

Séjour de la santé

Propositions d'Unicancer
dans le cadre de la réforme de l'hôpital

11 juin 2020



Sommaire

Préambule	3
Les 33 propositions d'Unicancer dans le cadre de la réforme du système de santé	4
1 La valorisation des compétences et la revalorisation des salaires : un socle indispensable à l'exercice de leurs missions de service public et d'enseignement par les Centres de Lutte Contre le Cancer (CLCC)	5
2 Le modèle des CLCC, un modèle réactif et innovant qui s'oriente vers l'intégration renforcée du patient dans la prise de décision institutionnelle	7
3 Constituer des filières territoriales pour l'amélioration du dépistage et de la prévention des cancers et copiloter des projets territoriaux de cancérologie	9
4 Favoriser l'exercice de missions de service public par des mécanismes de financement fondés sur les parcours des patients, la pertinence des actes et l'accompagnement de projets d'investissement au service de l'innovation	11
5 Le soutien à la recherche et à l'innovation en cancérologie, un enjeu majeur pour la nation	13
La gouvernance d'Unicancer	15

Préambule

La crise du Covid-19 a mis en évidence l'importance des valeurs portées par notre système de santé : la reconnaissance de la santé comme un bien public non négociable, la notion de prendre soin et la force de la mobilisation collective. Elle a aussi montré l'extraordinaire capacité de l'ensemble des acteurs du système de soins à inventer des solutions, mettre en place des organisations plus agiles et initier de nouvelles voies de coopération.

S'agissant des Centres de Lutte Contre le Cancer (CLCC), l'agilité de nos organisations a représenté un atout fort pour répondre au double objectif de poursuite des traitements et de sécurité des patients et des personnels.

Nous nous réjouissons de l'ambition portée par le Ségur de la santé. **Les Centres de Lutte Contre le Cancer unis au sein de la fédération Unicancer entendent participer activement à cette dynamique. Nous rappelons qu'en tant qu'établissements hospitalo-universitaires d'intérêt collectif, chargés de missions de service public, les CLCC sont au cœur du service public de santé, auquel le Ségur de la santé souhaite donner un nouveau souffle.**

En tant qu'établissements de santé, nous rencontrons avec une grande acuité toutes ces problématiques révélées par la crise, au même titre que l'hôpital public.

La présente note vise à faire des propositions dans le cadre du « Ségur de la santé » et répondre aux enjeux de la future réforme de l'hôpital :

- la valorisation des compétences et la revalorisation des salaires et des carrières des soignants et des médecins,
- la consolidation du modèle de gouvernance des CLCC, qui a démontré sa capacité à innover et sa réactivité ; et le renforcement du rôle des patients dans la prise de décision et l'organisation des parcours de soins,
- la constitution de filières territoriales pour la prévention des cancers et la coordination des projets territoriaux de cancérologie,
- la réforme du système de financement et le soutien à l'investissement, une priorité pour la cancérologie,
- le soutien à la dynamique de recherche et d'innovation.

Les 33 propositions d'Unicancer dans le cadre de la réforme du système de santé

Proposition 1

Transposer les mesures de revalorisation salariale et leurs modalités de financement, en cours de négociation au sein de la Fonction Publique Hospitalière, afin de demeurer attractif et de pouvoir exercer nos missions de service public.

Proposition 2

Développer les protocoles de coopération et les pratiques avancées.

Proposition 3

Abandonner le mécanisme de reprise des allègements de charge pesant sur les tarifs hospitaliers pour combler le différentiel de charges entre les ESPIC et la FPH.

Proposition 4

Supprimer le forfait social pesant sur les primes d'intéressement afin de développer les accords d'intéressement collectif.

Proposition 5

Développer le télétravail.

Proposition 6

Revaloriser les débuts de carrières des praticiens et des assistants.

Proposition 7

Revaloriser l'exercice médical strictement public pour le rendre attractif / Prime d'exercice public exclusif trop limitée. Créer un label et une valorisation de l'activité publique.

Proposition 8

Rendre plus flexible l'organisation et l'aménagement du temps de travail.

Proposition 9

Faire en sorte que la cotisation retraite des hospitalo-universitaires couvre l'ensemble des éléments de rémunération, et en particulier la part hospitalière.

Proposition 10

Adapter et simplifier le cadre tarifaire à l'hôpital des téléconsultations dans la continuité de ce qui a été possible pendant la crise et prévoir un financement pérenne des dispositifs de télésurveillance des patients en cancérologie, des réunions de concertation pluridisciplinaire réalisées en visioconférence.

Proposition 11

Garantir le statut, l'autonomie, le financement des missions de service public des CLCC pour qu'ils puissent continuer à œuvrer au service de la qualité de la prise en charge des patients et de l'excellence scientifique.

Proposition 12

Signer systématiquement des conventions bipartites avec les universités de rattachement ; incluant des postes de praticiens hospitalo-universitaires pérennisés entre les CLCC et l'Université.

Proposition 13

Associer les patients aux décisions stratégiques et à la définition des parcours de soins.

Proposition 14

Lancer un plan national « Intelligence artificielle et cancer » aujourd'hui indispensable.

Proposition 15

Concrétiser sur le terrain la communication sur la prévention en développant un maillage de centres de prévention du cancer multidimensionnels (alimentation, activité physique, tabac et alcool, facteurs de risques professionnels) : chaque CLCC a naturellement vocation à en accueillir un en son sein.

Proposition 16

Participer au dépistage organisé en tant que centre de dépistage.

Proposition 17

Obtenir un financement par les pouvoirs publics des projets de soins intégrant la dimension prévention des séquelles des traitements ou des risques de second cancer.

Proposition 18

Copiloter avec les têtes de pont de GHT les axes des projets territoriaux relatifs à la cancérologie validés par les ARS et être signataire du volet cancérologique des conventions d'association entre GHT et les GHT sièges de CHU pour les missions d'appui et de recours.

