



Oncobretagne – CEM  
Avenue de la Bataille Flandres Dunkerque  
CS 44 229  
35 042 Rennes Cedex

Tel : 02.99.25.32.75  
Fax : 02.99.25.30.12  
[secretariat@oncobretagne.fr](mailto:secretariat@oncobretagne.fr)

---

# Rapport moral et d'activité

---

Rapport 2013  
et  
Activités prévisionnelles 2014

---

JUIN 2014

## SOMMAIRE

### Rapport moral : le mot du président

### Chapitre 1 : Structuration du réseau

Les instances de l'association .....	8
La cellule de coordination.....	8
Les membres du réseau .....	9

### Chapitre 2 : Missions : réalisations 2013

#### **La promotion – l'amélioration de la qualité en cancérologie et la promotion de la formation**

Les référentiels de pratiques (thésaurus).....	11
La diffusion des référentiels .....	13
Les outils qualité des réunions de concertation pluridisciplinaire.....	14

#### **La promotion d'outils de communication communs**

Le dossier communiquant en cancérologie .....	17
La visioconférence .....	18
Oncobretagne et Internet .....	19

#### **L'information des professionnels et des patients**

Les informations dédiées aux patients et à leurs proches.....	21
Les informations sur l'offre de soins régionale .....	21
La communication, mutualisation .....	22

## **Aide à la formation continue des professionnels de sante**

Actualités et controverses : cancers gynéco-séno 2013 .....	23
2 <sup>ème</sup> journée du Pôle Régional de Cancérologie 2013.....	23
Formations ponctuelles par Oncobretagne.....	23
Formation assurée pour les réseaux territoriaux .....	24

## **Recueil de données et évaluations des pratiques**

Connaissance et recueil des données .....	26
Evaluation de la qualité des pratiques en cancérologie.....	27

## **Coordination régionale opérationnelle**

Au niveau régional .....	31
Au niveau interrégional.....	34

## **Autres**

Représentation ou participation à des réunions diverses .....	35
Demandes d'avis/expertises/sollicitations émanant de l'ARS .....	36

## Chapitre 3 : Activités prévisionnelles 2014

Des objectifs prioritaires étaient proposés pour 2012-2013 .....	37
La promotion et l'amélioration de la qualité en cancérologie.....	38
La promotion d'outils de communication communs .....	38
L'information des professionnels et des patients.....	39
L'aide à la formation continue des professionnels .....	39
Le recueil de données et l'évaluation .....	40
La coordination régionale opérationnelle .....	40
Autres projets .....	40

## Conclusion

## Annexes

Annexe I : Composition des instances 2010-2013
Annexe II : Liste des établissements adhérents en 2013
Annexe III : Les RCP en Bretagne en 2013
Annexe IV : Programme de la 2 <sup>ème</sup> journée du Pôle Régional de Cancérologie 2013
Annexe V : Fiche méthodologique de l'enquête sur l'état des lieux de la remise du PPS en Bretagne
Annexe VI : Résumé de l'étude sur la prise en charge des sarcomes
Annexe VII : Plateforme de télésanté Bretagne – Export des données
Annexe VIII : Charte régionale des RCP (version 2013)
Annexe IX : Circulaire sur l'indemnisation des médecins participants aux RCP

## **Avertissement**

***Ce rapport d'activité, pas plus que les précédents, N'EST PAS celui de la cellule de coordination du réseau régional de cancérologie de Bretagne mais celui de ses membres fait au nom ou pour Oncobretagne.***

***Ce rapport est donc avant tout le leur.***

***Qu'ils soient ici remerciés pour leur implication toujours renouvelée depuis la création du réseau.***

## RAPPORT MORAL : LE MOT DU PRESIDENT

Le calme "après" la tempête ??

L'année écoulée a été difficile, hésitante...

Le rapport Vernant avait jeté le doute sur les réseaux régionaux et leur pérennité.

L'ensemble des régions ont défendu cet acquis avec l'aide des ARS et finalement notre mission se poursuit avec quelques "retouches".

Il nous faut d'une part "renouer" des liens et une cohésion avec l'INCA, et nous attendons donc non pas tant une feuille de route qu'un calendrier de réunions pour discuter des missions et de leurs applications mais aussi des résultats de notre travail. Cela s'est fait dans le passé, mais depuis 2-3 ans, l'INCA nous demandait surtout des tableaux de bord...

Surtout, il faut organiser les "effecteurs locaux" pour application des missions.

Si d'autres régions ont eu l'impression d'être devant "une montagne", nous avons la chance en Bretagne d'avoir un "tissu" local bien établi. Alors bien sûr il faudra répondre aux nouvelles exigences HAS/DGOS/INCA car à chaque plan il faut ses particularités.

Nous avons commencé à discuter avec notre ARS et nos "réseaux" sectoriels et nous attendons là une feuille de route pour les 4-5 ans à venir, afin d'organiser le travail au mieux des possibilités et des particularités de chaque secteur en essayant de conserver au mieux une certaine homogénéité pour permettre un travail commun de qualité.

Les dénominations changeront peut-être, l'organisation se modifiera certainement, des expériences sur plusieurs échelles verront certainement le jour et nous nous engagerons auprès des acteurs à chaque fois que les exigences des textes mais aussi les nôtres seront respectées.

