

## MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

- **PRÉSIDENT**  
Dr G. GANEM
- **VICE PRÉSIDENT**  
Pr MA MAHE
- **TRÉSORIER**  
Dr C ALLAVENA

**ARCAM :**

Dr G. BAGORY  
 Dr R. BARRAYA  
 Pr E. GAMELIN  
 Dr JC PINSON  
 Dr F. MARICHEZ  
 Pr T. URBAN

**OCLE :**

Dr S. BEGUINOT  
 Dr M. LARNICOL  
 Dr C. LIGEZA-POISSON  
 Dr D. SANDRON

**ONCO SARTHE :**

Dr M. COMBE  
 Dr MA COULON SFAIRI  
 Dr A. DELPON  
 Dr G. GANEM

**ONCO VENDÉE :**

Monsieur G. COUTURIER  
 Monsieur A. FOLTZER  
 Dr J. OLLIVRY  
 Dr F. PRIOU

**RTC NANTES :**

Dr C. ALLAVENA  
 Dr YP BARBE  
 Madame M. BITAUD  
 Dr Z. DOUADI-GACI  
 Dr F. GENIER  
 Pr MA MAHE  
 Dr G. SAUVE

**ONCO MAYENNE :**

Monsieur D. AUFFRET  
 Dr P. MICHEL LANGLET  
 Dr C. STAMPFLI  
 Monsieur AD ZARRELLA

**USAGERS :**

Monsieur P. IOGNA-PRAT  
 Madame G. RABILLER

**MEMBRES ASSOCIES**

Dr P. GASSER  
 Monsieur C. LE RESTE  
 Pr JM ROGEZ  
 Pr JP SAINT ANDRE  
 Dr E. MALLAT

## MEMBRES DU BUREAU ONCO PL

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>ARCAM</b><br/>Dr F. MARICHEZ<br/>Pr T. URBAN</li> <li>■ <b>OCLE</b><br/>Dr S. BEGUINOT-HOLTZSCHERER<br/>Dr C. LIGEZA-POISSON</li> <li>■ <b>ONCO SARTHE</b><br/>Dr MA COULON SFAIRI<br/>Dr G. GANEM</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>ONCO VENDEE</b><br/>Monsieur A. FOLTZER<br/>Dr J. OLLIVRY</li> <li>■ <b>RTCN</b><br/>Dr C. ALLAVENA<br/>Pr MA. MAHE</li> <li>■ <b>ONCO MAYENNE</b><br/>Monsieur D. AUFFRET<br/>Monsieur AD ZARRELLA</li> </ul> |
|---|--|

### COMPOSITION DE LA STRUCTURE DE COORDINATION RÉGIONALE

- Médecin coordinateur  
Dr Hervé LACROIX (1 ETP hors FICQS)
  
- Conseiller médical sur les alternatives à l'hospitalisation  
Dr Véronique BARBAROT (0.2 ETP FICQS)
  
- Conseiller médical oncogériatrie  
Pr G. BERRUT (hors budget)
  
- Chargée de missions : construction et déploiement DCC (formation, animation 3C, conduite du changement), évaluation, communication, gestion de la ligne éditoriale du site du web  
Solen PELE (1 ETP FICQS)
  
- Chargé de missions : construction et déploiement DCC (formation, animation 3C, conduite du changement), évaluation, contrôle de gestion,  
Pierre THIBAULT (1 ETP FICQS)
  
- Chef de projets informatiques : architecture DCC, interfaçages, visioconférence, annuaire des professionnels de santé du réseau, suivi de projets connexes (DMP, CPS)  
Henri LE TOUCHE (1 ETP FICQS)
  
- Assistante secrétariat général  
Hélène CADIOU (1 ETP FICQS)
  
- Assistante : référentiels de bonnes pratiques, RCP régionales – tumeurs rares  
Anita GUILMARD (1 ETP hors FICQS)
  
- Assistante oncogériatrie  
Charlette CLOAREC (1 ETP hors FICQS – CDD budget INCa)

