



SUJET : CANCER INCA DGOS CONGRES RESEAUX DE SANTE HOPITAL ACCES AUX SOINS QUALITE DES SOINS

Les missions des réseaux régionaux de cancérologie seront redéfinies d'ici à fin 2015 (Inca)

(Par Sylvie LAPOSTOLLE, au congrès national des réseaux de cancérologie)

AMIENS, 2 octobre 2015 (APM) - Les missions des réseaux régionaux de cancérologie (RRC) seront redéfinies par un cahier des charges qui devrait être rendu public d'ici à fin 2015, a annoncé un représentant de l'Institut national du cancer (Inca) jeudi lors du congrès national des réseaux de cancérologie à Amiens.

Après avoir conduit en 2013-14 une réflexion sur l'avenir des réseaux régionaux de cancérologie, "nous sommes dans l'attente d'une évolution de nos missions et d'une clarification de celles des 3C [centres de coordination en cancérologie]", a indiqué le Dr Eric Bauvin, président de l'Association des coordonnateurs des réseaux de cancérologie (Acoresca), en ouverture du congrès jeudi.

Le Dr Jérôme Viguié, directeur du pôle santé publique et soins de l'Inca, a présenté les "premiers éléments" ayant fait l'objet de pré-arbitrages sur l'évolution des missions des RRC et des 3C. Ils sont issus des réflexions menées pendant la préparation du Plan cancer 2014-19 qui ont montré une multiplicité et une hétérogénéité des structures de coordination sur le terrain nécessitant de réfléchir à leur efficience. De plus, les agences régionales de santé (ARS) ont exprimé un besoin d'appui par rapport aux réseaux, a-t-il rappelé.

"Il est urgent et nécessaire de produire un nouveau référentiel pour les RRC d'ici le 31 décembre" car c'est la date d'échéance pour les réseaux qui ont été reconnus par l'Inca et les ARS pour une période donnée, a-t-il souligné. En effet, appartenir à un réseau régional de cancérologie reconnu constitue un des critères à remplir par les établissements de santé pour garder leur autorisation à réaliser des traitements du cancer.

Ce référentiel ou cahier des charges va conforter le rôle d'appui et d'expertise des RRC en tant que structure de coordination en cancérologie auprès des ARS, des professionnels de santé et des établissements adhérents au réseau, ainsi que leur articulation avec les autres acteurs, a-t-il indiqué.

Il paraît "indispensable de définir un socle commun de missions -un premier niveau- et un deuxième socle définissant un deuxième niveau avec des missions innovantes, des expérimentations" plus à l'initiative de chaque réseau et de son ARS, a-t-il exposé.

Il est important de "décloisonner" en développant des interfaces entre les réseaux et les structures de gestion en charge du dépistage, les cancéropôles, les registres là où il existent... afin de fluidifier les parcours de santé des personnes confrontées à la maladie ou qui risquent de l'être, a poursuivi le Dr Viguié.

Les réseaux devront associer davantage les patients et avoir une représentation des usagers pour ceux qui n'en ont pas. Ils devront aussi développer "encore plus de démarches d'assurance qualité et d'autoévaluation" et aborder les soins oncologiques de support avec plus de transversalité. Pour s'assurer de l'indépendance des intervenants, ils devront asseoir, lors des recommandations, l'analyse systématique des déclarations publiques d'intérêt (DPI).

La réflexion sur l'évolution des missions des réseaux s'est faite selon quatre grands axes:

- coordonner l'organisation régionale en cancérologie (rendre plus lisible et être un appui au

premier recours pour l'adressage des patients, l'organisation de l'intervention des différents acteurs, déployer les outils comme le dossier communicant en cancérologie -DCC)

- promouvoir la qualité et la sécurité des prises en charge à travers l'élaboration de référentiels, leur diffusion et l'évaluation de leur application dans une démarche d'amélioration des pratiques portée par les réseaux
- développer l'expertise et l'expérimentation de projets innovants (en donnant un appui méthodologique) et accompagner l'évolution de l'offre de soins, contribuer à l'animation de la recherche en lien avec les cancéropôles
- informer et former les acteurs (une mission dans laquelle les réseaux se sont encore peu investis).

Le représentant de l'Inca a insisté sur le rôle à jouer par les réseaux pour rendre l'offre de soins lisible pour le premier recours afin qu'un patient soit adressé tout de suite au bon endroit pour éviter les pertes de chances liées à l'errement médical pour les cancers rares ou complexes.

Les réseaux devront intégrer les dispositifs d'oncogériatrie, d'oncopédiatrie (pour la composante régionale) et porter le lien avec les dispositifs d'oncogénétique.

L'Inca souhaite l'appui des réseaux pour faciliter les inclusions des patients dans les essais thérapeutiques et pour favoriser l'accès aux consultations spécialisées (oncogénétique, préservation de la fertilité), ainsi qu'un appui aux ARS pour définir les tableaux de bord.

