

Direction générale de la santé  
Direction des hôpitaux

## **Circulaire DGS/DH/AFS n° 98-213 du 24 mars 1998 relative à l'organisation des soins en cancérologie dans les établissements d'hospitalisation publics et privés**

NOR : MESP9830149C

(Texte non paru au *Journal officiel*)

La ministre de l'emploi et de la solidarité, le secrétaire d'Etat à la santé, à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation ; Mesdames et Messieurs les préfets de région, direction régionale des affaires sanitaires et sociales ; Mesdames et Messieurs les préfets de département, direction départementale des affaires sanitaires et sociales

Références :

Code de la santé publique ;

Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière ;

Loi n° 96-452 du 26 mai 1996 portant diverses mesures d'ordre sanitaire, social et statutaire (articles L. 710-3 et L. 710-3-1) ;

Ordonnance n° 96-344 du 24 avril 1996 portant mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale ;

Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins ;

Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée ;

Décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale ;

Circulaire DGS/DH n° 20 du 3 juin 1993 relative aux équipements matériels lourds ;

Circulaire DGS/DH du 7 janvier 1994 relative à l'organisation des soins et la prise en charge des douleurs chroniques ;

Circulaire DH/EO3 97 n° 22 du 13 janvier 1997 relative aux contrats d'objectifs et de moyens avec les établissements de santé ;

Circulaire DH/EO/97 n° 97-277 du 9 avril 1997 relative aux réseaux de soins et communautés d'établissements.

L'organisation des soins en cancérologie est une des priorités définies par la Conférence nationale de santé de juillet 1997 ; son rapport insiste sur la nécessité d'offrir aux malades cancéreux une prise en charge pluridisciplinaire concertée, pour que tous aient accès à des soins de qualité et de proximité.

La présente circulaire est un des premiers aspects de la politique de santé qui vise à structurer l'organisation des soins en cancérologie. Elle permettra de guider la rédaction des SROS de seconde génération et de mettre en oeuvre cette organisation. Les questions relatives à la chimiothérapie et à l'utilisation du médicament dans la lutte contre le cancer font parallèlement l'objet d'un approfondissement. Cette circulaire a pour objet de vous indiquer, dans un cadre juridique renouvelé, les principes qu'il convient de prendre en considération pour l'organisation des soins concernant la cancérologie dans les établissements de santé. Ces principes sont soutenus par les organismes représentant la discipline cancérologique, sociétés savantes et Conseil national du cancer notamment, et ils ont été rappelés par la Conférence nationale de la santé.

Ces principes englobent, dans une même idée directrice de pluridisciplinarité et de collaboration concertée, les exigences propres au fonctionnement interne des structures ou unités de cancérologie et les exigences relatives aux coopérations entre les dispensateurs de soins dans la volonté d'une organisation coordonnée en réseaux. Ils incluent la décision et la mise en oeuvre des stratégies thérapeutiques à l'égard de tout patient. Ils peuvent servir à préparer les contrats d'objectifs et de moyens prévus à l'article L. 710-16 du code de la santé publique, et à élaborer les réseaux de soins soumis à l'agrément.

L'organisation régionale des soins en cancérologie pourra tenir compte aussi des priorités définies par la conférence régionale de santé, conformément à l'article L. 767 du code de la santé publique, et s'intégrer dans le cadre d'un programme régional de santé.

### **I. - PRINCIPES D'ORGANISATION**

Il est important de distinguer dans la prise en charge des malades cancéreux la phase de définition des stratégies diagnostiques et thérapeutiques et la phase de mise en oeuvre thérapeutique. La première relève d'une concertation pluridisciplinaire. La seconde fera appel selon les cas à des structures ou des praticiens de différents niveaux de spécialisation et à des médecins généralistes. Le suivi impose la

concertation régulière tout au long de l'évolution de la maladie. Il permet d'adapter au mieux la prise en charge, notamment à partir d'un dossier médical commun.

Une bonne organisation des soins en cancérologie doit assurer aux patients l'égalité d'accès à des soins de qualité. Elle exige donc que soit mis en place en concertation entre les différents intervenants :

- des « schémas de prise en charge » fondés sur des protocoles validés scientifiquement ; ils garantissent un diagnostic précis, une décision thérapeutique pluridisciplinaire, et une surveillance du patient par des praticiens spécifiquement formés ;
- des structures adaptées réalisant des actes spécifiques dans des conditions appropriées ;
- des procédures d'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins ;
- une répartition territoriale équilibrée qui concilie la gradation des soins et l'exercice d'une cancérologie de proximité, qui définisse la place des différentes structures concernées et qui souligne l'importance de la participation du médecin généraliste.

