

EVALUATION EXTERNE DU RESEAU REGIONAL DE CANCEROLOGIE DES PAYS DE LA LOIRE – ONCO-PL

Etude réalisée pour la MRS des Pays de Loire

Avril 2009

Référence : 2008-128

URCAM Pays de la Loire
9 rue Gaëtan Rondeau
BP 96 201
44 262 NANTES CEDEX 2

CEMKA-EVAL
43, boulevard du Maréchal Joffre
92340 BOURG LA REINE
Tél. : 01 40 91 30 30
Fax : 01 40 91 30 31
E-mail : cemka@cemka.fr

Contact :
Mme Véronique DEVINEAU
Tel : 02 51 88 88 32

Auteurs du rapport :
Mme Valérie DONIO
Dr Agnès CHARLEMAGNE

SOMMAIRE

1	Le Contexte et la Commande	1
2	Rappels des objectifs de l'évaluation et de la Méthodologie	2
2.1	Questions évaluatives concernant le RRC.....	2
2.2	Méthodologie	2
2.3	Entretiens auprès des partenaires	6
2.4	Difficultés rencontrées dans le cadre de la mission	7
3	Qualité de l'organisation et du fonctionnement du RRC.....	8
3.1	Organisation / Fonctionnement interne du réseau	8
3.2	Couverture géographique	11
3.3	Liens entre le RRC et les réseaux territoriaux et les 3C.....	11
3.4	Synthèse et constats concernant le fonctionnement et le déploiement...	13
4	Développement des outils et Opinion des utilisateurs	15
4.1	Les référentiels régionaux	15
4.2	Les Réunions de Concertation Pluridisciplinaires	16
4.3	Formations et évaluation des pratiques professionnelles.....	22
4.4	Impact sur les pratiques et la prise en charge.....	23
4.5	Synthèse et constats concernant le volet développement des outils et opinion des professionnels.....	26
5	Qualité du système d'information du RRC - Niveau d'avancement de la mise en place du DCC	28
5.1	Le système d'information interne	28
5.2	Le Dossier Communicant Cancer	28
5.3	Opérationnalité du Site Internet	29
5.4	Point de vue des acteurs concernant le DCC et le site Internet du RRC .	29
5.5	Synthèse et constats concernant le système d'information du RRC	30
6	Coûts de fonctionnement - Modalités de financement des RCP ..	31
6.1	Les ressources du réseau	31
6.2	Les dépenses générées par l'activité en réseau et pour les différents postes	31
6.3	Financement des RCP.....	32
6.4	Synthèse concernant le volet médico-économique	33
7	Synthèse et recommandations concernant le RRC	34

Liste des principales abréviations utilisées

3C	Centre de Coordination en Cancérologie
AG	Assemblée Générale
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
CA	Conseil d'Administration
CAD	Chimiothérapie à Domicile
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CPER	Contrat de Plan Etat Région
DCC	Dossier Communicant en Cancérologie
DRDR	Dotation régionale de développement des Réseaux
EPP	Evaluation des pratiques professionnelles
ETP	Equivalent Temps Plein
FAQSV	Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville
FIQCS	Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins
HAD	Hospitalisation à Domicile
IDE	Infirmière Diplômée d'Etat
MIGAC	Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
PDS	Professionnels de santé
RCP	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
RRC	Réseau Régional de Cancérologie
RT	Réseau Territorial
RTCN	Réseau Territorial de Cancérologie de Nantes

1 LE CONTEXTE ET LA COMMANDE

Le plan Cancer 2003-2007 (Une Mobilisation Nationale, Tous Ensemble) prévoyait que chaque établissement de santé exerçant une activité dans le traitement du cancer garantisse une organisation appuyée sur la pluridisciplinarité, l'utilisation de référentiels validés et sur une organisation en réseau. Chaque région devait disposer dès 2007 d'un réseau régional de cancérologie (RRC) opérationnel. Ces réseaux ont pour objet de coordonner l'ensemble des opérateurs et acteurs en la matière et d'organiser notamment les outils communs à l'ensemble des acteurs de la cancérologie de la région, dont le DCC et les outils de visioconférence.

En Région Pays de la Loire, le SROS III a pour objectifs d'organiser la gradation et la complémentarité des soins ainsi que d'aider les malades à mieux vivre avec la maladie à tous les âges et à tous les stades. Le RRC a pour mission de contribuer à la déclinaison des objectifs régionaux d'organisation des soins en cancérologie. Ces missions sont fixées dans la circulaire DHOS/CNAMTS/INCa du 25 septembre 2007. Le SROS rappelle également l'organisation qui articule les 3 niveaux opérationnels complémentaires que sont le RRC, les réseaux territoriaux et les Centres de Coordination en Cancérologie (3C).

En Région Pays de La Loire, le Réseau Régional Onco-PL a fait partie des premiers réseaux régionaux à se mettre en place. L'association porteuse a été créée en 2002. Il bénéficie ainsi d'une expérience relativement importante dans le domaine et constitue l'un des RRC les plus avancés en France. Il fédère aujourd'hui 6 Réseaux Territoriaux couvrant l'ensemble de la région et assurant aux patients un accès aux soins de proximité.

Comme tous les réseaux de santé¹², le réseau Onco-PL et les réseaux territoriaux sont soumis à une obligation d'évaluation interne et externe. Afin de disposer d'éléments et d'arguments décisionnels pour la poursuite et les modalités de leur financement dans le cadre des nouvelles dispositions législatives (Circulaire N°DHOS/O3/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé), l'ARH et l'URCAM ont lancé un appel à proposition afin de disposer **d'une évaluation globale externe du réseau régional de Cancérologie ainsi que de l'évaluation externe du réseau territorial de Cancérologie de Nantes.**

La société CEMKA-EVAL, bureau d'études spécialisé en évaluation en Santé Publique et en Economie de la santé, a été retenue après une procédure de sélection d'offres, pour réaliser cette évaluation.

Ce rapport présente les résultats de l'évaluation externe du Réseau Régional de Cancérologie des Pays de Loire. L'évaluation du Réseau Territorial de Cancérologie de Nantes, fait l'objet d'un autre rapport.

¹ Décrets n° 2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux et n° 2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des réseaux de santé.

² Circulaire DHOS/O3/DSS/CNAMTS n° 2002-610 du 19 décembre 2002 relative aux réseaux de santé

2 RAPPELS DES OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION ET DE LA METHODOLOGIE

Les questions évaluatives suivantes ont été précisées afin de répondre aux attentes des commanditaires. Ainsi pour chaque réseau (RRC et RTCN), des questions spécifiques ont été posées. Elles ont été développées dans la méthodologie d'évaluation.

2.1 Questions évaluatives concernant le RRC

- **Quelle est la qualité de l'organisation et du fonctionnement du RRC et quel est son impact sur l'environnement sanitaire et social ?**
- **Quel est le rôle d'Onco-PL dans le management des réseaux territoriaux ?**
- **Quel est son impact sur les pratiques professionnelles ?**
- **Quelle est la qualité du système d'information du RRC ? et le niveau d'avancement de la mise en place du DCC ?**
- **Quels sont les coûts de fonctionnement ? Quelles réflexions peut-on porter sur les modalités de financement des RCP ?**
- **Quels sont les points forts et les faiblesses du RRC ? Les éléments à recadrer et les points de vigilance ?**

Les deux réseaux RRC et RTN étant interdépendants, l'évaluation de ces 2 dispositifs a été envisagée de manière systémique : le RRC a établi le cadre, les outils, les protocoles de prise en charge des patients atteints de cancer, le RTN est un des relais pour l'application des outils, protocoles régionaux sur le terrain. Ainsi, l'évaluation du RTN a apporté indirectement des éléments de l'impact du RRC.

2.2 Méthodologie

Analyse des documents

Dans le cadre de cette mission, les rapports d'activité des deux réseaux ont été analysés ainsi que les différentes données recueillies régulièrement par les membres de chaque coordination (bases de données des RCP, bases de données des patients en chimiothérapie à domicile...).

Parallèlement, deux enquêtes ont été réalisées :

Enquête téléphonique auprès des participants aux RCP et à la chimiothérapie à domicile

101 professionnels ont été contactés par téléphone dans le cadre de l'enquête d'opinion des professionnels de santé (PDS) participant au RRC et RTN entre le 23/02/09 et le 9/03/09. Parmi eux, 70 (69.3%) ont accepté de répondre aux questions. Celles-ci avaient pour objectif de recueillir leur avis sur le fonctionnement, les soins et l'organisation de la prise en charge des patients atteints de cancer.

Description des refus

31 professionnels ont refusé de participer (17 pour les RCP et 14 pour la CAD). Les principales raisons étaient les suivantes :

- Dans un cas sur trois (32%), les professionnels n'ont pas souhaité répondre au questionnaire par téléphone ;
- Dans 19% des cas, les professionnels ont répondu « ne pas connaître le réseau » ou « ne pas participer aux réunions » ou « ne pas avoir de patients impliqués dans le réseau » ;
- Dans 16% des cas, les professionnels n'ont pas répondu par manque de temps ou d'envie.

Tableau 1 : Motifs de refus de répondre à l'enquête auprès des professionnels de santé

Motifs du refus	N	%
Ne souhaite pas répondre au téléphone	10	32%
Ne connaît pas le réseau/ne participe pas aux réunions/pas de patients impliqués dans le réseau	6	19%
Pas le temps / pas envie	5	16%
Ne travaille plus/plus dans le cabinet	4	13%
Absent	3	10%
Autre	3	10%
Total	31	100%

Dans le groupe des 70 professionnels ayant accepté de répondre, 33 ont été interrogés sur les Réunions de Concertations Pluridisciplinaires (RCP) et 37 sur la Chimiothérapie A Domicile (CAD).

Au total, 468 appels téléphoniques ont été nécessaires afin d'obtenir les 70 entretiens prévus.

