proclame de grand avenir et de grande qualification mais qui restent délaissés et sans visibilité quant à leur avenir concret ? ;

- nomenclature des actes d'anatomopathologie et de biologie, "afin de mieux prendre en compte l'évolution des techniques" (mesure 49, action 1). L'évolution ne fait que confirmer l'urgence qu'il y a à consolider ce secteur clef de la qualité de la prise en charge des malades du cancer.

- soins palliatifs : les médecins libéraux exerçant en établissements de santé sont les oubliés des Plans successifs. Les patients qui décèdent en établissement de santé privé ont pourtant les mêmes droits que tous.

- "oubli" des plateaux techniques des centres de radiothérapie privés libéraux (plus d'un patient sur deux) dans les mesures de "mise à niveau" et de "rénovation rapide", même après Epinal (mesure 45). Les exigen-

ces de mise à niveau sont pourtant les mêmes selon les responsables professionnels qui ne font pas de distinction de statut. Les professionnels privés sont les premiers à avoir proposé des contrôles sur la destination des fonds destinés aux investissements. L'Etat préfère continuer à donner à certains, pas à d'autres, en fonction du statut, et à ne pas contrôler l'emploi des fonds publics, à faire comme si tous avaient été aidés.

- **Est-ce normal que l'Etat ne soumette pas toutes les structures aux mêmes qualifications ? ... ne leur offre pas les mêmes incitatifs ?**

- La sécurité en radiothérapie est mise au rang des priorités. L'ensemble des exigences de sécurité a, en droit, une qualification : celle d'"établissement de santé". Les Cabinets de radiothérapie devraient de toute évidence être qualifiés d'Etablissement de santé. Admise par tous, cette qualification leur est pourtant refusée dans les faits. Elle leur permettrait pourtant de réintégrer le Plan cancer et les dispositions s'appliquant aux Etablissements. Ce dossier avait avancé en 2008 avec engagement de PMSI tarifant au 1/3/2009, il est de nouveau bloqué...

- **Est-ce normal que l'Etat ait tant tardé à prendre conscience de la nécessité de redresser la démographie sinistrée de plusieurs de nos métiers ?**

Il y a urgence. D'autres pays s'inquiètent et prennent des mesures, alors même qu'ils sont beaucoup mieux dotés. Il y va de la qualité et de la sécurité des soins pourtant affirmés avec force en matière de cancer. Contrairement à d'autres métiers, les mesures d'organisation et les gains de productivité ne suffiront pas. La spécificité de ces métiers est bien celle d'un ajustement démographique.

- Oncologues médicaux : le déficit est aggravé par l'extension des missions confiées aux oncologues médicaux par le dernier Plan cancer et par les perspectives offertes par l'évolution des thérapeutiques.

- Anatomopathologistes : les travaux de l'INCa ont démontré une fois de plus l'urgence d'initiatives spécifiques.

- Physiciens : s'ajoute à leur démographie catastrophique le problème de l'arrêt de 94 dont il faut abroger la mesure bloquant le physicien durant toute la durée du traitement : l'accord est général, mais rien ne bouge, alors qu'il y a là l'occasion de leur reconnaître une sphère de responsabilité spécifique

- Dosimétristes

- Radiothérapeutes

- **Malgré l'incontestable progrès que marque l'approche T2A (être payé pour ce que l'on fait plutôt que pour ce que l'on est, quoi qu'on fasse) pourquoi encore tant de carences dans le système d'allocation de ressources ?**

- Est-ce normal que l'Etat et la Sécurité sociale ne travaillent pas plus sur les justes rémunérations (des séjours et des professionnels) et préfèrent souvent les subventions au coup par coup ? Hommes ou structures, nous sommes des soignants, il faut donc privilégier les GHS sur la base de l'activité de soins constatée plutôt que les MIGAC ou autres subventions accordés sur la base de dossiers.

- Est-ce normal que les indispensables fonctions transversales ne soient pas reconnues et rémunérées ?

- Est-ce normal que l'Etat et la Sécurité sociale, sous prétexte d'habileté dans la présentation des comptes de la nation et de l'imputation



des charges, soumettent les médecins libéraux à un système de rémunération inadmissible dans son principe, particulièrement lorsqu'il s'agit de malades lourds, et mortifère pour les professions concernées : celui du secteur 2 ? Dans un système "solidaire" la "juste rémunération" doit-elle dépendre du patient ou de décisions nationales statutaires, contractuelles ou conventionnelles ? La rémunération des professionnels ne doit-elle pas être neutre du point de vue du patient ? La détermination du "reste à charge" ne devrait-il pas ressortir d'un arbitrage national plutôt que du colloque singulier ? Pourquoi l'Etat continue-t-il à privilégier des systèmes de rémunération qu'il dénonce par ailleurs comme attentatoires aux règles d'accessibilité ?

- Est-ce normal que les "soins de supports" soient encore si dépendants des bonnes volontés, de l'entregent des dirigeants d'établissements, du bon vouloir de telle ou telle ARH, de telle ou telle organisation charitable ? Ne méritent-ils pas une reconnaissance, une organisation, une accessibilité à peu près homogène sur tout le territoire ?

- Est-ce normal que les professionnels comme les Etablissements de santé souffrent à la fois d'obligations de rapports et de **contrôles** multiples, bureaucratiques et protéiformes et qu'en fait la fonction contrôle soit si peu efficace, organisée, évaluée, transparente ?

- Si les **déclarations des événements indésirables** sont si importantes pour le développement de nos fonctions "sécurité", pourquoi ne sont-elles pas organisées comme dans les pays anglo-saxons, autour d'un "guichet unique" et avec des mesures spécifiques de protection juridique, et vis à vis des médias, des professionnels déclarants ?

- Si le taux **d'inclusion des patients dans les essais cliniques** est un critère de qualité de la prise en charge, est-ce normal que si peu ait été fait pour inciter, former, soutenir les équipes du secteur privé et des CH où est la très grosse majorité des patients ?

- A un moment où l'Etat promet tellement la "**coopération**" entre les structures, est-ce normal que cette coopération s'assimile si souvent à de "l'aspiration" ?

- A quand un véritable cadre juridique adapté à de vraies coopérations, respectueuses des spécificités et des statuts de chacun, définissant et

organisant les champs de responsabilité respectifs des acteurs d'une médecine concertée ?

- Les CLCC et les CHU ont décidé de se rapprocher. Pourquoi en faire des Pôles au sens de tête de réseau, sommet d'une organisation pyramidale ? Ne seraient-ils pas plus dans leur rôle en étant des membres des réseaux de cancérologie comme les autres, avec des missions et des responsabilités spécifiques compte tenu de leurs statuts et de leurs financements ? Pourquoi vouloir les mettre au-dessus des acteurs qui prennent en charge la très grosse majorité des patients plutôt qu'à leur côté, responsable de services spécifiques ?

- Tout le monde s'accorde sur le fait qu'il n'y a pas de progrès sans émulation, sans concurrence, régulée bien sûr, en particulier dans le secteur de la santé. Tout le monde s'accorde pour considérer la liberté de choix du patient comme une valeur commune et fondatrice. Pourquoi dès lors vouloir placer tout le monde dans des filières qui sont autant de monopoles de fait, d'organisations pyramidales qui figent au lieu de dynamiser, poussent aux replis corporatistes au lieu d'ouvrir ?

- Au même moment l'organisation en réseau est délaissée avec des financements en baisse, alors que la continuité des soins en cancérologie exige une organisation en réseau qui fédère et coordonne tous les acteurs quel que soit leur statut. N'est-il pas temps au contraire de consolider les réseaux, tant juridiquement que financièrement, dans leur diversité (réseaux de santé [territoriaux], réseaux régionaux [sociétés de services]) ?

- L'arrivée en force de l'oncogénétique, des plateformes de biologie, de la génomique et de la protéomique, des tumorothèques, de certaines formes très coûteuses d'imagerie ou d'abord thérapeutique (tumeurs rares, techniques nécessitant un bassin de population se chiffrant en millions d'habitants [protonthérapie])... nécessitent de nouvelles formes de "coopération" et de structures juridiques afin d'assurer l'accessibilité de tous et de garantir l'égalité des droits, sans instrumentalisation au service de tel ou tel. La notion de "service public" a, en cancérologie des dimensions nouvelles qui demande de structurations et de cadres juridiques innovants à la hauteur d'enjeux nouveaux mais décisifs pour le système de santé et de la recherche médicale. Sans la mise en œuvre de solutions nouvelles et adaptées, le risque est né de voir le service public instrumentalisé comme instrument de pouvoir, et non géré comme instrument au service de l'intérêt général. ■

INCa : Focus sur l'anatomopathologie et la radiothérapie

Pr Dominique Maraninchi
Président de l'INCa

Je voudrais faire un focus sur deux sujets qui nous mobilisent, pour que l'on porte un nouveau regard sur la maladie cancéreuse dans le cadre de la pratique et du Plan cancer. Je commencerai par une révolution sociologique qui débouche sur une révolution médicale : **le cancer est non pas une maladie mais de nombreuses maladies qui se nomment**. Cela change tout en médecine : mieux une maladie est nommée, mieux elle est définie, mieux elle sera prise en charge et plus on pourra progresser dans l'efficacité des traitements.

L'anatomopathologie, qui décrit la maladie cancéreuse est donc l'étape clé. Or, cette profession clef a été mise un peu à l'écart.

Le cancer est une situation non pas statique mais dynamique, avec des évolutions considérables des pratiques et des évolutions quantitatives. On est passé de 170 000 diagnostics dans les années 1980 à 320 000 dans les années 2000. Il faut en dehors de la biopsie exérèse chirurgicale doubler le nombre d'examens : on a de plus en plus recours à des examens anatomopathologiques séquentiels pour mieux traiter les maladies. Cela a forcément un impact sur les professionnels qui nomment cette maladie.

Par ailleurs, les révolutions technologiques de ces dix dernières années ont heureusement été transférées à la pratique et le métier intègre aujourd'hui des notions plus vastes de biologie, voire de biologie moléculaire.

Peu de professions peuvent supporter la multiplication par trois de leur activité, avec des contraintes de plus en plus dures, sans que cela ait des conséquences. 1 600 anatomopathologistes en France, c'est peu. Mais la profession est dynamique et extrêmement bien organisée, elle s'est mobilisée pour présenter un projet sur les besoins et évolutions de la profession que je voudrais saluer. Il est porté par l'ensemble des sociétés professionnelles et des syndicats qui irriguent cette profession. Je voudrais simplement dire que nous avons repris les principaux éléments de cette feuille de route pour essayer de la rendre rapidement opérationnelle afin de répondre aux besoins de la population.

La deuxième grande discipline est la radiothérapie. Elle est le pivot de la cancérologie. Les radiothérapeutes soignent exclusivement des personnes atteintes de cancers. C'est une thérapeutique qui bouge, parfois dans la difficulté. Vous savez que l'Institut a la responsabilité de coordonner une Feuille de route pour la radiothérapie dans le pays pour accompagner les évolutions nécessaires de cette discipline

Une feuille de route signifie des mesures à très court terme, à moyen terme et à long terme. Une grande partie de ces mesures ont déjà été réalisées à titre réglementaire, mais beaucoup de questions se posent au quotidien – cela a justifié la création d'un Comité national de suivi – qui vont encore impacter la prise en charge des malades par cette discipline pen-

nant les deux années à venir pour garantir évidemment la qualité des soins, l'équité et la sécurité sur tout le territoire.

Nous essayons pour ce faire de définir les meilleures stratégies d'accompagnement, avec l'ASN et tous les acteurs, pour mieux anticiper les situations à risque, non seulement pour les malades mais aussi pour les professionnels.

Notre travail conjoint avec l'ASN, qui intervient sur le terrain et garantit certains critères, est fructueux, nous devons non seulement garantir la sécurité mais aussi respecter les besoins des malades par rapport à leur prise en charge. Il reste du travail à faire, mais c'était prévu dans la Feuille de route. Nous devons nous installer dans la durée.