Il nous faut aussi tisser des liens avec le cancéropôle afin de faire correspondre autant que possible recherche fondamentale et quotidien de la cancérologie.

Ce qu'il nous faut encore défendre ou soutenir car ce sont des piliers de l'organisation bretonne, ce sont l'UCOG et le pôle régional.

Chaque structure a des missions bien définies mais là encore c'est une particularité de la Bretagne.

Le réseau régional est et ne veut rester qu'un outil fédérateur et accompagnateur et il a besoin, pour remplir ses missions, de tous les acteurs selon le maillage réalisé qui donne satisfaction à la majorité.

Les euros qui nous sont à tous confiés me semblent utilisés du mieux possible et la vitalité d'OncoBretagne, de ses rapports, de ses études, de ses journées, de ses thésaurus en témoigne...

Bien sûr, le 3ème plan cancer a comme vœu que les acteurs de premier recours deviennent les interlocuteurs des effecteurs locaux.

C'est une vision, mais je reste persuadé que pour nous tous, le patient reste notre souci principal. Lui offrir le meilleur traitement avec les meilleurs équipes, une plus grande opportunité de pouvoir participer à des essais thérapeutiques, bénéficier de toutes les aides et annonces possibles restent nos objectifs principaux. Que cela puisse passer par ses acteurs de premier recours est une bonne chose, mais l'essentiel est que le patient y ait accès.

Plus spécifiquement breton, notre médecin coordinateur prend ses marques et bien, s'implique fortement. Nous sommes en voie de finalisation de l'avenir de notre cellule de coordination et je suis sûr que nous trouverons les solutions pour garder nos acteurs actuels. Que les peurs de la pérennité des réseaux ne fassent pas reculer les courroies entre ARS et nous-mêmes sur des questions de financement...

Terminons par 2 hommages :

Le premier à Catherine Bohec, partie "naviguer" sous d'autres cieux, avec d'autres commandants mais qui n'est jamais loin de nous et d'un bon conseil à chaque fois que la nécessité s'en fait sentir... L'amiral, l'équipage et le nouveau capitaine font de leur mieux pour poursuivre son action de coordination dans ce réseau fédérateur.

Le second, enfin, à Laurence Le Royer, une amie fidèle du réseau depuis ses débuts et qui s'était battue pour notre existence et notre indépendance, pour qui je ne peux qu'avoir une pensée en concluant ce mot. Elle pouvait être excessive, mais c'était par passion et souvent la passion fait avancer au-delà des clivages et des tiédeurs.

Dr Erik Monpetit  
Président  
Oncobretagne

# Structuration du réseau

---

## Les instances de l'association

Le bureau s'est réuni en février 2013, le conseil d'administration en novembre 2013 et enfin l'assemblée générale a eu lieu en novembre 2013.

Un renouvellement du conseil d'administration est prévu en 2014.

La reconnaissance des réseaux régionaux de cancérologie (RRC) est une compétence de l'Institut National du Cancer (INCa) en articulation avec les agences régionales de santé (ARS), une mise à jour des statuts peut être à envisager avec l'introduction de nouvelles institutions qui n'existaient pas lors des premiers statuts (URPS, ARS..) et/ou changement complet de la forme juridique (GCS ; antenne d'une autre structure).

---

## La cellule de coordination

La cellule de coordination, composée depuis 2003 de 2 personnes (1,75 ETP), s'est étoffée en 2010. L'année 2013 a été marquée par le renouvellement de l'équipe avec en particulier le départ de son coordinateur, le Dr Catherine BOHEC, pilier fondateur d'ONCOBRETAGNE.

### Un médecin coordinateur

---

La coordination médicale du réseau régional est assurée par le Dr Catherine BOHEC, médecin de santé publique à temps plein, présente dès la mise en place d'Oncobretagne.

Amenée à prendre d'autres fonctions au Centre Eugène Marquis, un appel à candidature a été lancé en septembre 2013 et son successeur, le Dr Michel SLIM, Médecin ORL, a été recruté. Il assurera ses fonctions à compter du 1<sup>er</sup> avril 2014 sur la base d'un 80%. Dr Slim a quitté ses fonctions le 15 septembre 2014. Un nouveau médecin coordinateur sera recruté à 100 % à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2014.

### Changement de profil d'ingénieur qualité pour un chef de projet méthodologiste

---

Depuis 2010, un Ingénieur qualité intervenait au sein de la cellule de coordination à ½ temps puis à ¾ temps ensuite. L'année 2013 a été marquée par des évolutions de personnel. Mme Morgane KERMARREC a été recrutée sur la base d'un 80% dès avril 2013 sur un poste de chef de projet méthodologiste. Au vu de la charge de travail et des projets engagés, son poste a évolué en mars 2014 vers un 100%.

## Un secrétariat

---

Le secrétariat d'Oncobretagne est assuré par Mme Hélène GAREL, assistante de coordination à temps partiel (0,75 ETP), pilier du réseau depuis dix ans, personne indispensable s'il en est de part son professionnalisme et ses qualités humaines. Pendant son absence, l'intérim a été assuré par Mme Pascale LE MASSON à hauteur de 0.5 ETP.

---

## Les membres du réseau

Les membres du réseau Oncobretagne comprennent :

- des établissements,
- des réseaux territoriaux de cancérologie,
- des réseaux de spécialités,
- des groupes professionnels impliqués en cancérologie,
- La coordination bretonne de soins palliatifs,
- des représentants de patients,
- des adhérents à titre individuels (médecins spécialistes d'organe, oncologues, pharmaciens de ville, infirmières libérales etc...)