## II. - STRATEGIE PLURIDISCIPLINAIRE, SCHEMA DE PRISE EN CHARGE

Pour chaque patient, quel que soit le « site » de sa prise en charge, un schéma d'ensemble doit être élaboré et retracé par écrit (diagnostic, bilan d'extension, traitements y compris en alternatives à l'hospitalisation et à domicile, surveillance, accompagnement psychologique...). Selon les cas, ce schéma est établi en concertation avec un oncologue médical, un chirurgien, des spécialistes d'organes, un anatomocytologiste, un radiothérapeute, le médecin traitant et un psychologue ou un gériatre si nécessaire. L'avis du pharmacien de l'établissement doit être requis si une chimiothérapie est envisagée. Dans les maladies du sang et des organes hématopoïétiques, le schéma de prise en charge sera rédigé par l'hématologue clinicien, ou du moins avec son concours dans les conditions de concertation décrites ci-dessus.

Le schéma de prise en charge, et ses modifications éventuelles, seront insérés dans le dossier du malade prévu par l'article R. 710-2-1 du code de la santé publique et transmis au médecin traitant, conformément à l'article R. 710-2-6.

Quel que soit l'établissement, public ou privé, accueillant le patient en hospitalisation complète ou en ambulatoire, il est souhaitable que le schéma de prise en charge soit adressé au contrôle médical en même temps que le protocole d'examen spécial (art. L. 324-1 du code de la sécurité sociale ; art. 1040 du code rural). Chaque modification de ce schéma sera annexée au schéma de prise en charge initial et sera communiquée au contrôle médical.

Il est important d'insister sur la participation du médecin traitant, généraliste ou spécialiste, à l'élaboration de cette décision thérapeutique. Il prendra ainsi naturellement sa place dans le fonctionnement du réseau de soins où il orientera ses patients.

## III. - STRUCTURES DE SOINS EN CANCEROLOGIE ADAPTEES ET GRADUEES

Les traitements comportant pour le malade des risques aigus, immédiats ou à terme différé (notamment certaines chimiothérapies), doivent être réalisés dans des structures de soins de référence (3-1) ou orientées en cancérologie (3-2) organisant la prise en charge dans les conditions définies ci-après. Des établissements de proximité peuvent participer à la prise en charge (3-3).

Si un établissement souhaite s'affirmer comme structure particulièrement tournée vers la cancérologie, l'organisation des soins dans cette discipline doit être l'un des éléments prioritaires du projet d'établissement (établissement public ou établissement participant au service public hospitalier). Pour les établissements privés, la conférence médicale devrait engager une réflexion similaire. La vocation cancérologique devra alors être une des orientations stratégiques acceptées comme élément constitutif du contrat d'objectifs et de moyens que l'agence régionale d'hospitalisation conclura avec l'établissement. Les aspects de coopération interhospitalière, de coordination avec la médecine de ville et de soins à domicile seront pris en compte.

Ces structures assurent toutes la permanence et la continuité des soins, y compris dans les situations d'urgence. Elles veillent aussi à la prise en charge des patients en soins palliatifs et en phase terminale. Elles fonctionnent dans une organisation pluridisciplinaire permanente, tant pour la décision thérapeutique que pour la coordination et le suivi des procédures thérapeutiques. Quand il n'y a pas d'unité de lieu, la pluridisciplinarité est assurée par une convention écrite de collaboration s'il s'agit d'entités juridiques

distinctes, et au moins d'accords écrits entre les services intéressés lorsqu'il s'agit de sites différents d'une même entité juridique.

Ces structures assurent également, soit directement, soit en collaboration avec d'autres partenaires, le suivi des patients après traitement, y compris dans ses aspects psycho-sociaux, et de réadaptation fonctionnelle. Ces collaborations s'inscrivent notamment dans les formes de coopération prévues par le code de la santé publique (art. L. 712.3.1, L. 712.3.3, L. 713.5, L. 711.11.1, L. 713.12).

