

**EVALUATION EXTERNE DU RESEAU
TERRITORIAL DE CANCEROLOGIE
DE NANTES - RTCN**

**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 Réseau Territorial de Nantes (RTN)	2
2.2	Méthodologie	2
2.3	Difficultés rencontrées dans le cadre de la mission.....	4
3	Qualité du fonctionnement et de l'organisation du RTN	5
3.1	Fonctionnement : Volet RCP et volet CAD.....	5
3.2	Activité Volet Chimiothérapie à domicile	7
3.3	Difficultés rencontrées par l'équipe de coordination du réseau (volet CAD).....	10
3.4	Synthèse et constats concernant le fonctionnement et l'organisation	12
4	Opinion et niveau de satisfaction des acteurs sur la prise en charge	14
4.1	Opinion des professionnels participant à la CAD	14
4.2	Opinion des partenaires.....	18
4.3	Articulation RTN - Onco-PL.....	18
4.4	Synthèse et constats	19
5	Analyse des coûts	20
5.1	Les recettes.....	20
5.2	Coûts de structure/fonctionnement, coûts des actes dérogatoires	21
5.3	Tarifs de journées en HAD « chimiothérapie ».....	22
5.4	Synthèse et constats	23
6	Synthèse et recommandation concernant le RTCN – Volet CAD.....	24

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
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
MG	Médecin Généraliste
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

Dans le cadre de la demande d'évaluation externe du Réseau Régional de Cancérologie des Pays de Loire, faite par la MRS, un volet était consacré au Réseau Territorial de Cancérologie de Nantes.

Ce réseau territorial qui bénéficie d'un financement FIQCS, assure via une cellule de coordination infirmière et pharmaceutique, la mise en place de chimiothérapies à domicile (CAD). Ce réseau assure par ailleurs, comme les 5 autres réseaux territoriaux de cancérologie de la région la centralisation, de l'ensemble des informations concernant les RCP réalisées par les 3C qu'il fédère.

Le RTCN et le réseau OCLE de St Nazaire, sont les deux réseaux disposant de temps d'infirmières coordinatrices permettant de proposer ces CAD. Sur Nantes, un seul des 3 sites (Nantes Atlantique) propose cette prestation.

Le réseau OCLE a bénéficié d'une évaluation externe en 2008. Le financement FIQCS du RTCN arrivant à échéance triennale, une évaluation (a minima) a été souhaitée par les tutelles régionales, 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).

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 l'évaluation du RRC et du réseau territorial de Nantes.

Ce rapport présente les résultats de l'évaluation externe du Réseau Territorial de Cancérologie de Nantes.

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, des questions spécifiques ont été posées. Elles ont été développées dans la méthodologie d'évaluation.

2.1 Questions évaluatives concernant le Réseau Territorial de Nantes (RTN)

- **Quelle est la qualité du fonctionnement et de l'organisation du RTN ? Quelle est sa situation au moment de l'évaluation ?**
 - Fonctionnement : Volet RCP et volet CAD ;
 - Activité volet CAD ;
 - Difficultés rencontrées par l'équipe de coordination du réseau.
- **Quelle est l'articulation RTN -Onco-PL ?**
- **Evaluation médico-économique du réseau au regard des alternatives de prise en charge : Quel est le coût d'une CAD au regard des alternatives de prise en charge** (comparaison avec les tarifs officiels pour une chimiothérapie à l'hôpital et en HAD).
- **Quels sont les points forts et les faiblesses du RTN ? Quel est l'impact du réseau (volet CAD) sur les liens ville-hôpital ?**
- **Quelle organisation régionale possible ? Stratégie régionale en matière de cancérologie ?**

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, et la mise œuvre du lien ville-hôpital. Ainsi, l'évaluation du RTN a apporté indirectement des éléments de l'impact du RRC.

2.2 Méthodologie

2.2.1 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, une enquête a été réalisée auprès des professionnels participant à la CAD.

2.2.2 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 pour le réseau RTN

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 MG. Ces professionnels ont tous participé à au moins une prise en charge en CAD conjointement avec le RTCN, en 2008.

2.3 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 externe du Réseau Territorial de Nantes.

3 QUALITE DU FONCTIONNEMENT ET DE L'ORGANISATION DU RTN

Ce volet est principalement centré sur le volet chimiothérapie à domicile du réseau Territorial de Nantes mais il présente cependant également, succinctement, l'activité RCP.

3.1 Fonctionnement : Volet RCP et volet CAD

3.1.1 Composition de l'équipe du Réseau territorial de Nantes

Le RTN comprend un volet RCP et un volet CAD, qui correspondent à deux équipes différentes.

Volet RCP

Pour le volet RCP, 2 secrétaires temps plein dédiées aux RCP, sont financées sur la MIGAC : une secrétaire gérant 10 RCP (public et PSPH) située sur le site du Centre René Gauducheau (CRG) et une autre gérant 4 RCP privées sur le site de Catherine de Sienne.

L'entretien avec la secrétaire RTN spécifiquement dédiée aux RCP sur le Centre René Gauducheau pointe quelques *constats et difficultés dans l'organisation et le fonctionnement* des RCP telles que :

- L'importance du bon remplissage des fiches présentées en RCP. Lorsqu'elles sont mal remplies, le cas n'est pas pris en compte ;
- Les délais de transmission de ces fiches qui ne sont pas toujours respectés (la transmission ne se fait pas toujours avant la RCP, afin de dresser la liste des cas présentés) ;
- Les secrétaires regrettent le manque d'échange avec les médecins pour le remplissage des fiches et des dossiers ;
- La double saisie par le RT et par le RRC, mais ceci permet de s'assurer de la qualité. Le réseau Onco-PL est perçu comme une aide, un soutien, un appui et peut être sollicité pour des conseils ;
- Les patients ne signent pas toujours le consentement afin de pouvoir permettre aux professionnels d'accéder à leur DCC (l'accès au DCC est limité par un mot de passe donné par le patient) ;
- Certains professionnels sont encore réfractaires au DCC. Actuellement, 3 spécialités utilisent le DCC (ouvert par les secrétaires) dans le public (digestif, ORL, gynécologie) ;
- Les RCP dans le privé apparaissent plus difficiles à gérer pour les secrétaires (car elles sont réalisées le soir, et ont plus de difficulté à réunir le quorum).

Le volet CAD

L'équipe de coordination du RTCN est composée pour le volet chimiothérapie à domicile de :

- Deux infirmières coordinatrices (1,6 ETP dont 1 ETP financé par le FIQCS) ;
- Une secrétaire (0,8 ETP) (financé par le FIQCS).

