

**PV de réunion des 3C**  
**02 12 2009 – Nantes**

Après un tour de table des présents, le Dr Mallat demande aux représentants des 3C de bien vouloir excuser les organisateurs, OncoPL et ARH des Pays de la Loire, pour la tardive modification de la date de réunion.

A) Le PV de la dernière réunion, qui s'était tenue à Angers le jeudi 11 juin 2009, est approuvé à l'unanimité.

B) Le Dr Lacroix, coordinateur du réseau OncoPL, présente les points essentiels de l'axe soins du nouveau plan cancer ainsi que l'évolution future du réseau régional. Cette intervention débouche sur un débat portant sur l'évaluation des 3C en termes de délais.

Une adoption régionale consensuelle des méthodes d'évaluation portée par les 3C est souhaitée et il est souligné qu'une étude prospective est plus facile qu'une étude rétrospective. Les fichiers d'évaluation des 3C de l'Inca sont jugés confus et peu efficaces.

Ces évaluations doivent porter sur deux grands thèmes :

- la qualité du processus de décision : qualité de l'organisation des RCP (régularité, quorum, traçabilité, diffusion du PPS) et qualité de la production des RCP (adéquation aux référentiels, étude prévu/réalisé, ...)
- les délais de prise en charge : dans un premier temps évaluation du délai entre le diagnostic et l'accès aux principaux temps thérapeutiques (chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie).

C) Un tour de table permet à chacun des 3C présents de résumer les points forts de l'activité réalisée en 2009 et les axes prioritaires définis pour 2010 :

- 3C Le Mans :

2009 : le PPS a été étendu aux malades relevant de toutes les RCP et le souhait d'utilisation d'un dossier patient uniformisé au niveau régional est émis – DCC mis en œuvre en gynécologie, en gastroentérologie et en dermatologie – l'EPP a concerné la dermatologie et mis en évidence une traçabilité des RCP à hauteur de 50 ou 60 %

2010 : le DCC sera étendu à la pneumologie et à l'urologie – les EPP doivent être généralisées

- 3C CRLCC de Nantes:

2009 : le DCC a été introduit aux RCP sein, gynécologie et neuro + digestif. La difficulté de déployer le DCC dans le cas des RCP se déroulant dans certaines cliniques privées et sous la responsabilité du 3C du CRG est posée. Flou pour la mise à disposition des temps de secrétariat à partir du 3C et donc du CRG ou à partir des établissements où a lieu la RCP. – PPS : il existe un livret patient mais pas de traçabilité des documents remis Le problème du contenu du PPS reste posé, ONCOPL selon les prochaines instructions de l'INCa devant émettre des recommandations – DA : les infirmiers du CHU et du CLCC se sont rencontrés pour systématiser un DA optionnel en chimiothérapie afin d'assurer une meilleure prise en charge des aplasies fébriles – une coordination des soins de support a été mise en place avec

traçabilité dans le SIH – Deux nouvelles thématiques ont émergé fin 2009 qui concernent les urgences (procédures établies avec le CHU) et la surveillance alternée du cancer du sein.

2010 : le DA en chimio sera systématisé – une RCP soins de support pourrait voir le jour – un numéro unique d'appel sera établi – une évaluation du PPS sera réalisée avec le CHU – Trois RCP restent à informatiser selon la procédure DCC recommandée par ONCOPL, en partenariat avec le CHU : pneumologie, endocrinologie et dermatologie. En toute logique durant l'année 2010 100% des patients pris en charge pour cancer au CRG et au CHU de Nantes posséderont un DCC avec un projet de soins validés

- 3C La Roche sur Yon :

2009 : le processus d'extension des soins de support à toute la Vendée a été conduit – la fusion du 3C et du réseau territorial est en cours et il existe un identifiant dans chaque établissement – RCP : module RCP propre au SIH de La Roche est en place depuis juin 2009 et 1200 dossiers RCP ont été informatisés dans ce système – PPS : 10 % sont tracés et il existe un classeur patient – Participation à l'étude qualité des RCP conduite par la HAS (taux de conformité de 70 % en Vendée) – le DA est généralisé et une enquête de satisfaction est en cours – Soins de support : une plaquette d'information vendéenne a été réalisée au profit des établissements et des patients – EPP : une veille sur les molécules onéreuses hors groupe est réalisée et tous les dossiers sont contrôlés – le problème de la facturation ou de l'accès gratuit à une diététicienne est évoqué.

2010 : EPP sur DA – fusion 3C/Réseau territorial à finaliser – oncogériatrie à booster – consultation de début de surveillance à initier – qualicien et Dr Prioux intégreront le 3C – des contacts plus fréquents avec l'équipe régionale sont souhaités.

- CHU d'Angers :

2009 : Généralisation du DA – mise en service du livret – création d'une coordination des soins de support sur l'établissement et octroi d'un temps médical pour la douleur adulte et enfant – formation sur la consultation d'annonce réalisée – plaquette de présentation du 3C finalisée – lettre d'information mensuelle initiée et site intranet créé - Participation à l'étude qualité des RCP conduite par la HAS (taux de conformité de 88 %) – création d'une grille d'audit avec audit des RCP et traçabilité des RCP à 88 % - revue de mortalité morbidité.