Au moyen de l'analyse des dossiers médicaux, les responsables de ces structures procèdent à l'évaluation de leur fonctionnement médical, de leurs stratégies diagnostiques et thérapeutiques et des résultats des traitements. Ils mesurent également la satisfaction des patients (art. L. 710-1).

Ces structures sont de niveaux techniques différenciés, manifestant une complémentarité et une gradation qui détermineront la formation des réseaux. La recherche d'une bonne répartition territoriale, équilibrant les centres de référence et les structures de proximité s'appuiera sur elles. Ce dernier objectif tiendra compte des caractéristiques de la population (âge, facteurs de risques...), de la nature des affections traitées, des choix thérapeutiques et des moyens qu'ils impliquent, des risques de complications possibles, et des principes d'assurance de qualité au sens de l'Organisation mondiale de la santé.

Les critères de cette gradation reposent sur :

la spécialisation exclusive ou non en cancérologie ;

la présence permanente ou non de spécialistes en oncologie ou de médecins compétents en cancérologie ; le plateau technique ; l'existence de services et d'unités d'oncologie médicale, d'oncologie radiothérapique ; le flux de patients traités et suivis par année ; la mise en pratique des règles de bon usage, de procédures, de recommandations scientifiques faisant l'objet de consensus validés ; la participation à une évaluation régulière.

### 3.1. Sites de référence en cancérologie

Ces sites sont constitués d'un ou de plusieurs établissements qui dispensent des soins de haute technicité et traitent des patients présentant une pathologie complexe, ou rare, ou susceptible de risque majeur à court ou moyen terme. Ils prennent aussi couramment en charge les patients provenant de leur ressort territorial. Ils pratiquent notamment l'association des thérapeutiques (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, curiathérapie, immunologie, éventuellement thérapie cellulaire ou génique). Ils comportent tous les moyens de la prise en charge diagnostique et thérapeutique des patients atteints de cancer. Ils sont munis de modalités d'archivage permettant le suivi des patients à très long terme.

Ces sites développent les traitements innovants dans le respect de la loi n° 88-1138 du 20 décembre 1988 relative à la protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales (dite Loi Huriet). Ils incluent donc des unités de recherche clinique et de recherche épidémiologique et sont contractuellement liés à des unités de recherche fondamentale. Ils participent à l'enseignement universitaire et à la formation du personnel soignant.

Les établissements de santé de ces sites pratiquent l'hospitalisation complète et les alternatives à l'hospitalisation. A titre indicatif, figure en annexe II une description des moyens dont ils disposent.

Le plateau technique et le personnel sont affectés dans le même établissement ou sur le même site. Pour la radiothérapie, l'imagerie spécifique, l'anatomopathologie et l'odontologie, l'établissement peut agir avec un autre établissement géographiquement proche sur la base d'une convention écrite. La qualification de structure de référence pourra alors leur être reconnue par le SROS.

### 3.2. Sites orientés vers la cancérologie

Ces sites sont constitués par un ou plusieurs établissements capables d'assurer la prise en charge de la majorité des localisations cancéreuses, mais sans avoir de mission d'enseignement et sans participer obligatoirement à la recherche. Ils doivent être encouragés à participer à une recherche clinique coordonnée avec les centres de référence et les médecins généralistes.

Ils répondent aux besoins des patients présentant une pathologie fréquente, justiciable de thérapeutiques conventionnelles, susceptible de complications moindres et n'exigeant pas des ressources de haute technicité. Ils sont munis de modalités d'archivage permettant le suivi du patient à long terme. Comme dans les sites de référence il est indispensable d'assurer aux patients un schéma de prise en charge pluridisciplinaire incluant le suivi. S'il ne s'agit pas d'un seul établissement, le « site » peut être constitué par l'association, sur la base d'une convention ou sous les formes de coopération déjà mentionnées, de

plusieurs établissements voisins, même n'ayant pas une vocation cancérologique exclusive, pour s'ouvrir sur un réseau de soins.

Les différents éléments nécessaires à la prise en charge peuvent appartenir à ces divers établissements, dont les plateaux techniques sont complémentaires. Toutefois, une unité de réanimation doit être accessible à très bref délai pour les services pratiquant la chimiothérapie. A titre indicatif une description des moyens dont ils disposent est donnée en annexe II.