**Il est à noter que les adhésions recensées ici sont totalement indépendantes** de celles des réseaux territoriaux de cancérologie qui ont leurs propres adhérents.

Environnement			
<b>Membres - typologie (en nombre)</b>	Habitants	2 994 320	Estimation INSEE 2005 (omphale)
	Superficie	27208 km <sup>2</sup>	
	Mb du RRC	<b>Total régional</b>	
Centres Hospitalo-Universitaires	2	<b>2</b>	(total régional fourni par l'INCa = établissements ayant une activité cancérologique)
Centres de Lutte Contre le Cancer (CLCC)	1	<b>1</b>	
Centres Hospitaliers (CH) autorisés	15	<b>15</b>	
Centres Hospitaliers (CH) PSPH autorisés	5	<b>7</b>	
PSPH autorisés	4	<b>4</b>	
PSPH	2	<b>2</b>	
Cliniques autorisées	19	<b>19</b>	
Cliniques	1	<b>1</b>	
Centres de radiothérapie du secteur libéral	3	<b>3</b>	
Réseau Régional Oncopédiatrie	1	<b>1</b>	
Autres Réseaux Oncologiques de spécialité	4	<b>4</b>	
Réseaux de cancérologie	7	<b>7</b>	
Associations de patients/usagers	5		
Adhésions individuelles	101		
Autres (à préciser)	les associations de dépistage, groupes professionnels paramédicaux, coordination bretonne de soins palliatifs		Dont les comités départementaux de la ligue contre le cancer

La liste des établissements adhérents en 2013 est présentée en annexe II.

*L'ensemble des établissements autorisés au traitement du cancer adhérent au réseau régional.*

## La promotion - l'amélioration de la qualité en cancérologie et la promotion de la formation

### LES REFERENTIELS DE PRATIQUES (THESAURUS)

#### Gynécologie - Sénologie

---

Le thésaurus sur le cancer du sein non métastatique a été revu en 2010, celui sur les cancers gynécologiques en 2011. Une mise à jour est prévue en 2014, suite à l'appel à candidature ainsi qu'à la constitution des groupes en 2013, la mise à jour de ces deux thésaurus est prévue au dernier trimestre 2014.

#### SNOB (Société de Neuro-Oncologie Bretonne)

---

Elle a mis à jour son thésaurus sur les tumeurs cérébrales en 2011, ce dernier sera probablement remis à jour en 2014.

#### GROUM (GRoupe OUest Mélanome)

---

Il a mis à jour et diffusé son thésaurus en octobre 2013 pour une validité affichée jusqu'en 2014.

#### Réseau régional de cancérologie digestive

---

Ce réseau a mis à jour son thésaurus en septembre 2009 et a bénéficié de relectures en fin 2009. Il a été diffusé en 2010 (tenant compte des recommandations nationales de bon usage publiées en début 2010). Une mise à jour a été faite à l'automne 2012 avant sa validation et sa diffusion au premier trimestre 2013. Une nouvelle mise à jour est prévue fin 2014 à l'occasion de la réunion du réseau de cancérologie digestive.

## ABCT (Association Bretonne de Cancérologie Thoracique)

---

Elle a effectué une mise à jour en décembre 2008 de son thésaurus qu'elle a retravaillé chaque année depuis les recommandations. Dans le cadre d'un travail proposé par l'association des coordinateurs de réseaux (ACORESCA), l'ABCT va revoir le référentiel inter-régional (RIR) au 3<sup>ème</sup> trimestre 2014, la finalité étant la réalisation d'un référentiel national qui sera transmis à l'INCa.

## Urologie

---

Lors de la réunion qui s'est déroulée en 2004 (23 participants), il a été décidé que le référentiel de l'AFU servirait de base au thésaurus breton sur la prise en charge des tumeurs de la prostate. Une page Internet a été spécifiquement créée. Le référentiel de l'AFU y est accessible.

## COPOB (Pharmacie)

---

Le référentiel extravasation a été travaillé en 2008 avant sa validation en 2010.

## ORL

---

Un appel à candidatures pour la réécriture des chapitres du thésaurus a ainsi été lancé à la fin du premier semestre 2013. Les groupes par localisation travaillent depuis la rentrée 2013. Leurs propositions circulent dans les différentes RCP, une réunion de validation avant la diffusion du thésaurus est prévue en octobre 2014.

## Au total

*En 2013, en accord avec les recommandations nationales et grâce aux groupes régionaux mis en place par Oncobretagne ou grâce aux travaux engagés par les associations existantes membres d'Oncobretagne et reconnues par son conseil scientifique comme référentes dans leurs domaines, la plupart des localisations sont couvertes par un thésaurus avec des chantiers de mise à jour en cours :*

- **Appareil digestif** : mise à jour en 2012, il a été diffusé en avril 2013 pour tenir compte des référentiels nationaux parus, nouvelle mise à jour prévue en 2014.
- **Appareil neurologique** : mise à jour en 2011.
- **Appareil thoracique** : mise à jour en 2008, mise à jour prévue en 2014.
- **Dermatologie-Mélanome** : mise à jour en 2013, validité jusqu'en 2014.
- **Gynécologie** : revu en mai 2011, révision en cours, validation prévue 3<sup>ème</sup> trimestre 2014.