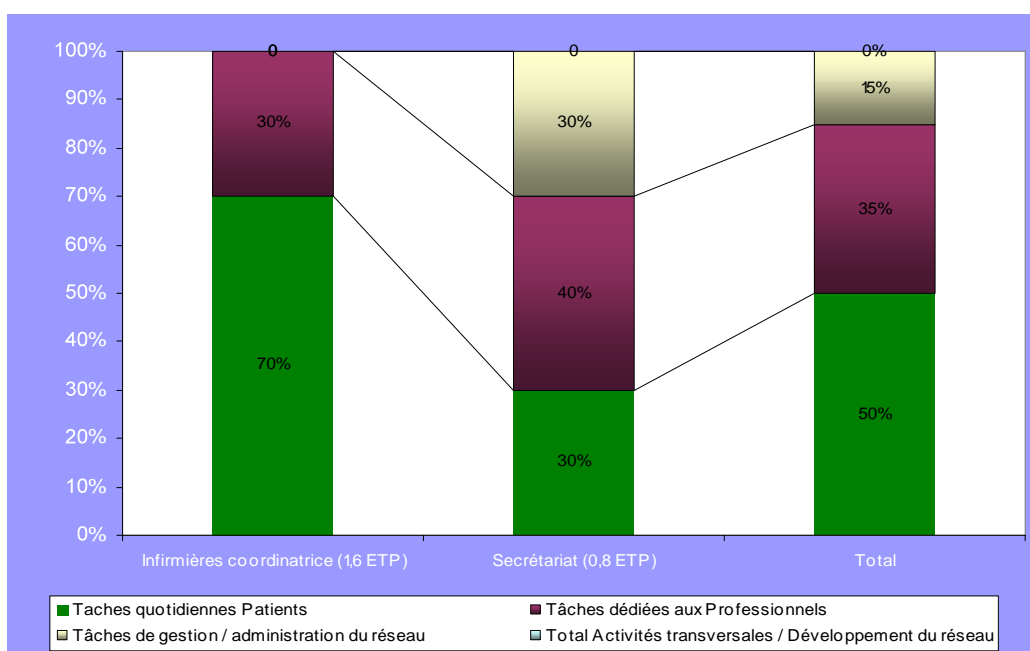
De plus, cette activité bénéficie du soutien du CRG par le financement de 0,6 ETP d'infirmière coordinatrice, et via le MIGAC, du financement du poste de pharmacien coordinateur (préparation centralisée des produits de chimiothérapie (dont 0,6 ETP pour RTCN et 0,4 ETP pour le réseau OCLE), et d'un temps de médecin pour l'appui en cas de besoin (« encadrement » médical a minima). Le réseau ne dispose pas de médecin coordinateur dédié.

La cellule de coordination intervient aux niveaux :

- De la chimiothérapie intra veineuse à domicile ;
- De la chimiothérapie par voie orale ;
- De la mise en place de soins à domicile pour les patients ne relevant pas d'une prise en charge en établissement ;
- Du suivi de pompes.

→ **L'analyse de l'activité de la coordination en routine** bien qu'approximative (établie sur une semaine type), montre que l'équipe de coordination du réseau intervient directement auprès des patients. Sans prendre en compte les spécificités des membres de l'équipe, plus de 50 % du temps total est lié à des activités ou actions concernant les patients du réseau. 35% du temps est dédié aux professionnels (contacts, coordination...). La gestion interne du réseau représente 15% du temps total. Enfin la majeure partie des activités transversales sont assurées par le RRC. Ainsi au total, 85% du temps de la coordination est dédié à la coordination des prises en charges.

Graphique 1 : Répartition du temps de travail des membres de l'équipe de coordination (Source : enquête auprès de la coordination)



3.2 Activité Volet Chimiothérapie à domicile

L'analyse des bases de données de la coordination permet de mettre en évidence l'activité suivante :

3.2.1 Adhésion des professionnels

Concernant le volet CAD, 480 professionnels ont signé la charte d'engagement, dont plus de 55% d'infirmières libérales (494 professionnels avaient signés la charte fin 2008).

Tableau 2 : Nombre de professionnels ayant signé la charte du RTCN

Praticiens	Total	%
IDE Libérales	269	56%
Pharmaciens d'officine	144	30%
Médecins	54	11%
Centres de soins	13	3%
Total	480	100%

Le site de Nantes Atlantique est le seul des 3 sites de Nantes à disposer d'une cellule de coordination pour la CAD. Cette cellule de coordination est sur le site de prescription des CAD ce qui permet une réactivité plus importante des infirmières.

3.2.2 Type d'activité de l'équipe de coordination du réseau

La coordination a pris en charge 1 219 patients sur l'année 2008 :

- Le pôle Gynécologie représente 44% des types de cancers pris en charge dans le réseau.
- La chimiothérapie intraveineuse concerne 28% des patients pris en charge, et a connu une augmentation de 20% entre 2007 et 2008.
- La part de la chimiothérapie per os a diminué de 13% entre 2007 et 2008.
- L'activité générale est en augmentation de 9% par rapport à 2007 en termes de nombre de patients.
- Les soins à domicile représentent sur l'année 2008, 18% des patients et concernent principalement la mise en place des pompes à morphine.

Tableau 3 : Répartition de l'activité de la coordination par type d'intervention (nombre de patients)

	2007	2008	Evolution
Chimiothérapie Orale	453	396	-13%
Chimiothérapie Intraveineuse	283 (dont 59 avec reconstitution à la PUI)	340 (dont 42 avec reconstitution à la PUI)	20%
Biphosphonates / Surveillance de pompes	184	255	39%
Soins à domicile	202	228	13%
Total	1 122	1 219 *	9%

* Une différence de 58 patients est notée entre les analyses réalisées à partir de la base de données fournie par le réseau et les données présentées dans le rapport d'activité 2008, fourni début avril 2009, par le RTN. Le rapport fait mention de 1161 Patients pris en charge en 2008.

Figure 1 : Activité du RTCN en 2008 : Nombre de patients par type de cancer (Source : données de la coordination)

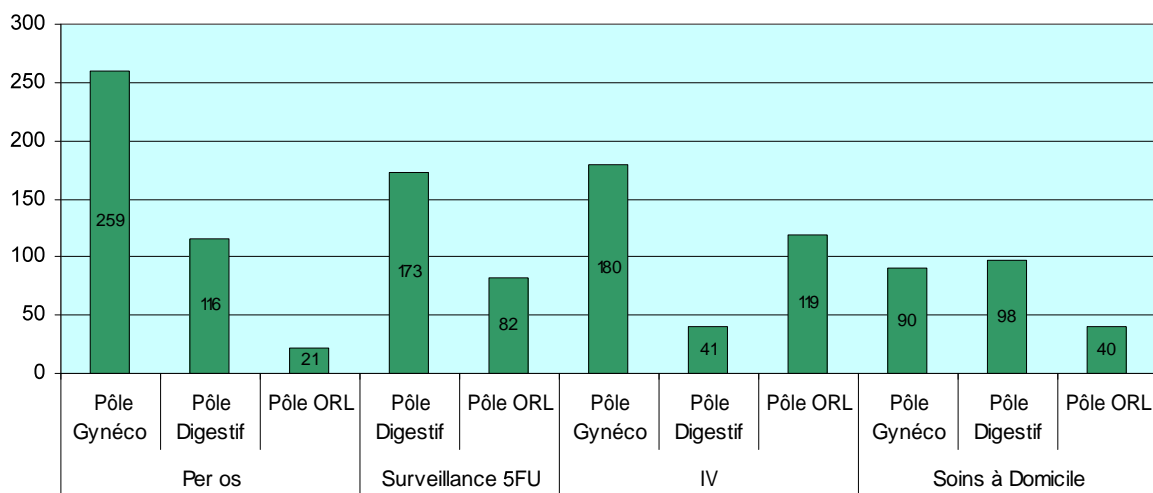
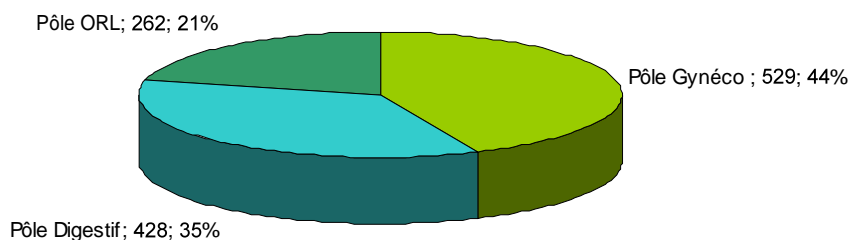


Figure 2 : Activité du RTCN en 2008 : Nombre de patients par type de cancer (Source : données de la coordination)



3.2.3 Activité des professionnels libéraux

Les professionnels libéraux sont rémunérés par le réseau pour la prise en charge des patients à domicile.