Descriptif des professionnels répondants

Participants aux RCP

Les 33 professionnels interrogés participent aux RCP organisés par le réseau territorial de la Sarthe ou de la Mayenne ou de Nantes. Le détail est présenté dans le tableau suivant :

Tableau 2 : Répartition des répondants sur le volet RCP

	Spécialité	Nombre de professionnels ayant répondu
NANTES (N=11)	Anatomopathologiste	4
	Gastro-entérologue	3
	ORL	1
	Radiologue	1
	Radiothérapeute	1
	Scintigraphiste	1
	MAYENNE (N=10)	Anatomopathologiste
Gastro-entérologue	6	
Radiologue	2	
SARTHE (N=12)	Anatomopathologiste	3
	Chirurgien digestif	1
	Chirurgien ORL	3
	Gastro-entérologue	1
	Isotopiste	1
	Oncologue	1
	Oncologue-radiothérapeute	1
	Radiologue	1
	Total RCP	33

Tableau 3 : Répartition des répondants par RCP (Proportion de médecins participant aux RCP (plusieurs réponses possibles))

RCP	N	%
NANTES (N=11)		
NANTES - GASTRO - CHU-CRG (CENTRE RENE GAUDUCHEAU) MARDI 14H00	4	36%
NANTES - GASTRO - CRG JULES VERNE (MARDI 18H30)	3	27%
NANTES - GASTRO - CCS (CENTRE CATHERINE DE SIENNE) ET DIVERS CLINIQUES (SEMAINES PAIRES /19H30)	4	36%
NANTES - SEIN GYNECO - CHU - CRG (VENDREDI /15H30)	2	18%
NANTES - SEIN GYNECO - CCS ET AUTRES CLINIQUES (LUNDI / SEMAINES IMPAIRES 19H30)	1	9%
NANTES - ORL -CHU - CRG (MERCREDI 16H00)	1	9%
NANTES - ORL - CCS ET AUTRES CLINIQUES (LUNDI OU JEUDI 19H00)	1	9%
LAVAL (N=9)		
LAVAL - GASTRO (2EME LUNDI DU MOIS /19H00)	7	78%
LAVAL - GASTRO (4EME LUNDI DU MOIS /19H00)	6	67%
LAVAL - SEIN GYNECO (2EME MARDI DU MOIS / 20H00)	3	33%
LAVAL - SEIN GYNECO (4EME MARDI DU MOIS / 20H00)	2	22%
LE MANS (N=12)		
LE MANS - GASTRO - CH (LUNDI 17H00)	4	33%
LE MANS - GASTRO CENTRE JEAN BERNARD ET AUTRES CLINIQUES (MERCREDI /19H00)	0	0
LE MANS - SEIN GYNECO - CENTRE JEAN BERNARD ET AUTRES CLINIQUES (MARDI SEMAINES IMPAIRES / 19H00)	2	17%
LE MANS - SEIN GYNECO - CH (VENDREDI / 8H00)	3	25%
LE MANS - ORL (CENTRE JEAN BERNARD ET AUTRES CLINIQUE)	3	25%
LE MANS - ORL CH MARDI SEMAINES PAIRES /19H30)	1	8%

Les participants à la CAD (N=37)

37 professionnels libéraux ont répondu à l'enquête portant sur la CAD : 15 Infirmières, 17 pharmaciens, et 5 médecins généralistes. Ces professionnels ont tous participé à au moins une prise en charge en CAD conjointement avec le RTCN, en 2008.

2.3 Entretiens auprès des partenaires

En complément et de manière plus qualitative, les principaux partenaires ou acteurs du réseau régional ont été interrogés. Les entretiens avaient pour objectif d'évaluer l'insertion du réseau dans son environnement, ses relations avec ses différents membres et son acceptation par les différents acteurs. Ils étaient également l'occasion d'appréhender les effets indirects du réseau (non prévus initialement), la cohérence territoriale de l'organisation, les points positifs et négatifs des dispositifs du point de vue des partenaires et de recueillir leurs suggestions d'amélioration. Ces entretiens ont été réalisés par téléphone.

Tableau 4 : Liste des partenaires interrogés

ONCOSARTHE	DOCTEUR GERARD GANEM, RADIOTHERAPIE, RESPONSABLE 3C, PRESIDENT DU RESEAU ONCOSARTHE, PRESIDENT D'ONCO PAYS DE LA LOIRE, LE MANS DOCTEUR COULON-SFAIRI MARIE-AUDE, ONCOLOGIE MEDICALE, RESPONSABLE 3C, CENTRE HOSPITALIER DU MANS, LE MANS
ARCAM	DOCTEUR DELVA REMY, ONCOLOGIE MEDICALE, RESPONSABLE 3C, CENTRE PAUL PAPIN, ANGERS DOCTEUR MARICHEZ FREDERIC, CHIRURGIE VISCERALE OU DIGESTIVE, PRESIDENT D'ARCAM, CLINIQUE DE L'ANJOU, ANGERS DOCTEUR MASSON, PHILIPPE, PNEUMOLOGIE, ADJOINT AU 3C, CENTRE HOSPITALIER, CHOLET
RTCN	DOCTEUR CAMPONE MARIO, ONCOLOGIE MEDICALE, RESPONSABLE 3C, ANIMATEUR REFERENTIEL SEIN-GYNECOLOGIE, CENTRE RENE GAUDUCHEAU, SITE HOSPITALIER NORD, ST HERBLAIN PROFESSEUR MAHÉ MARC-ANDRE, RADIOTHERAPIE, PRESIDENT DU RESEAU RTCN, VICE-PRESIDENT D'ONCO PAYS DE LA LOIRE, CENTRE RENE GAUDUCHEAU, SITE HOSPITALIER NORD, ST HERBLAIN MADAME PICHOT ANNE, DIRECTRICE, RESPONSABLE HAD NANTES, NANTES DOCTEUR FERRON CHRISTOPHE, OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE, ANIMATEUR REFERENTIEL ORL, CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE, HOTEL-DIEU, NANTES MADAME BITAUD MARYVONNE, DIRECTRICE, HOPITAL BELLIER, NANTES
ONCO-VENDEE	MONSIEUR FOLTZER ALAIN, PRESIDENT DU RESEAU ONCOVENDEE, CLINIQUE SAINT CHARLES, LA ROCHE SUR YON CEDEX
ONCO-MAYENNE	MONSIEUR AUFFRET DOMINIQUE, DIRECTEUR, RESPONSABLE 3C, PRESIDENT DU RESEAU ONCOMAYENNE, POLYCLINIQUE DU MAINE, LAVAL
OCLE	DOCTEUR BERGEROT PHILIPPE, RADIOTHERAPIE, RESPONSABLE 3C, POLE HOSPITALIER MUTUALISTE, CENTRE ETIENNE DOLET, SAINT NAZAIRE MADAME MINAUD ISABELLE, INFIRMIERE COORDINATRICE CHIMIOOTHERAPIE A DOMICILE, RESEAU OCLE, SAINT NAZAIRE
REPRESENTANT DES USAGERS	MADAME RABILLER GINETTE, LA ROCHE SUR YON MONSIEUR IOGNA-PRAT PAUL, ANGERS

Enfin, les membres des équipes de coordination du réseau régional et du RTCN ont été interrogés afin de recueillir leurs perceptions des difficultés rencontrées et des résultats obtenus.

2.4 Difficultés rencontrées dans le cadre de la mission

- L'évaluation ex post se heurte régulièrement à la disponibilité et à la qualité des données. Généralement, les réseaux recueillent prioritairement des informations nécessaires à leur fonctionnement (données d'activité) mais les nécessités de documenter le volet « évaluation externe » (et donc statistiques) ne sont bien souvent, que peu anticipées. Ceci engendre des difficultés dans l'évaluation des résultats, les données nécessaires pour le calcul des indicateurs n'étant pas toujours disponibles.
- L'évaluation était également limitée en temps et en moyens, et a porté sur deux dispositifs (RRC et RTCN).
- Dans le cadre de l'enquête auprès des professionnels participants à la chimiothérapie à domicile, il a été particulièrement difficile d'atteindre le quota prévu de médecins généralistes participant du fait de leur nombre limité.

Les chapitres suivants présentent les résultats de l'évaluation par question évaluative pour le réseau régional.

3 QUALITE DE L'ORGANISATION ET DU FONCTIONNEMENT DU RRC

Le réseau Onco-PL est porté par une Association Loi 1901 créée en 2002 et qui fédère l'ensemble des réseaux territoriaux de cancérologie de la région.

Les missions officielles des RRC ont été précisées dans la circulaire du 22 février 2005 renforcée par celle du 25 septembre 2007. Ils doivent assurer notamment assurer, en mobilisant les compétences de leurs membres:

- ⇒ La promotion et l'amélioration de la qualité en cancérologie en élaborant les *référentiels régionaux*, à partir des recommandations nationales, et en les diffusant à ses membres, en définissant les dossiers standards qui peuvent ne pas être discutés en RCP et ceux qui relèvent des RCP régionales de recours, en organisant une fonction de veille sur *l'actualisation des référentiels*, et en développant des audits qualité ;
- ⇒ La promotion d'outils de *communication communs* au sein de la région, en particulier les outils de communication et d'échange sécurisé de données médicales patient, dont le *dossier communicant en cancérologie (DCC)* ;
- ⇒ L'aide à la *formation continue* ;
- ⇒ Le recueil et l'analyse régionale des données relatives à l'activité de soins, alimentés notamment par les 3C, ce qui doit permettre de déboucher sur un tableau de bord régional de cancérologie ;
- ⇒ *L'évaluation des pratiques* au sein du réseau ;
- ⇒ L'information des professionnels et des patients, en élaborant en particulier un *répertoire des moyens et des compétences* au niveau de la région. Le réseau régional doit *associer des représentants de patients*.

Le réseau a vocation à intervenir sur toute la région des Pays de la Loire.

3.1 Organisation / Fonctionnement interne du réseau

Composition et rôle de l'équipe de coordination

L'équipe de coordination du RRC est composée de 9 personnes soit 7,2 ETP dont 4,2 ETP financés par le FIQCS :

- Un ETP de médecin coordinateur (hors FIQCS) ;
- Deux conseillers médicaux : sur les alternatives à l'hospitalisation (0,2 ETP FIQCS) et l'oncogériatrie (hors budget) ;
- Un ETP de chargée de mission DCC, évaluation, communication, gestion de la ligne éditoriale du site internet (FIQCS) ;
- Un ETP de chargé de mission DCC, évaluation, contrôle de gestion (FIQCS) ;
- Un ETP de chef de projets informatiques : architecture DCC, Interfaçage... (FIQCS) ;
- Un ETP d'assistante secrétariat général (FIQCS) ;
- Un ETP d'assistante pour les référentiels de bonnes pratiques, RCP régionales (Hors FIQCS) ;

- Un ETP d'assistante Oncogériatrie (hors FIQCS, Projet Inca).

Outils élaborés

Cette équipe de coordination assure la réalisation des missions dévolues aux RRC et a formalisé notamment la procédure du parcours de soins des patients atteints de cancers.

Missions officielles

Le RRC a développé et mis à disposition les outils des professionnels initialement prévus :

- Dossier Communicant Cancer (DCC) et visioconférences ;
- Formalisation des RCP avec la définition des fréquences (calendrier) sur chaque site et des quorums (pour chaque thématique) -définition des critères de reconnaissance d'une RCP par le RRC ;
- Elaboration et actualisation des référentiels régionaux ;
- Plan Personnalisé de Soins (PPS) et dispositif d'annonce ;
- Evaluation des Pratiques professionnelles (proposées aux participants des RCP).