Proposition 19

Garantir un soutien financier au déploiement des SIH au service des patients : outils communicant, portails patients, etc.

Proposition 20

Mettre en œuvre au plus vite au bénéfice des patients les nouvelles conditions d'autorisation, d'implantation et de fonctionnement en cancérologie telles que prévues le Ministère dans le nouveau régime d'autorisation et par l'INCA dans les nouveaux critères d'agrément.

Proposition 21

Ouvrir l'autorisation d'hospitalisation à domicile comme une modalité des autorisations en cancérologie afin de faciliter le développement de l'HAD en cancérologie et sécuriser les prises en charge.

Proposition 22

Par une plus grande décentralisation et délégation de compétences de l'échelon national (Ministère), donner aux ARS un rôle central de régulateur régional du système de santé, en lien plus étroit avec les collectivités.

Proposition 23

Prévoir un mécanisme de financement avant la fin de l'exercice budgétaire 2020 couvrant les surcoûts liés à la gestion de la crise pour l'ensemble des établissements de santé concernés.

Proposition 24

Prévoir un mécanisme de financement avant la fin de l'exercice budgétaire 2020 couvrant les pertes liées à l'arrêt de l'activité internationale pour l'ensemble des établissements de santé concernés.

Proposition 25

Construire un financement forfaitaire pour les activités de recours et les activités pour lesquelles la T2A est inadaptée. Assurer une prise en charge à 100% des surcoûts constatés pour les activités de recours.

Proposition 26

Au même titre que les EPS, les CLCC doivent impérativement bénéficier des aides à l'investissement annoncées récemment et des reprises de dettes.

Proposition 27

Asseoir une légitimité juridique aux partenariats entre les CLCC et leurs Universités en permettant aux deux partenaires de conclure une convention cadre définissant l'ensemble des projets, thématiques et domaines qui les lient sur chaque territoire.

Proposition 28

Augmenter le montant de la dotation socle des MERRI à due concurrence de l'augmentation de la production de points SIGAPS / SIGREC.

Proposition 29 en matière de recherche clinique

- Augmenter le poids de la recherche clinique dans le modèle.
- Augmenter la discrimination de la complexité des essais cliniques en s'appuyant sur les critères de complexité définis dans la convention unique.
- Mieux valoriser les phases précoces en cancérologie pour tenir compte de l'évolution des essais cliniques de plus en plus complexes, notamment avec un recours quasi systématique au screening.
- Baisser légèrement le poids des inclusions investigateurs pour mieux valoriser la partie la plus coûteuse de la recherche clinique : la promotion.

Proposition 30

Réviser la nomenclature des actes hors nomenclature et accélérer le rythme d'inscription de ces actes à la nomenclature, et revenir d'ici là à un remboursement à l'établissement effecteur.

Proposition 31

Prévoir des financements dédiés aux recherches sur les données de santé et aux entrepôts de santé.

Proposition 32

Soutenir la recherche translationnelle et garantir un continuum de la recherche fondamentale à la recherche clinique.

Proposition 33

Mettre à disposition des médicaments innovants à l'ensemble des patients dans un cadre contrôlé, au travers de RCP moléculaires et de centres de référence.

1 La valorisation des compétences et la revalorisation des salaires : un socle indispensable à l'exercice de leurs missions de service public et d'enseignement par les Centres de Lutte Contre le Cancer (CLCC)

Les Centres de Lutte Contre le Cancer sont confrontés à des problématiques sociales similaires aux hôpitaux publics (en particulier aux CHU) en matière d'attractivité salariale et de parcours professionnels.

Une forte attente est palpable de la part des salariés sur ces sujets. Le climat social s'est fortement tendu ces dernières années du fait de la pression budgétaire engendrée par la baisse des tarifs et de la difficulté grandissante à rester compétitif en matière salariale. Certains emplois paramédicaux de nos établissements demeurent ainsi en tension en raison d'une rémunération parfois inférieure à celle de la Fonction Publique Hospitalière (FHP). Ce différentiel s'explique notamment par des charges patronales et salariales plus élevées dans les CLCC que dans le secteur public. **Pour les emplois « cœur de métier », en forte tension au sein des CLCC, des revalorisations salariales sont nécessaires pour rester attractif.** Il apparaît indispensable d'assurer **l'équité de traitement** entre tous les professionnels quel que soit leur statut. Cette équité passe par un développement des compétences et des qualifications, une revalorisation des salaires financée par les pouvoirs publics, mais également par le partage d'expériences et de pratiques entre les différents acteurs de l'hôpital. **La réforme de l'hôpital doit permettre de valoriser les compétences des professionnels paramédicaux et de leur proposer des parcours attractifs.**

De la même manière, pour les praticiens des CLCC, les rémunérations proposées sont bien inférieures à celles du secteur privé. **La réforme doit permettre de valoriser les personnels médicaux et de développer des parcours facilitant une activité de recherche de pointe.** L'attractivité et la fidélisation de nos praticiens, qui restent attachés

à une activité de service public exclusif, sans exercice libéral, ne se limitent pas à la seule rémunération : les conditions et la qualité de vie au travail, l'attractivité intellectuelle, le développement du travail en équipe pluridisciplinaire et la possibilité d'effectuer des travaux de recherche et d'enseignement y contribuent également.

a Valoriser les compétences des professionnels paramédicaux et proposer des parcours attractifs

Proposition 1

Transposer les mesures de revalorisation salariale et leurs modalités de financement, en cours de négociation au sein de la Fonction Publique Hospitalière, afin de demeurer attractif et de pouvoir exercer nos missions de service public.

■ **Action :** Partager dans le cadre du groupe Ressources Humaines piloté par Nicole NOTAT et Angel PIQUEMAL le travail réalisé sur les parcours et la valorisation des compétences.

