

■ Auteur



Mohamed TOUATI

Praticien Hospitalier
Hématologue.

Expertise :

Président du Réseau
d'Hématologie du
Limousin Hématolim.
Président du Réseau
Régional de Cancérologie
du Limousin Rohlim
(Réseau d'Oncologie-
Hématologie du Limousin).

Déclaration publique d'intérêts :
Aucun.

Correspondance :

Service d'Hématologie
Clinique et Thérapie Cellulaire
CHU de Limoges
[mohamed.touati@
chu-limoges.fr](mailto:mohamed.touati@chu-limoges.fr)

Réseaux de santé en onco-hématologie : hier, aujourd'hui et demain

De longue date les collaborations entre les professionnels de santé, dans le domaine de l'onco-hématologie, ont permis de regrouper leur savoir-faire pour garantir aux patients une prise en charge de qualité. Progressivement ce travail collaboratif a pris le nom de réseau, et s'est développé dans le contexte d'une structuration de l'ensemble du paysage sanitaire. Les réseaux de santé en onco-hématologie se sont formalisés avec le déploiement du 1^{er} Plan cancer à partir de 2003⁽¹⁾, et la création de l'Institut National du Cancer (INCa). Le 2^e Plan cancer⁽²⁾ a permis, à partir de 2009, de renforcer le lien Ville-Hôpital et le 3^e Plan cancer⁽³⁾, mis en œuvre à partir d'octobre 2014, intègre les nouveaux besoins de la population et l'évolution des traitements. Les réseaux de santé sont essentiels pour répondre aux nouveaux enjeux tels que l'évolution de la population et des traitements.

Réseaux de santé en onco-hématologie : qu'est-ce que c'est ?

La terminologie relative aux réseaux de santé a été précisée par la législation ; l'appellation réseau correspond à plusieurs entités distinctes.

Les Réseaux Régionaux de Cancérologie (RRC) ont été formalisés par la circulaire de septembre 2007⁽⁴⁾, dans le but d'organiser les activités des professionnels de santé, en particulier information et formation, diffusion de référentiels, recueil de données, évaluation des pratiques et mise en œuvre d'outils communs de communication tels que sites internet ou Dossier Communiquant de Cancérologie (DCC). Le terme « régional » de RRC a une double dimension, géographique et opérationnelle, correspondant à leurs missions définies par la circulaire de septembre 2007 relative aux RRC. Les Réseaux Territoriaux (RT) appelés aussi réseaux de soins, ont comme principale mission d'assurer aux patients des soins coordonnés, continus et de proximité.

Ces réseaux sont plurithématiques (cancer, hématologie, nutrition, soins palliatifs, lien avec les pharmacies de ville, coordination Ville-Hôpital, chimiothérapie à domicile, prise en charge psychologique, coordination gériatrique, assistance sociale...), et parfois polyvalents. Actuellement certains RT évoluent progressivement vers des structures communes appelées à devenir des plateformes polyvalentes de soins réunissant ainsi les RT ayant des thématiques proches comme par exemple la cancérologie, les soins palliatifs, la gériatrie, la nutrition et la psychologie.

Enfin, l'entité « réseaux de santé » rassemble les réseaux régionaux et les réseaux territoriaux⁽⁵⁾.

Les réseaux : quelle composition et quels rôles ?

Les RRC regroupent les établissements de soins dits autorisés à traiter le cancer et les établissements dits associés. L'adhésion des établissements de soins à un RRC est une des conditions nécessaires pour obtenir l'autorisation de traitement du cancer. Ces structures telles que les établissements de santé de statut public ou privé, les Centres de Coordination en Cancérologie (3C), les Hospitalisations à Domicile (HAD), etc.

participent aux actions des RRC (**figure 1**). Les RT réunissent les différents professionnels de santé en particulier le médecin traitant proche du patient. Globalement, les actions destinées aux patients sont coordonnées par les RT et les actions destinées aux professionnels sont coordonnées par les RRC.