Ces outils ont été élaborés en groupes de travail composés des différents acteurs régionaux (responsables des 3C, de Réseaux territoriaux...) et coordonnés par les membres du RRC.

Le réseau organise régulièrement les réunions des secrétaires des 3C, les réunions des réseaux territoriaux...

Le réseau a établi une stratégie de communication à travers différents vecteurs : plaquette d'information, diffusion des référentiels, Lettre du réseau (Info. Reso). La communication se fait également ponctuellement, individuellement. Enfin, le RRC a organisé plusieurs années de suite des journées régionales. Cette communication est efficace puisqu'une récente enquête de l'ORS et de l'URML de mars 2009, montre que 81% des médecins généralistes de la région connaissent le réseau Onco-PL³.

Missions spécifiques/particulières

Enfin, le RRC développe et élabore des outils méthodologiques tels que des projets d'alternative à l'hospitalisation, de chimiothérapie à domicile. Il répond également à des appels à projets dans le domaine (Onco-Gériatrie, mission Tumeurs Rares de l'adulte...).

Modalités de pilotage du réseau et représentation des usagers

Le réseau est porté par une association loi 1901. L'AG et le CA se réunissent régulièrement. Les RT sont tous représentés dans ces instances. L'absentéisme reste faible. Lors de ces séances, l'ensemble des problèmes sont évoqués et des solutions proposées. Cette organisation démontre l'adaptabilité du RRC aux situations ou difficultés rencontrées de ses membres. Les comptes rendus sont établis et complets. La possibilité d'ouvrir ces instances aux représentants de professionnels libéraux (infirmier(ères) IDE, médecins généralistes et Pharmaciens) pourrait être envisagée (ils sont représentés aux niveaux des RT mais pas toujours très actifs).

³ Le réseau professionnel des médecins généralistes des Pays de la Loire en 2007. Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire. Union Régionale des Médecins Libéraux des Pays de la Loire. Mars 2009. http://www.sante-pays-de-la-loire.com/fileadmin/telechargements/Panel/2009panel_vague2.pdf

Annuellement, le RRC Onco-PL produit un rapport d'activité. Celui de l'année 2008 a été diffusé en mars 2009.

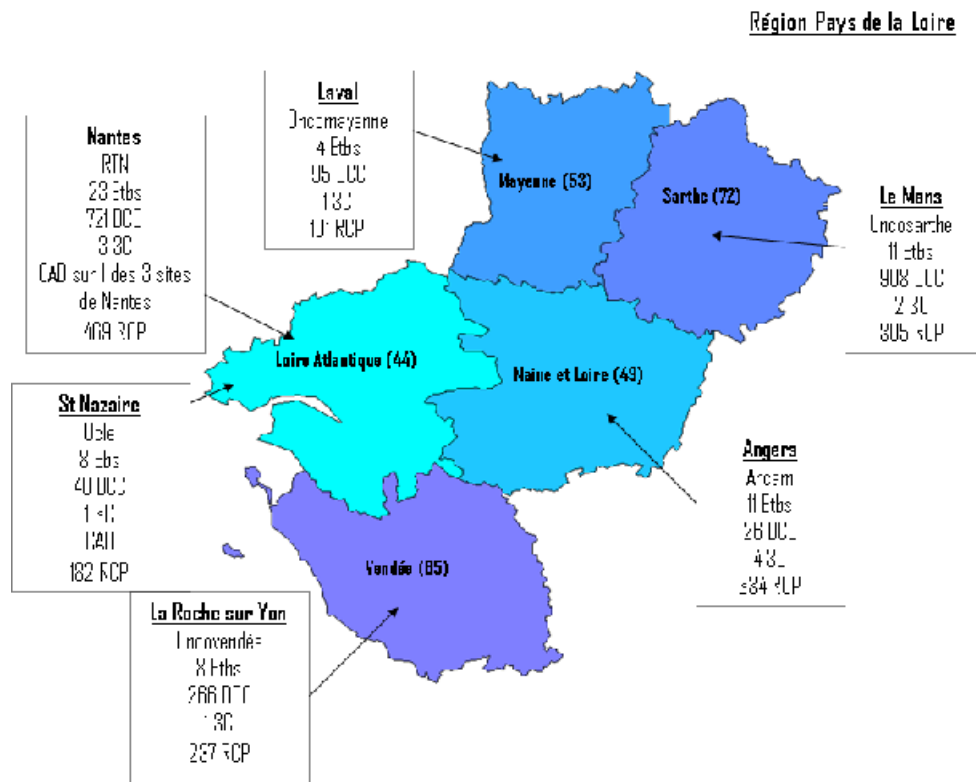
Les usagers sont représentés au sein du CA et de l'AG. Deux représentants de la Ligue contre le cancer participent à ces instances (régionale ou départementale). Les entretiens avec ces deux représentants mettent en évidence :

- Un bon niveau de satisfaction quant à leur participation aux instances de pilotage du RRC. Une évolution de la prise en compte de l'avis des usagers est notée : la voix consultative est devenue délibérative aux CA et AG. L'avis des usagers est sollicité sur tous les sujets dans le cadre du RRC et cela est très apprécié. Si l'avis est écouté, sa prise en compte dans les décisions effectives reste plus nuancée selon un des deux représentants.
- Les représentants se disent satisfaits du rôle du RRC qui encadre de manière transparente et constitue un interlocuteur pertinent et accessible. L'architecture actuelle de la prise en charge des cancers est satisfaisante et ils estiment avoir participé à la mise en œuvre de cette organisation (« usagers actifs »).
- Concernant la qualité de prise en charge des patients, les représentants des usagers la trouvent correcte. Un des deux évoque un manque de discussion avec le patient en amont de la RCP, des problèmes de concurrence entre les établissements publics et privés (liés au financement) et des problèmes en matière de choix d'orientation proposée au patient (« Propose-t-on en RCP, la meilleure orientation possible, la meilleure structure pour le patient ? »).
- Ils sont conscients que l'évolution des pratiques nécessite du temps, comme la mise en place du système, « La qualité de la prise en charge doit maintenant être évaluée ».

3.2 Couverture géographique

Le déploiement du réseau par ses relais départementaux que sont les Réseaux Territoriaux, est effectif. Les niveaux d'activités restent variables et dépendants de l'importance des 3C.

Figure 1 : Déploiement du RRC en 2008



3.3 Liens entre le RRC et les réseaux territoriaux et les 3C

Le RRC a pour mission de mobiliser et coordonner les ressources sanitaires sociales et administratives autour du patient atteint d'une pathologie cancéreuse. Les entretiens auprès des représentants de ces relais (RT et 3C) mettent en évidence ce rôle fédérateur et de représentation.

Points de vue des partenaires

Les entretiens menés auprès des représentants des RT et des 3C permettent de dégager les éléments suivants :

- La bonne coordination entre le RRC et les RT est mise en exergue : « La fédération des relais départementaux que sont les RT par le RRC, constitue une architecture originale et optimale ».
- La disponibilité et les compétences de l'équipe de coordination du RRC sont mises en exergue.

- Le RRC constitue une aide et un support pour l'organisation et l'apport d'outils : aide à développer les collaborations, aide à la structuration, à l'élaboration du PPS, à la mise en place de la consultation d'annonce, des référentiels...
- Il constitue un cadre pour l'ensemble des actions et permet une harmonisation des pratiques et des outils. Il apporte une caution scientifique et technique.
- Il organise des réunions « transversales » régionales (entre responsables de 3C, secrétaires des 3C, responsables RT) qui sont appréciées et qui permettent des échanges en matière de pratiques professionnelles et la résolution de certains problèmes.
- Les missions du RRC sont clairement définies. Le RRC permet d'avoir une position régionale (référence cancer régionale) sur certains points comme la CAD par exemple. Il permet d'avoir un poids dans les discussions avec les tutelles régionales et de constituer un interlocuteur unique notamment dans les demandes de financements (demande collective). Les fonds sont ensuite redistribués par le RRC de manière équitable.
- Un professionnel précise que les outils et l'organisation sont maintenant relativement bien rôdés et qu'il faudrait que les RT évoluent vers le soin et se rapprochent d'autres réseaux thématiques tels que la douleur, les soins palliatifs, la gérontologie, pour compléter les liens « établissement-domicile ».

Difficultés rencontrées par les partenaires

Les difficultés rencontrées par les partenaires restent relativement limitées. Outre les besoins de moyens supplémentaires en temps médical pour assurer les RCP (aspects le plus souvent pointés), on peut noter :

- Une minorité (2 professionnels) qui évoque un rôle de contrôle administratif (« rôle directif » du RRC) en ce qui concerne les RCP et des limites en ce qui concerne la représentativité de l'ensemble des acteurs compte tenu de la grande diversité de situations dans une région importante (secteur public / privé, établissements de tailles variées, départements de taille différente, contextes démographiques différents, etc.). Un autre professionnel parle d'un « échelon administratif » de plus, dans un contexte de pénurie de médecins et, de contrainte économique (constituée par le RRC) où l'objectif est finalement de maîtriser les dépenses ».
- Enfin, un professionnel souligne des problèmes de logiques divergentes entre : le RRC qui dote les RT pour les RCP et l'ARH qui dote les établissements pour les 3C. Il pointe un besoin de clarification du système, voire de simplification. Il précise que les 3C fonctionnent à budget et effectif constant au détriment du temps passé avec le patient.

Difficultés rencontrées par l'équipe de coordination régionale

Les difficultés rencontrées par la coordination sont de différents ordres :

- Difficulté de faire évoluer les pratiques / problème de culture de partage de l'information qui nécessite du temps ;
- Frilosité de certains médecins par rapport à l'outil informatique ;

- Problèmes de financement des RCP : montant de l'enveloppe financière fixé et nombre de RCP en augmentation, ce qui diminue la rémunération moyenne d'une RCP (actuellement environ 1,7 CS) ;
- La faiblesse des financements pour le dispositif d'annonce est regrettée et nécessite d'établir des priorités ;
- Des difficultés sont relevées au niveau du calendrier de déploiement du réseau et de ses activités : une formation validante des pharmaciens de la Loire Atlantique a été réalisée (600 pharmaciens). Cependant aucune application directe n'a été mise en place, ce qui peut discréditer le réseau au regard de ces professionnels ;
- Le RRC a participé au développement des protocoles et procédures en matière d'alternative à l'hospitalisation (CAD et autres soins à domicile). Cette prestation n'est disponible que sur 2 sites (St Nazaire et Nantes-Atlantique). S'il n'y a pas de CAD encadrée dans le cadre d'un réseau, l'externalisation risque de se faire sans coordination ni qualité des soins. Le projet de généralisation de la CAD à tout le territoire est en réflexion au niveau des tutelles régionales.
- La DRASS a saisi le RRC pour mettre en place la CAD. Les protocoles organisationnels ont été validés, mais la CAD n'arrive pas à se déployer sur le territoire.