En effet, toutes les mesures actuelles sont des mesures d'adaptation, auxquelles nous allons tâcher d'apporter un aspect réglementaire pour que les professionnels soient protégés dans leur exercice, sachant qu'il existe la date butoir de 2011 à laquelle tous les centres de radiothérapie devront respecter les critères d'agrément

Quelques mots magiques, coopération inter-établissements et coopération interprofessionnelle, seront la clef de la sécurité, avec aussi le rattrapage des besoins de formation et surtout une adaptation un peu spécifique sur certains territoires. L'articulation avec les ARS, les services de l'ASN, les services du ministère et le comité national de suivi pour la radiothérapie sont indispensables car les solutions ne sont pas univoques. ■

INCa : la radiothérapie

M^{me} Evelyne Fournie
Chef de Projet Radiothérapie

Nous avons voulu faire un point sur la situation actuelle de la radiothérapie et sur son futur proche, sachant que vous détenez le bilan du Plan Cancer. Vous trouverez aussi dans vos dossiers un document sur la situation de la radiothérapie en 2007. Ce sont des éléments clés tirés de l'Observatoire 2007, dont les travaux seront publiés d'ici quelques mois.

J'ai choisi de vous présenter quelques diapositives, l'idée est qu'elles servent de base pour nos échanges, à travers deux éléments clés : les mesures nationales pour la radiothérapie et la mise en place récente du Comité national de suivi pour la radiothérapie.

Les mesures nationales consistent en un plan pour la radiothérapie. Au nombre de 33, ces mesures sont non exhaustives. Une partie d'entre elles est déjà terminée, d'autres sont déjà reconduites. D'autres types d'actions seront proposés en fonction de la situation. Annoncées par la Ministre en 2007, ces mesures, se regroupent selon les 7 grands thèmes repris sur la diapositive. Quelques exemples intégrant des actions vers le secteur privé sont assez parlants.

La moitié des 3 m€ d'investissements pour l'acquisition de dispositifs de dosimétrie *in vivo* a été consacrée au secteur libéral et privé.

En partenariat avec la MeaH, et reposant sur la mise en place des bonnes pratiques organisationnelles, l'INCa accompagne en 2008-2009 40 centres de radiothérapie – cela va se terminer en juin 2009 –. Cet accompagnement, qui dure un an représente 1,6 m€ financé par l'INCa. 18 des 40 centres retenus pour 2008-2009 sont des centres privés. Nous espérons pouvoir continuer dans ce sens en 2009-2010 : plus de 120 centres de radiothérapie sur les 176 existants actuellement devraient avoir été accompagnés d'ici mi ou fin 2010.

D'autres exemples peuvent être cités comme ceux consistant à améliorer le système de radiovigilance : la déclaration des événements de radiothérapie et l'échelle de classement des incidents (ASN/SFRO).

L'augmentation du nombre de radiophysiciens est un axe fort de travail. Nous sommes passés d'une quarantaine à 50 étudiants radiophysiciens pour la promotion de 2008. Nous espérons pouvoir, en 2009, en intégrer 80. Un concours d'entrée supplémentaire sera organisé en juin, en plus de celui de janvier.

Des actions sur les contrôles qualité et la sécurité des installations sont également intégrées dans la feuille de route sur les mesures nationales pour la radiothérapie. Elles ont toutes été réalisées.

Des actions d'information pour les publics et médecins traitants ont donné lieu à des publications de brochures. L'INCa a lancé un appel à candidatures pour la mise en place "d'info relais service". Un certain nombre de centres ont répondu, à parité publics et privés. Les résultats vont bientôt être prononcés.

Je vous ai parlé de l'Observatoire de la radiothérapie et de l'enquête sur les pratiques. Tous les centres ont reçu l'année dernière le résultat des travaux de l'Observatoire de la radiothérapie en 2007, ce sera à nouveau le cas dans quelques mois.

Je voudrais enfin faire un point rapide sur le **Comité National de Suivi pour la radiothérapie**, sachant que l'arrêté a été publié le 8 octobre au Journal Officiel, avec une installation de celui-ci par Mme la Ministre le 15 décembre 2008 avec un calendrier très serré. L'objectif est que ce Comité National fasse, par la voix de son Président, le Pr Maraninchi, des propositions concrètes dès le mois de mars de cette année.

La composition de ce Comité est volontairement restreinte, pour qu'il puisse travailler et présenter des propositions concrètes, mais bien sûr



il est possible de l'élargir. Il s'est organisé en 5 groupes de travail, dont 4 sont déjà en place qui pourront être élargis à d'autres entités ou personnes pouvant contribuer à formaliser des propositions concrètes rapidement :

- métiers de la radiothérapie ;
- qualité, sécurité : radiovigilance ;
- coopération entre centres de radiothérapie ;
- suite de la cellule d'appui. ■



La Feuille de route ministérielle

61 % des mesures sont terminées, 33 % sont en cours, 6 % n'ont pas débuté

- Qualité et sécurité des pratiques : 8 mesures (4 finalisées)
- Mise en place d'un système de vigilance en radiothérapie : 4 mesures (2 finalisées)
- Ressources humaines et formation : 7 mesures (3 finalisées)
- Sécurité des installations : 5 mesures (toutes finalisées)
- Relation avec les patients et le public : 4 mesures (3 finalisées)
- Inspections et contrôles : 1 mesure finalisée
- Connaissance de la discipline : 4 mesures (2 finalisées)



Le Comité national de suivi pour la radiothérapie

- Arrêté ministériel en date du 8 juillet 2008 paru au JO le 8 octobre
- Le comité a été mis en place par la ministre le 15 décembre 2008
- Il est composé :
 - du directeur général de la santé,
 - de la directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins,
 - du président de l'ASN,
 - du directeur général de l'AFSSAPS,
 - du président du collège de l'HAS,
 - du président de la SFRO,
 - du président de la SFPM,
 - du président du collectif interassociatif sur la santé,
 - 3 personnes qualifiées,
 - d'un représentant des ARH
- Possibilité d'élargir le groupe, en particulier dans les groupes de travail

INCa : chirurgie et oncologie médicale

Dr Marie-Hélène Rodde-Dunet

Responsable du département dispositif de soins - Direction de la Qualité des Soins

La chirurgie carcinologique

Le thème de la chirurgie des cancers est compris dans l'une des mesures essentielles du Plan cancer 2003-2007, correspondant à la mise en place du dispositif d'autorisation des établissements de santé pour le traitement du cancer.

Ce dispositif réglementaire répond à une demande des patients d'assurer l'égalité d'accès à des soins de qualité pour tous et sur tout le territoire. Il permet ainsi de déployer dans les établissements l'ensemble des mesures qualité du Plan cancer et notamment à l'égard de la chirurgie des cancers.

Le dispositif repose sur deux piliers :

- les mesures transversales de qualité (application du dispositif d'annonce, remise au patient d'un programme personnalisé de soins, recours à la concertation pluridisciplinaire, respect des référentiels de bonne pratique clinique, accès aux soins de support, accès aux essais cliniques)
- les critères d'agrément définis par l'INCa, en particulier ceux relatifs à la pratique de la chirurgie des cancers qui se déclinent en critères généraux et critères spécifiques à 6 spécialités chirurgicales.

De plus, l'autorisation ne pourra être accordée qu'à des établissements dont le niveau d'activité est au moins égal à un seuil pour six spécialités chirurgicales, pour la chimiothérapie et pour la radiothérapie. Ces seuils ont pour vocation non pas de signer la qualité mais d'être un critère sélectif pour pouvoir entrer dans le dispositif des autorisations. Les établissements doivent surtout se mobiliser et s'engager dans la qualité avec les deux piliers du dispositif.

L'oncologie médicale

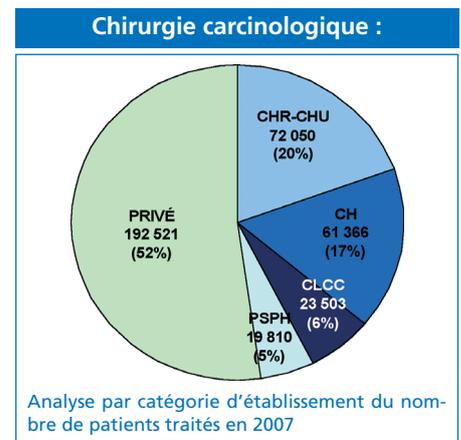
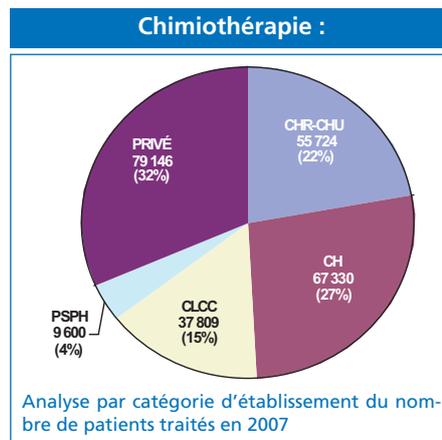
La prise en charge des traitements de chimiothérapie dans les établissements de santé est également concernée par le dispositif d'autorisation. A l'heure actuelle, 717 établissements, dont 33 % sont privés, prennent en charge les patients atteints de cancer.

A propos de l'accès aux médicaments onéreux et innovants dans les établissements de santé, une liste de spécialités pharmaceutiques fixée par l'Etat fait l'objet d'un remboursement en sus du financement à l'activité via le GHS. Ce système a pour objectif de garantir aux patients une équité d'accès aux soins et aux médicaments innovants sur l'ensemble du territoire français.

Pour accéder à ces médicaments onéreux et innovants en France, toujours dans des conditions de bon usage, le dispositif est complet et correspond à 4 mesures :

- 1) La fourniture d'une molécule non-mise sur le marché par une firme dans le cadre d'un essai clinique.
- 2) La fourniture d'une molécule non mise sur le marché dans le cadre d'une autorisation temporaire.
- 3) L'utilisation d'une molécule dans le cadre de l'AMM.
- 4) L'utilisation de molécules dans le cadre d'un PTT.

Grâce à ce dispositif et à ces 4 mesures, l'accès aux médicaments innovants est en France coûteux mais quand même bien corrélé.



Le point de vue de l'ASN

Michel Bourguignon
Commissaire de l'ASN

Depuis novembre 2006, l'Autorité de Sûreté Nucléaire (ASN) est une autorité administrative indépendante, morceau de l'Etat indépendant du Gouvernement. Elle rapporte au Parlement et en particulier à l'OPECST (Office Parlementaire d'Evaluation des Choix Scientifiques et Technologiques). La mission globale de l'Autorité de Sûreté Nucléaire est d'assurer au nom de l'Etat le contrôle de la sûreté nucléaire et de la radioprotection pour protéger les travailleurs, les patients, le public et l'environnement de tous les risques liés à l'utilisation de sources nucléaires et radiologiques. Elle a aussi une mission spécifique, de par la loi, d'information du citoyen.

L'ASN exerce sa mission par des contrôles et inspections de radioprotection qui peuvent être effectués directement sur le terrain par ses divisions régionales. En 2008, 85 inspecteurs ont réalisé 631 inspections dont 187 en radiothérapie. Chaque inspection donne lieu à une lettre de suite qui pointe les écarts. Les lettres de suite concernant la radiothérapie sont publiées sur le site www.asn.fr depuis juillet 2008 au titre de la transparence.

Quels constats peuvent être faits en radiothérapie ?

- La radiothérapie est incontournable en cancérologie et elle est globalement d'une grande qualité en France. Mais il existe une grande disparité entre établissements. Certains sont excellents et d'autres moins bons. Il faut les aider à progresser.
- Le Plan cancer a permis une cinquantaine de nouvelles installations depuis quatre ans et le remplacement d'équipements anciens par des accélérateurs modernes.
- Environ 200 événements indésirables surviennent chaque année en radiothérapie avec des conséquences pour les patients dans 3 à 5 cas (statistique sur 30 % des centres qui déclarent), classés au niveau 2 sur 7 de l'échelle ASN/SFRO de communication.
- Les mauvaises pratiques sont dans la très grande majorité des cas liées à ce que l'on appelle le facteur organisationnel et humain : l'erreur humaine, toujours possible, n'est pas compensée quand l'orga-

nisation est elle-même défaillante. L'analyse des événements permettant un retour d'expérience efficace et partagé entre les acteurs de la radiothérapie est source de progrès. L'ASN contribue à l'information des acteurs.