Ces réseaux et les professionnels de santé interviennent pour optimiser le parcours de soins des patients atteints de cancers ou d'hémopathies malignes au sein du Plan cancer. Les équipes de coordination des réseaux territoriaux reçoivent les besoins de soins des patients, mettent en œuvre les moyens pour réaliser les soins et en assurent la coordination et le support administratif nécessaire. Le rôle de coordination des RRC est essentiel (**figure 2**). En l'absence de réseaux territoriaux identifiés, la prise en charge est habituellement assurée par les filières de soins existantes.

Quels outils pour appliquer le Plan cancer ?

Les premiers états généraux des malades du cancer se sont tenus en 1998 à Paris et ont été une étape clé permettant de prendre en compte les doléances des patients, recueillis par les comités départementaux de la Ligue contre le cancer. Trois mille personnes, patients et proches, soignants et représentants des établissements de santé, membres des instances de santé et du gouvernement ont pu s'exprimer et réfléchir ensemble. Les patients ont expliqué par exemple combien l'entrée dans la maladie pouvait être difficile en raison de conditions d'annonce inappropriées et du manque de respect de l'humain.

Les patients ont souligné l'importance d'une prise en charge équilibrée non seulement de la pathologie tumorale mais aussi du patient lui-même dans sa vie quotidienne. Ainsi le 1^{er} Plan cancer 2003-2007 a pris en considération les paroles des patients et les a transformées en mesures destinées à améliorer la prise en charge globale des malades atteints de cancer. La circulaire de février 2005 reste un document majeur pour définir l'articulation des différentes structures de soins pour la prise en charge optimale du cancer⁽⁶⁾. Plusieurs processus ont été définis et déployés pour répondre au besoin d'organisation de soin en cancérologie :

MOTS CLÉS

RÉSEAUX DE SANTÉ,
RÉSEAUX TERRITORIAUX,
RÉSEAUX DE SOINS, RÉSEAUX
RÉGIONAUX
DE CANCÉROLOGIE,
PLAN CANCER,
CENTRE DE COORDINATION
EN CANCÉROLOGIE,
3C, PARCOURS DE SOINS.



Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP)

Le dossier de tout nouveau patient atteint de cancer doit faire l'objet d'un avis émis lors d'une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) qui réunit plusieurs médecins de différentes spécialités en fonction du type de cancer, propose le traitement anticancéreux le mieux adapté, fondé sur des référentiels de traitements déjà validés, rédige un compte rendu de la RCP, intégré dans le dossier médical et transmis au médecin traitant, contribue à établir un Plan Personnalisé de Soins (PPS) et enfin propose un essai clinique, le cas échéant.

Dispositif d'Annonce (DA)

C'est une mesure phare du 1^{er} Plan cancer (2003-2007) ; il prévoit des temps de discussion et d'explication sur la maladie et les traitements afin d'apporter au patient une information adaptée, progressive et respectueuse.

Ce dispositif devrait s'organiser si possible, en 4 temps : un temps médical, un temps d'accompagnement soignant, un temps de soutien et enfin un temps d'articulation avec la médecine de ville.

Plan Personnalisé de Soins (PPS)

La proposition de RCP doit se concrétiser sous la forme d'un Programme Personnalisé de Soins (PPS) remis au patient indiquant les traitements à réaliser, les examens complémentaires, les lieux de traitement, les dates prévisionnelles et les coordonnés de tous les intervenants. Après le traitement, le PPS peut être suivi par le Plan Personnalisé de l'Après Cancer (PPAC).

Centre de Coordination en Cancérologie (3C)

C'est une cellule transversale qui contrôle la qualité en cancérologie au sein des établissements de santé autorisés à l'activité de soins de traitement du cancer qui le composent. Le 3C doit mettre en œuvre des actions relatives à la qualité des prises en charge des patients atteints de pathologie maligne : RCP, DA, respect des référentiels de bonne pratique, remise de PPS, accès aux soins de support et accès aux innovations et à la recherche clinique.