- **ORL** : révision lancée en 2013, validation prévue en octobre 2014.
- **Sénologie** : mise à jour en mai 2010, révision en cours, validation 3<sup>ème</sup> trimestre 2014.

- **Urologie** : référentiel AFU (prostate)
- **Hématologie** : les référentiels de la Société Française d'Hématologie sont accessibles en ligne pour les hématologues.
- **Pédiatrie** : les référentiels choisis sont ceux de la Société Française de Pédiatrie. Ils sont accessibles à partir des pages internet du réseau régional d'Onco-Hémato Pédiatrie de l'Ouest (Réseau POHO), hébergées par le site Oncobretagne.fr
- **Molécules onéreuses** : référentiel OMIT Bretagne- Pays de Loire (maintenant nommé « Observatoire dédié au cancer Bretagne – Pays de Loire ») pour les molécules qu'il suit, complété des recommandations nationales.

## LA DIFFUSION DES REFERENTIELS

### Les référentiels régionaux

---

La diffusion des référentiels régionaux est assurée d'un commun accord avec les 3C (non comptées les diffusions complémentaires que peuvent assurer les 3C) :

- **Par courrier : un document relié est adressé aux 3C.**
- **Par mail : l'information sur la possibilité de téléchargement est adressée aux membres des RCP.**

En accord avec le bureau de l'association, la diffusion se fait maintenant par mail, l'envoi papier ne se faisant que sur demande. Une mail liste des médecins inscrits en RCP est ainsi progressivement constituée.

- **Par l'intermédiaire du site internet du réseau régional**

### Les référentiels nationaux

---

Elle est assurée par une annonce/alerte en page d'accueil du site internet et insertion d'un lien permettant le téléchargement dans la rubrique « ad hoc » en accès libre.

Enfin, toute parution d'un référentiel national est mentionnée (avec un lien permettant de le télécharger).

Par ailleurs, depuis 2012, un mail est adressé aux médecins membres des RCP concernées signalant la publication, donnant le lien direct pour la télécharger et proposant, en cas de recommandation INCa, d'adresser le document original (commandes groupées par Oncobretagne auprès du service info-com de l'Institut).

# LES OUTILS QUALITE DES REUNIONS DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE

## Recensement et généralités

Les RCP en Bretagne sont gérées par les Centres de Coordinations en Cancérologie = 3C (missions assurées par les réseaux territoriaux) qui en assurent l'organisation, le secrétariat et l'évaluation.

L'année 2009 avait enregistré la fusion du 3C de l'IRCR - Institut Régional de Cancérologie de Rennes (IRCR) - avec la cellule d'organisation des RCP du réseau Oncorennes qui gérait les RCP privées du secteur sanitaire 5 pour devenir le « 3C Oncorennes » assurant ainsi le rôle de cellule de coordination en cancérologie de l'ensemble du secteur 5.

En fin d'année 2012, le réseau Oncorennes a été dissout. Le « 3C Oncorennes » est alors devenu « 3C Onco5 » regroupant toutes les RCP du territoire de santé n°5. Les missions de coordination du réseau ne sont plus mises en place sur le secteur 5 dès début 2013.

Le site du réseau régional de cancérologie [www.oncobretagne.fr](http://www.oncobretagne.fr) met à disposition des professionnels, grâce au travail commun des 3C et du pôle régional de cancérologie :

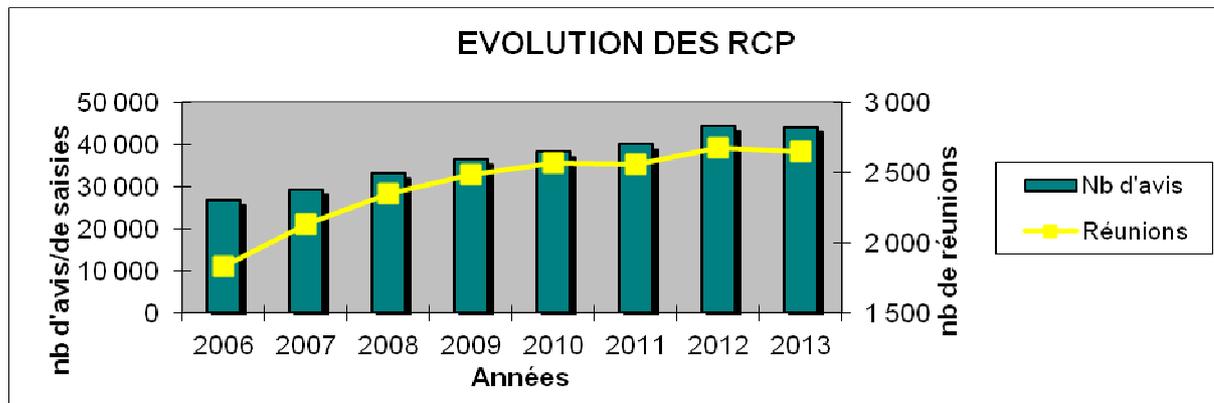
- Un annuaire des RCP régulièrement mis à jour avec l'appareil concerné, les lieux et dates de réunion, les noms des médecins responsables des RCP ainsi que les contacts téléphoniques.
- Une charte des RCP dont ils ont pu s'inspirer pour bâtir les chartes de leurs propres RCP révisée en 2007 qui a été mise à jour puis validée en 2013 avant sa mise en ligne sur le site.
- Près de 44072 avis ont été donnés dans les RCP bretonnes organisées par les réseaux/3C.

