

Le nouveau

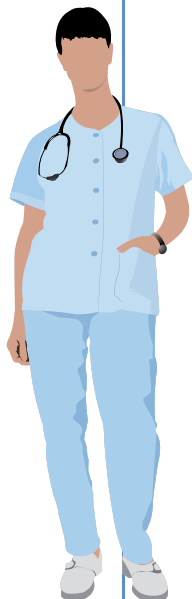
# Cancérologie

Supplément  
au n°2 vol. IV  
juin 2011

## Les métiers de la cancérologie\*

Plan Cancer 2009-2013

Mesure 6 : « Mettre en place un tableau de bord des métiers de la cancérologie et publier un rapport »



\*D'après les XVI<sup>èmes</sup> Rencontres de l'UNHPC  
Synthèse des interventions  
vendredi 16 avril 2010, Paris

**Directeur de la publication :**  
Pascale Raoul

**Rédacteur en Chef :**  
Alain Vergnenègre (Limoges)

**Comité de rédaction :**  
Didier Ammar (Marseille)  
Nabila Belhouachi (Paris)  
Franck Bürki (Toulouse)  
Christos Chouaid (Paris)  
Michel Cucherat (Lyon)  
Joël Cucherousset (Montfermeil)  
Gaëtan des Guetz (Bobigny)  
Nicolas Jovenin (Reims)  
Robert Launois (Paris)  
Isabelle Madelaine (Paris)  
Didier Mayeur (Versailles)  
Stéphane Oudard (Paris)  
Gérard Parmentier (Pontoise)  
Yoann Pointreau (Tours)  
Jean-Marie Tigaud (Paris)  
Patrick Tilleul (Paris)

**Comité scientifique :**  
Alain Astier (Créteil)  
Christophe Bardin (Paris)  
Françoise Blanc-Légier (Avignon)  
Brigitte Bonan (Paris)  
Roland Bugat (Toulouse)  
Elisabeth Carola (Senlis)  
Sylvie Castaigne (Versailles)  
Cyrille Colin (Lyon)  
Gaël Deplanques (Paris)  
Pierre Dujols (Montpellier)  
Pascal Forcioli (Amiens)  
Christophe Hennequin (Paris)  
Martin Housset (Paris)  
David Khayat (Paris)  
Ivan Krakowski (Nancy)  
François Lokiec (Paris)  
Philippe Michel (Bordeaux)  
Philippe Moreau (Nantes)  
Françoise Mornex (Lyon)  
Moïse Namer (Mougins)  
Olivier Pellerin (Paris)  
Michaël Peyromaure (Paris)  
Frédéric Pinguet (Montpellier)  
Jean-Louis Pujol (Montpellier)  
Emmanuel Raffoux (Paris)  
Gilles Robinet (Brest)  
Jacques Rouëssé (Paris)  
Florian Scotté (Paris)  
Jean Philippe Spano (Paris)  
Juliette Thariat (Nice)  
Jean Marc Tourani (Poitiers)

**Comité de lecture :**  
Eric Charles Antoine (Neuilly)  
Thomas Facchini (Reims)  
Olivier Le Floch (Tours)  
Laurent Molinier (Toulouse)  
Jean François Quaranta (Nice)

**Publié par INTERCOM Santé**  
64, rue Anatole France  
92300 Levallois-Perret  
01 75 33 33 19  
intercom@intercomsante.fr

**Maquette :**  
Pierre Rauzy  
**Imprimeur :**  
Imprimerie Vincent, Tours  
**Abonnement :**  
abolnc@intercomsante.fr

N° ISSN : 1964-5279  
Dépôt légal : à parution

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.

## Sommaire

Supplément au n°2 vol. IV – Juin 2011

- 3** Avant-propos
  - 3** **Éditorial**  
Dr Bernard Couderc et M. Thierry Béchu, au nom de M. Lamine Gharbi
  - 4** **Stabiliser les métiers de l'anatomopathologie et maintenir le maillage public-privé**  
Dr Michel Guiu
  - 5** **Génétique, biologie, anatomopathologie : des métiers complémentaires ?**  
Mme Martine Burdillat
  - 6** **Des métiers menacés ou en devenir. Comment l'Ordre des Infirmiers va-t-il consolider le métier ?**  
Mme Dominique Le Bœuf
  - 7** **Métiers et compétences : les enjeux**  
Pr Yves Matillon
  - 8** **Soins de support : organiser les nouveaux métiers**  
Dr Yvan Krakowski
  - 9** **Les patients : « le patient partenaire »**  
Mme Régine Goinère
  - 10** **De nouvelles formations pour de nouveaux métiers ?**  
Pr Daniel Rougé
  - 10** **Un Master pour la coordination en santé ?**  
M. Alexandre Pitard
  - 11** **L'approche méthodologique et institutionnelle des métiers de la cancérologie. Les métiers de la cancérologie et le Plan Cancer 2009-2013**  
Pr Dominique Maraninchi
  - 12** **L'informatique, outil de production commun**  
M. Jean-Pierre Thierry
  - 13** **L'ordonnance relative à la biologie médicale**  
Mme Muriel Dahan et M. Michel Ballereau
  - 14** **Origine et évolution des démarches « compétences » dans l'industrie et les services marchands. Quelles leçons en tirer pour les métiers médicaux ?**  
M. Olivier Duroy
  - 15** **La construction juridique des métiers en santé**  
M. Joël Moret-Bailly
  - 16** **Le médecin entrepreneur : un métier passé de mode ?**  
Dr Bernard Couderc
  - 17** **Le souci de l'environnement change-t-il nos métiers ?**  
Mme Véronique Molières
  - 17** **En quoi l'évolution du métier de chirurgien prépare-t-il son avenir ?**  
Pr Jean-Louis Ribardièrre
  - 18** **Le Conseil National de Cancérologie : l'approche métiers dans la vision du Conseil**  
Pr Véronique Trillet-Lenoir
  - 19** **Bernard Couderc, Président de l'UNHPC : un homme de métier**  
M Gérard Parmentier
- Rédaction et coordination : Mme Véronique Dovergne, Mme Ghislaine Lasseron, M Gérard Parmentier

## Avant-propos

Ce supplément a été coordonné par l'UNHPC en partenariat avec la revue Le nouveau Cancérologue. Il présente la synthèse des interventions de l'ensemble des orateurs qui ont participé aux Rencontres de la Cancérologie Libérale et Hospitalière Privée, le 16 avril 2010. Ces travaux restent parfaitement d'actualité. Au nom de l'UNHPC, je remercie les orateurs qui ont tous accepté que leurs propos soient résumés ici. Nous publierons très prochainement l'intégralité des actes de nos Rencontres 2010 complétés de l'importante documentation qui avait été mise à la disposition des participants. Cette année, cette publication se fera uniquement sous forme téléchargeable. Elle le sera sur notre site Internet : [www.unhpc.org](http://www.unhpc.org). Comme chaque année, nous espérons que cette publication multimédia sera utile à tous ceux qui s'impliquent dans l'organisation et l'évaluation de la cancérologie.



Dr B. Couderc

### Éditorial

**L**e thème de nos rencontres cette année est celui des métiers de la cancérologie. Nous avons déjà retenu ce thème en 2007, en mettant en perspective l'évolution de nos métiers et l'influence du Plan Cancer de l'époque (2003-2005). Les travaux de 2007 avaient été de très grande qualité. Ils ont donné lieu à publication

sous forme d'un gros livre de 500 pages qui est toujours disponible auprès de l'UNHPC.

En restant dans notre champ habituel (c'est-à-dire au croisement des compétences et de l'organisation nécessaire aux bonnes pratiques), il nous a paru important trois ans après d'y revenir. Pourquoi? Parce qu'il y a le nouveau Plan Cancer (2009-2013), qui fait une place plus importante que le précédent à une approche spécifiquement métiers. Il prévoit par exemple de mettre en place un tableau de bord des métiers de la cancérologie. Il y a aussi la loi HPST (Hôpital, patients, santé, territoires) et les procédures d'autorisation d'activités en cancérologie sont maintenant rentrées dans une phase finale.

Nous sommes toujours préoccupés malgré tout par un certain nombre de problèmes qui concernent l'activité cancérologique et

notamment l'avenir de l'oncologie médicale, qui n'est toujours pas assuré, les problèmes soulignés en 2007 n'ayant fait que s'approfondir depuis. Vous connaissez le caractère incontournable de l'anatomopathologie, mais la profession connaît bien des difficultés, à tel point que le Plan Cancer prévoit de stabiliser les métiers de l'anatomopathologie et de maintenir le maillage public-privé.

La radiothérapie a été au centre des préoccupations des tutelles et beaucoup des mesures des feuilles de route étaient centrées sur ses métiers. Comment peut-on évaluer actuellement ces progrès? La radiothérapie libérale y est-elle associée?

Vous savez aussi que la médecine libérale connaît un gros problème de recrutement. Comment y remédier? La perte de productivité que cela induit au niveau du système renouvelle les questions de l'évolution démographique et de l'avenir du système de santé tous secteurs confondus.

Enfin, un nouvel acteur apparaît, souhaité par la HAS et l'INCA et consacré par la loi : le Conseil national de cancérologie. Un autre a été créé : il s'agit du Conseil de l'ordre des infirmiers.

Tout ceci justifiait de faire à nouveau le point aujourd'hui. ■

Dr Bernard Couderc, Président de l'UNHPC.

**L**a Fédération et l'UNHPC agissent en synergie face aux problématiques de la cancérologie. La politique tarifaire actuelle en fait partie. Avec ses règles d'allocations aléatoires et disparates, elle pénalise les établissements privés, qui prennent pourtant en charge 40 % des patients. Elle ne reconnaît pas suffisamment les nouveaux acteurs impliqués dans les soins de support. L'enveloppe actuelle des MIG intégralement dédiée à la cancérologie est de 120 Mns €. Elle semble sous estimée pour accomplir les quatre missions attendues : coordination, dispositif d'annonce,

réunions de concertation pluridisciplinaire et soins de support. Un nouveau dispositif d'allocations de ressources est cependant annoncé. Il repose sur des règles transparentes et explicites établies selon des critères communs au public et au privé. Il faut poursuivre les travaux sur les métiers, d'autant plus qu'ils portent sur la richesse essentielle, l'humain. ■

M. Thierry Béchu,  
au nom de M. Lamine Gharbi, Président de la FHP-MCO.

**Les applications UNHPC**  
pour iPhone, iPod Touch et iPad  
**Ne vous en privez pas !**  
Téléchargement gratuit sur l'App Store (iTunes)



**Medisigles<sup>®</sup>** : Le plus gros dictionnaire des sigles médicaux disponible. Français - Anglais. Bientôt 38.000 sigles ! Gros succès international : Etats-Unis, France, Philippines, Canada, Hong-Kong, Australie et des dizaines d'autres pays ! Recherche immédiate et ciblée sur Wikipedia et sur Google.

**T2AtarifsMCO<sup>®</sup>** : Tous les tarifs T2A sur deux ans, les dernières caractéristiques des GHM pour chacun des statuts d'hôpitaux et de cliniques, les tarifs repères, plus, à la demande des utilisateurs, des comparaisons public-privé avec honoraires.

**Citations Q-H<sup>®</sup>** : Citations Qualité Hospitalière : Une mine de définitions internationales et de citations sur la qualité et la gestion du risque à l'hôpital. Plus de 8.000 pages de livre dans votre main ! Recherche instantanée par auteur ou par mot type. Copie et envoi par mail automatisé avec l'intégralité des références.

*Toutes autonomes, pas besoin d'Internet, toujours disponibles !*

## Stabiliser les métiers de l'anatomopathologie et maintenir le maillage public-privé

Dr Michel Guiu, Président du Syndicat des médecins pathologistes.

Le rapport du Pr Jean-Pierre Grünfeld pour le Plan Cancer 2 a souligné l'importance de cette discipline pour le diagnostic, a mis en avant ses difficultés et indiqué des mesures appropriées. L'ACP est en fait de l'imagerie tissulaire avec une démarche clinique, ce qui l'oppose à la démarche biologique lorsqu'elle est très automatisée, non spécialisée et nécessite alors l'interprétation d'un clinicien. L'ACP délivre toutes les informations concernant le type de cancer, ainsi que toutes les caractéristiques de la tumeur et les facteurs pronostiques et prédictifs (figure 1).

Le pathologiste va donc synthétiser et intégrer toutes ces données pour le dossier cancérologie. Il filtre tous les éléments diagnostiques afin de déterminer la meilleure stratégie pour le patient. Son acte a donc des conséquences à la fois humaines pour le patient et économiques pour la collectivité.

Aujourd'hui 1 400 pathologistes exercent et la moyenne d'âge est de 51 ans. En équivalent temps plein ils représentent 45 % en libéral et 55 % en hospitalier. Les libéraux effectuent les 2/3 de l'anatomopathologie et du diagnostic en cancérologie ainsi que l'activité cytologique. Le coût en libéral est de 250 millions € et celui du diagnostic en cancérologie de 90 millions €. Il est donc très faible, équivalent à celui du test PSA ou au tiers du traitement par Herceptin, tandis que la valeur ajoutée est importante.