Implication des 3C dans la mise en œuvre du DCC	
3C	Etat d'initialisation du DCC
Laval	●
CH Le Mans	●
Clinique Victor Hugo - Centre Jean Bernard - Le Mans	●
CPP Angers	●
CHU Angers	●
Clinique de l'Anjou - Angers	●
Cholet (CH)	●
CRG Nantes	●
CHU de Nantes	●
CCS de Nantes	●
Saint Nazaire	●
La Roche sur Yon	●
Pédiatrie Nantes - angers	●

**Légende:**

- Le 3C a validé et mis en œuvre les procédures DCC en routine, selon les recommandations d'ONCOPL, pour au moins une RCP, incluant la gestion du consentement
- Le 3C est en cours de validation et de mise en œuvre des procédures DCC. Le déploiement va être ou est amorcé
- Le 3C n'a pas initié de procédures DCC

## COMPOSITION DES INSTANCES DE CHAQUE RT

### ■ ASSOCIATION DE CANCÉROLOGIE ANJOU-MAINE (ARCAM)

- Bureau : Président Dr F. MARICHEZ ;  
Trésorier : Dr P. CELLIER ;  
Secrétaire : Dr G.BAGORY
- 4 temps secrétariat : 0.2 + 0.3 + 0.5 + 0.5 ETP
- Médecins : 204 dont 108 salariés, 96 libéraux dont 0 généraliste
- Pharmaciens : 2
- Infirmiers : 2
- Usagers : 1
- Autres : 11  
(6 directeurs d'établissements publics et 5 directeurs d'établissements privés)

#### Etablissements Publics

Pôle Santé Sarthe et Loir	route du Mans	72305 SABLE SUR SARTHE
Centre Hospitalier du Haut Anjou	1 quai Georges Lefèvre	53204 CHATEAU GONTIER
Centre Hospitalier	Rte de Fontevraud	49403 SAUMUR Cedex
Centre Hospitalier Universitaire	4 rue Larrey	49933 ANGERS Cedex 9
Centre Hospitalier	1 rue Marengo	49325 CHOLET Cedex

#### Etablissements Privés

Clinique Chirurgicale de la Loire	85 rue du Pont Fouchard	49400 SAUMUR
Clinique de l'Anjou	87 rue du Château d'Orgemont	49044 ANGERS Cedex 01
Polyclinique du Parc	3 rue d'Arcole	49300 CHOLET
Clinique Saint Sauveur-HADAR	2pl Monseigneur Rumeau	49100 ANGERS
Clinique St Joseph	51 rue de la Foucaudière	49800 TRELAZE

#### Etablissement privé reconnu d'utilité publique

Centre Paul Papin	2 rue Moll	49933 ANGERS Cedex 9
-------------------	------------	----------------------

### ■ ONCO MAYENNE

- Bureau : Président : M D. AUFFRET  
Vice-présidents : Dr C. STAMPFLI et Dr P. MICHEL LANGLET  
Trésorier : M AD ZARRELLA  
Secrétaire : Dr. A. SFAIRI
- 1 temps secrétariat : 0.5 ETP

- Médecins : 35 dont 11 salariés, 24 libéraux dont généralistes
- Pharmaciens : 2
- Infirmiers : 2
- Usagers : 0
- Etablissements de Santé : 4

Centre Hospitalier	rue du Haut Rocher	53015 LAVAL
CH Nord Mayenne	BP102	53103 MAYENNE
Polyclinique du Maine	108 av Français Libres	53000 LAVAL
Centre Mallet Proux	4 av Français Libres	53000 LAVAL

## ■ ONCOSARTHE

- Bureau : Président Dr G. GANEM ;  
 Vice-président : Dr MA. COULON-SFAIRI  
 Trésorier : Dr A. DELPON  
 Secrétaire : Dr FX LEBAS
- 2 temps secrétariat : 0.9 + 0.1 ETP
- Médecins : 225 dont 68 salariés et 156 libéraux dont 42 généralistes
- Pharmaciens : 1
- Infirmiers : 0
- Usagers : 1
- Etablissements de santé : 11