Par rapport au nouveau Plan cancer 2, il existe pour l'ASN trois priorités :

- Les ressources humaines sont pour l'ASN la priorité absolue. Nous avons un sérieux déficit en médecins en France (6 par millions d'habitants vs 15 à 20 dans les pays européens voisins). Le doublement nécessaire du nombre de médecins en cinq ans ne pourra être obtenu que si des mesures importantes sont prises par le Ministère de la santé. C'est une étape obligatoire pour respecter les critères d'agrément de l'INCa à partir de mai 2011.
 - La déclaration à l'ASN des incidents-accidents, réglementairement obligatoire, doit être poursuivie. La déclaration des événements porteurs de risques et leurs analyses systématiques - comme cela est le cas pour la sécurité aérienne qui a montré la voie à suivre - doivent contribuer à fiabiliser l'exercice médical. Un guide de déclaration des événements de radiothérapie a été développé pour ce faire. L'information du public est adaptée pour mettre en valeur que la démarche de déclaration des événements indésirables est une démarche de progrès.
 - L'assurance de qualité. Un guide d'assurance qualité en radiothérapie a été réalisé en concertation avec les professionnels pour renforcer le contrôle de qualité interne et externe. Il existe aussi un guide méthodologique d'analyse des risques. L'ASN et l'AFSSAPS travaillent conjointement à l'amélioration de la sûreté des dispositifs médicaux, en concertation avec les fabricants.
- En conclusion, le Plan cancer a porté un souffle nouveau à la cancérologie et à la radiothérapie, en particulier via l'installation de nouveaux matériels. Il faut louer les progrès considérables qui ont été faits. Cependant, le Plan cancer 2 doit du point de vue de l'ASN porter attention à la radiothérapie et donner la priorité aux ressources humaines. ■

L'oncologie radiothérapie libérale

Dr Denis Franck
Président du SNRO

Il existe, s'agissant de la radiothérapie, des éléments positifs qui viennent d'être exposés, comme notamment la feuille de route, mais malheureusement aussi des éléments dont on ne peut pas se réjouir, comme la lenteur de la mise en place de certaines mesures du Plan Cancer – je pense notamment à la mesure 1 (PMSI), la mesure 45 (rénovation du parc) et celle, en ce qui concerne le secteur libéral, des discussions tarifaires.

On peut en effet se demander de temps à autre dans quel pays nous sommes. Je vous avoue que je suis très en colère, et la profession également, parce qu'un certain nombre de choses ne vont pas, que je vais essayer d'énumérer en évoquant un volet financier, un volet technique, un volet relatif au personnel et un volet concernant le mille-feuilles réglementaire auquel nous sommes soumis. Enfin, j'évoquerai également la représen-

tativité – vous avez parlé du Comité de suivi – et la notion d'établissement de santé.

En ce qui concerne tout d'abord le volet financier, le citoyen contribuable et éventuellement patient peut se poser un certain nombre de questions concernant le dernier Plan Cancer et son volet financier. Il doit être surpris. En effet, il existe logiquement en France une liberté de choix. Le patient peut aller vers le secteur public ou le secteur privé et par conséquent il doit s'attendre à une égalité de traitement dans ces deux secteurs, ce qui n'est pas tout à fait le cas, et à terme cela peut altérer sa liberté de choix.

Que constate-t-on ? Le secteur libéral représente en radiothérapie 60 % des patients traités sur le territoire national ; cela va même jusqu'à 70 %



dans notre région à Bernard Couderc et moi-même. Or ce secteur libéral n'existe pas du tout dans le volet financier du Plan Cancer. On peut dire à cet égard qu'il s'agit du Plan Cancer du secteur public.

Il faut que vous sachiez que la radiothérapie libérale est 1,8 fois moins bien remboursée que la radiothérapie sous T2A. Je ne vois pas pourquoi il existe une différence aussi importante.

A titre indicatif, puisque nous sommes en Europe et s'agissant de la rémunération de la radiothérapie libérale, nous sommes juste avant la Pologne !

J'ai parfois un peu de mal à comprendre les discussions que nous avons. On nous dit qu'il faut en effet revoir la nomenclature libérale de la radiothérapie, mais à enveloppe constante. On voit par ailleurs une augmentation de l'incidence des cancers et on veut rester à enveloppe globale. Qu'est-ce que cela veut dire ?

Le secteur libéral est par ailleurs tout à fait prêt à se soumettre à des évaluations qui seraient mises en face de budgets complémentaires. Nous ne l'avons jamais refusé ; cela paraît logique.

C'était un petit coup de colère gentil sur le plan financier.

Je vais maintenant parler de la technique et de l'innovation. J'ai là un grand coup de colère, car on n'arrête pas de nous "bassiner" sur les techniques innovantes. Il n'y a qu'en France que c'est le cas. Elles sont commercialisées dans le monde entier mais en France on les découvre parce que l'on a du retard.

On refait des études médico-économiques comme si les Américains et le reste de l'Europe avaient commercialisé chez eux des appareils sans en avoir fait eux-mêmes avant nous. On décale ainsi dans le temps d'autres techniques.

On voit apparaître des techniques concurrentes de la tomothérapie. Nous n'avons pas eu accès à d'éventuels commentaires de l'INCa pour le moment, ce qui est dommage car elles coûtent dix fois moins cher selon les irradiants.

Il ne s'agit pas, à mon avis, avec cette mentalité de techniques innovantes, de faire des centres comme on en voit de temps à autre, avec un matériel vitrine et à côté un cobalt. Cela existe. A mon avis, le but de tous, qu'il s'agisse de l'INCa ou de toutes les personnes qui décident, devrait être de tirer vers le haut la radiothérapie standard, qui concerne plus de 95 % des patients, et non de se lancer dans des pseudo-techniques innovantes qui ne concernent que moins de 1 % des patients. Il me semble que l'on aurait plutôt intérêt à essayer de tirer vers le haut le traitement du cancer du sein et les traitements de routine que nous faisons tous les jours, que ce soit dans des sites publics ou privés.

Les exemples sont nombreux :

L'irradiation avec modulation d'intensité. Elle existe depuis plus de dix ans dans les pays "normaux", mais en France c'est une technique encore pseudo-innovante, alors qu'elle devrait faire partie de la routine. Les derniers chiffres de l'Observatoire de la radiothérapie nous montrent que seulement 0,8 % des patients bénéficient en France de cette technique, 1 392 sur 200 000. La modulation d'intensité a un coût, et elle n'est pas remboursée à l'heure actuelle en France.

Pour l'IRMT l'évaluation médico-économique française a été faite, mais en se posant les mauvaises questions. En effet, la seule question qui intéressait à l'époque l'ANAES – cela ne date pas d'hier ! – était la survie. On ne s'est pas aperçu que la survie est une chose mais que le risque de complication en est une autre. Sur la diapo, vous vous apercevez que la zone traitée peut être adaptée à une forme convexe et éviter ce qui nous ennuie dans les irradiations prostatiques, à savoir le rectum, parce que c'est lui qui limite nos doses. On sait qu'un certain nombre de patients nécessitent des escalades de doses jusqu'à 78 ou 80 grays (le gray est l'unité de mesure des rayons) et que l'on ne peut arriver à les effectuer dans de

bonnes conditions de sécurité pour le patient qu'avec ce genre de technique. On peut nous raconter que cela n'a pas d'impact sur la survie, mais en termes de complications cela va en avoir. L'IRMT n'a toujours pas été valorisé en France.

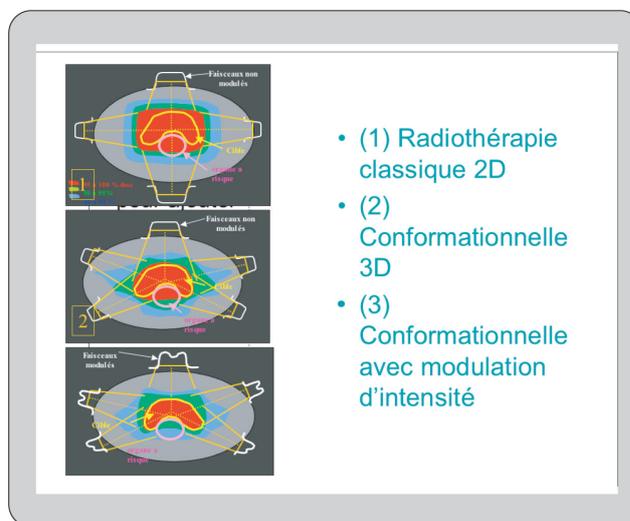
Un autre exemple est celui de l'imagerie embarquée, dont la caractéristique la plus aboutie est ce que l'on appelle le Cone Beam. La philosophie est d'embarquer un scanner sur une machine de radiothérapie et de contrôler tous les jours avant le traitement que le ciblage est bon, ce qui est possible non plus sur des repères osseux mais sur la tumeur elle-même. Cette imagerie embarquée est corrigée avec des corrections de table avant de faire le tir. Or, selon les travaux de l'Observatoire, 12 % des patients ont bénéficié en France de cette imagerie embarquée. A l'heure actuelle, à mon sens, le repositionnement des patients est le facteur discriminant d'une radiothérapie de qualité. L'option dont je vous ai parlé coûte 500 000 € par appareil. Nous avons dans notre groupe trois appareils équipés, soit 1,5 M€, avec zéro produit en face. Nous avons pu faire cet investissement parce que notre groupe accueille un nombre de patients suffisant – notre association de médecins de la région toulousaine en traite entre 3 200 et 3 300 – mais la plupart des centres libéraux ne peuvent pas le faire. Ils n'ont pas assez de patients, et pourtant ils répondent souvent à des aménagements de territoire qui font que l'on a besoin de garder géographiquement des centres qui voient de 600 à 800 patients par an.

Je vais vous donner quelques autres exemples rapides.

L'irradiation asservie à la respiration pourrait également être très intéressante pour les patients, mais nous sommes très peu de centres à la proposer, parce qu'elle n'est toujours pas remboursée. Il y a un STIC depuis 2004 ; nous attendons les résultats. Nous sommes un pays rapide !

Un certain nombre de centres de radiothérapie ont des scanners dédiés à un service. Cependant, si un remboursement est éventuellement possible par le biais de la dosimétrie, le forfait technique n'existe en revanche pas, ce qui n'est pas logique. Est-il normal de travailler à perte quand on veut faire de la qualité ?

La mesure 45 du Plan Cancer prévoyait d'assurer au moins une partie du financement "dans les structures publiques et privées", or je ne sais pas si certains ont vu passer quelque chose, mais pas nous.



- (1) Radiothérapie classique 2D
- (2) Conformationnelle 3D
- (3) Conformationnelle avec modulation d'intensité

Le chapitre suivant concerne le personnel. Il fait débat à l'heure actuelle. Nous avons de gros problèmes du fait d'une pénurie de manipulateurs, de physiciens et de radiothérapeutes. Peut-être n'en serait-on pas là si on nous avait écoutés il y a une quinzaine d'années. La profession, qui est quand même responsable, avait rédigé un Livre blanc, dont Philippe

Martin, qui est dans la salle, a été un des artisans à l'époque. Il évoquait dans son chapitre n° 8 des contrôles de qualité – je crois qu'il y a quinze ans peu de spécialités médicales s'en souciaient – et disait notamment que, depuis 1986, 1.344 patients avaient fait l'objet d'accidents de radiothérapie. Il s'en produisait en effet déjà à l'époque, et nous avions essayé d'y réfléchir, mais nous n'avons pas été entendus.

Deux types d'erreurs peuvent se produire : les erreurs systématiques qui se reproduisent à chaque séance – comme à Epinal – et les erreurs aléatoires qui se produisent de façon imprévue au cours d'une séance. Il faut mettre en place des systèmes permettant de les éviter, ce dont nous dissertions sur plusieurs pages. Nous disions des choses qui paraissent banales maintenant mais qui étaient peut-être avant-gardistes à cette époque.

Nous disions qu'une pénurie de physiciens se produirait. Tiens, c'est bizarre, Mme Bachelot a dit qu'il en fallait plus. De même, nous disions que la dosimétrie *in vivo* était nécessaire pour éviter les accidents. Tiens, c'est bizarre, on nous dit maintenant qu'il en faut et on la rend obligatoire. Je pense que si on nous avait écoutés il y a quinze ans cela se serait peut-être passé un peu différemment.

Nous l'avions même dit à un haut niveau. J'ai le double des courriers adressés en 1996 à M. Jacques Barrot, à M. Hervé Gaymard, à M. Grisoni et à M. Maquart, qui a ensuite Directeur de Cabinet de Mme Aubry. Nous leur avions dit un certain nombre de choses et envoyé un exemplaire du Livre blanc, mais au plus haut niveau de l'Etat tout le monde s'en est moqué. Nous avons fait cette proposition il y a déjà quinze ans. Je ne vais pas polémiquer plus longuement sur ce point, mais il était important de le porter à votre connaissance.