2010 : renforcement de l'approche qualité avec recrutement d'un qualicien – étude du délai de prise en charge des patients – établissement d'un réseau avec les professionnels hors mur et coordination des soins palliatifs sur Angers et d'un réseau de psychologues Hôpital/Ville – L'établissement est hors DCC pour cause de problème d'interfaçage dont la résolution est repoussée à la réception d'instructions régionales. Le rejet des médecins du CHU d'Angers vis à vis du DCC régional est exprimé (hors communauté pédiatrique qui en a une utilisation exhaustive).

- 3C clinique de l'Anjou :

2009 : DA étendu à toutes les spécialités – Soins de support : une assistante sociale et un psychologue sont accessibles aux patients en post op mais le problème de leur charge de travail est posé. Création d'un accès à la stomathérapie pour les patients hospitalisés et post op – adoption d'un cahier de liaison identique à celui qui est commun au CHU et au CPP

d'Angers – problème du dossier médical qui est dans les cabinets médicaux et non à la clinique, ce qui, pour l'informatisation du 3C, exige un interfaçage cabinets, clinique, DCC.

2010 : DCC – Audits internes et objectif d'améliorer la transmission des fiches de RCP aux médecins traitants et d'optimiser le relais aux professionnels des informations reçus par le 3C – Accès au psychologue hors établissement.

- 3C CHU de Nantes :

2009 : Elaboration d'un annuaire de soins de support commun avec le CRLCC RG et PPS commun aux deux établissements – DCC : fonctionnel en digestif, neuro, ORL, sarcome + gynéco et uro – le DA est réalisé soit par les infirmiers des services avec une traçabilité médiocre, soit par les 2 infirmiers dédiés de la Fédération de cancérologie qui sont mobiles et dont l'activité traçable mais croissante – Coordination des soins de support – reprise financière par le CHU de l'espace rencontre information.

2010 : Evaluation du dispositif d'annonce par une enquête patient – Traçabilité du DA et de la remise des PPS à améliorer – Développement du DCC en endocrino, thorax, dermato.

- Centre Catherine de Sienne :

2009 : DCC utilisé en digestif et gynéco Vendée – Traçabilité des RCP contrôlée – PPS remis à tous mais à formaliser pour chimio – Transmission de la fiche d'annonce soignant aux établissements partenaires, comme de la fiche RCP, qui reste à améliorer – Structuration des soins de support avec équipe mobile vers les établissements partenaires et formation à l'évaluation des besoins en soins de support – Elaboration des procédures d'urgence vitale et de transfert inter établissement – Formation à la conduite d'entretien pour les infirmiers.

2010 : DCC à introduire en gynéco CCS – DA et continuité des soins à formaliser avec les établissements partenaires – RCP soins de support et annuaire soins de support à créer – Espace info patient à mettre en place – Régularité des enquêtes de satisfaction des patients à poursuivre : audit ponctuel d'une semaine x fois par an et conformité des traitements par rapport aux référentiels.

- Cholet

2009 : Informatisation des prescriptions de chimiothérapie – Nouvelle hotte en pharmacie – Consultations douleur – Socio esthéticiennes – formalisation des liens avec le CHU et le centre PP avec des consultations avancées d'ORL, seins, gynéco, radiothérapie – Bilan DA et RCP effectué – Dossier PPS élaboré – Création d'un poste de PH en cancérologie.

2010 : Traçabilité du DA à conforter – Lits de soins palliatifs en gastro et en pneumo – projet oncogériatrique avec la clinique – audit d'évaluation des RCP et du DA – Attente en ce qui concerne le DCC – Problème de financement pour psychologue et socio esthéticienne.

- 3C Le Mans

2009 : Maison des patients ouverte, Espace de Rencontre et d'Information + réunions à thème – Activité physique adapté et karaté introduit -

2010 : Projet de suivi des chimiothérapies orales à domicile en début de traitement - Mise à jour de l'annuaire de support – consolidation de l'organisation des RCP – Mise en place de la filière d'urgence selon le domicile des patients.

A l'occasion des ces présentations, un débat sur la RCP est lancé :

- Un consensus s'établit pour reconnaître que les 3C et donc les établissements qui les abritent ont toute la charge de travail de préparation des RCP, pour leur établissement et pour les établissements partenaires.

#### D) MIGAC :

Les modes de calcul des MIGAC ont été diffusés. Le Dr Mallat précise que ces modalités ne sont pas gravées dans le marbre et que l'ARH n'est pas opposée à les améliorer si les propositions faites sont consensuelles et n'entraînent pas de surcoûts.

Il signale par ailleurs que le financement des DA, quantifié à 70 € par unité, posera problème si leur nombre excède largement le nombre de cancers diagnostiqués dans la région. C'est actuellement le cas, certains malades donnant lieu à déclaration d'un DA mis en œuvre par plusieurs établissements. La règle de financement ne permet cependant qu'une prise en charge du DA par patient. Il conviendrait donc d'établir une règle de « répartition » des financements correspondant aux patients suivis par plusieurs établissements, faute de quoi une clé de répartition administrative et totalement détachée de la réalité devra être appliquée par l'ARH.

Le DCC devra jouer un rôle clé quand à ces outils de décisions, ce une fois les autorisations à la pratique de la cancérologie définitives délivrées.

#### E) Proposition de justification individuelle d'activité des chirurgiens :

Le document diffusé à tous les 3C n'a pas toujours été discuté avec les intéressés (chirurgiens). Chaque 3C s'engage donc à recueillir l'avis des chirurgiens de ses établissements pour en rendre compte à la prochaine réunion.

La prochaine réunion aura lieu le 10 juin 2010 et, sous réserve de confirmation, elle se déroulera à la clinique de l'Anjou.