- Les IDE bénéficient d'un forfait de valorisation de la mise en place d'une chimiothérapie à domicile (40€) ;
- Les médecins généralistes bénéficient d'une rémunération pour la reconduction d'un traitement (40€) ;
- Les pharmaciens pour l'initialisation d'un traitement / mise en place thérapeutique (40€) et d'un forfait de reconduction par cure (20€/cure).

Sur l'année 2008, un montant de 13 850 € a été versé aux professionnels pour la réalisation de la chimiothérapie à domicile (9 490 € en 2007).

Les médecins généralistes restent peu actifs en matière de chimiothérapie à domicile. Sur l'année 2008, le nombre de professionnels « actifs » (ayant touché au moins une rémunération spécifique sur l'année) est de

32% pour les IDE, 27% pour les pharmaciens. Ce taux de professionnels actifs reste cependant sous estimé du fait que certains professionnels ne réclament pas leur mesure dérogatoire.

Les infirmières coordinatrices assurent la coordination et la continuité de la prise en charge entre le réseau et les différents professionnels de terrain et d'établissements.

Tableau 4 : Rémunération versées aux professionnels libéraux en 2008 par type d'interventions

	Nombre d'interventions	Montant €	Nombre de professionnels concernés			
			MG	IDE	Pharmacien	Total
<i>Intervention des professionnels</i>						
Visite de Faisabilité	113	4 520	0	87	0	87
Délivrance	182	3 220	0	0	35	35
Mise en place	14	560	0	0	14	14
Reconduction	2	80	2	0	0	2
Produit seul	31	620			2	2
Livraison	12	240	0	0	3	3
Ensemble	354 prestations	9 250 €	2*	87*	40*	129*

*Total inférieur à la somme des professionnels concernés par les différentes prestations. Plusieurs réponses possibles.

Tableau 5 : Prestations versées aux professionnels de santé en 2008, par type de protocoles

	Nombre d'interventions	Montant €	Nombre de professionnels concernés				Nombre de patients concernés
			MG	IDE	Pharmacien	Total	
HERCEPTINE	98	2180	0	8	10	18	15
ZOMETA	78	1590	0	22	11	33	35
SURV 5FU	60	2400	0	51	0	51	59
GEMZAR	57	1480	0	9	12	21	15
FOLFOX4	15	300	0	0	4	4	4
METHOTREXATE	19	440	0	2	3	5	4
VOKES	19	540	0	2	3	5	5
Autres protocoles**	8	320	2	6	0	8	8
Ensemble	354 prestations	9 250 €	2*	87*	40*	129*	145*

*142 patients au total, dont 3 avec 2 protocoles différents

** Les autres protocoles sont Bleomycine, Epipal, Hycamtin, Navelbine, Roféron et Taxol (Recodés en autre car dans des proportions faibles).

Tableau 6 : Montant moyen des prestations par protocole

	Montant total des prestations	Nombre total de prestations
HERCEPTINE	2180	98
SURV 5FU	2400	60
ZOMETA	1590	78
GEMZAR	1480	57
METHOTREXATE	440	19
VOKES	540	19
FOLFOX4	300	15
Autres protocoles	320	8
Ensemble	9250 €	354 prestations

3.2.4 Chimiothérapie à domicile / reconstitution centralisée

L'analyse du fichier de données de la PUI, sur la reconstitution des produits permet d'estimer à respectivement 59 et 42, les nombres de patients ayant bénéficié d'une chimiothérapie à domicile avec reconstitution du produit à la pharmacie centrale soit respectivement à 21% et 12% des patients inclus en chimiothérapie à domicile du réseau (sur 2007 et 2008). Les protocoles Herceptine représentent 39% des préparations centralisées.

Tableau 7 : Protocoles thérapeutiques avec reconstitution centralisée (2007 et 2008)
(source : Données de la pharmacie)

Protocole	Total (2007 et 2008)
Herceptine	39
Gemzar seul ou associé	29
Methotrexate	11
Epipal	9
Folfox IV	7
Autres	6
Total	101

Les procédures de transport sécurisé du produit (procédure de circuit du médicament après reconstitution centralisée) ont été définies avec le RRC. Un transporteur a été sélectionné. Le pharmacien coordinateur est garant de la délivrance et de la livraison. Le pharmacien de ville est le relais pour la livraison du colis.

3.3 Difficultés rencontrées par l'équipe de coordination du réseau (volet CAD)

Les entretiens avec les membres de l'équipe de coordination du réseau (infirmières, secrétaire mais également pharmacien responsable de la préparation centralisée et médecin responsable de l'alternative à l'hospitalisation), mettent en exergue les difficultés et constats suivants :

Difficultés concernant la prise en charge :

- L'implication des médecins généralistes dans la prise en charge à domicile. Les médecins généralistes de zones urbaines sont en général moins disponibles que dans les zones plus rurales. Le rôle des médecins généralistes reste actuellement limité : il n'existe pas encore de vrai lien entre l'équipe de terrain (médecins généralistes, IDE, Pharmacien).
- Les oncologues n'appellent pas toujours assez tôt les infirmières coordinatrices en cas de problèmes. Les habitudes ne sont pas encore prises dans cette transmission d'informations. L'opérationnalité du DCC pourra certainement résoudre ce problème.
- Le réseau a des demandes de prises en charge en CAD de patients hors département. Dans ce cas, les professionnels de terrain ne peuvent toucher les prestations dérogatoires (limitées au département 44 actuellement).

Difficultés ou constats liés au contexte :

- Les financements non pérennes et dépendants de plusieurs financeurs : FIQCS, MIGAC (financement de la coordination pharmaceutique et pour le transport des produits mis sous forme de colis sécurisés). L'équipe pointe le manque de visibilité sur l'attribution de ces fonds notamment du MIGAC.
- La couverture limitée du territoire par le service de chimiothérapie à domicile (seul un des 3 sites de Nantes est actif) entraîne des inégalités d'accès aux différentes alternatives à l'hospitalisation.
- Les professionnels et notamment les pharmaciens ont été en grande partie, formés à la CAD et celle-ci n'est pas opérationnelle partout ce qui discrédite le RRC et le RTCN ; et impliquera une nouvelle formation en cas d'extension.
- La couverture et le problème d'articulation avec l'HAD, qui ne couvre pas tous les territoires de la région et par ailleurs bénéficie d'un nombre de places limité ;
- La mise en œuvre de la T2A n'incite pas les établissements à externaliser les chimiothérapies, ceci afin de maintenir leur recette budgétaire en séances de chimiothérapie.
- Le problème d'accès aux soins si la CAD n'est pas généralisée mais également de sécurité si le produit est reconstitué à domicile.

Quelques constats de la coordination peuvent également être énoncés :

- Il existe une bonne articulation (partenariat fort) entre la cellule de coordination du RTCN et l'établissement (Centre René Gauducheau) notamment du fait que les infirmières de l'établissement assurent le remplacement des infirmières coordinatrices pendant les périodes des congés et du fait de la mise à disposition par l'établissement des infirmières coordinatrices.
- La cellule de coordination constitue un maillon entre l'établissement les professionnels de ville (les professionnels hospitaliers n'ont pas le temps d'établir ce lien).
- Le réseau a volontairement souhaité ne pas disposer de temps de médecin coordinateur, afin de ne pas alourdir la structure et ne pas faire doublon avec l'oncologue prescripteur de l'établissement.
- Il existe par contre, un coordinateur pharmaceutique opérationnel et très investi. Le volet pharmaceutique constitue une des plus-values les plus importantes du réseau.
- L'élargissement de la CAD aux 3 sites nécessitera peut être l'intervention d'un coordinateur médical.
- En cas d'extension, il faudra étudier les possibilités de centralisation de la préparation des produits.