Des mesures de revalorisation étaient prévues par la commission d'orientation sur le cancer entre 2003 et 2010 et le Plan Cancer les a bien inscrites dans ses priorités. L'arrêté relatif à la Convention nationale des médecins de 2005 dénonçait aussi le fait que la nomenclature des actes d'ACP n'avait pas suivi l'évolution des pratiques professionnelles. Or aucune amélioration n'a été constatée tandis que les contraintes se sont multipliées. Les seuls changements notables en 2009 n'ont concerné que l'ACP hospitalière en particulier dans les CHU et l'on assiste par contre à une déstabilisation de l'ACP libérale.

L'ACP affronte plusieurs problèmes. Sur le plan législatif et juridique, la loi sur la biologie en modifiant le code de santé publique, pourrait conduire à mettre l'ACP sous sa coupe et celle des fonds d'investissements. Les pathologistes s'y opposent.

Un 2<sup>ème</sup> problème concerne l'assurance qualité : la création des 29 plates-formes de biopathologie moléculaire exclue le sec-

teur libéral, contrairement à la recommandation faite par le Pr Jean-Pierre Grünfeld.

Une autre problématique est liée à la facturation de la consultation de second avis pour l'examen d'une tumeur difficile ou rare. Le recours à un expert hospitalier est alors facturé au pathologiste libéral et, qui plus est, avec un tarif multiplié par 10. Une grève des financements a été décidée. La HAS s'est saisie de ce dossier et a validé cette prise en charge par l'assurance-maladie, mais la situation reste encore bloquée.

Il s'y ajoute maintenant le problème de la double lecture visée par la mesure 20.3 du Plan Cancer. Elle se fait à l'hôpital où les experts auxquels il est fait appel sont souvent des débutants. De plus cela ne résout pas le problème des faux négatifs en cas d'erreur de diagnostic. Au total, si le pathologiste libéral doit toujours envoyer son patient à l'hôpital et n'a plus à interpréter, cela conduit à sa désresponsabilisation totale et à son discrédit. 84 % des pathologistes y sont opposés s'il s'agit d'adresser systématiquement le patient à l'hôpital pour une raison de facilité. L'association d'assurance qualité de l'ACP a reconnu ce problème et l'a dénoncé.

D'autres contraintes liées aux mesures du Plan Cancer déstabilisent encore l'ACP.

Ainsi tous les organismes épidémiologiques, conscients du passage obligé par l'ACP, demandent aux pathologistes de leur transmettre intégralement toutes les données diagnostiques, sans aucune discussion. Il s'agit encore d'un acte et d'une responsabilité supplémentaires.

La sécurité sanitaire, avec le problème du formol considéré comme cancérogène mutationnel, nous expose dorénavant à des risques de condamnations comme pour l'amiante.

Les anatomopathologistes ne refusent pas les accréditations des structures mais ils se demandent comment ils vont pouvoir faire face à tout cet ensemble de contraintes.

Enfin concernant les moyens, l'ACP libérale dénonce la totale inégalité entre les 2 secteurs, que ce soient pour les moyens humains, techniques ou matériels (figure 2).

Figure 1 : Les missions de l'ACP en cancérologie

*Anatomie et Cytologie Pathologique /ACP/ Anapath / Pathologie*

- Dépistage et prévention
- Diagnostic
- Facteurs pronostiques
- Facteur prédictifs du traitement
- Santé publique – Epidémiologie
- Recherche

+

Rôle de synthèse et d'intégration des différents facteurs prédictifs pour le dossier cancérologique.

Figure 2 : Les chiffres de l'ACP

Les chiffres de l'ACP	Secteur hospitalier	Secteur libéral
Nbre de pathologistes	1450	
Age moyen	51 ans	
ETP pathologistes	55%	45%
Nombre de structures	177	308
Activité histologie (cancer)	1/3	2/3
Activité cytologie	10%	90%
- Coût ACP		250 M€
- Coût ACP cancer		80-90 M€

Comparaisons : -Biologie:4,4 Mds € - Radiologie : 2,4 Mds €  
 -Coût du cancer (INCa 2007): 11 milliards €  
 -Coût annuel de l' Herceptin® : 240 M€  
 -Coût annuel du PSA : 90 M€  
 Rapport coût/efficacité de l'ACP: excellent



Le secteur hospitalier est parvenu à mettre en place une nomenclature parallèle qui lui permet d'obtenir des MIGAC en multipliant des cotations par trois ou plus. Le Directeur de l'assurance-maladie a cependant réagi auprès de la DHOS à propos de ces pratiques. La Mission Legmann a aussi dénoncé ce problème.

« L'ACP est, pour la cancérologie libérale, un maillon essentiel mais extrêmement fragile de la chaîne de soins » a souligné le Dr Michel Guiu. Le pathologiste est l'acteur incontournable du diagnostic. La qualité de ses actes détermine la stratégie de prise en charge du patient et de sa présence dépend l'accréditation. Il apporte donc un rapport qualité/prix et un service médical rendu tout à fait exceptionnels.

Il faut donc qu'un même acte soit de même qualité et de même financement, avec les mêmes contraintes dans les deux secteurs. Le maillage public/privé ne peut se résoudre à la seule transmission du libéral vers l'hôpital.

Considérant que la chirurgie, la radiothérapie et la prise en charge médicamenteuse passent par le filtre du pathologiste, le problème de l'ACP libérale risque de devenir celui de l'hospitalisation privée.

Si l'on envisage l'ACP exclusivement en milieu hospitalier, de nombreuses questions se posent : qu'en est-il des moyens humains, de la productivité, de la disponibilité, des délais de réponses, du coût ? En conséquence une restructuration de l'ACP libérale est essentielle, en maintenant des pathologistes de proximité et en bénéficiant de moyens égaux à ceux du secteur hospitalier (MIGAC) ainsi qu'à l'accès à la biologie moléculaire et à des plates-formes régionales de biopathologie mixtes. L'intérêt des patients passe par le maintien d'un système public/privé concurrentiel et équilibré pour préserver la qualité de la médecine française en anatomopathologie, peut-être en envisageant un nouveau modèle de collaboration. ■

## Génétique, biologie, anatomopathologie : des métiers complémentaires ?

Mme Martine Burdillat, responsable de l'ONDPS.

Cette complémentarité à travers le diagnostic des tumeurs, a été illustrée en prenant en contrepoint l'exemple de celle des métiers dans le cadre de la radiothérapie. Elle est liée à la prise en charge pluridisciplinaire du patient tout au long de son parcours et à la mise en œuvre des dispositifs du Plan Cancer impliquant une nécessaire coordination (figure 3).

Les modalités ne sont pas similaires : ainsi pour l'activité de radiothérapie la présence conjointe des trois métiers concernés est nécessaire. Cela a une forte incidence en matière de démographie et d'état des lieux de l'offre de soins. En revanche pour le diagnostic des tumeurs, les trois métiers médicaux sont aussi complémentaires mais leurs domaines d'intervention sont différents et ils interviennent en séquentiel sans obligation de proximité physique. Les enjeux, en particulier démographiques, sont différents. Leurs apports sont aussi spécifiques : le généticien intervient sur les facteurs liés à l'hôte et les deux autres métiers sur les caractéristiques de la tumeur et selon des durées d'intervention très différentes. Ces professionnels doivent donc aussi être disponibles pour d'autres activités.

Le schéma du parcours de soins, du prélèvement de la tumeur au compte rendu, révèle la complexité de la coordination des étapes et des métiers (figure 4).

Il a pour but de montrer que les accréditations sont différentes selon le profil de la tumeur.

L'Observatoire a mis en évidence une répartition très inégale des médecins et constaté

qu'un tiers d'entre eux avait plus de 55 ans. Compte tenu de la durée de la formation, il faut se préoccuper de les renouveler afin d'en maintenir un nombre suffisant.

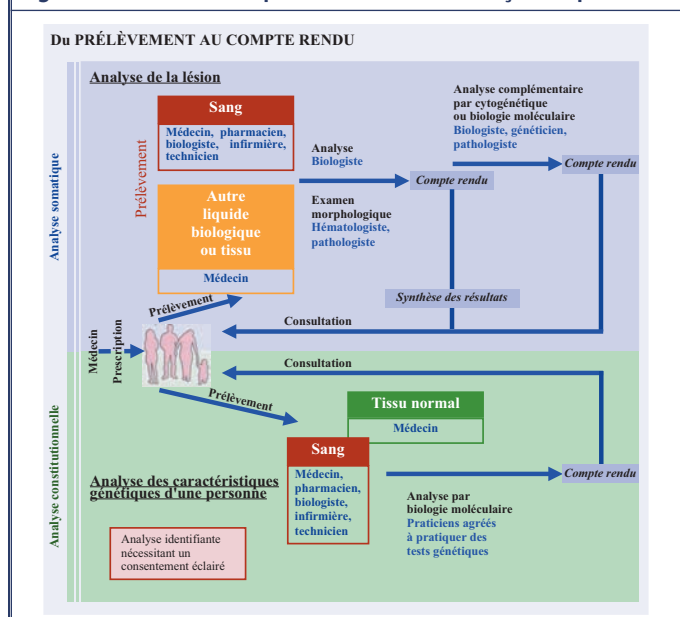
### Figure 3 : Les raisons de la complémentarité

- Un patient, au long de son parcours de soins, rencontre différents professionnels ;
- Différentes techniques propres à chaque métier peuvent être mobilisées, des accréditations particularisent chaque profession ;
- Des réglementations impliquent parfois les co-interventions
- La mise en œuvre des dispositifs portés par les plans cancer impliquent une coordination : réseaux, RCP, dispositif d'annonce....

Les effectifs des trois métiers sont très différents avec 160 généticiens, 3 000 biologistes médecins et 1 571 anatomopathologistes. Si l'on se projette à cinq ans, il n'y aura pas de problème en génétique contrairement à l'anatomopathologie. Des mesures sont en cours visant à corriger cette perspective.

De nombreux facteurs d'évolution de chaque métier modifieront les modalités de leur complémentarité. Mais en dépit de leur diversité, ces métiers qui exercent en complémentarité semblent avoir des exigences partagées. « Les recommandations sont donc d'introduire la complémentarité au cours de la formation initiale et continue et de la prendre en compte dans la définition des maquettes des médecins ainsi que dans la définition des nouveaux métiers, la reconnaissance des métiers médicaux existants ou bien enfin pour la restructuration des services et des plateaux techniques. » ■

Figure 4 : Des métiers qui interviennent de façon séquentielle



## Des métiers menacés ou en devenir.

### Comment l'Ordre des Infirmiers va-t-il consolider le métier ?

Mme Dominique Le Bœuf, Présidente du Conseil de l'Ordre des Infirmiers.

« Le métier d'infirmier est en devenir. »

Des perspectives de travail sur son rôle et ses missions en cancérologie apparaissent clairement à la lecture des mesures du Plan Cancer. En effet les infirmiers ne sont cités ni dans l'axe 8 concernant le dépistage et la prévention, ni dans le 18 concernant le soin où seul le médecin traitant apparaît impliqué. Ils sont de même totalement légitimes pour accompagner le patient « avant, pendant et après le cancer » (mesure 25) de par leur expérience et leurs compétences en assurant les besoins de surveillance et de soutien psychologique et social. L'infirmier est un acteur toujours présent, dans tous les domaines d'intervention, à tous les âges de la vie et dans tous les milieux.

Il exerce un rôle majeur de veille, soins, suivi et coordination, reconnu dans tous les Plans Cancer des autres pays. Aussi l'Ordre s'attachera à le rendre beaucoup plus visible en France.

Ainsi les deux mesures « personnaliser la prise en charge des malades et renforcer le rôle du médecin traitant » et « coordonner les parcours de soins pendant la phase active grâce à des coordonnateurs de soins » mettent en avant ces acteurs alors que, dans tous les autres pays, on parle des infirmiers d'abord et ensuite des coordonnateurs de soins.

« Conforter la fonction de proximité du médecin traitant pendant la phase thérapeutique aigüe et lors de la période de surveillance » : Mme Dominique Le Bœuf rappelle que la coordination des soins des infirmières est, depuis des années, en place et que les infirmières pivots dans les autres pays démontrent qu'elles apportent une valeur ajoutée en termes de résultats des soins en réduisant significativement la réhospitalisation. La question du renouvellement de l'expérimentation de la démarche en France vient à être posée. L'Ordre fera une mise en garde sur la démographie infirmière en cancérologie.

Il est dit également qu'il faudra former les infirmiers libéraux mais seulement quand les coordonnateurs de soins auront été expérimentés. Or la formation et le suivi des infirmiers deviennent urgents notamment sur les sujets de suivi, de relations aux médicaments et de sécurité.

