



## Rapport d'activité à 3 ans

### Période 2003 - 2005

Plateau des Ecoles, 50 route de Saint-Sébastien 44093 NANTES Cedex 1  
Tel : 02-40-84-75-95 Fax : 02-40-84-75-96  
[www.onco-paysdelaloire.com](http://www.onco-paysdelaloire.com)

# Sommaire

<b>1 - Introduction du Président</b>	<b>p3</b>
<b>2 - Organisation</b>	<b>p5</b>
2.1. Une organisation à double étage	
2.2. Le réseau régional (RR)	
2.3. Les réseaux territoriaux (RT)	
2.4. Les liens entre le RR et les RT	
2.5. Les centres de coordination de cancérologie (3C)	
<b>3 – Actions</b>	<b>p7</b>
3.1. Référentiels de bonnes pratiques cliniques	
3.2. Réunions de concertation pluridisciplinaire territoriales	
3.3. Réunions de concertation pluridisciplinaire régionales	
3.4. Alternatives à l'hospitalisation	
3.5. Système d'information	
3.6. Pôle régional	
3.7. Communication	
3.8. Actions émergentes	
3.9. Liens institutionnels	
<b>4 – Commentaires</b>	<b>p16</b>
4.1. Organisation juridique	
4.2. Réseaux territoriaux	
4.3. Référentiels de bonnes pratiques cliniques	
4.4. Réunions de concertation pluridisciplinaire	
4.5. Alternatives à l'hospitalisation	
4.6. Dossier communicant de cancérologie	
4.7. Evaluation	
<b>5 – Conclusion</b>	<b>p19</b>
<b>Annexes</b>	<b>p20</b>

# 1. Introduction

Docteur G. GANEM Président

Si on regarde le petit Larousse 2006 à « réseau », la première définition qu'on y retrouve est : « fond de dentelle à mailles géométriques ».

En huitième position, on y trouve : « ensemble de personnes qui travaillent ensemble » ; cela peut aller du « réseau d'amis » au « réseau clandestin ».

Pourquoi un Réseau Régional de Cancérologie ?

- Parce que de multiples acteurs, voire tous les acteurs de la santé sont impliqués (médecins-généralistes, chirurgiens, spécialistes médicaux, radiologues, anatomo-pathologistes.... et cancérologues).
- Parce que la cancérologie concerne des malades « graves » et « souvent » sur une longue durée : pensées de mort, traitements souvent difficiles à tolérer, invalidants, voire mutilants, séquelles, conséquences familiales, sociales, professionnelles, financières, sexuelles, retentissement psychologique.... « des voisins n'osent plus me dire bonjour ».
- Parce qu'il s'agit d'une discipline en évolution permanente et souvent rapidement : les progrès peuvent concerner les moyens thérapeutiques médicaux, mais aussi les moyens d'investigation, les techniques chirurgicales, la radiothérapie....d'où une nécessité supplémentaire de partager la prise en charge.
- Parce que l'organisation des soins se fait de plus en plus au niveau régional.
- Parce qu'il convient de coordonner au mieux les soins « tout au long de la maladie », **MISSION PREMIERE** du réseau, tout en restant en interaction fonctionnelle avec l'accès à l'innovation (« recours » et si possible avec la recherche).
- Parce que les comportements évoluent, que les demandes d'information et de transparence des malades deviennent incontournables et justifiées.

De multiples difficultés constituent des obstacles plus ou moins contournables ou surmontables !

- Démographie médicale défavorable et inégale :
  - ✓ L'attrait des médecins se fait surtout vers les grandes agglomérations, universitaires notamment.
  - ✓ L'attrait des médecins se fait vers des spécialités « moins » contraignantes, moins dures....
  - ✓ L'insuffisance relative des médecins va encore s'accroître et les emplois du temps vont encore s'alourdir.
- Culture médicale souvent différente entre hospitalo-universitaires et praticiens de terrain : missions parfois divergentes, activités de soins différentes....la complémentarité et l'échange (par opposition à la concurrence) ont souvent du mal à trouver la même longueur d'ondes.

- « Règles du jeu » différentes entre établissements publics et privés, praticiens hospitaliers et libéraux... constituent des freins permanents au partage (souvent difficilement compréhensibles par les malades).
- Attraction et reconnaissance insuffisante de certains métiers essentiels dans la prise en charge des malades atteints de cancer : infirmières, psychologues, assistantes sociales.... notamment par rapport aux coûts de plus en plus importants des traitements, surtout des médicaments.
- Harmonisation optimale des soins :
  - ✓ Proximité et/ou sites spécialisés en gardant à chaque maillon un niveau technique adéquat de qualité.
  - ✓ Prise en charge globale.
  - ✓ Responsabilisation de chacun des intervenants.
  - ✓ Qualité de la communication avec les malades.
  - ✓ Transmission des informations médicales.

Malgré les difficultés et les divergences (règles du jeu, missions, public-privé, hospitalo-universitaires ou non, ville-hôpital, démographie médicale défavorable, demande croissante des malades, répartition inégale des activités professionnelles...), l'organisation en réseau régional, fédérant les territoires de santé paraît la plus adaptée et a été confortée par le Plan Cancer.

Essayons de faire « dans la dentelle ». Ces trois premières années d'existence du Réseau Régional nous auront appris essentiellement que la dentelle était fragile mais pouvait être belle.

## 2. Organisation

### 2.1. une organisation à double étage interdépendant

2.1.1. Le niveau régional :

- propose les actions, en concertation avec le COTER
- fixe les règles : protocoles thérapeutiques, référentiels de bonnes pratiques, procédures de prise en charge, structuration de l'information
- établit le cahier des charges de l'évaluation des réseaux territoriaux

2.1.2. Le niveau territorial met en œuvre la politique définie au niveau régional en évaluant ses actions :

- organise les RCP en lien avec les Centres de coordination en cancérologie (3C)
- promeut le DCC
- met en œuvre les alternatives à l'hospitalisation
- coordonne les soins de support et le dispositif d'annonce
- évalue ses actions selon le cahier des charges régional

Le réseau territorial établit un lien complémentaire avec le ou les 3C de son territoire.

### 2.2. Le réseau régional

L'assemblée générale extraordinaire du 20 octobre 2005 a adopté à une très large majorité une modernisation de ses statuts. ONCOPL, sous la forme d'une association loi 1901, devient une **fédération de réseaux territoriaux**. Les membres actifs sont des personnes morales : réseaux territoriaux (représentés par quatre ou six de leurs membres) et associations d'usagers. En dehors des représentants d'usagers les membres actifs sont évalués par le réseau régional. La représentativité au Conseil d'administration est bâtie sur le principe de représentation paritaire. Chaque réseau territorial étant représenté par autant de membres publics que privés.

Six réseaux territoriaux sont membres : Oncosarthe (Le Mans), ARCAM (Angers), Réseau 53 (Laval), Réseau Nantes, OCLE (Saint Nazaire) et OncoVendée (La Roche/Yon). Les deux réseaux nantais ont fusionné fin décembre 2005 en une seule entité territoriale.

Les membres associés sont un représentant de l'ARH, de l'URML, du conseil de l'ordre des pharmaciens, des doyens des facultés de médecine et tout autre réseau, services ou structures susceptibles de collaborer étroitement avec ONCO Pays de la Loire

L'objectif de cette modification de statuts, est de conforter l'importance des réseaux territoriaux. Ils sont les véritables effecteurs de l'organisation des soins. Leur dimensionnement est adapté à soutenir une dynamique de proximité et donc à concrétiser les actions définies par le niveau régional, responsabilisant les acteurs. Ainsi le réseau régional s'officialise pour ce qu'il est : une organisation faite **par** et **pour** les réseaux territoriaux.

Les textes constitutifs d'ONCOPL sont composés outre des statuts, d'une charte à laquelle sont joints trois cahiers des charges définissant l'organisation (coordination régionale, réseau territorial et réunion de concertation pluridisciplinaire). Les textes sont disponibles sur le site.