TERRITOIRES	NB de Réunions 2013	NB d'avis 2013
1 Réseau du Ponant	509	7244
Ponant + Onco'Kerné	76	485
2 Réseau Onco'Kerne (*)	255	4044
3 Réseau Onc'Oriant	262	3414
4 Réseau Oncovannes	219	4434
5 3C Onco5	704	15544
6 Réseau Onco6	192	2748
7 Réseau Oncarmor	195	366
Pôle régional/Phare Grand Ouest /Onco-pédiatrie/RCP Hémato Bréhat	232	2513
<b>TOTAL</b>	<b>2644</b>	<b>44072</b>

Sources : 3C, pôle régional de cancérologie, réseau POHO (pédiatrie), réseau Phare Grand Ouest (oncogénétique) et hématologie

Le nombre de passages en RCP reste stable (diminution non significative). Le nombre d'avis en RCP régionales a largement augmenté avec la mise en place de trois nouvelles RCP régionales en 2013.

Le graphique ci-dessous montre l'évolution temporelle du nombre de réunions 2006 à 2013.



Sources : 3C et RCP organisées par Phare Grand Ouest (onco-génétique) ; POHO (pédiatrie) et RCP d'hématologie

NB : Un tableau de synthèse de l'ensemble des RCP organisées en 2013 (avec l'évolution par rapport 2012) par les sept 3C de Bretagne est présenté en annexe n°III.

Pour 2013, on estime à un minimum de 14,6 ETP de médecins spécialistes consacrés aux RCP sur la région (malgré les spécificités des RCP en fonction des localisations, on estime à 2h la durée moyenne d'une RCP et la présence en moyenne de 5 médecins soit un total de 26 520 heures cumulées).

## **Le développement des outils qualité et d'évaluation autour des RCP**

### **Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP)**

Pendant plusieurs années, l'URML Bretagne et Oncobretagne ont poursuivi, au sein des RCP volontaires, des démarches d'EPP en accord avec la HAS. Depuis 2011 et l'apparition des premiers textes sur le DPC (Développement Professionnel Continu), cette démarche a été suspendue en attendant que l'ensemble des textes soient parus au Journal Officiel (en septembre 2012, il en manquait encore une quinzaine). Les derniers sont parus lors de l'été 2013. La démarche a été reprise en 2013 lors du travail sur la mise à jour de la charte régionale des RCP.

## **3C et l'évaluation des RCP**

---

Le groupe régional évaluation composé de l'ensemble des 3C se penche régulièrement sur les RCP.

Après avoir évalué l'exhaustivité des passages en RCP des nouveaux cas de cancers en 2010, le groupe choisit en 2011 de se pencher sur une pratique fréquente sur certains territoires : celle de l'enregistrement simple des cas standards sans discussion en RCP (dossiers sans demandes d'avis), il a fait, fin 2012, un recensement complet du fonctionnement des RCP.

A la suite de ce travail, l'utilisation de la messagerie sécurisée a été généralisée à l'ensemble des 3C.

La charte régionale réactualisée et validée par l'ensemble des professionnels en décembre 2013 a été diffusée à l'ensemble des 3C et mise en ligne sur le site d'ONCOBRETAGNE en décembre 2013.

---

# La promotion d'outils de communication communs

## LE DOSSIER COMMUNICANT EN CANCEROLOGIE (DCC)

Le DCC breton compte actuellement (juin 2014) plus de 120 000 dossiers – soit environ 16 000 dossiers supplémentaires en 7 mois - avec 247 756 documents dont 213 339 comptes-rendus de RCP, 23 111 comptes-rendus anatomopathologiques, 7 216 comptes-rendus opératoires, etc.

On ne compte que 5.1 % de dossiers vides. Ce sont des dossiers ouverts mais pour lesquels le compte-rendu de RCP reste encore non validé. A noter en comparaison qu'au niveau du DMP, les dossiers vides représentent environ 50% des dossiers (\*).