Concernant le problème du mille-feuilles réglementaire, nous sommes soumis à un problème qui touche le personnel puisque la loi de 2004 impose la présence d'un physicien dans les services de radiothérapie pendant la durée des traitements. C'est une mesure stupide, autant le dire tout de suite. Cette loi devrait être modifiée. La présence du physicien n'est en rien une sécurité pour le patient. Quand un patient est en cours de traitement et que la dosimétrie a été validée par les physiciens et les radiothérapeutes, le fait que le physicien soit au garde-à-vous à côté de la table de traitement n'apporte aucune sécurité au patient. On devrait plutôt se poser d'autres questions. Par exemple, est-il dans un service qui ne compte qu'un physicien licite d'utiliser certaines techniques spéciales comme l'IMRT ? Cela me paraît être une vraie question.

De même, on devrait se demander comment faire pour que ce qu'il s'est passé à Blois n'arrive pas. Un centre a un seul physicien, avec des radiothérapeutes de qualité et un matériel correct, or il est sur le point de fermer puisque le physicien s'en va. D'accord, on applique l'arrêté de 2004, car on ne peut pas faire autrement que d'appliquer la réglementation, mais un vrai problème se pose.

Dire qu'il faut des coopérations sur le territoire de santé est une bonne chose, mais s'il faut déshabiller Pierre pour habiller Paul on va faire des bêtises. Le fait de dire qu'il faut conventionner est un affichage. Des directeurs d'ARH obligent des personnes à conventionner entre elles, mais on sait très bien que le physicien n'ira pas sur trois sites à la fois et que, de toute façon, il y a dans tous les sites des vacances à prendre. Le risque est que tout le territoire de santé devienne à risque. Il faut que l'on ait une réflexion intelligente. Nous allons, si j'ai bien compris, vivre une période transitoire jusqu'en 2010 : il faut parvenir à éviter que des centres de bonne qualité soient obligés de fermer. Encore une fois, des centres ferment maintenant parce que les politiques ne nous ont pas écoutés il y a quinze ans. Nous avons dit des choses qui n'ont pas été écoutées et maintenant c'est nous qui prenons ! Il faut arrêter à un moment donné.

Il ne faut pas oublier que le secteur libéral en cancérologie et en radiothérapie contribue à la recherche clinique. Nous avons des attachés de

recherche clinique ; l'INCa a donné des budgets aux réseaux régionaux aussi pour cela, et je trouve que c'est très bien.

Pour revenir au problème du mille-feuilles réglementaire, nous sommes assaillis de nouvelles réglementations à l'heure actuelle, ce que nous pouvons comprendre – nous nous y soumettons –, mais les radiothérapeutes et radiophysiciens ont autre chose à faire et nous aurions aimé simplifier les choses.

Avoir un guichet unique de déclaration d'éventuels incidents nous paraîtrait une bonne chose.

Nous nous sommes ensuite penchés sur le problème des qualitiens. Nous avons fait un courrier, il y a à peu près un an, à Mme la Ministre, qui, je pense, avait trouvé notre idée bonne. Nous avons dit qu'il fallait pour les 180 centres publics et privés des qualitiens et demandé un financement. Pour le moment nous attendons, comme d'habitude.

Nous sommes aussi confrontés à la baisse de l'activité des centres de radiothérapie publics et privés, dans toutes les régions, quel que soit l'exercice et quelle que soit la région. Cela interpelle, parce que théoriquement on doit attendre une incidence augmentant de 2 à 3 % par an. Nous avons estimé cette baisse d'activité à – 5 %. L'INCa nous dit, par la voix de M^{me} Barat, – 2 % mais c'est moins quelque chose. Or cela n'est pas logique. Quelles en sont les causes ?

Nous en voyons plusieurs. La première, sans accabler personne, est la communication négative systématique de l'ASN sur la radiothérapie. On ne peut pas, quand un accident de radiothérapie se produit, communiquer positivement, mais quand, à la demande de la Ministre, on visite 179 centres de radiothérapie et que l'on publie les lettres de suite, peut-être peut-on dire un jour à la population, à 20 h, c'est-à-dire à une heure de grande écoute, que dans plus de 95 % des cas tout va bien.

Des patients verront leur traitement diminuer avec des sous-irradiations, parce que des radiothérapeutes et des physiciens prennent peur avec cette médiatisation sauvage, aucun contrôle et aucune rectification n'étant faits. Je dis clairement que les décès par sous-irradiation et non-irradiation seront plus nombreux que ceux par sur-irradiation ; cela arrivera !

Concernant la représentativité, vous avez parlé du Comité de suivi. Nous déplorons que le secteur libéral ne soit pas représenté en tant que tel. On nous a dit que l'on ne voulait pas de syndicats : d'accord. Mais nous sommes quand même assez "soft" en tant que syndicalistes. Nous sommes responsables, comme je viens de le démontrer, et je trouve que le fait que le secteur libéral soit représenté faiblement et pas forcément par des personnes qui font l'unanimité dans la profession est une erreur. Je mets "les pieds dans le plat" et vous dis ce que nous pensons : je crois que ce n'est pas bien.

Vous avez parlé s'agissant des établissements de santé de la dosimétrie *in vivo*. Nous devrions théoriquement aussi bénéficier des MIGAC depuis le 1^{er} janvier 2008. C'est du moins ce que Mme Bachelot a dit, sachant que nous en faisons déjà sans le savoir, ce qui fait que nous sommes dans un flou complet. Concernant la dosimétrie *in vivo*, c'est le directeur de mon établissement qui reçoit l'argent pour moi, puisque c'est à lui que le dossier a été adressé et qu'on lui a fait signer un engagement selon lequel il devait reverser à mon centre de radiothérapie l'argent correspondant à la facture que je lui présenterai. Nous ne sommes donc pas du tout considérés comme des établissements de santé. La dosimétrie *in vivo* en est la preuve évidente.

Quelques mots de conclusion.

Je citerai tout d'abord le Pr Vallancien, dans une revue médicale bien connue, le Figaro, du 3 janvier : "Les Français se fichent d'être pris en charge dans un hôpital ou une clinique. Ils veulent avant tout des soins de haute qualité et en payer le juste prix, sans devenir les otages des querelles de chapelle et de clans et sans se faire racketter tant à l'hôpital que dans les cliniques". Je trouve que cette phrase se suffit à elle-même.



Ma deuxième remarque est que l'INCa doit peser sur les décisions d'attribution de ressources normales au secteur libéral en radiothérapie, notamment au vu de la mesure 45, que j'ai évoquée tout à l'heure. J'aurais tendance à dire pour paraphraser quelqu'un d'autre : "à contraintes et à travail égaux, ressources égales".

Nous avons proposé, et il semblait admis, à côté de la CCAM pour les honoraires, une rémunération de la structure par le biais de GHS au nombre de 8, dépendant du niveau de technicité de chaque salle de traitement. C'est à notre sens la seule manière de tirer le qualitatif vers le haut, mais hélas rien n'avance. Je lance donc un appel solennel aux décideurs qui sont dans la salle pour que dès 2009 – il n'est pas question pour nous d'attendre mars 2010 – un effort conséquent soit fait dans ce sens.

Je voulais aussi vous dire que la radiothérapie libérale ne coûte pas cher. Pour prendre l'exemple de la région Midi-Pyrénées, 70 % des patients sont traités dans le privé, dont 7.500 nouveaux patients par an, pour un coût situé entre 15 et 20 M€. Au vu des dépenses générales en oncologie, je ne pense pas que ce soit onéreux. Je pense qu'un effort peut rapidement être fait pour tirer vers le haut la radiothérapie libérale.

Venez sur le terrain voir comment nous travaillons, et pas pendant une heure ou deux ; 48 heures seraient déjà bien. Je voudrais vous dire pour terminer que nous, radiothérapeutes libéraux, nous avons la prétention et la fierté, ou la fierté et la prétention, de croire que nous participons à une mission de santé publique. Vous ne nous l'enlèverez pas. Mais personne n'a l'intention de nous l'enlever n'est-ce pas ? ■

L'oncologie médicale

Dr Franck Bürki, Président
Syndicat Français des Oncologues Médicaux



**Place de l'Oncologie médicale
le point de vue du SFOM**
Dr Franck BÜRKI, Président

Pour la première fois depuis 7 ans le SFOM ne participera pas aux Rencontres organisées par l'UNHPC.

En effet il devient fastidieux de faire subir à l'assistance toujours les mêmes remarques concernant une spécialité dont l'avenir est incertain. Il est aussi fastidieux d'entendre tous les ans la même chose, que tout ne va pas si mal, et que tout va changer à très brefs délais...

Le bilan est très simple.

Quelles sont les mesures qui ont conforté cette spécialité dans son existence depuis 7 ans ? :

- Mesures émanant de l'INCa : aucune !
- Mesures émanant du Ministère de la santé : aucune !
- Mesures émanant de la CNAM (*mise en place de la forfaitisation de la rémunération en chimiothérapie*) : aucune !
- Soutien des "syndicats représentatifs" : aucun !

Rencontres de l'UNHPC 23 janvier 2009

Le pathologiste, spécialiste en imagerie cellulaire

Dr Michel Guiu, Président
Syndicat des Médecins Pathologistes Français (hospitalier & libéral)

Le Syndicat des Médecins Pathologistes français, qui a la particularité de regrouper les secteurs privé et public, regroupe les deux tiers des pathologistes français. Intervenant ici en tant que pathologiste libéral (avec les problèmes du secteur libéral), je crains que l'anatomopathologie ne devienne, bientôt, le grain de sable bloquant le développement de la cancérologie privée.

ACP : une identité particulière

L'Anatomie et Cytologie Pathologiques (ACP, familièrement "anapath") est une spécialité médicale méconnue et discrète, souvent amalgamée par erreur à la biologie, mais plus que jamais incontournable compte tenu de l'évolution de la cancérologie. Par une démarche sémiologique et clinique, elle permet d'affirmer ou d'infirmer un diagnostic de maladie (inflammatoire, dégénérative, cancéreuse) à partir de l'étude macroscopique, microscopique et moléculaire des tissus et cellules normaux et pathologiques. Elle contribue également à établir un pronostic et à déterminer un traitement.

Par son diagnostic, le médecin pathologiste guide la main du chirurgien, que ce soit avant ou au cours d'intervention (examen extemporané). Par les facteurs pronostiques et prédictifs qu'il détermine, il aide ensuite

le cancérologue dans ses décisions de radiothérapie, chimiothérapie ou thérapie ciblée.

Radiologie, biologie et anapath sont des spécialités à visée diagnostique. Mais, là où les deux premières apportent la sensibilité, l'ACP permet la spécificité grâce à un diagnostic de certitude. Biologie et ACP restent deux métiers fondamentalement différents : l'un, dans un environnement technique et largement automatisé, produit surtout des données chiffrées interprétées par un clinicien ; l'autre par une démarche analytique, non automatisable, rend des diagnostics de maladies et de cancer. Le pathologiste fait ainsi de l'imagerie tissulaire, cellulaire et moléculaire dans une démarche diagnostique proche de celle du radiologue mais en utilisant des techniques biologiques. Signer un diagnostic de cancer est, pour tout pathologiste, une responsabilité particulière car il est à l'extrémité de la chaîne diagnostique ; il n'y a plus personne pour rattraper une éventuelle erreur.

Les missions de l'ACP

Les missions de l'ACP ont été résumées dans "Projet pathologie 2008", document consensuel porté par le syndicat, l'association d'assurance de qualité en ACP, les sociétés savantes, les pathologistes des hôpitaux généraux et, même les internes.