Dossier Communiquant de Cancérologie (DCC)

C'est l'outil informatique qui devra permettre aux professionnels de santé d'échanger des données médicales telles que les fiches de RCP, les comptes-rendus opératoires, les comptes-rendus anatomopathologiques. Il permettra de gérer aussi l'annuaire des RCP, la gestion informatisée des RCP, l'élaboration du PPS, l'accès aux recommandations de pratique clinique et aux registres des essais cliniques, etc. Il est accessible au patient, aux médecins hospitaliers et libéraux indiqués par le patient. Le système d'information garantit la confidentialité et la sécurité. Le développement du DCC au sein de toutes les régions reste un objectif important pour l'INCa.

Parcours de soins : quelles priorités ?

Avec la mise en place des différents Plans nationaux de lutte contre le cancer, déployés depuis 2003, le parcours du patient en onco-hématologie est aujourd'hui relativement bien codifié et soumis à des recommandations précises. Le parcours de soins implique de nombreux professionnels de santé de différentes disciplines médicales. Les processus définis (RCP, DA, PPS...) sont

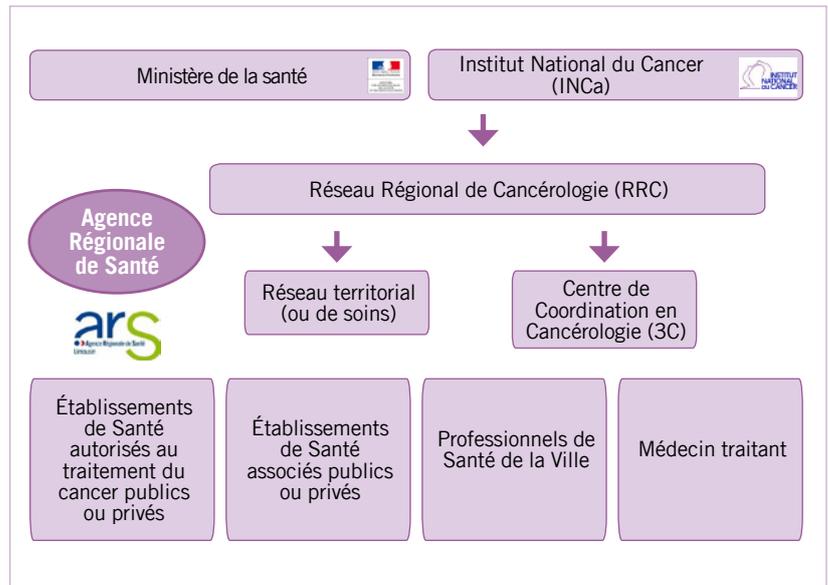
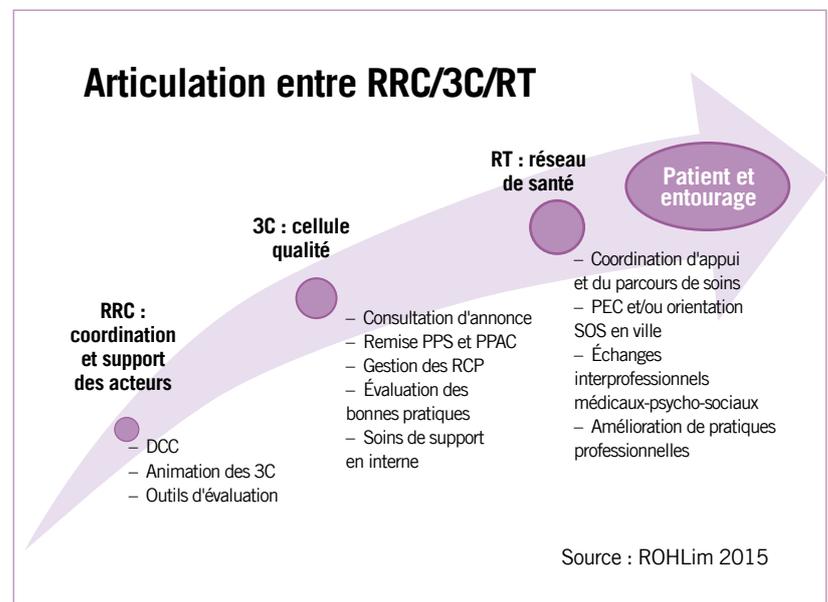


