

La Fédération UNICANCER présente ses propositions pour le Plan cancer 3 (2014 – 2018)

Sommaire

- Introduction – p. 2
 - Présentation des Centres de lutte contre le cancer et d'UNICANCER – p. 2
 - Les Centres de lutte contre le cancer et les deux premiers plans cancer – p. 2
- Les 10 propositions clés de la Fédération UNICANCER pour le Plan cancer 3 dans le domaine des soins et de l'organisation des prises en charge – p. 4
- Les 10 propositions clés de la Fédération UNICANCER pour le Plan cancer 3 dans le domaine de la recherche et de l'innovation – p. 6



Introduction

I - Présentation des Centres de lutte contre le cancer et d'UNICANCER

Depuis plus de 60 ans, les Centres de lutte contre le cancer (CLCC) participent au service public hospitalier et sont exclusivement dédiés à la lutte contre le cancer.

Les 18 CLCC, répartis sur 20 sites géographiques, sont des établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC). Ils prennent en charge plus de 100 000 patients atteints d'un cancer par an.

Les CLCC ont su très vite mettre en place des synergies et des collaborations transversales, en créant dès 1964 la Fédération française des Centres de lutte contre le cancer (Fédération UNICANCER). Cette démarche de mutualisation croissante a abouti en 2011 à la création du groupe UNICANCER, qui réunit l'ensemble des CLCC au sein d'un groupement de coopération sanitaire de moyens et autour d'un projet médico-scientifique partagé.

Les CLCC ont développé un modèle de prise en charge globale et innovante des cancers en France. Participant depuis leur création en 1945 au service public hospitalier, leur organisation leur permet d'assurer les trois missions de service public de soins, de recherche et d'enseignement que leur assigne la loi, et ce selon un mode de fonctionnement original avec statutairement à leur tête un médecin spécialiste en cancérologie et l'absence de toute activité libérale.

Ce modèle, fondé sur la pluridisciplinarité, la prise en charge globale de la personne, l'accès à l'innovation pour tous et la volonté d'efficacité au service des patients a fait la preuve de la capacité d'expertise collective des CLCC et de fait, les réalisations des CLCC sont à l'origine de nombreuses mesures des plans cancer réussis.

II - Les Centres de lutte contre le cancer et les deux premiers plans cancer

a) Le Plan cancer 2003-2007

Les Centres de lutte contre le cancer ont largement contribué à la mise en place des mesures du Plan cancer 2003 – 2007 qui concernaient, plus particulièrement, le système de prise en charge des patients :

- Le dispositif d'annonce avec une forte participation des Centres à la séquence exploratoire et une très large diffusion du dispositif
- Les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) et les centres de coordination en cancérologie (3 C), sont issus des modes d'organisation propres aux CLCC et à leurs valeurs. Les Centres ont alors amplement diffusé ces traceurs restructurant les modes d'organisation soignants et le parcours des patients au sein des réseaux, dont ils sont souvent, par ailleurs, une composante essentielle.
- Les pôles régionaux de cancérologie, qui supposent une articulation fine et complexe entre le CHU et le CLCC, partageant au sein du même bassin hospitalo-universitaire les fonctions d'expertise de recours et de Centres de ressources.

De même, les CLCC se sont beaucoup investis dans la reconfiguration du dispositif d'offre de soins en cancérologie dans un programme qualité intégrant l'évaluation des pratiques professionnelles, déployé dans l'ensemble des Centres par leur Fédération et généralisé au niveau national au travers des critères d'agrément de l'INCa dans le cadre du dispositif des autorisations des établissements à traiter le cancer.



b) Le Plan cancer 2009-2013

Les Centres de lutte contre le cancer ont été des partenaires privilégiés pour de nombreuses expérimentations mises en place par le Plan cancer 2009-2013 :

- Le développement de la recherche clinique et translationnelle

Un des tous premiers axes du Plan cancer 2009-2013 est d'assurer le transfert rapide des avancées de la recherche au bénéfice de tous les malades.

Les Centres de lutte contre le cancer ont inclus plus de 15 % de leurs patients dans un essai clinique en 2012 (versus une moyenne nationale estimée à 8%). 48% des programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC) Cancer ont été obtenus par un des CLCC ou par la Fédération UNICANCER de 2009 à 2012.

Le Groupe UNICANCER est également très actif dans le domaine du développement des essais précoces. Depuis 2006, R&D UNICANCER, le promoteur académique de recherche d'UNICANCER, mène des essais de phase I et II via le Groupe des essais précoces (GEP) afin d'évaluer des médicaments innovants. De même, 11 CLCC font partie des 16 centres labellisés INCa de phase précoce en 2010 (centres CLIP²).

