



## Conseil national de la refondation « Santé »

### Propositions prioritaires d'Unicancer

La crise sanitaire 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.

Unicancer, Fédération des Centres de lutte contre le cancer, salue les orientations fixées par le Ségur de la Santé et plus récemment, le choix du nouveau gouvernement de placer la prévention au cœur de ses priorités, dans une optique de « santé globale », fondamentale en cancérologie, alors que 40% des cancers sont considérés comme « évitables », car imputables aux modes de vie et à l'environnement. Conjugés à des progrès scientifiques et thérapeutiques considérables, l'efficacité des dispositifs de prévention, d'éducation à la santé et de dépistage, ainsi que le bien-être global des individus sont primordiaux en amont, pendant, et en aval des prises en charge pour réduire l'incidence des cancers.

En tant qu'établissements hospitalo-universitaires d'intérêt collectif, les 18 CLCC pratiquent une activité de service public exclusif, les médecins ne pratiquant pas d'activité libérale. Ils sont historiquement au cœur du service public de santé, auquel le Ségur de la santé souhaitait donner un nouveau souffle. En plus de jouer un rôle majeur dans la prise en charge des cancers en France, les CLCC allient excellence de la recherche à l'international<sup>1</sup> à une quête permanente de la qualité par une organisation agile, souple et pluridisciplinaire.

Malgré la reconnaissance de leur excellence, nos centres ont plusieurs sujets d'attention, qui les mettent en difficulté pour assurer pleinement leurs missions : tarification inférieure à l'hôpital public, crédits Ségur investissement en décalage avec leur volume d'activité<sup>2</sup> et la place qu'ils occupent dans la prise en charge des cancers, tensions en matière de ressources humaines et d'attractivité. Plus largement Unicancer formule des propositions pour favoriser le déploiement d'une politique globale d'accompagnement des patients (prévention et soins de supports) et des aidants, adapter le financement de la radiothérapie à l'innovation ou encore lever les freins aux coopérations territoriales.

Les CLCC, unis au sein de la fédération Unicancer, entendent participer activement à la conférence des parties prenantes pour faire avancer la lutte contre le cancer et défendre leur modèle performant. Après avoir émis des propositions prioritaires présentées dans le cadre des élections présidentielles 2022, **Unicancer soumet une nouvelle contribution, visant à proposer 11 mesures concrètes et prioritaires dans le cadre de cette nouvelle concertation.**

---

<sup>1</sup> Le classement international de référence dans le domaine de la recherche a récemment classé douze chercheurs exerçant en CLCC « *highly cited researchers* » parmi les 134 chercheurs français toutes disciplines confondues

<sup>2</sup> Les CLCC n'ont bénéficié que de 0,44% de l'enveloppe nationale de 19 mds€, alors que leur activité représente 2,8 % du total T2A et qu'ils portent des projets d'investissement structurants

---

## Unicancer a formulé un corpus de propositions prioritaires pour le quinquennat à venir, issues de sa plateforme de consultation en ligne

Issues d'un exercice de co-construction inédit lancé en janvier 2022, avec plus de 8 000 vues et près de 1500 utilisateurs, 30 recommandations ont émergé des réflexions collectives. Ces recommandations visent à rendre plus efficaces les politiques de prévention, faciliter l'accès aux soins, tout en renforçant la position française sur la recherche en cancérologie. Cette stratégie ambitieuse s'articule autour de 4 axes :

- L'ambition de **proposer une prise en charge globale et coordonnée sur l'ensemble des territoires**, à tous les individus, à travers la prévention et l'impulsion d'une dynamique « *One Health* » ;
- La nécessité de **développer un modèle agile de décisions partagées en cancérologie**, permettant de renforcer la place des patients et de leurs proches dans les parcours de soins ;
- L'impérieuse nécessité de **renforcer l'attractivité des carrières** en santé et de soutenir le modèle agile des CLCC ;
- Les mesures prioritaires à prendre pour **soutenir la recherche et l'innovation** et ainsi renforcer la compétitivité de la France dans ces domaines.

### 1. Permettre aux territoires d'innover dans la prévention et la prise en charge du cancer

La stratégie décennale de lutte contre le cancer 2021- 2030 a pour objectif de réduire d'un quart les cancers évitables grâce à une stratégie inclusive et ambitieuse, ciblant notamment les facteurs environnementaux. Pour ce faire, à l'instar de l'INCa, Unicancer prônent une dynamique « *One Health* » (ou « une seule santé »), reposant sur une approche pluridisciplinaire et unifiée des enjeux de santé, animale, humaine et environnementale.