3.4 Synthèse et constats concernant le fonctionnement et le déploiement

	POINTS FORTS	POINTS A AMELIORER
GESTION – PILOTAGE DU RESEAU	<p>LE PILOTAGE EST OPERATIONNEL ET ASSURE PAR L'ASSOCIATION PROMOTRICE. LE RELAIS SUR LE TERRAIN EST LE MEDECIN COORDINATEUR DU RESEAU REGIONAL.</p> <p>LE CA ET L'AG REGROUPENT LES REPRESENTANTS DES 6 RESEAUX TERRITORIAUX. DANS CE CADRE, LES DIFFICULTES SONT EXPOSEES ET DES SOLUTIONS APPORTEES. L'INTEGRATION DES SOLUTIONS A L'EVOLUTION DU DISPOSITIF DEMONTRE UNE BONNE ADAPTABILITE DU DISPOSITIF.</p>	.
EQUIPE DE COORDINATION	<p>L'EQUIPE DE COORDINATION EST PLURIDISCIPLINAIRE ET COMPLEMENTAIRE.</p> <p>L'EQUIPE EST BIEN ACCEPTEE PAR LES DIFFERENTS ACTEURS DU RESEAU. ELLE EST JUGEE DISPONIBLE, ACCESSIBLE.</p>	
SYSTEME D'INFORMATION	<p>LE RESEAU DISPOSE ACTUELLEMENT (EN ATTENDANT LA GENERALISATION DU DCC) D'UN SYSTEME D'INFORMATION PRINCIPALEMENT SOUS EXCEL®. IL PERMET DE PRODUIRE LES INDICATEURS ET INFORMATIONS SUR L'ACTIVITE DU RESEAU (ET LES EVOLUTIONS) AINSI QUE DE VALIDER LA QUALITE DES RCP.</p>	<p>DCC N'EST PAS TOTALEMENT DEPLOYE.</p> <p>LE SYSTEME ACTUEL NECESSITE UNE DOUBLE SAISIE AU NIVEAU DES RT ET AU NIVEAU DU RRC (MAIS CONSTITUE AINSI UN DOUBLE CONTROLE DE QUALITE).</p>

	POINTS FORTS	POINTS A AMELIORER
ROLE DU RRC PAR RAPPORT AUX RT ET 3C	<p>LE RRC FEDERE L'ENSEMBLE DES RESEAUX TERRITORIAUX DE LA REGION. IL ASSURE UN ROLE DE CONSEILS, D'APPUI TECHNIQUE, ET METHODOLOGIQUE, RECONNU PAR LES ACTEURS (3C ET RT).</p> <p>LE RRC FORME UN CADRE NECESSAIRE POUR L'HARMONISATION DES PRATIQUES : IL PROPOSE LES OUTILS ETABLIS OU ADOPTES DE MANIERE COLLEGALE.</p> <p>IL CONSTITUE UN LIEU D'EXPRESSION DES DIFFICULTES RENCONTREES PAR LES ETABLISSEMENTS ET UN INTERLOCUTEUR UNIQUE AUPRES DES TUTELLES.</p>	<p>QUELQUES PARTENAIRES RARES (3/14) PARLENT D'UN ROLE ADMINISTRATIF ET DE CONTROLE DU RRC.</p>

4 DEVELOPPEMENT DES OUTILS ET OPINION DES UTILISATEURS

Le RRC ne prend pas en charge directement des patients. Ainsi, dans le cadre de ce chapitre, la qualité a été abordée sous l'angle de la mise à disposition des outils et services nécessaires aux professionnels pour prendre en charge les patients.

4.1 Les référentiels régionaux

Référentiels existants

Le RRC a élaboré 9 référentiels régionaux. Un guide d'élaboration d'un référentiel a été établi par le RRC. Chaque thème a un animateur, désigné par ses pairs, qui convoque l'ensemble des professionnels de la région concernés par le sujet, afin de d'élaborer ou d'actualiser le référentiel.

Les actualisations sont régulièrement prévues. 4 référentiels ont été actualisés en 2008. Les réunions annuelles voient un bon taux de participation.

La diffusion de ces référentiels sous format papier constitue une difficulté de la coordination. Des appels à l'industrie pharmaceutique sont nécessaires pour l'édition et la diffusion de ces documents.

Ces référentiels ont été élaborés de manière collégiale, en sollicitant l'ensemble des professionnels concernés sur la région.

Diffusion de ces référentiels / Connaissance des référentiels par les professionnels

L'enquête auprès des professionnels montre que :

- 94% des médecins interrogés connaissent les protocoles et référentiels du réseau régional et 80% d'entre eux déclarent les utiliser ;
- Les raisons de non utilisation des protocoles et référentiels : « pas d'utilité, pas d'application directe, non concerné » ;
- Parmi les 30 médecins qui connaissent les protocoles et référentiels, 73% sont satisfaits de leur qualité. Les médecins non satisfaits (26% ; n=8) disent qu'ils ne sont pas concernés, que « ce n'est pas clair », ou « pas utiles » ou que « ce n'est pas toujours applicable/faisable (par exemple les tumeurs) » ou « pas réalistes ».

Tableau 5 : Connaissance des outils mis à disposition des professionnels

	N	%
LES PROTOCOLES ET REFERENTIELS DU RESEAU REGIONAL DE CANCEROLOGIE (ONCO-PL)		
- OUI JE CONNAIS =>	30	94%
JE L'UTILISE	24	80%
JE NE L'UTILISE PAS	6	20%
- NON JE NE CONNAIS PAS	2	6%

Opinion des professionnels et partenaires sur les modalités d'élaboration des référentiels et la qualité des référentiels

Les partenaires interrogés sont unanimes sur la qualité de l'élaboration des référentiels régionaux. Ils sont tous satisfaits de leurs modalités d'élaboration collégiale qui permettent une bonne acceptation et appropriation de ces outils. Les mises à jour sont effectives. Ces outils permettent une harmonisation des pratiques dans la région et sont peu contestables puisque ce sont les utilisateurs eux-mêmes qui les élaborent. Les professionnels sont satisfaits de disposer d'une version régionale et la présentation papier est qualifiée de « très pratique ».

4.2 Les Réunions de Concertation Pluridisciplinaires

Description de l'activité de RCP en fonction des RT

Le rapport d'activité présente la répartition de l'ensemble de RCP par thématique.

Au niveau régional, les données du RRC permettent de montrer :

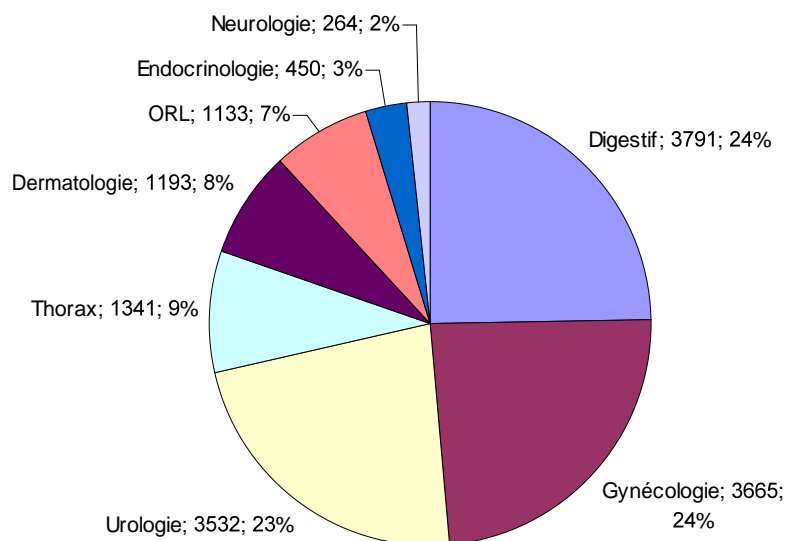
- Un taux de RCP réalisées et validées par rapport aux RCP prévues (objectif fixé) de 85%.
- Un pourcentage moyen de RCP non tenues sur l'année 2008 de 10% (7 à 14%) ;

Tableau 6 : Répartition des RCP et des dossiers validés par réseau

	RCP prévues au contrat	RCP validées	RCP non validées	Total dossiers RCP	Total nouveaux dossiers	Total dossiers RCP validées	Nouveaux dossiers RCP validées	Nombre de DCC	Répartition dossiers Validés par RT
Total Régional	1 917	1 628	94	25 115	15 764	24 373	15 369	2 750*	100%
RTCN	545	469	28	7823	5389	7437	5117	721	30,5%
ARCAM	402	334	24	5854	3551	5648	3417	26	23,2%
Onco Sarthe	363	305	17	5256	2459	5046	2372	908	20,7%
Onco Vendée	288	237	10	2401	1762	2627	1973	266	10,8%
OCLE	198	182	7	2245	1362	2149	1291	40	8,8%
Onco Mayenne	121	101	8	1536	1241	1466	1199	95	6%

* dont 94 DCC / RCP régionales (Sarcomes et pédiatrie)

Figure 2 : Nombre et pourcentage de nouveaux dossiers en 2008 par RCP



Respect des critères qualité des RCP

Les critères qualité des RCP sont rappelés dans la circulaire : la fréquence/calendrier fixée pour chaque RCP, le quorum nécessaire par thématique (minimum 3 professionnels) également fixé et enfin un responsable de la RCP doit être présent.

Les données du réseau mettent en évidence :

- Un taux de validation des RCP de 85% ;
- En termes d'exhaustivité des RCP, la généralisation du DCC devrait permettre de s'assurer que l'ensemble des nouveaux cas bénéficie d'une RCP. En 2008, 15 369 nouveaux cas ont été analysés en RCP. En prenant comme référence l'incidence des cancers en 2005⁴ (18400 nouveaux cas), on estime à 83% le nombre de nouveaux patients atteints de cancer, ayant bénéficié d'une RCP (hors RCP régionales). Le développement du DCC permettra d'évaluer plus finement l'exhaustivité du passage en RCP.

Le RRC reçoit les informations (feuilles de présence) qui permettent de valider la fréquence et le quorum de la RCP. Un double contrôle est donc effectué au niveau des RT qui transmettent les fiches signées au RRC et au niveau du RRC. La rémunération des RCP n'est effectuée que lorsque les critères de qualité sont réunis.

⁴ Estimation Registre des Cancers Francim 2005.

