

Oncologie : Comment faciliter l'adaptation des parcours de soins ?



▲ *Les traitements par voie orale, un levier pour développer les parcours en ambulatoire ? Comment renforcer le lien entre les professionnels de santé en ville et à l'hôpital ? Faut-il réviser les GHS pour permettre des interventions ambulatoires ? Comment anticiper sur les évolutions attendues des traitements du cancer ?*

Avec la participation de :

- **Yves L'Épine** *Directeur Général du groupe Guerbet*
- **Séverine Alran** *Responsable de l'Unité de chirurgie ambulatoire
Département d'oncologie chirurgicale, Institut Curie*
- **Jean-Michel Bartoli** *Président de la Fédération de Radiologie Interventionnelle*
- **Hélène Espérou** *Directrice du projet médico-scientifique et qualité, Unicancer*
- **Stéphane Irrmann** *Président de Sherpa Santé*
- **Xavier Pivot** *Chef du pôle de cancérologie du CHRU de Besançon*

Oncologie : Comment faciliter l'adaptation des parcours de soins ?



Yves L'ÉPINE

Directeur Général du groupe Guerbet

“ *Privilégier l'efficacité des soins est une nécessité absolue.* ”

Les systèmes de santé de toutes les démocraties sanitaires sont confrontés à la même difficulté : comment financer le progrès médical pour tous ? L'accroissement démographique, l'allongement de l'espérance de vie et le progrès médical se traduisent par une augmentation inéluctable des dépenses de santé.

Préserver à la fois le modèle de protection sociale, l'accès à l'innovation et l'équilibre des comptes passera par des réformes en profondeur. Dès lors, privilégier l'efficacité des soins est une nécessité absolue. Le “virage ambulatoire”, c'est-à-dire le glissement des actes avec hospitalisation vers des interventions sans hospitalisation, est l'un des principaux leviers de ce plan d'efficacité, en particulier en oncologie.

La responsabilité des industriels est de développer des innovations qui permettent d'améliorer la qualité des soins lors de procédures ambulatoires. En radio-oncologie interventionnelle, pour réussir ces interventions «minimalement invasives», la main du thérapeute doit être parfaitement guidée par l'image. C'est pourquoi Guerbet, un des leaders mondiaux en produits de contraste et solutions d'imagerie, développe une offre destinée à diagnostiquer les pathologies mais aussi à vectoriser des substances actives antitumorales (par exemple, chimiothérapie, immunothérapie ou radio-isotopes etc) au cœur de la tumeur en navigant dans le corps humain. Cette recherche est devenue complexe et multi-technologique alliant des spécialistes de nanotechnologies, biotechnologies, pharmacologie, numérique, biomatériaux etc.

La qualité de la recherche académique et industrielle françaises, le dynamisme des partenariats publics – privés sont une source de progrès médical, de création d'emplois à haute valeur ajoutée en recherche, en développement puis en production de solutions qui ensuite peuvent être exportées dans le monde entier.

▲ Docteur en médecine, Yves L'Épine a exercé à l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris où il a été chef de clinique jusqu'en 1989.

Diplômé en 1990 d'un MBA de l'INSEAD, Yves L'Épine a poursuivi une carrière internationale dans l'industrie pharmaceutique, d'abord au sein du groupe Sandoz (futur Novartis), puis comme Directeur Général de la filiale française du groupe Takeda, avant de prendre un poste de Vice-Président Europe au sein d'Abbott.

Depuis 2011, Yves L'Épine occupe le poste de Directeur Général du groupe Guerbet.

Guerbet | 
Contrast for Life

Environ 80% des femmes qui se font opérer d'un cancer du sein sont valides et en bonne santé. La plupart sont éligibles à une chirurgie ambulatoire : elles ont une tumeur à enlever et un ganglion sentinelle à prélever, mais elles sont bien entourées et n'ont pas de comorbidité associée.

Les mettre dans un lit d'hôpital crée de la pathologie, de l'angoisse et donne un statut de malade. L'annonce d'une intervention en ambulatoire rassure, aide à relativiser la maladie et à surmonter le choc du diagnostic. Beaucoup apprécient de pouvoir arriver le matin de l'intervention et rentrer à la maison le soir si tout va bien.

La chirurgie ambulatoire est un progrès pour la femme. Elle l'aide à faire face à la maladie et à être actrice de sa guérison.