3.4 Synthèse et constats concernant le fonctionnement et l'organisation

	Points forts	Points à améliorer
Fonctionnement	<p>Le RTCN comprend 2 cellules de coordination : Une équipe de secrétaires RCP et une équipe de coordination pour la CAD.</p> <p>Cette équipe CAD est composée de 2 IDE coordinatrice (1,6 ETP) et une secrétaire (0,8 ETP) et s'adjoint la collaboration du pharmacien de la PUI (dédié à 0,6 ETP au réseau de Nantes).</p> <p>Cette équipe consacre 50% de son temps aux patients et 35% aux professionnels. Elle assure la liaison entre l'hôpital et les professionnels du domicile.</p> <p>Une bonne cohérence est notée entre cette équipe et le CRG puisque ces IDE sont mises à disposition de l'hôpital</p> <p>Les procédures de fonctionnements et le circuit sécurisé du médicament ont été définis et validés avec le RRC.</p>	
Adhésion des professionnels	<p>480 professionnels libéraux ont signé la charte du réseau de Nantes, dont 56% d'IDE libérales</p>	<p>Les niveaux d'activité et de participation de ces professionnels dans les CAD proposées par le réseau restent variables : les MG sont peu actifs, 32% des IDE (principalement visites de faisabilité) et 27% des pharmaciens (délivrance) sont actifs (ont touché des rémunérations spécifiques) dans le cadre du réseau. Il s'agit d'estimation planché du fait de la non-réclamation par certains professionnels de leurs mesures dérogatoires.</p>
Activité de chimiothérapie	<p>L'activité globale du réseau est en augmentation de 9% entre 2007 et 2008 (1122 patients en 2007 et 1219 en 2008).</p> <p>L'augmentation est particulièrement importante pour le volet surveillance de pompes (+39%).</p> <p>La chimiothérapie intraveineuse représente 28% de l'activité de l'équipe de coordination.</p> <p>Le pôle Gynécologie constitue la principale thématique 44%, les cancers digestifs 35% et l'urologie 21%.</p> <p>L'équipe de coordination précise qu'aucune chimiothérapie à domicile n'a été interrompue pour un retour à l'hôpital.</p>	<p>Les données ne permettent pas de connaître le niveau d'intervention des IDE par patient.</p> <p>Il s'agit principalement d'un manque de renseignement de la base de données du réseau.</p>

	Points forts	Points à améliorer
Système d'information du réseau	L'équipe de coordination du réseau a créé un ensemble de fichiers Excel® opérationnels pour la pratique quotidienne.	<p>Cependant ces fichiers ne comportent pas l'information nécessaire pour établir les indicateurs d'évaluation.</p> <p>Les informations recueillies ne permettent pas de reconstituer le parcours du patient dans le réseau. La base reste « artisanale » avec une saisie non homogénéisée des données, avec des codes couleurs... (non exploitables).</p> <p>Dans ce cadre il pourrait être envisagé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La définition d'un numéro d'identifiant patient unique permettant de chaîner toutes les informations le concernant. • Préciser le type de cancer • Chaîner les RS au patient concerné • Dater le signalement (date de diagnostic éventuellement) • Préciser l'adresse • Données concernant la prise en charge : douleur, soins de supports... + données médicales de bases • Lien avec la base de données de la PUI • Niveau d'intervention des IDE coordinatrices • Date de sortie (afin de calculer les files actives) • Résultats de la visite de faisabilité de l'IDE... <p>La base de données doit être retravaillée afin de pouvoir assurer le suivi des patients mais également permettre l'évaluation.</p>

4 OPINION ET NIVEAU DE SATISFACTION DES ACTEURS SUR LA PRISE EN CHARGE

L'enquête a été réalisée en février-mars 2009, par téléphone, auprès de 37 professionnels ayant participé à la prise en charge d'au moins un patient en CAD sur l'année 2008.

4.1 Opinion des professionnels participant à la CAD

L'enquête auprès des professionnels ayant participé à des chimiothérapies à domicile dans le cadre du RTN met en évidence les éléments suivants :

Prise en charge de la douleur

57% des professionnels interrogés déclarent ne « jamais » utiliser les échelles de mesure de la douleur pour les patients pris en charge dans le cadre d'une chimiothérapie à domicile (8 IDE, 2 médecins généralistes et 11 pharmaciens). 16% les utilisent « toujours », 14% les utilisent « souvent » et 8% « parfois » (tableau suivant).

Seuls 2 professionnels mentionnent des difficultés à utiliser les échelles de mesure de la douleur.

Tableau 8 : Evaluation de la douleur

Echelle de mesure de la douleur	N	%
Utilisation des échelles		
Toujours	6	16%
Souvent	5	14%
Parfois	3	8%
Jamais	21	57%
Ne sait pas	2	5%
Difficultés à utiliser les échelles		
Oui	2	5%
Non	19	52%
Non Concerné(e)	12	32%
Ne connaît pas	3	8%
Non réponse	1	3%

9 professionnels (24%) (2 IDE, 1 médecin généraliste, 6 pharmaciens) ont rencontré des difficultés dans la réalisation des chimiothérapies à domicile. La difficulté la plus importante citée par les professionnels, était :

- des difficultés d'ordre logistique (livraison des médicaments au domicile du patient) (n=4) ;
- des difficultés techniques (n=2) ;
- ou des difficultés thérapeutiques (n=1) ou familiales /sociales (n=1).

La logistique

Concernant la logistique du réseau territorial de Nantes (inclusion, transmission d'informations entre l'équipe soignante et l'équipe du Réseau), 81% des professionnels estiment que celle-ci est « très facile » ou « facile ».

Quatre professionnels (1 IDE, 1 médecin généraliste et 2 pharmaciens) pensent que celle-ci est « pas du tout facile voire contraignante ».

Acceptation de l'entourage

Selon 89% des professionnels, la CAD dans le cadre du RTN est bien comprise et acceptée par l'entourage. Seuls trois professionnels (1 médecin généraliste et 2 pharmaciens) pensent qu'elle ne l'est pas.

Parmi les professionnels interrogés, 19 (51%) ont eu des retours « positifs » ou « très positifs » sur le réseau via leurs patients inclus dans le réseau ; 2 professionnels (5% ; 1 médecin généraliste et 1 pharmacien) ont eu des retours « mitigés » et 16 (43%) n'ont pas eu de retours particuliers.

Développement de la CAD sur la région

Pour près de 90% des professionnels (n=33), la possibilité de bénéficier d'une chimiothérapie à domicile devrait être développée sur l'ensemble de la région (actuellement uniquement sur une partie de Nantes et sur Saint Nazaire). Deux professionnels (5% : 1 médecin généraliste et 1 pharmacien) pensent que « non » parce que « c'est mal organisé » ou que « cela engendre des angoisses auxquelles on ne peut pas toujours répondre » ; et deux autres professionnels (5%) « Ne savent pas ».

Les principales raisons évoquées pour une généralisation de la CAD sur la région sont les suivantes :

- C'est « plus agréable pour le patient », son « confort », son « bien être » et même la relation médecin patient est « bien meilleure » ;
- Les professionnels soulignent l'importance pour « les malades de rester chez soi », c'est une solution « idéale » ;
- Un professionnel pense que « c'est essentiel » ; qu'il faut généraliser ce système, « encore plus dans les zones isolées » ;
- Un autre professionnel mentionne que la CAD est « à encourager suivant le type de chimiothérapie, celle sur pompe sur 46h est moins contraignante » ;
- Certains professionnels pensent qu'il faut mettre « l'accent sur la bonne coordination entre tous les professionnels » ;
- Un autre professionnel note qu'il faudrait « inclure les sociétés spécialisées comme Orkine pour la livraison de matériel et pas uniquement les pharmaciens détenteurs du marché ».

Dans le cadre de leur pratique globale, un tiers des IDE (5/15), 3 médecins généralistes sur 5 et 4 pharmaciens sur 17 (23%) rencontrent des difficultés dans la prise en charge des patients atteints de cancer. Ces difficultés sont de divers ordres (pas de difficultés particulières importantes par rapport aux autres) : médicales, sociales, traitements, psychologiques, soins de supports, manques d'alternatives à l'hospitalisation, manque de référentiels.