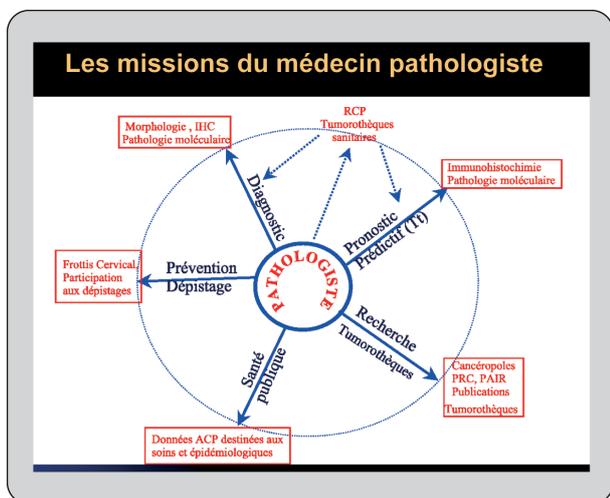
En cancérologie, elles sont nombreuses : Dépistage, diagnostics, détermination des facteurs pronostiques et prédictifs (grade, pTNM, multifocalité, marges chirurgicales, statut ganglionnaire, récepteurs hormonaux, test HER2, KRAS, ...), gestion des prélèvements (tumorothèques paraffine et congélation), synthèse diagnostique intégrant ces multiples facteurs (du phénotype au génotype), recherche et santé publique.

L'informatisation de la profession, la codification ADICAP des lésions, les éléments diagnostics /pronostics/prédictifs qu'il contient font du compte-rendu du pathologiste l'élément indispensable et structurant pour les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) et le futur dossier communiquant en cancérologie (DCC). Concentrateur de diagnostics, le pathologiste est sollicité par les structures épidémiologiques (InVS, registres des tumeurs, dépistage) et les programmes de recherche clinique.

Une dernière mission est son rôle de synthèse et d'intégration au sein de son compte-rendu des multiples facteurs prédictifs et pronostiques tumoraux, par exemple le test HPV, le KRAS, RH, HER2, etc..., pour éviter l'éparpillement des résultats. Quand le pathologiste fait un diagnostic de cancer du côlon ou du sein, son devoir est de synthétiser toutes les informations pronostiques et prédictives et de les intégrer dans un compte rendu global.

Le diagnostic ACP a des conséquences majeures, humaines pour le patient et économiques pour la collectivité. La réponse du pathologiste va guider le traitement et décider de son coût : acte chirurgical isolé, radiothérapie, chimiothérapie, thérapies ciblées, ... Une marge chirurgicale positive entraînera une ré-intervention ou une radiothérapie complémentaire, une métastase ganglionnaire décidera d'une chimiothérapie et un test HER2 positif, de la prescription d'herceptin®, ... De la qualité de l'acte ACP dépend, ainsi, le diagnostic de cancer, la qualité de la prise en charge du patient ainsi que le coût économique du cancer.

Les pathologistes concentrant la quasi-totalité des diagnostics de cancer, nous envisageons de créer le DMPATH (Dossier Médical Pathologique), à l'image du dossier pharmaceutique, permettant d'avoir accès pour tout clinicien au dossier pathologique de son patient et de réaliser des études épidémiologiques exhaustives (secteur privé comme public). Pour ce projet, nous avons le soutien du Conseil National de l'Ordre des Médecins et du GIP-CPS.



Des contraintes nouvelles

De nouvelles obligations nous sont imposées, en particulier depuis le Plan Cancer.

Les RCP bien sûr, mais ceci est valable pour toutes les spécialités : Elles sont financées dans certaines régions et pas dans d'autres. Les tumorothèques

sanitaires sont extrêmement complexes à mettre en œuvre pour le secteur libéral. La transmission des données cancérologiques ACP à des fins épidémiologiques nous est réclamée par l'InVS (Institut national de Veille Sanitaire), les structures de dépistage, les registres des tumeurs ; Ces données sont bloquées depuis six mois dans beaucoup de cabinets à la demande du syndicat. Enfin, il faut évoquer le problème de la standardisation des comptes rendus ACP réclamée par l'INCa pour être l'élément structurant du futur DCC. Toutes ces activités "hors soins" ont, pour les pathologistes, des conséquences juridiques fortes. Elles ont aussi un coût.

Viennent s'y ajouter les nouvelles obligations techniques, juridiques et professionnelles : la nécessité d'établir une cancérologie prédictive grâce à la pathologie et à la biologie moléculaire, les contraintes de sécurité sanitaire depuis quelques années (formol, agents biologiques et déchets) ainsi que les obligations de certification et d'accréditation des structures.

L'exemple pratique du formol "fixateur universel" pour les tissus est significatif : nous nous trouvons actuellement entre le marteau et l'enclume. Depuis 2007, le formol est devenu cancérogène - CMRI - en France, aussi bien dans les cliniques et les hôpitaux que chez les pathologistes et dans l'industrie du bois. Nous avons donc le choix entre continuer à garder le formol pour la qualité des prélèvements au risque d'être poursuivis au pénal par nos employés ou le remplacer par des substituts pouvant mettre en cause la qualité du diagnostic ou des facteurs prédictifs au risque d'être attaqués pour perte de chance par le patient. Cette situation est spécifique à la France et n'existe ni en Europe, ni aux USA. Les pouvoirs publics contactés font la politique de l'autruche et ce problème non résolu va nous exploser à la figure. Dans la vie quotidienne, la problématique du libéral est différente de celle de l'hôpital ; Il y a un directeur d'hôpital qui fait tampon, alors que le pathologiste libéral, patron de son cabinet, est responsable en première ligne.

Une spécialité en crise

La position stratégique de l'ACP est affaiblie par une démographie alarmante et une nomenclature obsolète. Alors que le rôle pivot du pathologiste s'accroît, les moyens dont dispose la spécialité sont inadéquats pour lui permettre de se restructurer, d'assurer la qualité et de répondre, à la fois, aux besoins générés par l'augmentation des cancers, aux obligations de santé publique ainsi qu'aux contraintes de sécurité sanitaire et d'accréditation des structures.

L'alerte avait été donnée depuis longtemps. Sans remonter trop loin, je rappellerai très rapidement différents rapports :

- Extrait du rapport de la Commission d'orientation sur le cancer de 2003 : "Le secteur libéral se trouve confronté à une augmentation importante des dépenses. Le secteur privé se trouve confronté à un déficit de valorisation. La Commission recommande une revalorisation de la rémunération de l'anatomopathologie adaptée à la pratique de techniques nouvelles et coûteuses".
- Extrait du Plan Cancer 2004 (mesure 49 - chapitre sur les soins) : "Faire évoluer la nomenclature des actes d'ACP afin de mieux prendre en compte l'évolution des techniques".
- Préambule à l'arrêté du 28 juillet 2005 : "La cotation de certains actes n'est plus en rapport avec leur technicité et leur difficulté d'exécution".
- Extrait du rapport du Conseil national de l'ordre des médecins de 2006 : "Cette démographie incertaine altère déjà le service de santé publique". Malgré ces constats, malgré les Plans Cancer, rien n'a changé.

L'ACP en chiffres

En 2007, cette spécialité regroupait 1450 médecins pathologistes : 53% en secteur hospitalier et 47% en libéral. Cette dernière année, le CNOM relève une baisse de 11,3% du nombre total de pathologistes tou-



chant surtout le privé ; il prévoit une chute de 50 % à l'horizon 2020. Cela concerne surtout le secteur libéral dans la mesure où les plus anciens avancent leur départ, étant donné les problèmes actuels, alors que les jeunes ne s'engagent pas. L'âge moyen, assez élevé, est de 50 ans. Depuis les années 1980, on constate la montée de l'exercice salarié et la baisse de l'exercice libéral. 7 pathologistes se sont par exemple installés en libéral en 2007 et 43 dans le public.

Il existe 177 structures publiques ou PSPH, et on constate un éclatement des structures privées (308).

Quant aux parts d'activité, elles sont grosso modo d'un tiers dans le secteur public et de deux tiers pour le secteur libéral (qui réalise également 90% du dépistage du cancer du col utérin), en précisant qu'il faut différencier les biopsies des pièces opératoires.

Pour donner un ordre de grandeur des coûts du secteur libéral pour la collectivité, le volume d'activité global était de 245 millions € en 2007, soit seulement 5,7% du budget de la biologie et 8,8% de celui de la radiologie. En comparaison, le coût annuel de l'Herceptin et de ses coûts induits, s'élève à environ 240 M€, soit le coût total de l'anatomopathologie libérale. Le coût en secteur hospitalier n'est pas connu.

Si le coût économique de la prise en charge du cancer s'élève à 11 milliards €/an (INCa 2007), le coût annuel du diagnostic ACP du cancer (soit 2/3 des actes de cancérologie hors frottis) n'atteint pas, en secteur libéral, 90 millions €, soit 0,8%, c'est-à-dire l'équivalent du coût annuel du PSA.

De la qualité du diagnostic et des facteurs pronostiques et prédictifs anapath dépend automatiquement la qualité de la prise en charge des patients et le coût pour la collectivité. Le prix pour la collectivité de l'ACP cancérologique est ridicule en comparaison des dépenses énormes qu'il peut générer par les diagnostics et les facteurs prédictifs qu'il détermine (chirurgie, coûts éventuels de radiothérapie, chimiothérapie ou thérapie ciblée)

Aucun nouvel acte n'a été inscrit à la nomenclature anapath depuis 23 ans malgré l'avis favorable de l'ANAES / HAS en 2004 pour une dizaine de cotations supplémentaire, alors que des spécialités telle radiologie ou la biologie ont enregistré jusqu'à 100 actes nouveaux. L'hybridation in situ, la biologie moléculaire, le ganglion sentinelle, le test HPV, l'immunocytochimie, les comptes rendus standardisés, etc... ne sont toujours pas inscrits. Notre spécialité est totalement bloquée.

La lettre clé "P" pour l'anapath, a baissé en euros constants de 34 % en vingt ans. Je mets à part les frottis, qui ont eux baissé de 58 %. Parallèlement, on assiste à un accroissement exponentiel de la complexité des actes de cancérologie : on peut dénombrer, dans certains comptes rendus dits standardisés, jusqu'à 80 items différents (cancer du sein), c'est à dire 80 données différentes à renseigner.

Les actes de cancérologie complexes sont tous déficitaires : cancer prostatique, mammaire, colique, pulmonaire, par exemple. Le prix n'a pas changé depuis vingt ans alors que de multiples facteurs pronostiques et prédictifs supplémentaires sont venus s'ajouter : limites d'exérèse, la grading, pTNM, etc..., avec, parallèlement, un alourdissement des procédures et des contraintes techniques.

Quel avenir pour l'ACP libérale ?

Le médecin pathologiste pourra-t-il continuer à assurer ses missions ? Les difficultés démographiques, économiques et techniques se potentialisent en secteur libéral.

La CNAM nous a demandé d'améliorer notre productivité, mais peut-on améliorer celle-ci pour un diagnostic du cancer, d'autant plus que celui-ci se complexifie et que la moyenne d'actes/pathologiste est bien supérieure en secteur libéral qu'à l'hôpital ?

Concernant les moyens matériels, des cotations supplémentaires (PHN: P hors nomenclatures) ont été instaurées pour les hôpitaux. Elles per-

mettent d'avoir accès à des MIGAC mais n'existent pas en secteur libéral. Les services hospitaliers obtiennent ainsi du personnel, des locaux, du matériel et des réactifs supplémentaires grâce à des cotations artificiellement multipliées par 3 à 8. Actuellement, la DHOS a réclamé une homogénéisation de ces PHN, car les écarts de cotations étaient énormes d'un hôpital à l'autre.

Il y a d'autres financements MIGAC ou MERRI ainsi que ceux provenant de l'INCa : STIC, appels à projets pour l'ACP... Ils sont exclusivement réservés aux CHU-CRLCC ce qui entraîne encore une distorsion de concurrence entre les deux secteurs.

Il faut également signaler l'extrême difficulté pour le secteur libéral de participer aux tumorothèques sanitaires. Enfin, l'hôpital a accès à la biologie moléculaire à travers les pôles de biologie et demain les plateformes régionales de biopathologie, qui sont financées par des fonds publics ; par contre, le secteur libéral n'y a aucun accès direct et ces examens ne sont pas encore pris en charge par l'assurance-maladie.

Nous avons déjà évoqué les difficultés juridiques et professionnelles spécifiques au secteur libéral.

Comment continuer, en 2009, à assurer les missions traditionnelles de l'ACP tout en respectant les référentiels et les délais de réponse, approvisionner les tumorothèques, participer aux RCP, faire de la cancérologie prédictive et faire reconnaître l'activité de santé publique en ACP ? C'est pour nous un problème essentiel.

