

Plan Cancer III à l' APHP

Propositions: Stratégies et Ambitions

Serge Uzan AP-HP – UPMC

CME AP-HP 13 mai 2014

Membres du Groupe de travail

- Mme Marianick CAVALINNI LAMBERT (Représentante des patients, secrétaire générale du Collectif inter associatif sur la santé (CISS) et Membre du comité des usagers et des professionnels de l' INCa)
- Pr Franck CHAUVIN: Pr de santé Publique à Lyon et Président de la Commission d' évaluation stratégie prospective du Haut conseil de Santé Publique (HCSP)
- Pr Stéphane CULINE: Oncologue médical SLS-LRB – Paris VII
- Pr François GOLDWASSER : Oncologue médical HUPC – Paris V
- M. Raphaël GOUDINOUX : Cadre de santé HU SLS-LRB
- Pr Pierre LAURENT-PUIG: Oncologue médical HUPO-Directeur du SIRIC CARPEM – Paris V
- Dr Nathalie RHEIMS : Responsable du département cancer -APHP
- Pr Christophe TOURNIGAND: Oncologue médical HUHMN – Paris XII
- Mme Christine WELTY: Directrice du GH HUPS
- Pr Laurent ZELEK: Oncologue médical HUPSSD – Paris XIII

Cellule de Coordination

- Dr Gilles GALULA : Coordonnateur médical IUC
- Dr Diariétou N' DIAYE-GUEYE: Coordinatrice médicale IUC
- Mme Stéphanie MONTALENT-METEILLOR: Secrétaire IUC

Avril 2014

Ces Propositions pour le volet Cancer du Plan Stratégique / 2 étapes:

- ✓ un point de l'état des forces et des faiblesses à l'issue des Plan Cancer 1 et 2
- ✓ Mettre en œuvre le Plan Cancer 3 /INCA et la Stratégie Nationale de Santé

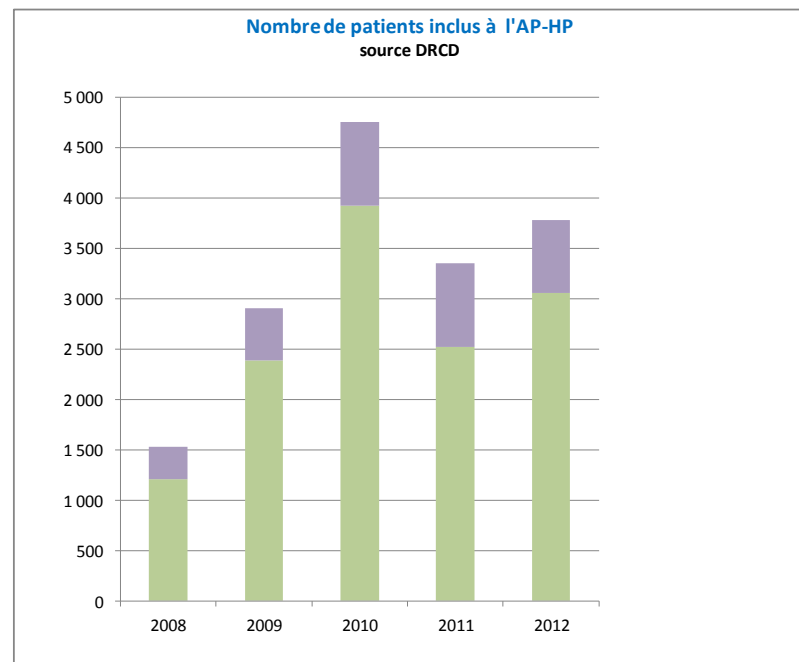
- En fait tout ce qui est envisagé existe déjà à l'AP-HP mais pas partout et pas tout le temps !!!

Chaque mesure du 3ème plan a été analysée, en proposant des engagements, des actions et un indicateur de suivi.