La recherche translationnelle constitue un volet prioritaire du Plan cancer 2 et du Groupe UNICANCER. Tous les essais cliniques promus par R&D UNICANCER (plus de 60 en 2012) prévoient une collecte des tumeurs et/ ou de prélèvements sanguins qui permettent la mise en place de programmes de recherche translationnelle. Dans le cadre des appels à projets de recherche translationnelle INCa, 67% en 2011 et 46% en 2012 ont été attribués à des équipes cliniques de CLCC associées à des équipes de recherche fondamentale. De plus, sept sur huit des Sites de recherche intégrée sur le cancer (SIRIC) labellisés sont dirigés par un membre de CLCC ou à forte composante CLCC.

- La prise en charge individualisée et de qualité pour tous

La lutte contre les inégalités face à la maladie était l'un des objectifs prioritaires du Plan cancer 2009-2013. Ainsi, dans les CLCC est garantie l'accessibilité financière à tous les malades grâce à un exercice médical salarié exclusif sans activité libérale et donc sans dépassement d'honoraires. La permanence de l'accueil ou de l'orientation comme la répartition des 18 CLCC sur le territoire national participent également du respect des obligations d'accessibilité et d'égalité d'accès de tous les citoyens.

Le Plan cancer 2009-2013 met aussi l'accent sur la personnalisation de la prise en charge. Dans les CLCC, la mise à disposition rapide et sécurisée des innovations repose sur l'individualisation de la prise en charge qui vise autant à adapter le traitement aux caractéristiques biologiques du patient et de sa maladie, qu'à accompagner les malades tout au long de leur parcours. Ainsi, 18 sur 28 des plates-formes de biologie moléculaire labellisées par l'INCa, permettant une caractérisation précise des tumeurs et un traitement adapté, associent-elles un CLCC, mais c'est aussi 9 sur 15 des unités d'oncogériatrie et 6 sur 8 des centres adolescents et jeunes adultes qui associent un CLCC.

Depuis leur création, les Centres et UNICANCER participent aux travaux de mise en place d'indicateurs qualité de la HAS et de la DGOS et tout spécialement dans le domaine de la cancérologie. Au-delà d'indicateurs de processus désormais généralisés comme les critères de qualité transversale (tels que le dispositif d'annonce ou les RCP), des indicateurs de résultats intermédiaires ont été mis en place de façon pionnière dans les Centres (RCP niveau 2 et 3, délais d'accès, programme d'évaluation des pratiques professionnelles en radiothérapie) avec l'objectif, à terme, d'évoluer vers l'évaluation des résultats concernant la qualité des soins.



Les 10 propositions clés de la Fédération UNICANCER pour le Plan cancer 3 dans le domaine des soins et de l'organisation des prises en charge

Premier axe : Mettre en place des organisations pour améliorer la fluidité des parcours et réduire les inégalités territoriales

Les propositions de la Fédération UNICANCER :

- 1) **Généraliser les organisations qui permettent un diagnostic rapide** et une mise en route sans délai des traitements.
- 2) **Organiser la coordination des soins à partir de l'établissement de santé en s'appuyant sur les infirmiers** dont les tâches et compétences nouvelles doivent être reconnues : généralisation des actes de chirurgie ambulatoire, suivi de chimiothérapie orale ou prévention des effets secondaires, accompagnement de l'éducation thérapeutique, prévention tertiaire. Cela implique de nouveaux modes de financement, ainsi qu'une réflexion sur le parcours professionnel des infirmiers.
- 3) **Créer des consultations spécialisées reconnaissant la complexité de certains moments clés de la maladie** : consultations initiales de prescription de chimiothérapie orale, consultations pour les maladies professionnelles, consultations de fin de traitement pour permettre aux praticiens des établissements de mettre en œuvre le suivi partagé avec les médecins de ville.
- 4) **Favoriser les postes de médecins partagés** sur plusieurs lieux d'exercice assurant un maillage territorial efficace et compétent pour accompagner les professionnels de proximité : mise à disposition de temps de chirurgien, d'oncologue, de radiothérapeute réunions de concertation pluridisciplinaire communes avec usage de nouveaux outils de communication.