### 3.3. Les moyens de proximité traitant les patients cancéreux

#### a) Les établissements

Lorsque des établissements de proximité prennent en charge des patients atteints de cancer, il est indispensable que ce soit en liaison avec une structure de référence (3.1) ou une structure orientée en cancérologie (3.2). Une étroite collaboration doit être établie dans le cadre d'un réseau formalisé. Les structures qui n'auraient pas encore rendu effectives ces collaborations ne devraient réaliser que des traitements à risque réduit, notamment en chimiothérapie. Comme dans les autres structures, il est indispensable d'assurer aux patients un schéma de prise en charge pluridisciplinaire incluant le suivi. Il est donc nécessaire que ces établissements obtiennent pour ce faire le concours de correspondants spécialisés en oncologie.

Par ailleurs, la fréquence des cancers dans la population âgée rend très souhaitable que les centres de soins de longue durée et les établissements médico-sociaux recevant les personnes âgées s'associent de manière contractuelle à un réseau de cancérologie. De cette manière, seront assurés, chaque fois que ce sera possible, la réalisation de certaines chimiothérapies sur place et les traitements contre la douleur et à visée palliative.

#### b) Participation des médecins traitants

Les médecins traitants seront associés à l'élaboration du schéma de prise en charge et au déroulement du traitement. Ils pourront ainsi assurer la continuité entre les phases de traitement en milieu hospitalier et les phases de traitement à domicile. Ils seront chargés du suivi au long cours. Il serait souhaitable qu'ils aient bénéficié d'une formation spécifique en cancérologie ainsi que sur l'approche pluridisciplinaire en réseau de la cancérologie.

## IV. - LES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION

### 4.1. Les structures d'alternative à l'hospitalisation

Elles permettent la prise en charge du patient dans une plus grande proximité de son domicile dans des structures adaptées à l'état du malade et aux risques inhérents au traitement. Elles comprennent selon l'article R. 712-2-1 du code de la santé publique :

- a) Les structures d'hospitalisation à temps partiel, de jour et de nuit.
- b) les structures pratiquant l'anesthésie et la chirurgie ambulatoire.
- c) Les structures dites d'hospitalisation à domicile.

Elles doivent respecter les conditions techniques de fonctionnement fixées par le code de la santé publique (art. D. 712-30 à D. 712-39).

Ces structures permettent de réaliser en ambulatoire la plupart des chimiothérapies (hospitalisations à temps partiel et hospitalisation à domicile), certains actes de diagnostic et d'explorations fonctionnelles, de bilan et de surveillance, les biopsies et certains actes chirurgicaux (hospitalisation à temps partiel, anesthésie et chirurgie ambulatoires).

Les établissements ou les structures de soins effectuant les séances de chimiothérapie dans ce cadre doivent disposer d'une équipe médicale comprenant un ou plusieurs médecins qualifiés en oncologie médicale ou compétents en cancérologie (1). Ils doivent assurer la surveillance clinique et biologique nécessaire ainsi que le traitement en urgence d'éventuelles complications. Les séances doivent être réalisées sous la responsabilité d'un médecin et par un personnel infirmier spécifiquement formé à l'administration des produits et à la surveillance du malade pendant la séance (2). La chimiothérapie ambulatoire doit être prescrite et organisée à travers le schéma écrit de prise en charge. Celui-ci prévoit dans quelles conditions elle peut être pratiquée en hospitalisation ou ambulatoire, selon la complexité du protocole, les risques liés aux traitements, l'état et la situation du patient et la phase de la maladie. Les dimensions en nombre de places et en moyens humains et matériels des unités de chimiothérapie ambulatoire doivent garantir la qualité et la sécurité des actes, sans perdre de vue le rôle de prise en charge de proximité qui caractérise l'ambulatoire. Ces objectifs doivent être remplis par exemple par regroupement - au cours de réorganisations résultant de la création de réseaux entre établissements.

Les places de chimiothérapie ambulatoire sont actuellement considérées comme des alternatives à une hospitalisation complète. Dans une situation de carte sanitaire excédentaire, elles ne peuvent être créées que par substitution. Elles ne peuvent en conséquence être créées que par substitution à des lits de médecine. Il en résulte une très forte saturation des possibilités de soins en traitement ambulatoire de patients dont l'état général ne justifie aucunement le recours à une hospitalisation complète. Des solutions à cette situation pourront être apportées prochainement, par voie réglementaire. D'ici là l'organisation territoriale et notamment les réseaux de soins ne devraient pas en être retardés.