Comment rester compétitif alors que notre spécialité n'est pas attractive en secteur privé en grande partie à cause d'une nomenclature totalement obsolète (23 ans d'âge) ? Comment rester compétitif en secteur libéral sans avoir accès aux techniques de biopathologie moléculaire ? Comment faire reconnaître les obligations nouvelles "hors soins" : RCP, tumorothèques, épidémiologie, comptes rendus standardisés, transmission des données ? Tout cela aura des conséquences majeures pour l'hospitalisation privée en cancérologie. Le médecin pathologiste est un maillon indispensable et fragile, de la chaîne de soins.

Le pathologiste est, certes, un prestataire de services, comme tout médecin vis-à-vis de son patient; Il n'apporte pas de clientèle directe à la clinique mais il est incontournable. Du diagnostic anapath dépendent l'acte chirurgical et les indications de radiothérapie ou de chimiothérapie ; de la présence d'un pathologiste dépend également la future accréditation des établissements.

Les questions nouvelles (de type onco-génétique, bio-pathologie ou caractéristiques anatomiques et moléculaires des tumeurs) sont décisives pour la qualité des prestations que nous pouvons offrir aux patients et donc pour notre avenir.

Le pathologiste est central dans la gestion du prélèvement tumoral. Il en est le dépositaire et en est responsable jusqu'au bout. Même quand un pathologiste a un problème de diagnostic et demande une consultation de "second avis" à un expert extérieur, il reste responsable du diagnostic final.

On pourrait imaginer de grands centres d'ACP régionaux mais les examens extemporanés, le ganglion sentinelle, les diagnostics urgents, les tumorothèques et les RCP nécessitent des pathologistes territoriaux de proximité. Une restructuration de l'ACP libérale est, certes, souhaitable - 318 structures d'ACP, c'est trop - mais un maillage territorial par des pathologistes de proximité reste essentiel. Des structures d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques libérales compétentes et performantes sont indispensables pour permettre à l'hospitalisation privée en cancérologie d'assurer la qualité des soins.

Nous avons besoin des mêmes moyens techniques et matériels que l'hôpital public ainsi qu'un accès à la pathologie moléculaire et aux plateformes régionales de biopathologie mixtes pour éviter un appel d'air vers les établissements publics. Si ces structures ne sont pas mix-

tes, si elles font partie de stratégies d'établissements (CHU-CRLCC contre secteur libéral, biologistes contre pathologistes), elles ne fonctionneront pas.

Le problème actuel de l'ACP libérale risque de devenir rapidement celui des établissements de soins privés. Que fera le patient si le diagnostic

ACP est fait ailleurs ? Sans médecins pathologistes libéraux, que deviendra l'hospitalisation privée en cancérologie ?

En ACP, comme dans les autres spécialités, l'intérêt des patients passe par le maintien d'un système public-privé, concurrentiel et équilibré, permettant de préserver la qualité de la médecine française. ■

La chirurgie

Dr Philippe Cuq

Président de l'Union des Chirurgiens de France

Je suis ce que Franck Bürki et Denis Franck écrivent, mais je suis frappé du fait que nous avons exactement les mêmes problèmes. Il faut se poser les bonnes questions. Que se passe-t-il aujourd'hui ? Pourquoi en est-on là ? Pourquoi l'Assurance maladie ne réagit-elle pas ?

Je souhaite évoquer principalement quatre points.

Le premier est la forte participation des chirurgiens libéraux dans la prise en charge du cancer en France. Nous y sommes très attachés.

Le deuxième point que je souhaite évoquer avec vous est un sujet un peu tabou et d'actualité : le problème de la rémunération des chirurgiens libéraux et du secteur 2. Vous savez qu'en France les chirurgiens libéraux exercent aujourd'hui à plus de 85 % dans le secteur 2. Je pense aussi à l'activité privée des chirurgiens hospitaliers publics. Cela pose le problème du complément d'honoraires et du reste à charge pour les patients.

Notre position a été publiée il y a plusieurs mois et annoncée largement, à la fois aux instances et aux médias, pour essayer d'améliorer la transparence et la qualité de nos prestations tarifaires. C'est un problème majeur puisqu'aujourd'hui un patient qui doit bénéficier d'une chirurgie importante et décisive - c'est souvent un acte unique dans sa vie - va voir son chirurgien libéral qui va lui demander ce que les médias appellent un dépassement d'honoraires.

Je crois donc qu'il est urgent de prendre des décisions. Nous avons fait des propositions, mais malheureusement le secteur optionnel qui s'an-

nonce ne correspondra pas aux pratiques chirurgicales, ce qui devrait encore poser des problèmes.

Nos propositions sont très claires pour certaines pathologies, en particulier l'urgence et le traitement du cancer. Il nous paraît absolument nécessaire de réduire le reste à charge à zéro. Il est urgent, via le financement de l'Assurance Maladie, de remettre de l'argent dans le tarif opposable de la chirurgie.

Le troisième point que je souhaite évoquer est l'innovation thérapeutique et les dispositifs dont nous avons besoin pour opérer correctement les patients. Là aussi, l'évolution technologique du matériel (les dispositifs médicaux implantables, etc.) a un coût, et nous sommes toujours très inquiets, nous chirurgiens libéraux, de voir des innovations thérapeutiques auxquelles nous n'avons pas accès parce que nos établissements ne peuvent pas les acheter, parce qu'elles ne sont pas prises en charge ou parce qu'elles ne sont pas prévues.

Je dirai enfin un petit mot sur les seuils. Les chirurgiens libéraux ne sont pas particulièrement inquiétés par ceux qui sont aujourd'hui présents. Je ferai simplement une allusion à la chirurgie thoracique, qui peut dans quelques cas poser des problèmes d'activité. Cependant, les équipes de chirurgiens libéraux ont souvent des activités largement plus importantes et ne sont pas perturbés par ces seuils. ■

La chirurgie

Dr Jean-Paul Ortiz

Président du Symhop

Je voudrais faire une réflexion par rapport à ce que Philippe Cuq a dit, parce que nous avons probablement des points de vue un peu différents.

Je crois qu'effectivement le problème de l'accessibilité aux soins pour tous et des compléments d'honoraires - nous partageons le même vocabulaire - doit être aujourd'hui résolu ; c'est clair. On sent bien que, pour des raisons diverses et variées et en particulier une mauvaise adéquation par rapport aux coûts de la pratique - je pense particulièrement aux assurances RCP -, obligatoirement, les compléments d'honoraires ont, au cours des dernières années, fortement augmenté. Il faut absolument parvenir à résoudre ce problème.

On ne peut pas dire que la valeur de l'acte chirurgical n'a pas changé en vingt-cinq ans. La mise en place de la CCAM a permis des avancées, que l'on peut juger insuffisantes - chacun est dans son rôle, et on peut tout à fait respecter cela - mais cela a évolué de façon

significative, plus pour les praticiens du secteur 1 que pour ceux du secteur 2.

Les premiers projets que nous avons sont la création d'un secteur optionnel avec 30 % du tarif opposable au minimum et, pour 70 % de l'activité, la possibilité de compléments d'honoraires jusqu'à 50 % du tarif opposable, lesquels compléments d'honoraires seraient vraisemblablement pris en charge à peu près en totalité par les assurances complémentaires. Au moins plus de la moitié, voire 60 % des praticiens chirurgiens entreraient dans ces critères. C'est un vrai enjeu, et nous aurions tous ensemble intérêt à nous retrouver sur ce terrain, tant pour les praticiens que pour les établissements.

Ma deuxième remarque concerne l'innovation. Je crois que, là aussi, on ne peut plus accepter que les boîtes noires que constituent les MIGAC et les MERRI soient exclusivement réservées à l'hospitalisation publique ; ce n'est plus tolérable. ■



La chirurgie

Dr Christian Espagno

Vice-Président de la Confédération des Syndicats Médicaux Français

Je voudrais, en m'inspirant des mots et interrogations qui ont été mentionnés dans l'invitation, préciser que sur le plan des fondamentaux - comme on dit au rugby - le secteur libéral me paraît être un acteur à part entière, efficace tant sur le plan qualitatif qu'économique. Toutes les études, les procédures de certification, etc... le démontrent.

C'est un partenaire qui paraît indispensable en France, y compris pour la prise en charge des pathologies lourdes, sans rappeler les statistiques, qui montrent bien que le secteur libéral prend en charge, selon les domaines, des proportions importantes, voire parfois majoritaires de la pathologie cancéreuse.

Il aspire de plus en plus à être un acteur qui souhaite prendre en charge ce que l'on appelle globalement les missions de service public qui, dans le domaine de la cancérologie, constituent un élément souvent indispensable.

Enfin, c'est un secteur qui peut être porteur d'avenir parce qu'il est globalement efficace pour peu qu'il sache lui-même s'adapter aux mutations en cours, qui sont déjà survenues et qui vont se poursuivre de façon très prégnante dans l'année qui vient et les suivantes.

En revanche, en faisant un premier bilan du Plan Cancer, on peut avoir le sentiment que le secteur libéral reste encore parfois suspect et suspecté, bien que souvent porteur d'idées, dans les domaines des activités de recherche et de l'enseignement des techniques innovantes.

Il peut parfois légitimement avoir le sentiment d'être "oublié" dans la mise en place des schémas régionaux ou des procédures d'autorisation, mais il faut toujours balayer devant sa porte. C'est parfois (au moins en partie) le résultat du fait que les praticiens libéraux ont beaucoup de difficultés à s'impliquer dans les réflexions et travaux en amont des SROS.

Le secteur libéral peut, me semble-t-il, conclure, de façon légitime, qu'il n'est pas toujours traité avec équité, aidé et dynamisé. Il faut le souligner mais être aussi une force de proposition constructive. C'est pourquoi il me paraît important que ce secteur, dans son ensemble, fasse des propositions constructives pour mieux intégrer que cela a pu être fait lors de la première période le secteur libéral dans le nouveau Plan Cancer.

Pour vous faire part d'un certain nombre de propositions qui pourraient être formulées concernant ce nouveau Plan Cancer, je n'oublie pas que je suis un acteur impliqué sur le plan du syndicalisme médical libéral, et je voudrais articuler ces propositions autour de trois éléments qui me paraissent forcément extrêmement importants et qui impacteront la réalisation de ce nouveau plan.

Ces trois éléments sont la loi HPST, la vie conventionnelle qui, même si elle éprouve actuellement des difficultés non négligeables, continue pour nous à être certainement un élément essentiel et moteur de la médecine et des médecins libéraux, et auquel nous tenons en tout cas énormément, et enfin un sujet qui est tout à fait d'actualité, parce que c'est la réalité : la nécessité de respecter, voire de rétablir, dans certains cas, une véritable égalité d'accès aux soins, en tenant compte des facteurs démographiques, qui vont devenir de plus en plus lourds et difficiles à gérer.

La concordance vie conventionnelle - Plan Cancer

Tout au long de ces dernières années, pendant l'élaboration du Plan Cancer, nous avons été souvent confrontés à des problèmes de concordance entre

la vie conventionnelle (qui est articulée depuis la loi 2004 autour du concept de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé) et ses objectifs.

Les objectifs en matière de dépistage, par exemple pour le cancer, sont très clairement inclus dans les objectifs de maîtrise médicalisée, ce qui est tout à fait souhaitable, mais il nous a paru souvent difficile, voire sur-réaliste, d'inciter à augmenter le nombre d'examen radiologiques dans le cadre des dépistages, d'inciter par la vie conventionnelle à augmenter le nombre de machines implantées et en même temps de discuter de sanctions financières vis-à-vis des radiologues parce qu'ils réalisent trop d'examen. C'est un exercice qui me paraît peu performant et peu agréable et qui méritera, dans le nouveau Plan Cancer, d'être mieux synchronisé.

Un autre point qui me paraît également important est le fait que le médecin traitant est quand même le premier échelon incontournable si on veut des dépistages efficaces en France. Il faut donc impliquer les médecins traitants et pour ce faire il faudra - c'est loin d'être le cas actuellement - mettre en place des financements leur permettant de s'impliquer correctement.

Les soins

Concernant les soins, il nous paraît important de faire monter en puissance les réseaux régionaux du cancer. Cela ne se passe pas forcément partout exactement de la même façon, et je crois qu'il est important que l'ensemble des réseaux régionaux de cancérologie puissent justement arriver à bien intégrer les équipes libérales en les faisant participer aux groupes de travail. Nous sommes soumis à des obligations de formation médicale continue et d'évaluation de nos pratiques professionnelles. Il faudrait peut-être articuler tout cela et prévoir que le travail des médecins libéraux soit bonifié dans le cadre de leur formation médicale continue ou de leur évaluation des pratiques.

