

Fédération hospitalière de France / Pôle Organisation Sanitaire et Médico-Sociale/ Andrée Barreteau /J.F. Desgranges

Point d'information sur les décrets d'autorisation en cancérologie et arrêtés seuils de chirurgie et de chimiothérapies.

Les projets de décrets relatif à l'activité de soins de traitement du cancer, votés par le CNOSS du 28 juin 2006 et à l'unanimité par le Conseil d'Administration de l'Inca le 7 décembre 2006 constituent une avancée importante dans la prise en charge des patients : en effet deux principes majeurs constituent l'architecture des textes, **la pluri-disciplinarité et l'organisation coopérative de la filière de soins.**

Les textes après un passage au Conseil d'Etat sont aujourd'hui sur le bureau du ministre en attente de signature.

Depuis juin 2006, la FHF a souhaité anticipé les réorganisations en informant l'ensemble des établissements et a organisé une réunion nationale le 26 septembre 2006 avec la DHOS et l'INCa ainsi que des réunions régionales afin de sensibiliser les chirurgiens et les directions aux changements à venir, de manière à anticiper l'avenant au SROS 3 de cancérologie qui sera en tout état de cause et au plus tard à l'agenda du premier semestre 2008.

S'agissant de la chirurgie, si l'impact en volume d'actes peut paraître faible (entre 7 à 10%), l'enjeu n'en est pas moins considérable à plusieurs titres :

- La chirurgie des cancers représente près de 15% voire parfois 20% de l'activité chirurgicale programmée, dont vous savez l'importance pour le secteur public
- Le total des activités appelées à un transfert représente parfois un effectif supérieur à l'activité annuelle du CHRU et/ou du CRLCC (centre anti-cancéreux), ce qui induit un risque élevé de fuite de cette activité vers le secteur privé à but lucratif,
- Les délais d'attente rencontrés par les patients, déjà élevés parfois, risquent de connaître une forte aggravation,
- L'image des établissements publics de santé qui ne seront plus autorisés à traiter tout ou partie des cancers risque de se dégrader rapidement s'ils ne s'intègrent pas dans des filières de soins assurant la graduation des soins et la coopération des équipes soignantes. Cela est important pour le public mais aussi pour l'attractivité des établissements pour les praticiens.

S'agissant de l'activité relative aux chimiothérapies, il n'y aura pas de réorganisations aussi importantes qu'en chirurgie, puisque les décrets ont prévu la notion d'établissements associés pour lesquels et en dessous d'un seuil, le protocole devra être validé par l'établissement référent. Ainsi les malades bénéficieront de traitement de qualité dans un établissement proche de leur domicile. Les activités médecine, HAD sont préservées d'effet restructurant qui pourraient à terme déstabiliser les établissements de proximité.

Selon les chiffres INCA qui restent à confirmer du point de vue de la méthode, 3 % des séances concernant 3 % de patients répartis sur 38 % des établissements devront avoir un protocole prescrit et validé par l'établissement pivot.

Ainsi, par convention les établissements devront établir les modes de collaboration au sein du réseau de cancérologie et au sein des RCP.

Dans ce contexte, et même si les textes connaissent un décalage calendaire, la FHF en accord avec les conférences et des deux Fédérations de cancérologie souhaitent souligner l'importance de l'anticipation pour bien préparer l'application des textes au travers de plusieurs points :

- **la méthode de calcul de l'activité de chirurgie carcinologique** : Celle-ci est en cours d'élaboration au travers de deux approches : d'une part le repérage des séjours par diagnostic et catégories majeures de diagnostic, et d'autre part la méthode des listes d'actes par organe. L'ATIH doit décider d'une méthode reliant ces deux approches afin que les établissements disposent au plus vite d'un algorithme de traitement leur permettant de vérifier précisément leur niveau d'activité par rapport aux seuils déterminés par le futur arrêté. Dès maintenant les établissements peuvent avec leur DIM vérifier les premières études d'impact de l'INCa diffusées par la FHF afin de préparer au mieux les avenants au SROS 3 au second semestre 2007.
- **les réorganisations** vont être importantes au vu des premiers chiffres issus des premières études d'impact diffusés par l'INCa. La FHF a commencé un travail d'animation et de concertation auprès des régions : celles-ci réfléchissent aux coopérations possibles entre établissements publics, CRLCC et privés. Dans ce contexte, il est important qu'une mise en œuvre adaptée de la T2A favorise les relations coopératives : pour cela il faut définir des règles d'ingénierie financière qui permettent d'éclairer les acteurs qui mettent à disposition des praticiens hospitaliers. Le simple remboursement des émoluments ne compensent pas la perte d'activité valorisée en T2A des établissements gérant les praticiens hospitaliers. Les règles de facturation sont encore plus complexes à déterminer pour les prestations entre établissements publics et privés. Un appel à projets visant les modes de coopération et de réorganisation va être lancé par la DHOS afin de procéder à des expérimentations : il semble que la chirurgie carcinologique soit un bon exemple de ces expérimentations.
- **La mise à niveau des établissements** doit être accompagnée tant du point de vue financier que du point de vue méthodologique. Au niveau financier, les crédits fléchés pour les transports sanitaires devront être abondés sachant qu'un nombre important de patients devront être transférés entre établissements. La mise au norme des tumorothèques doit être aussi envisagée, ainsi que des crédits fléchés pour les transports. A ce propos, une étude va être lancée par l'INCa pour déterminer le niveau d'équipements des tumorothèques par régions. Il est donc nécessaire d'être vigilant sur l'accompagnement financier de ces mesures,

- **Les réseaux de cancérologie :** Ceux-ci vont avoir une place prépondérante dans l'organisation de la cancérologie avec des moyens financiers issus de la DRDR et disposant d'une personnalité morale. Il s'agit donc de véritables entités disposant de pouvoir d'organisation au sein des régions tant du point de vue de l'organisation que de la qualité des soins.

La FHF tient à souligner l'importance du dispositif et des textes en matière de réorganisation des établissements et souhaite que ceux-ci puissent avoir une approche coopérative et concertée de ce changement.