■ **Action :** Pour que les parcours professionnels soient attractifs et valorisés, il est nécessaire de développer les actions de formation par des moyens dédiés. La contribution à la formation doit donc être consacrée prioritairement vers les formations de nos professionnels.

■ **Action :** Reconnaître les acquis de l'expérience par le dispositif de la VAE qui permet une simplification et une réduction de la durée des parcours de formation.

Proposition 2

Développer les protocoles de coopération et les pratiques avancées.

- **Action** : Accélérer la reconnaissance des métiers éligibles aux pratiques avancées.

Proposition 3

Abandonner le mécanisme de reprise des allègements de charge pesant sur les tarifs hospitaliers pour combler le différentiel de charges entre les ESPIC et la FPH.

Proposition 4

Supprimer le forfait social pesant sur les primes d'intéressement afin de développer les accords d'intéressement collectif.

Proposition 5

Développer le télétravail.

b Valoriser les personnels médicaux et développer des parcours facilitant une activité de recherche de pointe

Proposition 6

Revaloriser les débuts de carrières des praticiens et des assistants.

- **Action** : Augmenter la part variable issue des entretiens annuels d'évaluation pour notamment récompenser l'investissement et la performance, les travaux de recherche et d'enseignement, l'implication dans des travaux de coordination.
- **Action** : Revaloriser les tarifs des gardes et des astreintes (astreintes non déplacées mais travaillées, exemple : téléradiologie).

Proposition 7

Revaloriser l'exercice médical strictement public pour le rendre attractif / Prime d'exercice public exclusif trop limitée. Créer un label et une valorisation de l'activité publique.

Proposition 8

Rendre plus flexible l'organisation et l'aménagement du temps de travail.

- **Action** : Développer le télétravail.
- **Action** : Développer de nouvelles organisations de travail en s'appuyant sur les nouvelles technologies (ex : la téléconsultation, les outils IA, des accès facilités aux articles scientifiques via une plate-forme commune).
- **Action** : Bénéficier d'un temps dédié à l'exercice des responsabilités managériales et rendre obligatoire une formation au management dans l'année précédant et/ou suivant la nomination du chef de service. Cette formation pourra prendre la forme de « formations actions » par binôme chef de service/cadre de santé afin d'harmoniser leur pratique de management.
- **Action** : Créer un statut spécifique de praticien pouvant bénéficier d'un temps dédié aux activités de recherche et de publications scientifiques.
- **Action** : Organiser des temps dédiés à la recherche, à la formation et à l'accompagnement des projets.
- **Action** : Développer les temps d'exercice partagé de nos professionnels médicaux et non médicaux à travers des parcours Hôpital public – CLCC pour améliorer l'organisation territoriale de la prise en charge du cancer.

Proposition 9

Faire en sorte que la cotisation retraite des hospitalo-universitaires couvre l'ensemble des éléments de rémunération, et en particulier la part hospitalière.

2 Le modèle des CLCC, un modèle réactif et innovant qui s'oriente vers l'intégration renforcée du patient dans la prise de décision institutionnelle

La pandémie Covid-19, inédite par son ampleur et le rythme de sa propagation, a durement éprouvé le monde hospitalier, mais plus généralement l'ensemble de notre système de soins, qui doit continuer d'apporter à tous les malades le plus haut niveau de soins, avec les meilleures normes de sécurité. Les Centres de Lutte Contre le Cancer allient **souplesse, agilité et proximité** en matière de fonctionnement. En situation de crise, comme celle du Covid-19, leur statut spécifique, leur taille, leur réactivité, leur gouvernance médicale et leur spécialisation constituent de précieux atouts. Ils ont été **force de proposition** sur l'organisation de la prise en charge de la cancérologie dans les différentes régions et adapté leur organisation pour **maintenir la prise en charge des patients atteints de cancer et éviter toute perte de chance, à travers notamment un développement rapide des téléconsultations**.

Dès leur création, les CLCC se sont distingués des autres établissements en adoptant un modèle novateur proposant une **prise en charge extrêmement personnalisée du patient, pluridisciplinaire et globale, sans dépassement d'honoraires, associant soins, recherche et enseignement. Acteurs majeurs de la politique de santé publique, ils œuvrent pour un égal accès aux soins de proximité, innovants et procédant à de nombreux essais cliniques. Leur gouvernance particulière les caractérise, avec une direction médicale** portée par un scientifique reconnu dans la spécialité, et formé au management, suppléée par un directeur adjoint non médecin. Par ailleurs, les CLCC ont mis en place de nombreuses **innovations organisationnelles et médicales** tels que le dossier patient unique au sein de l'établissement, les référentiels de pratique écrits, les RCP (réunions de concertation pluridisciplinaire) et le programme EVOLPEC, programme d'études prospectives de l'évolution de la prise en charge en cancérologie.

Unicancer souhaite **renforcer l'engagement des patients et usagers dans la vie des établissements**. Présents dans les instances de gouvernance des CLCC et acteurs des projets d'établissement en contribuant au « projet des usagers », il convient de les impliquer davantage dans leur prise en charge et dans les actions clefs de formation/action des professionnels à la qualité et à la sécurité des soins.

a Adaptation des établissements : des actions rapides et coordonnées sur l'ensemble du territoire

Proposition 10

Adapter et simplifier le cadre tarifaire à l'hôpital des téléconsultations dans la continuité de ce qui a été possible pendant la crise et prévoir un financement pérenne des dispositifs de télésurveillance des patients en cancérologie, des réunions de concertation pluridisciplinaire réalisées en visioconférence.

b Le modèle des CLCC : une gouvernance équilibrée et une organisation souple qui doit encore plus impliquer les patients dans le processus de décision

Proposition 11

Garantir le statut, l'autonomie, le financement des missions de service public des CLCC pour qu'ils puissent continuer à œuvrer au service de la qualité de la prise en charge des patients et de l'excellence scientifique.