Deuxième axe : Prendre en compte la qualité des soins et le respect des bonnes pratiques pour améliorer l'efficacité

La généralisation de la collégialité des décisions comme l'utilisation de référentiels sont acquises grâce aux premiers plans cancer, qui ont intégré ces critères de qualité dans les autorisations réglementaires. Il convient désormais de faire évoluer ces outils pour qu'ils soient réellement les vecteurs de l'amélioration des pratiques, de la sécurité des soins et d'une meilleure efficacité.

Les propositions de la Fédération UNICANCER :

- 5) **Revoir la définition des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP)** : distinguer les cas standards pour lesquels la décision thérapeutique s'inscrit dans un référentiel et qui ne justifient donc pas une RCP et les cas hors référentiels pour lesquels les RCP sont réellement adaptées avec un aspect à la fois multidisciplinaire (radiologue, anatomo-cytopathologiste, oncologue, chirurgien radiothérapeute...) et multi-professionnel (pharmacien, infirmier, kinésithérapeute, psychologue...).
- 6) **Intégrer les actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans le fonctionnement et le pilotage des établissements de santé**. Proposer aux agences régionales de



santé, dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des établissements de soins, des outils de pilotage de l'activité de prise en charge des patients, fondés sur la qualité des pratiques et la pertinence des actes en lien étroit avec les certifications et les évaluations réalisées par les pouvoirs publics.

7) **Accompagner les évolutions en radiothérapie** : si la réduction du nombre de séances dans certaines indications sera, à terme, un gain de temps d'utilisation des équipements, les exigences accrues en termes de sécurité et de qualité (optimiser la distribution de doses sur le volume tumoral et épargner les tissus sains) nécessiteront des ressources nouvelles.

Troisième axe : Reconnaître les activités innovantes et de recours et supprimer les incertitudes de leur financement

Les innovations et le recours sont, par définition, dévolus aux établissements spécialisés. Pour permettre leur mise à disposition rapide pour tous les patients, il est indispensable de raccourcir les délais d'intégration de ces activités dans un financement standard, après leur phase d'expérimentation.

La proposition de la Fédération UNICANCER :

8) **Mettre en place une politique d'évaluation médico-économique des expérimentations et activités de recours et contractualiser** sur la base des résultats quantitatifs et qualitatifs des études médico-économiques **pour pallier les délais trop longs entre financement de la recherche et financements des actes** ou des organisations par l'assurance maladie (inscription à la nomenclature, tarification adéquate).

Quatrième axe : Prendre en compte les attentes des patients pour une prise en charge holistique et pour réduire les inégalités vis-à-vis de la maladie

Une des principales actions pour réduire les inégalités vis-à-vis de la maladie est de garantir l'égalité d'accès à des soins de qualité par l'absence de dépassement d'honoraires. Au-delà pour répondre aux attentes des patients, en dépassant le seul concept de satisfaction, il convient de prendre en charge la personne malade dans toutes ses dimensions et d'intégrer le point de vue des patients et des proches dans l'ensemble du système de soins.

Les propositions de la Fédération UNICANCER :

9) **Participer au développement de la démocratie sanitaire** en ouvrant la représentation des usagers dans les instances de gouvernance et de gestion des risques des établissements et en accompagnant la formation des patients « partenaires ».

10) **Promouvoir et reconnaître en termes budgétaires les soins de support coordonnés** dans les établissements de santé autorisés au traitement du cancer et les actions de prévention tertiaire (consultations d'addictologie, exercice physique, nutrition).



Les 10 propositions clés de la Fédération UNICANCER pour le Plan cancer 3 dans le domaine de la recherche et de l'innovation

1) Promouvoir la recherche clinique et translationnelle.

L'une des mesures-phare du Plan cancer 2 a été d'augmenter de 50 % la participation des malades aux essais cliniques. Cette démarche est à poursuivre et pour ce faire, il est nécessaire de libérer du temps médical : en effet, seuls les médecins peuvent présenter un essai thérapeutique à leurs patients. Il faut donc affecter un temps dédié à la recherche pour l'ensemble des médecins. Il faut aussi que les établissements aient la possibilité de se doter des moyens nécessaires pour réaliser une recherche clinique de qualité et dans les temps impartis. Cet objectif doit impérativement, pour être réalisé, s'accompagner d'une profonde évolution réglementaire prenant en compte le développement des nouvelles thérapeutiques du cancer.

2) Augmenter l'effort dans les recherches biomédicales dans le cadre de la médecine prédictive.