« Partager les données médicales entre professionnels de santé » est un sujet dont il est question avec l'ASIP. Toutefois cela reste encore un problème en ambulatoire car dans la vraie vie, quand le patient sort avec son compte rendu, la première personne qu'il voit en général à son domicile est l'infirmier. Si l'on se réfère à ce qui a été dit, en théorie, il pratique un exercice illégal de la médecine en lisant ces données, bien que la Loi HPST permette maintenant au patient de choisir le professionnel de santé à qui il veut les remettre. On voit en tout cas que c'est un sujet d'avenir.

La reconnaissance des infirmières en cancérologie est importante dans un contexte encore très « médico-centré ». La profession regroupe 490 000 infirmières et l'on peut penser qu'elles sont toutes polyvalentes.

Or l'exercice en cancérologie représente « un champ d'exercice particulier » impliquant une expertise et une responsabilité notamment face aux risques et effets secondaires liés à la chimiothérapie. Il reste un peu isolé parce qu'il est clivé dans les différents statuts d'exercice : public et privé, sans parler du libéral. La mise en place de la transversalité et la création des réseaux de soins et de santé l'ont amélioré. L'Association française des infirmiers de cancérologie (AFIC) qui fédère 800 infirmiers et se préoccupe de leur formation participe aussi à rendre leur rôle spécifique plus visible

« Comment consolider le métier ? Quel peut être le rôle de l'Ordre National des infirmiers ? »

Des discussions sur la cancérologie sont menées avec les infirmières de santé en entreprise, celles de l'Éducation Nationale, au domicile et à l'hôpital. L'institution est potentiellement unique en son genre et elle bouscule les idées reçues. Les médias en parlent et c'est significatif sur le plan sociologique.

L'ONI étudie toutes les questions et tous les projets concernant l'exercice de la profession qui lui sont soumis par le Ministre. Pour ce faire il consulte, selon la loi, les 53 associations professionnelles concernées. « Lorsqu'un sujet concerne la cancérologie, nous travaillons avec l'association dédiée ce qui nous procure une forme d'expertise plus intéressante, avec plus de relais professionnels, et une légitimité à mobiliser l'ONI. Cela est très important lorsque l'on doit être auditionné. »

« Comment consolider le métier sans s'isoler ? » En partageant une ambition et une stratégie dans les communautés de professionnels. La référence au Plan Cancer est une aide pour « structurer une doctrine de groupe ». Un dialogue sur l'évolution des pratiques s'est instauré avec tous les ordres infirmiers et toutes les associations infirmières en cancérologie européennes afin que ces avancées puissent ensuite être relayées par l'Ordre et bien sûr par l'association, dans le respect de chacun.

La mission de l'Ordre est claire et réinscrite dans la Loi HPST sous la forme d'un amendement en juillet : « Promouvoir la santé publique et la qualité des soins. » Le cancer est un vrai sujet de santé publique, pour tous les âges et dans tous les milieux.

L'ONI a peu communiqué sur l'arrêté relatif à la coopération des professionnels de santé car il n'accepte pas le principe que toute entité professionnelle puisse déclarer un professionnel compétent. Une formation approfondie est requise pour devenir infirmière spécialisée incluant une connaissance importante en pharmacologie, au niveau du suivi des patients, des effets secondaires et aussi en physiopathologie. La sécurité des patients est une priorité et la France ne doit pas faire figure d'exception comparativement aux autres pays qui dispensent des Masters II dans les disciplines médicales. L'Ordre veut parvenir à une concordance.

« Élaborer une réflexion sur l'évolution à venir plutôt que réinventer. » Il n'y a que la France à vouloir réinventer de nouveaux métiers. Les autres pays instaurent quant à eux de « nouveaux rôles » en faisant évoluer les professions qui existent en fonction de la science,

des technologies et de l'évolution des pratiques ; car inventer de nouveaux métiers et, en conséquence, de nouveaux territoires fait que nul ne sait plus qui fait quoi, quand et comment.

« Apporter une contribution infirmière à l'évolution du rôle de l'infirmier en cancérologie et aussi dans la prise en charge de la cancérologie. » Il faut prendre conscience et reconnaître l'expertise clinique et la forte implication des cliniciennes qui accompagnent le patient tout au long de son parcours car cet investissement fort est source d'usure et de souffrance. Elles ne doivent pas être isolées et peu reconnues dans leurs établissements mais avoir la possibilité de partir en formation, d'échanger avec leurs collègues dans le cadre de réseaux de communautés de métiers sur l'ensemble des pratiques sur lesquelles elles sont amenées à évoluer.

« Quelle valeur ajoutée pour l'Ordre des infirmiers ? »

Il est au préalable nécessaire de définir ce qu'est « la pratique avancée » pour les infirmiers en France. Il ne s'agit pas de la coordination des soins car elle fait partie aujourd'hui des pratiques et de leur évolution. Il faut aller plus loin. Une piste de réflexion pourrait être une capacité à renouveler des prescriptions et pas seulement sous protocole. Il faut valoriser cinq années de formation à la clinique et une expertise si précieuse pour le suivi des patients.

Un soutien politique fort est nécessaire pour une reconnaissance de l'expertise et du rôle social de l'infirmier en France. Mme la Ministre a dit que les infirmières étaient « des professionnels de santé comme les autres ». Elles font au contraire partie des professionnels de santé qui sont là jour et nuit, s'occupent de personnes à haut risque et cette mission réclame une qualification

très importante. L'enjeu est de renforcer l'attractivité du métier pour maintenir la qualité des soins.

Il est important aussi d'« anticiper sur les besoins de santé et l'évolution des pratiques infirmières en regard des besoins de santé avec professionnalisme ». Cela requiert que l'on soit capable de lister l'ensemble de leurs expertises.

Si l'on parle d'« évoluer en cohérence avec les attentes des jeunes générations, avec les évolutions technologiques et une vision prospective », il faut déjà considérer Internet et la télémédecine comme des actualités et non pas comme des sujets d'avenir.

« S'intégrer dans un paysage qui ne peut plus se réduire à l'hexagone. » On se doit de suivre les évolutions qui se produisent en Europe car elles peuvent être intéressantes pour les infirmiers et les malades. Les infirmiers fonctionnent en réseau et cela facilite des échanges sur ce que pourrait être l'école standard. Il en est de même au niveau de l'OMS, afin d'harmoniser les différentes pratiques même si les diplômes sont à peu près comparables.

« Comment l'Ordre va-t-il consolider le métier ? » Elliot Freidson a écrit en 1980 : « L'enjeu pour la médecine est de créer un système de santé qui assure des soins appropriés, décents et humains, à un coût supportable pour l'économie nationale sans réduire les travailleurs de la santé à l'état d'employés qui appliqueraient mécaniquement des normes et offriraient machinalement leurs services. » La pluridisciplinarité ne doit pas faire perdre le sens de ce que l'on fait et doit permettre à chacun de savoir où il est. L'Ordre veut préserver ces valeurs et les transmettre pour être au service de la promotion, de la profession et de la qualité des soins. ■

## Métiers et compétences : les enjeux

Pr Yves Matillon, responsable de la Mission évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé au Ministère de la santé.

La démarche d'accréditation des hôpitaux et des cliniques a été engagée en 1996 et ce à l'échelle mondiale. Dans tous les pays, la démarche d'accréditation a concerné les procédures de gestion de risques et d'amélioration de la qualité et, en aucun cas, la compétence des individus. Celle-ci faisant partie de la mission du CNOM telle que définie dans l'article 46 de la loi du 2 mars 2002.

Les travaux menés successivement depuis 2003 dans le cadre de la Mission ont porté sur les seize métiers de la santé publique, les chirurgiens et les sages-femmes, les chirurgiens-dentistes et les spécialités médicales dont la médecine générale. La collaboration avec les douze Collèges de chirurgie a permis l'élaboration de « référentiels métiers et compétences » et la première ébauche d'un « référentiel national » par spécialité chirurgicale. Un référentiel a aussi été réalisé avec les médecins généralistes ainsi qu'un autre avec le Collège de gynécologie-obstétrique. Le Pr Yves Matillon a tenu à remercier les nombreux professionnels qui ont collaboré étroitement à l'élaboration de ces référentiels ainsi que Mme Dominique Le Boeuf, M. Olivier Duroy et le Dr Jean-Louis Ribardière qui ont accepté son invitation à intervenir aujourd'hui.

Aux USA, le système de recertification existe depuis 1973. Chaque médecin doit être recertifié par son « board » tous les 5 ans. Ceci

ne fonctionne pas toujours bien comme l'attestent deux publications récentes. La procédure « Maintenance of Certification (MOC) » vise à évaluer en continu le statut professionnel, les connaissances et la pratique professionnelle. Elle a été l'objet d'un grand débat.

En Angleterre, les Collèges médicaux royaux, par la voix de leur Président, ont régulièrement affirmé leur légitimité pour attester les compétences. Le Collège intervient avec l'Ordre (*General Medical Council*), lequel organise la procédure en concertation pour les 4000 médecins britanniques certifiés chaque année. Ce dispositif fonctionne très bien.

Au final concernant les métiers et enjeux en cancérologie, il est un fait que de nombreux problèmes restent à résoudre comme la gestion de l'évolution des spécialités médicales, l'interface des métiers de la radiothérapie, l'émergence des assistants, les infirmiers spécialisés, la place du médecin généraliste...

Une nouvelle Mission intitulée « Vivre chez soi » vient d'être lancée par Mme Nora Berra avec un comité de pilotage inter-ministériel et six chargés de missions dont une des thématiques concerne les métiers les compétences et la formation.

Pour toutes suggestions : yves.matillon@sante.gouv.fr ■

## Soins de support : organiser les nouveaux métiers

Dr Yvan Krakowski, Président de l'Association Francophone pour les Soins Oncologiques de Support (AFSOS).

Les soins de support instaurés depuis une quinzaine d'années représentent un bon modèle pour réfléchir aux pratiques au quotidien et pour faire le point sur l'organisation et la place de certains professionnels tels les infirmiers ou celles des vrais nouveaux métiers comme les socioesthéticiennes et certaines assistantes sociales.

Il y a un réel besoin de plusieurs métiers car, face à un même malade, des médecins de spécialités différentes, des infirmières ou des socioesthéticiennes peuvent apporter un éclairage différent.

Les soins de support sont définis par « l'ensemble des soins et du soutien offerts aux personnes malades atteintes de maladies graves et ce tout au long de la maladie, du diagnostic à la guérison ou au décès », l'idée étant une prise en charge globale à tout moment.

La réflexion menée sur l'organisation des soins de support ne concerne pas seulement la cancérologie. L'idée est de s'organiser pour essayer de mettre une « armée mexicaine » en route et d'aboutir à une coordination. Il s'agit d'opposer l'hôpital organisé de façon verticale à des structures un peu plus transversales, avec des services qui interviennent dans différents secteurs. Cette démarche doit être intentionnelle. Le malade et l'équipe soignante doivent avoir une vision assez claire de ce que peuvent apporter les personnes. Ainsi un malade peut avoir vu quinze professionnels différents dans sa chambre et cette situation complexe justifie la notion de médecin ou de professionnel référent.

Voici les nombreuses missions à mettre en place sur le terrain :

- La pluridisciplinarité, avec des spécialités médicales un peu différentes.

- L'interdisciplinarité et la professionnalité. Les professionnels qui travaillent ensemble ne sont pas tous complètement impliqués dans la cancérologie et ne partagent pas toujours la même vision.

- Une collaboration et une coopération pour que chacun améliore ses compétences : l'idée est d'apporter à un professionnel sur le terrain et au quotidien, une formation continue et de lui permettre, avec le soutien ponctuel d'un expert, d'améliorer son niveau de connaissance.

- Organiser la mission de coordination : il faut améliorer la relation entre les équipes médicales et hospitalières et les réseaux organisationnels et de territoire dont les missions sont différentes.

- La formation, l'expertise et le soutien des professionnels : il s'agit d'apporter, face à une difficulté particulière, une expertise auprès du malade dans le service. Le cancérologue peut avoir besoin de temps à autre d'être sou-

lagé et de pouvoir déléguer dans des conditions établies la prise en charge de certains symptômes.

- La recherche, dans les différents aspects des soins de support, y compris en termes d'organisation : les masters vont permettre de réfléchir aux différentes stratégies.

- Une démarche qualité : Comment évaluer la transversalité ? Doit-elle être évaluée ? Comment prouver qu'elle apporte une compétence ou qu'une autre expertise serait requise dans un service ?

- Une démarche participative : il faut revoir la gestion des équipes médicales. Un médecin peut avoir besoin de connaître l'approche d'un autre professionnel pour prendre une décision appropriée sur le plan scientifique. La médecine moderne doit aller vers une approche globale et le recueil d'informations.