Impact sur les pratiques et sur la prise en charge des patients

L'enquête met en évidence que le réseau permet :

- Une amélioration de l'application des recommandations et référentiels officiels pour 67,5% des professionnels (30% ne se prononcent pas) ;
- Une amélioration de leur pratique professionnelle pour 67,5% ; pour 27% le réseau n'a pas participé à l'amélioration de leurs pratiques (2 professionnels ne se prononcent pas) ;
- Une amélioration des échanges entre professionnels pour 81% d'entre eux ; 19% pensent qu'il n'y pas eu de changements (7 professionnels dont 4 IDE) ;
- Une amélioration de la globalité de la prise en charge pour 84% des professionnels ; 2 professionnels pensent que le réseau n'a pas amélioré la globalité ;
- Une amélioration des collaborations entre la ville et l'hôpital pour 78% des professionnels. 16% professionnels (1 IDE, 1 médecin généraliste et 4 pharmaciens) pensent qu'il n'y a pas eu de changement en matière de collaboration ;
- Une amélioration de l'accès des patients aux soins de supports en cas de besoin pour 73 %, 13% des professionnels (2 IDE, 1 médecin généraliste, 2 pharmaciens) pensent qu'il n'y a pas eu de changement.

Au total, 78% des professionnels (22/37) se disent satisfaits voire très satisfaits de la prise en charge régionale du cancer. 22% n'en sont pas totalement satisfaits (4 IDE, 1 médecin généraliste et 3 pharmaciens). Les motifs de non satisfaction sont :

- « Certains patients sont laissés de côté (exemple d'un patient sorti du CRLC Gauducheau) » ;
- « Certains centres ont des lacunes en relationnel avec patients et autres professionnels libéraux » ;
- « Organisation compliquée et il reste difficile de savoir si on fait bien ou pas » ;
- « La prise en charge de la douleur. Pas assez de contact entre le médecin traitant et le médecin de l'hôpital (coordination) » ;
- « Trop administratif ».

Les suggestions d'amélioration relèvent de plusieurs niveaux :

Amélioration de la collaboration entre la ville et l'hôpital

- « Améliorer la communication au service de dermatologie. Améliorer la Prise en charge à domicile des patients de l'hôpital Catherine De Sienne » ;
- « Améliorer les contacts avec le secteur public (pas de référent) » ;
- « Avoir plus de considération pour les autres professionnels de la santé de la part de l'hôpital » ;
- « Manque de coordination entre l'hôpital et le médecin généraliste (qui n'a pas de retour, a l'impression de ne pas avoir sa place) ;
- « Plus d'uniformisation entre les établissements dans la démarche de suivi des soins à domicile (exemple donné : Catherine de Sienne qui a des protocoles particuliers qui ne satisfont personne) » ;

- « Possibilité de joindre un référent pour chaque patient en cas de problème, une amélioration de l'hospitalisation des patients et une amélioration des collaborations entre l'hôpital et la ville » ;
- « Une meilleure communication entre ville et hôpital, et entre professionnels de ville pour la mise en place de la chimiothérapie (médecins, pharmaciens, infirmiers) ».

Améliorer la prise en charge actuelle / coordination des professionnels du domicile :

- « Certaines prises en charge devraient se faire automatiquement, améliorer le remboursement des médicaments » ;
- « Une meilleure coordination et centralisation des informations (consignes aux patients), y voir plus clair entre privé et public (il faudrait une plus grande implication du privé) » ;
- « Un site de traçabilité pour le suivi du traitement des patients avec un planning avec noms des patients et le jour de leur traitement. Pratique en cas d'annulation ou de changement d'horaires » ;
- « Améliorer l'articulation avec l'hospitalisation à domicile (HAD) qui ne (lui) transmet pas les informations concernant un de (ses) patients » ;
- « L'hôpital décide et impose, il n'y a pas de concertation avec l'Ordre des pharmaciens. Le potentiel du pharmacien n'est pas assez utilisé » ;
- « Manque de coordination entre les professionnels. Les médecins généraliste ne sont pas toujours efficaces dans la prise en charge de la douleur (ex : ne veulent pas prescrire de morphine alors que le patient à des douleurs généralisées) » ;
- « Problème de prise en charge de la douleur (les patients ne reçoivent pas de traitement assez efficace (surtout en fin de vie) » ;
- « Développer plus la fin de vie à domicile » ;
- « Que les médecins présentent plus souvent leurs classeurs aux pharmaciens (pour une meilleure connaissance des protocoles) » ;
- « Problème des remboursements de la perfusion et du tuyau qui sont différenciés alors que l'un n'est pas utilisable sans l'autre ».

Développer la CAD

- « Développer la CAD et une "réelle" hospitalisation à domicile avec la pluridisciplinarité des professionnels » (ex : psychologues, kiné...) » ;
- « Développer la CAD dans la région ».

Simplification du dispositif

- « La simplicité administrative » ;
- « Courriers explicatifs plus simples ».

Améliorer le soutien du patient / information du patient

- « Plus d'attention et de soutien vis à vis des patients d'un point de vue social et plus d'aide à l'entourage notamment dans les zones les plus isolées » ;

- « Plus de disponibilité des professionnels de la santé pour entourer le malade au moment de l'annonce de sa maladie et ensuite » ;
- « Plus de temps et d'implications dans le relationnel avec les patients pour plus d'humanité ».
- « Améliorer les délais de prise en charge et mieux expliquer aux patients les reports de RDV ou d'examens »
- « Il faudrait un suivi plus continu et qu'aucun patient ne sorte de l'hôpital sans un référent » ;
- « Il faudrait une meilleure communication et explication de la part du médecin à son patient en ce qui concerne son suivi ».

Divers

- « Plus de recherches scientifiques pour trouver des vaccins. Dépistages plus rapides (ex tumeurs bénignes de la peau) ».

4.2 Opinion des partenaires

Concernant l'articulation avec l'HAD, le partenariat est qualifié de faible et de peu opérationnel. L'HAD précise sa volonté de collaboration. L'HAD prend en charge des chimiothérapies per os mais n'a pas d'unité centralisée pour la reconstitution. Le transport des produits est effectué par l'infirmière de l'HAD lorsqu'il s'agit d'un établissement public. Lorsqu'il s'agit d'HAD privée ou PSPH, des problèmes de transport des produits se posent. Les patients cancéreux représentent 30 à 40% de l'activité de l'HAD. L'activité du réseau n'a pas modifié les partenariats de l'HAD avec les établissements (CS, CLCC, CHU).

4.3 Articulation RTN - Onco-PL

Comme les autres RT, le RTCN bénéficie d'un accompagnement de la part du RRC. Cet accompagnement est comme pour St Nazaire (réseau OCLE), plus marqué que pour les autres RT, en ce qui concerne l'alternative à l'hospitalisation (CAD notamment). Ce sont en effet les deux seuls sites où la CAD a été mise en œuvre sur l'ensemble de la région.

Le projet CAD a été mené au niveau régional avec des groupes de travail composés d'experts des différents territoires de la région choisis par le RRC.

L'architecture régionale permet de mener des projets au niveau régional avec l'ensemble des acteurs régionaux, avec un accompagnement méthodologique et technique du RRC.

→ L'articulation entre le RT et Onco-PL est effective et opérationnelle. Les protocoles organisationnels ont été validés conjointement. Cependant aujourd'hui, le développement de la CAD sur le territoire départemental voire régional est bloqué, malgré également une demande de la DRASS au RRC pour mettre en place la CAD.