#### 4.2. Les traitements à domicile

Certaines séances de chimiothérapie à risque réduit peuvent être réalisées dans le cadre des soins à domicile. L'administration des produits doit être faite par un personnel infirmier spécifiquement formé (arrêté du 13 octobre 1989). Le suivi des malades est réalisé par le médecin traitant. Il aura été associé à la décision thérapeutique initiale et à l'élaboration du schéma de prise en charge par l'équipe pluridisciplinaire, afin de lui permettre d'assurer la prise en charge du patient à domicile dans la continuité et en relation directe avec cette équipe.

### V. - LA LUTTE CONTRE LA DOULEUR ET LES SOINS PALLIATIFS

Sans qu'il s'agisse de les réserver aux patients cancéreux, les moyens de lutte contre la douleur et les soins palliatifs doivent être mis en oeuvre systématiquement dans toutes les structures de soins, en alternative, à domicile.

#### 5.1. La lutte contre la douleur

Lutter contre la douleur doit être une préoccupation constante dans la prise en charge des patients. Le code de déontologie médicale le rappelle dans son article 37. La prise en charge de la douleur suppose aussi une approche souvent pluridisciplinaire du syndrome douloureux, son évaluation et le choix en concertation avec le patient d'un traitement adapté. Elle nécessite également de prendre en compte l'environnement familial et social du patient pour contribuer à améliorer la qualité de sa vie (3).

Le code de la santé publique fait obligation aux établissements de santé publics et privés de mettre en oeuvre les moyens propres à soulager la douleur de leurs patients en portant une attention particulière aux personnes âgées et aux enfants et adolescents. Dans le courant de l'année 1998, un plan d'action de lutte contre la douleur sera mis en place.

#### 5.2. Les soins palliatifs

Les soins palliatifs sont de nature différente du traitement curatif et nécessitent une approche globale. La prise en charge des malades parvenus au stade des soins palliatifs est lourde et nécessite une coordination entre les différents professionnels concernés, qu'ils interviennent à domicile ou en hospitalisation. Le personnel aura été formé pour cet objectif. Le médecin traitant a un rôle important à jouer pour accompagner ces malades et leur famille, en particulier au domicile.

### VI. - LES RELATIONS ENTRE STRUCTURES

#### 6.1. La coopération ou la collaboration entre les types de structure définis plus haut peut revêtir notamment les aspects suivants

- a) Les axes principaux de leur collaboration doivent être la rédaction de protocoles communs et la coordination de la prise en charge des patients. Cela inclut l'organisation de circuits diagnostiques et thérapeutiques, les échanges et les transferts éventuellement nécessaires, et la mise en place de procédures écrites garantissant la continuité des soins et la prise en charge des urgences.
- b) Ces structures peuvent se prêter une assistance matérielle, notamment en ce qui touche les plateaux techniques, la mise en commun d'équipements de diagnostic, de moyens informatiques, de dosimétrie, l'organisation de relais en cas de pannes ou lors des changements d'appareils spécifiques (radiothérapie...). Elles organisent des coopérations techniques (temps partagé) autour de la mise en place de procédures communes notamment de maintenance, de contrôle de qualité et de dispensation du médicament.
- c) Ces structures doivent travailler ensemble à définir et à réaliser les évaluations de leurs activités afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins, notamment au travers de réunions périodiques de révision de dossiers. L'évaluation régulière des pratiques et des procédures dans les différentes structures doit être développée et préparer progressivement la démarche d'accréditation, qui permettra de conférer une reconnaissance de qualité.
- d) Les moyens modernes de télécommunication (télécopie, télématique, informatique, vidéoconférence...) doivent permettre une diffusion rapide et une consultation par les différents intervenants médicaux des

informations consignées dans le dossier médical du patient, sous réserve du respect de la réglementation en vigueur et de la confidentialité. Il serait souhaitable que les informations essentielles à la prise en charge du patient soient rassemblées dans un dossier minimal accessible à tous les professionnels de santé dans les mêmes conditions de confidentialité. La mise en place de systèmes de communication de « télémédecine » pourra être favorisée dans le cadre des liaisons entre structures et de la constitution des réseaux de soins.

e) Ces structures peuvent développer la mise en commun de l'information en cancérologie et constituer des bases documentaires communes. Elles s'associeront pour organiser des actions de formation destinées au personnel exerçant dans les différentes structures du réseau et organiser des actions d'information auprès de la population ou des médecins généralistes.

f) Elles pourront également mettre à disposition des médecins traitants partenaires du réseau des moyens spécifiques de communication leur permettant d'accéder au dossier médical commun et de disposer d'informations médicales facilitant le suivi de leurs patients.