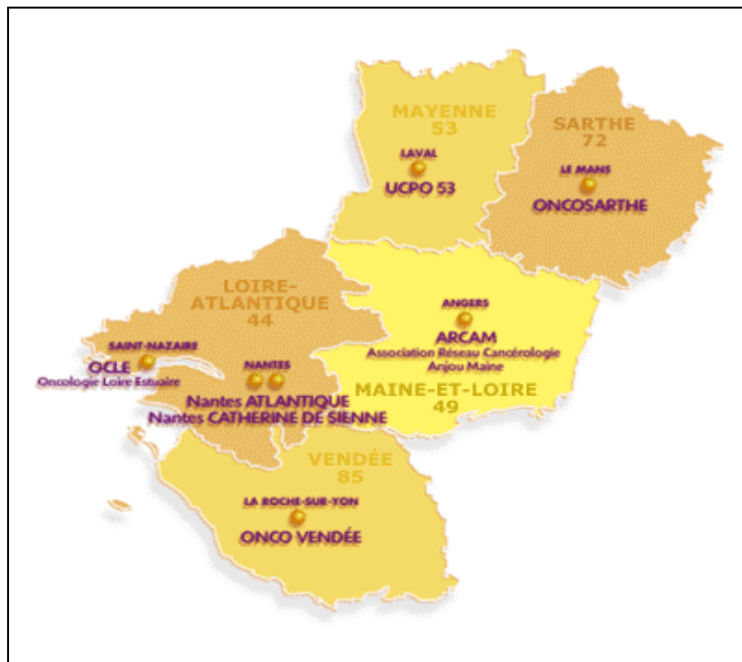
Le conseil d'administration a délégué la gestion opérationnelle à une structure de coordination (composition détaillée [annexe n°1](#)). Cette dernière rend compte de son action devant le CA.

### 2.3. Les réseaux territoriaux (RT)

Ils ont une entité juridique.

La composition de leurs instances répond à un cahier des charges validé par ONCOPL. Elle intègre l'ensemble des différents représentants d'acteurs impliqués dans la cancérologie clinique. Ce cahier des charges définit les missions et les moyens à mettre en œuvre.

Les membres de leur assemblée générale respective sont présentés en [annexe n° 2](#).



### 2.4. Le lien entre ONCOPL et les RT

Ces deux échelons sont liés par un contrat d'activité et de moyens, définissant les engagements réciproques. Ce contrat contient la liste des RCP reconnues et pouvant faire l'objet d'un financement. Ce dernier est affecté par ONCOPL selon un principe forfaitaire, par nouveau dossier présenté en RCP et faisant l'objet d'une proposition thérapeutique validée. Ce forfait inclut le coût de fonctionnement du réseau territorial et la rémunération à la présence aux RCP.

### 2.5. 3C

Cette organisation est sous la responsabilité de l'ARH. C'est une structure opérationnelle, interne aux établissements ou déployée au niveau du site de cancérologie. Elle ne dépend pas directement du réseau mais devra interagir fortement avec lui. Ses rôles sont :

- La coordination des soins au sein de l'établissement ou du site
- L'évaluation de la qualité des soins
- La mise en œuvre des RCP en lien avec le réseau territorial
- La mise en œuvre du DCC et de son interfaçage

## 3. Actions

### 3.1. Les référentiels de bonnes pratiques cliniques

Ces documents définissent les attitudes thérapeutiques par cancer et par stade. Ils président aux propositions de prise en charge émises par les RCP.

#### 3.1.1. Organisation

ONCOPL a validé un guide méthodologique de construction et d'actualisation des référentiels. Ce document permet au réseau régional de posséder une base objective dans sa stratégie de validation des documents produits.

L'ensemble des professionnels impliqués dans chacun des référentiels est invité à participer à ces travaux. Tout listing confondu, ONCOPL dispose d'un fichier de 1000 correspondants au sein des Pays de la Loire.

#### 3.1.2. Moyens

Un ETP de secrétaire est dédié à ce sujet pour convocation et organisation des réunions, mise en forme et diffusion des documents. Ce secrétariat initialement localisé au centre R. Gauducheau, a été relocalisé dans les locaux d'ONCOPL début 2006

#### 3.1.3. Résultats

Neuf référentiels de disciplines différentes, couvrant la très grande majorité des tumeurs solides, sont validés. Ils font tous l'objet d'une actualisation annuelle (**annexe n° 3**)

Au sein de chacun d'eux il a été identifié un référent « médicament » qui est en lien avec l'OMIT et a la charge d'intégrer ses recommandations.

#### 3.1.4. Prospective

L'INCa va diffuser des règles d'orientation permettant une amélioration de la qualité et une homogénéisation des référentiels entre eux.

### 3.2. Les Réunions de concertation pluridisciplinaire territoriales

Les RCP produisent les propositions de prise en charge thérapeutique qui seront soumises aux patients dans le cadre du dispositif d'annonce. Après validation de la proposition par le patient ce document devient le programme thérapeutique.

L'organisation et le fonctionnement des RCP répondent à un cahier des charges intégré dans les textes fondateurs d'ONCOPL. Les spécificités (quorum et structuration de la fiche RCP) de chaque RCP par thème (gynécologie, urologie, ...) sont définies dans les référentiels.

#### 3.2.1. Organisation

Chaque réseau territorial est responsable, en lien avec le 3C, de l'organisation des RCP. ONCOPL « labellise » ces réunions suivant le cahier des charges des RCP. Elles vont être progressivement gérées par le système d'information : inscription des dossiers, édition fiche RCP à partir du DCC, validation de la proposition de prise en charge par le médecin responsable de la RCP, validation du programme thérapeutique par le patient.

#### 3.2.2. Moyens

Comme détaillé au chapitre 2.4, ONCOPL finance les RT selon un principe forfaitaire de présentation des dossiers en RCP. Seule la première présentation du dossier en RCP fait l'objet d'un financement. Ce forfait comprend le coût de fonctionnement du RT et le coût d'indemnisation des participants.

En aval, les RT établissent un contrat de bonnes pratiques avec chaque participant à la RCP. Les contrats sont individuels pour les libéraux et de groupe pour les établissements. Chacun s'engage à présenter ses dossiers et suivre les recommandations d'ONCOPL en suivant une démarche d'évaluation. Les RT s'engagent à indemniser le contractant (en fonction de la dotation reçue, afin de bloquer tout effet inflationniste) selon un principe à la présence (moyenne de 3CS).

Les instances d'ONCOPL ont opté délibérément pour une politique de valorisation du temps passé en RCP de façon paritaire (public / privé) au motif principal que le réseau impose un surcroît important de mobilisation de temps médical en RCP. Il nous a paru risqué de ne pas le reconnaître. Le réseau poursuit ainsi une politique financière dont il importe d'évaluer la pertinence à terme. Comme nous l'avons évoqué ci-dessus, la mise en place de ces flux financiers a nécessité la réalisation d'une politique contractuelle à deux niveaux : entre le réseau régional et le réseau territorial (contrat d'activité et de moyens) et entre le réseau territorial et les professionnels ou les établissements de santé (contrat de bonnes pratiques). Ces contrats bordent les missions et les engagements de chacun. Cette politique représente **les fondations du réseau** :

- Contrat d'activité et de moyens : le réseau territorial est financé par le réseau régional selon un **principe de financement à l'activité de qualité**, c'est-à-dire au nombre de dossiers présentés en RCP et répondant aux critères qualité promus. Le DCC, et le SI au sens large, vont être amenés à jouer un rôle central dans cette allocation de moyens.
- Contrat de bonnes pratiques cliniques : les libéraux comme les établissements publics, pour leur présence en RCP, perçoivent des réseaux territoriaux les mêmes sommes pour les mêmes actes de présence. C'est le **principe de parité** voulu par le CA du réseau. Ce principe a permis selon nous de stabiliser la collaboration de professionnels de statuts différents autour d'une organisation commune dans un climat de strict égalité. Cela est vécu comme tel au sein du réseau par les participants. Ce principe souhaité par le conseil d'administration d'ONCOPL doit être, à notre avis, maintenu. Une attention spécifique doit être portée sur les affectations de moyens vers les établissements afin que le contrat soit strictement respecté. Actuellement le contrat laisse aux établissements la liberté d'utilisation de ces fonds à la condition qu'ils soient directement affectés à un déploiement du chapitre soins du Plan Cancer. Peu de praticiens hospitaliers souhaitent être rémunérés sur une plage additionnelle, mais cherchent davantage à utiliser ces moyens en aide concrète de temps professionnel pour le DCC et le fonctionnement des RCP.