Proposition 12

Signer systématiquement des conventions bipartites avec les universités de rattachement ; incluant des postes de praticiens hospitalo-universitaires pérennisés entre les CLCC et l'Université.

■ **Action** : Signer des conventions bipartites avec les Universités de rattachement afin d'ancrer les CLCC, établissements hospitalo-universitaires ayant un rôle majeur d'accueil et de formation des professions médicales et paramédicales, dans la réforme des Etudes médicales, au sein des Universités et des facultés de santé.

■ **Action** : Impliquer systématiquement des patients/usagers dans le renforcement des déclarations d'évènements indésirables par les patients et dans la production des indicateurs de suivi de la sécurité des soins.

■ **Action** : Impliquer systématiquement des patients/usagers dans la formation/action à la qualité des soins des professionnels médicaux et paramédicaux par nos instituts de formation.

■ **Action** : Renforcer la place des patients/usagers dans l'évaluation des parcours de soins (indicateurs de résultats).

C Associer les patients aux décisions stratégiques et à la définition des parcours de soins

Proposition 13

Associer les patients aux décisions stratégiques et à la définition des parcours de soins.

■ **Action** : Impliquer systématiquement des patients/usagers dans la rédaction des projets personnalisés de soins et dans leur évaluation en terme de résultats.

3 Constituer des filières territoriales pour l'amélioration du dépistage et de la prévention des cancers et copiloter des projets territoriaux de cancérologie

Si le Plan Cancer 3 a permis des progrès majeurs dans de multiples domaines de la lutte contre le cancer, le bilan qui a été fait de ce Plan révèle que beaucoup de chemin reste à parcourir en matière de prévention. Le Ministère de la Santé et l'INCa ont souhaité consacrer davantage d'efforts à la prévention dans le cadre de la prochaine stratégie nationale contre le cancer. **Unicancer souscrit pleinement à cette volonté de placer la prévention au cœur des priorités des prochaines années.**

Les CLCC, acteurs de santé publique, bien implantés sur les territoires de par leur histoire et leur expertise, jouent un rôle multiple. **Ils contribuent au développement économique des entreprises et ont vocation à jouer un rôle central dans la politique de prévention cancer**, compte tenu de leur visibilité auprès du grand public. Ces dernières années, ils ont fait de la prévention un axe majeur de leurs activités, en l'intégrant pleinement aux parcours de soins. Dans le cadre des CPOM et des relations qu'ils entretiennent avec les collectivités territoriales, **ils sont investis d'une mission de prévention et de promotion du dépistage sur leur territoire.**

Le développement de l'intelligence artificielle doit être considéré comme un des leviers essentiels de la future stratégie de prévention des cancers. Unicancer et les CLCC s'inscrivent pleinement dans cette dynamique, compte tenu de leur engagement très fort dans les démarches de « Big data » et d'Intelligence Artificielle.

En cancérologie, les enjeux sont forts pour améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge, territorialiser l'offre de soins et introduire l'innovation en santé au service des patients. **Pour garantir à tous les patients l'accessibilité et l'égalité d'accès à des soins de qualité et sans dépassement d'honoraires, sur l'ensemble des territoires, il est nécessaire d'optimiser la coordination et la continuité des soins.** Il s'agit également d'assurer un parcours de santé sans rupture

et de favoriser la coordination des différents acteurs pour permettre la fluidité, la cohérence et l'articulation des étapes successives des parcours. Le pilotage partagé de projets de territoire relatifs à la cancérologie sont gages d'efficacité. **Sous l'égide des ARS et en lien avec les élus, le CLCC proposent de copiloter des projets territoriaux en cancérologie axés sur les parcours de soins des patients.**

Proposition 14

Lancer un plan national « Intelligence artificielle et cancer » se révèle donc aujourd'hui indispensable.

a La prévention primaire

Proposition 15

Concrétiser sur le terrain la communication sur la prévention en développant un maillage de centres de prévention du cancer multidimensionnels (alimentation, activité physique, tabac et alcool, facteurs de risques professionnels) : chaque CLCC a naturellement vocation à en accueillir un en son sein.

■ **Action** : Développer les relais de proximité de cette politique de prévention cancer, en particulier avec les médecins traitants, les médecins du travail, les MSP, les associations santé, les acteurs de l'éducation nationale, de l'éducation populaire, de la jeunesse et des sports.

■ **Action** : Rendre obligatoire la vaccination contre l'hépatite B.

■ **Action** : Identifier les CLCC comme des Centres de ressources sur le cancer pour les acteurs de la prévention primaire mais aussi sur les méthodologies d'intervention en prévention des cancers.

b La prévention secondaire

Proposition 16

Participer au dépistage organisé en tant que centre de dépistage.

■ **Action** : Intensifier la promotion de la vaccination d'anti-HPV dans le cadre de campagnes régionales dans laquelle chaque CLCC jouerait un rôle actif.

■ **Action** : Développer le dépistage systématique de l'exposition au radon des maisons construites sur des sols granitiques, ou volcaniques ou de schistes et celles bâties au-dessus de champs miniers.

■ **Action** : Accélérer la prise en charge des formes familiales de cancer, notamment grâce au remboursement des tests d'oncogénétique correspondants (au moins les panels pour le cancer du sein et de l'ovaire, et les tests des gènes du syndrome de Lynch), et d'inscrire les actes de biologie tumorale somatique dans la nomenclature (la politique de remboursement partiel des RIHN au prescripteur est aujourd'hui plutôt dissuasive à leur prescription), notamment dosage ADN circulant et séquençage tumoral pour les indications reconnues.

■ **Action** : Renforcer l'information du public sur le syndrome de Lynch (aujourd'hui 9 familles sur 10 atteintes de ce syndrome ne sont pas diagnostiquées).