Centre Jean Bernard	9 rue Beauverger	72000 LE MANS
Groupe Santé CMCM	10 rue d'Isaac	72000 LE MANS
Clinique du Pré	13 avenue Laënnec	72018 LE MANS CEDEX
Clinique du Tertre Rouge	6 Chemin de Guetteloup	72000 LE MANS
CH Le Mans	194 avenue Rubillard	72000 LE MANS
Pôle Santé Sarthe et Loir	Route du Mans – BP 109	72305 SABLE SUR SARTHE
CH La Ferté Bernard	56 av. Pierre Brûlé	72400 LA FERTE BERNARD
Centre Hospitalier	Route de Mesle	72600 MAMERS
Centre médical Georges Coulon	1 rue du Docteur Georges Coulon	72150 LE GRAND LUCE
Centre Gallouëdec	Route de changé	72250 PARIGEN L'EVEQUE
Centre Hospitalier de Saint Calais	2 rue de la Perrine	72120 SAINT CALAIS

## ■ ONCo LOIRE ESTUAIRE (OCLE)

- Bureau : Président : Dr C. LIGEZA-POISSON  
 Trésorier : Mme C. KELLER  
 Secrétaire : Mme S. BEGUINOT-HOLTZCHERER
- 2 temps secrétariat : 0.8 + 1 (0.5 ETP OCLE et 0.5 ETP Chimio)

- Médecins : 126 dont 15 salariés et 111 libéraux dont généralistes
- Pharmaciens : 51
- Infirmiers :
- Usagers :
- Etablissements de Santé : 8

Polyclinique de l'Europe	33 bd de l'Université	44600 SAINT NAZAIRE
Centre Hospitalier	bd R. Laënnec	44600 SAINT NAZAIRE
Hôpital du Pays de Retz	ZAC La Chaussée	44210 PORNIC
Hôpital Local Intercommunal de la Presqu'île	av P. de la Bouexière	44354 GUERANDE CEDEX
Centre Marin	Pen Bron	44420 LA TURBALLE
Pôle Hospitalier Mutualiste Saint Nazaire	38 rue Pornichet	44600 SAINT NAZAIRE
SCP Centre Etienne Dolet	22 rue Etienne Dolet	44600 SAINT NAZAIRE
Centre de Convalescence	Le Bodio	44160 PONTCHATEAU

## ONCOVENDEE

- Bureau : Président : M A. FOLTZER  
 Vice-Président : M G. COUTURIER  
 Trésorier : M P. VOLLOT  
 Secrétaire : Mme F. CHAIGNE  
 Secrétaire Adjointe : Mme C. MENEZ
- 2 temps secrétariat : 0.5 + 0.5 ETP
- Médecins : 88 dont 53 salariés et 35 libéraux dont 1 généraliste
- Pharmaciens : 2 et 1 d'officine
- Infirmiers : 2 et 2 libéraux
- Usagers : 2
- Etablissements de Santé : 6

Centre Hospitalier	40 rue Rabelais	85201 FONTENAY LE COMTE
Centre Hospitalier	Bd Guérin	85300 CHALLANS
Centre Hospitalier	75 avenue Aquitaine	85100 LES SABLES D'OLONNE
Centre Hospitalier Départemental	Les Oudairies	85925 LA ROCHE SUR YON
Centre Hospitalier Départemental	41 rue Henri Renaud	85407 LUCON
Centre Hospitalier Départemental	51 rue Saint Jacques	85602 MONTAIGU
Clinique du Val d'Olonne	avenue Talmont	85180 CHATEAU D'OLONNE
Clinique Saint Charles	11 bd René Levesque	85000 LA ROCHE SUR YON