Les pôles régionaux de cancérologie déclenchent des craintes bien légitimes pour les établissements privés et les médecins libéraux qui y travaillent, car la peur existe d'organiser des pôles de façon extrêmement pyramidale, avec le sommet qui éclaire toute la région de ses phares. Il faut plutôt rechercher dans ces pôles des complémentarités entre établissements, qu'ils soient privés ou publics, et éviter ces structures pyramidales. Un sujet nous inquiète beaucoup : la problématique des centres de recours qui, même si on n'en est qu'au début, risque de drainer, par des filières obligatoires, un certain nombre de patients vers le pôle cancérologie. Là encore, il faudrait essayer de mettre en place des critères objectifs de performance, quantitatifs et qualitatifs, qui puissent permettre aux centres hospitaliers privés qui peuvent postuler de devenir ces centres de recours dans certains domaines.

Dans le cadre de la loi HPST, les communautés hospitalières de territoire vont clairement établir une organisation assez pyramidale de l'hospitalisation publique, et il va falloir que le secteur libéral réfléchisse à la façon de se positionner par rapport à ses communautés. Cela suppose que tous les établissements réfléchissent à nouveau à leur projet d'établissement et à leur projet médical et cette réflexion nécessitera une bonne coopération entre les gestionnaires des établissements et des communautés médicales.

Il me paraît important de veiller à ce qu'il puisse exister une maintenance des critères d'agrément. Là aussi, un défaut français est de mettre

en place des structures ou autorisations, avec un certain nombre de critères, que l'on a ensuite beaucoup de mal à faire évoluer. Cela été le cas pour la NGAP et cela risque d'être le cas pour la CCAM, dont on a parlé. Il faudra faire vivre ces critères d'agrément, moduler les conditions, rétablir des seuils et les faire bouger afin que cela puisse correspondre à la réalité et ne pas rester sur des critères figés une bonne fois pour toutes, qui ne voudront plus rien dire dans un certain nombre d'années.

Dans la plupart des établissements et des centres de lutte contre la douleur, qu'il s'agisse d'équipes mobiles, de la formation de certains personnels ou des consultations contre la douleur, la prise en charge des soins palliatifs, tout au moins sur le plan des ressources humaines, est loin d'être toujours correctement financée.

Un point me paraît important pour le nouveau Plan Cancer : les méthodes d'évaluation. On a des difficultés. Avec le codage de la CCAM et les données PMSI et T2A, on a aujourd'hui des outils que l'on n'avait pas en 2003 mais que l'on ne sait pas encore utiliser. Nous devons tous apprendre à exploiter les bases de données. Elles apportent des renseignements considérables. Il va falloir d'ores et déjà réfléchir à l'exploitation de ces données, ne serait-ce d'ailleurs que parce que leurs sources seront multiples en France et que nos habitudes historiques ne sont pas forcément une coopération pleine et entière entre les différentes sources de données.

L'égalité d'accès aux soins et les dépassements ou compléments d'honoraires

Je voudrais aussi, très rapidement, faire un focus un peu plus précis, qui concerne spécifiquement l'égalité d'accès aux soins : les dépassements ou compléments d'honoraires. Pour nous, très clairement, la solution passe par la mise en place d'un secteur optionnel, c'est-à-dire qui autorise de légitimes compléments d'honoraires. En effet, personne ne conteste qu'actuellement certains actes chirurgicaux (en particulier mais pas exclusivement) ne sont pas tarifés de façon satisfaisante en fonction des coûts et donc que la mise en place de compléments d'honoraires est parfaitement souhaitable si on veut pérenniser la qualité des actes chirurgicaux. La solution est donc de trouver un système qui permette de solvabiliser ces compléments d'honoraires. Si on ne fait pas cela rapidement, cela générera probablement des mesures drastiques, autoritaires, votées en pleine nuit par le Parlement sur le secteur 2, avec des limitations, et on peut penser qu'à ce moment-là un certain nombre d'effets pervers ou délétères pourraient voir le jour.

Quels sont les moyens qui permettent d'aboutir à ce secteur optionnel ?

Nous y travaillons déjà depuis deux ans et un certain nombre de points sont acquis.

Les organismes complémentaires sont d'accord pour solvabiliser des compléments qui seraient plafonnés à 50 % en supplément de la valeur de l'acte opposable, de type assurance-maladie, en demandant aux praticiens adhérant au secteur optionnel d'effectuer au moins 30 % de leurs actes à tarif opposable de façon à assurer pour chaque patientelle une quantité d'actes non négligeable à tarif opposable.

Dans un premier temps, ce secteur optionnel serait ouvert aux spécialistes qui sont les plus directement concernés par la nécessité de restaurer une égalité d'accès aux soins que sont les chirurgiens, les anesthésistes, les obstétriciens et les anciens chefs de clinique, sachant que la quasi-totalité des chirurgiens - ce n'est pas le cas pour les deux autres spécialités - sont d'anciens chefs de clinique.

En contrepartie de ces compléments solvabilisés, les praticiens du secteur 2 qui choisiraient ce secteur optionnel pourraient voir leurs charges sociales prises en charge par l'assurance maladie, comme c'est le cas pour le secteur 1, sur la part de leurs actes à tarif opposable.

Enfin, le choix du secteur optionnel serait réversible. Chaque praticien pourrait revenir dans son secteur d'origine s'il n'était pas satisfait par les conditions du secteur optionnel ou s'il était déçu par elles.

Il reste des points qui ne sont pas encore totalement finalisés.

Nous sommes en train de discuter des critères de transparence et de traçabilité avec l'UNCAM et l'UNOCAM et ils devraient pouvoir être mis en place sans trop de difficultés. Un problème un peu plus complexe est celui du périmètre concernant ce secteur optionnel. Nous pensons qu'il est préférable dans une première étape de ne mettre en place aucune mesure coercitive concomitante concernant le secteur 2, alors que certains partenaires (l'UNOCAM en particulier) auraient souhaité que ce soit le cas simultanément.

Si on ne trouve pas de solution, on va au devant de conflits majeurs entre les équipes médicales et les établissements, et ce pour des raisons qui seraient de part et d'autre parfaitement justifiables. Il faut arriver à trouver une solution préservant le dialogue et le travail en commun entre les équipes médicales et les établissements privés, or dans le domaine des dépassements d'honoraires le secteur optionnel nous paraît être, en l'état actuel des choses, la seule qui tienne.

La formation et la recherche

Concernant l'implication des équipes libérales et des établissements de soins privés dans la formation initiale, nous sommes sur le plan chirurgical, comme les établissements dans lesquels nous travaillons, extrêmement demandeurs de stages de formation chirurgicale dans des établissements de soins privés. C'est prévu dans la loi ; reste la mise en application. Je veux aussi mentionner ici les problèmes liés à la formation médicale continue.

Il reste beaucoup de progrès à faire s'agissant des problèmes de recherche. Si on compare avec certains autres pays, on arrive à déceler assez bien les innovations grâce à l'action performante de la HAS et de l'INCa. Cependant, c'est là que le problème commence à se poser, parce que ces actes sont mis en recherche clinique ou s'accompagnent de financements plus ou moins bricolés, de type STIC, etc..., les établissements de soins privés et les équipes libérales rencontrant actuellement beaucoup de difficultés.

Par exemple, dans notre établissement, nous avons débuté la chirurgie du parkinson, qui nécessite des moyens extrêmement lourds. L'ARH y était parfaitement favorable mais elle a eu énormément de difficultés à trouver des financements, parce qu'elle avait des enveloppes fléchées pour les établissements publics. Il a fallu que le directeur de notre d'ARH fasse des pieds et des mains pour faire admettre que ce financement fléché puisse être en partie orienté vers un établissement privé. Cela a été extrêmement difficile, et sans la volonté farouche de notre directeur d'ARH nous n'aurions pas pu le faire, alors que personne ne peut contester que nous avons l'environnement, les moyens et la méthodologie pour traiter les malades atteints de la maladie de Parkinson.

Il faut absolument mettre en place des méthodes de financement permettant à des établissements privés et à des équipes de poursuivre l'évaluation des techniques innovantes. Il faut cibler les établissements et les équipes sans ostracisme et leur assurer des financements pour que ces derniers, qui sont à même de le faire, puissent le faire. ■



La radiologie

Dr Bruno Silberman

Vice-Président de la Fédération Nationale des Médecins Radiologues

Il y a à peu près 7.400 radiologues, dont 70 % sont libéraux, avec une moyenne d'âge qui évolue avec le mien, soit autour de 53-54 ans. La démographie n'est pas meilleure que dans les autres secteurs.

Nous avons la chance de nous être organisés avec nos collègues du public, la société savante et les enseignants dans un collège professionnel qui essaient, tant que faire se peut, de parler de l'imagerie d'une voix commune parce que nous avons des enjeux communs, et l'imagerie du cancer en est un.

Dois-je parler de l'avis des radiologues sur le dernier Plan Cancer ? Un peu ou pas du tout, dans la mesure où nous n'avons pas été vraiment consultés ou associés, sachant que l'on s'intéresse plus aux radiologues libéraux pour leur demander de rendre de l'argent que pour prévoir la suite.

On considère que trois quarts des cancers guérissent à l'aide de traitements strictement locaux et régionaux et qu'ils sont d'autant mieux traités qu'ils sont diagnostiqués à un stade précoce, quand ils sont encore localisés. Il est donc important que l'imagerie progresse dans le cadre du Plan Cancer

Les moyens

L'imagerie va du dépistage jusqu'à la surveillance du traitement et au traitement lui-même, et les hommes (les médecins radiologues) sont où qu'ils soient (et pas uniquement dans les centres) impliqués dans le suivi du cancer. Pour vous donner une idée, 40 % des dépenses d'imagerie en libéral (c'est-à-dire 40 % de 2,5 Md€) sont faites en ALD, la deuxième ALD, qui est celle des tumeurs, représentant entre 12 et 15 %. On voit à quel point l'imagerie publique et libérale est concernée par le cancer.

La radiologie conventionnelle baisse régulièrement, mais la mammographie est au centre du dépistage et du suivi du cancer du sein. Le coût de la mammographie numérique pousse au regroupement des cabinets. Le dépistage des femmes à risque en IRM est un nouvel enjeu. Il pose des problèmes d'accessibilité, de suivi et de prise en charge. L'échographie a un rôle important, concurrencée par le scanner, mais la 3D et la couleur arrivent. Le scanner a fait un grand bond. Des questions se posent sur son impact dans le dépistage du cancer du côlon. Les blocs interventionnels avec imagerie intégrée (IRM et scanners) posent des problèmes de financement et de tarification multi-équipe autour d'un même patient. L'IRM a pris toute sa place même si nous sommes toujours en retard par rapport aux autres pays de l'Europe de l'Ouest. Les TEP et TEPscan sont peu nombreux en France. L'imagerie fonctionnelle est encore une ima-

gerie pour demain. Il y a encore de la recherche à faire en la matière et en France on n'est pas très en avance.

L'archivage est un nouveau moyen, fondamental pour les patients. Nous l'avons obtenu, nous libéraux, alors que par ailleurs un certain nombre de nos moyens nous étaient repris. Pouvoir suivre sur son site les différents examens du patient avec l'imagerie indirecte est un gain de qualité considérable. Cet archivage, qui est la première étape de l'échange des informations, est fondamental. Or il n'est aujourd'hui ni financé ni prévu ni véritablement organisé.

On en arrive bien entendu à ce qui fâche, à savoir que tout cela est aussi un problème de tarification et de nomenclature. Un certain nombre d'actes de suivi en scanners et en IRM qui examinent le corps entier doivent être reconnus. Il faut prendre en compte les temps de biopsie nécessaires et l'exigence de la radiologie interventionnelle et en particulier les consultations, parce qu'il en faut en radiologie interventionnelle pour informer le patient et lui expliquer ce qu'il se passe.

Les hommes

Les Plans Cancer ne parlent jamais des hommes. 54 % des radiologues participent aux réunions multidisciplinaires de concertation. La moitié font des actes interventionnels, ce qui va évidemment de la biopsie ou de la cytologie jusqu'aux actes compliqués, sachant que, dans le libéral, 70 % des radiologues sont impliqués dans la cancérologie et le cancer. Nous travaillons non plus seuls mais en équipe. Nous ne faisons pas que des actes ; nous dialoguons avec nos collègues cliniciens et nous participons aux RCP.