Une réflexion globale devra être menée afin de mettre en cohérence l'ensemble des financements vers les établissements (réseau, 3C, dispositif d'annonce, soins de support).

A terme il est souhaitable que les flux financiers ne transitent plus par le réseau régional, tout en conservant les mêmes règles de financement. Il est en revanche essentiel que le réseau conserve son rôle d'évaluation justifiant la valorisation de l'activité des RCP par son système d'information.

### 3.2.3. Résultats

La liste des RCP labellisées par ONCOPL est présentée **annexe n°4**. Toutes les RCP reconnues par ONCOPL sont mentionnées en précisant le nombre de dossiers présentés ainsi que les moyennes de participants et de dossiers présentés pour chacune. Cette

annexe présente également le nombre de contrats de bonnes pratiques, établi par chaque réseau territorial.

A noter que le prévisionnel 2005 est dépassé. Nous avons prévu 8000 dossiers présentés en RCP, nous avons enregistré fin 2005, 11000 dossiers.

#### 3.2.4. Prospective

Affirmer que la très grande majorité des nouveaux cas de cancers soit présentée en RCP fin 2007 (environ 16.000) est désormais une cible réaliste. Ainsi nous serons en mesure de proposer à la plupart des patients cancéreux de notre région une proposition de prise en charge répondant aux meilleurs critères qualité en vigueur et évaluable.

### 3.3. Les Réunions de concertation pluridisciplinaire régionales

#### 3.3.1. Organisation

Fin 2005 une seule RCP régionale est reconnue par ONCOPL : l'oncologie pédiatrique. Cette dernière se tient toutes les semaines par visioconférence réunissant les services de pédiatrie des Pays de la Loire, sous l'animation des oncopédiatres des deux CHU

#### 3.3.2. Moyens

Un 0.5 ETP de secrétariat a été accordé début 2005 par ONCOPL à partir de la DRDR. Ce secrétariat est localisé au CHU de Nantes avec pour mission l'organisation de la RCP et le fonctionnement du DCC.

#### 3.3.3. Résultats – RCP pédiatrie

27 RCP se sont tenues en 2005. 337 dossiers ont été présentés dont 138 nouveaux dossiers. Les centres participant habituellement sont les CHU de Nantes et Angers avec la participation des centre Gauducheau et Paul Papin, des CH Le Mans, Cholet, La Roche sur Yon et St Nazaire.

Le DCC a été mis à la disposition de l'oncologie pédiatrique (pour trois types de tumeurs) en septembre 2005. 21 DCC ont été créés en octobre et novembre.

#### 3.3.4. Prospective

Fin 2006, tous les enfants atteints de cancer posséderont un DCC. La RCP sera intégralement gérée par le S.I. d'ONCOPL.

Le comité de pilotage du pôle régional a préconisé la création d'une RCP régionale pour les pathologies adultes sarcomateuses des os et des tissus mous. Cette RCP sera mise en œuvre début 2006.

Il est également préconisé de créer une RCP régionale centrée sur les techniques spécifiques de radiothérapie. Ce projet sera finalisé durant l'année 2006.

### 3.4. Les alternatives à l'hospitalisation

Depuis trois ans ce chapitre trouve une concrétisation dans l'action de chimiothérapie à domicile (mesure 41 du plan cancer). ONCOPL s'est efforcé de structurer, autour d'un projet commun, l'ensemble des acteurs, sans exclusion.

#### 3.4.1. Organisation – stratégie

De nombreux groupes techniques ont été créés afin de valider les protocoles et procédures de prise en charge :

- groupe d'experts oncologues
- groupe pharmaciens de PUI (pharmacie à usage intérieur)
- groupe « circuit du médicament » composé de pharmaciens de PUI, d'officine, de représentants des répartiteurs et des prestataires de service
- groupe IDE libérales
- groupes de travail harmonisation relations « prestataire – pharmacien »

Le réseau a validé des chartes d'engagement pour chaque corps professionnel participant. Ces chartes définissent les engagements réciproques entre le professionnel et le réseau. L'ensemble des documents est accessible sur le site du réseau (partie professionnels de santé / missions du réseau régional / chimiothérapie à domicile). Actuellement le réseau finalise un circuit du médicament intégrant la reconstitution centralisée. Le terrain évolutif de la réglementation rend ce sujet non encore stabilisé.

#### 3.4.2. Moyens

Chaque projet de chimiothérapie à domicile est porté par le réseau territorial avec ONCOPL comme co-promoteur. Les fonds sont attribués directement au réseau territorial, pour financement d'un infirmier coordinateur, d'un temps de secrétariat, de temps de formation et financement des professionnels (mesures dérogatoires définies dans les chartes)

#### 3.4.3. Résultats

Voir détails [annexe n°5](#)

En 2004 le réseau OCLE a porté l'expérimentation du projet. Cette expérimentation a fait l'objet fin 2005 d'une évaluation détaillée auprès des différents participants dont les patients ayant bénéficié du dispositif. Ce rapport d'évaluation est disponible sur le site du réseau.

Fin 2005 le réseau de Nantes a vu son dossier accepté pour extension à tout le département de la Loire Atlantique

#### 3.4.4. Prospective

Nos efforts se poursuivront selon trois axes :

- Finaliser le circuit du médicament en intégrant le principe de la reconstitution centralisée. Ce sujet est sensible, le réseau devant faire collaborer des partenaires qui historiquement n'ont pas une grande habitude de collaboration mutuelle.
- Déployer la chimiothérapie à d'autres réseaux territoriaux. L'appropriation de ce thème est inégale parmi les réseaux territoriaux. En 2006, deux autres RT pourraient être proposés pour déposer un dossier de financement, selon l'avancement de la mise en œuvre de la centralisation de chimiothérapie.
- Etendre à d'autres thématiques, tels que les soins de cancérologie au sens large (douleur, nutrition, maintien à domicile) et les surveillances alternées (cancer du sein, de la prostate). Nous espérons pouvoir durant l'année 2006 construire un projet portant sur la surveillance alternée. Ce déploiement semble atteignable pour 2007. Cependant il importe actuellement de se concentrer sur la chimiothérapie.

Le but est d'être en capacité de mobiliser au mieux l'importante ressource de professionnels libéraux, afin de mettre en œuvre une politique ambitieuse de soins à domicile, conciliant sécurité, professionnalisation des procédures, confort de prise en charge et libre choix du patient.

### 3.5. Le système d'information

Ce système a vocation à gérer l'ensemble de l'information clinique de cancérologie. Les outils utilisés sont :

- un site d'information professionnel et grand public
- une messagerie sécurisée
- un dossier communicant de cancérologie (DCC)

Le DCC est un projet ambitieux portant sur le long terme. Il consiste à standardiser l'ensemble de l'information médicale produite par la communauté professionnelle impliquée dans la cancérologie clinique en regroupant cette information sur un serveur accessible à tous les professionnels prenant en charge le patient, quelque soit son lieu d'exercice.