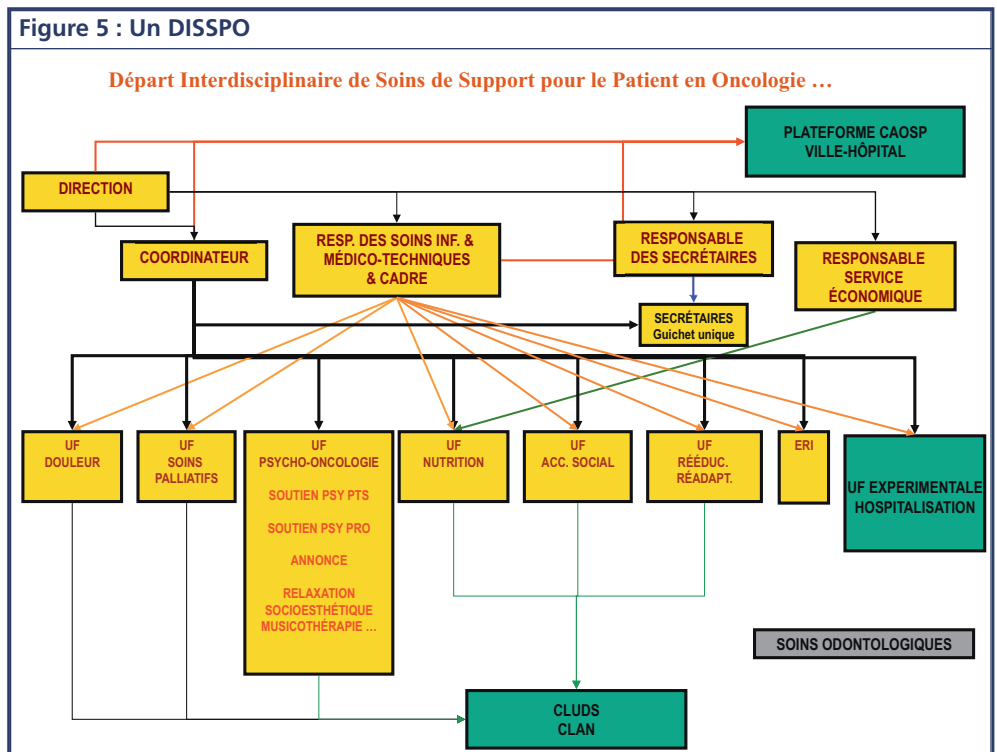
« La dimension institutionnelle est absolument indispensable pour organiser cette transversalité. » La création de ce type d'équipe et d'action doit être inscrite dans le projet d'établissement. Elle engage de faire des choix d'organisation et demande l'implication des 3C. Ensuite elle nécessite de communiquer et d'en justifier le bénéfice.

Le collectif doit être mobilisé afin que les nouveaux métiers puissent prendre leur place de façon claire. Cela implique un affichage précis des ressources et des compétences de chacun.

Concernant les projets de services communs : cette approche ne peut réussir qu'avec un engagement total de tous les professionnels concernés.

Il est aussi intéressant d'ouvrir les RCP à l'anatomopathologiste ou au sexologue ou à des non-médecins tels le psychologue...

Figure 5 : Un DISSPO







L'interface ville-hôpital est incontournable, quoique compliquée à modéliser.

L'évolution de la transversalité commence à être inscrite dans les plans de certification des établissements et il est vrai que la réglementation incite à progresser. Elle s'évalue également à travers des enquêtes de satisfaction des patients, des soignants et des collaborateurs, avec les indicateurs connus de tous. Ces données aident à améliorer les pratiques.

Concernant les bonnes pratiques de l'organisation, deux points sont à souligner : « *Veiller à l'équilibre pour les équipes mobiles transversales et à leur rôle en tant qu'experts et soignants* » et « *améliorer la synergie et la vision partagée des situations*. » En voici les cinq priorités : formaliser le temps de communication, instaurer le respect déontologique, recentrer l'ensemble des intervenants sur le raisonnement clinique et le questionnement éthique, faciliter la connaissance de l'approche transversale et enfin promouvoir les formations communes dans un service pour favoriser les relais au sein des unités.

Qui fait quoi aujourd'hui ? Les oncologues sont concernés par les soins de support basiques mais ne sont pas toujours formés ni assez nombreux pour gérer des situations plus complexes. Les équipes impliquées dans les soins de support ont acquis une culture en cancérologie. Il est donc légitime de les intégrer dans les équipes de cancérologie afin d'optimiser les soins. Cela peut conduire à un schéma d'organisation tel que représenté par le Département Interdisciplinaire de Soins de Support pour le Patient en Oncologie

(DISSPO) (figure 5) lequel illustre bien la notion d'inter-compétence. Il peut aussi se concevoir entre établissements.

On en arrive à la notion de territoire de santé inscrite dans la loi. Les projets médicaux de territoire doivent permettre de développer la complémentarité et la prise en charge des soins de support. Un Master en santé publique sur les réseaux est particulièrement justifié pour essayer de déterminer la place de chacun : HAD, équipes mobiles de soins palliatifs et médecins libéraux, le médecin traitant étant censé faire du lien.

Ce n'est pas si facile à mettre en pratique. La coordination ne peut fonctionner que si elle est identifiée au niveau de l'établissement. Le médecin généraliste doit savoir comment contacter le spécialiste responsable du malade. C'est l'ouverture vers la coordination des soins et les nouveaux métiers mais ce dispositif ne pourra pas reposer sur une personne et devra être localisé probablement dans l'hôpital ou à proximité. Il est indispensable que le généraliste ait une place clairement identifiée dans cette interface.

Nous avons des vœux pieux. Nous voulons de nouveaux métiers qui ne verront peut-être jamais le jour. Qui financera l'assistante sociale, les socioesthéticiennes, la présence des kinésithérapeutes en réanimation ? C'est un problème majeur sachant que tous ces soins sont tout sauf des actes classants. « *Il faudra innover ou regrouper des structures car ni l'État, ni la Caisse maladie ne pourront tout prendre en charge.* » ■

## Les patients : « le patient partenaire »

Mme Régine Goinère, Présidente de l'association « Vivre avec ». Empêchée de participer aux Rencontres, Mme Régine Goinère a remis une lettre au **Président Bernard Couderc**, à l'attention des participants.

**M**on intervention sera brève car, vous le savez, je ne suis pas médecin, peut-être dans une autre vie, alors je serai chirurgien à la recherche de l'âme ! Mais aujourd'hui, je vais tailler dans le vif du sujet qui nous réunit : « des métiers menacés ou en devenir ».

Je vais vous parler d'un métier, un nouveau métier, méconnu peut-être par certains d'entre vous, mais un métier d'avenir, ce n'est pas du bénévolat mais du volontariat.

Pas de concours d'entrée, mais des examens nombreux et stressants. Pas d'enseignement théorique, abstrait, académique, philosophique, mais un enseignement pratique, collant à la réalité, un cursus long, difficile, avec l'angoisse d'être recalé. Cependant, ce cursus terminé permet à ces étudiants très particuliers d'acquérir une compétence spécifique : « la compétence de l'expérience de la maladie ».

L'expérience ne se transmet pas, en revanche le partage de compétences est recherché, gage de performance pour de nombreuses sociétés, ni chercheurs, ni médecins, ces personnes restent dignes, reconnaissantes envers le monde médical, mais lucides.

Ayant une acuité visuelle devant les multiples difficultés qu'elles rencontrent quotidiennement, elles savent redéfinir et hiérarchiser leurs priorités vitales. Elles ne veulent plus se contenter d'un rôle de figurant, porteur d'un témoignage dont l'émotion boule-

verse notre bonne conscience mais ne résout rien. L'apparition de nouvelles petites associations dynamiques, indépendantes, avec des objectifs pragmatiques, créées, dirigées ou codirigées par des personnes concernées, en est la preuve.

Responsables de leur devenir, elles veulent agir, elles sont les personnes idoines, les personnes ressources pour imaginer, insuffler et cogérer des partenariats innovants, intelligents, des partenariats « gagnant-gagnant » avec les acteurs du monde socio-économique, pour traiter efficacement la pathologie sociale de la maladie cancéreuse, « le vivre après un cancer ». N'oublions pas que nous ne pouvons pas parler de guérison tant que cette pathologie sociale ne sera pas guérie. Si, pour vous, médecins, certains patients sont guéris... pour la société, ils sont toujours malades (emploi, assurances...). Ils sont encore dans un ghetto, ils veulent en sortir.

Alors, ensemble, en bonne intelligence, avec vous qui traitez le « vivre avec un cancer », nous devons associer des partenaires économiques pour éradiquer cette pathologie handicapante.

Les personnes touchées par un cancer ont besoin de votre complicité pour que ce nouveau métier d'avenir, « patient, acteur-partenaire » siège au sein de l'exécutif, dans tous les organes de décision concernant le « vivre après un cancer ». ■

## De nouvelles formations pour de nouveaux métiers ?

Pr Daniel Rougé, Faculté de Médecine Toulouse-Rangueil.

Un projet original a été mené à Toulouse en s'appuyant sur l'expérience de la structuration de la Clinique universitaire du cancer, nouvellement installée à Toulouse à proximité des grandes Universités. Il s'est agi de partir de ce modèle pour élargir la réflexion à d'autres types de formation et aux évolutions de la prise en charge médicale. Le groupe de travail pluridisciplinaire a réuni non seulement des enseignants de santé mais aussi des personnes venant du droit, des sciences économiques, des lettres et de l'Institut politique. L'axe prioritaire retenu a été celui de la perte d'autonomie car les problématiques du vieillissement, des maladies chroniques et du handicap sont communes. La réflexion a été centrée autour du socle sanitaire et social et non pas sur la santé. Cela a mis en évidence la nécessité de résoudre la problématique des financements des formations car ils sont différents entre les deux secteurs.

Toulouse, comme certaines universités, a démarré en 2009 la première année de LMD infirmier. Des formations mixtes professionnelles et universitaires, notamment dans le secteur sanitaire et social et dans celui de la biologie et de la santé ont été organisées. Cette mise en commun des savoirs a permis de créer un type nouveau d'enseignement.

Les masters, bien structurés sur le plan de la santé publique, se déclinent en masters de recherche et en masters professionnels. L'Université de Besançon initie la formation de coordinateur du parcours de soin laquelle sera très contributive pour accompagner les nouvelles structurations de soins que vont mettre en place les ARS. Un autre projet intéressant pour la cancérologie concerne le master de radiophysique et applications thérapeutiques. Il ne s'agit pas d'inventer sans cesse de nouveaux métiers mais les réflexions menées ont montré qu'ils accompagnaient les besoins des patients et leur environnement.

Les offres de formation comprennent aussi les masters de management de la santé et d'administration des entreprises du secteur de la santé, le DUI de formation supérieure biomédicale et un diplôme d'ingénieur informatique de la santé. Elles sont complétées par des dispositifs de formation professionnelle continue et l'on peut

citer le projet développé autour du cancer par le professeur Roland Bugat sur l'onco-résonance.

Le centre de référence « santé à domicile et autonomie » a pour vocation d'apporter une surveillance et une aide informatique au domicile du patient en perte d'autonomie.

Enfin, les unités mixtes de formation continue en santé offrent une VAE diplômante aux professionnels de santé, médecins, pharmaciens, infirmier et paramédical. Elle permet de changer de carrière et les professions de niveaux 4 et 5 peuvent aussi en bénéficier. C'est donc une façon de faire évoluer les métiers.

Les cadres institutionnels bougent par ailleurs beaucoup. Le LMD paramédical permet aussi de pouvoir évoluer. Un jeune étudiant qui s'inscrit à une école d'infirmiers et obtient son diplôme en 3 ans et en même temps sa licence, pourra travailler puis reprendre sa formation, faire un master, puis une thèse ou de la recherche.

Il y a donc un enchaînement : il existe de nouveaux dispositifs et de nouvelles compétences parce que de nouvelles technologies sont utilisées, et ces nouvelles organisations favoriseront peut-être de nouveaux métiers.

L'offre de formation devra suivre l'évolution du dispositif sanitaire et social qui sera mis en œuvre par les ARS. L'accompagnement

de ces grandes mutations va nécessiter la mise en place de dispositifs universitaires assez souples et assez larges et cela dans l'intérêt des professionnels de santé et surtout des malades qu'ils soignent (figure 6). ■

### Figure 6 : De nouvelles formations ?

#### Conclusion

- 1) L'enchaînement :
  - Les nouveaux dispositifs
  - Les nouvelles compétences
  - Les nouveaux métiers
- 2) Les cadres institutionnels de l'enseignement bougent :
  - LMD
  - VAE diplômante
- 3) Compléter progressivement l'offre de formation selon l'évolution du dispositif sanitaire et sociale

## Un Master pour la coordination en santé ?

M. Alexandre Pitard, Fédération des Réseaux de Franche-Comté.

La maquette du master de santé publique pour les fonctions de coordination dans le système de santé a été présentée. Ce nouveau master, ouvert en octobre 2009, est délivré par l'Université de Franche-Comté. Trois structures sont associées à cette formation et en dispensent les enseignements : la Fédération des réseaux de santé de Franche-Comté, l'IRTS (l'Institut Régional du Travail Social de Franche-Comté) et enfin l'université, qui délivre le diplôme. Le concept est né de la confrontation des idées du Docteur Régis Aubry, responsable des soins palliatifs à Besançon, et de Madame Agnès Cléau, coordinatrice pédagogique à l'IRTS,

ainsi que de leur volonté de faire travailler ensemble des personnes du secteur sanitaire et du champ social.