Des conventions explicites et détaillées seront indispensables si la collaboration porte sur des points impliquant des mises à disposition de personnels ou d'équipements, ou encore des créations conjointes de systèmes d'information. Quel que soit le lieu où sont traités les patients, la responsabilité engagée est celle du médecin ou des personnels soignants qui réalisent les actes.

Cette organisation nécessite un travail d'harmonisation et à court terme une information du public et des médecins aux fins de leur faire connaître les différentes structures existantes et leurs relations.

#### 6.2. Constitution de réseaux de soins

Dans un grand nombre de situations, ces relations, ou des relations plus circonstanciées, existent déjà. Elles ne constituent pas pour autant encore des réseaux au sens de l'article L. 712-3-2 du code de la santé publique. Celui-ci prévoit que les réseaux soient constitués par les établissements de santé et par référence aux besoins de la population et au SROS.

L'évolution générale de toutes ces formes de collaboration vers celles qui sont désormais prévues par la loi paraît doublement nécessaire. Des bases écrites claires définiront ainsi missions et obligations de chacun des intervenants. Evaluation et accréditation seront rendues possibles par cette organisation concertée des soins.

Dans le cas de la cancérologie, comme dans d'autres disciplines particulièrement difficiles, l'initiative des complémentarités et collaborations est d'ores et déjà faite des médecins. Ils ont déjà des cooptations naturelles, des habitudes de travail, des appréciations sur les situations locales et régionales, et des possibilités matérielles. Ce mouvement s'est amplifié depuis que le législateur a donné une réalité juridique aux principes de complémentarité, depuis longtemps mis en valeur par les cancérologues. Dans de nombreuses régions, des réflexions et des travaux sont conduits spontanément par les professionnels, selon des conceptions et des extensions territoriales diverses.

La formalisation de ces collaborations, notamment en réseaux agréés par les agences régionales de l'hospitalisation, rendra possible une information étendue des patients et du corps médical sur l'offre de soins et les filières ainsi structurées, ainsi que la prise en considération de besoins propres de ces réseaux, en moyens de fonctionnement par exemple.

Il est souhaitable de laisser à ces initiatives le temps raisonnable de se dessiner complètement, en les incitant éventuellement à rassembler et à articuler les coopérations segmentées déjà existantes en un réseau de plus en plus global - sans pour autant qu'il soit nécessairement de taille régionale.

Dans le cadre des études visant à déterminer le fondement de l'organisation territoriale par « structures de soins », il y aura lieu de rencontrer les promoteurs des divers projets de réseaux, d'expertiser leurs propositions, de prendre en compte les résultats les plus intéressants de leurs travaux, sans préjudice d'autres projets qui pourraient être lancés ou suscités par l'agence régionale de l'hospitalisation.

Dans tous les cas il importera de rappeler que ces réseaux, constitués autour d'un « projet de soins » commun à leurs auteurs, doivent correspondre aux objectifs du SROS et éventuellement aux priorités de la conférence régionale de santé. Ils doivent être formalisés (conventions), gradués et en relation expresse avec au moins un site de référence, afin d'assurer, dans toutes les situations, une filière continue pour le patient. Ils doivent aussi présenter assez de souplesse pour que le patient puisse exercer son droit de libre choix. Enfin ces réseaux devront, pour répondre aux termes de la loi, se placer sous l'égide des établissements de santé et devront se soumettre à l'agrément de l'agence.

Les « réseaux de soins » sont constitués autour de la prise en charge hospitalière, y compris dans les structures d'alternatives qui représentent un aspect important de la dispensation des soins à proximité du domicile des patients. Néanmoins, ils doivent développer le plus possible les relations avec les médecins libéraux, souvent les premiers consultés par le nouveau malade et auxquels incombera une grande part du suivi du patient à long terme. Les médecins généralistes et spécialistes qui le souhaiteront pourront adhérer à titre personnel au réseau s'ils souhaitent formaliser leur partenariat. La liaison avec les services médico-sociaux ou sociaux est également indispensable.