La condition du succès est l'exonération de la double saisie, impliquant l'interfaçage des logiciels d'établissements et de cabinets à la plate forme du DCC et possiblement à terme à une plate forme régionale.

#### 3.5.1. Organisation

La maîtrise d'ouvrage est assurée par le conseil d'administration d'ONCOPL. Ce dernier a confié la gestion du projet à la structure de coordination qui assure un rôle de maîtrise d'ouvrage déléguée. Cette coordination régionale s'appuie pour l'ensemble de ces travaux sur un comité de pilotage, qui se tient régulièrement depuis trois ans.

En phase de déploiement et d'utilisation du DCC, les réseaux territoriaux sont chargés de la mise en œuvre avec le soutien des centres de coordination en cancérologie (3C). Fin 2005, le chantier DCC a été consolidé par un cahier des charges proposé par l'INCa

#### 3.5.2. Moyens

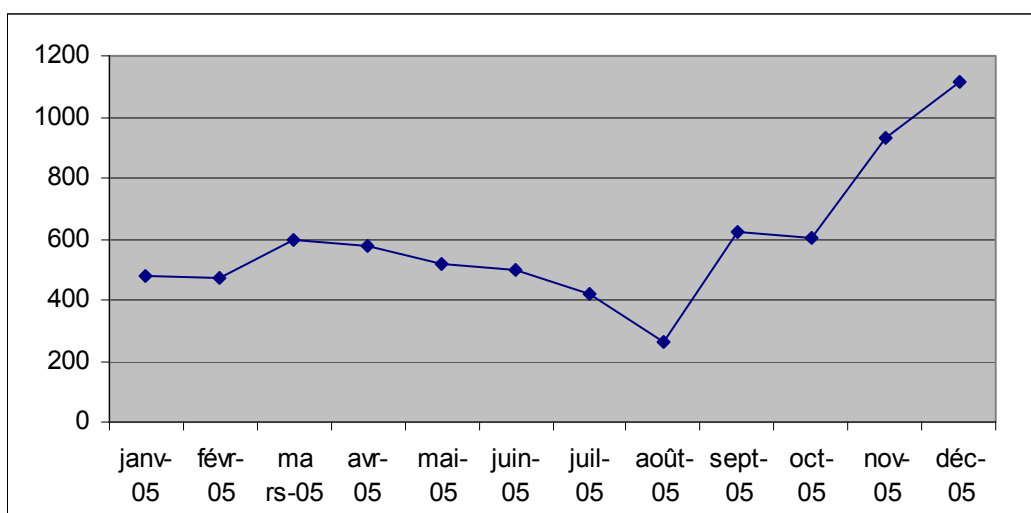
L'investissement est assuré depuis trois ans par l'Etat selon deux voies : le contrat de plan état – région et un financement FMEPSS. Ce dernier a été perçu en 2004, non reconductible, au titre du caractère expérimental de notre projet. Le conseil régional par le biais du CPER a financé des équipements.

La dotation régionale des réseaux (DRDR) assure le fonctionnement : chargé de missions de la structure de coordination (voir annexe n° 1) et contrat de maintenance avec notre maître d'œuvre.

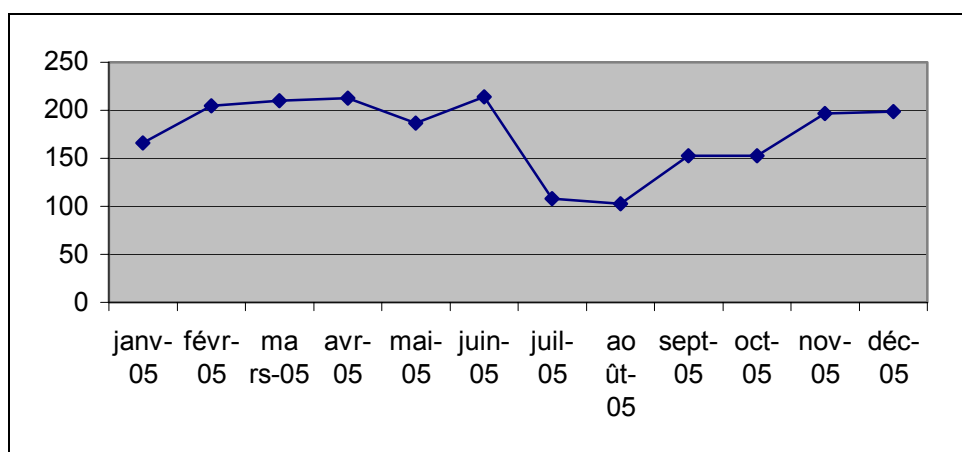
#### 3.5.3. Résultats - site web

Une partie grand public et une partie professionnelle sont accessibles. Toutes deux informent sur l'organisation des soins et comportent de nombreux liens.

Nombre moyen de connexions mensuelles à la partie « professionnels de santé » :



Nombre moyen de connexions mensuelles à la partie « grand public » :



Le site « grand public » est insuffisamment exploité. Il a fait l'objet d'une refonte complète avec le soutien actif des représentants d'utilisateurs. Cette nouvelle version a été mise en ligne en octobre 2005.

#### 3.5.4. Résultats - DCC :

- Structuration : actuellement le DCC est construit pour les pathologies thoraciques, digestives, gynécologiques et pédiatriques (néphroblastome, neuroblastome et tumeurs cérébrales)

Parallèlement le DCC s'inscrit dans un processus de prise en charge : déclaration de la tumeur, inscription en RCP, édition de la fiche RCP, rédaction de la proposition de prise en charge, validation du programme thérapeutique, déroulement du programme. Ce processus de prise en charge est en cours de finalisation fin 2005. Globalement le produit n'est pas encore définitivement stabilisé et fait l'objet d'amélioration grâce aux retours des testeurs.

- Utilisation : fin 2005 les DCC sont créés par double saisie et donc avec un surcroît de travail pour les professionnels expérimentateurs. Cependant des bonnes volontés ont émergé pour tester et lancer le processus DCC. Actuellement 150 DCC sont créés, malgré la double saisie, selon le processus recommandé.
- Etablissements interfacés

- ✓ Début 2006 : Quatre établissements seront opérationnels : Centre Catherine de Sienne, CH Le Mans, CHU de Nantes et le Centre René Gauducheau. Ils accéderont, début 2006, au DCC à partir de leur dossier d'établissement et verseront les données structurées recommandées ainsi que leurs compte rendus automatiquement.
  - ✓ 1<sup>er</sup> semestre 2006 : CHD La Roche sur Yon, Centre Etienne Dolet, Clinique Victor Hugo
  - ✓ 2<sup>ème</sup> semestre 2006 : ce programme n'est pas encore finalisé. Nous devons tenir compte du projet de plate forme régionale, projet en cours de cadrage
  - ✓ Les laboratoires d'anatomie pathologique : ils fournissent des informations diagnostique et pronostique essentielles. C'est le corps professionnel à qui le DCC demande le plus gros effort de structuration. Si les données des hôpitaux sont exportées via le SIH, celles des laboratoires privés le seront via leur logiciel métier. La négociation doit se tenir au niveau national par l'intermédiaire de l'INCa pour négocier avec ces éditeurs. Nous espérons fortement que ce travail aboutisse en 2006
- Gestion projet :
    - ✓ Comité de pilotage : trois comités se sont tenus durant l'année 2005
    - ✓ Comité opérationnel : il comprend les membres de la structure régionale de coordination. Le maître d'œuvre participe à un certains nombre de réunions. Il se réunit tous les mardis matin
    - ✓ Comité de suivi : il s'agit des réunions sur site avec les établissements en cours d'interfaçage. Il comprend des représentants médicaux et du service informatique de l'établissement et des représentants de la structure de coordination régionale
  - Evaluation : En 2005, avec l'aide de la société Kadris Consultants, nous avons élaboré un document d'une cinquantaine de pages définissant 126 indicateurs pour aboutir à des tableaux de bord. Ils font actuellement l'objet de spécifications avec Uni-médecine pour intégration au sein de notre SI. Ce dernier est appelé à devenir un outil central dans le pilotage du réseau

