

Synthèse tableaux de bord INCA / 3C 2010

Méthodologie : synthèse établie par le réseau régional à partir des tableaux de bord élaborés par l'INCa pour l'activité 2010 de chacun des 3C et du réseau régional.

Rappel : Treize 3C sont individualisés et sont allocataires de moyens.

- Clinique Victor Hugo / Centre Jean Bernard Le Mans
- Centre Hospitalier Le Mans
- 3C Laval
- CHU Angers
- Centre Paul Papin Angers
- Clinique de l'Anjou Angers
- CH Cholet
- Polyclinique du Parc Cholet
- Centre Catherine de Sienne Nantes
- CHU Nantes
- Centre René Gauducheau Nantes
- 3C Vendée
- 3C St Nazaire

Les thématiques évaluées par l'INCa pour l'année 2010 sont les suivantes :

- ORGANISATION GENERALE

L'organisation des 3C est relativement homogène en ce qui concerne les fonctions mobilisées (médecin, secrétaire médicale, qualitatif, IDE...). Toutefois, on peut noter une très grande hétérogénéité dans la répartition des temps professionnels (de 0,5 ETP à 7 ETP mobilisés) en fonction des 3C.

On peut noter également que plusieurs 3C ont recours à des ressources non financées par l'enveloppe 3C (ressources de l'établissement principalement).

Les difficultés évoquées pour les 3C inter établissement lors de l'évaluation 2009 semblent en voie d'amélioration. Un certain nombre de 3C ont ainsi ouvert leur organisation aux établissements autorisés d'un même territoire (essentiellement pour l'aide à la participation des médecins en RCP).

Les réorganisations territoriales entre RT et 3C prévues fin 2011 tiendront compte de ce bilan pour renforcer et poursuivre la dynamique engagée.

- PLURIDISCIPLINARITE

o RCP

L'organisation des RCP sur l'ensemble de la région permet de nouveau en 2010 de couvrir le territoire de manière quasi exhaustive. Ainsi **27020** dossiers ont été présentés dans l'une des 51 RCP de l'annuaire régional.

On note que conformément aux recommandations nationales, l'indicateur RCP HAS-IPAQSS (quorum, traçabilité des participants, CR dans le dossier du patient) est en voie d'être généralisé au sein des établissements. Toutefois, on note une grande hétérogénéité dans l'organisation de la traçabilité, notamment dans l'utilisation de supports variés et parfois redondants : DCC, logiciel dédié, fichier excel, document papier. Une harmonisation des circuits et outils de traçabilité doit être envisagée pour l'améliorer.

L'accès aux RCP régionales et inter régionales de recours (tumeurs rares et pédiatrie) est clairement identifié et utilisé.

A noter, la mise en place de la RCP régionale d'oncogériatrie fin 2010 dont le rythme de croisière sera effectif en 2011.

o Référentiels de bonnes pratiques cliniques

La diffusion des référentiels régionaux à partir du RRC est assurée par l'ensemble des 3C.

Au niveau régional, une remobilisation des groupes de travail référentiels doit être organisée courant 2011.

Il est à noter que c'est l'un des objectifs assignés à ONCOPL par l'ARS pour l'année 2011.

o Accès aux essais cliniques

3988 patients ont été inclus dans des essais cliniques dont **312 patients de 75 ans et plus**. Il est demandé que le RRC publie la liste des essais cliniques.

o Accès au dispositif d'annonce

L'accès au dispositif d'annonce mobilise fortement les 3C vers une systématisation de cette étape dans la prise en charge des patients : ainsi **17804 patients** ont bénéficié d'au moins une consultation médicale dédiée. Au temps médical, est le plus souvent associée une consultation spécifique menée par un soignant, ainsi **13016 patients** ont bénéficié d'au moins une consultation soignante dédiée à l'annonce (soit une augmentation de 61 % par rapport à 2009).

La majorité des professionnels concernés a suivi une formation et/ou participé à une réunion d'information.