Tableau 7 : Validation des critères qualité par le RRC

	TOTAL RCP			RCP validées		
	Nb de RCP tenues	% respect de périodicité	% de RCP validées	Nb moyen de dossiers par RCP	Nb moyen de nouveaux dossiers par RCP	% de nouveaux dossiers par rapport au total
Ensemble	1 727	90,1%	84,9%	14,97	9,44	62,8%
Onco Vendée	247	85,8%	82,3%	11,08	8,32	73,4%
OCLE	190	96,0%	91,9%	11,81	7,09	60,7%
RTCN	497	91,2%	86,1%	15,86	10,91	68,9%
ARCAM	358	89,1%	83,1%	16,91	10,23	60,7%
Onco Sarthe	322	88,7%	84,0%	16,54	7,78	46,8%
Onco Mayenne	113	93,4%	83,5%	14,51	11,87	80,8%

Tableau 8 : Critère de validation des RCP (Données 2008 du RRC)

	TOTAL RCP		
	Nb de RCP tenues	% respect de périodicité	% de RCP validées
Gynécologie	318	95,2	92%
Gastro-entérologie	381	91,4	89%
Pneumologie	243	94,2	82%
ORL	194	93,3	92%
Urologie	310	85,9	83%
Dermatologie	120	88,9	73%
Neurologie	61	78,2	66%
Endocrinologie	101	79,5	71%
Total Régional	1727	90%	85%

Le RRC envoie tous les 6 mois un bilan à l'ensemble des RT concernant les critères qualité de son activité RCP en cas de difficultés particulières, des rappels sont effectués par l'équipe du RRC.

Opinion des professionnels sur les RCP

Concernant les réunions de concertations pluridisciplinaires, les médecins ont donné leur avis quant à leur organisation, leur composition, la retranscription des discussions et la réalité de la discussion pluridisciplinaire. Le tableau suivant détaille l'ensemble des résultats.

Globalement on retrouve :

- 97% des médecins 'tout à fait' ou 'plutôt' satisfaits des professionnels participants aux réunions ;
- 87% des médecins 'tout à fait' ou 'plutôt' satisfaits de la réalité de la discussion pluridisciplinaire ;
- 75% des médecins 'tout à fait' ou 'plutôt' satisfaits de l'organisation des réunions ;
- 70% des médecins 'tout à fait' ou 'plutôt' satisfaits de la retranscription des discussions.

En miroir, on note cependant :

- 18% de médecins 'pas vraiment' ou 'pas du tout' satisfaits de la retranscription des discussions ;
- 12% de médecins 'pas du tout satisfaits' de l'organisation ;

- 12% de médecins 'pas vraiment' ou 'pas du tout' satisfaits de la réalité de la discussion pluridisciplinaire.
- 3% de médecins 'pas vraiment satisfaits' des professionnels participants aux réunions ;

Tableau 9 : Satisfaction vis-à-vis des RCP (Données 2008 du RRC)

SATISFACTION PAR RAPPORT A :	N	%
ORGANISATION		
TOUT A FAIT SATISFAIT	9	28%
PLUTOT SATISFAIT	15	47%
PAS VRAIMENT SATISFAIT	4	12.5%
PAS DU TOUT SATISFAIT	4	12.5%
NE SAIT PAS	0	0
COMPOSITION / PROFESSIONNELS PARTICIPANTS		
TOUT A FAIT SATISFAIT	18	56%
PLUTOT SATISFAIT	13	41%
PAS VRAIMENT SATISFAIT	1	3%
PAS DU TOUT SATISFAIT	0	0
NE SAIT PAS	0	0
RETRANSCRIPTION DES DISCUSSIONS ET TRAÇABILITE DES DECISIONS		
TOUT A FAIT SATISFAIT	11	35%
PLUTOT SATISFAIT	11	35%
PAS VRAIMENT SATISFAIT	3	9%
PAS DU TOUT SATISFAIT	3	9%
NE SAIT PAS	4	12%
REALITE DE LA DISCUSSION PLURIDISCIPLINAIRE		
TOUT A FAIT SATISFAIT	19	60%
PLUTOT SATISFAIT	8	25%
PAS VRAIMENT SATISFAIT	2	6%
PAS DU TOUT SATISFAIT	2	6%
NE SAIT PAS	1	3%

Des améliorations sur ces thèmes sont donc encore possibles. Notamment 8 médecins non satisfaits de l'organisation (4 de Laval, 3 de Nantes, 1 du Mans) évoquent les manquements suivants :

- Manque de discussion sur les dossiers (n=1) ;
- « Les dossiers des patients ne sont pas communiqués avant la réunion, surtout pour les cas compliqués » (n=1), les médecins manquent d'aide dans la préparation des dossiers alors qu'ils manquent de temps (n=2) ;
- Un problème concernant les participants (n=1) ;
- Un problème concernant le support informatique « qui ne convient pas » (n=1) ou un problème de « connexion avec le serveur » (n=1) ;
- Un médecin a simplement mentionné que finalement c'était « compliqué ».

Le médecin 'pas vraiment satisfait' de la composition des réunions mentionne « qu'il n'y a pas toujours les gens qu'il faut ».

Les 6 médecins insatisfaits de la retranscription des discussions (dont 5 de Laval) pointent « un souci informatique » et « d'accès aux informations », un manque de temps car « ils n'ont pas de secrétaire » ou parce que « l'informatique prend du temps ». Certains pensent que la conclusion est « trop résumée » ou qu'il existe « un formalisme des dossiers de la part de la secrétaire » pour ceux qui en ont une.

Les 4 médecins insatisfaits de la réalité de la discussion (dont 3 de Nantes) évoquent qu'il n'y a pas « assez de discussion », que les « décisions sont trop rapides » ou qu'il n'y « a pas de concertation pluridisciplinaire ».

Niveau de contrainte

Par rapport à la participation des médecins aux RCP, 28% (n=9) pensent que cela est « très contraignant », 53% (n=17) « contraignant », 9% (n=3) « pas très contraignant » et 9% (n=3) « pas du tout contraignant ». Il n'y a pas de différence entre les 3 sites.

Parmi les médecins qui trouvent la participation aux réunions contraignante, les contraintes les plus citées sont des contraintes d'horaires (n=18) et de temps (n=11).

Information des patients

Dans près de 80% des cas (n=25), les médecins affirment que les patients sont « toujours » informés que leur dossier est examiné en RCP ; pour 3% (n=1), les patients ne sont « pas toujours informés » et pour 9%, les patients ne le sont « jamais » (n=3) ou « cela dépend » (n=3).

Exhaustivité des passages en RCP

Près de deux tiers des médecins (n=20 ; 62%) passent la totalité de leurs patients en RCP, 18% (n=6) répondent qu'ils ne passent pas la totalité de leurs patients en RCP et 18% (n=6) ne « savent pas ». Les médecins ne passant pas la totalité de leurs patients en RCP, mentionnent les motifs suivants : « des dossiers litigieux », « c'est difficile à mettre en place » ou qu'ils sont non concernés (radiologues notamment).

En cas de rechute des patients, 53% des médecins (n=17) repassent les dossiers en RCP, 18% (n=6) ne le font pas et 28% (n=9) ne savent pas s'ils le font ou non. Les médecins qui ne le font pas mentionnent que « cela dépend du type de rechute », qu'ils ne le font pas pour une question de « rapidité / simplicité », que « cela ne les concerne pas directement » ou que « c'est fait entre collègues ».

Accès aux comptes-rendus

Près des trois quart des médecins (n=23 ; 72%), ont toujours accès aux comptes rendus des RCP de leurs patients. Dans 60% des cas, ils ont accès aux comptes rendus « papier » uniquement, dans 22% des cas, aux comptes rendus « informatique » uniquement et dans 17% des cas, aux deux. Le format auxquels ils ont accès, les satisfait dans la grande majorité des cas (87%).

Trois médecins déclarent « ne pas avoir toujours accès » aux CR de leurs patients (2 sur Nantes et 1 sur Laval) et 6 médecins « ne savent pas ».

Point de vue des partenaires sur les RCP

Les entretiens auprès des partenaires confirment les résultats de l'enquête auprès des professionnels participants aux RCP, ces partenaires responsables 3C ou RT participant eux même aux RCP.

- Les RCP sont bien organisées et ils jugent qu'elles deviennent bien « rodées ».
- Elles couvrent toutes les thématiques et permettent une collaboration public-privé.

Sur un site, il a été précisé le problème de saturation de la visioconférence et la difficulté de réunir le quorum (notamment sur le thorax, par manque de chirurgien thoracique). Il a également été fait mention de la difficulté de faire les comptes-rendus après la RCP.

D'un avis général, les RCP sont un dispositif relativement 'bien rodé' aujourd'hui. Les réunions sont bien organisées, la difficulté réside dans l'après-réunion notamment sur la disponibilité des comptes-rendus. Elles nécessitent plus de discipline de chacun. Le dispositif fonctionnera mieux grâce à la bonne volonté et à la rigueur de chacun.

4.3 Formations et évaluation des pratiques professionnelles

Le volet « Formations » constitue la mission la moins développée du RRC. Le RRC a vocation à s'assurer que ses membres ont effectivement bénéficié des sessions de formations. Il peut, par sa connaissance des acteurs, être un facilitateur de l'adéquation entre l'offre et la demande et faire connaître les organismes de formation agréés. Afin la structure porteuse du réseau peut également être agréée en tant qu'organisme de formation (mais dans ce cas, elle sollicite directement un financement hors FIQCS en tant que prestataire de service).

Le RRC formalise le cadre des formations proposées par les RT. Il a ainsi participé à la formation des professionnels en matière de chimiothérapie à domicile : en 2008, 600 pharmaciens ont été formés à la Chimiothérapie à domicile par Onco-PL et le RTCN (soit 60% des pharmaciens de la Loire-Atlantique).

Le réseau participe également à l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP). Les professionnels participant aux RCP peuvent en faire la demande. Dans le cadre du réseau territorial de Nantes, 221 médecins sur le CRG et 129 sur le Centre Catherine de Sienne participant aux RCP sont dans un programme d'EPP (soit 350 médecins). Le RRC collabore avec l'URML et l'HAS afin d'établir des procédures de validation des RCP, relativement simplifiées.

Tableau 10 : Nombre de professionnels en EPP sur le réseau territorial de Nantes (Données secrétariat RTCN/ RCP)

EPP	CRG	CDS
Digestif	61	36
Thorax	29	
ORL	16	31
Sein-Gynécologie	28	26
Dermatologie	14	
Urologie	35	8
Neurologie	15	
Endocrinologie	23	8
Thorax		20
TOTAL	221	129

La liste des professionnels formés et des formations proposées n'a pas été fournie pour tous les RT.

4.4 Impact sur les pratiques et la prise en charge

L'impact sur les pratiques reste relativement difficile à observer. En effet, la pluridisciplinarité était déjà ancrée dans les pratiques par le biais des « Staffs », avant l'existence même du réseau.