La dynamique *one health* doit se concrétiser par le développement d'une prise en charge globale des individus, appréhendant les parcours de vies et de soins de manière pluridisciplinaire et holistique. Dans cette logique, depuis des années, les CLCC agissent pour améliorer la qualité de vie des patients au-delà des soins (place des aidants, soutien psychologique, développement du bien-être, activités physiques ou nutrition, etc.). Les individus sont accompagnés tout au long de la vie à travers la recherche, la prévention, le dépistage, le suivi des séquelles (risques de second cancer), l'identification de formes familiales de cancer, la vie après cancer (dynamiques professionnelles, socialisation, discriminations, etc.) et la prévention des risques environnementaux et des cancers professionnels.

L'approche globale est nécessairement coordonnée, décloisonnée et territorialisée. Elle implique d'associer les collectivités territoriales et de faire confiance aux acteurs locaux. Les actions de prévention, notamment en matière de lutte contre les expositions aux facteurs de risques environnementaux peuvent faire l'objet d'expérimentations locales.

Les CLCC, du fait de leur implantation territoriale et de leur expertise sont les plus à-même de porter ces expérimentations, en lien avec les structures de leur écosystème. Acteurs de santé publique, ils ont vocation sur leur territoire à jouer un rôle central dans l'intensification de la politique de prévention des cancers, compte tenu de leur visibilité sur ce sujet auprès du grand public, mais aussi et surtout de leur capacité à combiner toutes les dimensions nécessaires (communication, expertise de prévention spécialisée, techniques de dépistage, soins, recherche). Sur leur territoire, les CLCC disposent en effet d'atouts multiples :

- Un rôle de référence et d'expertise régionale reconnu par les ARS ;
- Une légitimité forte à délivrer des messages clairs de prévention et d'information autour du cancer, car les CLCC sont identifiés par le grand public comme une institution de référence régionale sur le cancer ;
- Des plateaux techniques de pointe (imagerie, analyses biomoléculaires, oncogénétique, etc.)
- Un accès facile des patients aux soins de support et aux consultations spécialisées permettant de prévenir les séquelles des traitements ;
- Une capacité à réaliser le continuum sur toute la chaîne de la prévention : communication grand public, dépistage, recherche (fondamentale, translationnelle, clinique et SHS) au service du dépistage, accès aux traitements innovants personnalisés ;
- Une implication de longue date à la fois dans les associations départementales (puis dans les centres régionaux de coordination de dépistage des cancers).

Cette combinaison d'atouts est unique dans le paysage régional des établissements de santé.

Pilote de l'innovation en cancérologie, Unicancer a déjà implémenté un parcours de prévention & dépistage de précision, via le programme Interception, lancé par Gustave Roussy et qui sera déployé rapidement dans trois autres centres du réseau. Programme dont l'objectif est d'identifier au plus tôt les personnes à risque augmenté de cancer, afin de leur proposer une prévention personnalisée et d'améliorer leur prise en charge, dans le cadre d'une collaboration ville-hôpital.

### Proposition 1

**Faire des CLCC, les pilotes d'expérimentations locales en matière de prévention**

**En lien avec les CHU et l'ARS, désigner les CLCC comme institutions expertes dans le conseil aux collectivités territoriales sur la prévention environnementale et sociale du cancer ;**

**Renforcer les liens entre CLCC et universités en matière de formation et de recherche sur le cancer, y compris en sciences sociales ;**

**Intégrer pleinement les CLCC dans les réflexions sur l'accès territorial au dépistage et à l'imagerie ;**

**Mettre en place des expérimentations de parcours gradués localement.**

## 2. Développer les soins de support personnalisés en cancérologie, un levier efficace de la lutte contre le cancer

Pour lutter efficacement contre le cancer et améliorer la qualité de vie des patients, il faut appréhender les parcours de vies et de soins de manière holistique (prévention-soins-recherche, suivi des séquelles, des risques de second cancer, etc.). La prise en charge pluridisciplinaire, soucieuse d'améliorer la qualité de vie des patients au-delà des soins, est une clé de la réussite thérapeutique. Elle est et doit être au cœur des politiques de prévention des cancers.

