
PRESS BOOK

Débat public
« Le cancer hors les murs de l'hôpital »

27 juin 2016

SOMMAIRE

Débat public « Le cancer hors des murs ... de l'hôpital »

Démocratie sanitaire et cancer – Note du Pr Dominique Maraninchi

Le cancer hors les murs ... de l'hôpital – Note de cadrage

Programme

Invitation médias

Coupures



DÉBAT PUBLIC À L'IPC

DÉMOCRATIE SANITAIRE
ET CANCER

ORGANISATION
DE DÉBATS PUBLICS
À L'INSTITUT PAOLI-CALMETTES
- IPC -

Dominique Maraninchi

AVEC LE SOUTIEN INSTITUTIONNEL DE :





1. LA DÉMOCRATIE SANITAIRE

« La démocratie sanitaire vise à associer dans un esprit de dialogue, de concertation et de réflexion partagée, l'ensemble des acteurs et usagers du système de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé. »

Installé dans notre système de santé par la Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, ce profond changement dans les relations entre les opérateurs de santé et les usagers peine par certains aspects à se concrétiser et mérite indiscutablement d'être développé.

Le rapport¹ de Claire Compagnon, remis à la Ministre de la Santé, souligne la nécessité de nouveaux efforts pour « faire de la démocratie sanitaire une réalité » - sic ! - .

Neuf recommandations sont formulées dans le rapport :

■ Recommandation n°1

Mettre en place un mécanisme de concertation obligatoire au cœur des décisions en santé

■ Recommandation n°2

Positionner les représentants des usagers dans les lieux de décision

■ Recommandation n°3

Mettre en œuvre une commission des usagers au sein des établissements de santé à la hauteur des enjeux de qualité, de sécurité des soins et respect des droits

■ Recommandation n°4

Favoriser le travail en commun entre usagers et soignants au plus près du malade

■ Recommandation n°5

Développer une politique de formation et de recherche en faveur de la participation des usagers à destination des professionnels et des représentants des usagers

■ Recommandation n°6

Inscrire la représentation des usagers au niveau d'un territoire et garantir l'effectivité de leurs droits

■ Recommandation n°7

Permettre aux plus vulnérables de s'impliquer dans les mécanismes de participation au système de santé et garantir ainsi l'effectivité de leurs droits

■ Recommandation n°8

Démocratie participative et dialogue avec les acteurs de la société civile : se doter des outils d'une citoyenneté active

■ Recommandation n°9

Donner les moyens de la participation aux usagers et au citoyen

9.1. Vers un statut pour les représentants des usagers

9.2. Création d'un Mouvement des usagers et des associations en santé



La recommandation N° 8 du rapport de Claire Compagnon incite donc de façon explicite à se donner des outils de démocratie participative, cadre dans lequel des débats publics réalisés à l'IPC vont naturellement s'inscrire. Le thème de la démocratie sanitaire est par ailleurs un sujet de mobilisation de l'ARS PACA. Il fait partie intégrante du projet d'établissement de l'Institut Paoli-Calmettes.

Le 3^{ème} Plan Cancer² 2014-2019 fait aussi de la démocratie sanitaire un de ses objectifs stratégiques, - « *faire vivre la démocratie sanitaire* » : parmi les 5 actions soutenant cet objectif, l'action 14.2 vise à « *identifier les expériences et les pratiques innovantes en termes de participation des usagers et des personnes malades* ».

Les débats publics organisés par l'IPC s'inscrivent dans cette démarche.³

2. L'ENGAGEMENT INSTITUTIONNEL DE L'IPC DANS LA DÉMOCRATIE SANITAIRE EST ANCIEN ET RICHE

• **L'installation du Comité de patients de l'IPC**, à la fin des années 1990, en est une réalisation concrète et marquante. Celui-ci a joué un rôle pionnier en France qui a inspiré en 2004 la mesure correspondante du premier Plan Cancer⁴. L'action du Comité est très riche et a contribué à de nombreuses approches innovantes.

On peut citer :

- un engagement soutenu dans la revue des protocoles de recherche clinique, tant au niveau local (100 % des protocoles dont l'IPC est promoteur sont revus par le Comité) qu'au niveau national à travers une participation active à la relecture de protocoles⁵, rendant concrète la participation à l'action scientifique de « *patients experts* ».
- La consultation régulière du Comité par la Direction générale sur le projet d'établissement⁶, son suivi, les projets de service, les démarches qualité et la certification de l'établissement.
- La participation active au Comité de relations avec les usagers et de la qualité de prise en charge (CRQUPC).
- La collaboration active du Comité aux projets de recherche et d'action en Sciences humaines et sociales, ayant généré plusieurs publications scientifiques⁷ du site sur ce thème.

• Suivant et accompagnant cette dynamique, de nombreux colloques sur la pathologie cancéreuse ont été initiés par l'IPC **qui incluent les témoignages et la participation de patients, de proches et d'aidants**. Ces colloques ouverts au grand public couvrent de nombreux aspects de la maladie cancéreuse allant de la clinique à la biologie, la génétique, la psychologie et les sciences humaines et sociales. Outre la participation du Comité de patients, ces colloques et débats mobilisent de nouveaux patients et proches impliqués dans des questions transversales telles que la transplantation, le risque génétique, la douleur et les soins palliatifs, le vécu psychologique et social, mais aussi des pathologies spécifiques telles que les leucémies, lymphomes, cancers du sein et gynécologiques, cancers digestifs, cancers de la prostate, etc.

2. www. Institut National du Cancer, e-cancer.fr , Plan Cancer, Objectif 14 : Faire vivre la Démocratie sanitaire.

3. Les 4 autres actions du Plan Cancer en matière de démocratie sanitaire visent à soutenir l'évaluation et la formation des parties engagées dans ce domaine, objectifs que l'on retrouvera aussi dans la mobilisation de l'IPC.

4. Mesure annoncée par le Président de la République, « Jacques Chirac souhaite que, dans toutes les structures d'hospitalisation, un comité de patients, comme celui qui existe à l'Institut Paoli-Calmettes, soit créé ». (Les Echos, 2004). « À Marseille, Jacques Chirac préconise le développement des comités de patients » (Libération, 2004).

5. Entre 2000 et 2012, 385 protocoles ont été revus et amendés par 60 relecteurs, dont des membres du Comité de patients de l'IPC, mobilisés par le Comité de recherche clinique de la Ligue Nationale de Lutte contre le cancer « faisant du patient un acteur de sa prise en charge et un partenaire de la recherche ».

6. Participation du Comité à la préparation et au suivi des 3 derniers projets d'établissement.

7. Voir notamment : Julian-Reynier et al. « Assessment of care by breast cancer patients participating or not in a randomized controlled trial. A report with the patients' committee for clinical trials » J Clin. Oncol, 2007, 25 : 3038-44 ; Mancini J et al. « Patients' regrets after participating in a randomized trial depended on their involvement in the decision making ». J Clin epidemiol., 2012, 65 : 635-42 ; Mancini J. et al. « Preferences of older adults with cancer for involvement in decision making about research participation ». Am. J. Geriatr. Soc. 2014, 62: 191-93.



- Il faut noter aussi l'importance de la richesse du **tissu associatif en cancérologie** qui anime en interface avec les équipes de l'IPC débats et actions entre patients et soignants : il s'agit bien sûr de la Ligue contre le cancer, mais aussi d'autres associations telles que Jeunes Solidarité Cancer, l'association Ghjuvan Francescu, Leucémie myéloïde chronique France, Association française des malades du myélome multiple, France lymphome espoir, Les pompiers de l'espoir, l'association « Restart » de patients greffés.

- Enfin, le Site de recherche intégrée en cancérologie (SIRIC) de Marseille, structure labélisée par l'INCa, associant IPC et Assistance Publique Hôpitaux de Marseille, a intégré des représentants de patients dans sa gouvernance scientifique et dans le suivi de plusieurs projets

3. L'ÉVOLUTION ET LA STRUCTURATION DES ACTIONS DE DÉMOCRATIE SANITAIRE À L'IPC MÉRITENT NÉANMOINS D'ÊTRE RECONSIDÉRÉES

Dans le milieu sanitaire, peut-être plus que dans d'autres domaines, la pratique de l'échange démocratique entre parties (impliquant de nombreux acteurs de cultures, motivations et métiers variés) mérite des efforts de formalisation allant de la définition jusqu'au suivi et à l'ajustement des diverses actions.

Il en est de même pour la vie de la démocratie sanitaire à l'IPC. L'enjeu « vital » du cancer, les incertitudes autour de la recherche et de l'innovation imposent à cet exercice démocratique un caractère, dynamique et évolutif.

En 2014, le rapport de Claire Compagnon, la nouvelle dynamique du Plan cancer ont invité à renforcer l'existant et à initier de nouvelles approches qui pourraient impliquer de nouvelles formes, de nouvelles catégories (et générations) d'acteurs.

Si l'on met en perspective l'état de l'engagement actuel de l'IPC avec les recommandations du rapport de Claire Compagnon (CC), le Plan cancer 2015-2019 et les préconisations émanant du rapport 2013 de la Conférence Régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) de PACA, on peut considérer que l'IPC pourrait renforcer son action sur plusieurs points tels que :

- le besoin de « développer une politique de formation et de recherche en faveur de la participation des usagers... » (recommandation N°5 du rapport CC, Plan cancer et rapport CRSA)
- la nécessité de « se doter des outils d'une citoyenneté active... favoriser la démocratie participative et le dialogue avec les acteurs de la société civile » (recommandation N°8 du rapport CC).

4. L'ORGANISATION DE DÉBATS PUBLICS SUR LE CANCER À L'IPC : QUESTIONS DE FONDS, DE MÉTHODE ET DE FORMAT

La réalisation de débats publics doit contribuer à un meilleur éclairage des - nombreuses - questions soulevées par la rencontre avec le cancer.

Le but de tels débats sur le cancer n'est pas de chercher un consensus entre participants mais plutôt de permettre et de stimuler l'expression de toutes les parties prenantes au-delà de la position des experts du sujet. Le respect



des positions, l'écoute de points de vue éventuellement contradictoires, font partie des valeurs apportées par le débat démocratique. Il est postulé que la réflexion collective doit permettre à chacun de progresser dans la connaissance mais pourra aussi influencer des attitudes ou actions ultérieures. Il est estimé que le débat démocratique autour de questions concrètes, favorisera le progrès dans « l'autonomie » des patients face aux questions de vie posées par la maladie qu'ils subissent.

La préparation du débat, de même que sa formalisation sont des étapes importantes pour soutenir la loyauté et la qualité de l'échange entre les acteurs, des éléments fondamentaux d'un débat démocratique.

Les grands principes des débats publics ont été formalisés par la la Commission nationale du débat public⁸ (CNDP), dont 3 principes vont soutenir la démarche interne :

- **Transparence** : En amont du débat, des dossiers sur les questions débattues sont mis à disposition expliquant contexte et objectifs; ces dossiers sont destinés à aider à débattre sur la question et doivent donc être simples et concrets ; ils sont éventuellement détaillés et illustrés lors de réunions internes aux parties prenantes - 2 à 3 - avant le débat. Lors du débat les intervenants se présentent avant de prendre la parole. Le débat est enregistré en vidéo, diffusé intégralement sur internet et rendu accessible sur le site web de l'IPC. Une déclaration d'intérêt est recueillie auprès de chaque participant et est rendue publique.
- **Argumentation** : Le débat ne peut être intelligent, constructif et positif que s'il est argumenté ; le nombre de personnes exprimant une même opinion importe peu, c'est plutôt le poids et la force des arguments qui construisent peu à peu un dialogue collectif. La valeur des arguments n'a rien à voir avec les qualités oratoires de l'intervenant. L'organisation met à disposition les moyens adaptés afin que toutes les opinions soient entendues et relayées auprès des participants.
- **Equivalence de traitement** : Tous les points de vue doivent être traités de la même manière. Chacun, quel que soit son statut, est encouragé à participer au débat. La même qualité d'écoute et les mêmes règles de discipline sont appliquées dans le débat. Les organisateurs doivent veiller à faciliter la parole de ceux qui y sont le moins disposés afin de veiller à une équivalence de traitement.

De façon concrète (et autant que possible, reproductible) les principaux éléments structurant les débats publics à l'IPC comprennent :

- Un travail en amont sur le choix du sujet⁹ et la formulation des principales questions qu'il peut susciter
- L'identification des « parties prenantes » au débat :

Celles-ci comprennent (systématiquement) plusieurs collègues, essentiellement internes : membres du Comité de patients, représentants des usagers et associations, soignants, syndicats, administrations.

Il est souhaitable, quand c'est possible, de faire participer différentes personnes aux débats, afin que la « culture » et « l'expérience » du débat démocratique soient partagées par le plus grand nombre d'acteurs internes, plutôt que d'investir sur des « spécialistes du débat ».

Un collègue de personnalités qualifiées, essentiellement externes, y est associé mais sa composition est -naturellement- adaptée au thème faisant débat.

8. www. Commission du débat public .La Commission nationale du débat public (CNDP)-créée en 1995 par la loi Barnier- est devenue une autorité administrative indépendante en 2002 avec la loi relative à la démocratie de proximité. Sa mission est d'informer les citoyens et de faire en sorte que leur point de vue soit pris en compte dans le processus de décision : « Vous donner la parole et la faire entendre ».

9. Les échanges internes préparatoires ont lieu avec le Comité de patients, des représentants des usagers, des membres de la CME, des chercheurs en SHS, et la Direction générale.



Il est considéré que les collèges de parties prenantes (en dehors des personnalités qualifiées) devraient comprendre entre 5 et 10 participants. Les membres d'un collège sont identifiés par le comité de pilotage et la Direction générale. Le collège des représentants du personnel est composé par principe de membres élus de toutes les organisations syndicales (maximum de trois membres par organisation).

- La préparation des « parties prenantes » par des réunions préalables au débat.

