

## Etude Assurance maladie sur la pratique des oesophagectomies dans les Pays de la Loire en 2007 Relevé de conclusions - Angers le 10 février 2010

La présentation de l'étude, le rappel réglementaire relatif à l'activité de soins de traitement du cancer ainsi que le présent compte-rendu sont accessibles sur le site d'Oncopl :

[www.oncopl.com](http://www.oncopl.com) > Accès prof de santé > Actualités > Evaluation

### De cette étude il ressort comme points factuels principaux :

- Tous les patients des Pays de la Loire sont pris en charge dans leur région
- 15 établissements ont réalisé au moins une oesophagectomie, dont 6 établissements ont réalisé 2 ou un seul acte, 8 en ont réalisé plus de 4
- 4 établissements totalisent 50 actes sur les 85 pratiqués dans la région pour cancer
- 36 % des patients atteints de cancer ont une fiche RCP retrouvée dans le dossier ou dans le dossier communicant de cancérologie, preuve de la discussion pluridisciplinaire
- Tous les établissements pratiquant l'acte possèdent une unité de surveillance continue ou un service de réanimation.
- Aucun dossier n'est pris en charge en dehors des stratégies définies dans le référentiel d'ONCOPL
- 5 dossiers ne présentent pas de stadification.

### Analyse :

1. La Région assure une très bonne couverture d'accès à cette chirurgie complexe puisque la totalité des ligériens est prise en charge dans leur région. Il n'y a donc pas de fuite extra régionale.
2. Plusieurs établissements ont une pratique très limitée de cet acte complexe. D'après plusieurs intervenants cela peut apparaître peu qualitatif selon le principe que l'on ne fait bien que ce que l'on fait souvent. Un vaste débat s'engage donc sur ce sujet qui ne sera pas résolu par la seule réglementation car le 2<sup>ème</sup> plan cancer n'envisage nullement l'existence de seuils par organe. Une piste d'évolution de ce débat se situe vraisemblablement au travers des projets d'établissements ayant une cohérence territoriale entre eux. Cohérence qui pourrait être mise en perspective au sein des projets médicaux de territoire.
3. Il est rappelé que la qualité ne peut se résumer aux seuls critères quantitatifs. La qualité réside également dans la mise en œuvre, pour **tous** les patients, des mesures transversales prônées par l'institut national du cancer : présentation du dossier en Réunion de concertation pluridisciplinaire, délivrance du Programme personnalisé de soins, accès au dispositif d'annonce et aux soins de support. Si réaliser un seul acte par an est sans doute trop faible, il n'est peut-être pas critiquable de soutenir des équipes qui ont une activité modeste mais qui offrent par le biais d'un 3C un accès plein et entier aux mesures transversales sus-citées.

CR-oesoph-100209

4. Une trop faible proportion de patients a eu accès à la RCP, point qualitatif central du premier comme du deuxième plan cancer, alors que cet accès est organisé par Oncopl depuis 2004. Il y a donc une carence qualitative évidente à ce niveau. Cependant cette étude a été réalisée en 2007, il est probable qu'en 2009 les résultats soient meilleurs, quoiqu'il est certain que le taux ne soit pas de 100%. Il est rappelé que tout établissement autorisé doit présenter initialement ses dossiers de cancer de l'œsophage dans une RCP, reconnue par le réseau régional, avec un projet de soins validé et tracé. Un nombre non négligeable de patients a été présenté en post-opératoire, cette pratique retire toute utilité à RCP.
5. Concernant les critères d'agrément pour la pratique de la chirurgie des cancers (chirurgie carcinologie digestive), l'ensemble de l'assistance exprime l'opinion que ce n'est pas à la RCP d'apprécier l'adéquation du plateau technique à l'intervention et à la continuité des soins post-opératoires. Il est toutefois intéressant de souligner que le fait de se prononcer sur l'adéquation du plateau technique, pour certains patients particulièrement fragiles, relevant donc de conditions chirurgicales optimales mais plus particulièrement anesthésiques et paramédicales, positionne la RCP comme un lieu collégial qualitatif assurant les meilleures chances au patient. Les participants insistent sur le fait qu'il est matériellement impossible que le chirurgien qui opérera le patient soit systématiquement présent. Il est reconnu unanimement que la présence d'au moins un membre de l'équipe chirurgicale est indispensable.
6. Sur le sujet « Unité de surveillance continue / unité de réanimation » il est rappelé quelques éléments fondamentaux qui font consensus. Le transfert systématique ou non du patient en service de réanimation pour la surveillance post-opératoire relève de la décision de l'équipe qui le prend en charge. Dans la mesure où ce patient est stable et ne nécessite qu'une surveillance rapprochée, celle-ci peut s'envisager dans le cadre d'une unité de surveillance continue. Le transfert en service de réanimation obéit au principe de précaution. Si l'état du patient se dégrade, il est alors pris en charge en cas de défaillance d'organe nécessitant une suppléance prolongée, ce qui n'est pas possible dans une unité de surveillance continue. La cahier des charges de ces unités stipule en effet que *" il est exclu de prendre en charge dans une unité de surveillance continue un patient nécessitant une suppléance d'organe en rapport avec une défaillance viscérale aiguë (ventilation assistée, épuration extra rénale, traitement d'une insuffisance circulatoire, désordres métaboliques sévères ...) au-delà des quelques heures permettant d'organiser son transfert en réanimation. Ce point doit être particulièrement respecté pour les patients nécessitant un traitement par ventilation mécanique, invasive ou non. Toute suppléance d'organe impose un transfert en réanimation "*. Ce cahier des charges inclus dans le contrat d'objectifs et de moyens s'impose aux établissements ayant obtenu auprès de l'ARH une reconnaissance pour l'activité de surveillance continue.
7. Il est proposé que le Dr Meilhan exploite les chiffres 2008 et 2009 afin d'apprécier l'évolution de l'activité des établissements. Il ressort que les chiffres d'activité et de répartition d'actes entre les établissements demeurent stables jusqu'à fin 2009.

**Présents :** Dr JM Baron (Clin J. Verne), Dr Brossollette (Clin de l'Anjou), Dr P. Cloitre (Assurance maladie), Dr M. Comy (CHD La Roche), Dr P. Fourquier (Nouvelles clin nantaises), Dr JY Gagner (ARH), Dr G. Ganem (Pdt Oncopl), Pr A. Hamy (CHU Angers), Dr P. Jagot-Lacoussiere (clin du Pré), Dr H Lacroix (Oncopl), Pr PA Lehur (CHU Nantes), Dr P. Lemeunier-Lelievre (Clin du Pré), Dr E. Letessier (CHU Nantes), Dr F. Marichez (Clin de l'Anjou), Dr M. Meilhan (Assurance maladie), Dr K. Meunier (Centre Paul Papin), Pr J. Paineau (Centre Gauducheau), Dr N. Régenet (CHU Nantes), P. Thibault (Oncopl)