### Le point sur la montée en charge de l'informatisation des RCP

---

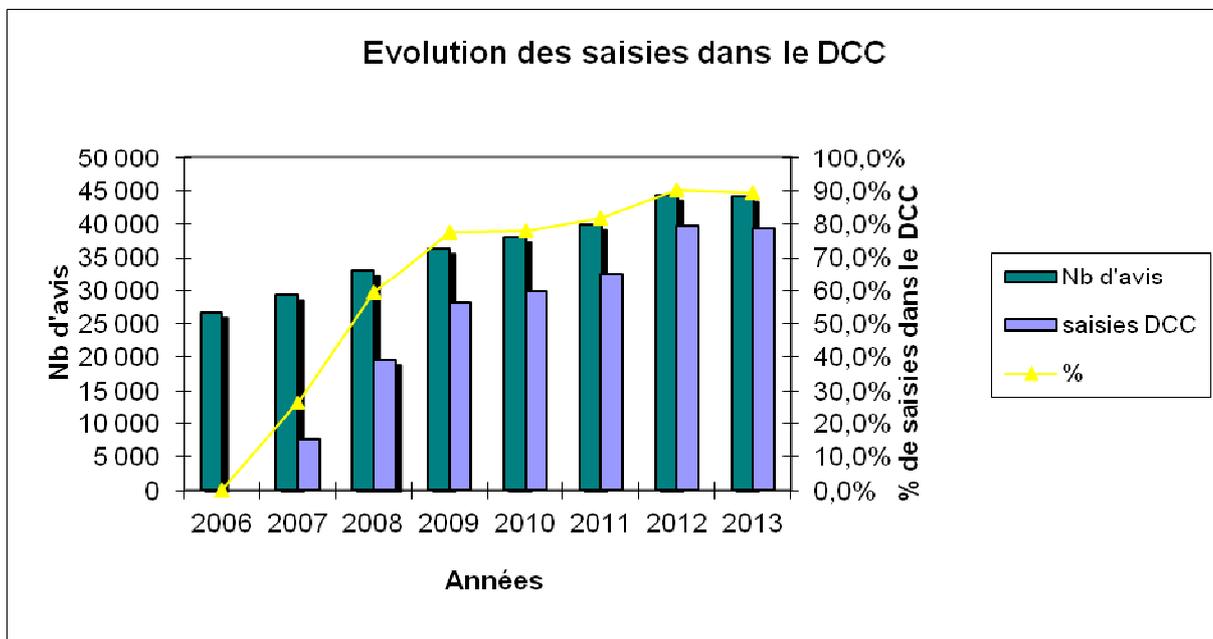
La montée en charge avec bascule des RCP dans Alfa Lima RCP a débuté en septembre 2007. A partir de mi-2012, l'ensemble des comptes-rendus des RCP pour tumeurs solides sont versés sur la base régionale. Cela explique que le nombre de fiches RCP saisies dans le DCC soit constant entre 2012 et 2013.

Territoire de	Nombre de fiches saisies sous l'application RCP						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>- nom du 3C</b>							
<b>1 - Réseau du Ponant +</b>	62	3 176	6 020	6 767	6 968	6 684	6666
<b>2 - Onco'Kerne</b>	1 558	4 108	4 162	4 406	4 718	4 368	4044
<b>3 - Onc'Oriant</b>	1 527	2 380	2 855	3 117	3 529	3 779	3414
<b>4 - Oncovannes</b>	1 708	3 387	3 651	4 160	5 209	4 266	4434
<b>5.1 - IRCR</b>	31	1 627	2 817	2 845	3 429	13 993	13771
<b>5.2 - Oncorennnes</b>	69	1 854	2 956	2 669	2 732		
<b>6 - Onco6</b>	1 278	2 115	2 288	2 269	2438	2 683	2748
<b>7 - Oncarmor</b>	0	88	3 398	3 529	3532	3 385	3445
<b>99 Pôle</b>	6	1	2	1	9	6	8
		2	0	5		7	5
<b>TOTAUX</b>	<b>7 707</b>	<b>19 547</b>	<b>28 167</b>	<b>29 777</b>	<b>32 564</b>	<b>39 833</b>	<b>39865</b>

---

(\*) TIC Santé dépêche du 19 août 2013 « DMP : 53% des dossiers sont vides... »

Le graphique ci-dessous montre l'évolution des saisies dans le DCC (histogrammes en bleu clair) par rapport aux fiches RCP réelles (nombre d'avis). **Actuellement, 100 % des fiches des tumeurs solides sont saisies dans le DCC**, 89,4 % si l'on compte l'ensemble des avis de RCP (l'hématologie, la pédiatrie et l'oncogénétique Phare Grand Ouest ne sont pas au sein de l'application régionale).



Sources : 3C et données issues du DCC

Les chiffres incluent les RCP d'hématologie dont les données sont transmises directement par les membres du réseau BREHAT et en principe vérifiées par leurs bons soins. Ces RCP ne sont donc pas enregistrées sur la plateforme Alfa Lima.

Les RCP d'oncogénétique organisées par le réseau Phare Grand Ouest (Onco-génétique), de pédiatrie et d'hématologie sont enregistrées sur des logiciels spécifiques. Les fiches ne sont pas enregistrées sur Alfa Lima.

A la demande du conseil d'administration en 2013, le SIB a été missionné pour mettre en place l'automatisation de l'envoi des fiches RCP dans les dossiers patients informatisés des établissements. Une série de test est prévue fin juin 2014.

## LA VISIOCONFERENCE

Si la transmission électronique (messagerie électronique) et le partage des informations médicales (DCC) entre les professionnels de santé sont utiles pour améliorer la coordination des soins et la continuité de la prise en charge des patients, la visioconférence est un outil de communication parfois nécessaire pour faciliter les réunions de concertations pluridisciplinaires entre les établissements de soins.

La visioconférence est un service permettant à tout moment de participer en direct à des réunions, des conférences ou des formations sans se déplacer. Une visioconférence peut s'organiser soit en mode point à point, soit en mode multi-sites.

Les équipements de visioconférence, en abolissant les distances, doivent ainsi faciliter la mise en place des RCP favorisant la mise en commun des ressources et des compétences.

## Recensement des stations

---

Le recensement des stations de visioconférences sur les établissements de santé bretons a été mis à jour en 2012, une nouvelle mise à jour sera faite en 2014.

Ce recensement comprend les établissements, les salles de visioconférence ainsi que les contacts (nom et numéro de téléphone pour les réservations et l'aide technique).