La MIG "qualité transversale en cancérologie", créée en 2011, prévoit le financement d'actions de qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie réalisés par des établissements de santé. Cette dotation finance les missions relatives au dispositif d'annonce, aux soins de support et à la participation des médecins aux réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP). Il ressort que les critères d'allocation de cette MIG ne sont pas transparents pour les établissements, ne tiennent pas compte de la mobilisation des moyens ni du consensus scientifique de l'apport des soins de support et de la prévention pour les patients atteints de cancer. D'autre part, les dotations n'évoluent pas en fonction des files actives prises en charge par les établissements. Un bilan nous paraît aujourd'hui nécessaire.

**Structurer un plan personnalisé de soins de support est fondamental pour favoriser la réussite des traitements, limiter les effets secondaires et les séquelles, identifier les risques de rechute et favoriser un retour réussi dans la vie sociale et professionnelle.** Il s'agit d'identifier les besoins de soins de support, qui varient en fonction des individus et des pathologies en amont, mais également en aval, alors que la population des patients « survivants » du cancer est de plus en plus importante : patients qui ne sont plus sous traitement (après cancer) ou traités par hormonothérapie (phase de rétablissement). Les besoins de ces patients vont au-delà des forfaits après cancer actuellement remboursés par l'Assurance Maladie, fixé à 180€ pour 1 bilan d'une heure et 6 consultations maximums de suivi psychologiques ou diététiques. **Pour cela, Unicancer propose de réaliser un bilan personnalisé, associant les proches-aidants, à deux moments clés de la prise en charge soit au début et à la « fin » de la phase aiguë des traitements** via :

- Une consultation identifiant les besoins du patient et déclenchant une éventuelle hospitalisation de jour ultérieure : bilan des effets secondaires et des séquelles ; dépistage des soins de support ; remise d'un programme de prise en charge personnalisée
- D'une hospitalisation de jour, si besoins importants identifiés, pour effectuer un bilan complet
- D'un programme en ville de soins de support chez des professionnels formés à la prise en charge de patients atteints de cancer

Ce parcours personnalisé devra concerner les thématiques suivantes : psychologie, diététique, sexologie, addictologie, douleur, activité physique adaptée, retour à l'emploi, lutte contre les troubles cognitifs.

### Proposition 2

**Faire le bilan national de la MIG "qualité transversale en cancérologie" et veiller à la pleine application du guide MIG de la DGOS.**

**Créer un forfait « Programme personnalisé de soins de support » prévu en amont et en aval de la phase aiguë de traitement, pour favoriser la prévention et améliorer la qualité de vie des patients atteints de cancer.**

### 3. Un financement au forfait pour favoriser les coopérations et sécuriser les prises en charges de proximité

En cohérence avec les orientations portées par l'Inca, **les actions mises en œuvre par les CLCC visent à garantir à tous les patients l'accessibilité de l'offre de soins et l'égalité d'accès à des soins de qualité et sans dépassement d'honoraire, sur l'ensemble des territoires. Les centres jouent un rôle majeur dans la continuité des soins et la prise en charge des urgences et soins critiques en oncologie. Améliorer l'accès aux soins nécessite d'optimiser la coordination et la continuité des soins, et assurer un parcours de santé garantissant une prise en charge sans rupture.**

Chaque année, plus de 380 000 cancers sont diagnostiqués en France. Les progrès médicaux et scientifiques ont permis d'améliorer considérablement les taux de guérison. Le taux de mortalité par cancer diminue, mais la vie avec cancer peut s'allonger, prenant la forme d'une maladie chronique. **Avec des soins réalisés de plus en plus hors de l'hôpital, la coordination entre acteurs est décisive pour sécuriser les prises en charges.** Les interactions entre établissements et acteurs se multiplient (centres experts, hôpitaux de proximité, professionnels de santé de ville, etc.).

Pour renforcer les liens ville-hôpital, Unicancer suggère de **développer les partenariats avec les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)**, qui doivent être sécurisés sur le plan financier, notamment en inscrivant dans la loi que les soins non programmés hors Permanence des soins ambulatoires (PDSA) font l'objet d'un tiers payant généralisé et intégral, sous réserve du recours à un dispositif de régulation préalable. **Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) participent également à la coordination territoriale des soins** par la facilitation des parcours de santé des personnes en situation complexe, notamment celles atteintes de cancer, âgées, en situation de précarité ou en soins palliatifs. Ces dispositifs sont globalement assez méconnus par les praticiens des établissements. **Il faut renforcer ces dispositifs et augmenter leur visibilité auprès des professionnels.**