Elle se fait à travers des réunions qui visent à aider chaque collège à participer de façon équivalente : elles comprennent donc un échange préalable sur les règles, modalités et durées des interventions des participants (prises de parole en table ronde, en réaction, pré formulation de questions, de commentaires, etc.). Elles incluent la mise à disposition des éléments de contexte et des documents de référence utiles et de premières discussions sur les questions soumises au débat. Deux à trois réunions préparatoires sont programmées avant la tenue de chaque débat.

- La tenue des débats.

Les débats se déroulent pendant une journée -au maximum-. Ils ont lieu sur le site de l'IPC, notamment afin de renforcer l'expression démocratique par la proximité entre les acteurs, parties prenantes¹⁰. Les débats sont enregistrés et la diffusion des vidéos sur internet - rapportant l'intégralité des interventions, structurées par un découpage adapté - est systématique, permettant la diffusion du débat à un plus grand public (voire permettra sa participation via les réseaux sociaux). Une part importante du temps sera donnée aux interventions de chaque partie, qui sera idéalement concise et argumentée, soutenue et stimulée par un(e) responsable de l'animation.

- Des suites aux débats.

Il a été choisi de privilégier le support audio-visuel pour assurer la diffusion, permettre de prolonger réflexion et échange après le débat mais aussi d'en garder la mémoire.

L'évaluation portera sur le fonds, la forme et l'utilisation de ces échanges. Elle sera un élément important pour faire évoluer format et questions en fonction des attentes.

5. LE -DEUXIÈME- DÉBAT PUBLIC DE L'IPC AURA LIEU LE 27 JUIN 2016 SUR LE THÈME « LE CANCER HORS LES MURS... DE L'HÔPITAL »

Les thèmes sont choisis après consultation des parties prenantes, avant tout le Comité de patients, puis sont validés en Comité de pilotage et par la Direction générale

Le débat à venir suit le débat public « *Le coût des médicaments innovants en oncologie* » qui s'est tenu à l'IPC le 28 janvier 2016 ; ce premier débat a eu une très large diffusion et participation, de même qu'un impact secondaire non négligeable¹¹.

10. La salle retenue peut accueillir 110 personnes, donc un nombre limité de participants, limite qui doit favoriser l'échange et la prise de parole des participants les moins expérimentés.

11. 832 personnes ont suivi le débat en vidéo dont 400 en streaming. Il y a eu 29 000 utilisateurs des tweets postés. Quinze jours après le débat, un « appel » était lancé dans les médias par 110 oncérologues, appel suivi par une pétition qui recueillait 4 000 signatures.



Chaque débat est introduit par deux –brèves- présentations « brossant le tableau » et rappelant aux participants les faits et les enjeux qui seront débattus.

Les débats proprement dits se déroulent selon un format de table-rondes, chacune étant introduite par une personnalité qualifiée introduite. Lors de chaque séquence de table ronde, l'animateur(trice) mène le débat d'abord entre collèges de parties prenantes et avec l'auditoire de la salle ou des réseaux sociaux .

Le thème « **Le cancer hors les murs... de l'hôpital** », fait référence aux rapides évolutions qui changent la face de la prise en charge des personnes atteintes de cancers. Ces évolutions médico scientifiques et technologiques permettent de plus en plus de parcours de vie et guérisons à distance ou avec très peu de recours à l'hôpital. La Santé sera « connectée » et/ou utilisera de plus en plus de ressources dites informatiques pour identifier, piloter , optimiser les prises en charge .Les impacts sur l'organisation, le budget de l'hôpital peuvent être conséquents. Quels bénéfices en attendre ? et pour qui ? Comment vont fonctionner des soins « à distance », comment s'exercera la surveillance de la maladie ? Comment la confiance, l'échange, la relation humaine de qualité peuvent ils être maintenus au cœur de ces nouveaux parcours de soins ? quelle autonomie pour le patient .

6. D'AUTRES DÉBATS VONT SUIVRE...

Leur fréquence -maximale- pourrait être de deux par an, comptes tenus des délais nécessaires à la préparation des parties prenantes. Plusieurs thèmes sont déjà évoqués et travaillés, citons en deux : quelle autonomie de décision des personnes soignées pour un cancer ? quels sont les impacts de la transparence des liens d'intérêts des soignants et chercheurs en cancérologie ?

Pour conclure, cette citation de A. de Tocqueville (1805-59) sur la vie en démocratie, qui s'applique à plusieurs problèmes évoqués dans cette note sur démocratie sanitaire et cancer.

***« Dans une société démocratique, les hommes peuvent se perdre au lieu de se voir.
Il faut donc, pour que les hommes s'humanisent, parvenir à développer l'art de s'associer ».***



DÉBAT PUBLIC À L'IPC

LE CANCER HORS LES MURS... DE L'HÔPITAL

RÉALITÉ OU UTOPIE ? QUELLES ÉVOLUTIONS
À VENIR ? QUELS IMPACTS ÉCONOMIQUES
ET ORGANISATIONNELS ?

François BERTUCCI, Anne-Gaëlle LE COROLLER, Sylvain FLUZIN

AVEC LE SOUTIEN INSTITUTIONNEL DE :





Partie 1 : QUELLES ÉVOLUTIONS À VENIR ?

François BERTUCCI, Professeur en oncologie, responsable de l'équipe transcriptome à l'IPC

Soigner autrement est devenu un impératif de santé publique en raison du vieillissement de la population, de l'augmentation des maladies chroniques, de la désertification médicale, de l'hyperspécialisation de la médecine et de l'exigence accrue des patients. C'est également un impératif économique en raison de la difficulté à financer des dépenses de santé sans cesse croissantes. Les soins en cancérologie sont l'objet depuis quelques années d'une transformation radicale avec le développement de la prise en charge ambulatoire et une diminution de la durée des séjours hospitaliers avec des traitements moins lourds et plus précis. Le « cancer hors les murs » est une réalité déjà présente qui va se développer dans les années futures grâce aux progrès du numérique. Ce développement tient aussi à des raisons épidémiologiques et économiques, et aux progrès médicaux et scientifiques, et aura des répercussions humaines, économiques et organisationnelles.

RAISONS ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Par sa fréquence (350.000 nouveaux cas en 2012) et sa gravité, le cancer reste un enjeu majeur de santé publique en France où il représente la première cause de mortalité (150 000 décès en 2012). Les trois « Plans cancer » successifs ont permis des avancées encourageantes : l'évolution des taux standardisés (pour 100 000 personnes-années) entre 1980 et 2012 montre que les taux d'incidence ont débuté leur décroissance chez l'homme et se sont stabilisés chez la femme depuis 2005 et que les taux de mortalité accélèrent leur décroissance depuis 2005 chez les hommes et chez les femmes ⁽¹⁾. Mais le poids du cancer reste lourd, aggravé par l'augmentation démographique et le vieillissement de la population. L'incidence brute augmente et on estime que 385 000 personnes auront un cancer en 2015? 2016 ?. Grâce aux progrès thérapeutiques, les patients vivent plus longtemps, plus âgés, et la maladie se chronicise dans les formes métastatiques. La survie s'améliore, augmentant le nombre de patients « guéris » à surveiller. Les patients sont mieux informés et deviennent de plus en plus acteurs de la décision thérapeutique et de la réalisation du traitement avec les formes orales. Concernant les cancérologues, leur file active de patients augmente ainsi que le niveau requis de connaissances scientifiques avec des traitements rapidement évolutifs et de plus en plus complexes.

RAISONS ÉCONOMIQUES

Le coût du cancer est en augmentation régulière. Sur les 7,25 milliards d'euros dépensés en 2012, la part des séjours hospitaliers et séances en établissements de santé était largement majoritaire, représentant 64,5 %. Les séjours hospitaliers coûtent également en termes d'absentéisme professionnel et de baisse de productivité. Réorganiser les soins avec plus d'ambulatoire, des durées d'hospitalisation plus courtes, mais également plus de prévention est un enjeu crucial.

PROGRÈS MÉDICAUX ET SCIENTIFIQUES ET ÉVOLUTIONS ATTENDUES DANS LES CENTRES DE LUTTE CONTRE LE CANCER

L'étude EVOLPEC « Quelle prise en charge des cancers en 2020 au sein des Centres de lutte contre le cancer ? » réalisée par UNICANCER ⁽²⁾ a permis d'identifier six évolutions structurantes dans la prise en charge des patients, qui pour la plupart vont dans le sens du « cancer hors les murs ».

La première concerne la hausse de la chirurgie ambulatoire qui permet au patient de sortir le jour de son hospitalisation. Elle est très encouragée par les pouvoirs publics en raison de bénéfices pour les patients, les établissements de santé et l'Assurance maladie. Elle nécessite l'accord du patient et des conditions favorables, notamment une organisation logistique de surveillance post-opératoire à domicile. Pour le cancer du sein, l'objectif est de passer de 17 % à 50 % des interventions en 2020.

La deuxième évolution est la radiothérapie hypofractionnée, avec réduction du nombre de séances de radiothé-

rapie. Les évolutions techniques permettant une précision accrue du champ d'irradiation permettant d'augmenter la dose délivrée à chaque séance dans le volume cible et donc de réduire le nombre de séances. Pour le cancer du sein, l'objectif est de passer de 30 à 20 séances en 2020, avec déjà dans certaines conditions la possibilité d'une radiothérapie per-opératoire permettant chirurgie et radiothérapie en un seul jour.

La troisième évolution est la « chimiothérapie » - au sens traitement général - chez soi rendue possible par le développement croissant des chimiothérapies et thérapies ciblées par voie orale et la chimiothérapie intraveineuse (IV) en hospitalisation à domicile (HAD). Les thérapies modernes ciblent une altération moléculaire relativement spécifique de la cellule cancéreuse. Elles prennent une part majeure dans les traitements généraux des cancers, représentant 50 % des AMM délivrées en oncologie depuis 2004, un taux qui devrait s'accroître puisque 75 % des essais cliniques réalisés entre 2007 et 2011 dans le cancer du sein concernaient une thérapie ciblée. Elles sont dans 50 % des cas prises par voie orale, à domicile, ou par voie IV en ambulatoire, et de façon le plus souvent continue et « à vie », posant des problèmes d'observance, mais également de surveillance accrue en raison de toxicités plus complexes que la chimiothérapie cytostatique classique. Concernant le cancer du sein, nous nous orientons pour 2020 vers une diminution de la chimiothérapie adjuvante au stade précoce grâce à de nouveaux marqueurs pronostiques moléculaires, vers une augmentation du nombre de « lignes » thérapeutiques disponibles au stade avancé avec 50 % de traitements par voie orale imposant la mise en place de programmes d'éducation thérapeutique pluridisciplinaire ville-hôpital, et enfin vers un développement de la chimiothérapie IV en HAD.

La quatrième évolution est la généralisation de la caractérisation moléculaire des tumeurs en plein essor grâce aux techniques de génomique, avec des applications à tous les niveaux cliniques (dépistage, diagnostic, pronostic...). Citons par exemple les nouvelles techniques de séquençage à haut débit qui permettent d'orienter l'utilisation des thérapies ciblées ou l'analyse de l'ADN tumoral circulant par simple prise de sang (biopsie liquide) réalisable à domicile et de façon itérative au cours du temps pour une adaptation thérapeutique régulière.

La cinquième évolution est le développement de la radiologie interventionnelle (RI), qui permet au radiologue, sous contrôle de l'imagerie, des actes diagnostiques et thérapeutiques moins invasifs que la chirurgie et dans des conditions ambulatoires dans 30 % des cas.

La sixième évolution est le développement des soins de support définis comme l'ensemble des soins et soutiens nécessaires au patient et à l'entourage conjointement aux traitements oncologiques. Les premiers départements de soins de support ont été mis en place dans les Centres de lutte contre le cancer. Ils doivent permettre un accompagnement personnalisé et global du patient.

Ainsi, la prise en charge des patients va évoluer vers une diminution du nombre et/ou de la durée des séjours hospitaliers avec une succession d'interventions pluridisciplinaires très spécialisées à des temps pré-définis (consultations, actes diagnostiques et thérapeutiques ambulatoires) et plus de soins à domicile, nécessitant un accompagnement nouveau et une surveillance adaptée « à distance, hors des murs » assurant la continuité des soins et du suivi en toute sécurité et équité et de manière prolongée. Dans ce cadre, le rôle du Centre de lutte contre le cancer sera plus focalisé sur la coordination du parcours de soins.

« LE CANCER HORS LES MURS... » : UNE RÉALITÉ DÉJÀ PRÉSENTE ET QUI MARCHE...

Plusieurs actions mises en place ces dernières années permettent déjà avec succès de diminuer les séjours hospitaliers. Citons par exemple les consultations avancées que l'IPC avait installées il y a plusieurs années dans les hôpitaux éloignés de la région et qui ont été remplacées grâce aux progrès technologiques par des réunions de concertation pluridisciplinaire en vidéoconférence. L'échange de supports papier entre acteurs de soins, comme des fiches d'information sur la toxicité des protocoles de chimiothérapie distribués aux médecins traitants, permet de diminuer les hospitalisations secondaires pour toxicité dans les inter-cures ⁽³⁾. L'équipe du Pr Guy Laurent à Toulouse a montré l'intérêt d'une assistance téléphonique des patients atteints de lymphome par une infirmière hospitalière sous la supervision de l'oncologue durant la chimiothérapie ⁽⁴⁾ et pour la surveillance dans l'année post-chimiothérapie ⁽⁵⁾.