Les études « ancillaires », c'est-à-dire complémentaires, dans le cadre d'un essai clinique deviennent incontournables. Elles doivent être généralisées pour tous les essais cliniques prospectifs. Ainsi la caractérisation biologique, moléculaire et génétique de chaque type de tumeur, la biopathologie, l'analyse des processus de carcinogénèse, l'étude des processus physiopathologiques du cancer au niveau cellulaire, l'analyse de la variabilité de la réponse médicamenteuse en fonction du profil génétique (pharmacogénétique) et de l'interaction entre le médicament et le génome du patient (pharmaco génomique), l'épigénomique, l'immunothérapie et les nanotechnologies sont autant de domaines qui révolutionnent ou vont révolutionner les traitements du cancer.

Ces recherches ne peuvent se faire que grâce à un financement adéquat et une implication humaine forte.

3) Développer la coopération pluridisciplinaire.

Il faut développer la notion de « comprehensive center » dédié au cancer et poursuivre les politiques de sites alliant soins, recherche et enseignement. La promotion de la recherche translationnelle passe par le soutien des projets pluridisciplinaires associant cliniciens et chercheurs. D'autres acteurs réputés moins enclins à pratiquer la recherche clinique devront s'associer à ces efforts de recherche (chirurgiens, radiologues, radiothérapeutes...). Il est également nécessaire d'associer les chercheurs des autres disciplines telles que les sciences humaines et sociales, et les sciences exactes comme les mathématiques ou la chimie.

4) Renforcer les partenariats public-privé et les collaborations entre les différents acteurs de la recherche :

Il est nécessaire de « décloisonner » l'ensemble des activités de recherche en favorisant les interactions entre tous les acteurs dans le respect des spécificités de chacun d'entre eux :

- Entre les différentes institutions de recherche nationales et internationales (Inserm, CNRS, ANR, EORTC ...)
- Entre la recherche fondamentale et la recherche clinique, ici, la meilleure compréhension réciproque des enjeux des uns et des autres doit être sollicitée ;
- Entre les Centres hospitaliers universitaires, centres hospitaliers généraux, Centres de lutte contre le cancer et établissements privés, là, les coopérations doivent s'intensifier dans une vision prospective et collégiale ;
- Avec les groupes coopérateurs spécialistes d'organes ;
- Avec les autorités compétentes dans le domaine du cancer (INCa, ANSM, HAS, DGOS, agences régionales de santé...)



- Avec les associations caritatives, dont le rôle en tant que partenaires financeurs est primordial pour mener à bien des projets ambitieux et coûteux ;
- Avec les industriels impliqués dans le cancer ; il est tout à fait possible et éminemment souhaitable de faire travailler la recherche académique en étroite coopération avec eux, nos complémentarités étant évidentes, cela tout en maintenant une éthique et une intégrité totale.

5) Soutenir et promouvoir la valorisation de la recherche en France, en tenant compte de la spécificité de la cancérologie.

La cancérologie représente une part importante dans le développement des nouveaux médicaments. Ainsi, plusieurs dizaines de nouveaux agents anti-cancéreux vont être mis sur le marché dans les années à venir. Il s'agit de faciliter les différentes retombées possibles sur des produits ou des procédés nouveaux ou améliorés issus de la recherche académique, en tenant compte de cette spécificité en cancérologie. Il faudrait développer un organisme national de valorisation de la recherche académique et aider à la création de start-ups françaises. Le soutien aux petites entreprises et laboratoires doit s'intensifier, elles sont à l'origine de réflexions originales et de prise de risque débouchant sur des innovations importantes (innovation « de rupture ») dont les résultats sont souvent plus tard rachetées par de gros industriels qui développent et commercialisent à leurs noms.

6) Encourager l'accès à l'innovation thérapeutique pour chaque malade du cancer, quel que soit son lieu de traitement, en développant au moins un Centre de Recherche Clinique en Cancérologie par territoire de santé. Celui-ci aura pour vocation de coordonner l'activité de recherche clinique dans tous les établissements du territoire autorisés aux traitements du cancer. Un effort particulier devra être fait pour tenter d'amenuiser la réticence fréquente des établissements à adresser les patients susceptibles de pouvoir bénéficier d'une recherche à un centre référent.

7) Faire communiquer les systèmes d'information afin de partager et de pouvoir analyser en commun l'ensemble des données issues de la recherche (données cliniques, biologiques, imagerie, biologie moléculaire, omic...) en vue de favoriser la recherche translationnelle, permettant de faire le lien entre la recherche fondamentale et la recherche clinique. Ces réseaux de partage devront être ouverts à l'international.