**Les effets secondaires étant de plus en plus complexes en cancérologie, le recours à des spécialistes augmente. Les besoins en soins de support sont détectés de plus en plus précocement et même après les traitements.** Certains traitements peuvent être réalisés en proximité dans une logique de gradation des soins. Tous ces professionnels agissant pour une bonne prise en charge des patients n'exercent pas forcément au sein des centres experts. **L'ensemble des soins et de l'accompagnement n'étant plus réalisé au sein d'un même établissement, la coordination et le transfert d'expertise entre offreurs de soins aux différentes phases des traitements sont essentiels. Dans une logique de gradation des soins, il est impératif de garantir l'accès à l'expertise tout en favorisant quand cela est possible des traitements en proximité.** Pour assurer une prise en charge de qualité, l'adhésion au traitement, les effets indésirables doivent être suivis, il faut aussi repérer au plus tôt les besoins de soins de support. Ceci passe par une information partagée et pertinente entre patients, centres experts et effecteurs (celui qui administre la molécule).

**La coordination par les centres experts est difficile. Elle doit être organisée et coordonnée :** une primo prescription peut être réalisée par un oncologue d'un centre expert, puis l'administration effectuée par l'établissement de proximité. Les actes intellectuels et l'expertise étant actuellement insuffisamment valorisés, une consultation d'oncologue n'étant pas financée à la hauteur de ce qu'elle en coûte à l'établissement, le modèle économique d'un établissement prescripteur réalisant la consultation avant un transfert en proximité est donc déficitaire.

### Proposition 3

**Dans une logique de coordination entre acteurs, et pour favoriser l'accès aux soins de proximité, créer un forfait permettant de favoriser un parcours coordonné entre établissement expert et acteurs de proximité, dans un environnement qui garantisse qualité et sécurité des soins.**

**Pour favoriser les coopérations et éviter les ruptures dans les parcours de soins, renforcer les dispositifs de coordination territoriale tels que les CPTS et les DAC et augmenter leur visibilité.**

**Développer les financements à la qualité, en intégrant notamment la mesure de la valeur des soins par les patients eux-mêmes (PROMS), pour améliorer à terme l'efficacité des soins.**

#### 4. Développer l'hospitalisation à domicile en cancérologie

Les progrès médico-scientifiques réalisés au cours des dernières années ont permis d'accroître fortement les taux de guérison, mais impliquent des traitements plus longs. Pour améliorer la qualité de vie des patients et optimiser le recours aux établissements de référence dans une logique de gradation des soins, certaines prises en charge peuvent être réalisées à domicile, notamment dans les territoires les plus isolés. Le transfert des patients doit se réaliser dans des conditions optimales de qualité et de sécurité des soins assurées par une coordination et un transfert de compétence entre l'établissement autorisé en cancérologie et l'établissement associé d'HAD.

### Proposition 4

**Développer l'hospitalisation à domicile en cancérologie, pour tenir compte de la chronicisation des cancers et des progrès thérapeutiques considérables réalisés**

- Améliorer la connaissance de l'HAD par les médecins durant leur formation initiale, par le grand public et par les prescripteurs.
- Renforcer la place des HAD dans l'organisation territoriale sanitaire et intégrer les structures d'HAD dans les réseaux régionaux de cancérologie.
- Mise en place d'un financement au forfait d'un parcours établissements de santé – HAD en cancérologie.

## 5. Soutenir les proches-aidants des patients atteints de cancer

1 français sur 6 soutiennent un proche en perte d'autonomie pour des raisons liées à l'âge, un handicap, une maladie chronique ou invalidante. Ces aidants souffrent généralement d'isolement, d'épuisement, d'un manque de reconnaissance et leur nombre ira croissant dans les années à venir.

Le réseau Unicancer met un accent particulier sur leur accompagnement et le maintien de leur qualité de vie. Il formule des propositions pour développer la politique d'accompagnement des aidants en prévoyant un accompagnement social et psychologique. Il s'agit notamment de lutter contre l'isolement des proches aidants à travers la sensibilisation des professionnels de santé, des entreprises et de la société.

Il est également nécessaire d'assurer une communication et une diffusion efficace des droits et des dispositifs accordés aux proches aidant (tel que l'allocation journalière du congé proche aidant mis en place l'an passé et sous utilisée).