■ **Action** : Remédier aux inégalités territoriales grâce à une plateforme régionale répertoriant les centres de dépistage, pour permettre l'accès dans des délais rapides à proximité du domicile au dépistage des cancers (en particulier le cancer du sein).

c La prévention tertiaire

Proposition 17

Obtenir un financement par les pouvoirs publics des projets de soins intégrant la dimension prévention des séquelles des traitements ou des risques de second cancer.

■ **Action** : Une prise en compte accrue des indicateurs de qualité de prise en charge (intégrant la prévention des risques de séquelles et de seconds cancers) sur certains parcours comme le parcours cancer du sein ou ceux sur les cancers ORL.

d Sous l'égide des ARS et en lien avec les élus, copiloter des projets territoriaux en cancérologie axés sur les parcours de soins des patients

Proposition 18

Copiloter avec les têtes de pont de GHT les axes des projets territoriaux relatifs à la cancérologie validés par les ARS et être signataire du volet cancérologique des conventions d'association entre GHT et les GHT sièges de CHU pour les missions d'appui et de recours.

■ **Action** : Renforcer le lien ville-hôpital en développant en partenariat avec les CPTS, des programmes de prévention voire en y participant. La sécurisation financière des CPTS passe notamment par le fait d'inscrire dans la loi que les soins non programmés hors PDSA font l'objet d'un tiers payant généralisé et intégral, sous réserve du recours à un dispositif de régulation préalable.

■ **Action** : Renforcer la coordination avec les établissements privés dans le cadre des 3C et de programmes de prévention en commun.

Proposition 19

Garantir un soutien financier au déploiement des SIH au service des patients : outils communicant, portails patients, etc.

Proposition 20

Mettre en œuvre au plus vite au bénéfice des patients les nouvelles conditions d'autorisation, d'implantation et de fonctionnement en cancérologie telles que prévues le Ministère dans le nouveau régime d'autorisation et par l'INCa dans les nouveaux critères d'agrément.

Proposition 21

Ouvrir l'autorisation d'hospitalisation à domicile comme une modalité des autorisations en cancérologie afin de faciliter le développement de l'HAD en cancérologie et sécuriser les prises en charge.

Proposition 22

Par une plus grande décentralisation et délégation de compétences de l'échelon national (Ministère), donner aux ARS un rôle central de régulateur régional du système de santé, en lien plus étroit avec les collectivités.

4 Favoriser l'exercice de missions de service public par des mécanismes de financement fondés sur les parcours des patients, la pertinence des actes et l'accompagnement de projets d'investissement au service de l'innovation

Deux leviers émergent des réflexions en matière de financement du système de soins : le niveau de l'enveloppe globale consacrée aux établissements de santé (ONDAM), le niveau des tarifs et leur base de calcul. Si la T2A a permis d'objectiver l'allocation des ressources entre les acteurs hospitaliers, les baisses tarifaires successives ont progressivement entraîné une déconnection entre les tarifs et les coûts réels des prestations générant des difficultés dans de nombreux établissements de santé. Cela a induit une mise sous tension permanente des organisations sur le plan des moyens humains et matériels. Par ailleurs, les tarifs des actes ne permettent pas de valoriser les activités de recours. **Un financement se fondant sur les parcours des patients, tels qu'expérimentés par le biais des projets article 51, paraît le plus pertinent, favorisant les coopérations** entre les différents acteurs du système de santé. Dans la continuité des travaux réalisés par la Haute Autorité de Santé, **la diminution envisagée de la part de T2A doit s'accompagner d'un renforcement du financement à la qualité**, indexé sur des indicateurs liés à la prise en charge. **Il est nécessaire de rénover la tarification à l'activité dans un système qui sécurise les établissements, favorise le dynamisme, la pertinence, la qualité et l'innovation.**

Comme la grande majorité des établissements de santé, les CLCC et leurs personnels ont été largement mobilisés pour lutter contre l'épidémie de Covid-19. Avec des prises en charge spécifiques et des cas très lourds à gérer, la tension a été forte. A des situations déjà structurellement tendues, se sont ajoutés des surcoûts conjoncturels liés à la pandémie : renforts de personnels, équipements,

médicaments, masques, etc. **Dans ce contexte, il est nécessaire de sécuriser financièrement les établissements, en couvrant les surcoûts ou pertes de recettes liés à la crise du Covid-19.**

La réforme du financement doit également garantir un accès équitable aux aides à l'investissement. **Unicancer sollicite la reprise d'une partie de la dette des CLCC dans le cadre de la loi relative à la dette sociale et à l'autonomie. Cela permettrait de solvabiliser les établissements, d'assainir leur santé financière (dégradée par des années de T2A) et de leur donner des marges de manœuvre financières pour investir.** L'endettement des CLCC représente 503 millions d'euros et Les déficits cumulés s'établissent quant à eux à 182 millions d'euros.

a Sécuriser financièrement les établissements, notamment après la crise du Covid-19

Proposition 23

Prévoir un mécanisme de financement avant la fin de l'exercice budgétaire 2020 couvrant les surcoûts liés à la gestion de la crise pour l'ensemble des établissements de santé concernés.

Proposition 24

Prévoir un mécanisme de financement avant la fin de l'exercice budgétaire 2020 couvrant les pertes liées à l'arrêt de l'activité internationale pour l'ensemble des établissements de santé concernés.

b Favoriser l'exercice des missions de Service Public par des mécanismes financiers fondés sur des parcours patients coordonnés et évalués, sur la pertinence des actes et la place des patients

Proposition 25

Construire un financement forfaitaire pour les activités de recours et les activités pour lesquelles la T2A est inadaptée. Assurer une prise en charge à 100% des surcoûts constatés pour les activités de recours.