L'enquête a permis de recueillir l'opinion des participants aux RCP sur l'impact de l'organisation régionale de la cancérologie. Selon ces derniers, cette organisation a permis :

- Une amélioration de *l'application des recommandations et référentiels officiels* pour 73% des professionnels (15% ne se prononcent pas et pour 12% estiment que cela n'a pas amélioré l'application des recommandations) ;
- Une amélioration de leur *pratique professionnelle* pour 73% d'entre eux ; pour 27% le réseau n'a pas participé à l'amélioration de leurs pratiques ;
- Une amélioration des *échanges entre professionnels* pour 73% d'entre eux ; 27% pensent qu'il n'y pas eu de changements ;
- Une amélioration de la *globalité de la prise en charge* pour 79% des professionnels (15% pensent qu'il n'y a pas eu d'amélioration) ; 2 professionnels ne se prononcent pas.

Ils sont moins de 50% à noter des améliorations concernant les collaborations ville-hôpital et l'accès aux soins de support :

- Une amélioration des collaborations entre la ville et l'hôpital est notée pour 54% des professionnels. 33% professionnels pensent qu'il n'y a pas eu d'amélioration en matière de collaboration et enfin 12% (4 professionnels) ne se prononcent pas sur cet axe ;
- Une amélioration de l'accès des patients aux soins de supports en cas de besoin observée pour 42%, 24% des professionnels pensent qu'il n'y a pas eu de changement, et enfin un tiers des professionnels ne se prononcent pas.

Les partenaires interrogés confirment ces résultats notamment au niveau des collaborations ville-hôpital. Ils estiment qu'il n'y a pas eu de changement fondamental sur ces collaborations. Les professionnels de ville fonctionnent « comme avant » par l'utilisation des outils traditionnels (courrier, fax, mails).

Satisfaction générale

La totalité des répondants à l'enquête RCP sont satisfaits (dont 18% de « très satisfaits ») de l'organisation de la prise en charge du cancer sur la région. Ils sont cependant une majorité à faire des suggestions.

Les éléments à recadrer

Lien et communication avec/vers les patients

- « Améliorer le relationnel avec les patients et l'annonce de leurs maladies, notamment avec plus de temps » ;
- « Améliorer l'image et la représentation du réseau chez le patient pour éviter les prises en charge vers d'autres régions » ;
- « Une information claire pour l'entourage du malade pour éviter une trop grande implication et ainsi une pression sur le corps médical ».

Amélioration des soins de support

- « Augmenter le nombre de structures d'accueil et étoffer les soins de support » ;
- « Un meilleur soutien psychologique et une amélioration des soins palliatifs ».

Développer les structures/moyens de prise en charge

- « Avoir plus de moyens, développer l'HAD. Problème de manque de temps » ;
- « Développer l'hospitalisation des patients en soins à domicile » ;
- « Il faudrait un IRM à René Gauducheau » ;
- « Une plus grande implication des médecins généralistes. Des moyens supplémentaires, plus de temps d'assistantes sociales et de psychologues ».

Organisation et fonctionnement des RCP

- « Vaste question, on peut toujours améliorer certaines choses à tous les niveaux. Par contre, par rapport au suivi des dossiers, à leur diffusion vers les professionnels nous avons noté une insuffisance de la part du secrétariat au niveau du formalisme » ;
- « Les choses sont bien établies, par contre pour nous professionnels il faudrait améliorer le formalisme informatique » ;
- « Une amélioration de la communication des éléments de dossiers avec les partenaires extérieurs. Une amélioration des connaissances des techniques de pointe » ;
- « Nous ne sommes pas assez nombreux à/pour participer aux RCP pour qu'il y puisse y avoir une véritable amélioration de la prise en charge » ;
- « Réussir à convaincre tous les cliniciens de participer au RCP afin d'être plus efficace, et être plus directif pour certaines RCP » ;

- « Avoir accès à la liste des patients qui passent aux RCP quelques jours avant afin d'être mieux préparé et plus efficace (n'est fait qu'en hématologie) ».


Divers

- « Une meilleure implication, complémentarité et communication des pôles régionaux de cancérologie (Nantes/ Angers) pour remédier à une insuffisance relative de leur collaboration et ainsi permettre une amélioration de la diffusion des techniques de soin » ;
- « Mise en place de registres départementaux qui déclareraient le nombre de patients ainsi que le suivi de ces patients et de leur maladie afin de faire des statistiques. Ouvertures des hôpitaux tous les jours grâce à une augmentation du nombre d'oncologues » ;
- « Tout le monde doit faire des efforts, on ne sait pas toujours à qui s'adresser, le système n'est pas bon (il est mieux en aquitaine par exemple), on se soucie trop de l'aspect économique » ;
- « Une revalorisation des actes de cancérologie, cela freine l'amélioration de certaines pratiques car le budget dépendant des cotations. Les seconds avis devraient être rémunérés (en anatomo-pathologie) car ils sont actuellement gratuits et prennent du temps ».

L'HAD couvre (en 2007) les départements de Mayenne, Vendée et les grosses agglomérations des trois autres départements (villes de Nantes, Angers et le Mans). Son implantation est donc inégalement répartie sur le territoire régional.

4.5 Synthèse et constats concernant le volet développement des outils et opinion des professionnels

	POINTS FORTS	POINTS A AMELIORER
REFERENTIELS	<p>LES REFERENTIELS REGIONAUX ONT ETE ELABORES COMME PREVU. 9 THEMATIQUES SONT CONCERNEES. UNE PROCEDURE D'ACTUALISATION A ETE DEFINIE ET EST MISE EN APPLICATION.</p> <p>LA METHODOLOGIE D'ELABORATION COLLEGIALE DES REFERENTIELS FAIT CONSENSUS. ELLE PERMET DE FAIT, UNE BONNE APPROPRIATION DES OUTILS.</p> <p>94% DES PROFESSIONNELS INTERROGES CONNAISSENT LES REFERENTIELS REGIONAUX.</p> <p>80% LES UTILISENT.</p> <p>73% DES PROFESSIONNELS SONT SATISFAITS DE CES REFERENTIELS.</p>	<p>UN PROBLEME D'EDITION ET DE DIFFUSION DES REFERENTIELS EST RENCONTRE PAR L'EQUIPE DU RRC. DES APPELS A DES SUBVENTIONS EXTERIEURS SONT FAITS.</p>
RCP	<p>LES CRITERES DE QUALITE DES RCP ONT ETE DEFINIS PAR LE RRC : CALENDRIER POUR CHAQUE THEMATIQUE ET CHAQUE RT, QUORUM PAR THEMATIQUE.</p> <p>85% DES OBJECTIFS DES RCP ONT ETE REALISE EN 2008.</p> <p>LES THEMATIQUES LES PLUS IMPORTANTES SONT LE DIGESTIF (24%), LA GYNECOLOGIE ET L'UROLOGIE (23%).</p> <p>LE RRC VALIDE LES CRITERES QUALITE AVANT REMUNERATION.</p> <p>LE TAUX DE VALIDATION DES RCP (PAR RAPPORT AUX CRITERES QUALITE EST) DE 85%.</p> <p>LE TAUX D'EXHAUSTIVITE EST ESTIME A 83% : 83% DES NOUVEAUX CAS DE CANCER ONT BENEFICIE D'UNE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE.</p> <p>97% DES PROFESSIONNELS SONT SATISFAITS DE LA COMPOSITION DES RCP.</p> <p>87% SONT SATISFAITS DE LA REALITE DE LA DISCUSSION PLURIDISCIPLINAIRE.</p> <p>75% SONT SATISFAITS DE L'ORGANISATION DES RCP.</p> <p>70% SONT SATISFAITS DES RETRANSCRIPTIONS.</p> <p>80% DES PROFESSIONNELS ESTIMENT QUE LE PATIENT EST TOUJOURS INFORME DU PASSAGE DE SON DOSSIER EN RCP.</p> <p>62% DES PROFESSIONNELS PASSENT LA TOTALITE DE LEURS PATIENTS EN RCP.</p> <p>72% ONT TOUJOURS ACCES AUX COMPTES-RENDUS DE LA RCP.</p> <p>LES PARTENAIRES CONFIRMENT L'OPINION DES PARTICIPANTS : LE DISPOSITIF EST AUJOURD'HUI BIEN « RODE » MAIS DEMANDE UN INVESTISSEMENT IMPORTANT DE LA PART DES PARTICIPANTS.</p>	<p>25% DE PROFESSIONNELS PEU SATISFAITS DE L'ORGANISATION</p> <p>18% DE PROFESSIONNELS PEU SATISFAITS DE LA RETRANSCRIPTION</p> <p>81% DES PROFESSIONNELS ESTIMENT QUE LA PARTICIPATION EST CONTRAIGNANTE (TEMPS ET HORAIRES)</p>
IMPACT	<p>LES PROFESSIONNELS INTERROGES ESTIMENT QU'IL Y A EU DES AMELIORATIONS AUX NIVEAUX :</p> <ul style="list-style-type: none"> • DE LA GLOBALITE DE LA PRISE EN CHARGE : 79% • DE L'APPLICATION DES REFERENTIELS : 73% • DE LEUR PRATIQUE PROFESSIONNELLE : 73% • DES ECHANGES ENTRE PROFESSIONNELS : 73%. 	<p>LES DONNEES DISPONIBLES N'ONT PAS PERMIS D'OBJECTIVER L'IMPACT REEL SUR LES PRATIQUES.</p> <p>54% ESTIMENT QU'IL Y A EU AMELIORATION DES RELATIONS VILLE-HOPITAL</p> <p>42% ESTIMENT QUE LE RRC A PERMIS UNE AMELIORATION DE L'ACCES AUX</p>

	POINTS FORTS	POINTS A AMELIORER
	<p>100% DES REpondants sont satisfaits de l'organisation de la prise en charge du cancer sur la région.</p> 	<p>SOINS DE SUPPORT.</p> <p>AVEC QUELQUES SUGGESTIONS D'AMELIORATION : COMMUNICATION VERS LE PATIENT, SOINS DE SUPPORT, ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT DES RCP (SYSTEME INFORMATIQUE NOTAMMENT)./</p>

5 QUALITE DU SYSTEME D'INFORMATION DU RRC - NIVEAU D'AVANCEMENT DE LA MISE EN PLACE DU DCC

5.1 Le système d'information interne

Le système d'information du réseau reste « artisanal » (fichiers Excel®) mais permet de s'assurer des critères de qualité des RCP.

Actuellement et avant l'utilisation généralisée du DCC, le RRC utilise les fiches papier et des fichiers Excel afin de comptabiliser les RCP, évaluer la qualité de ces dernières et rémunérer les RCP.

Ce système permet de disposer des informations et données nécessaires à l'établissement du rapport d'activité du RRC, des RT et à la validation des RCP.