## ■ RÉSEAU TERRITORIAL DE NANTES

- Bureau : Président : Pr MA. MAHÉ  
Vice-Président : Dr C. ALLAVENA  
Trésorier : Dr F. GENIER  
Trésorier Adjoint: Dr G. SAUVE  
Secrétaire : Dr YP. BARBE  
Secrétaire Adjoint : Mme M. BITAUD
- 3 temps secrétariat : 1ETP + 1ETP + 0.7 ETP (*Chimiothérapie à domicile*)
- Médecins : 97 dont 47 salariés, 50 libéraux dont généralistes
- Pharmaciens : 2
- Infirmiers : 8
- Usagers : 1
- Autres : 4 (*2 directeurs adjoints de CH, 1 directeur des affaires médicales de CH et 1 membre de la direction clinique*)
- Etablissements de Santé : 23

CLCC Nantes Atlantique	bd Jacques Monod	44800 SAINT HERBLAIN
Centre Gériatrique MGEN		
Nouvelles Cliniques Nantaises	4 rue Eric Tabarly	44277 NANTES
Clinique Saint Augustin	78 rue Paul Bellamy	44000 NANTES
Clinique Jeanne d'Arc	21 rue des Martyrs	44100 NANTES
CHU	Place Alexis Ricordeau	44093 NANTES
Clinique Jules Verne	2-4 route de Paris	44300 NANTES
Clinique Urologique Atlantis	avenue Jacques Cartier	44800 SAINT HERBLAIN
Polyclinique du Parc	25 rue d'Arcole	49300 CHOLET
Centre de convalescence et soins de suite	Le Bodio	44160 PONTCHATEAU
Centre Catherine de Sienne	2 rue Eric Tabarly	44202 NANTES
Centre Hospitalier Cholet	1 rue de Marengo	49300 CHOLET
Hôpital Intercommunal Sèvre et Loire	1 allée Alphonse Fillion	44120 VERTOUC
Ligue Nationale Contre le Cancer	12 rue Maréchal Joffre	44000 NANTES
Centre Hospitalier	75 av. d'Aquitaine	85100 LES SABLES D'OLONNE
Centre Hospitalier Côte de Lumière	75 av. d'Aquitaine	85100 LES SABLES D'OLONNE
CH Loire Vendée Océan	Bd Est	85300 CHALLANS
Polyclinique de l'Atlantique	Avenue Claude Bernard	44819 SAINT HERBLAIN
Centre de cure médicale et convalescence	Le Bois Rignoux	44360 VIGNEUX DE BRETAGNE
Clinique Bretéché	3 rue Béraudière	44000 NANTES
Clinique Sainte Marie	Rue du Prieuré de Béré	44110 CHATEAUBRIANT
Hôpital à domicile	15 bd Meusnier de Querlon	44000 NANTES
Hôpital Local Pierre Delaroche	rue Pasteur	44150 CLISSON

## DOSSIER COMMUNICANT DE CANCEROLOGIE

	2008	2007
Nbr de DCC présentés en RCP	2749	1911
% de DCC créés par rapport à l'incidence (16 000 nouveaux cas annuel)	17.2 %	10 %
Nbr de projets de soins validés	2649	1609
Indice de partage (nbr de PS actifs par DCC)	3,35	3,18
Nbr d'utilisateurs distincts	579	
Etablissements pouvant alimenter automatiquement	3 (CHU Nantes, CRG, CPP)	2
Etablissements alimentant de façon semi-automatique ou manuelle	4 (CJB, CHU Angers*, CH Le Mans, CCS) * : pédiatrie uniquement	0

Travaux d'interfaçage prévisible pour 2009 : CH Laval, HAD, UGECAM, Clinique de l'Anjou, CH Le Mans, Sa3H (Polyclinique du Maine à Laval, Clinique Saint Charles à La Roche/Yon),

Nbre de DCC présentés en RCP par réseau territorial en 2008

Réseau territorial	Nbre DCC
Oncosarthe	908
OncoMayenne	95
ARCAM (Angers)	26
RT Nantes (CHU-CRG-CJV)	721
OCLE (St Nazaire)	40
OncoVendée (1 RCP libérale)	266
RCP régionales (sarcomes + pédiatrie)	694 (235 + 459)