En raison de son caractère transversal, le système d'information constitue la passerelle indispensable entre la recherche et les soins. La mise en œuvre de cette passerelle est très complexe (normalisation des langages, harmonisation des codages...) et peut être longue et coûteuse. La réalisation d'un tel système se doit d'être favorisée par les pouvoirs publics et son financement accompagné.

8) Atteindre des masses critiques suffisantes dans le domaine de la recherche et renforcer les SIRIC
Le regroupement en nombre important sur un même site, ou sur des sites géographiquement proches, d'équipes de recherche fondamentale et translationnelle nous paraît indispensable afin de développer la recherche en cancérologie.

Les regroupements sont nécessaires afin de pouvoir partager certaines infrastructures coûteuses (plateforme, animalerie, imagerie, radiothérapie...), de pouvoir transférer plus rapidement les données fondamentales vers le translationnel.

Idéalement, ces regroupements devraient se faire sur des sites ou à proximité immédiate de sites hospitaliers afin de pouvoir dynamiser l'interaction avec la recherche clinique. Un continuum recherche fondamentale - recherche clinique - soins, tel qu'il est développé dans les Comprehensive Cancer Centers américains, doit permettre d'optimiser les moyens de la recherche en cancérologie.



Les Sites de recherche intégrée sur le cancer (SIRIC) sont un point de départ au développement de ces sites. Il conviendrait de poursuivre cet objectif, en renforçant ce dispositif.

9) Poursuivre la simplification et intensifier les financements de la recherche en cancérologie

Le travail réalisé, en particulier au cours du deuxième Plan cancer afin d'identifier les financements de la recherche en cancérologie, doit être poursuivi. La clarification et la simplification des appels à projet à travers l'INCa est un élément majeur.

Ce financement de la recherche sur appels à projet devra s'associer plus encore aux financements venant des associations caritatives afin de poursuivre, sur certains grands domaines, les opérations d'amplification qui ont été réalisées en collaboration notamment avec la Fondation ARC ou la Ligue Nationale contre le Cancer.

Il est d'autre part très important que la recherche clinique en cancérologie continue à être identifiée en tant que telle à travers un PHRC Cancer autonome, géré par l'INCa.

La masse critique constituée par le regroupement des équipes de recherche sur des sites hospitaliers telles qu'elles ont pu être évoquées dans la proposition n°8, la mise en réseau de ces masses critiques, devront permettre une présence plus efficace au niveau des appels à projet européens.

Des solutions innovantes dans le financement de la recherche devront être trouvées ; ainsi une incitation claire des pouvoirs publics auprès des laboratoires pharmaceutiques commercialisant leurs produits en France à participer financièrement aux efforts de recherche académique devra-t-elle être mise en place.

10) Développer l'universitarisation de la cancérologie

Bien que les deux premiers plans cancer aient mis l'accent sur la nécessité de développer l'enseignement en cancérologie, il existe toujours un déficit en médecins formés à la cancérologie au sens large (des disciplines comme l'anatomopathologie sont indispensables de nos jours à la cancérologie). Cet enseignement est encore certainement sous-représenté, alors que le cancer touche 365 000 personnes par an et représente la première cause de mortalité en France.

Il nous paraît indispensable de favoriser la formation des jeunes oncologues à la recherche si l'on veut maintenir une compétitivité internationale de l'oncologie française. Des cursus de type MD-Ph D doivent être proposés. Si un tel programme prenait de l'ampleur, une Ecole Doctorale de Cancérologie Nationale pourrait être créée. Une collaboration plus étroite entre CLCC, Université et organismes de recherche devrait contribuer à relever ces nouveaux défis.

Il faudrait également introduire très rapidement la recherche clinique dans le cursus universitaire et sensibiliser les internes aux enjeux des publications et de la valorisation de notre recherche. Il faudrait impliquer les internes en les associant davantage aux bonnes pratiques cliniques et aux essais thérapeutiques : lien avec l'industriel ou le groupe académique, invitation aux réunions des investigateurs ou aux réunions des groupes académiques, participation aux essais cliniques ...

Afin de répondre à ces nouveaux enjeux, certaines disciplines, peu représentées à l'heure actuelle sur les sites hospitaliers, devront y être intégrées. Notamment, les disciplines telles que la bioinformatique, la physique, la chimie, les mathématiques afin de répondre aux nouvelles questions autour de la radiothérapie, de l'immunothérapie, de la nanotechnologie et de la modélisation pour le traitement des données en grand nombre, devront être prioritaires. Les sciences humaines et sociales, afin d'évaluer en permanence les impacts des innovations sur la société mais aussi sur les patients, devront prendre une place plus importante.