« LE CANCER HORS LES MURS... » : UNE RÉALITÉ ... QUI VA S'ACCENTUER GRÂCE AU NUMÉRIQUE ET AUX NOUVELLES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION (TIC)

Cette transformation des soins hospitaliers, comme celle d'autres secteurs économiques, est impulsée par le numérique. La e-santé est définie comme « l'application des technologies de l'information et de la communication à l'ensemble des activités en rapport avec la santé et la fourniture des soins à distance ». La technologie principale est internet qui permet la connexion entre intervenants grâce aux appareils connectés (mobiles, smartphones, tablettes...) et objets connectés via les serveurs qui stockent les données dans le nuage ou « *cloud* ». Il existe différentes composantes de la e-santé ⁽⁶⁾ : la télémédecine, le « *e-learning* » et les « *serious games* », le « *quantified self* » ou auto-mesure de soi, le « *Big Data* » et la m-santé (mobiles : smartphones, tablettes...).

Les enjeux pour les consommateurs sont multiples. Pour les patients, citons autonomie, qualité de vie, accès immédiat et large à l'information, partage du vécu avec d'autres patients à travers les forums, voire « patients experts » qui participent à l'élaboration de contenus éducatifs. Pour les professionnels de santé, citons une meilleure utilisation du temps médical, aide à la décision médicale, et facilitation d'échanges entre professionnels hôpital ville mais aussi directement avec les patients. Pour les établissements de santé, citons une meilleure efficacité des ressources (aide à la prescription, partage dossier patient...).

EXEMPLES D'APPLICATIONS

Le dossier médical électronique, qui a été mis en place à l'IPC depuis plusieurs années pour remplacer le dossier papier, est un exemple déjà ancien et réussi dans le domaine. Il existe d'autres exemples plus récents dans la littérature. Pour la prévention et le diagnostic précoce du cancer du col de l'utérus, un programme basé sur les mobiles été mis en place en Tanzanie ⁽⁷⁾. Des infirmières équipées de téléphones mobiles et présentes dans les régions les plus éloignées du pays prennent des photos des cols, puis les envoient par MMS à des médecins dans un centre spécialisé. Ceux-ci adressent alors une réponse par message sur la conduite à tenir à l'infirmière sur place. Le procédé permet d'améliorer la prévention de ce type de cancer et d'éviter aux populations éloignées de parcourir de longues distances pour être examinées. Pour le suivi en cours de traitement, une équipe norvégienne ⁽⁸⁾ a montré dans un essai randomisé incluant des patientes en cours de traitement pour un cancer du sein récemment diagnostiqué la supériorité d'un accompagnement basé sur internet à un suivi classique en termes de symptômes physiques, anxiété, et dépression. Pour le suivi de la maladie, plusieurs études ont démontré que les médecins traitants se sentaient peu à l'aise, et que les patients faisaient en général plus confiance à leur oncologue. Pourtant cette consultation de suivi est contraignante pour le patient (transport, attente, arrêt de travail), coûteuse en temps pour le médecin et en argent pour l'Etat. Si bien organisée, elle pourrait être réalisée via une connexion internet (skype). On peut d'ores et déjà imaginer que des patients atteints d'une GIST (tumeur stromale gastro-intestinale) et traités par thérapie ciblée (glivec) ne mettent jamais un pied à l'hôpital, au moins durant le traitement en cours.

CONCLUSION

Cette (r)évolution qui va permettre au patient de sortir de plus en plus du cadre de l'hôpital est en cours et s'accélère grâce aux nouveaux outils de communication. Elle va obliger à modifier les rôles des professionnels de la santé et avant tout à informer mais aussi éduquer les patients. Acteurs hospitaliers et extra-hospitaliers devront plus que jamais apprendre à travailler en réseaux coordonnés. Dans ce contexte, les Centres de lutte contre le cancer auront un rôle capital à jouer. Une évaluation scientifique devra également être mise en place pour évaluer le vécu et l'intérêt de cette approche au niveau des patients bien entendu, mais aussi des professionnels de la santé et de la collectivité nationale.



Références

1. Binder-Foucard F, Belo! A, Delafosse P, et al Estimation nationale de l incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Saint-Maurice Institut de veille sanitaire, 2012
 2. EVOLPEC : Quelle prise en charge des cancers en 2020 ? http://www.unicancer.fr/sites/default/files/DP_UNICANCER_6_tendances_prise_en_charge_cancers_2020.pdf.
 3. Rouge-Bugat ME, Lassoued D, Bacrie J, et al. Guideline sheets on the side effects of anticancer drugs are useful for general practitioners. Support Care Cancer. 2015;23(12): 3473-80.
 4. Compaci G, Ysebaert L, Obéric L, et al. Effectiveness of telephone support during chemotherapy in patients with diffuse large B cell lymphoma: the Ambulatory Medical Assistance (AMA) experience. Int J Nurs Stud. 2011;48(8): 926-32.
 5. Compaci G, Ruefer M, Lamy S, et al. Ambulatory Medical Assistance--After Cancer (AMA-AC): A model for an early trajectory survivorship survey of lymphoma patients treated with anthracycline-based chemotherapy. BMC Cancer. 2015;15: 781.
 6. Brouard B, Bardo P, Vignot M, et al. [eHealth and mHealth: current developments in 2014 and perspectives in oncology]. Bull Cancer. 2014; 101(10): 940-50.
 7. Fighting cancer with cell phones: Innovation to save lives in Africa. CNN [Online]. Available: <http://www.cnn.com/2012/11/23/tech/africa-health-innovation/index.html> [Accessed: 06-Jan-2014].
 8. Børåsund E, Vancarova M, Moore SM, et al. Comparing effects in regular practice of e-communication and Web-based self-management support among breast cancer patients: preliminary results from a randomized controlled trial. J Med Internet Res. 2014;16(12): e295.
-

Partie 2 : LES OUTILS NUMÉRIQUES AU SERVICE DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

Sylvain FLUZIN, Directeur du Système d'Information et de l'Organisation

1. LES PATIENTS SOUHAITENT S'IMPLIQUER DE PLUS EN PLUS DANS LEUR PRISE EN CHARGE

Une implication plus forte des patients contribue à améliorer les résultats des traitements et les nouvelles technologies permettent aujourd'hui d'accompagner efficacement cette volonté d'engagement.

Les patients fortement impliqués dans le processus de décision lié à leur prise en charge ont de meilleurs résultats et sont en meilleure santé.

L'émergence des nouveaux outils numériques tels que portails médicaux, messageries sécurisées, réseaux sociaux, visiophonie, applications mobiles orientées santé, objets connectés permet d'assurer d'une manière plus efficiente et systématique un continuum de prise en charge des patients en dehors de l'hôpital.

Par ailleurs, les informations recueillies peuvent alimenter des bases de connaissances (Big Data et Intelligence artificielle) qui une fois exploitées, contribuent à améliorer les propositions de traitement et de prise en charge. Cette évolution des comportements est déjà en route et contribue à la réduction des coûts, à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et à l'augmentation de l'espérance de vie.

Nous sommes tous concernés par ce mouvement de fond, qui représente dans notre domaine une occasion unique d'innover dans nos missions de coordination des soins et d'accompagnement des patients à toutes les étapes de leur prise en charge.

Fin 2014,

- 46 % des français ont accès à une tablette,
- 61 % à un smartphone,
- et 80 % à un PC à domicile (étude Deloitte)

Le taux d'adhésion constaté des patients à des programmes adaptés de suivi à distance dépasse souvent 90 %.



2. EXEMPLE ILLUSTRÉ DE SUIVI ET D'ACCOMPAGNEMENT À DISTANCE DES PATIENTS

Voir un exemple de suivi (présentation animée) impliquant le patient, son établissement de soins et les professionnels de ville référents.

3. QUELQUES EXEMPLES D'APPLICATION EN CANCÉROLOGIE (2016- 2017)

Chirurgie ambulatoire

Le patient

- est averti des consignes pré-opératoires (check-list, vidéos, images,...)
- valide l'observance des consignes avant l'intervention
 - identification des patients qui ne viendront pas
 - meilleure observance des consignes
- reçoit des consignes post-opératoires
- complète le suivi post-opératoire
 - suivi des complications pour diminuer les réadmissions en urgence
 - interactions avec la médecine de ville (consultations, visites à domicile)
 - ré hospitalisations programmées

Prévention suivi

- éducation thérapeutique (textes, vidéos, images,...)
- suivi / coaching prévention et amélioration des comportements à risque

Traitements per os

Traitements de longue durée (immunothérapie, hormonothérapie, thérapies ciblées)

Le patient

- fournit les données d'observance de son traitement
- déclare les événements indésirables
- reçoit périodiquement des instructions et des conseils d'usage
- complète les informations permettant d'évaluer la tolérance au traitement et les effets secondaires ressentis
 - interactions avec le médecin
 - modifications de traitement et prescriptions complémentaires
- transmet les informations permettant de mesurer l'efficacité du traitement
 - décisions de report ou d'avancée de consultation de suivi

4. LES BÉNÉFICES ATTENDUS

Avant chaque phase de prise en charge

Le système de suivi améliore l'adhésion des patients aux instructions et consignes au travers de rappels interactifs et de check- lists interactives.

- >> adhésion et engagement du patient dans le cadre de sa prise en charge.

Après chaque phase de prise en charge

Le système de suivi récupère automatiquement les réponses aux questionnaires, les données d'auto contrôle et les résultats liés à l'éducation thérapeutique.

- >> adaptation des traitements, réactivité et sécurité face aux événements indésirables.

Sur le long terme

La collecte des données et alertes des patients et surtout les résultats de l'analyse de ces données permettent d'améliorer la qualité et la sécurité des soins.



5. LES CLÉS DU SUCCÈS

- ☐ Afficher une stratégie claire vis-à-vis de l'engagement patient
- ☐ Mesurer l'adhésion des patients et le taux de satisfaction
- ☐ Utiliser la bonne technologie et proposer les bons services
- ☐ Tester les solutions sur des pilotes maîtrisés
- ☐ Avoir l'adhésion la plus large possible des médecins, soignants et de l'encadrement
- ☐ Mesurer les résultats obtenus régulièrement
- ☐ Proposer des contenus multimédias accessibles et ergonomiques
- ☐ Délivrer la bonne information (clé) au bon moment
- ☐ Impliquer la famille et la médecine de ville
- ☐ Automatiser l'enrôlement des patients
- ☐ Communiquer régulièrement sur les résultats obtenus

Quelques Références Internet

Patient engagement

<http://www.himss.org/> better health through information technology (IT)

<http://www.himss.org/library/patient-engagement-toolkit> Get Started in Patient Engagement Strategies

http://www.hubsante.org/sam/28_patients-10-20-30%E2%80%A6-surfez%E2%80%A6 Patient 3.0

Applications mobiles de suivi à distance

<http://www.sivan-innovation.com/> CONNECT HEALTH IMPROVE LIFE

<http://www.sciencesetavenir.fr/sante/cancer/20160607.OBS2063/asco-2016-cancer-du-poumon-une-application-pour-gagner-7-mois-de-vie.html> Congrès ASCO Chicago 2016

<http://ipact.fr/> Santinel®, solution d'amélioration du suivi des patients à domicile

<http://www.sovinty.com/> SOVINTY 3S MOBILE accompagne la convalescence en fournissant la bonne information à la bonne personne au bon moment.

<http://www.e-fitback.com/> E-Fitback VOTRE APPLICATION INTERACTIVE DE SUIVI MÉDICAL

<http://calmedica.com/fr/> SOLUTIONS E-SANTÉ BASÉES SUR DES DIALOGUES AUTOMATISÉS PAR SMS

<http://ambucare.healthcare/> Gardez le contact avec les patients qui en ont besoin...

Télemédecine

<http://www.catel-group.com/accueil.html> Réseau national et centre de ressources pour les acteurs de la e-santé

<http://www.inovelan.fr/presse/> Inovelan solutions innovantes pour le partage et les échanges sécurisés de données de santé

<http://www.medipense.com/fr/> Medipense apporte la santé numérique à une population vieillissante

<http://www.h2ad.net/> solutions entièrement sécurisées permettant le suivi santé à distance



Partie 3 : QUELS IMPACTS ÉCONOMIQUES ET ORGANISATIONNELS ?

Anne-Gaëlle Le Coroller, Chargée de recherche au SESSTIM

L'activité de cancérologie représentait en 2014 près d'un quart de l'activité hospitalière globale en court séjour : 48,7 % des séances, 10 % des hospitalisations ambulatoires et 13,4 % des hospitalisations complètes [1]. Face à ce fardeau financier, le développement d'un traitement ambulatoire du cancer apparaît prometteur à bien des égards.

Le Plan cancer 2014-2019 a affiché le développement de la chirurgie ambulatoire comme une ambition forte avec trois mesures : la définition des actes en chirurgie du cancer pouvant être réalisés en ambulatoire, la mise en place d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins et la programmation en 2015 d'un appel à projet dédié pour accompagner les équipes à la conduite du changement.

LES TRAITEMENTS AMBULATOIRES DU CANCER

Le traitement du cancer repose sur trois types de thérapies, combinées ou non : la chirurgie, la radiothérapie et l'administration de médicaments d'anticancéreux (chimiothérapie, thérapies ciblées, immunothérapies... Dans chacune de ces thérapeutiques on assiste au développement d'une prise en charge ambulatoire. En 2014, 25,8 % de la chirurgie pour cancer est réalisée en ambulatoire (contre 16,7 % en 2010) [1]. Cette progression nette (de 45,5 %) ne permet cependant pas à la France de rattraper le retard dans le taux de chirurgie ambulatoire. Toutes pathologies confondues, le taux de chirurgie ambulatoire en France était de 40 % en 2012 alors qu'il était de 70 % dans les pays d'Europe du nord, de 75 % en Grande-Bretagne et de 83 % aux USA [2]. Le rapport de la Cour des comptes sur l'application de la loi de financement de la Sécurité sociale écrit que « Le retard considérable et persistant dans notre pays de la chirurgie ambulatoire (...), apparaît emblématique à cet égard des lenteurs de modernisation des pratiques hospitalières. Pourtant, son développement rejoint l'intérêt des patients, qui n'ont pas à séjourner à l'hôpital avant comme après l'opération, comme celui de l'Assurance maladie par les économies majeures qu'elle permet. » [3].