## Rencontres parlementaires sur les systèmes d'information de santé Discours de Madame R. BACHELOT, ministre de la santé et des sports [ 5 novembre 2008 ]

*Sous réserve du prononcé*

Mesdames et messieurs les sénateurs,

Mesdames et messieurs les députés,

Mesdames et messieurs,

Cher Jean-Pierre Door, cher Jean-Marie Le Guen,

C'est avec plaisir et fierté que je viens aujourd'hui clore ce colloque sur l'utilisation des technologies de l'information et de la communication au service de la santé.

Mon intervention, demain, en Conseil des ministres, sur la E-santé montre combien les préoccupations et les priorités du Parlement et du Gouvernement sont en phase sur ce sujet.

Justement, responsables politiques, professionnels de santé, experts, représentants de patients : au-delà de la diversité des points de vue qui se sont exprimés aujourd'hui, **je voudrais insister sur ce qui nous rassemble**, car c'est là, je crois, que se situe l'essentiel.

**L'essentiel, c'est d'abord cette conviction, que nous partageons tous, que la « E-santé » n'est pas un sujet comme un autre**, mais LE sujet qui, dans les années à venir, va transformer les pratiques médicales, voire la manière même dont nous concevons la santé.

**L'essentiel, c'est surtout l'ardente ambition qui doit tous nous animer.** La E-santé ne pourra apporter tous ses bienfaits, considérables, aux patients comme aux professionnels de santé, que si nous en faisons, chacun, une priorité et si nous veillons à agir toujours de manière cohérente et coordonnée.

\*

La E-santé est un des principaux outils à notre disposition pour répondre aux nouveaux besoins des patients et des professionnels de santé.

Elle offre aux professionnels de santé les outils qui correspondent aux pratiques collaboratives et pluridisciplinaires qui sont les leurs aujourd'hui.

En réponse au défi du vieillissement, la E-santé peut **renouveler notre approche des maladies chroniques**, des pathologies lourdes et de la dépendance. Le réseau d'oncologie des Pays de-la-Loire, fondé sur la partage d'informations entre des experts ambulatoires et hospitaliers, de toutes disciplines, est une véritable réussite.

Elle offre également de nouvelles perspectives pour **faire face aux problèmes de démographie médicale et d'accès aux soins**.

Je pense par exemple aux transferts d'imagerie, qui existent déjà et qui permettent aux services d'urgence d'accéder à une expertise neurologique en permanence, même en cas d'intervention non programmée, même quand un spécialiste n'est pas immédiatement disponible sur place.

Il va de soi, pour autant, qu'il ne s'agit pas de mettre en place un système de santé virtuel. Les technologies, aussi sophistiquées soient-elles, doivent accompagner, et en aucun cas remplacer, la relation personnelle et primordiale entre le patient et le professionnel de santé. Le colloque qui vous a réunis a bien saisi ces enjeux.

Faciliter les pratiques collectives et pluridisciplinaires, mutualiser les compétences, accélérer les échanges, renforcer la sécurité des patients, améliorer leur prise en charge : **ma priorité, je tiens à le dire clairement, est de mettre les technologies au service de l'accès aux soins et de la qualité des soins, pour tous nos concitoyens.**

Cette priorité s'articule parfaitement avec l'axe central que j'ai souhaité donner à ma politique de santé, axe qui est celui de mon projet de loi « *Hôpital, patients, santé et territoires* » : **replacer l'utilisateur et le professionnel au cœur de nos projets, en proposant un parcours de soins moins cloisonné et mieux coordonné.**



Concrètement, comment faire ?

**Pour réussir, il nous faut une stratégie claire et des acteurs mobilisés et coordonnés.**

**Ma stratégie repose sur quatre piliers** : les systèmes d'information hospitaliers (SIH), les services de partage de données de santé, la télésanté, et la gouvernance d'ensemble du système d'information de santé.