■ **Action** : Faire évoluer le modèle IFAQ pour prendre en compte la pertinence des soins et la place des patients/usagers dans l'évaluation des parcours de soins.

■ **Action** : Financer les missions de coordination de certains soignants non prise en compte dans certains tarifs, pourtant fondamentales pour l'information et l'animation des parcours. L'objectif serait de financer une « cellule de coordination des parcours ».

■ **Action** : Relever le tarif de la protonthérapie sur la base d'une étude médico-économique et proposer un supplément dédié à la radiothérapie pédiatrique.

■ **Action** : Finaliser les travaux de forfaitisation de la radiothérapie des cancers du sein et de la prostate. Des travaux sont menés depuis 2013 et leur déclinaison opérationnelle, encadrée par un article 51, devrait permettre l'amélioration de la qualité de la prise en charge et la pertinence des actes.

■ **Action** : La réforme du financement doit aussi passer par l'intensification des expérimentations de financements innovants tels que portés par le dispositif Article 51, la fixation des forfaits devant reposer sur les coûts réels des prises en charge réalisées par l'ensemble des acteurs de la chaîne de soins.

■ **Action** : Favoriser les collaborations grâce à un système équitable et décloisonné qui ne crée pas de différence de traitements entre les acteurs privilégiant le financement forfaitaire des parcours de soins coordonnés et évalués sur la base d'appels à projet.

c Garantir un accès équitable aux aides à l'investissement

Proposition 26

Au même titre que les EPS, les CLCC doivent impérativement bénéficier des aides à l'investissement annoncées récemment et des reprises de dettes.

■ **Action** : Les CLCC doivent bénéficier des reprises de dettes prévues dans le cadre de la loi relative à la dette sociale et à l'autonomie.

■ **Action** : Les arbitrages en matière de répartition des enveloppes exceptionnelles dédiées à l'investissement doivent relever de la compétence des Agences Régionales de Santé en fonction de critères objectifs, des priorités de santé publique sur un territoire de santé, et dans un souci d'équité entre les établissements de santé quels que soient leurs statuts.

■ **Action** : Garantir un accès équitable aux aides à l'investissement, selon des critères objectifs, au regard des spécificités et spécialités des établissements, et des modes de prise en charge afférents.

5 Le soutien à la recherche et à l'innovation en cancérologie, un enjeu majeur pour la nation

Fort de son rôle central dans la recherche médicale française (1^{er} promoteur académique d'essais cliniques en France, 1^{er} rang français des publications Top 1 % en recherche médicale), Unicancer souhaite porter des propositions pour renforcer encore le dynamisme et l'excellence de la recherche française en cancérologie.

Les leviers sont organisationnels, à travers le nécessaire renforcement des liens entre CLCC et Universités ; financiers, à travers l'indispensable réforme des MERRI ou encore des RIHN ; réglementaires, avec la nécessité de lever les freins en poursuivant l'adaptation de la réglementation et des procédures actuelles.

Mais il s'agit aussi, et avant tout, d'opérer les bons choix en matière de stratégie. Parmi les priorités, nous insistons sur la nécessité de donner un coup d'accélérateur à la recherche sur les données ; de soutenir davantage la recherche translationnelle, clef de l'innovation ; de développer l'utilisation des médicaments innovants dans un cadre contrôlé garantissant l'égalité d'accès à l'innovation.

a Favoriser un partenariat institutionnel juridiquement reconnu avec les universités

Proposition 27

Asseoir une légitimité juridique aux partenariats entre les CLCC et leurs Universités en permettant aux deux partenaires de conclure une convention cadre définissant l'ensemble des projets, thématiques et domaines qui les lient sur chaque territoire.

b Favoriser la dynamique de recherche en transformant le mode d'allocation des MERRI

Proposition 28

Augmenter le montant de la dotation socle des MERRI à due concurrence de l'augmentation de la production de points SIGAPS / SIGREC.

■ **Action** : Relever les seuils à au moins 800K€ afin de prendre en compte l'augmentation de la part des MERRI alloués sur les points SIGAPS / SIGREC.

■ **Action** : Renforcer la valorisation de la promotion académique, là où l'investissement des établissements est le plus important, y compris dans les publications.

■ **Action** : Mieux valoriser le 4^e auteur dans les publications et baisser la pondération de la liste d'investigateurs pour tenir compte des pratiques d'inscription des investigateurs non harmonisées entre les publications des différents journaux internationaux.

Proposition 29 en matière de recherche clinique

• Augmenter le poids de la recherche clinique dans le modèle.

• Augmenter la discrimination de la complexité des essais cliniques en s'appuyant sur les critères de complexité définis dans la convention unique.

• Mieux valoriser les phases précoces en cancérologie pour tenir compte de l'évolution des essais cliniques de plus en plus complexes, notamment avec un recours quasi systématique au screening.

• Baisser légèrement le poids des inclusions investigateurs pour mieux valoriser la partie la plus coûteuse de la recherche clinique : la promotion.

■ **Action** : Créer un nouveau compartiment des MERRI pour valoriser la constitution des entrepôts de données destinés à des activités de recherche et de publication dans les établissements de santé.

■ **Action** : Développer les nouveaux métiers de la recherche clinique (planificatrices, Infirmières de Recherche Clinique, chefs de projet, etc.).

c Accompagner la dynamique d'innovation

Proposition 30

Réviser la nomenclature des actes hors nomenclature et accélérer le rythme d'inscription de ces actes à la nomenclature, et revenir d'ici là à un remboursement à l'établissement effecteur.

- **Action** : Développer des référentiels de prescriptions des actes hors nomenclature afin d'homogénéiser les procédures moléculaires sur le territoire.
- **Action** : Contrôler les établissements sur les déclarations d'activité.
- **Action** : Rentrer les actes hors nomenclature dans un paiement à l'activité en sortant d'une logique d'enveloppe fermée inadaptée au développement fort de l'activité.

d Favoriser les entrepôts de données et le développement de la recherche sur les données de santé

Proposition 31

Prévoir des financements dédiés aux recherches sur les données de santé et aux entrepôts de santé.