### 3.5.5. Prospectives

Les chantiers 2006 seront denses :

- Structuration du DCC à d'autres pathologies : l'ensemble des DCC de pédiatrie, d'ORL, d'urologie et des sarcomes seront construits
- Poursuite des travaux d'interfaçage : Il est indispensable sur un même territoire que l'ensemble des acteurs utilise le DCC, ce n'est qu'à cette condition qu'il deviendra un réel outil collaboratif, communicant. Pour ce faire, nous devons finaliser notre stratégie de déploiement par territoire et par RCP. Ce travail doit être mené en lien étroit avec nos tutelles afin de définir une stratégie de déploiement des interfaçages en pleine cohérence avec les travaux menés sur le dossier médical personnel et sur la plate forme régionale
- Intégration des anatomopathologistes : Il est nécessaire d'accompagner spécifiquement ces médecins dans la démarche DCC. Nous espérons vivement que les travaux de l'INCa sur la structuration des CR permettront aux éditeurs nationaux de mettre à la disposition de leur client des CR structurés homogènes, d'ici la fin 2006.
- Recrutement d'une ressource technique : l'importance et la complexité de construire les interfaçages et les faire évoluer nécessitera le recrutement d'1 ETP par ONCOPL

afin d'assurer ce chantier majeur. Il sera l'interlocuteur technique entre les établissements et le réseau

- Etendre vers les alternatives à l'hospitalisation : La mise en œuvre de la chimiothérapie à domicile impose de se centrer sur la construction du système d'information des alternatives à l'hospitalisation. Ce dossier de soins « établissement – domicile » intégrant la gestion du médicament est une évolution naturelle du DCC dans sa version actuelle.

### **3.6. Pôle régional**

En 2005, le directeur de l'Agence régionale d'hospitalisation a confié à ONCO-PL la mission de décliner concrètement les organisations nécessaires pour garantir l'accès aux soins de cancérologie complexes, hyperspécialisés et aux techniques innovantes telles que décrites dans la circulaire du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie.

Le réseau a promu un comité de pilotage afin de réaliser un état des lieux en soulignant les points forts et les points faibles. Ce comité s'est réuni à trois reprises les 22 juin, 27 septembre et 14 novembre. Cet état des lieux a abouti à un document de préconisations émis consensuellement par le comité de pilotage. Ces préconisations ont été remises au médecin inspecteur régional fin novembre 2005, afin de permettre une analyse de ce document et une inscription dans le SROS III.

### **3.7. Communication**

#### 3.7.1. Organisation

La politique de communication est un point essentiel du réseau, tant vers les professionnels que vers le public.

Elle repose actuellement sur trois concrétisations :

- Le site web d'information
- Une lettre d'information bi-annuelle diffusée à 2000 exemplaires
- L'organisation d'une journée régionale annuelle

#### 3.7.2. Moyens

Le budget communication repose sur la cotisation des membres de l'association ONCOPL, de dons reçus, de subventions de l'industrie pharmaceutique (pour l'organisation de la journée régionale) et pour une faible part sur la DRDR

#### 3.7.3. Prospective

Nous maintiendrons en 2006 les axes engagés. Il sera nécessaire de porter nos efforts vers le grand public, afin de faire connaître les grandes réorganisations promues par le plan cancer dans la prise en charge des malades (dispositif d'annonce, RCP, DCC, programme thérapeutique, soins de support). A court terme les malades doivent être en mesure de connaître et comprendre ces apports qualitatifs.

### **3.8. Les actions qui émergent**

#### 3.8.1. Dispositif d'annonce :

Le cahier des charges publié par l'INCa permet de mieux définir les axes de travail pour les professionnels et les responsabilités dévolues au réseau.

#### 3.8.2. Soins de support :

Etablissements de santé, 3C et RT devront s'impliquer dans la structuration et la coordination des soins de support. Le réseau régional soutiendra par son système d'information, le développement de la transversalité, notamment dans les liens établissement - domicile. Un projet pilote dans la prise en charge des tumeurs cérébrales devrait être porté par les RT concernés, impliquant outre les services de soins, les secteurs sociaux, la rééducation et réadaptation fonctionnelle, les établissements de soins de suite et hôpitaux locaux.

#### 3.8.3. Recherche clinique :

Sur recommandations de l'INCa, le réseau devrait jouer un rôle pour favoriser et promouvoir l'inclusion des malades dans des protocoles de recherche clinique. La mise en œuvre des études promues par le réseau est sous la responsabilité de l'INCa, du cancéropôle et des centres de recherche clinique habilités au niveau des Pays de la Loire, le réseau n'assurant que la diffusion de l'information et un rôle logistique de soutien.

#### 3.8.4. Dépistage

Le réseau participera par son système d'information aux campagnes de dépistage menées au niveau des Pays de la Loire. Il s'engage, en cas de diagnostic, à assurer un accès aux soins et à la RCP le plus rapide possible.

#### 3.8.5. Epidémiologie

La montée en charge du DCC et les informations qu'ils véhiculent va inévitablement imposer une réflexion sur les méthodes de recueil et de traitement des données épidémiologiques. Une réflexion est engagée avec le registre du cancer.

### **3.9. Les liens institutionnels**

#### 3.9.1. Institut national du cancer

L'INCa a été évoqué à plusieurs reprises dans ce rapport. Il devient pour le réseau l'élément incontournable qui structure l'action et la conforte. Des relations étroites ont été construites dans un climat d'écoute prometteur

#### 3.9.2. ARH – DRASS - URCAM

Nos financeurs régionaux ont su durant ces trois ans, promouvoir l'émergence du réseau. Des interlocuteurs disponibles ont été désignés tant auprès de l'ARH, de la DRASS que de l'URCAM entraînant une collaboration confiante

## **4. Commentaires**

La dynamique créée dans les Pays de la Loire est forte.

### **4.1. Organisation juridique**

L'organisation juridique repose actuellement sur le mode associatif. Il n'est pas certain que ce statut soit viable à long terme. L'importance des missions du réseau ainsi que ses financements doivent faire poser la question. A moyen terme le statut de Groupement de coopération sanitaire pourrait apparaître le plus à même de répondre aux défis posés aux réseaux de cancérologie.

### **4.2. Réseau territorial**

L'ensemble du territoire est désormais couvert par six réseaux territoriaux (RT). Il importera dans les deux ans, d'en homogénéiser leur rôle et leur impact, afin qu'ils soient en capacité de porter efficacement leur projet cancérologique de territoire. Il convient de souligner l'effort important fourni par tous les acteurs du territoire nantais pour aboutir fin 2005 à une seule entité territoriale.

### **4.3. Référentiels**

Fin 2005 l'intégralité des tumeurs solides (à l'exception des tumeurs rares) dispose d'un référentiel de bonnes pratiques cliniques. Ce fait illustre l'implication croissante du corps médical au sein de ces travaux afin de parvenir à des documents consensuels. En outre nous notons une participation croissante des professionnels au sein de chaque groupe de travail. Cette participation est la preuve de l'appropriation de ces documents.

### **4.4. RCP**

La croissance du nombre de dossiers présentés en RCP, entre 2003 (1273 dossiers) et 2005 (11119 dossiers), permet un triple constat :

- les réseaux territoriaux se sont pleinement emparés de cet objectif en comprenant parfaitement l'enjeu de cette organisation dans la qualité de la prise en charge des patients
- les professionnels se sont mobilisés en participant tant aux RCP qu'à tout un travail en amont, de conception des référentiels
- La politique incitative d'ONCOPL par sa revalorisation de l'acte RCP tant public que privé à travers une politique contractuelle clairement définie est un succès

Les RCP s'ancrent dans le processus de prise en charge du patient comme une étape garante de la qualité du parcours de soins. La mobilisation professionnelle qu'implique les RCP impose à ces dernières une réorganisation des plus fragiles, afin de tendre vers un dimensionnement propre à assurer la régularité des réunions et le respect du quorum avec un nombre suffisant de dossiers pour justifier la rémunération des professionnels. Cette réorganisation est en cours. Fin 2006 chaque RCP reconnue par ONCOPL répondra progressivement aux critères promus dans le cahier des charges des RCP.