J'ai déjà eu l'occasion de dire l'importance que j'accorde au déploiement de systèmes d'information hospitaliers performants.

C'est la raison pour laquelle les financements du plan « Hôpital 2012 » seront mobilisés pour porter des projets structurants, permettant l'optimisation des processus hospitaliers, susceptibles d'être ouverts sur la ville, et respectant les contraintes d'interopérabilité et de sécurité.

**L'ANAP**, agence nationale de la performance des établissements de santé et des établissements médico-sociaux, dont j'ai inscrit la création au PLFSS, aura justement pour mission de concevoir des outils permettant aux établissements de développer de bons projets SIH, en rapprochant leurs demandes de l'offre des industriels. En appui aux ARS, elle aidera les établissements à réussir le déploiement de leurs projets et à rénover leur organisation afin d'optimiser les gains de productivité rendus possibles par les SIH.

\*

Le second pilier, ce sont les systèmes d'information de santé partagés. Le rapport de Michel Gagneux avait mis en évidence la nécessité incontournable d'une agence unique pour renforcer le pilotage et la cohérence des systèmes d'information de santé partagés.

J'ai donc inscrit au PLFSS la création de cette agence, l'ASIP, qui regroupera ainsi les missions du GIP-DMP, du GIP-CPS, ainsi que les missions d'interopérabilité du GMSIH, facilitant le partage d'information entre les professionnels de santé exerçant en ville et en établissement de santé.

En coopération étroite avec les différents acteurs concernés, l'ASIP contribuera à l'élaboration des normes d'interopérabilité et de sécurité des systèmes d'information de santé. Elle mettra en cohérence les services en ligne existants (tels que le dossier communicant cancer, le dossier pharmaceutique, l'historique du remboursement) avec le DMP.

Elle assurera la gestion et le déploiement de la carte du professionnel de santé (CPS) et du référentiel partagé des professionnels de santé (RPPS), en relation avec les Ordres, deux projets essentiels et que je soutiens pleinement.

Surtout, **l'ASIP va relancer le projet DMP**, dont la nature est clarifiée : il sera à la fois personnel, et partagé. Personnel car le patient contrôlera ses données de santé, et partagé car le dossier sera un outil au service des professionnels de santé pour une meilleure coordination des soins.

**Le DMP est repositionné comme un ensemble de services**, répondant à des besoins concrets, alors qu'il avait été échafaudé de manière technique sans assez associer les professionnels de santé.

**Sa mise en œuvre sera recentrée sur l'expérimentation des services sur le terrain**, et non plus sur la seule mise en place des infrastructures. Un DMP « socle », avec une présentation basique des données de santé et des services simples (consultation des données, agenda) sera diffusé progressivement sur l'ensemble du territoire à partir de la fin de l'année prochaine.

Simultanément, des projets pilote en région vont expérimenter, en plus de ce DMP « socle », de nouveaux services à forte valeur ajoutée, pour les patients (rappels automatiques de vaccins, de dépistage) et pour les professionnels de santé (vision synthétique du parcours du patient, messagerie électronique sécurisée). Seront aussi développés le DMP de l'enfant, le suivi des malades diabétiques, ou encore la prise en charge coordonnée des cancers.

Enfin, **la place des acteurs est redéfinie**, en recentrant chacun sur ses savoir-faire.

L'Etat sera le porteur du projet et le garant de la sécurité des données ; l'Assurance maladie verra son rôle renforcé, à la fois dans la gouvernance et dans la construction du portail de confiance pour l'accès au DMP ; les industriels se verront confier le déploiement des solutions techniques.

Le conseil d'administration du GIP DMP devrait nommer dans les prochains jours un nouveau directeur, qui sera chargé de mettre en œuvre cette feuille de route et de préparer la mise en place de l'ASIP, dans les 6 prochains mois. Le plan d'action de l'ASIP sera présenté dès le début 2009.