- **Action** : Développer les appels à projets permettant de structurer des partenariats hospitaliers, académiques et industriels facilitant l'exploitation de données de santé.
- **Action** : Valoriser les établissements qui disposent d'entrepôts de données de santé, ou participent à un réseau qui coordonne un entrepôt de données de santé utilisées à des visées de recherche académique ou industrielle.
- **Action** : Veiller à un effort de simplification administrative et de raccourcissement des délais de mise en place des projets de recherche.
- **Action** : Elargir la qualification de « recherche académique » afin de permettre aux recherches de bénéficier des facilités réglementaires associées à la recherche académique (sans exclure systématiquement de celle-ci des activités synergiques avec un ou des industriels).
- **Action** : Créer des spécialisations au niveau des CPP sur le modèle de ce qui a été fait pour les essais de phases précoces, afin d'accélérer l'évaluation des dossiers pour des domaines de recherche identifiés comme porteurs d'enjeux majeurs en santé publique.
- **Action** : Renforcer les moyens de l'ANSM afin de raccourcir les délais d'instruction des dossiers de recherche.

■ **Action** : Mettre en place un dispositif accéléré / *fast track*, à l'instar de ce qui a été fait par l'ANSM sur le médicament ; cela peut nécessiter un renforcement des moyens de la CNIL.

■ **Action** : Prendre en compte la difficulté qu'entraîne, lorsqu'on veut réutiliser des données, la nécessité de renouveler l'information et de confirmer la non-opposition de personnes sollicitées il y a très longtemps dans le cadre du soin ou de la recherche ; et que des solutions pragmatiques soient travaillées entre chercheurs et autorités pour établir une doctrine à ce sujet.

■ **Action** : Un dispositif cohérent doit être mis en œuvre pour les recherches nécessitant la réutilisation d'échantillons biologiques pour les besoins de la recherche, avec une coordination entre les autorités en charge de l'examen des projets.

■ **Action** : Des échanges doivent être établis entre les chercheurs et la CNIL pour étudier des procédures et des solutions pratiques en vue d'atténuer les contraintes de la réglementation, tout en assurant un niveau de protection adéquat des données.

e Le cas particulier de la recherche translationnelle

Proposition 32

Soutenir la recherche translationnelle et garantir un continuum de la recherche fondamentale à la recherche clinique.

f Les enjeux liés aux médicaments innovants

Proposition 33

Mettre à disposition des médicaments innovants à l'ensemble des patients dans un cadre contrôlé, au travers de RCP moléculaires et de centres de référence.

■ **Action** : Réviser le financement des actes de diagnostic moléculaire, pour ne pas limiter leur accès et inscrire à la nomenclature les actes utilisés en routine, notamment pour les patients atteints de cancers bronchiques, colorectaux, ovariens ou de mélanomes.

■ **Action** : Constituer une liste en sus spécifique à l'HAD (et au SSR en cancérologie) peut être une solution.

La gouvernance d'Unicancer

Le Bureau d'Unicancer

- **Jean-Yves Blay**
Président d'Unicancer - Directeur général du Centre Léon Bérard
jean-yves.blay@lyon.unicancer.fr
- **Mario Campone**
Président délégué - Directeur général de l'Institut de Cancérologie de l'Ouest
mario.campone@ico.unicancer.fr
- **François-Xavier Mahon**
Vice-président et secrétaire - Directeur général de l'Institut Bergonié
f.mahon@bordeaux.unicancer.fr
- **Thierry Conroy**
Vice-président - Directeur général de l'Institut de Cancérologie de Lorraine
t.conroy@nancy.unicancer.fr
- **Eric Lartigau**
Vice-président - Directeur général du Centre Oscar Lambret
e-lartigau@o-lambret.fr
- **Frédérique Penault-Llorca**
Vice-présidente - Directrice générale du Centre Jean Perrin
frederique.penault-llorca@clermont.unicancer.fr
- **Marc Ychou**
Vice-président - Directeur général de l'Institut du Cancer de Montpellier
marc.ychou@icm.unicancer.fr
- **Claire Genéty**
Trésorière - Directrice générale adjointe de l'Institut Curie
claire.genety@curie.fr

Le Comité de direction d'Unicancer

- **Sophie Beaupère**
Déléguée générale
s-beaupère@unicancer.fr
- **David Aubry**
Directeur administratif et financier
d-aubry@unicancer.fr
- **Sandrine Boucher**
Directrice de la stratégie médicale et de la performance
s-boucher@unicancer.fr
- **Nicole Bouwyn**
Directrice des ressources humaines groupe
n-bouwyn@unicancer.fr
- **Michaël Canovas**
Directeur de cabinet
m-canovas@unicancer.fr
- **Luc Delporte**
Directeur des achats
l-delporte@unicancer.fr
- **Claire Labreveux**
Directrice de la recherche et du développement
c-labreveux@unicancer.fr
- **Valérie Perrot-Egret**
Directrice du développement, de la communication et des relations internationales
v-perrot-egret@unicancer.fr
- **Emmanuel Reyrat**
Directeur des systèmes d'information
e-reyrat@unicancer.fr
- **Mathieu Robain**
Directeur des données de santé en oncologie
m-robain@unicancer.fr

1 INSTITUT DE CANCÉROLOGIE**2 DE L'OUEST**

Unicancer Pays de la Loire

Directeur Général :

Mario CAMPONE

mario.campon@ico.unicancer.fr

Directrice Générale Adjointe :

Viviane JOALLAND

viviane.joalland@ico.unicancer.fr

3 INSTITUT BERGONIÉ

Unicancer Nouvelle-Aquitaine

Directeur Général :