Les progrès des techniques d'irradiation, modulation d'intensité, guidage par l'image et stéréotaxie, ont permis le développement de l'hypofractionnement dont le principe est de délivrer une dose par séance plus élevée et de réduire la durée de traitement. La radiothérapie hypofractionnée est présentée comme une solution pour améliorer l'accès au soins (moins de temps de traitement par patient, plus de patients traités par machine) tout en augmentant la qualité de soin : meilleur contrôle carcinologique, moins de radiotoxicité [4]. Aux Etats-Unis, 34,5 % des femmes de plus 50 ans atteintes d'un cancer du sein non avancé ont été traitées par radiothérapie hypofractionnée en 2013 contre 10,8 % en 2008, et chez les patientes plus jeunes et atteintes d'une maladie moins avancée ce chiffre était de 21,1 % en 2013 contre 8,1 % en 2008 [5]. L'étude « UNICANCER : Quelle prise en charge des cancers en 2020 ? » estime que, dans les années à venir, la réduction du nombre de séances en radiothérapie concernera 50 % des traitements des cancers du poumon (passage de 30 à 5 séances en moyenne), 45 % des traitements du cancer du sein (passage de 30 à 20 séances en moyenne), ainsi que 35 % des cancers de la prostate (passage de 38 à 10 séances en moyenne) [6].

La radiothérapie per-opératoire consiste à irradier le site de la tumeur à la suite de son ablation, lors de l'intervention chirurgicale. Cette méthode plus rapide et moins toxique permet de remplacer les séances de radiothérapie pratiquées après la chirurgie. Son recours a permis de développer le « traitement en un jour » de certains cancers du sein, dont les premiers résultats montrent une bonne faisabilité avec absence de majoration de la morbidité post-opératoire et une satisfaction élevée des patients [7,8].



En 2013, 89.8 % des chimiothérapies ont été administrées en hôpital de jour ^[9]. De plus, Le nombre de patients recevant un anticancéreux administré par voie orale a augmenté de façon importante ces dernières années avec l'avènement des thérapies ciblées. Soixante-treize médicaments anticancéreux par voie orale sont disponibles fin 2014, dont la majorité appartient à la classe des thérapies ciblées ^[10]. Ces thérapies ciblées se distinguent des chimiothérapies conventionnelles par une prise au long cours jusqu'à progression de la maladie ou intolérance, ce qui soulève de nouvelles questions quant à leur administration et au suivi de leurs effets secondaires. Elles nécessitent en particulier des consultations plus longues afin d'améliorer l'observance et d'expliquer les éventuels effets indésirables. Enfin, du fait de leur administration au long cours, on assiste à une augmentation importante en volume du nombre de patients sous traitement.

Enfin, le suivi des patients après leur traitement voit également se développer des prises en charge entièrement réalisées en ville, avec une prise en charge par le médecin généraliste, un suivi téléphonique par une infirmière coordinatrice et un recours au médecin oncologue « à la demande ». Les premiers résultats de ce type d'expérimentation dans le suivi des patients atteints de lymphomes traités avec une chimiothérapie à base d'anthracyclines sont prometteurs et devraient se développer dans les années à venir ^[11].

DE NOUVEAUX MODES D'ORGANISATION DES SOINS

La prise en charge ambulatoire des traitements contre le cancer modifie profondément l'organisation de l'hôpital. Plusieurs modes d'organisation sont à réinventer en s'appuyant sur de nouvelles compétences au sein de l'hôpital. On peut en lister certains :

- Le concept du « chemin clinique » est un outil particulièrement adapté à la prise en charge ambulatoire ^[12]. Dans ce modèle d'organisation, le patient est au centre de l'organisation et l'on suit son parcours en déterminant les étapes successives et leurs intervenants. Toutes les étapes avec leur intervenant doivent être listées. Ce modèle permet d'assurer la coordination des intervenants qui est au centre de la prise en charge ambulatoire.
- Des locaux spécifiquement dédiés à la prise en charge ambulatoire (hôpital de jour médical, hôpital de jour chirurgical). 95 % des centres ambulatoires sont intégrés en France alors qu'ils sont minoritaires dans tous les pays qui ont vu un développement rapide et important de la CA (17 % aux USA) ^[13].
- Une organisation architecturale avec une « marche en avant » qui permet d'optimiser la prise en charge des patients. Dans cette organisation architecturale le patient suit un parcours où il ne revient jamais sur ses pas pour améliorer la gestion en flux ^[12].
- Le développement des « hospitel » pour permettre à des patients habitant trop loin de l'hôpital ou ne disposant pas d'accompagnant de passer une nuit à l'hôtel à côté (voire dans) l'hôpital. Le Parlement a voté en décembre 2014 l'expérimentation des hôtels hospitaliers pendant trois ans dans le cadre de la loi de finance de la Sécurité sociale 2015. Le décret d'application de cette mesure doit être publié prochainement. Il doit notamment déterminer le niveau de prise en charge des nuitées en hôtels hospitaliers par la Sécurité sociale.
- Le développement de l'éducation thérapeutique pour le patient et pour son accompagnant.
- L'émergence de nouveaux métiers à l'hôpital. « La chirurgie ambulatoire est un concept organisationnel fondé sur la gestion des flux. Son optimisation impose de nouvelles compétences dans ce domaine (exemple : brancardier régulateur, infirmière programmatrice) pouvant aller jusqu'à de nouveaux métiers (exemple : directeur de la régulation de l'activité médicale) » ^[13].
- La mise en place de nouveaux outils d'information. Fiches livrets, DVD et demain applications mobiles.
- Un renforcement de la coopération ville-hôpital ^[14].



LE RÔLE-CLÉ DE LA TARIFICATION

La tarification joue un rôle majeur dans les incitations ou contre incitations aux établissements hospitaliers à promouvoir le développement des prises en charge ambulatoires. L'évolution de la tarification de la chirurgie ambulatoire illustre cette volonté. A partir de 2003, le mode de financement devient incitatif. La généralisation de la tarification à l'activité (T2A) accroît alors l'intérêt des établissements hospitaliers pour la chirurgie ambulatoire. Celle-ci est alors perçue par ces derniers comme un vecteur de recettes supplémentaires puisqu'elle permet de prendre en charge davantage de patients qu'un lit conventionnel. À cette perspective d'accroissement des recettes par les volumes, s'ajoute dès 2004 une incitation par les tarifs. Sont désormais rémunérés selon un tarif identique, des gestes sans hospitalisation et des gestes avec une nuitée, de façon à favoriser un transfert vers les pratiques ambulatoires. Ce mécanisme a été par la suite progressivement étendu à de nouveaux groupes homogènes de malade (GHM). En 2013, 47 couples de GHM sont ainsi concernés ^[3]. Jusqu'au 1^{er} mars 2014, les tarifs de remboursement pour une « mastectomie subtotale pour tumeur maligne de niveau 1 » étaient de 1 362.91 euros pour 0 nuit, de 2 038.36 euros pour une nuit, de 2 713.81 euros pour deux nuits et plus. Le rapport coût de productivité/remboursement semblait pour beaucoup de directions financières en faveur de deux nuits... Depuis le 1^{er} mars 2014, la suppression des bornes basses pour ce type de geste amène à un tarif unique (2 353.70 euros) qu'il y ait 0, 1 ou deux nuits et plus. Il est probable que cela sera déterminant pour que les établissements encouragent le développement de l'ambulatoire dans leurs structures ^[15, 16].

Dans le cas de la radiothérapie hypofractionnée, la tarification par séances de la radiothérapie pénalise financièrement le recours à cette innovation qui engendre un moins grand nombre de séances mais chacune de ces séances nécessitant une préparation plus longue. L'hôpital est donc moins remboursé pour la réalisation de la radiothérapie hypofractionnée, alors même que chaque séance lui coûte plus cher en étant plus longue et plus mobilisatrice de ressources... Une évolution vers la forfaitisation pourrait lever ce frein ^[6].

La radiothérapie per-opératoire n'est pas encore codifiée dans la liste des actes CPAM, ce qui constitue un frein limitant à son développement ^[7].

En ce qui concerne la chimiothérapie orale, une étude montre que le recours aux chimiothérapies orales prive l'hôpital de sources potentielles de revenu en raison du transfert sur d'autres acteurs. Ce transfert pourrait influencer la prescription des chimiothérapies en créant une incitation indirecte à conserver une activité rémunératrice, l'administration en hôpital de jour des chimiothérapies intraveineuses ^[17].

DIMINUTION DES COÛTS OU TRANSFERT DE CHARGES ?

Il existe peu de données sur le coût de la prise en charge ambulatoire des cancers. En revanche de nombreuses questions se posent sur ce coût qui doit être analysé en fonction du point de vue selon lequel on se place. On peut ainsi décliner les coûts de la prise en charge ambulatoire du cancer en coûts pour les établissements hospitaliers, pour l'Assurance maladie, pour le malade et pour la collectivité.

Du point de vue de l'hôpital, ce sont les ressources mobilisées par l'établissement pour la prise en charge d'un patient qui sont à prendre en compte. Il est possible d'approcher ce coût grâce à l'Étude nationale des coûts (ENC) ^[18]. Elle permet de mesurer le coût complet d'une prise en charge ainsi que les principaux postes qui composent ce coût : soins réalisés au lit du malade, actes techniques (blocs opératoires, imagerie, échographie, ...), médicaments, fonctionnement transversal de l'hôpital... Cependant, les charges immobilières et financières ne sont pas incluses dans ce coût. Selon l'ENC, les « mastectomies subtotaux pour tumeur maligne » ont un coût moyen de 2 384 € en ambulatoire et 3 467 € en hospitalisation complète en 2012 dans le secteur public. Le coût de cette activité est de 1 123 € en ambulatoire et 2 181 € en hospitalisation complète en 2012 dans le secteur privé ^[18]. On constate bien que la prise en charge ambulatoire permet de diminuer les ressources directement nécessaires à la prise en charge des patientes du point de vue de l'hôpital dans le cas de la chirurgie pour cancer du sein.



Une étude française ^[19] a montré que l'administration de chimiothérapie en ambulatoire monitorée et suivie à domicile par téléphone de patients atteints de tumeurs solides (gastro-entérologiques et thoraciques) avait un coût de 3858 € (sans toxicité) contre 8431 € (sans toxicité) lors d'une prise en charge conventionnelle à l'hôpital. En cas de toxicité nécessitant une hospitalisation, le groupe de patients initialement pris en charge en ambulatoire présentait un coût moyen de 7989 € contre 17572 € pour ceux initialement pris en charge en hospitalisation complète ^[19]. Là aussi, on constate une diminution des coûts directs de mise en place du traitement du point de vue de l'hôpital. Rappelons que pour que l'hôpital soit incité à développer cette prise en charge, il faut que l'écart entre ces coûts de mise en place et le remboursement de l'Assurance maladie soit au moins aussi avantageux dans le groupe ambulatoire que dans le groupe hospitalisation complète.

L'Assurance maladie a « tout intérêt » à favoriser le développement de la prise en charge ambulatoire. En effet, les tarifs de remboursement en France sont basés (en partie) sur l'observation des coûts de production des établissements hospitaliers via l'échelle nationale des coûts. Ils sont donc réévalués périodiquement. La diminution des coûts de production des établissements se traduira in fine par une diminution des tarifs de remboursement de l'Assurance maladie, et donc de ses charges. Une analyse complète mériterait néanmoins de prendre en compte les ressources mobilisées en ville (médecin généraliste, infirmière etc.) en lien avec la prise en charge ambulatoire, ce qui pourrait tempérer l'avantage financier de la prise en charge ambulatoire.

C'est pour cette raison que la question de la tarification est aussi importante dans le développement de la radiothérapie hypofractionnée. Seule une étude américaine a mesuré ces coûts directs et elle constate que le recours à la radiothérapie hypofractionnée réduisait les coûts totaux des soins par les assurances médicales de 10 % la première année après le diagnostic ^[5]. En France, étant donné le système de tarification actuelle, cet écart, même s'il était transposable dans notre pays serait écrasé par la diminution du remboursement de l'Assurance maladie, basé sur le nombre de séances, nombre qui diminue fortement dans la radiothérapie hypofractionnée. Dans l'étude américaine les auteurs ont également fait le constat que les dépenses restant à la charge du patient n'étaient pas différentes dans le recours à la radiothérapie hypofractionnée en comparaison avec la radiothérapie conventionnelle ^[5].

Si on se place du point de vue de la collectivité, l'avantage économique des prises en charge ambulatoires du cancer reste à être démontré, et n'a fait pour l'instant l'objet d'aucun des travaux. C'est pourtant dans cette optique que la notion de transfert de charges est d'une importance majeure. Certaines prises en charge ambulatoires nécessitent la présence d'un accompagnant à son domicile. Cette mobilisation de l'accompagnant induit le coût de son temps (plusieurs modèles économiques permettent de l'approcher) qui n'est pas pris en compte. D'autant plus qu'aucun système de compensation financière n'existe pour les accompagnants. Ainsi, on peut légitimement se demander si la prise en charge ambulatoire ne consiste pas à transférer des coûts auparavant pris en charge par l'hôpital sur d'autres acteurs : proches, médecine de ville. Seule une évaluation économique menée du point de vue de la collectivité et incluant l'ensemble des ressources nécessaires à la mise en place des traitements ambulatoires (ressources médicales mais aussi temps de l'accompagnant, transport, hébergement etc.) permettrait de répondre à la question de son avantage économique pour la collectivité, avantage éventuel qu'il faudrait rapporter à son efficacité en y incluant la qualité de vie des patients.

QU'EN PENSENT LES PATIENTS ?