### Proposition 5

**Soutenir les proches-aidants des patients atteints de cancer, en créant un statut officiel d'aidant, donnant droit à un congés (qui doit être augmenté) et permettant de bénéficier d'une politique d'accompagnement économique, social et psychologique.**

- Former les équipes médicales à identifier les proches aidants, à évaluer leurs besoins, leurs risques de ruptures sociales, familiales, professionnelles ou scolaire et à les orienter si nécessaire vers des acteurs de recours spécialisés.
- Créer un temps de consultation dédié au proche aidant permettant d'évaluer leurs besoins et de les informer des différentes étapes du parcours de soins, notamment si la situation évolue. Le patient partenaire pourrait y être intégré.

## 6. Développer des parcours professionnels attractifs et stimulants en cancérologie s'adaptant aux évolutions des prises en charge

La cancérologie a connu de grandes évolutions ces dernières années. Les parcours de soins, de plus en plus complexes, nécessitent excellence, exigence et coordination, pour tenir compte :

- Des traitements de pointe, innovants, personnalisés, avec de nombreux essais cliniques
- De la diminution du temps passé à l'hôpital (ambulatoire, domicile, thérapies orales...)
- De la spécialisation accrue des établissements de cancérologie
- De la reconnaissance de l'apport des soins de support

Dans un contexte global de pénurie de personnel médical et paramédical et d'augmentation des besoins liés au vieillissement de la population, Unicancer appelle de ses vœux, comme les autres fédérations, à **un plan plus ambitieux de formation et de développement des compétences des professionnels de santé**. Les problématiques d'attractivité sont importantes : augmentation de l'absentéisme, emplois en tension, postes vacants et lits fermés faute de personnels. Pour les personnels paramédicaux et les médecins, les CLCC ne parviennent plus à être attractifs dans plusieurs spécialités majeures.

Dans ce contexte, la création du statut d'Infirmier de Pratique Avancée (IPA) est une formidable avancée pour la profession d'infirmière et la dynamique doit se poursuivre. Les IPA deviennent la pierre angulaire de la coordination de ces prises en charge complexes. **Unicancer (qui compte 50 IPA au sein de ses établissements) défend le développement de l'implantation du métier d'IPA et son extension aux autres professions paramédicales** : manipulateurs en électroradiologie médicale, diététiciens, techniciens. **Pour cela, il faut lever les freins, notamment d'ordres économiques. Une reconnaissance salariale du métier est nécessaire pour les établissements.**

**Jusqu'à présent, le mode de financement de la pratique avancée n'était pas incitatif** et reposait pour l'essentiel sur le budget propre des établissements ou dépendant de la politique des ARS ou CPAM. Alors que les paramédicaux sont de plus en plus impliqués dans les nouvelles activités non valorisées hors GHM, seules les IPA bénéficient d'un financement adapté et uniquement pour leurs activités en ville. Ces activités contribuent pourtant largement à rendre plus efficaces les organisations en permettant par exemple de réduire des ré-hospitalisations potentielles, grâce au lien Ville-Hôpital, dont l'impact sur le budget hospitalier n'est pas neutre. De ce fait, **nous saluons la disposition du PLFSS 2023 permettant aux établissements de santé privés non lucratifs de facturer les actes et consultations externes réalisés par leurs IPA salarié(e)s. Cette évolution favorisera le déploiement de cette profession dans l'ensemble des établissements de santé**. Il faut cependant aller plus loin pour soutenir et valoriser ces évolutions professionnelles et renforcer l'attractivité des carrières paramédicales.

### Proposition 6

**Valoriser les actes réalisés par les IPA de manière homogène au niveau national et sur les territoires et augmenter le nombre annuel de forfaits facturables par les IPA.**

**Étendre la pratique avancée à d'autres professions paramédicales (manipulateurs radio notamment).**

**Miser sur l'universitarisation des professions de santé et renforcer les passerelles entre les formations.**



## 7. Reconnaître le rôle majeur des CLCC en matière de formation universitaire

**Unicancer adhère à l'objectif fixé par le Conseil Stratégique des Industries de Santé 2021 (CSIS) de renforcer l'attractivité des carrières de PU-PH. Il s'agit notamment d'attirer ou de maintenir en France les chercheurs de très haut niveau.**

Sur chaque territoire, les Centres de lutte contre le cancer conduisent leurs activités de soins, de recherche et d'innovation avec les CHU et les UFR de Médecine avec lesquels ils sont structurellement et naturellement associés. Ils occupent une place très importante dans la formation des étudiants de 3ème cycle (internes) en oncologie et dans la Formation Spécialisée Transversale (FST) de cancérologie.