4.4 Synthèse et constats

	Points forts	Points à améliorer
Opinion des professionnels concernant la prise en charge en CAD	<p>81% des professionnels estiment que la logistique du réseau est plutôt facile (peu de contrainte).</p> <p>Ils estiment que la prise en charge est bien comprise et acceptée par l'entourage (89%). Les retours des familles sont positifs (pour les professionnels qui en ont).</p> <p>90% des professionnels pensent que la CAD devrait être développée sur toute la région : pour le confort du patient, pour les protocoles peu contraignants, avec un bon encadrement (coordination).</p> <p>84% des professionnels estiment que le réseau à améliorer la globalité de la prise en charge des patients.</p> <p>73% des professionnels estiment que le réseau a permis d'améliorer l'accès des patients aux soins de support.</p>	<p>57% des professionnels déclarent ne jamais utiliser les échelles d'évaluation de la douleur (dont 53% des IDE).</p> <p>24% des professionnels rencontrent des difficultés dans la prise en charge de la CAD.</p>
Impact sur les pratiques	<p>L'enquête montre que le réseau permet une amélioration :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des échanges entre professionnels : 81% • Des collaborations entre la ville et l'hôpital : 78% • De l'application des recommandations et référentiels officiels 67,5% • De leurs pratiques professionnelles : 67,5% 	<p>Le système d'information du réseau ne permet pas d'objectiver réellement l'évolution des pratiques.</p>
Satisfaction globale et suggestions	<p>78% des professionnels estiment satisfaisante la prise en charge régionale du cancer.</p> <p>Des suggestions d'améliorations sont cependant faites :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Améliorer encore la collaboration ville-hôpital (communication, coordination avec le MG...) • Améliorer la coordination des professionnels du domicile : avec HAD, informations centralisées, prise en charge de la douleur... • Améliorer le soutien et l'information des patients 	
Partenariats	<p>L'articulation avec le RRC est particulièrement effective en ce qui concerne l'élaboration des procédures de fonctionnement. Le projet de CAD a été développé au niveau régional et mis en place sur 2 sites (St Nazaire et Nantes Atlantique).</p> <p>Le partenariat est donc opérationnel et le RRC apporte une expertise et une validation des méthodologies et actions développées sur le terrain.</p>	<p>Des groupes de travail ont été réunis pour organiser les articulations entre le réseau et l'HAD. Le partenariat avec l'HAD reste cependant encore relativement faible.</p> <p>Le problème du transport des produits dans le cadre d'une prise en charge en HAD se pose (sécurité).</p> <p>L'activité du réseau n'a pas modifié l'activité de l'HAD en termes de prise en charge des patients atteints de cancer.</p>

5 ANALYSE DES COÛTS

Le volet économique a été abordé principalement sous l'angle budgétaire. Les délais de réalisation de l'évaluation ne permettaient pas concrètement de réaliser une étude comparative avec groupe témoin, comparant les coûts et la qualité de différentes alternatives de prise en charge de la chimiothérapie. Il s'agit d'une étude médico-économique en soit. Par ailleurs, la constitution d'un groupe témoin équivalent en termes d'état de santé, de pathologie, de soins dispensés et d'âge s'avère relativement difficile. De plus, le réseau territorial de Nantes ne disposait pas de l'accord spécifique de la CNIL pour réaliser l'extraction des données de consommations de soins des patients du inclus.

Dans ce volet, les recettes et les dépenses ont été analysées et rapportées à l'activité du réseau.

A titre informatif, une extraction de la base PMSI HAD (dont CEMKA-EVAL dispose) a été réalisée pour l'ensemble des séjours pour chimiothérapie sur la France.

5.1 Les recettes

La DRDR et le FIQCS ont constitué successivement les seules ressources budgétaires du réseau depuis sa création. L'enveloppe accordée au réseau sur les 3 années dans le cadre du FIQCS a été de 910 243€ pour les RCP et la CAD dont 36% pour la CAD.

Tableau 9 : Financement du réseau durant les 3 années de fonctionnement dans le cadre de la DRDR et du FIQCS (en euro)

Sources de financement	2006	2007	2008	Total
Volet RCP				
FIQCS via RRC	214 090	214 257,00	189 095,98	617 442,98
MIGAC	92 281	10 1122	99106	292 509
Autres produits (cotisations établissements...)	2 950	2 960	2910	8820
Autres produits financiers	242,3	2 555	2 353,84	5 151,14
Total Volet RCP	309 563,3	320 894	293465,82	923 923,12
Volet Chimiothérapie				
FIQCS via RRC	90 000	118000	84800	292 800
Autres produits ou reprise sur provision	0,36	13191	0,01	13191,37
Total Volet CAD	90 000	131 191	106 521,45	327 712,81
TOTAL Réseau	399 564 €	452 085 €	439 063,72	1 290 712,38

Les ressources liées à la CAD représentaient respectivement 29% et 24% du budget total du RTCN en 2007 et 2008.

5.2 Coûts de structure/ fonctionnement, coûts des actes dérogatoires

Les dépenses liées aux charges de personnel sur le volet CAD représentent entre 10 et 25% du montant des dépenses (respectivement sur les années 2006 et 2007). Concernant le poste « salaire de la coordination » il conviendrait d'ajouter les 0,6 ETP d'infirmière coordinatrice et la rémunération de 0,6 ETP de pharmacien coordinateur supporté par le Centre René Gauducheau et le MIGAC.

Le poste Rémunérations Spécifiques qui comprend la rémunération versée aux professionnels pour leur participation aux chimiothérapies à domicile reste également peu élevé.

Tableau 10 : Dépenses engendrées par l'activité du réseau sur les 3 années de fonctionnement dans le cadre de la DRDR et FIQCS - Volet CAD

	2006	2007	2008
Volet RCP			
Achats	1 264,9	3 135,6	1 670,5
Services extérieurs	207 525,6	241 137,4	262 814,8
<i>Dont RCP</i>	195 638,0	228 160,0	247 296,0
Impôts et taxes	215,5		315,4
Charges de personnel	51 438,7	63 064,2	65 283,6
Dotations aux prov et amort.	4 225,4	3 816,0	717,5
TOTAL RCP	264 669,9	311 407,5	330 802,8
Volet Chimiothérapie			
Achats	4 289,9	1 136,4	530,7
Services extérieurs	56 686,6	74 718,7	62 290,0
<i>Dont Honoraires IDE</i>	3 120,0	5 880,0	5 280,0
<i>Dont Honoraires Pharmaciens</i>	1 520,0	9 490,0	7 730,0
<i>Dont Honoraires MG</i>	280,0	440,0	840,0
Impôts et taxes	36,0	127,4	33,0
Charges de personnel	9 219,7	32 987,0	22 202,8
Autre charges de gestion courantes	7 077,1		180,4
Dotations aux prov et amort.	12 691,0	21 721,4	21 284,6
TOTAL Chimiothérapie	90 000,4	130 691,0	106 521,5
% charges personnels/ total CAD	10%	25%	21%
% RS / Total CAD	5%	12%	13%
Coût moyen par patient pris en charge (coût de coordination)		116,48 €	87,38 €

Les résultats des exercices étaient excédentaires, ceci démontrant une bonne gestion de l'enveloppe budgétaire.

Un travail a été entrepris également sur l'optimisation des coûts pour les transporteurs, avec le RRC, et afin de bénéficier de tarifs raisonnables et d'une organisation fiable.

Afin d'estimer un coût de coordination par patient, les dépenses sont rapportées à la file active annuelle du réseau. Ce coût pour 2007 serait de 116 € / patient et 87€ en 2008. En utilisant la file du réseau précisée dans le rapport d'activité (1161 patients) ce coût s'élèverait à 92€ par patient. Il s'agit d'un coût de coordination par patient mais qui ne prend pas en compte la durée de suivi.

