

Activité 3C 2008

Synthèse

Cette synthèse a fait l'objet d'une validation lors de la réunion régionale des 3C le 11/06/09.

Douze 3C sont individualisés et sont allocataires de moyens spécifiques :

- 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)
- 3C Cholet
- Centre Catherine de Sienne (Nantes)
- CHU Nantes
- Centre René Gauducheau
- 3C Vendée
- 3C Saint Nazaire

Toutes les réponses nous sont parvenues.

Périmètre du 3C – temps professionnels

Six 3C déclarent être multi-établissements. Seulement deux ont établi des conventions fixant leurs objectifs et leurs modalités organisationnelles.

Il est certain que le périmètre de chaque 3C devra être revu à la lumière des établissements autorisés, car chaque établissement autorisé doit être membre d'un 3C.

Concernant les temps professionnels composant l'équipe du 3C, ils semblent se stabiliser autour de temps médicaux, de cadre de santé et de secrétariat. Il est cependant toujours un peu surprenant de noter que seulement deux 3C emploient des temps de qualicien au sein de cette cellule qualité ! Ces temps professionnels trouveraient tout naturellement leur justification (rédaction des procédures et leurs suivis, en particulier pour la mise en œuvre du DCC). A noter qu'un 3C ne mentionne que des temps médicaux répartis entre divers établissements.

Réunion de concertation pluridisciplinaire

Tous les 3C participent aux RCP reconnues par le réseau régional (RRC). Tous appliquent les critères de fonctionnement, si bien que ce point n'appelle aucun commentaire.

Six 3C se sont appropriés les procédures organisationnelles du DCC autour de la RCP. Cinq d'entre eux habilite des médecins dont des généralistes pour accéder au dossier dont le compte rendu de RCP.

Dispositif d'annonce

L'ensemble des participants trouve plus précis de parler de « dispositif d'annonce thérapeutique ». Tous les 3C ont mis en place des actions tendant à promouvoir l'accessibilité en particulier auprès des soignants. De nombreux patients y ont accès. L'évaluation de ce dispositif n'est pas simple, car on mélange les consultations et le dispositif lui-même.

Programme personnalisé de soins

Tous les 3C évoquent ce sujet difficile et disent remettre en plus ou moins grand nombre ce document. Dans la majorité des situations ce document est conçu au sein d'un établissement pour les patients de l'établissement. Ce qui est un début. Aucun n'a encore réellement conçu et diffusé ce document au sein d'une organisation coordonnée multi-établissements.

Un seul 3C souligne le caractère indispensable du DCC pour ce faire.

Soins oncologiques de support

Tous les 3C se sont impliqués sur ce sujet. Plusieurs ont conçu un annuaire.

Démarche qualité

Tous les 3C disent mener ou mener prochainement, des audits qualité sans donner de détails instructifs. Un seul a envoyé des documents illustrant ces orientations (audits sur délais de prise en charge, sur délais d'envoi des courriers, ...). Il sera nécessaire d'orienter ces travaux pour qu'ils prennent place au sein d'une politique cohérente régionale. Il va être de la mission d'Oncopl de coordonner ces actions.

Synthèse - analyse

Les deux fichiers de recueil d'activité proposés par l'INCa aux 3C apparaissent lourds à remplir, d'autant que le RRC possède de nombreuses informations qui permettraient d'alléger la charge demandée aux 3C. La grande majorité des informations recueillies est de type déclaratif, ce qui en limite la portée. Il serait intéressant pour les exercices suivant d'alléger le recueil de nombreuses données chiffrées pour ne garder que les plus informatives en adjoignant les documents et les analyses produits par chaque 3C (conclusions d'audits, éléments du PPS, procédures produites, ...). Le DCC est en mesure de fournir simplement et sans travail supplémentaire un nombre important de paramètres, ce qui allégera d'autant la charge fastidieuse de recueil. A compter de la mise en œuvre des autorisations en 2011, il sera l'outil de référence de l'activité « réseau ».

Pour ce qui concerne les axes d'amélioration proposés :

- Faire figurer dans chaque organigramme 3C un temps de qualicien,
- Formaliser des conventions de fonctionnement inter-établissements, une fois les établissements autorisés connus,
- Poursuivre la réflexion régionale autour du PPS et du DCC (des documents de normalisation seront proposés par l'INCa et l'ASIP en 2010),
- Mettre en synergie sous l'impulsion du RRC les actions d'évaluation. Cette mission des RRC sera identifiée au sein du second plan cancer. L'INCa fixera des objectifs aux RCC via les CPOM conclus entre l'ARS et le RRC.