En 2009, la Loi HPST avait conforté la place des CLCC, en tant qu'établissements chargés d'une mission de service public au sein du dispositif de cancérologie hospitalo-universitaire. **Aujourd'hui, plusieurs CLCC rencontrent des difficultés quant à la nomination de certains MCU-PU et PU-PH dans les centres, compromettant le caractère universitaire des CLCC. Cette situation est d'autant plus dommageable que les CLCC permettent un exercice professionnel épanouissant pour les médecins, notamment les jeunes, dans un contexte où les carrières universitaires sont délaissées.** Les enjeux de formation et de carrière pour les médecins-chercheurs universitaires sont cruciaux.

Par ailleurs, si les CLCC coopèrent avec les UFR de Médecine, l'enseignement et la recherche se développent également dans l'ensemble des autres composantes des universités, dans la mesure où la recherche est pluridisciplinaire. La recherche dans les CLCC se conduit aussi avec des mathématiciens, des physiciens, des économistes, des statisticiens, des chercheurs en sciences de la vie ou en santé publique, des sociologues, ainsi que d'autres écoles doctorales. Les développements nécessitent une mobilité des enseignants et des chercheurs d'une institution à l'autre, la mobilisation de structures de gestion pour répondre à des appels à projets communs, une participation à des actions d'enseignement et de formation de manière croisée, et aboutissent parfois à des investissements communs. Chaque projet est confronté à de réelles complexités et lourdeurs juridiques et administratives qui nécessitent des conventions systématiques. **Un effort de simplification s'impose. Un cadre général devient nécessaire pour formaliser les collaborations entre CLCC et Universités.**

### Proposition 7

**Reconnaître le rôle majeur des CLCC en matière de formation universitaire en cancérologie en systématisant la signature de conventions bipartites (CLCC-Universités), encadrant les liens CLCC-Universités et incluant des postes de professionnels hospitalo-universitaires pérennisés au sein des CLCC.**

**Garantir la présence systématique d'un représentant de CLCC dans les commissions Hospitalo-Universitaires des CHU et des facultés de santé.**

## 8. Garantir une équité de traitement sur le plan tarifaire, entre les établissements relevant du service public de santé

Les CLCC réalisent une activité 100% service public, sans dépassement d'honoraires ni activité libérale. Pourtant, l'échelle tarifaire qui leur est appliquée est significativement inférieure aux Établissements Publics de Santé (EPS).

En effet, l'absence d'équité de traitement conduit à ce qu'il y ait deux échelles tarifaires différentes pour les établissements relevant du service public de santé. Les ESPIC en général, et les CLCC en particulier, subissent un coefficient de minoration (-1,6%), qui n'a plus lieu d'être, comme le rappelle le rapport IGAS/IGF (« L'évaluation du différentiel de charges entre les établissements publics de santé et établissements privés à but non lucratif »), d'octobre 2020.

Dans un contexte de crise profonde de l'hôpital, économique et sociale, cette différence budgétaire n'est ni juste, ni soutenable.

### Proposition 8

**Supprimer le coefficient de minoration appliqué aux tarifs des ESPIC, pour garantir une équité de traitement entre acteurs relevant du service public de santé.**

## 9. Soutenir le modèle des CLCC, un modèle agile et vertueux sur le plan managérial

Par sa quête d'excellence et la force de son réseau, le réseau Unicancer participe constamment à faire progresser les soins et la recherche en cancérologie. Les CLCC proposent un modèle de prise en charge global et coordonné, qui garantit des parcours de soins de qualité, accessibles à plus de 540 000 patients chaque année. Leur gouvernance est originale dans le paysage français : ils sont dirigés par un directeur général médecin, secondé par un directeur d'hôpital adjoint. Animés par une volonté permanente d'accroître la qualité et l'accessibilité aux soins, ils défendent un modèle humaniste, évolutif et souple.

**Les CLCC sont des Comprehensive Cancer Centers.** Ils apportent une réponse pertinente aux nouveaux enjeux de la cancérologie : exploitation d'infrastructures de pointe et d'outils numériques modernes, collecte et analyse des données de santé, cancérologie de précision et personnalisée, **continuum soins-recherche**, patients « partenaires ». Les liens entre les soins et la recherche sont au cœur de leur organisation et des parcours. L'évaluation des pratiques est garante de la qualité et de la performance des soins. L'adaptation des organisations se fonde sur ces évaluations, qui « donnent la parole » aux patients, dans une logique d'excellence thérapeutique et d'amélioration continue des pratiques.