Ce master a pour objectif de développer les compétences afin de faciliter les coopérations dans le champ de la santé en formant des professionnels aux fonctions de coordination des personnes, de coordination des structures et d'organisation. Le modèle de la fonction de coordination a été celui de la coordination des réseaux de santé. L'offre de formation est disponible sur le site [www.univ-fcomte.fr](http://www.univ-fcomte.fr).

Le MIE qui ouvrira en octobre 2010 a déjà enregistré 35 pré-inscriptions et 15 candidats correspondent aux critères d'admission. ■



## L'approche méthodologique et institutionnelle des métiers de la cancérologie. Les métiers de la cancérologie et le Plan Cancer 2009-2013

Pr Dominique Maraninchi, Président de l'INCa (2006-2011).

« Une grande ambition est portée autour du Plan Cancer. » Celui-ci s'inscrit dans un nouvel élan, tout en étant dans la continuité du précédent. L'ambition est de réduire la mortalité par cancer et de répondre aux problèmes des malades. Ce plan nécessite des ressources appropriées et la mise en œuvre de nouvelles règles tarifaires et d'organisation. Comment gérer ces changements au niveau de l'activité et des personnes ?

Un point sur l'épidémiologie des cancers permet de mesurer les enjeux : 320 000 patients sont concernés chaque année mais si 42 % d'entre eux ont 80 % de chances de guérison, 17 % en ont moins de 20 %. De plus la mortalité par cancer chez l'homme est nettement supérieure à celle observée chez la femme. Le message important est que 160 000 à 200 000 personnes vont sortir de leur cancer et vivre normalement, hors des établissements spécialisés.

Le Plan Cancer 2 procure 720 millions de ressources supplémentaires. Il s'organise autour de cinq axes principaux que sont la recherche, l'observation, le diagnostic précoce, « Mieux soigner » et « Vivre avec un cancer pendant et après ». Il privilégie 3 thèmes transversaux et stratégiques : comprendre les inégalités de santé, stimuler l'analyse et la prise en compte des facteurs individuels et environnementaux et renforcer le rôle du médecin traitant.

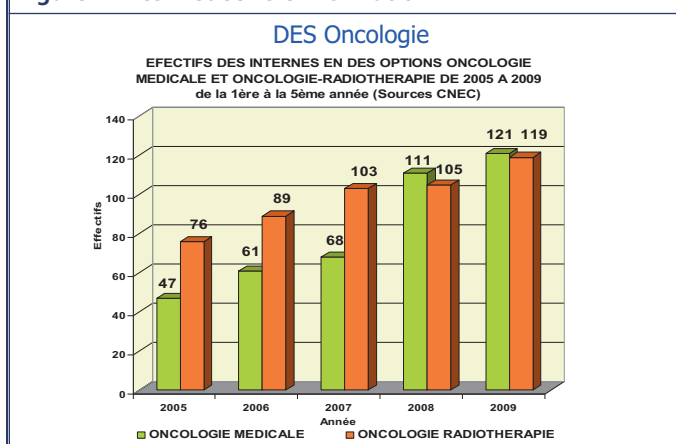
Le précédent Plan a permis de disposer en 2009 d'un panorama de la prise en charge du cancer. Une nouvelle étape a été franchie avec la liste des établissements autorisés en chirurgie, radiothérapie et/ou chimiothérapie. Ces données permettent d'orienter le patient vers la meilleure prise en charge selon son cancer.

L'actualisation des données fournies par le Conseil de l'Ordre met en évidence une courbe de croissance du nombre de médecins inférieure à celle des malades ainsi qu'une inégalité de répartition des généralistes et des spécialistes sur l'ensemble du territoire. Cette situation n'est pas récente mais doit être améliorée et optimisée selon une approche territoriale tenant compte de la situation et des ressources locales. Une évaluation réaliste des besoins humains est indispensable. Aujourd'hui les 210 000 médecins exerçants peuvent donc prendre en charge les cancers (figure 7).

L'effectif des internes en DES oncologie médicale et onco-radiothérapie a presque triplé ces dernières années atteignant 121 en oncologie médicale et 119 en onco-radiothérapie. Il faut poursuivre cette tendance, coordonner ce flux et dynamiser les disciplines. L'attrait croissant pour le DESC de cancérologie se confirme. Par contre l'anatomopathologie attire moins et risque de poser problème ; nous devons en comprendre les raisons pour agir en conséquence. Nous disposons d'une offre suffisante de terrains de stage de qualité pour former en cancérologie.

Linéaire répartition, sur le territoire, des Chefs de Clinique Assistants en cancérologie (60), radiothérapie (80) et anatomopathologie (67) sur le territoire doit être aussi prise en compte. Le post-internat devient crucial. En faciliter l'accès via le clinicat ou via un post-internat permis par la Loi HPST en dehors d'un poste universitaire sera une mesure importante du Plan Cancer. Après

Figure 7 : Les médecins en formation



un flux important de créations de postes en cancérologie, le nombre d'enseignants titulaires est maintenant en diminution. Il nous faut donc stimuler les doyens, les responsables et les Présidents d'université pour favoriser l'attractivité de la discipline.

Actuellement 630 médecins, dont de nombreuses jeunes femmes exercent en oncologie médicale, 650 en radiothérapie avec une majorité d'hommes, et 1 400 en anatomopathologie. Leur répartition inégale au niveau du territoire rend l'exercice de proximité peu homogène.

Le Plan Cancer insiste sur la place essentielle du médecin généraliste tout au long du parcours de soins du patient et après la maladie. Cependant la répartition de ces 60 000 médecins n'est pas satisfaisante non plus. Il est important aussi de prendre en compte les besoins concernant les autres acteurs de proximité autour du patient tels les infirmières, les pharmaciens ou les physiciens. Ces derniers sont en nombre insuffisant mais grâce à la volonté du Ministère de la santé l'effectif des promotions est passé de 30 à 100. Le maintien de ce flux nous permettra de passer des 450 physiciens en exercice au nombre optimal de 650.

Un autre axe du Plan Cancer concerne les traitements du cancer par des thérapies ciblées et donc l'organisation de l'analyse des cibles. 28 plates-formes hospitalières de génétique moléculaire des cancers ont été identifiées et grâce à la collaboration anatomopathologistes/biologistes moléculaires, les tumeurs de dizaines de milliers de patients ont pu être analysées en 2009. Ces plates-formes assurent leur mission non seulement pour l'établissement mais pour tous ceux de la région, publics ou privés ; et cela a bien fonctionné.

Les mesures phares 18 et 25 du Plan Cancer sont très concrètes pour les soignants. Il s'agit, d'une part, d'ici 2013, de faire bénéficier 80 % des patients d'un programme personnalisé de soins et 50 % des patients d'un programme personnalisé de l'après-cancer.

Le premier Plan Cancer a permis de réelles avancées telles la concertation pluridisciplinaire, l'organisation en réseaux et les 3C. Le partage des prises en charge, aujourd'hui bien institué, facilite l'insertion des nouveaux métiers dans ces dernières selon le cadre du nouveau Plan pour arriver à une médecine plus personnalisée et guérir plus de malades. ■

## L'informatique, outil de production commun

M. Jean-Pierre Thierry, Agfa Healthcare.

« L'informatique en devenant un outil cognitif indispensable nous confrontera à une problématique en matière de gestion des ressources et de besoins de formation. »

Les trois dimensions en matière d'informatique de santé sont : le système d'information hospitalier, d'information clinique et celui d'aide à la décision.

La problématique actuelle concerne le développement et le déploiement de systèmes d'informatisation clinique dans la pratique médicale et dans l'organisation des soins.

Un rappel de quelques définitions :

Un dossier médical informatisé ou électronique fonctionne dans une organisation qui a un seul serveur d'identité. Un dossier de patient informatisé est un dossier professionnel médical qui va être partagé entre des établissements qui ont des serveurs d'identité différents. Le dossier médical du patient le plus souvent informatisé, est rendu accessible à ce dernier mais, dans la plupart des pays, la partie professionnelle n'est pas manipulable ou masquable par lui, la France faisant un peu exception par sa loi de démocratie sanitaire.

Le système d'aide à la décision le plus connu en cancérologie est la prescription électronique, qui est mise en avant parce qu'elle évite les erreurs et qu'elle permet d'accéder à des bases de données. Les systèmes de prescription peuvent ensuite introduire des protocoles, des chemins cliniques, des référentiels et des alertes.

La cancérologie est intéressante parce qu'elle est multidisciplinaire. D'après l'étude sur le coût économique du cancer elle représente la première activité hospitalière soit entre 25 et 30 % de la facturation hospitalière. Les outils informatiques doivent donc être déployés entre différentes spécialités : clinique, technique ou soignant et privilégier une informatique de processus, pas seulement d'archivage ou de simple bureautique.

Le projet de Dossier Communicant en Cancérologie (DCC) peut bien répondre aux besoins de coordination de soins entre plusieurs établissements, avec les réseaux de soins, les professionnels de santé et la ville. L'informatisation médicale peut s'avérer aussi indispensable pour l'éducation thérapeutique.

La cancérologie est le domaine dans lequel on devrait commencer à voir diffuser des systèmes d'aide à la décision à la médecine à assez grande échelle notamment grâce à l'importance de la recherche clinique et à la protocolisation, conjugués aux objectifs de recherche de sécurité et de qualité des soins.

« Il faut anticiper une accélération de l'innovation. »

Un premier exemple est celui de la convergence radiologie/anatomocytopathologie. La pathologie pourrait, comme la radiologie, bénéficier de modèles physiologiques « *in silico* » aux côtés de l'approche « *in vivo* » et « *in vitro* ». La commission européenne finance des projets dans le cadre du programme VPH (*Virtual Physiological Human*). Les frontières vont s'estomper et l'interdisciplinarité va impacter l'imagerie médicale, la biologie et la chirurgie. D'autres exemples d'innovation sont ceux de la robotique en salle d'opération et la « réalité augmentée » ainsi que l'appa-

rition attendue de l'oncologie interventionnelle, avec des plateaux mixtes, radiologique et chirurgical, dans certains établissements européens de pointe.

Il faut aussi évoquer l'informatique de santé publique car elle est utile pour la sélection et la gestion des indicateurs de résultat et de sécurité. Elle permettra aux établissements de se soumettre aux procédures d'accréditation et de certification. Il faut y insister sur l'importance des registres de cancers et l'utilisation secondaire des données médicales produites par le système d'information clinique. Enfin l'informatique de santé est un moyen de plus en plus stratégique pour le développement des activités de recherche clinique et qui fait apparaître la notion de « registre clinique des cancers » dans certains pays.

Une étude de la Commission Européenne a mis en évidence que, seul le Luxembourg n'avait pas de registre des cancers et que la France se classait en avant-dernier rang dans la liste en intégrant les données de 20 % des patients seulement. L'Europe a inscrit la problématique des registres des cancers dans le cadre de la prochaine « Action contre le cancer » visant à coordonner et optimiser les efforts contre la maladie.

Tous ces éléments ajoutés aux besoins de la recherche et de la pratique vont nécessiter l'intégration de la médecine moléculaire et de la pharmacogénétique. La bio-informatique et d'autres ressources informatiques sont devenues indispensables. La recherche clinique doit faire évoluer son modèle traditionnel dans lequel le dossier de recherche clinique n'est pas directement connecté à la pratique ou aux registres épidémiologiques ou cliniques des cancers. La gestion des bases de données génétiques, des bio-banques, des images médicales va permettre une exploitation et une recherche intelligente des informations. Il s'agit d'une approche dite translationnelle (figure 8) et qui s'appuie sur l'informatique de santé.

Aux États-Unis, le NCI finance depuis quatre ans un important programme appelé caBIG qui vise le développement et l'offre de connecteurs translationnels favorisant l'interopérabilité avec la recherche et les autres ressources. On peut s'attendre à une reconfiguration obligatoire d'une grande partie de l'organisation de la recherche clinique.

Concernant les systèmes d'aide à la décision clinique, ils sont importants au regard de l'évolution vers la médecine personnalisée. Il faudra cependant prendre garde à ce que cela ne conduise pas à un modèle susceptible de générer des surcoûts absolument considérables si son évolution est mal maîtrisée.