François-Xavier MAHON

f.mahon@bordeaux.unicancer.fr

Directeur Général Adjoint :

Nicolas PORTOLAN

n.portolan@bordeaux.unicancer.fr

4 CENTRE FRANÇOIS BACLESSE

Unicancer Normandie-Caen

Directeur Général :

Marc-André MAHÉ

ma.mahe@baclesse.unicancer.fr

Directeur Général Adjoint :

Jean-Luc HAMON

jl.hamon@baclesse.unicancer.fr

5 CENTRE JEAN PERRIN

Unicancer Clermont Auvergne Métropole

Directrice Générale :

Frédérique PENAULT-LLORCA

frederique.penault-llorca@clermont.unicancer.fr

Directeur Général Adjoint :

Raphaël ZINT

raphael.zint@clermont.unicancer.fr

6 CENTRE GEORGES-FRANÇOIS LECLERC

Unicancer Bourgogne Franche-Comté

Directeur Général :

Charles COUTANT

ccoutant@cgfl.fr

Directeur Général Adjoint :

Alain LALIÉ

alalie@cgfl.fr

7 CENTRE OSCAR LAMBRET

Unicancer Hauts-de-France

Directeur Général :

Eric LARTIGAU

e-lartigau@o-lambret.fr

Directeur Général Adjoint :

Philippe PEUGNY

p-peugny@o-lambret.fr

8 CENTRE LÉON BÉRARD

Unicancer Lyon, Rhône-Alpes

Directeur Général :

Jean-Yves BLAY

jean-yves.blay@lyon.unicancer.fr

Directeur Général Adjoint :

Damien SEBILEAU

damien.sebilleau@lyon.unicancer.fr

9 INSTITUT PAOLI-CALMETTES

Unicancer Marseille

Directeur Général :

Patrice VIENS

viensp@ipc.unicancer.fr

Directrice Générale Adjointe :

Sabrina GROSSI

grossis@ipc.unicancer.fr

10 INSTITUT DU CANCER DE MONTPELLIER**Directeur Général :**

Marc YCHOU

marc.ychou@icm.unicancer.fr

Directeur Général Adjoint :

Jean-Marie BRUGERON

jean-marie.brugeron@icm.unicancer.fr

11 INSTITUT DE CANCÉROLOGIE DE LORRAINE**Directeur Général :**

Thierry CONROY

t.conroy@nancy.unicancer.fr

Directeur Général Adjoint :

Yves THIERY

y.thiery@nancy.unicancer.fr

12 CENTRE ANTOINE LACASSAGNE

Unicancer Nice

Directeur Général :

Emmanuel BARRANGER

emmanuel.barranger@nice.unicancer.fr

Directeur Général Adjoint :

Loïc MONDOLONI

loic.mondoloni@nice.unicancer.fr

13 INSTITUT CURIE

Unicancer Paris/Saint-Cloud - Orsay

Directeur Général de l'Ensemble Hospitalier :

Pierre FUMOLEAU

pierre.fumoleau@curie.fr

Directrice Générale Adjointe :

Claire GENETY

claire.genety@curie.fr

15 INSTITUT GODINOT

Unicancer Reims en Champagne

Directeur Général :

Yacine MERROUCHE

yacine.merrouche@reims.unicancer.fr

Directrice Générale Adjointe :

Laurence CARIVEN

laurence.cariven@reims.unicancer.fr

16 CENTRE EUGÈNE MARQUIS**Directeur Général :**

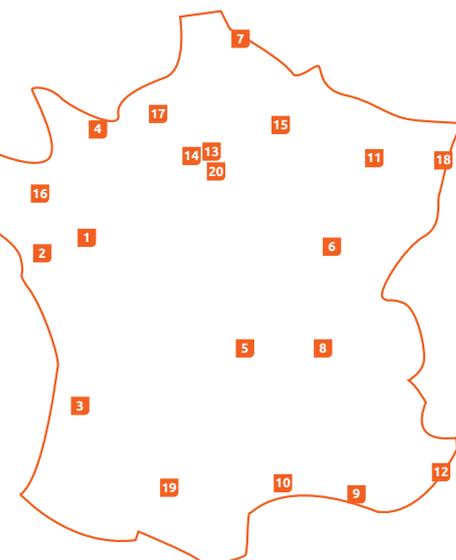
François GUILLÉ

f.guille@rennes.unicancer.fr

Directeur Général Adjoint :

Pascal BRIOT

p.briot@rennes.unicancer.fr

**17 CENTRE HENRI BECQUEREL**

Unicancer Normandie-Rouen

Directeur Général :

Pierre VERA

pierre.vera@chb.unicancer.fr

Directeur Général Adjoint :

Artus PATY

artus.paty@chb.unicancer.fr

18 ICANS – CENTRE PAUL STRAUSS

Unicancer Strasbourg

Directeur Général :

Xavier PIVOT

x.pivot@icans.eu

Directeur Général Adjoint :

Nicolas SALVI

n.salvi@icans.eu

19 IUCT Oncopole – Institut Claudius Regaud**Directeur Général :**

Jean-Pierre DELORD

delord.jean-pierre@iuct-oncopole.fr

Directeur Général Adjoint :

Jean-Marc PEREZ

perez.jean-marc@iuct-oncopole.fr

20 GUSTAVE ROUSSY**Directeur Général :**

Jean-Charles SORIA

jean-charles.soria@gustaveroussy.fr

Directeur Général Adjoint :

Stéphane PARDOUX

stephane.pardoux@gustaveroussy.fr



101, rue de Tolbiac
75654 Paris Cedex 13
Tél. 01 44 23 04 04
unicancer@unicancer.fr

facebook/unicancer
linkedin/company/unicancer
twitter.com/groupeunicancer
instagram.com/reseau.unicancer