5.2 Le Dossier Communicant Cancer

La mise en œuvre du DCC est une des missions du RRC. Le RRC ONcoPI était un des réseaux pilotes du premier Plan Cancer. Il est donc relativement avancé en termes de développement du DCC (notamment par rapport à certaines régions où il est encore à l'état de projet). En 2008, près de 18% des nouveaux cas de cancer régionaux ont un DCC.

L'équipe du RRC impulse le déploiement du DCC, en fixant des objectifs quantifiés d'ouverture de DCC à chaque 3C et RT.

Actuellement, le RRC comptabilise (données d'activité 2008 du réseau) :

- 1 336 professionnels destinataires d'un code d'accès DCC ;
- 579 professionnels distincts utilisateurs du DCC ;
- 2 750 DCC créés en 2008 (dans le cadre des RT et des RCP régionales) ;
- 2 649 Projets de soins validés en 2008 ;
- Indice de partage de 3,35 (nombre de professionnels actifs par DCC) ;
- Nombre de patients qui se sont connectés au module de gestion des droits : 375.

Au total, 5 établissements (CHU Nantes, CRG Nantes, CPP Angers, CCS Nantes) alimentent automatiquement le DCC. Et 3 établissements (CJB Le MANS, CHU Angers, CH Le Mans) alimentent de façon semi-automatique ou manuelle le DCC.

L'équipe de coordination est également proactive dans l'interfaçage du DCC avec les systèmes d'information des établissements.

Tableau 11 : Pourcentage de nouveaux dossiers disposant d'un DCC

	Total dossiers RCP Validées	Nouveaux financiers RCP validées	Nombre de DCC	Taux de dossiers avec DCC
Total Régional	24 373	15 369	2750*	17.8%
RTCN	7437	5117	721	14%
ARCAM	5648	3417	26	0,7%
Onco Sarthe	5046	2372	908	38,2%
Onco Vendée	2627	1973	266	13,4%
OCLE	2149	1291	40	3%
Onco Mayenne	1466	1199	95	7,9%

L'équipe de coordination régionale note des possibilités de « levier » pour améliorer l'utilisation du DCC et notamment par l'intermédiaire des établissements de soins de suite et les médecins généralistes qui commencent à faire des demandes d'accès.

5.3 Opérationnalité du Site Internet

Le DCC est accessible via le Site Internet du RRC.

Le Site Internet est complet et actualisé. Il permet un accès facilité aux outils du réseau : Référentiels, Calendrier et quorum des RCP, rapports d'activité du réseau régional...

5.4 Point de vue des acteurs concernant le DCC et le site Internet du RRC

L'enquête auprès des professionnels participant aux RCP montre que concernant la connaissance des outils mis à disposition des professionnels pour la prise en charge des patients atteints de cancer (tableau suivant) :

- Trois quarts connaissent le Site Internet du réseau régional de cancérologie ;
- Trois quarts des médecins connaissent le DCC.

En ce qui concerne l'utilisation de ces outils, un tiers de ceux qui le connaissent l'utilisent le DCC (8/24), et 58% utilisent le site internet quand ils le connaissent.

Les raisons évoquées quant à la non-utilisation :

- Du DCC (16 non utilisateurs sur 24 connaissant le DCC : 5 sur Nantes, 5 sur Laval, 6 sur Le Mans) pas d'utilité/pas besoin, pas disponible dans l'établissement, problème de logiciel/pas encore opérationnel, pas de patients, manque de temps, a déjà un dossier interne ;
- Du site internet (10 non utilisateurs parmi les 24 connaissant : 5 sur Nantes, 4 sur Laval, 1 sur Le Mans) : manque de temps, pas besoin, pas d'utilité.

Tableau 12 : Connaissance et utilisation des outils DCC et du site Internet par les répondants

CONNAISSANCE DES OUTILS MIS A DISPOSITION DES PROFESSIONNELS	NOMBRE DE PROFESSIONNELS	%
LE DOSSIER COMMUNIQUEUR CANCER (DCC)		
- OUI JE CONNAIS	24	75%
=> JE L'UTILISE	8	33%
JE NE L'UTILISE PAS	16	67%
- NON JE NE CONNAIS PAS	8	25%
LE SITE INTERNET DU RESEAU REGIONAL DE CANCEROLOGIE (RRC= ONCO-PL) HTTP://WWW.ONCO-PAYSDELALOIRE.ASSO.FR.ACCUEIL/		
- OUI JE CONNAIS	24	75%
=> JE L'UTILISE	14	58%
JE NE L'UTILISE PAS	10	42%
- NON JE NE CONNAIS PAS	8	25%

Quelques partenaires précisent que le DCC constitue une contrainte supplémentaire pour les médecins. Il est nécessaire de leur démontrer l'intérêt de son utilisation. Il existe également des résistances techniques (informatiques).

5.5 Synthèse et constats concernant le système d'information du RRC

	POINTS FORTS	POINTS A AMELIORER
DCC	<p>LE DCC EST OPERATIONNEL ET SE DEPLOIE PROGRESSIVEMENT SUR LE TERRITOIRE AU SEIN DES ETABLISSEMENTS : 2750 DCC CREEES EN 2008.</p> <p>579 UTILISATEURS DIFFERENTS (SOIT 43% DE LA CIBLE A QUI UN MOT DE PASSE A ETE ENVOYE).</p> <p>IL EST UTILISE DANS 5 ETABLISSEMENTS EN ROUTINE ET EN SEMI-ROUTINE DANS 3 AUTRES.</p> <p>18% DES NOUVEAUX DE CANCER ONT UN DCC.</p> <p>¾ DES PROFESSIONNELS INTERROGES DECLARENT CONNAITRE LE DCC ET 1/3 D'ENTRE EUX L'UTILISENT (SOIT 25% DU TOTAL). LES RAISONS DE NON UTILISATION : PAS DISPONIBLE DANS L'ETABLISSEMENT, PROBLEMES INFORMATIQUES, MANQUE DE TEMPS.</p>	<p>L'UTILISATION RESTE TRES DISPARATE EN FONCTION DES RT DE 38% (ONCOSARTHE) A 0,7% (ARCAM) DES DOSSIERS.</p> <p>L'UTILISATION RESTE CEPENDANT « PROFESSIONNEL-DEPENDANTE ».</p>
SITE INTERNET	<p>LE SITE INTERNET EST ALIMENTE ET ACTUALISE REGULIEREMENT. IL EST COMPLET ET PERMET D'ACCEDER FACILEMENT AUX REFERENTIELS, AUX DONNEES D'ACTIVITE DU RRC, ACTUALITES</p> <p>¾ DES PROFESSIONNELS INTERROGES CONNAISSENT LE SITE DU RESEAU ET 58% D'ENTRE EUX L'UTILISANT (42% DU TOTAL).</p>	

6 COUTS DE FONCTIONNEMENT - MODALITES DE FINANCEMENT DES RCP

Le volet économique a été abordé principalement sous l'angle budgétaire. Dans ce volet de l'évaluation, les recettes et les dépenses du réseau ont été analysées et rapportées à l'activité.

6.1 Les ressources du réseau

La DRDR puis le FIQCS constituent la principale ressource du réseau. L'enveloppe triennale accordée au réseau sur le FIQCS a été de 2 620 198 €, soit 52% du budget total. Une grande partie de ces ressources est redistribuée entre les 6 réseaux territoriaux (pour le financement des RCP/ temps médical).

Le RRC reçoit également une enveloppe MIGAC qu'il redistribue aux RT pour le financement du fonctionnement (secrétariat).

Le RRC constitue ainsi un interlocuteur unique pour les tutelles, auprès de qui, un seul dossier de demande de financement est déposé.

De son côté, le RTCN a fait une demande pour bénéficier d'un financement sur le FIQCS pour ce qui concerne la prise en charge à domicile (CAD).

Tableau 13 : Financement du réseau sur 2006 et 2007 de fonctionnement dans le cadre de la DRDR et du FIQCS (en euro)

Sources de financement	2006	2007	2008	% sur 2006 et 2007
DRDR + FIQCS	835 467	881 731	903 000	52%
MIGAC	277 627	277 627		17%
CPER	121 979	-		4%
Inca	168 744	-		5%
Autres y compris produits exceptionnels et reprises sur provisions	283 597	428 605		22%
Total	1 687 414	1 587 963		100%

Les données 2008 n'étaient pas disponibles au moment de l'écriture du rapport.

6.2 Les dépenses générées par l'activité en réseau et pour les différents postes

Les comptes de l'association ont été validés par un commissaire aux comptes. Les comptes de résultats analytiques permettent de ventiler les dépenses par types de financement.

Le FIQCS finance le fonctionnement du RRC, ainsi que les RCP réalisées dans les RT, les RCP d'Oncologie pédiatriques régionales, la communication et le système d'information régional (DCC).

Sur les années 2006 et 2007, pour lesquelles les comptes de résultats sont actuellement disponibles, on observe que les charges de personnels représentent moins de 30% du budget de fonctionnement et 7% du budget FIQCS. Cette répartition est différente des autres réseaux de santé prenant en charge des patients.

Tableau 14 : Répartition des dépenses liées au FIQCS sur les années 2006 et 2007 (année 2008 non disponible) (en euro)

Budget FIQCS	2006	2007	2008
Fonctionnement	199602,05	225115,9	
Dont charges personnels	57398,4	65139,61	
Reversements aux RT	600000	600000	
RCP Oncologie pédiatrique	15342,73	14721,48	
Communication-Plaquettes	6113		
Système d'information	43839,82	84816,36	
Divers (charges exceptionnelles, dotations)	71492,03	8808,97	
TOTAL FIQCS	936 389,63 €	933 462,71 €	
% Charges personnel / Fonctionnement	29%	29%	
% charges Personnes/ Total dépenses	6%	7%	

Le système d'information est financé sur plusieurs dotations : FIQCS, Contrat Plan Etat-Région, INCa.

Tableau 15 : Dépenses liées au système d'information du RRC (DCC) (hors dotations aux provisions et amortissement)

Système d'information	2006	2007	Total
FIQCS	35 879,8	61 354,8	97 234,6
CPER 2006	282 375,1	117 574,9	399 950,0
Inca	92 805,9	47 448,4	140 254,3
TOTAL (hors dotation prov/Amort)	411 060,8	226 378,1	637 438,9

6.3 Financement des RCP

Le RRC dispose d'un budget annuel de 600 000 € pour la rémunération des professionnels participants aux RCP. Initialement, ce montant correspondait à une rémunération de 3CS par RCP. Le nombre de RCP ayant augmenté, ce montant correspond aujourd'hui à environ 39 €/ RCP. Ce coût devrait diminuer avec l'augmentation de l'exhaustivité des études de nouveaux cas en RCP et l'amélioration du respect des critères qualité (RCP validées).