- Poursuivre les travaux du précédent Comité Cancer qui a labellisé des Centres Intégrés et des Centres Experts
- Franchir une nouvelle étape avec un Objectif : les qualités d'un CLCC au sein d'un CHU! Avec un seul Modèle ! : les Plan Cancers 1 , 2 et 3
- **une politique de rupture en renforçant le rôle et la place des patients et des usagers, à tous les échelons décisionnels et à toutes les étapes de leur prise en charge.**

L' AP-HP prend en charge chaque année pres de 50 000 patients atteints de cancers, dont plus de 32 000 nouveaux patients, soit près de 40 % des patients d' Ile de France . Cette activité ne connaît pas de croissance dans tous les secteurs en partie du fait d' un manque de lisibilité, de visibilité et d' attractivité

	Evolution	Evolution
	2013-2009	2013-2012
Chirurgie		
SEIN	-11,00%	-2,61%
DIGESTIF	2,19%	-2,05%
UROLOGIE	-16,04%	-12,60%
THORAX	19,84%	1,02%
GYNECO	11,32%	-3,64%
ORL-MF	0,46%	-5,85%
Chimiothérapie	0,12%	-0,77%
Chimio HDJ	2,22%	-0,75%
Radiothérapie	26,32%	-1,71%



10 % d'inclusions
Dans les essais cliniques pour
les nouveaux patients
(≥ 20 % dans les CLCC)

l'AP HP reste un **acteur unique en cancérologie avec une prise en charge des patients sans aucune limitation**

- **Tous les âges**
- **Tous les stades**
- **Tous les types**
- **Cancers rares**
- **c'est aussi le plus grand centre de cancers fréquents !!**
- **Offre de soins de support, inégalable grâce à sa Multidisciplinarité**

- *Ne jamais laisser seul le Patient face à son Parcours de soins qui doit être **global et personnalisé***

- **Ce terme de « personnalisé » ne doit pas rester une simple formule mais traduire un parcours construit autour de l'individu ,de ses difficultés Sociales et professionnelles ,de ses handicaps en allant jusqu'aux caractéristiques moléculaires de sa tumeur.**

Outre le DA et le PPS Il doit d'emblée envisager La vie du patient au décours du traitement du cancer dans le PPAC

Pour substituer un projet de vie à un objectif de lutte pour sa survie.

Deux exemples:

- **l'oncofertilité.** Et dès la phase initiale **une préservation de la fertilité** doit être proposée aux patients qui sont en âge d'en bénéficier.
- **l'APHP doit s'engager sur une chirurgie reconstructrice systématiquement offerte sans reste à charge pour les patients.**

Améliorer le Parcours Patient en Monitorant les lignes de temps (patient Traceur) en vue de réduire les délais

Grace à des IDE de coordination au sein plateforme dédiées à l'accueil, l'information, l'orientation, la prise de rendez-vous

- Création d'un « ***Cluster Cancérologie pédiatrique*** » dédié aux enfants et aux adolescents avec des cliniques de suivi à long terme pour les 16-25 ans
- ✓ L'oncogériatrie doit être individualisée dans le parcours, notamment grâce aux UCOG.

L'informatisation des dossiers (Orbis et DCC) doit atteindre le niveau attendu pour de tels enjeux, il faut impérativement développer des outils de communication modernes et interactifs (NTIC).

L'innovation est un droit !

- → Le document « Volet Cancer » des collégiales remis sur table, qui va être mis en ligne et servir de base de réflexion pour l'ensemble des projets et l'amélioration des soins de support
- **L'innovation** doit se manifester à toutes les étapes: **du diagnostic** (radiologie avec des investissements nécessaires en IRM et en biologie moléculaire), **du traitement** (organiser les thérapies ciblées en ville) Les **alternatives à l'hospitalisation complète, de la chirurgie** (robotique, chimiothérapie intrapéritonéale, développer l'ambulatoire), **jusqu'à l'après-cancer et au dépistage** " .
- **L'HAD** peut être au cœur de nombreux projets

La recherche

- ***"Pour la recherche Clinique , l'institution doit améliorer et augmenter l'efficience de son organisation par la création d'un guichet unique "Cancer-AP-HP" pour la réponse aux appels à projets .***
- *Il faut des moyens supplémentaires au plus près des investigateurs pour la recherche clinique :techniciens de recherche clinique,*
- **Il faut valoriser les actions visant à augmenter les taux d' inclusions dans les essais**
- ***La Recherche Translationnelle et Fondamentale relève des relations privilégiées de l'APHP avec les Universités les EPST, les COMUE(s) les Structures coopératives régionales Nationales et Internationales***
- ***Un lien « amélioré » avec le cancéropôle d'ile-France***

- ***L'AP-HP est consciente de son rôle social et même sociétal.***
- ***Elle souhaite s'engager clairement dans ce combat pour permettre à toutes les personnes malades, indépendamment de leur situation sociale ou de leur revenu***
- *d'avoir les chances les plus élevées de guérir et de réduire les conséquences négatives de la maladie sur leur vie quotidienne.*

Douleur/Urgences/Soins palliatifs /Décès à l'hopital!!