Une enquête s'est récemment penchée sur la satisfaction des patients vis-à-vis de la chirurgie ambulatoire. Elle montre que les patients qui répondent aux questionnaires sont majoritairement très satisfaits de la prise en charge ambulatoire ^[20]. Une autre recherche a décrit que la diminution du temps passé à l'hôpital et la dédramatisation de l'acte et non de la maladie sont les principales motivations du choix de la chirurgie ambulatoire ^[21]. Les résultats montrent aussi qu'elle nécessite une préparation en amont (information suffisante, anticipation du



retour au domicile et des moyens d'accompagnement) et en aval (gestion de la douleur, suivi médical à domicile), afin d'éviter toute banalisation de la chirurgie ambulatoire dont le risque serait de ne pas d'être à l'écoute du retentissement psychologique de la maladie^[21].

Le délai d'attente est un argument-clé dans la satisfaction des patients traités en ambulatoire. Dans l'enquête TemporELLES (3812 patientes traitées pour un cancer du sein avec une chimiothérapie intraveineuse dans 105 services d'hospitalisation de jour répartis sur l'ensemble du territoire français) les patientes passaient en moyenne 3 heures en HDJ lors de chaque séance de chimiothérapie dont 50 minutes à attendre. Quarante pour cent des patientes souhaitaient une réduction de ce temps d'attente^[22]. Une autre étude consacrée à 441 patients recevant une chimiothérapie en hôpital de jour montrait une satisfaction élevée des patients malgré une durée de 97 minutes entre la convocation et l'administration de la chimiothérapie^[23]. Ces enquêtes restent cependant centrées sur la prise en charge ambulatoire, et on peut regretter l'absence d'études comparant une prise en charge conventionnelle et une prise en charge ambulatoire sur la satisfaction et le ressenti des patients. Enfin, nul doute que le ressenti des accompagnants qui jouent souvent un rôle-clé dans la prise en charge ambulatoire permettrait d'éclairer les politiques de prise en charge.

La question de la prise en charge ambulatoire des patients atteints de cancer nécessite de repenser le chemin de soins des patients avec de nouveaux modes de prise en charge centrés autour du patient et non plus de l'hôpital. L'étude française OPTISOINS01 menée en Ile de France vise à documenter le coût, la satisfaction, la qualité de vie, le retour au travail et l'accès à l'innovation des patientes atteintes de cancer du sein de bon pronostic. Elle apportera certainement des informations très utiles à la fois pour les professionnels de santé et les preneurs de décision dans notre système de soins^[24].

Bibliographie

1. INCa, *Les cancers en France, les données, 2015*. 2016, INCa: Boulogne Billancourt.
2. HAS & ANAP, *Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire: socle de connaissances*. 2012, Paris. p. 140.
3. Cour des Comptes., *Rapport annuel sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale*. 2013, Cour des Comptes. p. 624.
4. Boissier, R. and E. Gross, *La radiothérapie hypofractionnée dans le traitement du cancer de prostate : irradier moins pour traiter plus*. Progrès en urologie., 2012. 22: p. 326-330.
5. Bekelman, J.E., G. Sylwestrzak, J. Barron, J. Liu, A.J. Epstein, G. Freedman, J. Malin, and E.J. Emanuel, *Uptake and costs of hypofractionated vs conventional whole breast irradiation after breast conserving surgery in the United States, 2008-2013*. *Jama*, 2014. 312(23): p. 2542-50.
6. UNICANCER, *Quelle prise en charge des cancers en 2020 ? 2013*, UNICANCER: Paris.
7. Le Blanc-Onfroy, M. and M. Dejode, *Traitement du cancer en un jour : évolution vers un standard ?* *Oncologie*, 2015. 17: p. 11-17.
8. Mourregot, A., C. Lemanski, M. Gutowski, P.E. Colombo, M. Charissoux, J.B. Dubois, D. Azria, B. Saint-Aubert, J. Domergue, H. Mathieu-Daude, and P. Rouanet, *Day-care for breast cancer: ambulatory surgery and intra-operative radiation. Techniques and preliminary results of the Centre Val-d'Aurelle-Montpellier*. *J Visc Surg*, 2014. 151 Suppl 1: p. S3-10.
9. INCa, *Situation de la chimiothérapie des cancers, état des lieux et des connaissances, année 2014*. 2015, INCa: Boulogne Billancourt. p. 82.
10. INCa, *La chimiothérapie orale du cancer en 2014*. 2015, INCa: Boulogne Billancourt. p. 7.
11. Compaci, G., M. Rueter, S. Lamy, L. Oberic, C. Recher, M. Lapeyre-Mestre, G. Laurent, and F. Despas, *Ambulatory Medical Assistance--After Cancer (AMA-AC): A model for an early trajectory survivorship survey of lymphoma patients treated with anthracycline-based chemotherapy*. *BMC Cancer*, 2015. 15: p. 781.
12. Vons, C., *La chirurgie ambulatoire en France: une organisation s'appuyant sur de nouvelles compétences des professionnels de soins*. *Oncologie*, 2015. 17: p. 2-6.
13. HAS & ANAP, *Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire : recommandations organisationnelles*. 2012, HAS: Paris.
14. Turlure, P. and I. Durand-Zaleski, *Approche organisationnelle et économique en France du traitement ambulatoire des neutropénies fébriles*. *Presse Med*, 2004. 33(5): p. 338-42.
15. Giard, S., *Cancer du sein et chirurgie ambulatoire*. e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie, 2014. 13(3): p. 83-85.
16. Espérou, H., *Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en oncologie*. *Oncologie*, 2015. 17: p. 7-10.
17. Benjamin, L., V. Buthion, G. Vidal-Trecan, and P. Briot, *Impact of the healthcare payment system on patient access to oral anticancer drugs: an illustration from the French and United States contexts*. *BMC Health Serv Res*, 2014. 14: p. 274.
18. ATIH, *Les coûts de prise en charge à l'hôpital en 2012 en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO)*. 2014, ATIH: Paris.
19. Coriat, R., P. Boudou-Rouquette, J.P. Durand, P. Forgeot d'Arc, I. Martin, O. Mir, S. Ropert, J. Alexandre, and F. Goldwasser, *Cost effectiveness of integrated medicine in patients with cancer receiving anticancer chemotherapy*. *J Oncol Pract*, 2012. 8(4): p. 205-10.
20. Gaujal, L., M. Renou, M.E. Dujaric, S. Baffert, A. Tardivon, I. Kriegel, B. Buecher, A. Girod, L. Grosset, B. Asselain, R. Rouzier, A. Bredart, and S. Alran, *Première enquête de satisfaction dans une unité de chirurgie ambulatoire dédiée à la cancérologie*. *Bull Cancer*, 2016. 103(4): p. 330-5.

21. Bonnaud-Antignac, A., M. Bourdon, and F. Dravet, *Cancer du sein et chirurgie ambulatoire : une enquête exploratoire sur les facteurs qui motivent les patientes à faire ce choix*. *Oncologie*, 2015. 17: p. 33-37.
 22. Lerebours, F., P. Saltel, A. Bethune-Volters, G. Nallet, P. Bourdat, F. Vesin-Etterlen, N. Zernik, and A. Flinois, *Satisfaction des patientes traitées par chimiothérapie en hôpital de jour pour un cancer du sein : résultats de l'enquête TemporELLES*. *Bull Cancer*, 2015. 102(4): p. 316-23.
 23. Debreuve-Theresette, A., N. Jovenin, A.C. Stona, M. Kraiem-Leleu, F. Burde, D. Parent, D. Hettler, and J.B. Rey, *Programme d'évaluation de l'administration des chimiothérapies en hôpital de jour en Champagne-Ardenne (PEACH) : satisfaction et délais d'attente des patients*. *Rev Epidemiol Sante Publique*, 2015. 63(6): p. 381-6.
 24. Baffert, S., H.L. Hoang, A. Bredart, B. Asselain, S. Alran, H. Berseneff, C. Huchon, C. Trichot, A. Combes, K. Alves, M. Koskas, T. Nguyen, A. Roulot, R. Rouzier, and D. Hequet, *The patient-breast cancer care pathway: how could it be optimized?* *BMC Cancer*, 2015. 15: p. 394.
-

INSTITUT PAOLI-CALMETTES

Centre régional de lutte contre le cancer Provence-Alpes-Côte d'Azur

RENSEIGNEMENTS PRATIQUES

RENSEIGNEMENTS

Service communication

Sylviane BOURDIEC

Tél. : 04 91 22 34 25 - Fax : 04 91 22 36 12

E-mail : bourdiecs@ipc.unicancer.fr

Institut Paoli-Calmettes

232, Boulevard de Ste-Marguerite BP 156

13273 Marseille Cedex 09

LIEU

Institut Paoli-Calmettes

Salle de Conférence du Centre d'Information,

de Prévention et de Consultation en Cancérologie (IPC2)

15, boulevard Lei Roure - 13009 Marseille

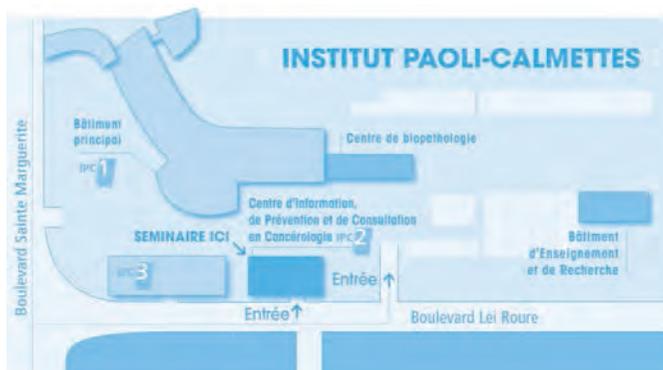
En savoir plus :

www.lesdebatspublicsdelipc.com



#LDPipc

#cancerhorslesmurs



Direction de la communication - Institut Paoli-Calmettes 05/2016



LE CANCER HORS LES MURS... DE L'HÔPITAL

Lundi 27 juin 2016 / 9h30-17h

Institut Paoli-Calmettes - Marseille

Le débat sera entièrement diffusé en vidéo accessible sur le site dédié :

www.lesdebatspublicsdelipc.com

EN PRÉSENCE DE :

- Gérard BERTUCCELLI, Directeur général de la Caisse primaire d'assurance maladie
- François BERTUCCI, Professeur en cancérologie, IPC, AMu
- Anne-Gaëlle LE COROLLER, INSERM, SESSTIM, AMu
- Bernadette DEVICTOR, Présidente de la Conférence nationale de santé
- Sylvain FLUZIN, Directeur Service informatique, IPC
- Martine ROUSSEAU, médecin généraliste, membre du comité consultatif des patients et des professionnels de l'INCa
- Jean-Charles SAMUELIAN, Société Alan
- Norbert NABET, Directeur général adjoint de l'ARS PACA
- Jean-Paul VERNANT, Professeur en hématologie, Paris. Auteur des recommandations pour le 3^{ème} plan cancer, membre du mouvement de défense de l'hôpital public

AVEC LE SOUTIEN INSTITUTIONNEL DE :





DÉBAT PUBLIC À L'IPC

LE CANCER HORS LES MURS... DE L'HÔPITAL

Lundi 27 juin 2016 / 9h30-17h

Institut Paoli-Calmettes - Marseille

9h30 - 10h / **DÉMOCRATIE SANITAIRE, L'INSTITUT PAOLI-CALMETTES (IPC) EN DÉBAT :**

Introduction par le Pr Patrice VIENS, Directeur général, IPC

- Allocutions d'ouverture

10h - 11h30 / **INTRODUCTION AUX DÉBATS**

« **IMPACT POTENTIEL DES ÉVOLUTIONS TECHNOLOGIQUES ET SCIENTIFIQUES SUR LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES CANCERS** »

Pr François BERTUCCI, Professeur en oncologie médicale, IPC et AMu

DISCUSSION / QUESTIONS : 10 minutes

« **LA RÉVOLUTION NUMÉRIQUE : NOUVEAUX OUTILS, ACCÉLÉRATION DE LA DIFFUSION ? IMPACTS POTENTIELS SUR LE SUIVI DE LA(SA) SANTÉ ?** »

Sylvain FLUZIN, Directeur Service informatique, IPC

DISCUSSION / QUESTIONS : 10 minutes

« **IMPACTS ÉCONOMIQUES ET ORGANISATIONNELS DES PRISES EN CHARGE AMBULATOIRES DES CANCERS** »

Anne-Gaëlle LE COROLLER, INSERM, SESSTIM, AMu

DISCUSSION / QUESTIONS : 10 minutes

11h30 - 17h / **DÉBATS**

#LDPipc 
#cancerhorslesmurs

En savoir plus :
www.lesdebatspublicsdelipc.com

11h30 - 13h / **1ÈRE TABLE RONDE :**

« **LE CANCER HORS LES MURS** » : **IMPACTS MÉDICAUX ET SCIENTIFIQUES**

RÉALITÉS OU UTOPIES ? QUELLES PERSPECTIVES ? QUELS IMPACTS POUR LES ACTEURS ?

- * Les nouvelles technologies autorisent-elles de nouvelles prises en charge via de nouveaux accès à l'information de santé... hors les murs ?
- * L'hôpital est-il prêt à partager l'ensemble des données médicales et scientifiques concernant le patient ? Avec qui ?