En 2007 toutes les prises en charge initiales (environ 15000 cas) devront avoir été validées par une RCP reconnue par ONCOPL. Ces prises en charge devront faire l'objet d'une validation du programme thérapeutique par le patient avec remise d'un programme personnalisé de soins. Ces objectifs seront utilement confortés par les dispositifs d'annonce qui se mettront en place en 2006.

En conclusion, les résultats affichés en **annexe n°4** montrent le bien fondé de cette organisation en particulier le principe de financement paritaire à l'activité, qui apparaît efficient et incitatif.

#### **4.5. Alternatives à l'hospitalisation**

Le sujet de l'alternative à l'hospitalisation a considérablement progressé dans sa structuration. ONCOPL a été aidé par une évolution adaptée mais non finalisée de la réglementation en particulier pour ce qui concerne le circuit du médicament. Nous souhaitons insister dans cette synthèse sur la complexité du sujet qui oblige le réseau à s'investir sur des sujets plus techniques et financiers avec l'ensemble des professionnels du médicament.

L'intérêt porté sur ces sujets d'alternatives à l'hospitalisation par les réseaux territoriaux est variable. Contrairement aux RCP dont l'organisation et la mise en œuvre s'imposent à tous, nous pensons qu'en aucun cas ils ne doivent pouvoir être imposés aux RT. Ces derniers doivent demeurer maîtres de leur décision de profiter ou non de ce service organisationnel proposé par le réseau régional.

Nous devons souligner, comme en témoigne la participation aux séances de formation (**annexe n°5**) la très forte mobilisation libérale des infirmiers et pharmaciens, qui ont rapidement saisi la plus value que pouvait apporter le réseau à l'amélioration de la qualité de prise en charge de leur patient. L'évaluation des médecins généralistes et des IDE, réalisée au niveau du réseau OCLE, laisse supposer que cette organisation apporte un réel service aux professionnels libéraux ainsi qu'aux patients, qui ont exprimé une satisfaction encourageante.

#### **4.6. DCC**

Le dossier communicant de cancérologie est un sujet majeur. L'enjeu est la concrétisation d'une même et unique équipe de soins autour du patient cancéreux, composée de toutes ces complémentarités et dépassant les frontières habituelles. Cela passe par l'harmonisation de l'information produite par l'ensemble des professionnels et l'appropriation d'un outil commun de communication.

Les premiers dossiers sont créés. Cependant le DCC fin 2005 n'est pas encore totalement stabilisé et fait l'objet d'interactions entre les utilisateurs testeurs et la structure de coordination, dans une démarche constante d'amélioration. Le rythme de création des DCC s'accroîtra durant l'année 2006, dès les premiers établissements interfacés.

En dehors des difficultés inhérentes au projet lui-même, deux autres questionnements devront être surmontés. Le premier porte sur les liens avec Planet Santé, avec qui nous partageons le même maître d'œuvre. Les responsabilités dans la gestion des codes des professionnels sont insuffisamment définies, entraînant des doublons et des confusions. Le deuxième point concerne notre intégration au projet structurant de plate forme régionale de services informatiques. A la demande de nombreux membres de notre réseau, il est souhaité que le positionnement d'ONCOPL au sein de ce projet débouche sur un plein consensus en 2006. Cela conditionne notre stratégie d'interfaçage et donc de déploiement.

Enfin le DCC et son module d'évaluation sont construits pour devenir l'outil de pilotage du Réseau.

#### **4.7. Evaluation**

Nous voyons deux objectifs à une démarche d'évaluation :

- vérifier les résultats et la pertinence de l'organisation par rapport aux objectifs fixés
- mener une démarche d'amélioration des pratiques collaboratives par des évaluations ciblées

Grâce au système d'information nous serons en mesure de débiter en 2006 un pilotage précis du réseau grâce à des tableaux de bord. Cependant les ressources propres du réseau seront insuffisantes en terme logistique et méthodologique pour mener une véritable démarche d'amélioration des pratiques par l'évaluation. Nous entendons par pratique ce qui concerne les actions du réseau (participation aux RCP, suivi des référentiels, mise en œuvre et respect des PPS). Cette démarche passe par des évaluations ciblées médico-économiques et de satisfaction tant des professionnels que des usagers. Il est nécessaire prochainement d'étudier les conditions de réalisation de ces objectifs, à savoir mobilisation de nouvelles ressources internes au réseau ou sous traitance par des organismes extérieurs. Il nous paraît nécessaire de démarrer certaines actions en 2006.

Il est possible que l'INCa mette à disposition des réseaux régionaux des moyens pour réaliser ces objectifs.

## 5. Conclusion

Ce document a mis en valeur la plus value qu'apporte une organisation transversale structurée dans l'optimisation des services rendus tant auprès des usagers que des professionnels.

A travers les objectifs opérationnels qui ont été détaillés, ONCO Pays de la Loire poursuit deux objectifs fondamentaux :

- Garantir à tous les patients un parcours thérapeutique évaluable de qualité
- Faciliter, au sein de ce parcours, des soins de proximité en impliquant les professionnels libéraux

Depuis trois ans une dynamique s'est créée au sein d'un espace nouveau. Il permet un travail collaboratif, source de créativité et de cohérence.

**Composition de la coordination régionale**

- Médecin coordinateur  
Dr Hervé LACROIX (1 ETP hors DRDR)
  
- Chargée de missions médicale sur les alternatives à l'hospitalisation  
Dr Véronique BARBAROT (0.1 ETP DRDR)
  
- Chargée de missions administration S.I., construction - maintenance DCC, interfaçages, communication  
Solen PELE (1 ETP DRDR)
  
- Chargé de missions gestion des réseaux territoriaux, évaluation, interfaçages  
Pierre THIBAUT (1 ETP DRDR)
  
- Assistante de direction  
Marie Hélène MAUBOUSSIN (0.8 ETP DRDR)
  
- Secrétaire (référentiels de bonnes pratiques – gestion des annuaires et listings)  
Anita GUILMARD (1 ETP hors DRDR)

## Réseaux territoriaux

## Membres (personnes physiques et personnes morales) adhérant à chacune des assemblées générales

**Oncosarthe**

- Médecins : 163 dont 39 salariés et 124 libéraux dont 40 généralistes
- Pharmaciens : 0
- Infirmiers : 0
- Usagers : ligue contre le cancer 72
- Etablissements de santé : 10

CH LA FERTE BERNARD	56 av Pierre Brûlé	72400 LA FERTE BERNARD
CHIC MAMERS-ALENCON	Route de Meslé	72600 MAMERS
CH LE MANS	194 av Rubillard	72037 LE MANS CEDEX
CENTRE F. GALLOUEDEC	route de Changé	72250 PARIGNE L'EVEQUE
CENTRE MEDICAL G. COULON	1 rue du Dr Georges Coulon	72150 LE GRAND LUCE
CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL DU MANS	12 rue d'isaac	72016 LE MANS CEDEX 2
CLINIQUE DU TERTRE ROUGE	6 rue Guetteloup	72058 LE MANS CEDEX 2
CLINIQUE DU PRE	13 Avenue Laënnec	72018 LE MANS CEDEX 2
CLINIQUE VICTOR HUGO	9 rue Beauverger	72000 LE MANS
POLE SANTE SARTHE ET LOIR	route du Mans	72305 SABLE SUR SARTHE Cedex