- Les **Soins de support** sont essentiels et nous proposons une généralisation des **plateformes d'accès à ces soins** sur le modèle des **expériences pilotes** déjà réalisées.
- A ce titre toute activité devra être en lien avec une **unité de prise en charge de la douleur**.
- La réponse à la question **des soins palliatifs** doit faire l'objet d'une réflexion spécifique.
- Quoiqu'il en soit un **besoin de places supplémentaires doit être satisfait en intégrant urgences et soins de suite et de rééducation (SSR)**.

La formation des professionnels (en particulier aux Nouveaux métiers) , mais aussi des patients et des usagers est un levier de l'amélioration des parcours de soins.

Le patient peut devenir un véritable acteur de sa prise en charge, La démocratie sanitaire, la lutte contre les inégalités et la relation avec la ville doivent être des thèmes transversaux présents dans chaque mesure.

✓ L'AP-HP peut être partenaire d' un

**Institut d' Education Thérapeutique
et de formation à la Démocratie Sanitaire
à l'Hôtel Dieu**

- ✓ **Le rôle des médecins traitants** est majeur. Il peut prendre la forme de protocoles de surveillance conjointe.
- Présence **de médecins généralistes à temps partiel** au sein des équipes hospitalières de prise en charge du cancer ?
- Création d' un **Collège des Correspondants** ?

Tous nos engagements témoignent d'une volonté de qualité et d'excellence qui se concrétisera par la **création d'un label « cancer AP-HP » unique et identitaire**

La mise en place de ce label n'est pas une simple démarche de communication mais un véritable engagement (une Charte) à l'égard des usagers et des tutelles.

Ce label concernera les structures AP-HP appliquant ces critères ainsi que les structures hors AP-HP souhaitant leur « affiliation » à cette démarche.

Un observatoire de suivi, et d'évaluation des actions, impliquant des usagers ,des soignants ,des élus et des personnalités qualifiées pourra être mis en place et garantir une transparence assumée.

- ✓ L' AP-HP participera à la **promotion du Dépistage et de la Prévention des cancers** dans ses structures de consultation / Tabac /Diététique
- ✓ **Mais surtout elle doit prendre sa part dans l'innovation pour le dépistage et la prévention en créant des**
« Centres d'identification et de prévention du risque de cancer » (CIPRC)
A partir de son expertise sur les centres des personnes à risque : Seins/ovaire – Colon/rectum

Pour faciliter la mise en œuvre de cette stratégie, **l'APHP doit fédérer et rendre mieux visibles ses forces** actuellement réparties dans les 12 groupes hospitaliers .

La labellisation depuis 3 ans des structures actuelles a été une **démarche à la fois restructurante et essentielle** pour une meilleure lisibilité et qualité de l'offre de soins,

mais **il est indispensable de franchir une nouvelle étape :**

la structuration autour de 3 grands centres fédératifs ou Clusters, reposant sur le même « schéma » territorial que celui proposé par l'ARS.

Ces clusters ne sont pas des structures nouvelles mais la fédération de structures déjà labélisées et maintenues (centres intégrés et experts)

Pas de couche médico-administrative supplémentaire !

Ils permettront d'atteindre des **masses critiques pour l'organisation des parcours de soins et l'optimisation de la recherche clinique** du fait de la taille des cohortes.

Ces regroupements **permettront aussi (et surtout) à l'APHP de mieux s'ouvrir vers les autres établissements de l'Ile de France.**