Il est à noter que la Bretagne est bien dotée et le territoire largement couvert puisque l'on compte actuellement une quarantaine de stations dans des établissements de santé publics et privés (une ou plusieurs stations par établissement).

## Rédactions de procédures

---

Une procédure de réservation de visioconférence a été rédigée ainsi que des mémentos organisateurs et participants.

Cet état des lieux ainsi que les procédures sont accessibles sur le site internet [www.oncobretagne.fr](http://www.oncobretagne.fr) espace professionnel, rubrique « communiquer/concerter ».

# ONCOBRETAGNE ET INTERNET

## Un site internet [www.oncobretagne.fr](http://www.oncobretagne.fr)

---

Le site Internet [www.ouestcancer.fr](http://www.ouestcancer.fr) a changé de nom en 2006 pour devenir [www.oncobretagne.fr](http://www.oncobretagne.fr) (nom de domaine déposé).

## Une accréditation HON Code renouvelée depuis 6 ans

---



Le site [www.oncobretagne.fr](http://www.oncobretagne.fr) a été accrédité en 2007 par la Health on net fondation (Genève) comme étant en conformité avec la [charte HONcode](#), code de conduite destiné aux sites médicaux sous le numéro HONConduct857123.

C'est dans le contexte de recours croissant à l'Internet santé que le législateur français a confié à la Haute Autorité de Santé (HAS) la mission d'établir une procédure de certification des sites Internet santé. [La HAS a choisi la fondation Health On the Net \(HON\)](#) pour mettre en œuvre fin 2007 la certification des sites Internet santé en France.

Il semble cependant que dans les années à venir la HAS choisira un autre moyen de certifier les sites internet, il convient donc d'être attentif.

*Le site Oncobretagne est un site santé certifié depuis février 2007, la certification a été renouvelée en juillet 2013 jusqu'en juillet 2015 (nouveau site internet).*



## Fréquentation du site : évolution depuis 2004

---

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Visites</b>	2 871	6 418	8 155	13 838	24 210	43 320	45 012	39 073	34 150	30 473
<b>Pages</b>	11 134	19 162	18 900	29 000	77 436	132 235	129 036	97 759	90 423	81 869

La fréquentation du site a quasiment doublé depuis 2008, suite à la première rénovation, même si elle semble marquer le pas.

Le site internet a connu son pic de fréquentation en 2009. Depuis, la fréquentation tend à baisser.

Le site étant particulièrement riche et tenant compte des demandes réitérées de visiteurs en particulier des professionnels, une révision complète du site internet est prévue et lancée dès le 3<sup>ème</sup> trimestre 2014, la fin de ce chantier est prévue pour le 1<sup>er</sup> trimestre 2015.

ONCOBRETAGNE est également présent sur Twitter (compte institutionnel du réseau). Afin de pouvoir maintenir la qualité de la mise à jour et améliorer notre visibilité sur les réseaux sociaux, seul le site internet et le compte Twitter sont conservés comme outils de communication (depuis novembre 2013, une augmentation nette des abonnés sur le compte Twitter d'ONCOBRETAGNE est constatée).

La diffusion par mail d'une newsletter à un rythme mensuel est programmée courant 2<sup>ème</sup> semestre 2015.

---

# L'information des professionnels et des patients

## LES INFORMATIONS DEDIEES AUX PATIENTS ET A LEURS PROCHES

Le réseau régional, via son site internet (espace grand public en accès libre), met à disposition des patients et de leurs proches les lieux dédiés à l'information sur les cancers comme : l'espace de rencontre et d'information (ERI), les comités départementaux des ligues contre le cancer, les réseaux territoriaux de cancérologie (prestations, coordonnées, plan d'accès).

Oncobretagne assure également, via son site, la diffusion des documents d'information existant, en particulier les documents de l'INCa, les brochures de la ligue nationale contre le cancer, les fiches régionales sur « vie quotidienne » et « vie sociale ».

Enfin, il offre aux patients et à leurs proches, un panorama des prises en charge en Bretagne.

*L'amélioration de l'information aux patients et à leurs proches via le site internet doit continuer à s'inscrire comme une priorité.*

## LES INFORMATIONS SUR L'OFFRE DE SOINS REGIONALE

Les informations sur l'offre de soins sont accessibles :

- ↳ **En partie grand public** : les réseaux territoriaux de cancérologie, les lieux de traitement de la douleur chronique, les lieux d'information, les soins palliatifs, les réseaux de santé/cancérologie.
- ↳ **En partie professionnelle** (en accès libre)
  - sur les RCP (annuaire et cartographie des RCP régulièrement maintenus à jour),
  - sur les plateformes de génétique moléculaire (tests : indications, fiches de prescription) et sur les tumorothèques,
  - des liens vers les sites nationaux recensant les essais thérapeutiques ou sites régionaux (OMIT Bretagne-Pays de Loire via le site du COTREC) pour les essais ouverts sur la région,
  - sur les centres et consultations pour douleurs chroniques,
  - sur les ressources en soins palliatifs de la région. Un annuaire des structures d'hospitalisation à domicile (HAD) est en ligne depuis 2009.

- **sur l'organisation des soins en cancérologie** expliquant la circulaire d'organisation des soins en cancérologie, les textes réglementaires sur les autorisations de soins en cancérologie, le SROS III. Les annuaires et cartographies des établissements autorisés en cancérologie que ce soit en chirurgie, chimiothérapie (voir page suivante) ou radiothérapie sont disponibles sur le site internet depuis juillet 2009.