Référence a été faite au système d'aide à la décision avec la présentation du programme de création en ligne de *guidelines* du *National comprehensive cancer network* (NCCN), qui est le regroupement de plus de 25 « *Comprehensive Cancer Centers* » accrédités par le NCI aux États-Unis. Les challenges sont nombreux et nécessitent des investissements sur le long terme. Or les orientations des politiques publiques en période de crise sont soumises à de fortes contraintes. « *Quelle sera la volonté de développer l'informatique de santé au regard d'autres priorités ? Est-ce aussi une priorité*

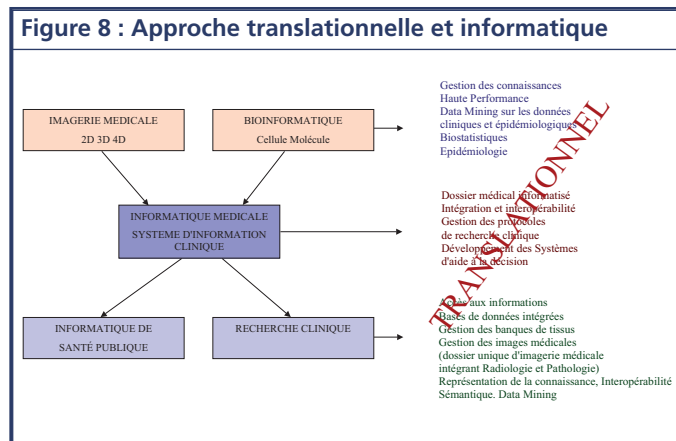


pour les professionnels de santé ? » Il faut aussi prendre en compte la qualité et la pérennité de l'offre industrielle ainsi que la solvabilité du marché. Les contraintes plus techniques telles que l'interopérabilité, la standardisation, la sécurité informatique peuvent se résoudre. Par contre les problèmes de confidentialité et d'évolution de la responsabilité médicale vont représenter de vrais enjeux

« Pour terminer sur les ressources humaines. »

La cancérologie va fortement orienter les réponses aux besoins de la recherche translationnelle et à ceux de la médecine personnalisée. Les meilleures orientations pourront être déclinées et devenir autant de solutions génériques en médecine. Dans cette optique les besoins en informatique de santé définissent trois groupes de métiers: les techniciens, les ingénieurs et les professionnels de santé spécialisés en informatique. À ce propos, il est dommage qu'il n'y ait pas de doctorant en informatique pour les infirmières françaises alors qu'il y a des Ph.D. en santé publique et en informatique soignante dans des pays voisins.

Au niveau international on peut noter que l'Angleterre et l'Australie disposent d'un informaticien pour 52 personnels de santé et que le Canada a investi 4 Md\$ et mis en place avec succès un intéressant programme national informatique de santé. Les USA ont institué la Loi ARRA (*American recovery and reinvestment act* - 2009) et dédié un budget de 40 Md\$ pour stimuler les systèmes d'in-



formation clinique interopérables qui s'adresseront également aux médecins de ville.

Les facteurs clés de succès passent par la création d'équipes pluridisciplinaires bénéficiant d'une formation initiale et continue adaptée. Une plus grande place doit être donnée aux technologies de l'information et de la communication dans le cursus médical. Il faut aussi concevoir que l'avènement de la médecine personnalisée est indissociable de la démarche informatique, que ce soit dans la recherche clinique ou le transfert dans la pratique médicale et soignante. ■

## L'ordonnance relative à la biologie médicale

Mme Muriel Dahan, conseillère technique auprès de Mme la Ministre de la santé

Une réforme a été nécessaire suite à l'évolution de la discipline vers l'automatisation faisant penser qu'elle s'éloignait du domaine médical. Certaines recommandations visaient à concentrer l'aspect technique de la biologie autour de gros plateaux et de petits centres de prélèvements répartis en France. L'Europe partageait cette vision industrielle de la biologie. La réforme a donc été conduite pour revenir aux fondamentaux et être tournée vers le malade (figure 9) : tout est dans l'obligation de fin et de nombreuses obligations de moyens sont supprimées.

M. Michel Ballereau, conseiller technique auprès de Mme la Ministre de la santé.

Deux points sont essentiels, à savoir la médicalisation qui traduit la prise en charge pluridisciplinaire entre le médecin et le biologiste et d'autre part la preuve de la qualité par l'accréditation. « Nous sommes passés de l'accréditation des laboratoires de biologie médicale, dans la section laboratoires, à une tout autre approche d'accréditation pragmatique avec la création d'une entité de santé humaine présidée par Anne-Marie Gaillot, médecin inspecteur à la DGS. » Il est important de noter que toute la législation de la biologie médicale depuis janvier est bâtie sur l'équivalence des obligations entre le public et le privé, le libéral et les hôpitaux.

Qu'en est-il de l'anatomopathologie ? Elle n'entre pas dans le champ de cette législation sauf lorsqu'elle utilise des techniques qui relè-

vent de la biologie médicale, comme la biologie moléculaire. Cependant son accréditation semblerait nécessaire.

Tout laboratoire devra être accrédité pour 2016.

Au niveau juridique il faut noter l'introduction des coopératives, la possibilité pour un établissement privé de prendre des parts dans un laboratoire de biologie médicale et enfin pour les groupements de coopération sanitaire, celle de constituer des laboratoires.

En conclusion la biologie médicale est partie intégrante dans l'approche pluridisciplinaire : elle est au cœur du métier des soins, aux côtés de la clinique et de l'imagerie radiologique. ■

## Figure 9 : Réformes et évolutions de la médecine

- La loi portant réforme de la biologie médicale (ordonnance 2010-49 du 13 janvier 2010), intégrée à la loi HPST prend en compte l'évolution de la médecine :
  - > médicalisation
  - > preuve de la qualité par l'accréditation
  - > réglementation identique ville-hôpital
  - > réorganisation territoriale de l'offre de biologie médicale (LBM multisites)

## Origine et évolution des démarches « compétences » dans l'industrie et les services marchands. Quelles leçons en tirer pour les métiers médicaux ?

M. Olivier Duroy, consultant.

L'approche des métiers et des compétences a tout d'abord été développée il y a plus de 20 ans en milieu industriel puis, plus tard, appliquée aux métiers médicaux et chirurgicaux.

La démarche qualité a commencé dans la sidérurgie et a été dictée par la nécessité socio-économique. Les ouvriers les moins qualifiés ont été les premiers concernés par cette approche en étant préparés à concevoir une mission à accomplir avec des problèmes à résoudre au lieu d'exécuter une tâche prescrite. Cette approche implique de pouvoir non seulement évaluer le personnel mais aussi de développer ses compétences dans l'avenir : c'est un autre regard sur l'organisation du travail.

Les référentiels métiers ne doivent pas seulement signifier « gestion de personnel » mais donner un cap en valorisant toutes les dimensions du travail et en révélant de nouvelles, adaptées à l'évolution du contexte. Il s'agit de passer de la notion de « poste », selon une organisation taylorienne, à celle de « fonction » laquelle permet de prendre en compte la compétence.

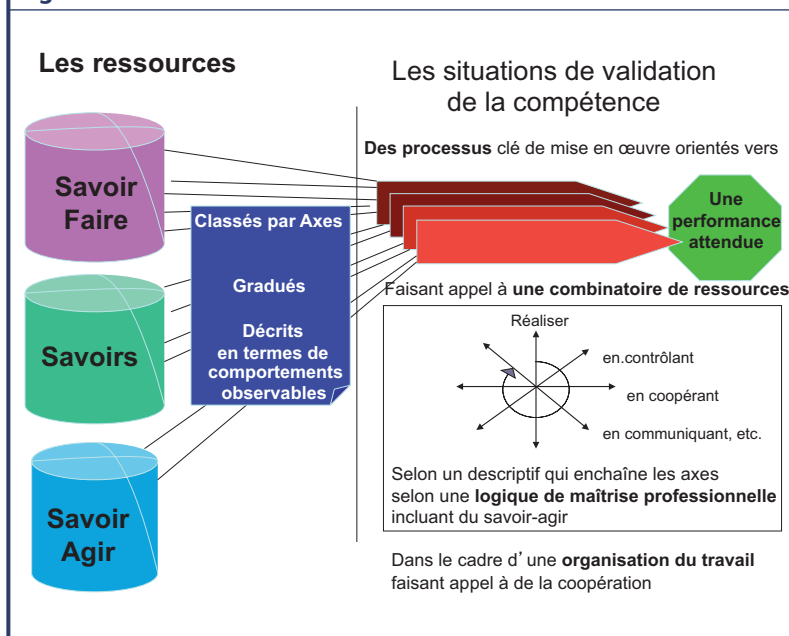
Cette logique de compétence crée une dynamique qui permet à chacun de définir sa fonction selon son degré d'implication et ses acquis de formation et instaure donc une élasticité des emplois. Cette représentation peut être qualifiée de « travail intelligent ». Elle engage donc fortement le personnel et celui-ci en attend une reconnaissance de sa qualification. Elle suppose aussi que l'organisation puisse s'adapter à ces changements.

Qu'appelle-t-on compétence ?

La compétence professionnelle a été définie lors d'un congrès du MEDEF en 1998 comme étant « une combinaison de connaissances, de savoir-faire, d'expériences et de comportements qui s'exercent dans un contexte précis et qui se constatent dans sa mise en œuvre, en situation professionnelle ». Selon M. Guy Le Bortef qui collabore aussi sur les référentiels médicaux, « on reconnaît qu'une personne sait agir avec compétence si elle sait combiner et mobiliser un ensemble de ressources pertinentes pour réaliser des activités professionnelles selon des modalités d'exercice reconnues par la profession afin de produire des résultats qui satisfont à des critères de performance pour un client ou un destinataire ». La distinction fondamentale entre « avoir des compétences » et « être compétent » a présidé à l'élaboration des référentiels pour douze spécialités chirurgicales et six médicales.

Pourquoi avoir travaillé sur les référentiels ? Pour 4 raisons essentielles : informer et valoriser le métier, donner des critères de qualification homogènes, garantir que le chirurgien est un médecin complet et orienter le cursus de formation.

Figure 10 : Les ressources



Au final, le schéma développé par M. Guy Le Bortef signifie que les ressources personnelles et externes doivent être utilisées dans le cadre d'une pratique professionnelle en rapport à des activités clés prescrites pour atteindre des résultats (figure 10).

Le schéma général des processus de prise en charge.

Les compétences ont été décrites en fonction des étapes de prise en charge du patient soit pour le chirurgien, avant, pendant, après l'intervention et en temps différé, soit pour le médecin, lors du diagnostic, de l'élaboration et la mise en œuvre du projet thérapeutique, du suivi et de sa continuité en temps différé.

« L'expérience élaborée dans le monde industriel a modifié notre concept de la compétence. Il a changé toute notre approche » : par le fait de décrire la pratique professionnelle comme un enchaînement d'actes apposés qui a un sens, d'afficher des critères de bonne pratique qualifiant les actes, de les définir avec la collaboration de professionnels expérimentés et qualifiés, de distinguer les ressources et leur mise en œuvre combinée dans l'action ainsi que de prendre en compte des compétences non seulement scientifiques et techniques mais aussi relationnelles et comportementales.

« Il y a, dans tous les référentiels que nous avons élaborés, un volet sur la capacité à coopérer et à travailler avec les autres professions médicales qui rejoint bien les préoccupations de tous les exposés de ces Rencontres. » ■



## La construction juridique des métiers en santé

M. Joël Moret-Bailly, Maître de conférences en droit privé à l'Université de Lyon.

Une notion fondamentale est rappelée, à savoir que seule la loi habilite les professionnels médicaux à intervenir sur le corps du patient, et ce à titre « exceptionnel » et limitatif. Au sens du Code de la Santé publique, l'habilitation est « générale » pour les médecins, « spécialisée » pour les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes et « limitée à une liste d'actes » pour les auxiliaires médicaux, le principe étant celui de la non-intervention. C'est-à-dire qu'en dehors des actes cités, un auxiliaire est en infraction pénale.

Cette construction juridique implique qu'aucun n'est en droit de réorganiser des pratiques ou confier des actes ou une mission à autrui au seul motif de ses compétences. Le système est organisé autour de l'infraction d'exercice illégal de la médecine et sanctionne, selon l'arrêté de 1962 : « *Toute personne qui pratique l'un des actes professionnels prévus dans une nomenclature fixée par arrêté du Ministre chargé de la santé, pris après avis de l'Académie nationale de médecine.* »

Il y a bien sûr des exceptions pour les étudiants en médecine, les infirmiers et gardes-malades qui agissent comme aides d'un médecin, les personnes qui accomplissent, dans les conditions prévues au Conseil d'État, les actes professionnels dont la liste est établie par ce même décret. Les auxiliaires médicaux ne sont donc autorisés à intervenir sur le corps du patient que dans le cadre des actes précisément listés dans un décret en Conseil d'État, et que l'on appelle les décrets d'acte.

### Comment faire évoluer le système ?

Il est très difficile de faire évoluer les décrets d'acte. Il faudrait en effet un accord de l'Académie de Médecine, que le décret soit modifié et, au préalable, que l'arrêté de 1962 le soit. Le système est très contraint ; il est en fait organisé pour ne pas pouvoir être changé.