Huit 3C assurent la traçabilité du temps d'annonce (médical ou soignant), 3 sont en cours de mise en place de la traçabilité et deux 3C n'assurent pas cette traçabilité.

o Remise du programme personnalisé de soins

Comme en 2009, ce sujet reste insuffisamment porté par les 3C. Des modes organisationnels très hétérogènes sont décrits par les différents 3C. Il manque un lien de cohérence associant le circuit réel de prise en charge du patient et la transmission simultanée de l'information.

Une réflexion de fond et la définition d'une stratégie doivent être portées par le réseau régional pour appuyer les 3C sur ce sujet, en cohérence avec les travaux du volet cancérologie du DMP.

o Accès aux soins de support

Onze 3C déclarent avoir formalisé l'information patient concernant l'accès aux soins de support. Toutefois, peu d'informations sont précisées sur les modalités organisationnelles des soins de support et leur accès.

- **PARTAGE DE L'INFORMATION INFORMATISEE**

Sur ce sujet, la phase d'amont de la RCP semble bien ancrée dans les pratiques (préparation de la fiche RCP) puisque seul un 3C déclare ne pas assurer le pré remplissage électronique des fiches RCP.

En cohérence avec les éléments identifiés dans le chapitre « remise du programme personnalisé de soins », c'est la phase d'aval qui reste problématique : ainsi, seuls trois 3C s'assurent de la transmission du PPS au médecin traitant. L'information est présente, disponible mais non partagée.

Compte tenu des réorganisations régionales (mise en place de l'ENRS) et du programme national de relance du DMP, ce sujet devrait être traité dans son ensemble (production de l'information, DMP compatibilité, partage) en incluant le réseau régional et les établissements.

- **AUDITS / EVALUATIONS QUALITE**

Sur ce sujet, le retrait du RCC, mobilisé en 2010 sur les travaux préparatoires à la mise en place du GCS e-santé se fait nettement sentir puisque aucune action d'évaluation n'a été portée par le RRC. Les 3C ont cependant mené des actions d'évaluation (EPP, études HAS-IPAQSS,...). L'arrivée du nouveau médecin coordinateur d'ONCOPL permettra de définir une stratégie d'évaluation pour mieux accompagner et coordonner les 3C sur ce sujet.

- **SYNTHESE**

L'année 2010 constitue une année de transition liée à la réorganisation régionale (mise en place de l'ARS, travaux préparatoires à la mise en place du GCS E Santé) et à la relance des projets nationaux (notamment DMP) qui ont ralenti voire suspendu une partie des travaux d'ONCOPL.

Dans ce contexte particulier, les 3C de la région affichent un dynamisme certain dans la poursuite de leurs missions caractérisant ainsi leur maturité. Leurs missions, les outils à développer ou à utiliser semblent bien assimilés.

On note cependant une certaine disparité dans la qualité des réponses aux tableaux de bord qui suggère la nécessité pour le RRC de construire de manière concertée un cadre méthodologique pour coordonner l'évaluation des 3C. L'objectif étant de pouvoir faciliter le recueil de l'information et d'utiliser cette matière dans une dynamique d'amélioration.

L'INCa suggère un rôle renforcé des 3C, les réorganisations territoriales entre RT et 3C prévues fin 2011 tiendront compte de ce bilan pour renforcer et poursuivre la dynamique engagée. De plus, le redimensionnement de l'équipe de coordination du RRC et la mise en œuvre du GCS e-santé vont permettre de relancer la dynamique régionale 3C.

- **PROPOSITIONS D'AXES DE TRAVAIL POUR 2011-2012**

- ➔ Evolutions des organisations territoriales RT / 3C (cf Point 3 Ordre du jour) afin de renforcer et poursuivre le travail mené par les 3C
- ➔ Cadrage méthodologique pour organiser et accompagner l'évaluation au sein des 3C
- ➔ Refonte de l'organisation des référentiels régionaux (diffusion et appropriation)
- ➔ Travail sur le circuit d'information du patient en cohérence avec le circuit de prise en charge. En lien avec les travaux DCC-DMP
- ➔ ...