La formation initiale s'est modifiée en France avec la mise en place d'un module de cancérologie et elle s'est modifiée en Europe de la même manière.

La formation continue est obligatoire dans le dépistage du cancer du sein et on y réfléchit pour le dépistage du cancer colorectal.

Les référentiels pour le suivi des tumeurs ont été mis en ligne et nous travaillons avec vous, la HAS et l'INCa pour mettre en place de plus en plus de référentiels qualité. Nous avons mis en place des référentiels pour se former à l'annonce du diagnostic.

Enfin, il faudrait essayer de mieux prendre en compte l'avis des médecins radiologues sur l'ensemble de leur activité et en particulier la manière dont ils conçoivent l'organisation de l'imagerie. Leur vision de l'organisation pour mieux prendre en charge les patients devrait être considérée comme indispensable. ■

L'Assurance Maladie

Dr Catherine Bismuth

(CNAM)

Je ferai simplement un focus sur ce qui nous paraît extrêmement important et majeur pour la promotion du futur Plan Cancer.

Globalement que le Plan a été apprécié comme bien structuré, avec ses sept priorités et ses mesures, et qu'il existe un consensus sur un certain

nombre d'effets positifs. Il reste néanmoins beaucoup à faire. Il était extrêmement ambitieux et beaucoup d'actions sont à poursuivre, à intensifier et à faire évoluer pour encore améliorer la situation.

Je voudrais rappeler que la Sécurité Sociale en est le principal financeur...

Nous sommes extrêmement soucieux de pouvoir, à travers les actions mises en œuvre et les mesures proposées, atteindre l'ensemble des personnes qui en ont besoin et de ne pas renforcer les écarts.

Je voudrais insister sur la prévention et le dépistage. Il faut pouvoir permettre à l'ensemble de la population française de bénéficier de dépistages validés scientifiquement et organisés pour être les plus efficaces possible et à même de toucher tout le monde. C'est un travail que nous avons engagé dans le cadre des négociations conventionnelles.

La réforme de 2004 a permis de mettre le médecin traitant au cœur des dispositifs de prévention et de dépistage. Il n'est pas obligatoirement l'acteur des actions de prévention, mais il doit être vigilant et veiller à ce que dans sa patientelle aucun homme et aucune femme n'échappe à la possibilité de bénéficier de dépistages.

Dans le dispositif conventionnel, nous avons introduit une exigence d'amélioration des taux de dépistage avec, très concrètement pour premier thème, le cancer du sein, puisqu'une généralisation du dépistage est déjà organisée dans ce domaine.

Un point de vue de patient

Mme Régine Goinere

Présidente de Vivre Avec - Administrateur de la Ligue

Je suis une patiente impatiente et je porte plusieurs casquettes. Je suis Membre du Comité des malades, de leurs proches et des usagers (CMPU) de l'INCa ; Administrateur de la Ligue nationale contre le cancer, le seul représentant des malades au sein de son conseil depuis dix ans... Un peu isolée, j'aurais souhaité avoir un complice homme, n'ayant pas les mêmes pathologies ni les mêmes attentes. Il n'est pas encore arrivé, je partirai avant qu'il soit là... Je suis également fondatrice de Vivre avec, association qui oriente ses actions vers le versant social de la pathologie cancéreuse.

Il m'a été demandé d'apporter mon éclairage de patient sur le bilan du premier Plan Cancer et les perspectives pour le nouveau Plan.

Le premier Plan Cancer a permis des avancées majeures, significatives et irréversibles. Le combat a été mené sur tous les fronts. Les professionnels de santé, les chercheurs, les associations de patients, les politiques, l'industrie du médicament et les travailleurs sociaux, tout le monde s'est engagé.

Les 70 mesures du Plan Cancer ont été réparties en 6 axes prioritaires. Il fallait prévenir, dépister, soigner, accompagner, enseigner et découvrir. Ces avancées sont parlantes pour les patients : des campagnes de dépistage ont été organisées pour le cancer du sein et le cancer colorectal. Dans le cadre du nouveau Plan, il faudra prévoir une communication très ciblée sur les populations qui considèrent que le cancer est anxiogène, ce qui réduit les chances.

Des actions de prévention ont été menées contre le tabagisme. C'est est une avancée, pour certains une révolution.

La structuration des 3C me semble capitale, car elle permet d'organiser la prise en charge et d'éviter des pertes de chance liées à un manque éventuel de suivi. Ce sont les 3C qui organisent les réunions de concertation pluridisciplinaires autour du dossier clinique de chaque patient, avec in fine l'élaboration d'un programme personnalisé de soins.

Un décret d'autorisation des établissements de soins à dispenser tel ou tel traitement du cancer (chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie) en fonction d'un certain nombre de critères quantitatifs et qualitatifs d'ac-

tivité a été publié. L'application de ce décret va aboutir à une restructuration importante de l'offre de soins hospitalière, qu'elle soit publique ou privée, sur tout le territoire.

Le nouveau Plan Cancer doit poursuivre et élargir les objectifs ; il devrait s'articuler sur deux axes majeurs :

- assurer à chaque malade une même qualité des soins sur tout le territoire ;
- améliorer la vie des patients en rémission ou après les traitements ou après la guérison.

Dans cette perspective, nous devons être particulièrement attentifs à certaines priorités :

- la recherche doit être organisée de la façon la plus performante.
- assurer la mise en place effective du système d'agrément des établissements de soins dans le domaine des traitements des cancers.
- nous devons disposer de toutes les informations épidémiologiques, grâce à une centralisation des données provenant des sources différentes.
- enfin, les mesures de prévention sont essentielles.

L'amélioration de la qualité de vie des patients doit être un axe fort de ce nouveau Plan.

La prise en charge globale des patients pendant leurs traitements, la lutte contre la douleur en favorisant l'information thérapeutique, le maintien autant que possible dans leur lieu de vie, l'accompagnement, ne doivent pas se limiter au moment de la maladie mais la vie après le cancer doit faire l'objet de toutes nos attentions.

Le nouveau Plan Cancer doit se faire en cohérence avec les autres Plans de santé publique.

Dans le cadre de la 71^{ème} mesure du premier Plan Cancer, une mesure phare est l'intégration d'un Comité des Malades, de leurs Proches et des Usagers au sein de l'INCa. Cette intégration est réussie. Experts dans le cadre des appels à projets associatifs, nous sommes acteurs-partenaires. Notre compétence spécifique, "la compétence de l'expérience", l'expérience de la maladie est reconnue. Je tiens à remercier Dominique Maraninchi et ses collaborateurs des différents services de l'Institut. Tous les portes nous sont ouvertes... ■



Points de vue d'établissements

Mme Martine Haddad

Hôpital privé d'Antony / Institut Hospitalier J. Cartier

L'Hôpital Privé d'Antony et l'Institut Hospitalier J. Cartier, situés tous deux en Ile de France, sont des établissements très différents, avec une dynamique sur la prise en charge du cancer assez différente mais réelle. Ils sont pluridisciplinaires, avec une prise en charge importante du cancer par l'hôpital privé d'Antony, et un axe fort, pour l'Institut Jacques Cartier, autour de la chirurgie cardiaque et de la cardiologie.

La mise en place du Plan Cancer à l'Hôpital Privé d'Antony est aujourd'hui complète. Environ 1 200 dossiers ont été présentés en RCP au cours de l'année 2008. Concernant le dispositif d'annonce, des formations ont été mises en place pour les infirmières. Pour les soins de support, un certain nombre de consultations ont été mises en place bien avant l'arrivée des subventions et, en ce qui concerne l'accès à la tumorotheque, une convention a été signée avec un établissement PSPH.

A l'Institut Jacques Cartier, les subventions ont permis l'embauche d'une secrétaire à mi-temps, pour étendre et organiser de façon un peu différente les RCP en place. Le dispositif d'annonce s'organise autour d'une infirmière référente et du temps de psychologues. Les liens entre la ville et l'hôpital se sont renforcés avec l'envoi systématique des fiches RCP aux médecins de ville.

La principale difficulté rencontrée vient du fait que le statut libéral des praticiens entraîne une forte dépendance de leur participation au temps qu'ils souhaitent y consacrer.

Les projets pour l'année 2009 reposent essentiellement sur la formation à l'annonce pour les praticiens libéraux, les dossiers d'agrément à formaliser et une participation plus concrète aux réseaux et aux actions du 3C inter/établissements. ■

Points de vue d'établissements

M. Patrick Le Jeune

Centre Catherine de Sienne - Nantes

En terme de bilan du Plan Cancer, le Centre Catherine de Sienne peut-il répondre à ces questions : est-il un partenaire, et si oui, de qui ? Est-il suspect, pour qui et pourquoi ? Est-il lucratif, pourquoi, et qu'est-ce qu'être lucratif aujourd'hui ? Est-il contributeur au service public ?

Le centre Catherine de Sienne est un centre de cancérologie médicale privé libéral situé à Nantes sur le site du confluent, à côté des Nouvelles Cliniques médico-chirurgicales nantaises qui se sont regroupées il y a quelques années. Il est à la fois un centre de cancérologie médicale chimiothérapique et radiothérapique et un plateau technique d'imagerie pour l'ensemble du site. Il a l'exclusivité de la chimiothérapie et de la radiothérapie libérale dans la métropole nantaise.

Le centre Catherine de Sienne est partenaire de l'ARH, car elle le soutient pour sa qualité ; partenaire de la médecine de ville car il a une réactivité importante par rapport à elle ; partenaire de toutes les cliniques nantaises parce qu'il est à leur service par la cancérologie médicale et ses techniques.

Le centre Catherine de Sienne est suspect principalement parce qu'il occupe une place importante en Vendée, l'attitude des pouvoirs publics consistant plutôt à privilégier la proximité et une logique territoriale, voire départementale.

Il est heureux que nous soyons lucratifs, car sinon nous disparaîtrions. Mais qu'est-ce qu'être lucratif ? Selon la définition relevée dans Le Robert, est lucratif ce « qui procure un gain, des profits ou des bénéfices ». Le lucre, pour un établissement hyperactif comme le Centre Catherine de Sienne représente 3 % de résultat net par rapport au chiffre d'affaires !

Le centre Catherine de Sienne peut être qualifié de contributeur actif au service du public par la permanence des soins qu'il assure via les urgences des Nouvelles Cliniques Nantaises. Nos chimiothérapeutes ou radiothérapeutes interviennent dans ce cadre, étant entendu que nous n'opérons évidemment aucune sélection, d'aucune sorte, en matière de patients. Nous répondons aux conditions du service public, à savoir l'accessibilité, l'égalité, la performance et l'adaptabilité. Nous ne sommes non pas un service public mais au service du public. ■

Je ne peux pas partir sans vous dire un mot, tout d'abord pour vous remercier pour votre invitation.

Dans le fond, pour moi qui ne suis pas cancérologue, et qui ne vais pas parler des propositions qui seront dans le Plan Cancer, le secteur libéral et le secteur public sont pour moi la même chose. Nous poussons ensemble dans la même direction, au service des patients, et nous avons la chance (ou vous avez la chance) d'avoir un Plan Cancer qui nous force à la mutualisation, à la coordination et à travailler avec les médecins traitants. Je partage tout à fait votre point de vue sur ces thèmes.

Ma deuxième remarque générale est que nous avons aussi le devoir - nous essaierons de le prévoir dans le Plan - de faire des expérimentations et de tester des attitudes innovantes dans les régions. Il ne faut pas tou-

jours attendre que le Ministère de la Santé sorte une circulaire, une directive, une loi, etc... En ce qui concerne les soins, il y a de nombreuses innovations qui sont à faire. Vous en avez parlé les uns et les autres et j'en suis profondément convaincu.

M. Guiu a rappelé tout à l'heure que je suis intéressé par l'œil. C'est vrai, je suis fasciné par l'œil, aussi bien du radiologue que de l'anatomopathologiste. C'est effectivement une façon d'aborder la médecine qui est un peu différente des autres et qui doit être tout spécialement préservée. Comme je l'ai écrit : l'œil écoute, et moi je vous ai écoutés. ■

Pr Jean-Pierre Grunfeld