Séverine ALRAN

Responsable de l'Unité de chirurgie ambulatoire. Département d'oncologie chirurgicale, Institut Curie

“ *Chaque jour des femmes opérées dans la journée sont de retour chez elles le soir même.* ”

▲ Responsable de l'Unité de chirurgie ambulatoire de l'Institut Curie à Paris, Séverine Alran est praticien spécialiste des Centres de Lutte Contre le Cancer en chirurgie oncologique. Lauréate de la faculté de Médecine, Toulouse-Purpan, 1996, ancien interne des hôpitaux de Paris, Séverine Alran met en place l'organisation des soins en chirurgie ambulatoire à l'Institut Curie où elle s'implique aussi dans la gestion et prévention des risques médicaux liés à l'organisation et aux soins. Séverine Alran poursuit parallèlement ses collaborations sur des projets de recherche translationnelle (composés organiques volatiles, éclairage de demain au bloc opératoire) et de recherche clinique (cancer du sein, cancers gynécologiques).

1 TABLE RONDE

Réduire la durée moyenne de séjour d'un patient et lui permettre de retourner si possible à son domicile le soir même exige une parfaite organisation, du personnel compétent et des équipements lourds disponibles au bon moment.

Les radiologues sont au centre de cette réorganisation hospitalière, car en cas de doute seul un examen rapide d'imagerie, un scanner ou une I.R.M. permet souvent de faire sortir un patient le jour même. Malheureusement, faute de matériels disponibles pour réaliser rapidement les examens postopératoires, les patients passent des jours en hospitalisation ou enflent les services d'urgence. Le partage aléatoire des données cliniques, des résultats d'analyses et des images impose parfois de redemander des examens. C'est à la fois dommage et très coûteux.

Aujourd'hui, cette mauvaise organisation pénalise le financement des innovations nombreuses proposées par la radiologie interventionnelle. Déjà plus de 500 000 actes mini-invasifs réalisés chaque année dans les hôpitaux réduisent au strict minimum le temps passé à l'hôpital. L'efficacité de ces prises en charge rapides est déjà évidente sur le plan scientifique et nous nous attachons aujourd'hui à en faire une parfaite démonstration à partir de résultats médico-économiques. L'essor de ces nouvelles solutions est aujourd'hui clairement freiné. Non classés ou encore totalement exclus de la CCAM, ces actes de radiologie interventionnelle imposent l'utilisation de produits et dispositifs médicaux innovants. Des moyens et des investissements qui permettent de gagner du temps, mais aussi d'économiser d'inutiles frais d'hébergement.

Les modalités de diagnostic comme de traitement des patients atteints de cancer évoluent en diminuant de manière drastique, en nombre comme en durée, les séjours hospitaliers. Ainsi le parcours des malades jusque-là très segmenté entre les séjours hospitaliers et le retour à domicile nécessitant peu d'intervention extérieure doit-il être repensé avec une coordination hôpital/ville concrète et efficace. Cette nouvelle organisation nécessite la révision de son mode de financement puisque les établissements de santé sont financés par les séjours et non pour la surveillance désormais indispensable de patients à l'extérieur de leurs murs. La légitimité de l'établissement de santé à organiser ce suivi des malades à l'extérieur se trouve dans les textes réglementaires qui encadrent l'activité de traitement des cancers : celle-ci devrait désormais s'étendre au suivi des malades qui prennent à domicile quotidiennement un traitement anti-cancéreux au sens large. Ce suivi peut être délégué, il doit néanmoins, pour garantir la qualité et la sécurité des soins, rester de la responsabilité de l'établissement de santé autorisé. Des initiatives concrètes témoignent de l'adaptation des établissements à cette évolution : consultation infirmière, plate-forme téléphonique, accueil des venues inopinées, utilisation des NTIC... L'objectif est d'assurer au malade, comme au généraliste qui le suit, l'accès à l'expertise de l'hôpital quand il en a besoin.

Les patients plébiscitent d'ailleurs ce type d'organisation maintenant un lien avec les équipes spécialisées en oncologie.



Jean-Michel BARTOLI

Président de la Fédération de Radiologie Interventionnelle

“ *Les innovations en imagerie deviennent de nouvelles sources d'économies.* ”

▲ Chef du Service de Radiologie et Imagerie Médicale Adultes de la Timone à Marseille. Chef du Pôle Imagerie de l'AP-HM et responsable de la Fédération de Radiologie Interventionnelle de la Société Française de Radiologie.