L'agence régionale de l'hospitalisation aura dans tout ce champ un rôle éminent d'impulsion, d'orientation et de conseil. Elle pourra utiliser pour faire progresser cette démarche divers instruments : l'agrément, le contrat d'objectifs et de moyens, l'inscription au budget des établissements de moyens (humains ou matériels) pour assurer le fonctionnement quotidien des réseaux de soins compatibles avec le SROS.

#### VII. - ASSURANCE DE QUALITÉ

Le contrat d'objectifs et de moyens des établissements fixera leurs objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins et éventuellement la traduction dans leurs activités des orientations adoptées par la conférence régionale de santé. Il prévoira également les indicateurs de suivi et les résultats nécessaires à son évaluation.

L'accréditation est désormais assise sur une base légale (art. L. 710-1-1 et L. 710-5 du code de la santé publique). Il s'agit d'une procédure externe à un établissement de santé dont l'objectif est d'obtenir d'un organisme indépendant une appréciation de la qualité de cet établissement. L'initiative de la demande de l'accréditation appartient à l'établissement, mais tous les établissements devront s'engager dans une démarche d'accréditation. Le délai de mise en oeuvre de cette procédure sera prévu dans le contrat d'objectifs et de moyens. Les bonnes pratiques cliniques et les référentiels existants devront être validés par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) et d'autres référentiels seront élaborés.

Les services de la direction générale de la santé et de la direction des hôpitaux se tiennent à votre disposition pour préciser ou compléter, à votre demande, les présentes recommandations.

Pour la ministre et par délégation :

Le directeur général de la santé,

Professeur J. Ménard

Le directeur des hôpitaux,

C. Bazy-Malaurie

ANNEXE I

#### FORMATION DES PROFESSIONNELS

##### 1. Les praticiens

Les médecins relevant du régime des études médicales antérieur à la loi du 23 décembre 1982, dits médecins « ancien régime ».

Ils peuvent solliciter auprès du conseil départemental de l'ordre une qualification de médecin compétent en cancérologie. Ces médecins exercent cette compétence dans la limite de la discipline dans laquelle le praticien a été qualifié spécialiste. L'ordre des médecins attribue cette qualification après avis de la Commission nationale de qualification en cancérologie.

Depuis la loi n° 91-73 du 18 janvier 1991 portant dispositions relatives à la santé publique et aux assurances sociales, modifiée par la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, les médecins compétents en cancérologie peuvent solliciter auprès du conseil départemental de l'ordre leur inscription au tableau comme médecins spécialistes en oncologie médicale ou en oncologie radiothérapique. L'attribution de cette qualification est décidée après avis de la commission de qualification correspondante.

Les médecins relevant du régime des études médicales postérieur à la loi du 23 décembre 1982 dits « nouveau régime »

Ils ont la possibilité d'obtenir, depuis l'arrêté du 4 mai 1988, le diplôme d'études spécialisées (DES) en oncologie, avec deux options depuis l'arrêté du 23 mai 1990 : option médicale et option radiothérapie. La qualification de médecin spécialiste en oncologie est alors de droit.

Le diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) en cancérologie est ouvert aux médecins nouveau régime depuis l'arrêté du 26 juillet 1983 et titulaires de certaines spécialités. Les praticiens qui

sont titulaires de ce DESC peuvent prétendre à l'exercice de la cancérologie dans les limites de leur spécialité.

La loi du 18 janvier 1991 modifiée a ouvert la possibilité pour les médecins titulaires du DESC de solliciter, auprès du conseil départemental de l'ordre, la qualification de médecin spécialiste en oncologie médicale ou radiothérapique. Cette qualification est délivrée par le conseil départemental après avis de la commission de qualification correspondante.

Du fait de l'ensemble de ces dispositions, l'interaction entre, d'une part, les différents praticiens évoqués ci-dessus et, d'autre part, les autres spécialistes et médecins généralistes devrait permettre une meilleure prise en charge du patient dans le traitement du cancer.

## 2. Les personnels infirmiers et autres

Le programme des études d'infirmiers défini par l'arrêté du 23 mars 1992 consacre de nombreux développements aux soins infirmiers en cancérologie. Il contient un module d'enseignement théorique comprenant notamment la prise en charge de la douleur chez les malades cancéreux.

Par ailleurs, le module de pharmacologie comporte un enseignement approfondi des différents médicaments utilisés en cancérologie, que ceux-ci soient prescrits à titre curatif ou antalgique. Cet enseignement théorique est complété par un enseignement clinique.