Interventions introductives :

- Martine ROUSSEAU, médecin généraliste membre du comité consultatif des patients et des professionnels de l'INCa
- Jean-Charles SAMUELIAN, Société Alan

DÉBAT ENTRE PARTIES PRENANTES DE LA TABLE RONDE ET LE PUBLIC

13h - 14h / **Pause déjeuner**

14h - 15h30 / **2ÈME TABLE RONDE : IMPACTS SUR L'ÉCONOMIE ET L'ORGANISATION DES PRISES EN CHARGE**

- * **Quels changements peut apporter la révolution numérique à l'organisation des soins, aux coûts de prise en charge, au financement de l'hôpital ?**

Interventions introductives :

- Norbert NABET, Directeur général adjoint de l'ARS PACA
- Jean-Paul VERNANT, Professeur en hématologie, Paris. Auteur des recommandations pour le 3^{ème} plan cancer, membre du mouvement de défense de l'hôpital public
- Gérard BERTUCCELLI, Directeur général de la Caisse primaire d'assurance maladie

DÉBAT ENTRE PARTIES PRENANTES DE LA TABLE RONDE ET LE PUBLIC

15h30 - 17h / **3ÈME TABLE RONDE : IMPACTS SUR LES ASPECTS HUMAINS DE LA PRISE EN CHARGE**

- * **Enrichissement ou appauvrissement de l'autonomie des patients ? de la relation humaine ?**

Interventions introductives :

- Bernadette DEVICTOR, Présidente de la Conférence nationale de santé

DÉBAT ENTRE PARTIES PRENANTES DE LA TABLE RONDE ET LE PUBLIC

17h / **CONCLUSION**

Dr Patrick BEN SOUSSAN, Psychiatre, IPC



INVITATION MÉDIAS

Après un premier débat public en cancérologie sur la question du coût des médicaments, l'Institut Paoli-Calmettes (IPC) organise un débat public sur

« LE CANCER HORS LES MURS ... DE L'HÔPITAL »

lundi 27 juin 2016, de 9h30 à 17h

Institut Paoli-Calmettes, IPC 2 Salle de conférence *

En présence de :

- Gérard BERTUCELLI, Directeur général de la Caisse primaire d'assurance maladie
- Pr François BERTUCCI, cancérologue, IPC, AMu
- Anne-Gaëlle LE COROLLER, Inserm, SESSTIM, AMu
- Bernadette DEVICTOR, Présidente de la Conférence nationale de santé
- Sylvain FLUZIN, Directeur service informatique, IPC
- Dr Martine ROUSSEAU, médecin généraliste, membre du comité consultatif des patients et des professionnels de l'INCa
- Jean-Charles SAMUELIAN, société Alan
- Norbert NABET, Directeur général adjoint de l'ARS PACA
- Pr Jean-Paul VERNANT, hématologue, auteur des recommandations pour le 3^{ème} plan cancer, membre du mouvement de défense de l'hôpital public

Grâce à l'accès aux nouvelles technologies et à la révolution numérique, les traitements contre les cancers ont profondément changé. En quelques années, la prise en charge des cancers a si vite évolué que les patients peuvent vivre l'essentiel de leurs soins loin des murs de l'hôpital. Quelles sont les conséquences de ces (r)évolutions ? Comment les utiliser au mieux pour allier efficacité et humanité ?

Demain, la prise en charge des cancers se fera-t-elle hors des murs de l'hôpital ? Peut-on imaginer les patients suivre le plus clair de traitement en restant chez eux, ou en continuant à travailler « normalement », avec des cachets à prendre quotidiennement, et après un court passage, en ambulatoire, pour la chirurgie, et pour la radiothérapie ? Quelle sera la nature du lien, du suivi par les spécialistes hospitaliers et/ou d'autres acteurs ?

Ces perspectives sont-elles une fable, ou déjà une réalité, aux prémisses déjà sensibles ?

Ces questions – et beaucoup d'autres – seront la trame de ce deuxième débat.

... / ...



A propos des débats publics de l'IPC

www.lesdebatspublicsdelipc.com

Ce débat, comme le précédent, s'inscrit dans le cadre de la Démocratie sanitaire que met en avant l'IPC. Il s'appuie sur les recommandations nationales en faveur de la démocratie sanitaire énoncées dans le rapport de Claire Compagnon : faire de la démocratie sanitaire une réalité. Le 3^{ème} Plan cancer soutient cette démarche à laquelle s'associent l'IPC et l'Agence régionale de santé PACA.

L'engagement de l'IPC dans la démocratie sanitaire est ancien et riche. La création du Comité de patients de l'IPC, à la fin des années 1990, en est une réalisation concrète et marquante qui a joué un rôle pionnier en France et a inspiré en 2004 la mesure correspondante du premier Plan Cancer. L'action du Comité est très riche et a contribué à de nombreuses approches innovantes.

Un débat public avec l'ensemble des acteurs et usagers de santé

Les « parties prenantes » constituent 6 groupes : patients, soignants, chercheurs, associations d'usagers et de patients, syndicats, administrateurs. Chaque groupe travaille en « comité restreint » en se réunissant 3 fois en amont du débat. A chaque débat, des « personnalités qualifiées » viennent apporter leur expertise pour éclairer les enjeux, en introduction aux tables rondes.

L'IPC met à la disposition des participants les locaux et les outils numériques nécessaires pour favoriser les échanges en amont et lors du débat.

A travers cette expérience inédite du débat public, « Nous souhaitons des échanges transparents, pour améliorer le partage de l'information, faire émerger de nouvelles idées, mais aussi stimuler de nouvelles pratiques » explique le Pr Dominique MARANINCHI à l'initiative du projet. C'est un axe de notre projet d'établissement, répondant à une demande de la majorité des patients.»

Toujours dans un souci de transparence et d'échange démocratique, le débat sera filmé dans son intégralité, visionnable en direct (www.lesdebatspublicsdelipc.com) et rendu public via la plateforme web dédiée.

L'Institut Paoli-Calmettes en bref :

Certifié par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2015 niveau A, sans remarque, et membre du groupe UNICANCER, l'IPC rassemble 1 523 chercheurs et personnels médicaux et non médicaux, engagés dans la prise en charge globale de l'ensemble des pathologies cancéreuses : recherche, soins médicaux et de support, enseignement et formation. L'IPC a réalisé plus de 82 987 consultations et accueilli plus de 9 271 nouveaux patients en 2015. La prise en charge à l'IPC s'effectue exclusivement sur la base des tarifs de la sécurité sociale, et les dépassements d'honoraires ne sont pas pratiqués dans l'établissement.

Pour plus d'informations : www.institutpaolicalmettes.fr

Contact presse :

Elisabeth BELARBI – 06 46 14 30 75 communication@ipc.unicancer.fr

* IPC2, salle de conférence, 15 boulevard Leï Roure 13009 Marseille

PJ : Programme

COUPURES

DÉPÊCHE

- ◆ APM (Agence presse médicale)
Cancer : la T2A ne valorise pas du tout les traitements hors les murs (Jean-Paul Vernant)
28 juin 2016

PRESSE ÉCRITE

- ◆ TOUT PRÉVOIR
Démocratie sanitaire : un combat de longue haleine
Juin 2016
- ◆ LA PROVENCE
Débat ouvert au public – Le cancer bientôt soigné à domicile ?
20 juin 2016
- ◆ CORSE MATIN
Débat ouvert au public – Le cancer bientôt soigné à domicile ?
20 juin 2016
- ◆ LA PROVENCE
24 heures en ville – 10h
27 juin 2016
- ◆ LA PROVENCE
Panser la maladie autrement
28 juin 2016
- ◆ LA MARSEILLAISE
« Hors les murs ... de l'hôpital » en débat à l'IPC
29 juin 2016

PRESSE ÉCRITE

- ◆ LA MARSEILLAISE
« Hors les murs ... de l'hôpital » en débat à l'IPC
2 / 3 juillet 2016

PRESSE WEB

- ◆ LA MARSEILLAISE.fr
« Le cancer hors les murs » en débat à l'Institut Paoli-Calmettes
27 juin 2016
- ◆ ALVINET
« Le cancer hors les murs » en débat à l'Institut Paoli-Calmettes
28 juin 2016
- ◆ BLOG de Catherine Cerisey
IPC on Twitter « 2^{ème} Débat public à l'IPC - le cancer hors les murs » de l'hôpital
Juin 2016
- ◆ Canceradom
Débat public « Le cancer hors les murs ... de l'hôpital »
Juin 2016
- ◆ CRCM
2^{ème} Débat public à l'IPC – le cancer « hors les murs » de l'hôpital
Juin 2016
- ◆ France Lymphome Espoir
27 juin 2016 – Marseille – IPC – « le cancer hors les murs ... de l'hôpital »
17 juin 2016
- ◆ INCa
Débat public à l'IPC – le cancer « hors les murs » Juin 2016
27 juin 2016

PRESSE WEB

- ◆ METROUPOLI
« Le cancer hors les murs » en débat à l'Institut Paoli-Calmettes
27 juin 2016

- ◆ PRESS READER
« Le cancer hors les murs ... de l'hôpital
Juin 2016

- ◆ SIRIC
Débat public : le cancer hors les murs
27 juin 2016

- ◆ UNICANCER
Le cancer hors les murs ... de l'hôpital – Débat public à l'Institut Paoli-Calmettes
27 juin 2016

- ◆ IPC
2^{ème} Débat public à l'IPC « le cancer hors les murs » de l'hôpital
Juin 2016

- ◆ PERTUIS.org
« Le cancer hors les murs » en débat à l'Institut Paoli-Calmettes
27 juin 2016

- ◆ LA PROVENCE.com
Une application pour panser la maladie autrement
28 juin 2016

- ◆ CORSE MATIN.com
Une application pour panser la maladie autrement
28 juin 2016

- ◆ LA MARSEILLAISE.fr
Retour sur le débat « le cancer hors les murs ... de l'hôpital » organisé à l'IPC
Juin 2016

PRESSE WEB

ALVINET

<http://www.alvinet.com/similaires/video-direct-cancer-murs-debat-institut-paoli-calmettes/32657967>



A la une Buzz Les plus lus Actualité locale ▼ Mes favoris ▼ Recherche avancée

- Rubriques :
 - A la une
 - France
 - ↳ Régions ▼
 - Europe
 - International
 - Politique
 - Economie
 - Culture
 - Médias et people
 - Multimédia
 - Sciences et médecine

» » [#Vidéo #Direct] « Le cancer hors les murs » en débat à l'Institut Paoli-Calmettes

Les débats public de l'Institut Paoli Calmettes organisent leur deuxième rendez-vous de l'année sur le thème : « Le cancer hors les murs ». Lire la...

Régions

La Marseillaise Hier à 09h59 - Lire l'article sur La Marseillaise



CATHERINE CERISEY

- Chimiothérapie et radiothérapie**
- Oncologie**
- Médecine**
- Santé**

- N°4**
- N°4**
- N°6**
- N°9**

Agilience Authority Index •
Juin 2016

🐦 Ancienne patiente, blogueuse, co-fondatrice de Patients & Web et vice pdte de Cancer contribution. #cancer, #droitsdespatients, #empowerment #advocacy #PPE

👤 catherine cerisey (@cathcerisey) est classé N°4 autorité

AUTORITÉS SIMILAIRES



Le coût des médicaments innovants menace-t-il l'accès aux soins ? (with images, tweets) · Ciss_Officiel



Entouré des plus grands spécialistes institutionnels et universitaires dans le domaine du médicament, et fort de ses valeurs démocratiques, le CISS a organisé le 20 juin 2016, une journée consacrée à l'enquête du coût des médicaments innovants et son impact sur l'accès aux soins.

IPC on Twitter: "#LDPIpc 2ème Débat Public à l'IPC - le cancer « hors les murs » de l'hôpital



Bienvenue sur le compte officiel de l'Institut Paoli-Calmettes, Centre de Lutte Contre le #Cancer, situé à Marseille. L'IPC fait partie du groupe #UNICANCER. Joiné March 2012

Canceradom

<https://canceradom.fr/les-rendez-vous-2/>

39 RUE CAMILLE DESMOULINS, 94805 VILLEJUIF CONTACT@CANCERADOM.FR

CancerAdom ACTUALITES LE PROJET NOTRE EQUIPE LES ÉTAPES LES RENDEZ-VOUS CONTACT

LES RENDEZ-VOUS

Retrouvez-nous un peu partout en France pour débattre, discuter, rêver mais surtout co-construire la prise en charge des cancers à domicile de demain.