Hélène ESPÉROU

Directrice du projet médico-scientifique et qualité, Unicancer

“ *Repenser le parcours des malades avec une coordination concrète et efficace.* ”

▲ Directrice du projet médico-scientifique et de la qualité à la Fédération française des centres de lutte contre le cancer Unicancer. Le projet médico-scientifique Unicancer porte les valeurs communes des centres de lutte contre le cancer et synthétise la stratégie médicale et scientifique développée par les centres.

Hélène Espérou est praticien hospitalier hématologue et a exercé dix-huit ans à l'hôpital St Louis (AP-HP) où elle conserve une activité de consultation. Titulaire d'un DEA d'économie de la santé "Systèmes de soins hospitaliers", elle a quitté l'activité clinique quotidienne en 2006 pour travailler dans différentes institutions sanitaires : Agence de la biomédecine et Institut national du cancer. Elle a fait partie du cabinet de Roselyne Bachelot-Narquin Ministre chargée de la Santé, pendant deux ans durant lesquels, au sein du pôle "politiques de santé", elle avait en charge notamment le Plan Cancer, le Plan Alzheimer et la révision des lois de bioéthique.

1 TABLE RONDE

Pour s'adapter, le parcours de soins a besoin de nouvelles compétences. Sherpa Santé propose une approche sur-mesure pour créer du lien entre les professionnels et construire des relations ville-hôpital concrètes et efficaces. En travaillant sur des modèles de parcours, ces coordinations nouvelles imposent plus de transversalité, améliorent l'organisation et naturellement la qualité des prises en charge.

Pour guider les médecins traitants, Sherpa Santé instaure une sorte de compagnonnage centré sur leurs propres patients en leur proposant des moyens, une méthode et des outils. L'ambulatoire devient enfin une réalité grâce à ce modèle qui permet de faire évoluer l'organisation hospitalière en lien avec une étroite coordination en ville.



Stéphane IRRMANN

Président de Sherpa Santé

“ Pour en finir avec les expérimentations. ”

▲ Médecin généraliste, diplômé de la Faculté de Médecine de Paris VII en 1995 et titulaire d'un Mastère Marketing de HEC Paris en 1993. Fort de plusieurs années d'exercice en médecine libérale et près de 15 ans d'expérience dans l'Industrie de la Santé, dont 10 dans le domaine de la cancérologie, Stéphane Irrmann a créé fin 2010 la structure de soins Sherpa Santé centrée sur la coordination des parcours de soins des patients atteints de cancer.

Après avoir participé, en Auvergne, à l'expérimentation sur cette thématique portée par l'INCa et la DGOS dans le cadre du Plan Cancer 2, Sherpa Santé a développé un modèle d'organisation de coordination du parcours de soins innovant, efficient et unique à ce jour. Modèle qui doit être prochainement mis en place sur une dizaine de territoires de santé.

Parallèlement, Sherpa Santé met en œuvre depuis fin 2013 la partie "Après Cancer" (PPAC) de son modèle de coordination, aujourd'hui déployée sur 3 territoires de santé en Auvergne, Bourgogne et Île-de-France.

Les traitements ambulatoires représentent une part croissante de la prise en charge médicale des cancers mais plusieurs écueils risquent de survenir avec leurs implémentations :

- la valorisation de l'acte des chimiothérapies ambulatoires ne correspond pas à la complexité médicale de la prise en charge.
- leurs prescriptions ne font pas l'objet de contrôles suffisants.
- le risque de prescriptions hors référentiels est majeur, le contrôle des coûts induits par ces thérapies est peu restrictif.
- la gestion des toxicités induites n'est pas souvent organisée par un parcours de soins bien défini.

Tous ces points devraient faire l'objet d'une réflexion des structures de soins et des organisations au niveau national en parallèle d'une valorisation de l'acte pour permettre le virage ambulatoire de la prise en charge médicale des cancers en toute sécurité pour les patients et de manière efficiente pour le système de santé.



Xavier PIVOT

Chef du pôle de cancérologie du CHRU de Besançon

“ Le risque de prescription hors référentiels est majeur. ”

▲ Professeur de Cancérologie depuis 15 ans, Xavier Pivot est spécialisé dans le cancer du sein, Chef du pôle de cancérologie au CHRU de Besançon et responsable de l'organisation médicale de la cancérologie en Franche-Comté.