En termes de calendrier, le référentiel arrive en phase de relecture auprès des différents partenaires, avant un vote en conseil d'administration de l'Inca et approbation par la direction générale de l'offre de soins (DGOS). Il sera publié dans un arrêté d'ici la fin 2015 puisque la reconnaissance des réseaux arrive à sa fin à cette date.

Un engagement a priori à déployer ces nouvelles missions sera demandé aux réseaux suivi par un processus de labellisation sur deux ans, pendant lequel les ARS seront en redéfinition de leur organisation territoriale.

Cette période permettra aussi de construire des documents communs, de travailler sur la gouvernance des réseaux et sur une évolution de leur statut (le statut d'association loi 1901 ne sera peut-être plus adapté), d'élaborer un budget type, un rapport d'activité standardisé et de définir ensemble des indicateurs d'évaluation.

Toutes ces missions, "ça fait beaucoup de choses, mais il va y avoir une rediscussion sur les moyens qui étaient très hétérogènes jusqu'à présent", a indiqué Jérôme Viguié. L'Inca sera par ailleurs vigilant sur les conséquences du nouveau découpage des régions sur ces réseaux régionaux.

LES 3C SERONT INTEGRES AUX RESEAUX

Enfin, il a présenté "une mission nouvelle pour les réseaux" qui devront "intégrer les missions des 3C de la région".

Les 3C, cellules qualité chargées de structurer et d'évaluer les activités en cancérologie d'un établissement ou d'un territoire de santé, ont fait l'objet d'une "réflexion importante" du fait d'un "diagnostic partagé sur des difficultés de fonctionnement". "Il est nécessaire de réviser l'adéquation entre les besoins d'un 3C (la qualité de la prise en charge) et ce qui a été déployé et qui nous questionne", a-t-il ajouté évoquant le "mille-feuilles" pointé dans le rapport Vernant de préparation du troisième Plan cancer.

Ce n'est peut-être pas un problème de moyens puisque la mission d'intérêt général (MIG) 3C recoupe 50 millions d'euros, mais il existe des inégalités de traitement et de moyens. La mise en place s'est faite de façon "incrémentale" et la répartition des moyens ne correspond pas à l'importance de la file active de patients traités, a estimé Jérôme Viguié.

De plus, certains 3C positionnés dans les établissements ne sont pas à la meilleure place pour s'occuper des liens ville-hôpital, ni pour répondre aux enjeux de l'évolution des territoires, a-t-il ajouté.

"Nous souhaitons que les 3C soient positionnés à la main des ARS et plutôt en interétablissements pour en faire des structures qui puissent accueillir par exemple des infirmières de coordination", a-t-il expliqué.

"La proposition la plus aboutie serait de faire intégrer aux réseaux les missions des 3C (et les postes) pour que ce soit une composante territoriale des réseaux", a poursuivi le Dr Viguié. C'est pourquoi les réseaux auront besoin de faire évoluer leur statut (vers un GCS de droit public, un GIC ou un GIP, cela reste à définir).

"C'est un changement important", a-t-il reconnu, mais il a parlé d'une "force supplémentaire" pour les réseaux, ces 3C étant en charge de déployer en proximité les missions des réseaux, en plus de leur mission sur la qualité des soins.

A plus lointaine échéance, Christine Bronnec de la DGOS a indiqué que les réseaux régionaux de cancérologie devront s'inscrire dans le cadre plus global du développement des soins primaires et développer des liens avec les équipes de soins primaires, les communautés professionnelles de territoire et les plateformes territoriales d'appui actuellement en cours de discussion au Parlement, notamment pour le suivi des patients sous chimiothérapie orale.

"Toutes ces annonces vont dans le bon sens. Ce sera assez compliqué à mettre en place mais on va vers la version 2.0 des RRC avec plus de structuration et de professionnalisme", a commenté le Dr Bauvin, président de l'Acoresca et du réseau Oncomip en Midi-Pyrénées, interrogé par l'APM. "Le réseau devient la maison commune et il aide à monter les projets", a-t-il ajouté.

Concernant le rapprochement avec les 3C, il considère qu'ils doivent être "un relais naturel des réseaux". "Nous sommes très demandeurs d'avoir des 3C opérationnels. Là où il y a un bon fonctionnement territorial, très peu des choses seront modifiées", a-t-il indiqué. Dans certains régions, les 3C ont été positionnés en interétablissements, d'autres en ont un par établissement (comme en Midi-Pyrénées par exemple), a-t-il rappelé.

sl/ab/APM polsan
redaction@apmnews.com

SL8NVKZYH 02/10/2015 17:38 ACTU CANCER-HEMATO

©1989-2015 APM International.