Par ailleurs, il comprend une partie de la rémunération de l'équipe de coordination et la rémunération des professionnels libéraux. Il s'agit donc d'un coût minimum, concernant uniquement le FIQCS. Afin d'être plus précis et d'estimer le coût d'une chimiothérapie à domicile, il conviendrait d'ajouter à ce coût :

- Le budget MIGAC consacré à la rémunération du pharmacien hospitalier (0,6 ETP) qui coordonne les produits de chimiothérapie ;
- Le coût du transport des produits ;
- Le montant des consommations de soins des patients concernés.

Par ailleurs, ce coût pourrait être établi pour les différents types d'interventions des infirmières coordinatrices (chimiothérapie à domicile Intraveineuse, per os, suivi de pompes (5FU). Le système d'information actuel ne permet pas de rentrer dans de tels détails.

5.3 Tarifs de journées en HAD « chimiothérapie »

A titre indicatif, une extraction des données France Entière, a été réalisée à partir de la Base PMSI HAD 2007 sur l'ensemble des séjours HAD correspondant à un motif de prise en charge principal « Chimiothérapie » et « Surveillance post chimiothérapie ». Dans le cadre de l'HAD, les produits de chimiothérapie coûteux sont facturés en sus comme dans le MCO.

Le montant total correspondant a été valorisé à 11 316 117 €, ce qui donne un tarif moyen de journée de 183 € pour l'année 2007 en HAD au niveau National. L'extraction régionale initialement envisagée, s'est heurtée à des problèmes de sous déclaration dans la région.

Tableau 11 : Critères de l'analyse de la base PMSI HAD 2007 France entière

Critères de l'analyse

Base PMSI HAD, Groupe Homogènes de Tarif : 2007

Chimiothérapie	Montants	Nombre de Journées	Tarif moyen € / j
Total	11 316 117,46 €	61 918,00	182,76

'Surveillance post chimiothérapique	Montants	Nombre de Journées	Tarif moyen € / j
Total	9 101 865,39 €	66 273,00	137,34

Si ces résultats apportent un ordre de grandeur des coûts de prise en charge à domicile, ils ne permettent pas de comparaison directe avec les coûts dans le réseau.

En effet, dans le cadre du réseau, les données de consommations de soins des patients n'étaient pas disponibles. Alors que dans le tarif HAD, le coût médical direct (soins délivrés aux patients) est inclus et représente environ 70% du coût total. Les 30% restants se répartissent entre la coordination médico-sociale et les frais de fonctionnement de la structure HAD (IRDES¹). Les soins infirmiers rassemblent 39% du coût médical direct, suivis de la pharmacie (21%) et du matériel médical (18%).

Ainsi, en HAD le coût de la coordination peut être estimé à 30% de 182,76 € soit 55 € par patient et par jour pour la chimiothérapie (et 41€ pour la surveillance post chimiothérapie).

¹ Coût de prise en charge en Hospitalisation à Domicile. A. Aligon, L. Com-Ruelle, Thomas Renaud. CREDES, Juin 2003, N° 67.

5.4 Synthèse et constats

	Points forts	Points à améliorer
Ressources	<p>Le réseau dispose d'un multi financement :</p> <p>Le FIQCS finance la CAD et une partie des RCP</p> <p>Le MIGAC finance le fonctionnement du volet RCP et le temps de pharmacien coordinateur (0,6 ETP dédié au réseau)</p> <p>L'équipe de coordination est en partie financée par le CRG (IDE)</p>	
Dépenses	<p>Les résultats des exercices étaient excédentaires, ceci démontrant une bonne gestion de l'enveloppe budgétaire.</p> <p>Les dépenses liées aux charges de personnel sur le volet CAD représentent environ 20% du montant des dépenses, sur les 3 années). Concernant le poste « salaire de la coordination » il conviendrait d'ajouter les 0,6 ETP d'infirmière coordinatrice et la rémunération de 0,6 ETP de pharmacien coordinateur supporté par le Centre René Gauducheau et le MIGAC.</p>	<p>Le réseau ne disposant pas d'un accord CNIL, les données de consommations de soins des patients pris en charge par le réseau n'ont pu être analysées.</p> <p>Un accord CNIL devra être demandé.</p> <p>Le poste Rémunérations Spécifiques qui comprend la rémunération versée aux professionnels pour leur participation aux CAD reste également peu élevé (certains professionnels ne demandent pas à être rémunérés pour leur participation).</p>
Coût de coordination	<p>La répartition des dépenses sur le nombre de patients pris en charge permet d'estimer un coût moyen par patient. Pour 2008, ce coût est estimé à environ 90 € (116€ en 2007). Il s'agit du coût de la coordination (supportant différentes charges du réseau) par patient. Cependant, ce coût ne prend pas en compte la durée de suivi des patients ni l'ensemble de la rémunération des acteurs intervenant dans cette prise en charge.</p> <p>A titre indicatif, mais sans réelle comparaison possible, le coût d'une journée en HAD (France entière) a été calculé à partir de la base PMSI 2007 de l'ATIH. Il est estimé à 183€ dont 30% (55€ par jour) représentent la partie coordination. Ce coût ne comprend cependant pas les mêmes dimensions que le coût par patient précisé pour le réseau.</p>	

6 SYNTHÈSE ET RECOMMANDATION CONCERNANT LE RTCN – VOLET CAD

Les résultats de l'évaluation externe du Réseau Territorial de Nantes, constituant un chapitre de l'évaluation externe du RRC Onco-PL, permet de dresser les constats, conclusions et recommandations suivantes :

En moins de 3 années de fonctionnement, le réseau a su constituer une équipe de coordination infirmière et pharmaceutique aujourd'hui opérationnelle et acceptée aussi bien par les professionnels de ville que par les professionnels hospitaliers concernés. 85% du temps de cette équipe est dédié à la gestion de la prise en charge des patients et à la coordination des professionnels de ville (fonctions d'appui) (liens patients et professionnels).

En 2008, cette équipe a suivi et coordonné la prise en charge de plus de 1200 patients sur l'ensemble du territoire attribué au réseau (Nantes Atlantique) et sur les départements limitrophes. L'activité a augmenté de 9% entre 2007 et 2008.

Depuis son démarrage, près de 500 professionnels libéraux ont signé la charte du réseau. Mais une faible part de ces professionnels a perçu les rémunérations spécifiques prévues pour les CAD.

Le système d'information utilisé par l'équipe de coordination est opérationnel et fournit les données nécessaires au bon fonctionnement quotidien. L'information recueillie n'est cependant pas suffisante pour l'évaluation externe du réseau.

L'impact sur la qualité de la prise en charge et les pratiques professionnelles reste ainsi difficile à objectiver du fait notamment d'un manque de données. Les professionnels expriment, cependant, un bon niveau de satisfaction quant au fonctionnement du réseau et aux prestations apportées, démontrant une bonne acceptabilité de ce dispositif. Les professionnels estiment que le réseau améliore la globalité de la prise en charge des patients et l'accès aux soins de support.

Concernant l'impact sur les pratiques, les professionnels déclarent observer un impact sur les habitudes de collaboration : amélioration des collaborations entre la ville et l'hôpital (observée par 78% des professionnels interrogés), et amélioration des échanges entre professionnels (81%). Des évolutions sont cependant attendues pour améliorer la coordination des professionnels du domicile, la communication vers les patients et leurs familles et pour un meilleur accès aux soins de support notamment.

Les données comptables montrent une bonne gestion des ressources. Le coût de coordination par patient est estimé à environ 90€ par patient en 2008. Cependant, ce coût établi avec les données disponibles ne prend pas en compte la durée de prise en charge des patients. Il devrait également être complété avec le budget MIGAC consacré à la rémunération du pharmacien hospitalier (0,6 ETP) qui coordonne les produits de chimiothérapie, le coût du transport des produits et le montant des consommations de soins des patients concernés. Par ailleurs, ce coût pourrait être établi pour les différents types d'interventions des infirmières coordinatrices (chimiothérapie à domicile Intraveineuse, per os, suivi de pompes (5FU) notamment). Le système d'information actuel ne permet pas de rentrer dans de tels détails.