Figure 1 : Coordination entre professionnels de santé en onco-hématologie. Source : Hématolim 2014.

les « incontournables » de ce parcours. Cependant, en pratique quotidienne, les situations multiples et parfois complexes à résoudre nécessitent d'optimiser la coordination des différents professionnels : médecin généraliste, pharmacien d'officine, IDE libérale, biologistes... Les traitements onco-hématologiques complétés par les soins de support (douleur, nutrition, soutien psychologique, suivi social, soins palliatifs,...) impliquent une pluridisciplinarité (figure 3).

L'évolution des soins a conduit les professionnels de santé à assurer de nouvelles actions : coordination de soins, éducation thérapeutique, suivi téléphonique à domicile, coordination gériatrique et recherche clinique. Parmi les nouveaux métiers du soin, les infirmières cliniciennes bénéficient d'une formation spécifique. La mise en œuvre de ces nouvelles compétences devrait contribuer à atteindre certains objectifs prioritaires du 3^e Plan cancer. En 2020, plus de 50 % des chimiothérapies anticancéreuses seront administrées par voie orale ; la sécurisation de ces traitements oraux devient un objectif prioritaire. Les fiches conseils rédigées par les professionnels de santé et disponibles sur différentes plates-formes devraient contribuer à atteindre cet

Figure 2 : Ouverture sur les réseaux et parcours de soins en hématologie.



Source : ROHLim 2015

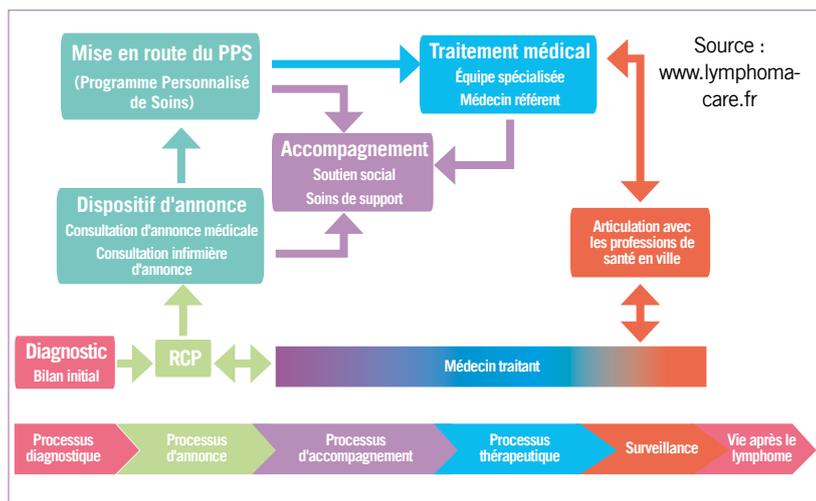


Figure 3 : Parcours de soins des patients atteints d'hémopathie maligne. Exemple du lymphome.

objectif. En France, le nombre de sujets âgés va augmenter fortement dans les années qui viennent, d'où la nécessité de se préparer pour une prise en charge optimale des patients âgés atteints de pathologie maligne. Le développement des unités de coordination onco-gériatrique UCOG avec des personnels de santé dédiés devrait permettre des décisions en RCP adaptées à chaque patient, fondées sur une évaluation gériatrique précoce. Le lien Ville-Hôpital est actuellement un élément clé pour développer la mise en œuvre des soins de proximités comme les consultations avancées, les prises en charge psychologiques par dérogations tarifaires ou le numéro vert téléphonique mis à la disposition des patients et des professionnels de la ville par certains réseaux de santé.

Les étapes du parcours de soins doivent être définies en tenant compte des échanges d'informations avec les patients et leurs proches. Parmi les missions des réseaux, la collaboration avec les associations de patients doit permettre de faciliter la diffusion des informations relatives aux hémopathies malignes. Parmi ces associations on peut citer : France Lymphome Espoir (FLE), Association Française des Malades du Myélome Multiple (AF3M), France-LMC, SILLC, Connaitre et Combattre les Myélodysplasie (CCM), Ligue contre le cancer, Waldenstrom France, etc.