**Le troisième pilier de ma stratégie, c'est la télésanté**, c'est-à-dire l'ensemble des technologies qui facilitent la surveillance, le diagnostic, l'expertise voire les soins à distance. A Strasbourg, la dialyse péritonéale à domicile est rendue possible grâce à un centre de télésurveillance installé dans le CHU.

**Les besoins sont réels, les technologies émergent, les expérimentations existent, mais il nous faut changer d'échelle**, et passer d'initiatives locales à un déploiement à large échelle de ces nouveaux services.

Je veux avancer sur le volet juridique. Mais je veux aussi aller plus loin et, en concertation avec tous les acteurs concernés, définir une stratégie en matière de télésanté. Il faudra pour cela mobiliser et coordonner les acteurs, pour proposer des objectifs que nous devons nous fixer, identifier les freins au développement de la télésanté et les moyens de les lever, et préparer des plans d'action concrets pour atteindre les objectifs définis. Je vais réfléchir, au cours des prochaines semaines, au meilleur moyen pour y parvenir.

Enfin, **une gouvernance efficiente doit garantir la mise en œuvre ordonnée de ces orientations.**

Le manque de cohérence, le manque de coordination, le manque de pilotage des systèmes d'information de santé constituent, tous les rapports convergent pour le dire, y compris bien sûr celui de Jean-Pierre Door, un frein majeur à leur développement.

**En créant l'ASIP et l'ANAP, j'ai voulu renforcer résolument la cohérence de l'action publique. Ce mouvement de mise en cohérence ne doit pas s'arrêter là.**

De nombreux projets ont permis, notamment au niveau régional, des expérimentations diverses et riches d'enseignement. Il nous faut désormais, en lien avec les acteurs de terrain, **faire converger ces projets**. L'ASIP veillera ainsi à la cohérence de l'ensemble et à éviter la dispersion des moyens, tant humains que financiers, qui sont comptés. Seul un cadre national s'imposant à tous permettra de libérer les initiatives et l'innovation, tout en garantissant le bon niveau de mutualisation et le respect des règles de sécurité et d'interopérabilité.

Je n'ignore pas, par ailleurs, la **nécessité de renforcer la capacité de pilotage stratégique du ministère.**

C'est pourquoi je vais mettre en place une instance décisionnelle à cet effet, le Conseil national des systèmes d'information de santé, qui réunira notamment l'Etat et l'Assurance maladie. Ce Conseil s'appuiera, au sein du ministère, sur une Mission pour l'informatisation des systèmes de santé dont les missions seront recentrées sur le pilotage et la coordination stratégique, et dont les moyens seront renforcés.

\*Les systèmes d'information hospitaliers, le dossier médical personnel, la télésanté, sont autant de projets de grande envergure, porteurs de progrès majeurs.

**Ambition et coordination** doivent être les maîtres-mots du déploiement de ces nouvelles technologies, au service des patients, et des professionnels de santé.

Je vous remercie.

## SUJET: CANCER INCA PEDIATRIE ADOLESCENT HOPITAL CLINIQUE

### TITRE : L'Inca adopte des critères d'agrément opposables pour le traitement des cancers des enfants/adolescents

(Par Sylvie LAPOSTOLLE)

PARIS, 18 décembre 2008 (APM) - Des critères d'agrément opposables applicables à tout établissement de santé prenant en charge des patients de moins de 18 ans atteints de cancer ont été adoptés mercredi par le Conseil d'administration de l'Institut national du cancer (Inca), a-t-on appris auprès de son président à l'issue de la séance.

Ces critères complètent les critères d'agrément pour la pratique de la chirurgie des cancers, de la chimiothérapie et de la radiothérapie externe adoptés par la même instance en décembre 2007.

Issus de quatre années de travail sur la prise en charge des cancers pédiatriques, ces critères constituent une "disposition forte qui s'inscrit dans la durée pour garantir une égalité d'accès à des soins de qualité France entière", a souligné le président de l'Inca, le Pr Dominique Maraninchi, interrogé par l'APM. Malgré quelques réticences initiales des fédérations d'établissements, le texte a été adopté à l'unanimité, note-t-il.