ÉVÉNEMENTS À VENIR

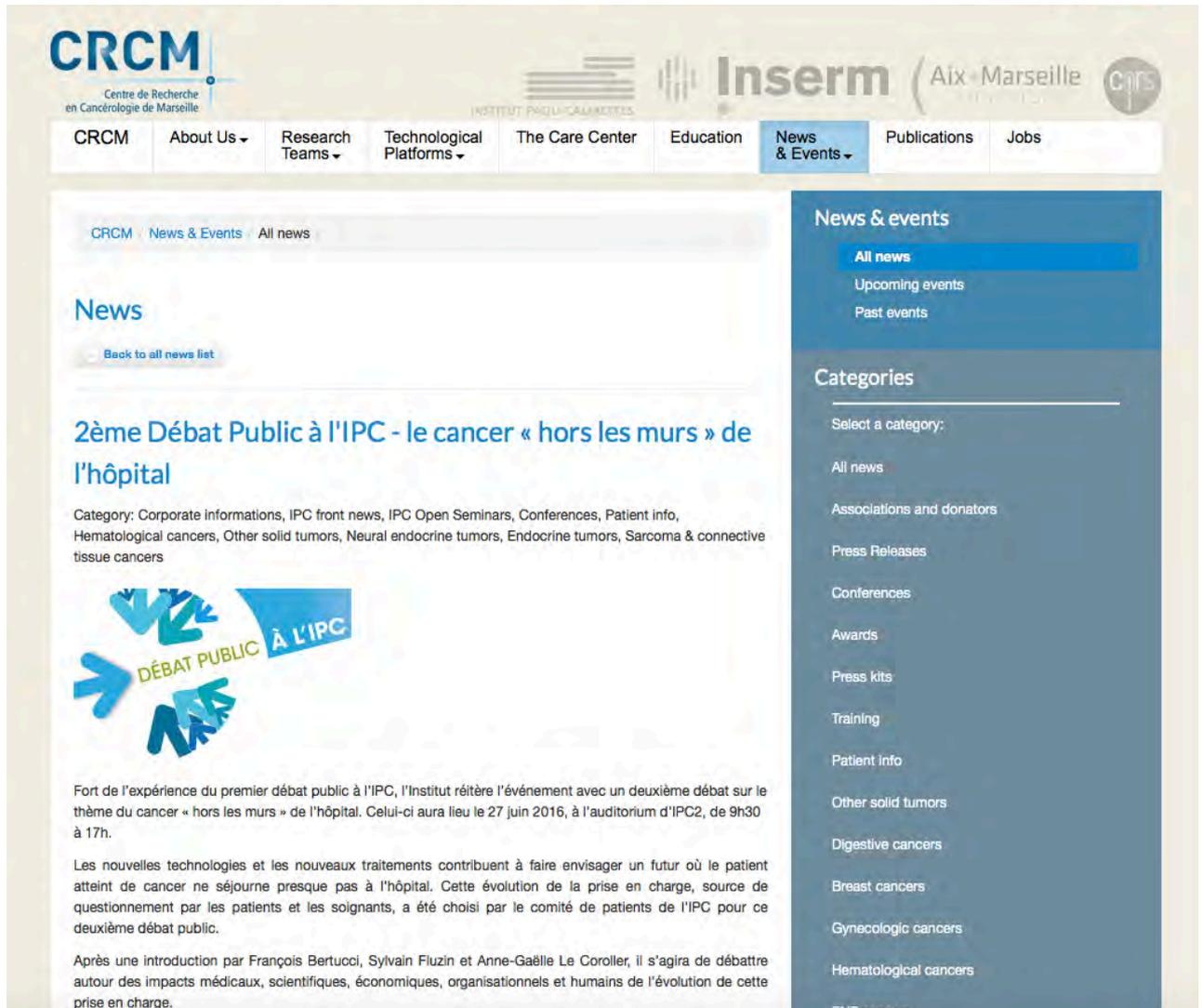


MARSEILLE - 27 JUIN 2016

Débat public: "Le cancer hors les murs... de l'hôpital" - IPC

EN SAVOIR PLUS

CRCM



The screenshot shows the website interface for the Centre de Recherche en Cancérologie de Marseille (CRCM). The header includes the CRCM logo, the Institut Paoli-Calmettes logo, and the Inserm Aix-Marseille logo. A navigation menu contains links for CRCM, About Us, Research Teams, Technological Platforms, The Care Center, Education, News & Events, Publications, and Jobs. The main content area features a breadcrumb trail (CRCM / News & Events / All news) and a 'News' section with a 'Back to all news list' link. The featured article is titled '2ème Débat Public à l'IPC - le cancer « hors les murs » de l'hôpital'. Below the title is a category list and a graphic with the text 'DÉBAT PUBLIC À L'IPC'. The article text discusses the second public debate on cancer care outside the hospital, scheduled for June 27, 2016. A sidebar on the right contains 'News & events' filters (All news, Upcoming events, Past events) and a 'Categories' list including All news, Associations and donors, Press Releases, Conferences, Awards, Press kits, Training, Patient info, Other solid tumors, Digestive cancers, Breast cancers, Gynecologic cancers, Hematological cancers, and ENT cancers.

France LYMPHOME ESPOIR

<http://www.francelymphomeespoir.fr/actualite/agenda/marseille-ipc-cancer-hors-les-murs-de-l-hopital>

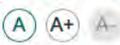


NOTRE FORUM



France Lymphome Espoir

Informier et soutenir
Lutter contre le lymphome



FAIRE UN DON

L'ASSOCIATION	COMPRENDRE	PARTAGER	AGIR	PUBLICATIONS
---------------	------------	----------	------	--------------

Accueil > Informations > MARSEILLE - IPC - "Le cancer hors les murs... de l'hôpital"

27 juin 2016 - MARSEILLE - IPC - "Le cancer hors les murs... de l'hôpital"

Publiée le 17/06/2016

Thérapies orales, chirurgie ambulatoire, séjours à l'hôpital raccourcis :

- Impacts médicaux et scientifiques,
- Impacts sur l'économie et l'organisation des prises en charge,
- Impacts sur les aspects humains de la prise en charge.

Débat public de 9h30 à 17h,
Auditorium du Centre d'information, de prévention et de consultation en cancérologie de l'IPC.
Diffusé en direct - Accessible en VOD ensuite : Lien : [pour le regarder en direct ou en VOD](#)

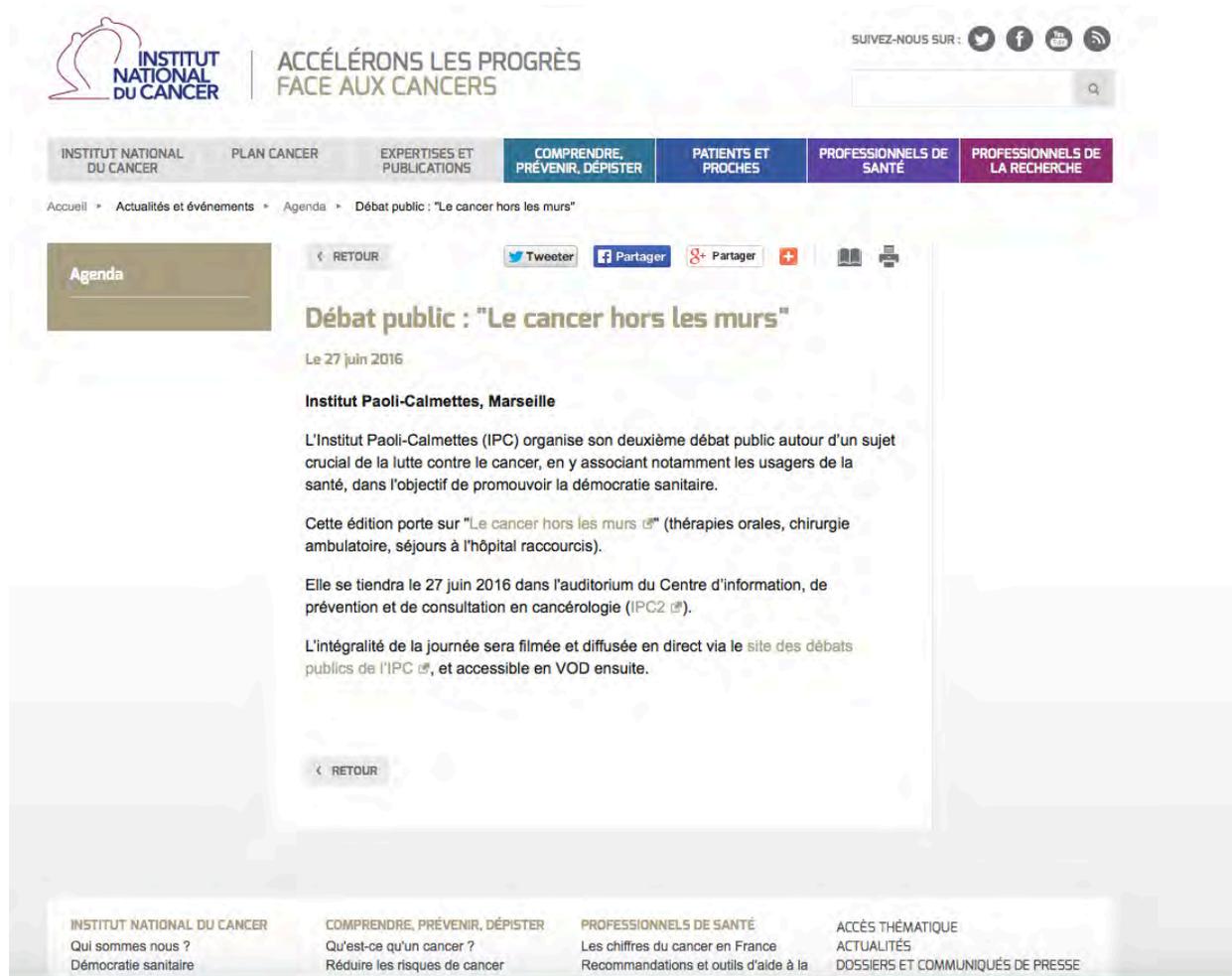
Programme du débat : [Lien](#)

[Introduction et vidéo du Pr Patrice Viens, Directeur général de l'Institut Paoli-Calmettes](#)

Lien associé : <http://www.lesdebatspublicsdelipc.com/le-debat-du-27-juin/>

INCa

<http://www.e-cancer.fr/Actualites-et-evenements/Agenda/Debat-public-Le-cancer-hors-les-murs>



INSTITUT NATIONAL DU CANCER | ACCÉLÉRONS LES PROGRÈS FACE AUX CANCERS

SUIVEZ-NOUS SUR :    

Accueil > Actualités et événements > Agenda > Débat public : "Le cancer hors les murs"

Agenda

← RETOUR  Tweeter  Partager  Partager  

Débat public : "Le cancer hors les murs"

Le 27 juin 2016

Institut Paoli-Calmettes, Marseille

L'Institut Paoli-Calmettes (IPC) organise son deuxième débat public autour d'un sujet crucial de la lutte contre le cancer, en y associant notamment les usagers de la santé, dans l'objectif de promouvoir la démocratie sanitaire.

Cette édition porte sur "Le cancer hors les murs" (thérapies orales, chirurgie ambulatoire, séjours à l'hôpital raccourcis).

Elle se tiendra le 27 juin 2016 dans l'auditorium du Centre d'information, de prévention et de consultation en cancérologie (IPC2).

L'intégralité de la journée sera filmée et diffusée en direct via le [site des débats publics de l'IPC](#), et accessible en VOD ensuite.

← RETOUR

INSTITUT NATIONAL DU CANCER Qui sommes nous ? Démocratie sanitaire	COMPRENDRE, PRÉVENIR, DÉPISTER Qu'est-ce qu'un cancer ? Réduire les risques de cancer	PROFESSIONNELS DE SANTÉ Les chiffres du cancer en France Recommandations et outils d'aide à la	ACCÈS THÉMATIQUE ACTUALITÉS DOSSIERS ET COMMUNIQUÉS DE PRESSE
---	--	---	--

IPC

L'INSTITUT
CANCER ET SOINS
RECHERCHE
ENSEIGNEMENT ET FORMATION

FR



INSTITUT PAOLI-CALMETTES
Centre régional de lutte contre le cancer Provence-Alpes-Côte d'Azur

Joindre l'IPC
04 91 22 33 33

Prendre rendez-vous
04 91 22 30 30

Faire un don

Cancer et soins
Les cancers pris en charge à l'IPC
Prendre rendez-vous
Le parcours de soins
Vos droits, vos aides
Équipes et unités de soins
L'après-cancer
Prévention
Actualités & événements

Institut Paoli-Calmettes [Cancer et soins](#) [Actualités & événements](#) [Actualités](#)

Actualité

[Retourner à la liste de tous les articles](#)

2ème Débat Public à l'IPC - le cancer « hors les murs » de l'hôpital



Fort de l'expérience du premier débat public à l'IPC, l'Institut réitère l'événement avec un deuxième débat sur le thème du cancer « hors les murs » de l'hôpital. Celui-ci aura lieu le 27 juin 2016, à l'auditorium d'IPC2, de 9h30 à 17h.

Les nouvelles technologies et les nouveaux traitements contribuent à faire envisager un futur où le patient atteint de cancer ne séjourne presque pas à l'hôpital. Cette évolution de la prise en charge, source de questionnement par les patients et les soignants, a été choisi par le comité de patients de l'IPC pour ce deuxième débat public.

Après une introduction par François Bertucci, Sylvain Fluzin et Anne-Gaëlle Le Coroller, il s'agira de débattre autour des impacts médicaux, scientifiques, économiques, organisationnels et humains de l'évolution de cette prise en charge.

- > [Télécharger le programme](#)
- > [Note sur la démocratie sanitaire](#)
- > [Site dédié aux débats publics de l'IPC](#)

Actualités et événements

Actualités

- Événements à venir
- Événements passés

Catégories disponibles pour les actualités de la rubrique "Cancers et soins"

Sélectionnez une catégorie :

- Associations, dons et mécénat
- Info patient
 - Autres tumeurs solides
 - Cancers digestifs
 - Cancers du sein
 - Cancers gynécologiques
 - Cancers hématologiques
 - Cancers ORL
 - Cancers pneumologiques
 - Cancers urologiques
 - Sarcomes et autres tumeurs conjonctives
 - Tumeurs endocrines
 - Tumeurs neuro-endocrines
- Parutions IPC
- Prévention, dépistage
- Recherche et essais cliniques

METROUPOLI

<http://www.metroupoli.fr/?p=11861>



The screenshot shows the Metroupòli website interface. At the top, there is a navigation bar with the site's logo, a search bar, and a list of categories: Accueil, Aix-en-Provence, and Marseille. The main content area features an article titled "[#Vidéo #Direct] « Le cancer hors les murs » en débat à l'Institut Paoli-Calmettes @lamarsweb". Below the title is a photograph of the Institut Paoli-Calmettes building. The article text begins with "Les débats public de l'Institut Paoli Calmettes organisent leur deuxième rendez-vous de l'année sur le thème : « Le cancer hors les murs »." There are links for "Lire la suite sur le site" and "Lire l'article". The article is dated "Publiée dans Marseille le 27 juin 2016 par @lamarsweb." On the right side, there is a section titled "À propos de Metroupòli.fr" which explains the site's purpose. Below that is a "Tweets" section showing a tweet from @Metroupòli about a PMU event.

Metroupòli
Toute l'actualité locale de la Métropole d'Aix-Marseille-Provence d'un seul coup d'œil

Accueil Aix-en-Provence Marseille

[#Vidéo #Direct] « Le cancer hors les murs » en débat à l'Institut Paoli-Calmettes @lamarsweb

Les débats public de l'Institut Paoli Calmettes organisent leur deuxième rendez-vous de l'année sur le thème : « Le cancer hors les murs ».