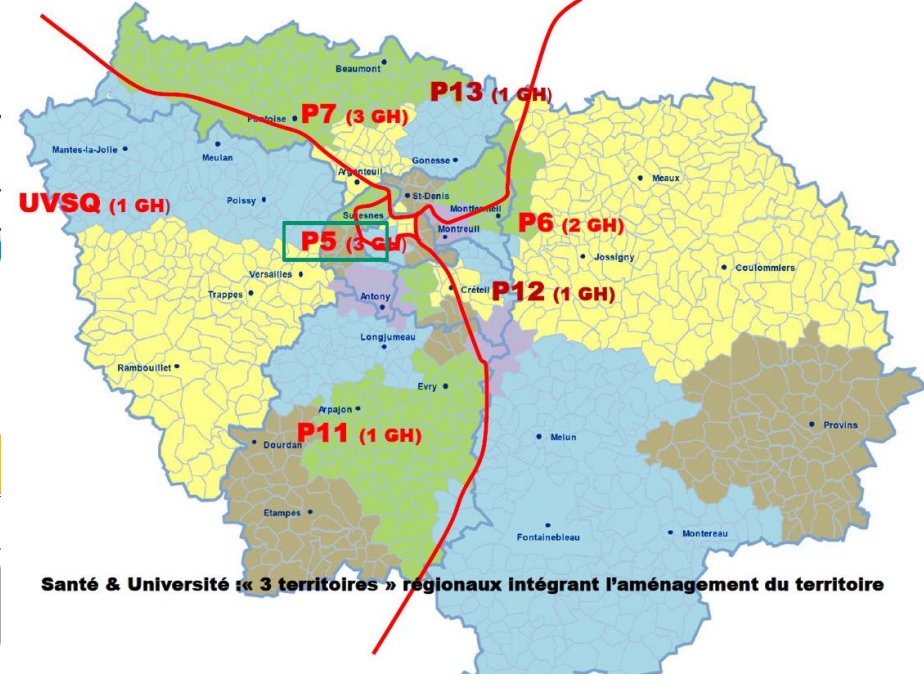
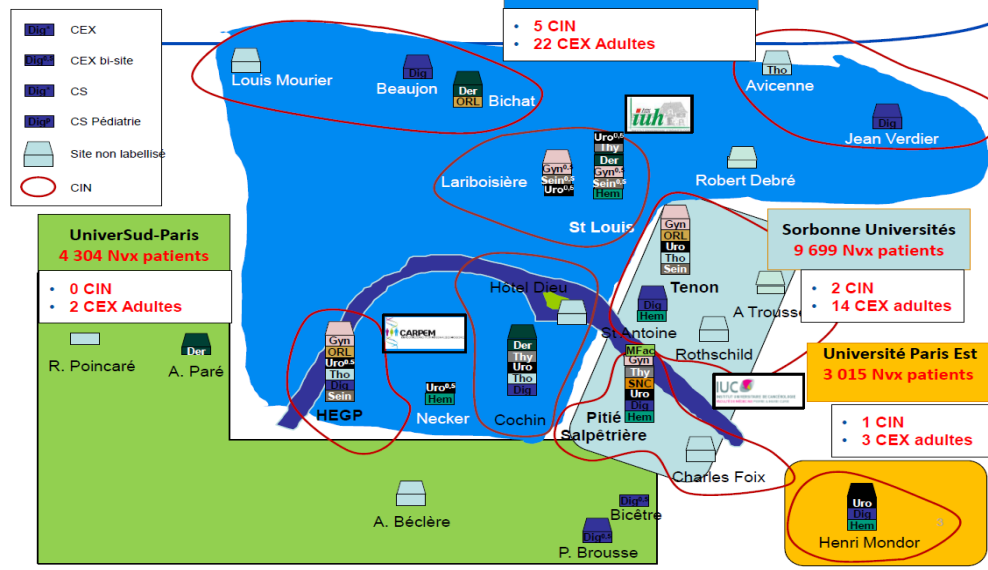
Pour être efficaces chacun de ces clusters disposera à égalité avec les autres de la possibilité de traiter tous les types de cancer, à tous les âges, avec des moyens équivalents.

Chacun de ces clusters aura à traiter par an un nombre de nouveaux patients se situant entre **10 et 12 000** .