Au total, le réseau a établi aujourd'hui les grandes lignes de son fonctionnement mais dispose encore d'un potentiel de développement.

Les principales recommandations, résumant celles formulées dans le rapport, concernent :

- Le maintien d'une démarche de promotion et d'information des acteurs sur l'ensemble du territoire : les efforts de communication doivent se poursuivre sur l'existence du réseau.
- L'intensification de l'information et du soutien aux patients (orientation vers psychologues, soins de support...).
- L'amélioration de la participation des professionnels de santé de ville dans les activités de pilotage du réseau (notamment des médecins généralistes) et au niveau des prises en charges.
- L'articulation avec des structures d'HAD doit être poursuivie. Cette articulation est initiée et les critères d'inclusion dans les deux dispositifs sont relativement clairs. Il pourrait être établi des listes de protocoles spécifiques permettant l'orientation facilitée vers l'un ou l'autre de ces dispositifs.
- Le développement d'un système d'information permettant de mieux reconstituer le parcours du patient, prestations reçues, professionnels intervenants, produits, chronologie de prise en charge dans le réseau, niveau d'intervention des IDE coordinatrices, évènements indésirables, prise en charge de la douleur...). Ce système d'information devrait permettre de documenter des indicateurs de qualité de prise en charge (par rapport à la douleur notamment) et l'évolution des pratiques des professionnels de santé. D'autres indicateurs de performance devraient être définis avec l'ensemble des réseaux et les tutelles, dans le cadre du RRC.
- Enfin les réflexions communes et les mutualisations au niveau région sur la thématique de la CAD doivent être poursuivies. Le RRC participe et garantit à cette mutualisation. *Mais la stratégie de développement de la CAD sur la région devra être précisée.*

La situation actuelle de la chimiothérapie à domicile (établie sur un site de Nantes (sur 3) et sur St Nazaire) pose la question de son déploiement et ainsi de son accès aux autres territoires de la région. Pour cette réflexion il conviendra de prendre en compte les éléments suivants :

- Les limites de l'HAD : qui pose des problèmes de transport sécurisé des produits, problème de couverture (l'HAD ne couvre pas tout le territoire régional) et problème de nombre de places autorisées. Ainsi, que se passe t-il sur les zones non couvertes par l'HAD ?
- Par ailleurs, l'HAD n'instaure pas de liens entre la ville et l'hôpital (il s'agit de l'hôpital qui se rend à domicile), ainsi les réseaux territoriaux ont leur place dans l'information du patient, dans la surveillance, dans le transfert d'information (avec le secteur non médical notamment), la coordination globale de la prise en charge.
- Les professionnels n'ont pas le temps de créer du lien entre la ville et l'hôpital. Le Réseau constitue un maillon entre la ville et l'hôpital.
- Le problème de la T2A, qui n'incite pas les établissements à l'externalisation des chimiothérapies : les établissements « perdent » de l'argent s'ils externalisent certaines chimiothérapies.
- Des mutualisations / décloisonnements sont possibles entre différentes thématiques (déjà organisées en réseau) nécessitant de la coordination telles que la douleur, les soins palliatifs, l'onco-gériatrie. Le RTN a déjà établi des liens avec le réseau de soins palliatifs (RESPAVIE). Dans cette optique l'approche territoriale s'avère primordiale. Par ailleurs, les établissements (tels que CRG, CDS, CHU) semblent demandeurs de cette alternative à l'hospitalisation ainsi que des services comme l'hématologie.

- Les procédures et circuits du produit de chimiothérapie ont été validés au niveau régional et ont montré leur opérationnalité sur deux territoires de la région. La coordination pharmaceutique testée sur les réseaux territoriaux de Nantes et de Saint-Nazaire est une des plus-values du réseau. Une publication scientifique² de 2008 présente les résultats préliminaires en faveur de la faisabilité d'une prise en charge à domicile des patients atteints de cancer dont la typologie a été validée par le réseau Onco-PL, en ~~apportant sur une coordination infirmière et pharmaceutique~~.
- Le « potentiel » que constituent les pharmaciens de ville est également à exploiter : ils sont demandeurs pour s'impliquer dans les prises en charge à domicile ainsi que dans l'éducation thérapeutique en cas de chimiothérapie orale. Ils peuvent constituer un levier d'évolution des pratiques.
- L'implication des médecins généralistes reste encore faible. Ils n'ont pas encore accès au DCC et le projet de surveillance alternée des cancers dépend en partie de l'utilisation de cet outil.
- L'absence de visibilité sur les financements et sur la volonté politique concernant la CAD à moyen (voire court) terme rend difficile l'investissement du réseau (système d'information notamment) et son déploiement.
- Concernant l'autorisation officielle à pratiquer des traitements du cancer, il est précisé que « tous les établissements de soins qui souhaitent exercer des activités de traitement du cancer sont concernés, qu'ils soient publics (CHU, CHR, CH, etc.), PSPH, dont les centres régionaux de lutte contre le cancer ou privés. L'autorisation ne sera pas exigée des établissements de santé ou des organismes qui, étant membres d'un réseau de santé en oncologie, participent à la prise en charge de proximité de patients atteints de cancer (par exemple pour le suivi des chimiothérapies, les soins de suite ou encore les soins palliatifs)³ ».
- Enfin, le volet Cancérologie du SROS III (publié en février 2009) précise que « Le développement de la chimiothérapie à domicile est recommandé »⁴. Il recommande également la création pour chaque territoire de recours, « de cellules de coordination « ville-hôpital », pour le développement des alternatives à domicile, y compris pour les soins de support.

Aujourd'hui, malgré un contexte en évolution (création des ARS), la politique régionale en matière de développement de la prise en charge à domicile doit être définie/précisée. Il est proposé de développer une vraie réflexion partenariale régionale sur la cancérologie et la CAD en intégrant le RRC.

Le réseau territorial de Nantes a apporté dès sa création les conditions d'aide et de soutien aux professionnels pour assurer une prise en charge à domicile de qualité pour des patients relevant des critères d'inclusion du réseau. Les réseaux sont des dispositifs dont une des ambitions est d'influer sur les pratiques professionnelles afin d'instaurer une pratique collaborative de qualité. Mais, de façon générale, au niveau régional comme au niveau territorial, l'importance du facteur « temps » est confirmée dans l'évolution observée des pratiques professionnelles.

² LEWDEN-BERNADAC Bénédicte ; COURANT-MENANTEAU Muriel ; PERROCHEAU Geneviève¹ ; BARBAROT Véronique ; THOMARE Patrick ' Chimiothérapie à domicile et réseau ville-hôpital : expérience du réseau Onco Pays-de-la-Loire ; Bulletin du cancer ; 2008, vol. 95, n°5, pp. 543-549.

³ http://www.e-cancer.fr/v1/index2.php?option=com_redaction&do_pdf=1&id=1551&lang=1&vers=1 ; mesure 36 du Plan Cancer 2003-2007.

⁴ Pour favoriser le développement de la chimiothérapie en ambulatoire, il est recommandé : de déployer le projet « chimiothérapie à domicile » selon le référentiel et l'organisation élaborés par le réseau régional Onco PL ; de poursuivre le travail de réflexion régionale sur le référentiel de chimiothérapie à domicile afin d'élargir l'offre de soins ; de sécuriser la prescription et le suivi par le déploiement d'un dossier en cancérologie informatisé, outil de liaison entre le secteur hospitalier et le secteur ambulatoire : le dossier communiquant en cancérologie (DCC) et de bien associer la famille et les aidants aux décisions d'indication à la chimiothérapie à domicile et de les soutenir.