"La pédiatrie est un secteur sensible. La prise en charge des enfants devait être traitée à part. Ce texte établit des mesures organisationnelles et des obligations de prise en charge opposables", commente-t-il.

Ces critères imposent notamment la nécessité d'organiser des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) interrégionales. Cela va impliquer un découpage sanitaire sous forme de schémas interrégionaux d'organisation sanitaire (Sios), comme pour la greffe, avec le même calendrier que pour les schémas régionaux d'organisation sanitaire (Sros) en cours d'adoption pour toute la cancérologie. Il y aura un effet concentration au niveau des structures.

En plus des obligations attachées aux autorisations que les établissements devront obtenir pour exercer l'activité de soins de traitement du cancer, ceux qui prendront en charge des patients mineurs devront aussi répondre à 18 critères spécifiques.

L'établissement devra ainsi disposer sur place ou par convention de moyens d'imagerie pédiatrique, avec possibilité de sédation profonde, d'un secteur opératoire incluant le matériel, les dispositifs médicaux et les compétences adaptés à la prise en charge des enfants et d'une unité de réanimation pédiatrique. Les procédures de conditionnement initial du patient ainsi que les modalités de son transfert vers cette unité font l'objet d'une formalisation par écrit.

L'établissement devra garantir que chaque patient pourra bénéficier d'une stratégie de préservation de sa fertilité incluant l'accès, sur place ou par convention, à une structure autorisée à effectuer la conservation à usage autologue des gamètes et des tissus germinaux.

### DES RCP INTERREGIONALES OBLIGATOIRES

Chaque établissement devra être membre d'une organisation hospitalière interrégionale de recours en oncologie pédiatrique, identifiée par l'Inca, et qui aura notamment pour mission d'organiser et d'assurer la concertation pluridisciplinaire interrégionale pédiatrique, qui se substitue aux concertations pluridisciplinaires exigées pour les adultes.

Chaque dossier devra passer en RCP interrégionale, avec discussion obligatoire y compris en cas de réorientation thérapeutique ou de rechute. Ces RCP valideront l'indication thérapeutique, proposeront le plateau technique, sans préjudice du libre choix du patient et de sa famille, et le parcours de prise en charge en s'appuyant sur les filières existantes.



Pour les adolescents de 16 à 18 ans, la RCP interrégionale pédiatrique pourra proposer une prise en charge dans une structure adulte, dans un établissement autorisé, mais cette orientation nécessitera l'accord explicite du patient et de sa famille.

L'établissement devra aussi organiser l'accueil, la présence des parents et les visites de la fratrie et formaliser une organisation assurant l'hébergement des parents.

Il est clairement demandé aux établissements d'assurer la prise en charge psychologique du patient, et s'il y a lieu de la famille et des proches, l'évaluation des besoins sociaux, l'information de la famille à cet égard et d'apporter son appui aux demandes de prestations sociales.

De plus, l'établissement devra assurer les conditions permettant le maintien de la scolarité et la mise en place d'un projet éducatif. Il aura également à organiser et à coordonner la continuité de la prise en charge du patient en relation avec les structures de proximité et les professionnels intervenant au domicile.

Des critères spécifiques sont aussi imposés par pratique thérapeutique. Il faudra notamment le concours d'un anesthésiste expérimenté en anesthésie pédiatrique pour la mise en place des dispositifs intraveineux de longue durée en chimiothérapie, ou encore au moins un pédiatre formé à la cancérologie.

Quelques seuils minimaux sont introduits. Ainsi, pour faire de la radiothérapie à des patients de moins de 16 ans, il faudra pouvoir justifier d'au moins 12 mises en traitement annuelles pour des enfants.

Les traitements à visée palliative peuvent être assurés dans tous les centres de radiothérapie, après avis de la RCP interrégionale pédiatrique.

Les détails de ces modalités seront précisés par voie de circulaire, précise Dominique Marinchi.

sl/cd/APM polsan