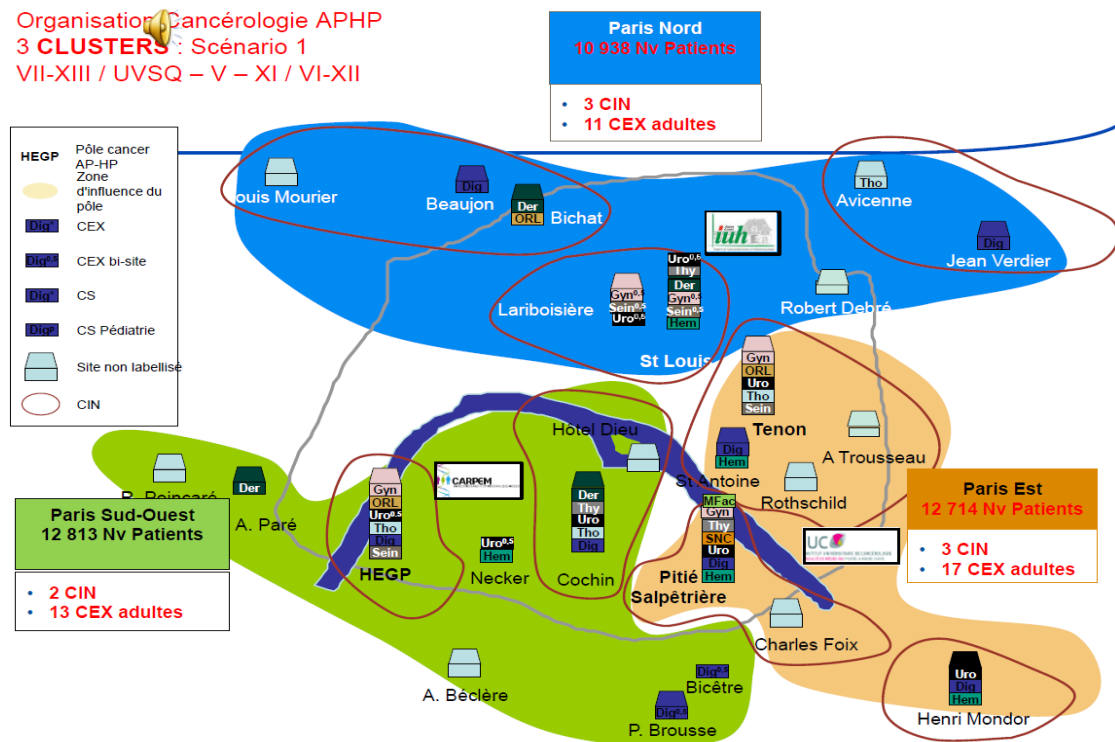
Toutefois le périmètre de ces Clusters , prioritairement dédié aux parcours de soins

n'exclut nullement les nombreuses autres Coopérations "inter et hors clusters" , qu'elles concernent les soins la formation ou la Recherche en particulier au sein des communautés d'universités et établissements et des consortium nationaux et internatiaux

Organisation Cancérologie APHP
4 CLUSTERS : selon PRES
 V-VII-XIII / UVSQ / XI / VI / XII



Organisation Cancérologie APHP
3 CLUSTERS : Scénario 1
 VII-XIII / UVSQ – V – XI / VI-XII



- Proposition de 3 Clusters sur la logique territoriale de l'ARS
- Ces Clusters atteindront les masses critiques pour l'organisation des parcours de soins et l'optimisation de la recherche clinique avec 10 000 à 12 000 nouveaux patients.
- Ils doivent permettre à l'AP-HP d'être un animateur territorial

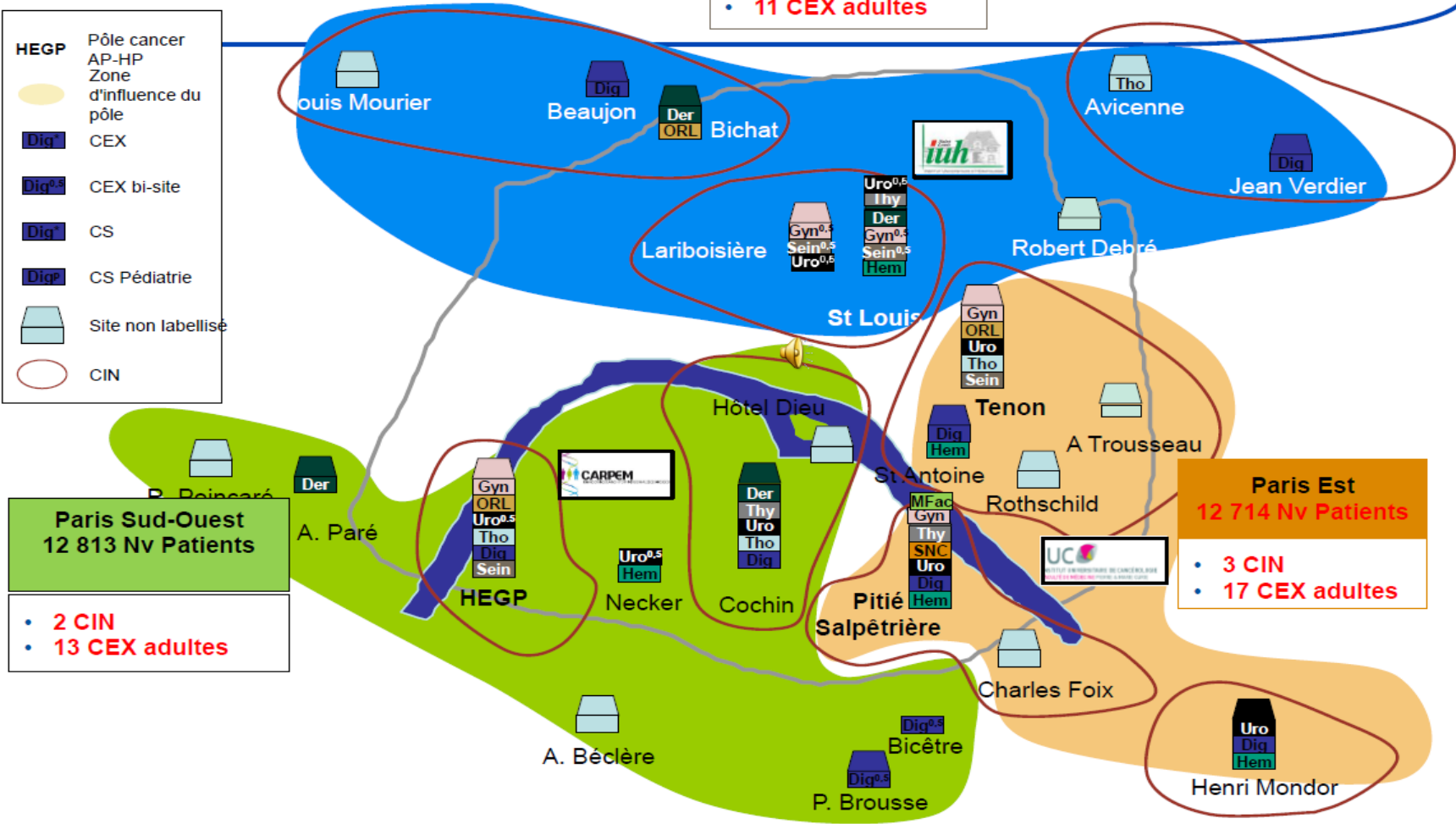
Organisation Cancérologie APHP
3 CLUSTERS : Scénario 1
 VII-XIII / UVSQ – V – XI / VI-XII