L'enveloppe est gérée de manière rétroactive, c'est-à-dire qu'elle est distribuée au prorata du nombre total de réunions réalisées entre les 6 réseaux territoriaux et les 13 3C. Les nouveaux dossiers vus en RCP ne sont rémunérés que si le quorum de la RCP est réuni.

6.4 Synthèse concernant le volet médico-économique

Les constats

	POINTS FORTS	POINTS A AMELIORER / REMARQUES
DEPENSES GENEREES PAR L'ACTIVITE EN RESEAU	<p>LE RESEAU BENEFICIE DE NOMBREUSES SOURCES DE FINANCEMENTS : FIQCS, MIGAC, CPER, INCA.</p> <p>LE FIQCS CONSTITUE LE FINANCEMENT LE PLUS CONSEQUENT (52%).</p> <p>LA PART DES CHARGES DE PERSONNEL DANS LE BUDGET DE FONCTIONNEMENT EST RELATIVEMENT FAIBLE (PAR RAPPORT A D'AUTRES RESEAUX) : 29 % ET REPRESENTE 7% DU TOTAL DU FIQCS.</p> <p>LE SYSTEME D'INFORMATION (DCC) A ETE FINANCE SUR PLUSIEURS ANNEES ET PAR PLUSIEURS TYPES DE RESSOURCES. LE PORTAGE DU DEVELOPPEMENT DU DCC PAR LE RRC PERMET DE MUTUALISER LES EFFORTS EN MATIERE D'INVESTISSEMENT. SUR LES ANNEES 2006 ET 2007, LE DCC A NECESSITE UN BUDGET DE 637 000€ (HEBERGEMENT, MAINTENANCE, GESTION...).</p>	<p>LES DONNEES COMPTABLES 2008 N'ETAIENT PAS DISPONIBLES AU MOMENT DE LA REDACTION DU RAPPORT, LES ANALYSES ONT PORTE SUR 2006 ET 2007.</p> <p>IL CONVIENDRAIT DE POUVOIR ISOLER LE COUT DU SYSTEME D'INFORMATION (DEVELOPPEMENT ET MAINTENANCE) DEPUIS LE DEMARRAGE DU PROJET</p>
MODALITES DE FINANCEMENTS DES RCP	<p>DANS LE CADRE DES MODALITES ACTUELLES DE FINANCEMENT DES RCP, LE COUT MOYEN D'UNE RCP EST EN DIMINUTION : CORRELE A L'AMELIORATION DU SUIVI DES RECOMMANDATIONS (NOMBRE DE RCP VALIDEES) ET A L'AUGMENTATION DE L'EXHAUSTIVITE DES CAS ETUDIES EN RCP. ACTUELLEMENT LE COUT MOYEN D'UNE RCP EST ESTIME A 39 €.</p>	

7 SYNTHÈSE ET RECOMMANDATIONS CONCERNANT LE RRC

Le RRC des Pays de la Loire constitue l'un des premiers RRC développé et opérationnel. L'évaluation externe réalisée à la demande de la MRS des Pays de la Loire, après une période de financement triennal par le FIQCS (2006-2008), a permis de dresser les constats et conclusions suivantes :

Du point de vue de l'organisation et du fonctionnement : Le RRC assure aujourd'hui une couverture territoriale à travers les réseaux territoriaux, constituant des relais départementaux. Il joue son rôle de représentation des RT et des établissements de santé identifiés qui sont tous présents dans ses instances de pilotage (CA et AG). Les usagers sont également représentés. Les difficultés sont analysées en temps réel et des solutions sont proposées et intégrées au dispositif si nécessaire. Ceci démontre une bonne adaptabilité du réseau.

L'équipe du RRC est opérationnelle et disponible. En 5 années, il a développé une organisation conforme aux textes officiels et qui est appréciée par les professionnels participants.

Du point de vue des outils mis en place et de l'opinion des professionnels : Les outils prévus ont été élaborés et mis en place.

- Les RCP :
 - Les critères de qualité des RCP ont été définis par le RRC : calendrier pour chaque thématique et chaque RT, quorum par thématique.
 - 85% des objectifs des RCP ont été réalisés en 2008 et le taux de validation des RCP, par rapport aux critères qualité, est de 85%
 - Le RRC valide les critères qualité avant rémunération.
 - Le taux d'exhaustivité est estimé à 83% des nouveaux cas de cancer ayant bénéficié d'une concertation pluridisciplinaire.
 - Les professionnels sont en général satisfaits de la composition des RCP (97%), de la discussion pluridisciplinaire (87%), de l'organisation des RCP (75%) et des retranscriptions (70%). Même si la participation à ces RCP est considérée comme contraignante par 81% d'entre eux.
- Le DCC :
 - Le DCC est opérationnel et se déploie progressivement sur le territoire au sein des établissements : 2750 DCC créés en 2008.
 - 579 utilisateurs différents (soit 43% de la cible à qui un mot de passe a été envoyé).
 - Il est utilisé dans 5 établissements en routine et en semi-routine dans 3 autres.
 - 18% des nouveaux cas de cancer ont un DCC.
 - ¾ des professionnels interrogés déclarent connaître le DCC et 1/3 d'entre eux l'utilisent (soit 25% du total). Les raisons de non utilisation : pas disponible dans l'établissement, problèmes informatiques, manque de temps.
 - L'utilisation reste très disparate en fonction des RT de 38% (OncoSarthe) à 0,7% (ARCAM) des dossiers et « professionnel-dépendante ».

- Concernant les référentiels :
 - Les référentiels régionaux ont été élaborés comme prévu. 9 thématiques sont concernées. Une procédure d'actualisation a été définie et est mise en application.
 - La méthodologie d'élaboration collégiale des référentiels fait consensus. Elle permet de fait, une bonne appropriation des outils.
 - 94% des professionnels interrogés connaissent les référentiels régionaux et 80% les utilisent.

Du fait de son système d'information, il constitue un observatoire des pratiques en cancérologie et donc un acteur régional incontournable sur le sujet. Il participe donc à l'harmonisation des pratiques par l'élaboration et l'adoption de référentiels communs, par l'utilisation du DCC.

Du point de vue de l'impact sur les pratiques reste difficile à mettre en évidence. Les données disponibles n'ont pas permis d'objectiver l'impact réel à ce niveau. Cependant les professionnels interrogés estiment qu'il y a eu des améliorations aux niveaux de la globalité de la prise en charge (79%), de l'application des référentiels (73%), de leur pratique professionnelle (73%), des échanges entre professionnels (73%). Les améliorations concernant les relations ville-hôpital et l'accès aux soins de support restent moins évidentes.

Au total, 100% des répondants sont satisfaits de l'organisation de la prise en charge du cancer sur la région.

Du point de vue budgétaire, le réseau fait appel à différents financeurs. Le FIQCS constitue le financement le plus conséquent (52%). La part des charges de personnel dans le budget de fonctionnement est relativement faible (par rapport à d'autres réseaux) : 29 % et représente 7% du total du FIQCS. Le système d'information (DCC) a été financé sur plusieurs années et par plusieurs types de ressources. Le portage du développement du DCC par le RRC permet de mutualiser les efforts en matière d'investissements. Sur les années 2006 et 2007, le DCC a nécessité un montant de 637 000€ (hébergement, maintenance, gestion...).

Dans le cadre des modalités actuelles de financements des RCP, le coût moyen d'une RCP est en diminution : corrélé à l'amélioration du suivi des recommandations et à l'augmentation de l'exhaustivité. Actuellement le coût d'une RCP est estimé à 39 €.

Globalement, le RRC Onco-PL constitue également un « terrain d'essai, d'expérimentation » national, notamment au niveau du DCC. En tant que précurseur, il a dû élaborer l'ensemble des outils qui serviront certainement à d'autres régions dans l'avenir.

Concernant les axes de progrès possibles du RRC et la situation régionale :

Le développement du réseau régional reste aujourd'hui dépendant :

- De la politique régionale en matière de cancérologie. Une fois les missions officielles remplies, le réseau fonctionnera par projets. Ceux-ci doivent être définis ou précisés par les décideurs régionaux. Le RRC reconnaît également le besoin de projets innovants et motivants pour maintenir les partenariats avec les acteurs de terrain.
- De la politique nationale de l'INCa sur l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et de la politique nationale en matière de chimiothérapie à domicile (et de la place des réseaux).
- Du déploiement du DCC et donc des utilisateurs que sont les professionnels de terrain.

Les relations ville-hôpital ou domicile-établissement doivent encore être développées et renforcées, peut être en intégrant des professionnels libéraux dans les instances de pilotage. La culture du décloisonnement est encore faible. Le partage de l'information constitue un des enjeux majeurs. Cependant, il s'agit là d'un deuxième temps de développement du RRC dont les missions premières relevaient de la mise en œuvre d'outils communs régionaux, de cadre méthodologiques pour les établissements concernés. L'étape suivante sera le développement du lien ville-hôpital notamment via les RT. Une réflexion sur des projets de territoires pourra être menée avec l'ARH et l'URCAM (bientôt avec l'ARS) afin de regrouper, mutualiser des réseaux territoriaux de thématiques proches (douleur, soins palliatifs notamment).

Une plateforme informatique régionale s'est développée à l'initiative de l'ARH. Cette plateforme propose des outils sécurisés aux professionnels de la région et notamment une messagerie et un dossier patient partagé. Une articulation avec le DCC devra être envisagée.

Le recensement des soins de support doit encore être établi sur l'ensemble de la région (à l'instar du réseau Onco-Vendée qui a réalisé un annuaire des ressources). Les professionnels participants aux RCP ont également formulé des suggestions d'amélioration dans le sens de la communication vers le patient, les soins de support, l'organisation et le fonctionnement des RCP (système informatique notamment).

Au terme des analyses menées dans le cadre de cette évaluation, il peut être conclu que le RRC a rempli les missions officielles qui lui sont attribuées :

- ⇒ Elaboration, diffusion et actualisation de référentiels régionaux, à partir des recommandations nationales ;
- ⇒ Elaboration et mise à disposition du dossier communicant en cancérologie ;
- ⇒ Recueil et analyse des données des 3C concernant l'activité des RCP et constitution d'un tableau de bord.
- ⇒ Participation et incitation à l'évaluation des pratiques au sein du réseau ;
- ⇒ Association des représentants des usagers dans les instances de pilotage du réseau.

Au total, les RRC constituent une obligation légale, chaque région devant se doter d'un tel dispositif. De ce fait, la pertinence du réseau n'est pas remise en cause. En cinq années, le RRC a su mobiliser l'ensemble des acteurs de la cancérologie de la région. Les réseaux sont des dispositifs dont une des ambitions est d'influer sur les pratiques professionnelles afin d'instaurer des pratiques collaboratives de qualité. Mais, de façon générale, dans tous les dispositifs innovants, l'importance du facteur « temps » est confirmée dans l'évolution observée des pratiques professionnelles.