Perspectives

Les 25 RRC devront s'adapter progressivement à la nouvelle réforme territoriale. Dans ce contexte, les RRC sont amenés à redéfinir certaines de leurs missions selon de prochaines recommandations de l'INCa.

La réalisation des traitements sur le lieu de vie des patients interpelle les professionnels de santé et les patients eux-mêmes pour garantir la qualité, la sécurité et l'observance des traitements. L'éducation thérapeutique du patient, les programmes d'information, les suivis-conseils téléphoniques, les informations diffusées par les sites internet développés par les professionnels de santé sont autant d'actions prioritaires pour permettre de répondre aux changements qui s'annoncent dans l'offre de soins.

Au cours des dernières années, la dynamique associative des patients et de leurs proches a contribué à la mise en place de nombreuses activités permettant d'améliorer leur vie quotidienne. Ainsi se sont développés l'activité physique adaptée (APA), l'aquagym, l'arthérapie, la sophrologie, la socio-esthétique, les arts martiaux non-violents, la réflexothérapie plantaire, voire même, les soirées conviviales, les soirées culinaires avec des lycéens des écoles d'hôtellerie, etc. Ceci témoigne de la volonté des patients de ne pas être enfermés dans la maladie et aspirer à une vie meilleure, la vie après le cancer. Une approche commune patients-professionnels de santé et l'écoute du patient est désormais incontournable pour garantir la continuité du Plan cancer à travers le parcours de vie.

Conclusion

Les Plans cancer constituent un extraordinaire projet sociétal. Beaucoup de choses ont été accomplies d'autres restent à mettre en place, certaines sont à pérenniser. Les réseaux ont joué et jouent encore un rôle majeur dans le déploiement de ces actions. Ce sont de véritables « fournis travailleuses ».

Cette dynamique « Réseaux, Parcours de soins et Plan cancer » n'est pas toujours bien connue des jeunes professionnels de santé et devrait faire l'objet d'une formation par exemple sous forme d'un module au cours des études médicales et infirmières.

Une participation plus grande est souhaitable au Congrès National des Réseaux de Cancérologie (CNRC) organisé chaque année par les RRC en collaboration avec l'Association des Coordinateurs de Réseaux de Cancérologie (ACORESCA)⁽⁶⁾. Le CNRC 2015 aura lieu les 2 et 3 octobre 2015 à Amiens organisé par le RRC ONCOPIC.

Remerciements : C. Ferme (Lymphoma-care), C. Vincent (Rohlim), E. Dumond Wibaux (Hématolim) et D. Bordessoule (Hématologie Clinique, CHU de Limoges).

Liens utiles

www.e-cancer.fr
www.sante.gouv.fr
www.rohlim.fr
www.hematolim.fr
www.lymphoma-care.fr
www.acoresca.fr

Ce qu'il faut retenir

- Les Réseaux Régionaux de Cancérologie (RRC) permettent d'organiser les activités des professionnels de santé et d'améliorer, en continu, les pratiques en onco-hématologie.
- Les Réseaux Territoriaux (RT) appelés aussi réseaux de soins, ont comme principale mission d'assurer aux patients des soins coordonnés, continus et de proximité.
- Le parcours de soins en onco-hématologie est aujourd'hui relativement bien codifié et soumis à des recommandations précises permettant de garantir aux patients une prise en charge de qualité.

Références

1. **Plan Cancer 1.** <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2003-2007>
2. **Plan Cancer 2.** <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2009-2013>
3. **Plan Cancer 3.** <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Plan-Cancer-2014-2019>
4. **Circulaire de septembre 2007 relative au RRC.** <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Les-reseaux-regionaux-de-cancerologie/Missions-des-RRC>
5. **Guide méthodologique des réseaux de santé d'octobre 2012.** http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante.pdf
6. **Circulaire de février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie.** <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Les-reseaux-regionaux-de-cancerologie/Missions-des-RRC>