Les enseignements peuvent être utilement approfondis et actualisés par le suivi volontaire de formations continues permettant aux infirmiers de tenir compte dans leur exercice professionnel de l'évolution des sciences et des techniques.

Les infirmiers effectuant des chimiothérapies au domicile des malades doivent avoir reçu une formation spécifique en cancérologie pour l'administration des produits et la surveillance des malades (circulaire DGS/381 du 2 mars 1990 relative à la formation continue des infirmiers participant aux chimiothérapies anticancéreuses).

Cette formation spécifique devrait progressivement être procurée aux infirmiers amenés à prendre en charge les patients cancéreux dans les établissements de soins publics et privés, y compris les structures alternatives à l'hospitalisation. Les responsables de ces structures se doivent d'inscrire au plus tôt la réalisation de cette mesure dans leur plan de formation.

## ANNEXE II

### LES STRUCTURES DE SOINS EN CANCÉROLOGIE

#### PLATEAU TECHNIQUE ET MOYENS

##### 1. Les sites de référence en cancérologie

Outre les personnels médicaux et non médicaux affectés aux unités du plateau technique décrit ci-après, ils comprennent au moins :

- un oncologue médical (DES d'oncologie, option oncologie médicale, ou titulaire de la qualification ordinaire en oncologie médicale) et un oncologue radiothérapeute ;
- un pédiatre titulaire du DESC de cancérologie ou de la qualification ordinaire de compétence en cancérologie si la structure reçoit les enfants et les adolescents ;
- des spécialistes d'organes compétents en cancérologie et des chirurgiens pratiquant exclusivement ou non la cancérologie ;
- des infirmiers formés en chimiothérapie ;
- un psychologue formé à la cancérologie et un psychiatre ;
- une diététicienne ;
- une assistante sociale ;

Les praticiens et les infirmiers amenés à traiter les patients cancéreux pris en charge dans ces établissements doivent répondre aux critères de formation cités à l'annexe I.

Le plateau technique comporte au moins :

- les disciplines médicales et chirurgicales concourant à la cancérologie y compris la pratique de la chimiothérapie ;
- des moyens de réanimation médicale et chirurgicale ;
- un centre lourd de radiothérapie disposant d'au moins trois appareils et de leur environnement technique, pratiquant également la curiethérapie, et disposant, en propre, autant que possible, d'un petit nombre de lits ;

- de l'imagerie à vocation générale et spécifique (scanner, résonance magnétique nucléaire, médecine nucléaire...);
- des laboratoires de biologie et d'anatomocytopathologie ;
- une pharmacie assurant la fourniture et la préparation centralisée des médicaments anticancéreux (circulaire DPHM/DH n° 678 du 3 mars 1987) ;
- une unité spécialisée dans l'évaluation et le traitement de la douleur.

La structure peut aussi présenter :

- un service d'hématologie ;
- des activités de soins de haut niveau (greffes de moelle,...) répondant aux critères exigés pour leur réalisation ;
- un service de rééducation et de réadaptation fonctionnelle ;
- un service d'odontologie spécialisé en cancérologie ou une convention avec un tel service.
- un service de chirurgie plastique et reconstructrice ou une convention avec un tel service.

#### 2. Les sites orientés vers la cancérologie

Dans ces structures la présence d'un oncologue médical ou à défaut d'un praticien ayant la qualification ordinaire de compétence en cancérologie est indispensable.

Ils disposent d'un plateau technique constitué au moins de :

disciplines médicales et/ou chirurgicales, éventuellement spécialisées ;  
 centre type de radiothérapie disposant au moins de deux appareils et de leur environnement technique ;  
 une unité de réanimation médicale avec les installations, les matériels et les personnels médicaux et paramédicaux spécialisés correspondants ; imagerie notamment scanner, éventuellement IRM, médecine nucléaire ; laboratoires de biologie et d'anatomopathologie ; pharmacie assurant la fourniture des médicaments anticancéreux et la préparation centralisée des cytostatiques.

(1) Les conditions de la qualification et de la compétence sont rappelées en annexe I.

(2) Voir également annexe I.

(3) Brochure « Soulager la souffrance » diffusée par le CFES ; rapport de l'ANDEM sur la prise en charge de la douleur du patient cancéreux en ambulatoire.