[Lire la suite sur le site](#)

[Lire l'article](#)

Publiée dans Marseille le 27 juin 2016 par @lamarsweb.

À propos de Metroupòli.fr

Metroupòli, qui veut dire métropole en provençal, est un site qui référence automatiquement toute l'actualité de la Métropole d'Aix-Marseille-Provence. Nous ne publions qu'un court extrait, un lien vous mène à la source originale à la fin de chaque article.

Tweets de @Metroupòli

Metroupòli
@Metroupòli

Poker : une Marseillaise va porter les couleurs du PMU @LPMarseille: N'allez surtout pas lui parler de chance ou de...

PRESS READER

<http://www.pressreader.com/france/nice-matin-menton/20160625/282076276170350>

press reader

Résultats de recherche

« Le cancer hors les murs ... de l'hôpital »

Nice-Matin (Menton) 25 Jun 2016 +3 mots



Grâce à l'accès aux nouvelles technologies et à la révolution numérique, les traitements contre les cancers ont profondément changé. En quelques années, la prise en charge des cancers a si vite évolué que les patients peuvent vivre l'essentiel de leurs soins loin des murs de l'hôpital. Quelles sont les conséquences de ces (r)évolutions ? Comment les utiliser au mieux pour allier efficacité et humanité? Demain, la prise en charge des cancers se fera-telle hors des murs de l'hôpital? Peut-on imaginer les patients suivre leur traitement en restant chez eux, après un court passage, en ambulatoire, à l'hôpital ? Voire continuer à travailler « normalement », avec des cachets à prendre quotidiennement? Ces questions – et

beaucoup d'autres – seront la trame du deuxième débat public organisé par l'Institut Paoli-Calmettes sur le thème « le cancer hors les murs... de l'hôpital ». Parmi les participants, à noter la présence de Bernadette Devictor, présidente de la Conférence nationale de santé et de Jean-Paul Vernant, professeur en hématologie et auteur des recommandations pour le e plan cancer. Lieu : lundi 27 juin 2016, de 9 h 30 à 17 h Institut Paoli-Calmettes, IPC 2 Salle de conférence. Marseille Rens : 04.91.22.34.25 - Fax : 04.91.22.36.12 E-mail : bourdiecs@ipc.unicancer.fr

Write a comment...

- Signet
- Ecouter
- Partager
- Commenter
- Plus



Nice-Matin (Menton) 25 Jun 2016 Page:29

SIRIC Marseille

<http://www.siric-marseille.fr/Debat-Public-l-hopital-hors-les.html>



SIRIC MARSEILLE
CANCÉROLOGIE

LES SIRICS LES PROGRAMMES MANAGEMENT

Débat Public : le cancer hors les murs

27 JUIN 10H-17H - IPC2

Le prochain débat public organisé par l'IPC et le SIRIC de Marseille aura lieu le 27 Juin de 9h30 à 17h en salle IPC2 et portera sur l'hôpital hors les murs.

 **Programme**

voir le site de l'IPC sur les débats publics, avec la vidéo du débat du 28 janvier 2016 sur le coût de l'innovation en cancérologie : <http://www.lesdebatspublicsdellpc.com/democratie-santitaire/>

15 avril 2018

Toutes les actualités

- Recherchons Ingénieur-Biologiste responsable de la plateforme cytométrie en flux
- 2ème symposium Cancer pancréatique de l'Association Française de Recherche sur le Cancer Pancréatique
- Débat Public : le cancer hors les murs**

UNICANCER

<http://www.unicancer.fr/actualites/agenda/les-evenements-unicancer/cancer-hors-murs-hopital-debat-public-institut-paoli-calmettes-marseille>



UNICANCER
R&D UNICANCER
PATIENTS
PROFESSIONNELS DE SANTÉ
LA RECHERCHE
CARRIÈRES ET FORMATIONS
ACTUALITÉS

- ▶ Actualités du Groupe
- ▶ Actualités des Centres
- ▶ Vidéos du Groupe
- ▶ Espace presse
- ▶ **Agenda**

VOUS ÊTES ▶

Accueil » Actualités » Agenda » Les événements UNICANCER » Le cancer hors les murs... de l'hôpital - Débat public à l'Institut Paoli-Calmettes, à Marseille

27/06/2016 

Le cancer hors les murs... de l'hôpital - Débat public à l'Institut Paoli-Calmettes, à Marseille



Après un premier débat public en cancérologie sur la question du coût des médicaments, l'Institut Paoli-Calmettes (IPC) organise un débat public sur « LE CANCER HORS LES MURS ... DE L'HÔPITAL », le lundi 27 juin 2016, de 9h30 à 17h à Institut Paoli-Calmettes, IPC 2 Salle de conférence.

En présence de :

- Gérard BERTUCELLI, Directeur général de la Caisse primaire d'assurance maladie
- Pr François BERTUCCI, cancérologue, IPC, AMU
- Anne-Gaëlle LE COROLLER, Inserm, SESSTIM, AMU
- Bernadette DEVICTOR, Présidente de la Conférence nationale de santé
- Sylvain FLUZIN, Directeur service informatique, IPC
- Dr Martine ROUSSEAU, médecin généraliste, membre du comité consultatif des patients et des professionnels de l'INCa
- Jean-Charles SAMUELIAN, société Alan
- Norbert NABET, Directeur général adjoint de l'ARS PACA
- Pr Jean-Paul VERNANT, hématologue, auteur des recommandations pour le 3ème plan cancer, membre du mouvement de défense de l'hôpital public

Grâce à l'accès aux nouvelles technologies et à la révolution numérique, les traitements contre les cancers ont profondément changé. En quelques années, la prise en charge des cancers a si vite évolué que les patients peuvent vivre l'essentiel de leurs soins loin des murs de l'hôpital.

Quelles sont les conséquences de ces (r)évolutions ? Comment les utiliser au mieux pour allier efficacité et humanité ?

Demain, la prise en charge des cancers se fera-t-elle hors des murs de l'hôpital ? Peut-on imaginer les patients suivre le plus clair de traitement en restant chez eux, ou en continuant à travailler « normalement », avec des cachets à prendre quotidiennement, et après un court passage, en ambulatoire, pour la chirurgie, et pour la radiothérapie ?

Quelle sera la nature du lien, du suivi par les spécialistes hospitaliers et/ou d'autres acteurs ?

Ces perspectives sont-elles une fable, ou déjà une réalité, aux prémisses déjà sensibles ?

Ces questions – et beaucoup d'autres – seront la trame de ce deuxième débat.

Plus d'informations

Contact presse :
Elisabeth BELARBI
Tél. : 06 46 14 30 75
E-mail : communication@ipc.unicancer.fr

Lieu : IPC2, salle de conférence, 15 boulevard Lei Roure 13009 Marseille

▶ **Le site Internet de l'Institut**

Patients

Etre soigné dans un Centre de lutte contre le cancer



[Découvrez notre démarche](#)

Professionnels de santé

Découvrez ce qui constitue le modèle UNICANCER



[Accédez à votre espace](#)

Vous cherchez un Centre

Retrouvez les Centres de lutte contre le cancer sur l'ensemble du territoire

PERTUIS.ORG

<http://www.pertuis.org/video-direct-le-cancer-hors-les-murs-en-debat-a-l-institut-paoli-calmettes.html>

© Pertuis.Org **Pertuis.Org** Rechercher

Actualités	Pertuis	Région PACA	Transports	Vaucluse	
------------	---------	-------------	------------	----------	--

[Accueil](#) - [Actualités](#) > [[#Vidéo](#) [#Direct](#)] < [Le cancer hors les murs](#) > en débat à l'Institut (...)

[[#Vidéo](#) [#Direct](#)] « Le cancer hors les murs » en débat à l'Institut Paoli-Calmettes

lundi 27 juin 2016, par contact@lamarseillaise.fr (*La Marseillaise*)



Les débats public de l'Institut Paoli Calmettes organisent leur deuxième rendez-vous de l'année sur le thème : « Le cancer hors les murs ».

[Lire la suite sur le site](#)

 **Voir en ligne : <http://www.lamarseillaise.fr/marsei...>**

LA MARSEILLAISE.fr
5 juillet 2016

la Marseillaise.fr

MONDIAL LA MARSEILLAISE A PETANQUE Annonces légales

Soutenez nous · Analyses de la rédaction · Photos · Vidéos · Contact · Abonnements et éditions numériques · Infographies · Archives · Services · Long Format · La photo du jour

Accueil **Marseille** Bouches du Rhône Var Alpes Vaucluse Hérault Gard Sports Culture Loisirs 70 Ans

Accueil - Marseille - Santé - Retour sur le débat « le cancer hors les murs... de l'hôpital » organisé à l'IPC

Mardi 5 juillet 2016 - 16h41
MAJ: mardi 5 juillet 2016 16:38

Retour sur le débat « le cancer hors les murs... de l'hôpital » organisé à l'IPC

Écrit par **Nathalie Fredon** | mercredi 29 juin 2016 14:12 | Imprimer



Trois tables rondes et des échanges riches pour la suite. photo Michel Gelabert L'utilisation de l'article, la reproduction, la diffusion est interdite - LMRS - (c) Copyright Journal La Marseillaise

Démocratie sanitaire en trois tables rondes, de nombreux intervenants et de multiples points de vue croisés. Les débuts d'un vaste chantier organisationnel où le patient doit être protégé a été initié à l'occasion des Débats publics de l'IPC à Marseille

Nouvel exercice lundi 27 juin de démocratie sanitaire à l'Institut Paoli Calmettes avec pour thème du deuxième débat public initié, après le coût des médicaments innovants en oncologie, « Le cancer hors les murs... de l'hôpital ». Une initiative portée par l'IPC, organisée par Dominique Maraninchi, professeur de cancérologie (IPC/AMU). Le Pr Viens, directeur général de l'établissement a présenté « des changements très profonds » à venir. « Cela nécessite des débats croisés parce qu'on ne parle peut-être pas de la même chose ». Il s'agissait donc « de permettre d'aborder le sujet avec plus d'objectivité » afin « d'avoir les idées plus claires sur ce que l'on fera ou pas ».

Parmi les intervenants le comité des patients, des chercheurs, médecins, le CHU de Marseille, mais aussi l'ARS, l'assurance maladie, le Pr Vernant auteur des recommandations pour le 3e plan cancer. Le Pr François Bertucci, oncologue médical IPC/AMU, Anne-Gaëlle Le Coroller (Inserm/Sesstim/AMU) et Sylvain Fluzin, directeur du service informatique à l'IPC. Un des contextes est bien connu : restrictions budgétaires et coûts en augmentation. Comment structurer un hors les murs en cancérologie - en cours avec l'ambulatorio -, conséquence en partie des évolutions thérapeutiques, épidémiologiques, scientifiques et médicales, et avec l'émergence de la e-santé?

Santé connectée ou déconnectée...?

Il aura beaucoup été question de la future place du patient. Bernadette Devictor, personne qualifiée du débat, présidente de la conférence nationale de santé était d'un optimisme modéré : « Nous arriverons à dépasser les conflits d'objectifs et de représentation en conservant la relation humaine ». Pour elle, « ce n'est pas un dispositif numérique qui va décider. Il faut absolument rester dans un dialogue et une relation humaine de qualité ». Soulignant au début de son intervention que « l'observance des traitements ne vient que s'il y a adhésion » au processus thérapeutique. En découle l'investissement dans une démarche pro-active sur la maladie. Alertant plus loin à propos de la santé connectée sur « jusqu'où devons-nous accepter ces prises de contrôles à distance ».

Oui aux traitements non-invasifs, aux formidables progrès médicaux, scientifiques et techniques qui améliorent la prise en charge, augmentent les taux de guérison. Dans ce sens, le Pr Ben Soussan, psychiatre à l'IPC a dans sa conclusion posé sa définition. « Le Hors les murs c'est une façon différente et nouvelle de penser la médecine, le soin, et d'autant le sujet humain ». Il ne s'agit pas pour lui de déplacer le secteur hospitalier au domicile. « Une vie de malade » ne signifiait pas « que leur vie est malade ». Les applications connectées seraient-elles « autant de fils à la patte pour garder une emprise sur les malades de demain? ».

De son point de vue non, si tout cela est « bien pensé » et permet d'être plus humain car débarrassé de temps chronophages. Le hors les murs de l'hôpital sera selon lui, soit « le renouvellement des outils, le renouveau de nos humanités, ce à quoi on s'engage ici par ce débat » ou « une façon pernicieuse voire perverse de gérer comme le disait Foucault, la police de la santé ». Gérard Bertucelli, DG de la CPCAM 13 a constaté que l'hospitalisation à domicile (HAD) « n'est pas montée en puissance » comme prévu. Un problème « de financement » mais aussi « de mode de fonctionnement des divers intervenants ».

Les patients traités pour un cancer seront dans la ville, ce qui signifiera que pour la médecine de ville « le flux sortant » de l'hôpital devra être optimisé a mentionné Martine Rousseau, médecin généraliste et membre du comité consultatif des patients et des professionnels Inca. Et surtout connaître « les informations d'urgence » concernant les patients. Sur le thème de la formation, le Pr Vernant a souligné « le danger » que représente le fait que « 95% des formations post-universitaires soient prises en charge par l'industrie pharmaceutique ». La collectivité médicale, scientifique, les pouvoirs publics aussi ont laissé faire et « elle déploie ses capacités marketing de manière formidable ».

Norbert Nabet, DG adjoint de l'ARS Paca a fait état d'un système de santé avec « un niveau de fragmentation ultime ». Il a livré une réflexion contextuelle : « Il y a une échelle de valeurs morales ou en tout cas économique qui fait qu'un système peut fonctionner tout seul, peut se développer ou alors qu'il faut totalement l'administrer parce que la logique du marché qui meut globalement la société ne fait pas son office. Peut-être qu'on est un peu dans cette situation... ».

Nathalie Fredon