**OCLE**

- Médecins : 148 dont 24 salariés, 124 libéraux dont 47 généralistes
- Pharmaciens : 29 libéraux
- Infirmiers : RILE (Réseau des infirmières Loire Estuaire)
- Usagers : Ligue contre le cancer 44
- Etablissements de santé : 8

POLYCLINIQUE DE L'EUROPE	33 Bd Université	44600	ST NAZAIRE
CENTRE HOSPITALIER	Bld R.Laënnec	44600	ST NAZAIRE
HOPITAL DU PAYS DE RETZ	ZAC La Chaussée	44210	PORNIC
HOPITAL LOCAL INTERCOMMUNAL DE LA PRESQU'ILE	av P.de la Bouexière	44354	GUERANDE CX
CENTRE MARIN	PEN BRON	44420	LA TURBALLE
POLE HOSPITALIER MUTUALISTE SAINT NAZAIRE	38 rue Pornichet	44600	ST NAZAIRE
SCP CED	22 rue E.Dolet	44600	ST NAZAIRE
CENTRE DE CONVALESCENCE LE BODIO		44160	PONTCHATEAU

## **Nantes-CCS**

- Médecins : 146, dont 0 salarié, 146 libéraux, dont 0 généraliste
- Pharmaciens : 2 dont 1 salarié
- Infirmiers : 0
- Usagers : 0
- Etablissements de santé : 7

Clinique Saint Augustin	78, rue Paul Bellamy	44 000 NANTES
Polyclinique de l'Atlantique	Avenue Claude Bernard	44 819 SAINT HERBLAIN
Nouvelles Cliniques Nantaises	4, rue Eric Tabarly	44 277 NANTES
Clinique Sainte Marie	Rue du Prieuré de Béré	44 110 CHATEAUBRIANT
Polyclinique du Parc	25, rue d'Arcole	49 300 CHOLET
Hôpital Intercommunal Sèvre et Loire	1 allée Alphonse Fillion Les Clouzeaux BP2222	44 120 VERTOUCHE
Centre Catherine de Sienne	2, rue Eric Tabarly	44 202 NANTES

## **ARCAM**

- Médecins : 225 dont 142 salariés, 83 libéraux dont 1 généraliste
- Pharmaciens : 0
- Infirmiers : Fédération nationale des infirmiers – département du Maine et Loire
- Usagers : Ligue contre le Cancer 49
- Etablissements de santé : 11

### **Etablissements publics**

Pôle Santé Sarthe et Loir	route du Mans	72305	SABLE SUR SARTHE Cedex
Centre Hospitalier du Haut Anjou	1 quai Georges Lefèvre	53204	CHÂTEAU GONTIER Cedex
Centre Hospitalier	Route de Fontevraud	49403	SAUMUR Cedex
Centre Hospitalier Universitaire	4 rue Larrey	49933	ANGERS Cedex 9
Centre Hospitalier	1 rue Marengo	49325	CHOLET Cedex

### **Etablissements privés**

Cliniques Bagneux et Fardeau	Site de Bagneux	85 rue du Pont Fouchar	49400	SAUMUR
Clinique de l'Anjou	3 sites	6 rue René Brémont	49044	ANGERS Cedex 9
Polyclinique du Parc		3 rue d'Arcole	49300	CHOLET
Clinique Saint Sauveur - H.A.D.A.R.		2 place Monseigneur Rumeau	49100	ANGERS
Clinique Saint Joseph		20 rue saint Léonard	49000	ANGERS

### **Etablissements privé reconnu d'utilité publique**

Centre Paul PAPIN		2 rue Moll	49933	ANGERS Cedex 9
-------------------	--	------------	-------	----------------

## Nantes Atlantique

- 42 médecins : 42 dont 25 salariés, 17 libéraux dont 10 généralistes
- Pharmaciens : 0
- Infirmiers : 27 libéraux
- Usagers : Ligue 44
- Etablissements de santé : 16

La Chimotaie	La Chimotaie	85610 CUGAND
Centre de Cure Médicale et de Convalescence	Le Bois Rignoux	44360 VIGNEUX DE BRETAGNE
Clinique St Augustin	78 rue Paul Bellamy	44000 NANTES
CHU	Place Alexis Ricordeau	44093 NANTES
Clinique Ste Marie	8 rue Prieuré de Béré	44110 CHATEAUBRIANT
Clinique Urologique Nantes Atlantique	avenue Jacques Cartier	44800 ST HERBLAIN
Polyclinique du Parc	3 rue d'Arcole	49300 CHOLET
Centre de Convalescence et Soins de Suite	Le Bodio	44160 PONTCHATEAU
Hôpital à Domicile	15 bd Meusnier de Querlon	44000 NANTES
Centre Hospitalier	75 avenue d'Aquitaine	85100 LES SABLES D'OLONNE
Ligue Nationale Contre le Cancer	12 rue Maréchal Joffre	44000 NANTES
Centre Hospitalier Loire Vendée Océan	bd Est	85300 CHALLANS
centre Hospitalier	9 rue Verdun	44 100 CHATEAUBRIANT
Hôpital Intercommunal Sèvres et Loire	1 allée Alphone Fillion - le Clouzeau BP 2222	44122 VERTOUCED
Clinique Jules Verne	2-4 route Paris	44300 NANTES
Centre René Gauducheau	bd Jacques Monod	44800 SAINT HERBLAIN
Clinique Jeanne d'Arc	21 rue des martyrs	44100 NANTES

## Oncovendée

- Médecins : 59 dont 38 salariés et 21 libéraux dont 1 généraliste
- Pharmaciens : 4 dont 2 salariés
- Infirmiers : 6 dont 2 salariés et 4 libéraux
- Usagers : 2 (Ligue contre le cancer 85)
- Etablissements de santé : 6

CH COTE DE LUMIERE	75, avenue Aquitaine	85100 LES SABLES D'OLONNE
CLINIQUE DU VAL D'OLONNE	Le Pas du Bois – BP 40	85118 CHATEAU D'OLONNE Cedex
C.H. LOIRE VENDEE OCEAN	Bd Guérin – BP 219	85300 CHALLANS
CENTRE HOSPITALIER	40, rue Rabelais	85200 FONTENAY LE COMTE
GRUPE 3H CLINIQUE SAINT-CHARLES	11, Bd René Levesque – BP	85016 LA ROCHE SUR YON
CHD (multisites)		85925 LA ROCHE SUR YON CEDEX

### **Réseau 53**

- Médecins : 22 dont 8 salariés et 14 libéraux
- Pharmaciens : NC
- Infirmiers : NC
- Usagers : NC
- Etablissements de santé : 4

CENTRE HOSPITALIER	rue du Haut-Rocher	53015 LAVAL
CH NORD MAYENNE	BP 102	53103 MAYENNE
POLYCLINIQUE DU MAINE	108 av des Français libres	53000 LAVAL
CENTRE MALLET PROUX	4 av des Français libres	53000 LAVAL

## Réunions référentiels 2004 et 2005

Spécialités	Dates des réunions	Nombre de médecins convoqués	Nombre de médecins présents
Sein/gynécologie	1 <sup>er</sup> octobre 2004	200 médecins	37 médecins
	03 décembre 2004		
	7 octobre 2005	200 médecins	50 médecins
Digestif	03 décembre 2004		
	13 janvier 2005	170 médecins	20 médecins
Thorax	03 décembre 2004		
	22 mars 2005	100 médecins	23 médecins
	22 novembre 2005	100 médecins	
ORL	28 janvier 2004	88 médecins	27 médecins
	03 décembre 2004		
Urologie	03 décembre 2004		
	22 juin 2004	93 médecins	22 médecins
Neurologie	13 septembre 2004	68 médecins	12 médecins
	31 janvier 2005	68 médecins	12 médecins
Endocrinologie	17 juin 2005	114 médecins	25 médecins
	1 <sup>er</sup> décembre 2005	114 médecins	