HEGP Pôle cancer AP-HP
 Zone d'influence du pôle

- CEX
- CEX bi-site
- CS
- CS Pédiatrie
- Site non labellisé
- CIN

Paris Nord
 10 938 Nv Patients

- 3 CIN
- 11 CEX adultes



Paris Sud-Ouest
 12 813 Nv Patients

- 2 CIN
- 13 CEX adultes

Paris Est
 12 714 Nv Patients

- 3 CIN
- 17 CEX adultes

Des Clusters tournés vers les Territoires d'Île de France

L'objectif est que **chaque patient d'Île-de-France bénéficie du même niveau de prise en charge quel que soit son point d'entrée dans le système de soins.**

L'AP-HP par sa mission H et U et son implantation dans des zones de population à fort index de précarité, doit jouer ce **rôle d'animateur territorial** en élaborant des conventions claires avec les autres établissements de l'Île de France

Ces Conventions doivent formaliser **la stratification des parcours de soins**, les **échanges de soignants** (PM et PNM), avec une politique pour favoriser l'inclusion des patients hors APHP **dans les essais cliniques** et la participation des Centres Hospitaliers Généraux à **l'enseignement.**

La création de RCP régionales et/ou territoriales ainsi que le Label Cancer APHP peuvent être les « vecteurs » **du Service Public Territorial de l'AP-HP.**

Les patients pourront ainsi bénéficier d'une véritable «équité territoriale » combinant des soins de proximité chaque fois que cela est possible et un accès à des soins de recours sans retard chaque fois que cela est nécessaire.

Des investissements sont à prévoir pour accompagner ces choix stratégiques, et doivent être à la hauteur des ambitions de l'AP-HP.

Ils concerneront **les personnels que sont les acteurs actuels ,mais aussi les nouveaux métiers**: Infirmières d'annonce, de coordination, clinicienne, TEC/ARC, équipes de Soins de supports et de soins palliatifs, bio-informaticiens etc .

Ils concerneront également **les matériels** : Imagerie , Biologie moléculaire, Plateformes de génomique, Radiothérapie , Chirurgie , Endoscopie et Radiologie interventionnelle et Logistique (Informatisation, Télémedecine ..).

Pour **l'immobilier l'humanisation** de certains locaux est une priorité. La Création de **nouvelles structures Immobilières doit tenir compte des nouveaux parcours de soins en particulier ceux concernant des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle.**

Age des équipements	AP-HP	CLCC
plus de 12 ans	28%	0%
de 8 à 12 ans	14%	20%
de 4 à 7 ans	50%	41%
3 ans et moins	7%	39%