Grâce aux CLCC et l'expertise de son réseau, Unicancer peut se targuer de se placer parmi les acteurs les plus performants dans la lutte contre le cancer. **Les CLCC sont cependant confrontés à des problématiques sociales fortes, en termes d'attractivité des salaires et des parcours professionnels** : démographie médicale, difficulté de recrutement et de fidélisation, tensions fortes sur certaines professions médicotechniques notamment. Or, la crise sanitaire a démontré l'importance de la valorisation des carrières et des compétences des personnels.

Les centres sont aujourd’hui pénalisés par leur activité 100% publique et l’interdiction d’exercer une activité libérale. Pour rester à la pointe de l’innovation et maintenir l’excellence des prises en charge, les CLCC doivent attirer et fidéliser les praticiens et professionnels de santé. Il est impératif de soutenir le modèle des CLCC, utile et efficace, pour rester à la pointe de la lutte contre le cancer, en renforçant leur attractivité médicale. Autoriser une part d’activité libérale au sein des structures privées non lucratives pourrait être un levier pertinent.

### Proposition 9

Permettre aux ESPIC et aux Centres de lutte contre le cancer, de pratiquer une activité libérale encadrée sans reste à charge pour les patients, au même titre que les établissements publics de santé ; ou de bénéficier de mesures, éventuellement exploratoires, permettant d’adapter la valorisation de leurs activités et de renforcer leur attractivité.

Au niveau des régions, permettre à Unicancer de devenir membre de la commission spécialisée pour l’organisation des soins (CSOS) qui s’attache à formuler des avis sur la politique en matière d’implantation et de financement de l’offre sur le territoire

## 10. Favoriser l’évaluation et le déploiement de l’innovation en Radiothérapie par la création d’un forfait adapté

L’activité de Radiothérapie est une spécialité médicale de traitement du cancer qui nécessite des investissements lourds, des plateaux techniques de pointe et des équipes pluridisciplinaires, formées en continu. Utilisée dans plus de 50% des nouveaux cas de cancer, elle s’effectue essentiellement en ambulatoire. La durée des séances est très variable et dépend de la complexité des prises en charges. Le nombre moyen de séances est en diminution (hypofractionnement), mais leur durée s’allonge, du fait des nouvelles techniques utilisées et de leur contrôle de qualité. L’activité de Radiothérapie réalisée par les CLCC représente environ 25% des patients pris en charge en 2020 et la moitié de l’activité des établissements ex-DG.

Depuis 2007, la Radiothérapie a connu de grandes transformations sur le plan médical, scientifique et technologique, qui ont permis des progrès thérapeutiques considérables avec deux objectifs : renforcer la précision des traitements et diminuer les effets secondaires. Ces innovations significatives (machines dédiées à la stéréotaxie ou à la RCMI, protonthérapie, etc.) ont été accompagnées d’innovations dans la formation des professionnels (médecins, physiciens, manipulateurs) et dans la qualité/sécurité des pratiques (mise en œuvre de l’innovation, préconisations ASN). Les établissements hospitalo-universitaires, tels que les CHU et les Centres de lutte contre le cancer ont en particulier développé ces innovations.

Le mode de financement actuel est devenu inadapté. Il ne permet plus de suivre la marche de l'innovation et d'en faciliter la diffusion à tous les patients. Pour les établissements ex-DG, la tarification à la séance n'incite pas financièrement les acteurs à faire évoluer les prises en charge, c'est-à-dire à réduire le nombre de séances, pratique pourtant validée cliniquement et source de bénéfices pour le patient et de gains collectifs (limitation des déplacements et des contraintes pour les patients et leurs proches/aidants).

Les modalités de financement de la Radiothérapie doivent permettre de donner aux patients un accès rapide aux dernières innovations, pour poursuivre le développement et le rattrapage amorcé il y a 15 ans, et aligner notre offre de soins sur les standards européens. Le modèle médico-économique doit être repensé afin de tenir compte de différents paramètres : technicité des équipements, temps de préparation, de traitement et de suivi des effets indésirables tardifs, occupation des machines, ressources humaines, etc. Ces nouvelles modalités doivent surtout permettre de poursuivre le développement de l'innovation (protons, hadronthérapie, IRM-linac, effet FLASH, etc.), mais plus encore de la pertinence des prescriptions et de l'évaluation des résultats aux bénéfices des patients (qualité/sécurité, index thérapeutique, etc.), tel que demandé par la HAS dans le manuel de certification des établissements de santé. Pour accompagner le virage de la radiothérapie vers un nombre de séances réduits mais avec une technicité accrue, il s'agirait d'établir un mécanisme de financement forfaitaire plus adapté qu'un paiement à la séance.