## Activités RCP

### 1 - Bilan des trois années d'exercice

Les trois tableaux suivants comptabilisent les RCP réalisées ainsi que le nombre de dossiers validés. Un dossier validé est un dossier présenté au sein d'une RCP reconnue par ONCOPL, avec respect du quorum et fiche RCP renseignée

#### Exercice 2003 :

	ONCOSARTHE		OCLE		NANTES-CCS		ARCAM		TOTAL	
	doss validés	nb RCP	doss validés	nb RCP	doss validés	nb RCP	doss validés	nb RCP	doss validés	nb RCP
gynéco	52	17	167	41	67	5	182	12	468	75
thorax	34	11	31	10	44	3	157	22	266	46
digestif	98	15	180	25	24	2	97	11	399	53
urologie	51	8							51	8
ORL	72	9	17	4					89	13
dermato										
<b>TOTAL</b>	<b>307</b>	<b>60</b>	<b>395</b>	<b>80</b>	<b>135</b>	<b>10</b>	<b>436</b>	<b>45</b>	<b>1273</b>	<b>195</b>

#### Exercice 2004 :

	ONCOSARTHE		OCLE		NANTES-CCS		ARCAM		NANTES-		ONCO VENDEE		UCPO 53		TOTAL	
	doss validés	nb RCP	doss validés	nb RCP	doss validés	nb RCP	doss validés	nb RCP	doss validés	nb RCP	doss validés	nb RCP	doss validés	nb RCP	doss validés	nb RCP
gynéco	229	58	192	32	563	17	571	39	237	16	49	15	NA	1841	177	
thorax	115	37	26	4	82	10	230	37	59	8	10	13		522	109	
digestif	302	73	129	13	261	20	515	39	108	16	162	24		1477	185	
urologie														0	0	
ORL	153	48	57	11	63	21	0	1	41	7	7	2		321	90	
dermato	48	14							152	13				200	27	
<b>TOTAL</b>	<b>847</b>	<b>230</b>	<b>404</b>	<b>60</b>	<b>969</b>	<b>68</b>	<b>1316</b>	<b>116</b>	<b>597</b>	<b>60</b>	<b>228</b>	<b>54</b>		<b>4361</b>	<b>588</b>	

**Exercice 2005 :**

		ONCOSARTHE		OCLE		NANTES-CCS		ARCAM		NANTES-ATLANT		ONCO VENDEE		UCPO 53		TOTAL	
		doss validés	nb RCP	doss validés	nb RCP	doss validés	nb RCP	doss validés	nb RCP	doss validés	nb RCP	doss validés	nb RCP	doss validés	nb RCP	doss validés	nb RCP
gynéco	public	222	44	102	26	793	19	861	49	671	47	263	46	0	10	3174	285
	privé	93	21	169	23												
thorax	public	179	45	15	19	132	13	164	36	217	46	97	46	33	9	899	237
	privé			62	23												
digestif	public	165	37	36	9	370	22	712	48	439	64	276	45	99	12	2826	328
	privé	212	38	221	23							296	30				
urologie	public	79	18	204	46			752	41	409	50	325	44	141	14	2590	257
	privé	343	21	337	23												
ORL	public	60	42	85	22	84	22	222	48	259	82	76	24			929	261
	privé	143	21														
dermato		60	20					50	16	443	43					553	79
neurologie								80	24	68	11					148	35
<b>TOTAL</b>		<b>1556</b>	<b>307</b>	<b>1231</b>	<b>214</b>	<b>1379</b>	<b>76</b>	<b>2841</b>	<b>262</b>	<b>2506</b>	<b>343</b>	<b>1333</b>	<b>235</b>	<b>273</b>	<b>45</b>	<b>11119</b>	<b>1482</b>

**2 – %de dossiers validés/nombre total de dossiers transmis, toutes RCP confondues**

ONCOSARTHE	OCLE	NANTES-CCS	ARCAM	NANTES-ATLANT	ONCO VENDEE	UCPO 53
90.4	89.3	77.5	93.1	93.8	91.1	70.5

### **3 - Moyennes de dossiers présentés et du nombre de participants par RCP en 2005**

		ONCOSARTHE		OCLE		NANTES-CCS		ARCAM		NANTES-ATL		ONCOVENDEE		UCPO 53	
		doss présentés	nombre particip	dossiers présentés	nombre particip	dossiers présentés	nombre particip	dossiers présentés	nombre particip	dossiers présentés	nombre particip	dossiers présentés	nombre particip	dossiers présentés	nombre particip
gynéco	public	5,4	6,6	3,9	5,6	57,6	7,3	19,8	8,8	15,2	6,7	6,2	5,6	5,8	2,1
	privé	7,0	6,2	10,1	6,0										
thorax	public	4,7	10,4	1,3	6,3	13,9	10,2	6,0	11,6	5,2	8,4	3,4	6,9	4,2	4,0
	privé			3,7	4,4										
digestif	public	5,0	7,2	5,6	6,3	17,7	8,3	14,8	14,2	7,3	11,2	6,6	9,4	11,3	6,2
	privé	6,1	6,5	10,0	8,4							10,5	8,7		
urologie	public	5,1	4,6	4,4	4,2			18,6	7,1	8,2	8,0	7,4	5,1	11,1	3,0
	privé	16,3	5,1	15,3	6,3										
ORL	public	1,5	4,5	4,5	4,5	5,2	6,6	4,9	3,7	4,0	5,5	3,5	5,5		
	privé	6,8	7,7												
Dermatologie		3,3	5,4					4,6	6,5	10,3	6,5				
Neurologie								3,5	5,1	6,2	5,4				

Ce tableau a comptabilisé les dossiers présentés (validés ou non)

Les RCP se tiennent toutes les semaines ou toutes les deux semaines. Ce critère n'apparaît pas sur ce tableau. Les RCP se tenant toutes les deux semaines ont donc tendance à avoir des rapports plus élevés. Les RCP ayant un rapport bas de dossiers par rapport à l'ensemble régional, devront proposer à terme une nouvelle organisation.

### **4 - Nombre de contrats de bonnes pratiques signés au sein des réseaux territoriaux au 31 décembre 2005 :**

	ONCOSARTHE	OCLE	NANTES-CCS	ARCAM	NANTES-ATLANT	ONCO VENDEE	UCPO 53	TOTAL
médecins libéraux	63	45	78	61	21	27	0	295
praticiens hospitaliers	64	22	0	84	104	45	0	319
<b>TOTAL</b>	<b>127</b>	<b>67</b>	<b>78</b>	<b>145</b>	<b>125</b>	<b>72</b>	<b>0</b>	<b>614</b>

Pour les PH, les contrats ne sont pas individuels mais par établissement. Néanmoins, les PH qui s'engagent à participer régulièrement suivant les mêmes engagements que pour les contrats de libéraux sont nommément désignés dans le contrat de leur établissement, c'est donc ce chiffre qui apparaît dans le tableau.

## Chimiothérapie à domicile

### ▪ Information / Formation des professionnels de santé

	<b>Saint-Nazaire</b>	<b>Nantes</b>
Information préalable à la mise en œuvre	<b>200 participants</b> IDE+MG+Pharm. officine 24 et 31 janvier + 12 juin 2004	<b>147 participants</b> IDE + MG 14 et 29 nov. 2004
Formation spécifique des pharmaciens d'officine	<b>117 participants</b> (28 sept. et 11 oct. 2004)	<b>400 participants</b> (6 et 15 déc. 2004)
Réunion-bilan avec les professionnels impliqués	<b>77 participants</b> (6 oct. 2005)	

- **Nombre de chartes signées par les professionnels de santé au niveau d'OCLE depuis le début du projet : 258**
  - 116 IDE
  - 102 pharmaciens
  - 40 médecins généralistes
  
- **Nombre de patients pris en charge au domicile pour les 18 premiers mois d'activité d'OCLE : 127.**
- **Nombre de cures : 395**