La HAS a mené depuis 2004, dans le cadre de la loi sur la santé publique, 14 expérimentations autour de nouvelles formes de coopération. Elles ont permis d'élaborer une réglementation en 2008. Elles ont abouti en 2009 à des dispositions de la loi HPST et notamment à l'article 40.11-1 stipulant que « *les nouvelles formes de coopération ont pour objet d'opérer entre professionnels des transferts d'activité ou d'actes de soin ou de réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient* », sous-entendu en sortant des contraintes du système. Cela concerne les médecins, les sages-femmes, les auxiliaires médicaux et les conseillers en génétique mais pas les dentistes ni les pharmaciens. Sur le plan de la procédure, les professionnels de santé doivent prendre l'initiative de soumettre leur projet à l'ARS qui se doit de vérifier s'il est conforme aux besoins régionaux. (Figure 11).

La HAS en contrôle ensuite la pertinence scientifique. Elle doit délivrer un avis conforme afin que le protocole de coopération puisse être formalisé. Les professionnels devront prendre les assurances nécessaires, rendre compte de sa mise en œuvre et établir un bilan au bout d'un an.

La HAS par l'article 40.11-2 a introduit des évolutions, le protocole pouvant être étendu d'un niveau régional au territoire national. C'est ensuite le Directeur de l'ARS qui en autorise la mise en œuvre. De plus ces protocoles étendus sont systématiquement intégrés dans la formation des professionnels.

Le Ministère de la santé définit les professions. Or, la HAS, par ce système d'extension, exerce un important pouvoir réglementaire puisqu'elle peut modifier les frontières des professions et en conséquence leur définition. C'est une dérogation régulière puisque prévu dans le Code de la santé publique à l'article 40.11-1. Cependant il y a bien un changement d'autorité entre le Ministère de la santé et la HAS concernant les professions. Reste à savoir comment les professionnels et les institutionnels et, en particulier, les Ordres s'approprient ce dispositif légal.

Une autre solution aurait été de supprimer l'arrêté de 1962 et de modifier la définition des professions sur le modèle des sages-femmes et des ostéopathes, c'est-à-dire en précisant leur champ de compétences sans définir d'actes particuliers. C'est peut-être trop révolutionnaire pour le législateur. Il est donc important de rappeler que, si l'on n'est pas dans le cas d'un décret d'acte ou dans une nouvelle forme de délégation, le fait de confier à un professionnel un acte non-autorisé est pénalement sanctionnable. ■

#### Figure 11 : Procédure

- **Article L4011-2 : Les professionnels de santé soumettent** à l'agence régionale de santé des protocoles de coopération. **L'agence vérifie** que les protocoles répondent à un besoin de santé constaté au niveau régional puis les soumettent à la Haute Autorité de santé.
- Ces protocoles précisent l'objet et la nature de la coopération, notamment les disciplines ou les pathologies, le lieu et le champ d'intervention des professionnels de santé concernés.
- Le directeur général de l'agence régionale de santé autorise la mise en œuvre de ces protocoles par arrêté pris **après avis conforme de la Haute Autorité de santé.**

## Le médecin entrepreneur : un métier passé de mode ? Quelques convictions...

Dr Bernard Couderc, Président de l'UNHPC.

« Je ne vais pas vous parler en tant que Président de l'UNHPC mais en tant que médecin cancérologue radiothérapeute et Président Directeur d'une polyclinique à Tarbes. Je vais vous présenter un schéma que j'ai soutenu durant toute ma carrière car il me semblait le meilleur pour notre clinique et pour notre exercice de médecins. Bien sûr, il n'est pas le seul valable. Tout cela est ouvert à la discussion.

J'exerce en effet dans une clinique de médecins. Son seul capital est celui de ceux qui y travaillent. Je suis un PDG élu et un petit actionnaire puisque je ne détiens que 1 % du capital.

Quelles sont donc mes convictions ?

*Tout d'abord, le contexte :* nous sommes dans une période de ruptures que les spécialistes disent d'individualisation, certains parlent même de « désocialisation ».

La deuxième rupture est celle qui est consécutive à l'arrivée massive des fonds d'investissements. Ils disent être là pour créer de la valeur dans une perspective de revente.

La troisième, c'est la promotion par l'État des dépassements. Ils sont totalement mortifères pour nos établissements et pour nos métiers.

Il y a enfin la désaffection des jeunes de la médecine libérale. Le rapport Legmann nous apprend que les nouveaux inscrits sont à 67 % des salariés, 10 % des libéraux et 22 % des détachés et remplaçants. La démographie médicale concernant le secteur libéral est très préoccupante, et enregistre une chute régulière depuis 20 ans, à l'inverse du secteur salarié. (Figure 12)

*Pour moi, il ne peut pas y avoir de projet d'entreprise sans projet médical.* Je pense pour ma part que le corps médical est le mieux placé pour fixer le projet médical. Les projets médicaux ont, eux, une finalité interne et non externe à l'entreprise.

Il existe une logique des métiers et des professions médicales : elle est au minimum à moyen terme, le plus souvent à long terme. La financiarisation de la fonction d'investisseurs la ramène à une logique de court ou au mieux, de moyen terme.

*Je crois que l'implication territoriale est importante.* Il s'agit d'optimiser l'accessibilité, la permanence et la continuité des soins, la relation avec les généralistes et le médecin traitant, le dépistage, l'emploi local...

*L'implication professionnelle* est nécessaire à la mise en place d'une bonne organisation médicale interne.

Les médecins bénéficient souvent d'un contrat dit d'exercice privilégié. C'est aussi un appel au sens des responsabilités car il doit aussi prendre en compte l'intérêt de l'établissement.

*Le statut du capital des médecins entrepreneurs.* Il faut obligatoirement participer au capital pour la défense et le développement de l'outil de travail. Mais en cas de cessation d'activité, le capital doit être remboursé.

*Le statut du profit :* les cliniques de médecins entrepreneurs sont une propriété collective. Le profit est là pour pérenniser l'outil de travail, le moderniser et aller vers l'innovation. Le profit est réinvesti totalement dans l'outil de travail qui permet de gagner sa vie ; il n'est pas sorti de l'entreprise. C'est l'intérêt de l'entreprise et de ceux qui y travaillent. Ce devrait être aussi l'intérêt des Tutelles.

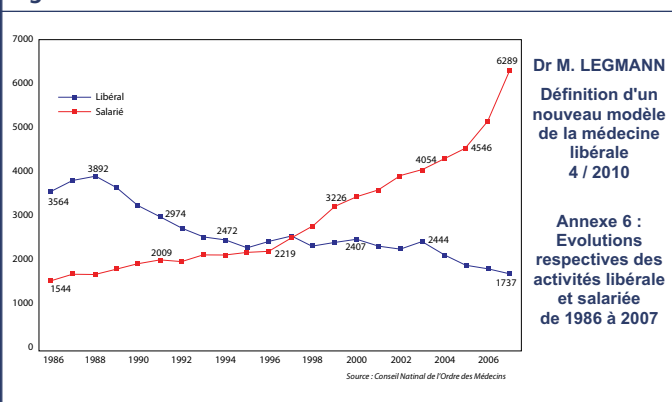
Nous cherchons tous à donner de la valeur à ce que nous faisons mais la création de valeur dans un souci de revente n'est pas notre souci. Pour nous, il faut surtout donner de la valeur à la propriété collective de l'outil de travail, afin d'organiser la protection mutuelle des parcours professionnels.

*La démocratie des hommes* est comme celle du capital : elle a ses avantages et ses risques. La dispersion du capital en est un. Il faut donc un leadership fort. Il faut aussi une direction administrative extrêmement compétente, sur laquelle on peut s'appuyer en toute confiance pour développer le projet médical d'entreprise. La CME est l'assemblée générale. Les médecins sont propriétaires de la clinique, ils ne sont pas des sous-traitants.

*Les jeunes médecins ne sont pas assez incités à investir* dans les structures privées où ils travaillent. À côté, ils peuvent travailler gratuitement... Bien sûr, d'urgence, il faudrait un environnement et des mesures incitatives, notamment fiscales, pour favoriser l'investissement des jeunes médecins dans leurs entreprises. Le Rapport Larcher, parmi d'autres, l'a bien souligné. Cela a été fait dans beaucoup d'autres secteurs.

Dire que les jeunes sont moins capables que la génération précédente est vraiment un « discours de vieux », que je ne tiendrai pas. Je comprends souvent leur attitude et leur réticence. Leur offrent-ils les conditions d'un investissement raisonnable ? La question qui se pose vaut surtout pour nous, et pour moi en particulier : « Qu'est-ce que j'ai pu faire dans ma vie et qu'est-ce que je fais maintenant dans le contexte actuel pour qu'ils puissent avoir envie d'entreprendre, de développer leur capacité à s'investir et de prendre des responsabilités ? Que suis-je capable de leur proposer d'attrayant qui leur permette d'affronter l'avenir de façon sereine et ainsi d'être utiles à la société ? » Vous m'avez compris : ma conviction est que ces questions doivent être prises en compte collectivement. Le médecin entrepreneur a montré son efficacité au service des patients et de la société. Il est urgent de pouvoir à nouveau offrir aux jeunes les conditions nécessaires pour qu'ils puissent eux aussi, dans le contexte actuel, entreprendre pour maîtriser leur avenir et rendre les mêmes services tout en s'épanouissant dans leur métier. ■

Figure 12 : Effectifs salariés et libéraux







## Le souci de l'environnement change-t-il nos métiers ?

Mme Véronique Molières, C2DS (Comité pour le Développement Durable en Santé).

La démarche du développement durable est nécessaire et doit être replacée au cœur de nos démarches de santé. « *Est un développement durable celui qui permet aux générations présentes de satisfaire leurs besoins sans remettre en cause la capacité des générations futures à satisfaire les leurs* » est la définition officielle de 1987 selon Mme Brundtland.

Un développement durable s'appuie sur trois piliers : économique, sociétal et environnemental. Nous considérons que le secteur de santé doit être responsable et exemplaire, selon le serment d'Hippocrate « ne pas nuire et ensuite soigner », et doit donc s'engager dans une démarche de développement durable.

Des étapes ont été franchies entre le rapport Brundtland de 1987 et le Plan Hôpital 2012, la certification V2010 auquel s'ajoute le Plan national santé environnement 1 et 2 pour ce qui concerne l'activité hospitalière.

Le secteur hospitalier est symboliquement concerné par le développement durable car c'est un acteur sociétal majeur avec un million de salariés, une vingtaine de millions de patients et autant d'accompagnants. Son pouvoir éducationnel est très important.

Il est aussi un acteur économique majeur avec un budget de 60 Md€ d'achats. Il est un acheteur public important, un investisseur et un créateur de valeur immatérielle, avec une activité du soin impactante pour l'environnement. Le secteur de la santé, est extrêmement polluant en matière d'énergie (eau, air et déchets) et de GES (gaz à effet de serre).

En 1992, une démarche qualité a été lancée à travers une façon d'appréhender l'activité de manière globale. La démarche de développement durable est la poursuite de cette approche dans la durée, d'où la notion de durabilité.

« *L'hôpital passe-t-il aujourd'hui au vert ?* » Sur un peu plus de 3000 établissements hospitaliers, une grosse centaine est engagée dans une démarche de développement durable. Malgré une réticence au changement très forte dans le secteur de la santé la cohérence avec sa mission même l'amène à avancer très vite dans ses prises de conscience.

Le C2DS est une communauté de professionnels de santé associative. Les parties prenantes sont, non seulement ses partenaires et ses interlocuteurs, mais également ceux d'un établissement de santé et concernent aussi, dans les administrations et les tutelles, les fournisseurs et centrales d'achat, l'ensemble des prestataires hospitaliers,

les associations en santé et en environnement, les prestataires que sont les architectes, les associations de patients et de riverains ainsi que les experts en santé et en environnement. Un réseau a été créé dans le cadre d'un travail de groupe et les réunions ont lieu en région et au niveau national.

La démarche consiste à imaginer un établissement et un management durables pour une santé durable en partant de l'éco-construction et en réfléchissant à la question de l'énergie, des toxiques, des effluents, des déchets et de l'éducation en santé.

La valorisation des exemples est précieuse pour motiver les acteurs. Un guide des pratiques vertueuses, avec un film, ont été mis à disposition. Des formations ont été initiées, notamment pour les experts visiteurs de la HAS, lesquels seront amenés à expertiser les établissements sur le nouveau volet du développement durable.

Des outils ont été créés, le premier étant un outil d'autodiagnostic basé sur une série de 350 questions. Il permet à un établissement de faire une photographie de son empreinte à la fois sociétale, économique et surtout environnementale. Il est disponible gratuitement sur le site du Comité.

Les résultats d'un observatoire sur 300 établissements ayant renseigné leur IDD (indicateur en développement durable) seront diffusés prochainement. Chaque site pourra se comparer aux autres et définir ses priorités.

Des campagnes de sensibilisation et d'éducation sont aussi menées notamment dans les maternités à propos des phtalates et des composants des cosmétiques bébés.

Les idées se concrétisent et il existe aujourd'hui des outils, des normes (Iso 14001 et Iso 26000), un label EMAS, l'Agenda 21. Ainsi des cadres de travail sont à la disposition du secteur de la santé.