### Proposition 10

**Dans le cadre de la réforme de la tarification de la Radiothérapie, instaurer un mécanisme de financement (forfait par technique donnée, identique quel que soit l'organe traité) qui favorise l'accès aux innovations pour tous les patients, tient compte de l'évaluation des pratiques et des résultats (phase 4), et de la pertinence des actes.**

**Ce forfait est applicable dans les établissements de santé soumis au PMSI.**

## 11. Faciliter l'accès à un diagnostic initial (tests génétiques et moléculaires) pour favoriser l'égalité d'accès aux soins

Les progrès de la recherche permettent de mieux comprendre les mécanismes biologiques à l'origine du développement et de la progression de certaines pathologies, dont les cancers. Les patients peuvent disposer de traitements adaptés, ciblant avec précision les perturbations engendrées par les anomalies génétiques. Cette médecine de précision change le paradigme de prise en charge des pathologies, non plus définies seulement par l'organe, mais par des caractéristiques génétiques propres.

**La personnalisation des thérapies dépend d'un ou de plusieurs tests visant à mieux connaître la séquence génomique de la tumeur, pour poser des diagnostics, prédire, surveiller la progression de la maladie, et identifier les patients les plus susceptibles de répondre à des traitements ciblés. Cependant, le système de financement de ces tests est confronté à de lourdes difficultés qui entravent l'équité d'accès à ces outils de diagnostic.** La refonte du système de prise en charge de ces actes, avec la bascule du paiement au prescripteur dans une enveloppe fermée, a profondément nuit à cette activité, en particulier en biologie moléculaire et en oncogénétique, fondements de l'activité de cancérologie, et généré des tensions importantes entre établissements.

**Les plus grands perdants de ce système sont les patients, notamment ceux nécessitant un test diagnostique à visée d'optimisation thérapeutique, mais aussi les patients et leur famille nécessitant un test pour diagnostiquer, mieux traiter, prévenir et surveiller une forme familiale de cancer. Devant l'incertitude du taux de remboursement de ces tests, remboursement partiel au final, certains établissements se contraignent à opter pour des tests moins coûteux ou à se limiter à des demandes partielles, risquant ainsi de manquer une information cruciale.** Cette situation, à rebours des engagements du Gouvernement, est également au détriment de l'efficacité du système de soins, faute de ciblage précis des thérapeutiques.

La réforme proposée de la procédure d'inscription et d'actualisation des actes au RIHN proposée dans le PLFSS 2023 (article 27) ne nous paraît pas répondre aux problématiques des actes innovants de biologie moléculaire. **La mise en place d'un système pérenne et équitable d'accès à la médecine de précision et à l'oncogénétique est prioritaire. Nous souhaitons que soit assurée une prise en charge à 100% sur la base de tarifs annoncés, afin de sortir d'un financement annuel rétrospectif pour passer à un financement « au fil de l'eau ». Par ailleurs, l'inscription des tests compagnons au RIHN doit être simultanée à l'octroi de l'accès précoce des thérapies ciblées qui nécessitent l'identification d'un biomarqueur.**

### Proposition 11

#### Réviser le financement des actes de diagnostic moléculaire et de génétique constitutionnelle pour faciliter leur accès sur l'ensemble du territoire.

- Créer un mécanisme garantissant la simultanéité de l'accès à une thérapie ciblée et à son biomarqueur associé permettant d'identifier la pertinence de la prescription.
- Accélérer le rythme d'inscription des actes de diagnostic moléculaire et de génétique constitutionnelle à la nomenclature (particulièrement pour les cancers familiaux les plus fréquents (sein, ovaire, colorectal), les actes de biologie tumorale somatique, dosage ADN circulant et séquençage tumoral pour les indications reconnues.
- Organiser une concertation associant le ministère, sociétés savantes, associations de patients, centres de traitement du cancer et industriels, pour lancer une réforme structurelle garantissant un accès rapide et pérenne aux tests génomiques.