Le développement durable redonne du sens aux métiers du soin, crée des emplois et de nouveaux métiers. La santé est un investissement et une source de richesse au sens noble du terme et l'approche développement durable est créatrice de nouveaux emplois. « *Ce n'est pas un nouveau métier qui s'ajoute à celui que l'on pratique mais une nouvelle manière de le vivre et de le développer. Il faut en effet appréhender la santé d'une manière globale et agir de façon locale chacun dans son établissement, dans son service et dans son métier.* » ■

## En quoi l'évolution du métier de chirurgien prépare-t-il son avenir ?

Pr Jean-Louis Ribardièrre, chirurgien en cancérologie.

Le rôle du chirurgien est essentiel dans la prise en charge du cancer. Évoquer ce métier tel qu'il s'exerçait hier aide à en faire comprendre les évolutions. Deux faits marquants ont été mis en avant : la tenue de réunions pluridisciplinaires dès 1966 et la création, cette même année, avec les autres internes du service du Pr Jacques Mialaret, de la première base de données informatisées en chirurgie digestive intégrant les données de 35 000 malades.

Les techniques ont beaucoup progressé et les chirurgiens sont excellents aujourd'hui. Le manque d'internes en chirurgie digestive rend pourtant la situation très préoccupante.

L'avenir est déterminé pour une part par la situation économique et les moyens alloués pour soigner « *et nous n'y pouvons rien changer* ». Par contre, un rôle primordial doit être accordé aux Collèges de chirurgie en ce qui concerne la formation initiale du futur chirurgien ainsi que le contrôle continu de ses connaissances. Le chirurgien doit reprendre le pouvoir et prendre aussi en compte les trois « prédateurs » que sont Internet, le magistrat et le principe de précaution. Le Pr Jean-Louis Ribardièrre a appelé au respect de la morale dans l'exercice de son métier ainsi qu'à la compassion et au dialogue dans la relation avec le patient. ■

## Le Conseil National de Cancérologie : l'approche métiers dans la vision du Conseil

Pr Véronique Trillet-Lenoir, Centre Hospitalier Lyon-Sud.

Le Conseil est né d'une volonté de la HAS de voir se constituer un interlocuteur professionnel unique de la cancérologie en lien avec l'Institut national du cancer. Il a été créé le 20 janvier 2010 dans le contexte du Développement Professionnel Continu. Le DPC fait actuellement polémique, cependant il est reconnu de tous comme un outil d'évaluation des pratiques professionnelles, de perfectionnement des connaissances, d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, de prise en compte des priorités de santé publique et de maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Le Conseil regroupe, autour d'objectifs structurants, douze organisations qui exercent la cancérologie de façon transversale – dont l'UNHPC – et qui ont un usage ou une pratique exclusive de cancérologie. (Figure 13).

Ses missions essentielles concernent les recommandations de pratiques, le recensement des professions – en lien avec l'ONDPS –, le DPC et les actions favorisant l'amélioration de la prise en charge du cancer. Son rôle sera de coordonner les nombreux outils existants pour les rendre plus efficaces et de structurer les expériences.

Les recommandations de pratiques s'inscrivent dans une démarche qualité. La cancérologie se caractérise par sa pluridisciplinarité et un grand nombre de métiers. Des recommandations par grands métiers seront élaborées. Des groupes de travail paritaires public/privé sont mis en place pour aborder les problématiques spécifiques de la chirurgie, de la radiothérapie et de la chimiothérapie.

Le Collège va aussi travailler avec les équipes en charge des SOR, les Sociétés savantes spécialistes d'organes et instaurer des liens avec les pharmaciens, les anesthésistes et les soignants non

Figure 13 : Le Conseil National de Cancérologie

### Constitution

- Collège National des Enseignants en Cancérologie (CNEC)
- Fédération Française des Oncologues Médicaux (FFOM)
- Fédération Nationale de Cancérologie des Hôpitaux Publics (FNCHP)
- Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer (FNCLCC)
- Société Française de Cancérologie Privée (SFCP)
- Société Française de Chirurgie Oncologique (SFCO)
- Société Française de Radiothérapie Oncologique (SFRO)
- Société Française d'Hématologie (SFH)
- Société Française du Cancer (SFC)
- Syndicat Français des Oncologues Médicaux (SFOM)
- Syndicat National des Radiothérapeutes Oncologues (SNRO)
- Union Nationale Hospitalière Privée en Cancérologie (UNHPC)
- ...

médicaux. Les décrets d'autorisation des établissements à pratiquer la chimiothérapie seront rediscutés. Ce sera l'occasion d'aller vers une meilleure adéquation entre les recommandations et la démographie médicale.

De nombreux défis restent à relever tels l'appropriation de l'élaboration des pratiques par les professionnels de santé et l'intégration harmonieuse du Collège dans le tissu de l'organisation préexistante qu'il ne faut pas complexifier. « Il faut aussi que nous nous organisions et mobilisions pour défendre non pas des prérogatives corporatistes ou des lobbies par mode d'exercice, mais le droit des malades à accéder équitablement et dans les meilleures conditions possibles à une médecine présentant tous les critères de qualité. » ■



## Les applications UNHPC pour iPhone, iPod Touch et iPad

**Ne vous en privez pas !**

Téléchargement gratuit sur l'App Store (iTunes)

- Medisigles<sup>®</sup> :** Le plus gros dictionnaire des sigles médicaux disponible. Français - Anglais. Bientôt 38.000 sigles ! Gros succès international : Etats-Unis, France, Philippines, Canada, Hong-Kong, Australie et des dizaines d'autres pays ! Recherche immédiate et ciblée sur Wikipedia et sur Google.
- T2AtarifsMCO<sup>®</sup> :** Tous les tarifs T2A sur deux ans, les dernières caractéristiques des GHM pour chacun des statuts d'hôpitaux et de cliniques, les tarifs repères, plus, à la demande des utilisateurs, des comparaisons public-privé avec honoraires.
- Citations Q-H<sup>®</sup> :** Citations Qualité Hospitalière : Une mine de définitions internationales et de citations sur la qualité et la gestion du risque à l'hôpital. Plus de 8.000 pages de livre dans votre main ! Recherche instantanée par auteur ou par mot type. Copie et envoi par mail automatisé avec l'intégralité des références.

*Toutes autonomes, pas besoin d'Internet, toujours disponibles !*

## Bernard Couderc, Président de l'UNHPC : un homme de métier

M Gérard Parmentier, Secrétaire National de l'UNHPC.

Les présidents de l'UNHPC ont tous laissé une empreinte profonde sur la cancérologie française. Simple adhérent en tant que directeur de clinique, je me souviens du bonheur professionnel de **Pierre Cojan** nous annonçant qu'après plus de dix ans d'effort auprès du Ministère, un DGS, Joël Ménard, avait enfin osé signer une circulaire prônant les RCP au rang de bonne pratique. **Antoine Saris** impressionnait par l'acuité de ses réflexions et la qualité des travaux qu'il savait susciter. **Philippe Bergerot**, avec qui nous avons tenté l'aventure de la création d'un poste de salarié permanent, a renouvelé les travaux menés sur la qualité, le financement des molécules onéreuses, les réseaux, les RCP de nouveau, les UCPO qui ont débouché sur les 3C.

**Bernard Couderc** est aujourd'hui notre Président, oncologue radiothérapeute lui aussi, médecin entrepreneur lui aussi, avec qui nous avons tant bataillé pour faire exister les établissements privés et les médecins libéraux auprès des Tutelles tentées de les oublier en proportion des enjeux financiers des Plans Cancer. Il se trouve qu'au moment où nous bouclons ce numéro spécial, la Dépêche du Midi dresse un portrait sympathique de notre Président, homme de métier s'il en fut. L'occasion était belle de lui rendre ainsi hommage et de dire ici la fierté que j'ai eu à apprendre la cancérologie puis à travailler directement avec ces hommes d'exception, aussi ouverts et entreprenants qu'exigeants sur la qualité des pratiques et sur le service dû aux patients. ■

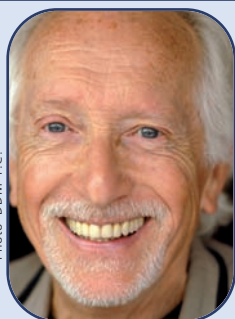


Photo DDM P.C.

Le Dr Couderc,  
Président de l'UNHPC,  
Président d'ONCOMIP

### Bernard Couderc, 40 ans de lutte contre le cancer

M. Pierre Challier, *La Dépêche du Midi* du 21/05/2011.

Il en fait l'aveu. Entre la poire et le fromage. « *Jamais je n'aurais pu être reçu au concours de médecine d'aujourd'hui.* » Ajoutant de la pointe du couteau, de « *toute façon, le principe*

*même de cet examen avec son questionnaire à choix multiples est une insulte à l'intelligence et puis nous, on choisissait de soigner les gens, pas de faire carrière* ». Voilà. Ça, c'est fait. Le cadre est posé.

Et à 69 ans, vu son CV, le Dr Bernard Couderc n'est plus du genre à s'excuser lorsqu'arrive l'heure du portrait et qu'il pose une vérité en diagnostic. Parce que quand on a passé plus de 40 ans de sa vie à appeler le cancer par son nom, sans doute sait-on définitivement pourquoi on préfère les têtes bien faites aux têtes bien pleines. Surtout lorsqu'il s'agit d'aller à l'essentiel. La vie. La mort. La rémission. Et la façon d'en parler avec ceux pour qui vous représentez quelque chose de plus grand que le savoir, en tant que médecin : l'espoir.

#### Sciences et humanités

Sauver des gens ? Ce n'était pourtant pas son projet, au départ, à Bernard Couderc.

Car à Agen, au lycée, « je voulais être prof de lettres, j'avais pris français, latin, grec », se souvient-il. Le problème ? C'est qu'en français, il y avait aussi des toubibs, côté écrivains. Un certain Louis-Ferdinand Céline auteur du Voyage au bout de la nuit, bien sûr, mais aussi d'un « Semmelweis » dédié au docteur, découvreur de l'antisepsie. « *Alors, à la fin de la première, j'ai eu envie de devenir médecin et j'ai passé le bac Sciences expérimentales qu'on passait à l'époque et je suis parti à la fac de Toulouse.* »

#### La passion de la mécanique

Externe des hôpitaux de 62 à 66, puis médecin au centre Claudius Regaud jusqu'en 1971, ce dingue de moto et de belles anglaises – il a toujours gardé sa Norton 500 Dominator d'époque – trouve alors sa vocation. « *Parce que tu vois, j'étais un bricolo passionné de mécanique, alors comme tout était à faire évoluer en radiologie et qu'il fallait bricoler...* » il a vu de la lumière, il est entré et il est resté. « *Car surtout, il y avait une ambiance extraordinaire au centre anticancéreux de Toulouse, un travail en équipe autour du patient, un respect et une écoute du malade que je me suis toujours attaché à garder* », précise-t-il. La suite ? Cofondateur il y a 40 ans du centre de radiothérapie et d'oncologie de Tarbes, il a porté le réseau régional de cancérologie de Midi-Pyrénées sur les

fonts baptismaux, « *parce que pour nous, les cancérologues, le patient avait le droit de recevoir les mêmes soins partout, qu'il soit à Toulouse, Albi ou Tarbes.* » Insiste-t-il, content d'avoir vu progresser les guérisons.

« *J'ai connu 100 % de morts pour des cancers gynécologiques ou chez de jeunes adultes atteints du cancer des testicules. Aujourd'hui, on est à 90 % de guérison. Hématologie, cancérologie pédiatrique, traitements plus supportables pour les malades, séquelles moins importantes qu'autrefois... Oui, il y a eu d'énormes progrès, même s'il reste énormément à faire* » poursuit-il. Mais le constat ne se veut pas un bilan, pour ce membre actif du directoire du Cancéropole toulousain. Car à l'heure où, à Tarbes, il vient de passer la main à la tête de la polyclinique de l'Ormeau « *clinique de médecins fonctionnant comme une coopérative, j'y tiens* », souligne-t-il, il est à la veille de prendre les rênes du Conseil national de cancérologie, en 2012.

Freiner à 70 ans bientôt ? Ce vocabulaire semble inconnu à ce boulimique de boulot, cet esthète amateur de peinture contemporaine, cet amoureux d'opéra... bien qu'il ne soit pas tout à fait remis de sa dernière glissade sur le circuit de Nogaro. Vu qu'il n'a jamais renoncé à vivre autrement qu'à fond. Et d'abord pour les autres. ■



# innover et agir



## Agir avant :

favoriser le **diagnostic précoce**, un élément essentiel du pronostic associé aux **thérapies innovantes**.



## Agir pendant :

développer des traitements innovants, proposer des programmes de **formations** et d'aide à l'**organisation des soins**.



## Agir après :

s'engager à soutenir les projets concrets d'associations de patients pour améliorer la **qualité de vie** des personnes touchées par un cancer.