La mise à disposition d'informations complémentaires sur les établissements associés en chimiothérapie (annuaires validés par les agences régionales de santé) a été diffusée fin 2013-début 2014.

## LA COMMUNICATION, MUTUALISATION

### Veille documentaire

---

Une veille documentaire est assurée quotidiennement par la cellule de coordination d'Oncobretagne. Elle représente environ 10 à 15 heures par mois. Le journal officiel et le bulletin officiel du ministère de la santé sont systématiquement lus. Un certain nombre de sites sont rapidement passés en revue chaque jour (site de l'ARS, du ministère, de l'INCa, de l'HAS...). La parution des référentiels nationaux (HAS, SOR, INCa, sociétés savantes etc...) est recherchée pour une diffusion immédiate aux professionnels concernés et membres du réseau.

Les thèmes principaux de cette veille concernent les réseaux, la cancérologie, l'évaluation des pratiques, les référentiels et recommandations nationales de prises en charge, la législation, l'organisation des soins et la télésanté.

Cette veille est concrétisée au sein de la rubrique « actualités réglementaires / fil info – revue du web » du site internet mis quotidiennement à jour.

### Recherches documentaires ou transmissions d'informations

---

Le plus souvent à la demande des réseaux ou des professionnels, la cellule de coordination du réseau régional a été amenée à effectuer des recherches documentaires ou des bibliographies scientifiques. Elles servent particulièrement à alimenter le travail méthodologique du Groupe Régional Evaluation. Ces recherches et synthèses bibliographiques sont actuellement en ligne en accès libre dans l'espace qui leur est consacré sur le site internet.

---

## **Aide à la formation continue des professionnels de santé**

### **ACTUALITES ET CONTROVERSE : CANCERS GYNECOLOGIQUES ET SENOLOGIQUES EN 2013**

Ces réunions inter-régionales entre les réseaux régionaux de cancérologie de Bretagne – Pays de Loire et Basse Normandie sont organisées tous les ans depuis 2008.

La 7<sup>ème</sup> édition vient de s'achever à Nantes avec le soutien d'ONCOBRETAGNE et le rendez-vous est pris pour la 8<sup>ème</sup> édition que nous organiserons à Saint-Malo le 3 Avril 2015, journée qui sera désormais intitulée « Journée Laurence Leroyer ».

### **2<sup>EME</sup> JOURNEE DU POLE REGIONAL DE CANCEROLOGIE DE BRETAGNE 2013**

Oncobretagne a apporté son soutien logistique au pôle régional de cancérologie et une diffusion de l'information sur son site internet ont contribué à la réussite de cette réunion qui a rassemblé plus de 130 participants, le programme est joint en annexe IV.

### **FORMATIONS PONCTUELLES PAR ONCOBRETAGNE**

On peut citer les interventions régulières :

- 1 intervention en 2013 à l'institut régional des travailleurs sociaux (IRTS),
- 1 intervention dans le DIU de sénologie (1h) en décembre de chaque année,
- 1 intervention de 3h à l'IFSI de Rennes

Ces interventions sont faites à titre gracieux ou facturées.

## LA FORMATION ASSUREE PAR LES RESEAUX TERRITORIAUX

RESEAUX	Nbre de réunions en 2013	Nbre de participants	Thèmes
Réseau de cancérologie du Ponant	16	349	Les cancers de la thyroïde (formation du soir) Approche des médecines complémentaires/douleurs, angoisse (pro + grand public en demi-journée) PEC des douleurs après chirurgie carcinologique du sein (formation du soir) Pompes d'analgésie et douleur Manipulation des PICC LINE Manipulation sur chambres implantables Bonne pratique de l'alimentation entérale Les escarres - Comment favoriser la cicatrisation ? Les escarres - Comment les prévenir au mieux ? Atelier bien-être - Yoga, relaxation, méditation Atelier bien-être - Qi gong Des goûts et dégoût Nomenclature des actes infirmiers Difficultés alimentaires
Réseau Onco'Kerne	18	678	formation des infirmières libérales, hospitalières du public et du privé à la chimiothérapie formation plénière "dépistage et prévention des cancers" formation plénière "sarcomes et tumeurs rares" formation plénière "douleur et fatigue chez les parents cancéreux" soirée thématique "Problématique médico-juridiques en onco-hémato" formation des médecins généralistes à la surveillance des patientes après cancer du sein 4 ateliers pratiques "Picc Line" 2 ateliers pratiques "Nomenclature des actes infirmiers" 2 ateliers pratiques "Aspect psychologiques de l'accompagnement du patient cancéreux" Atelier pratique "Plaies tumorales"
Réseau Onc'Oriant	14	326	Prise en charge multidisciplinaire des métastases osseuses Cancer et psychiatrie Réadaptation physique et cancer Ateliers : prélèvement sanguin sur site implantable Atelier : chimiothérapies et thérapies orales à domicile Atelier : activité physique adaptée Atelier : effets secondaires de la radiothérapie Atelier : Abords veineux "flash" Habilitation à la chimiothérapie (en collaboration avec IFSI) Sensibilisation relationnelle en psycho-oncologie Actualisation des pratiques "abords veineux"

Réseau Oncovannes	13	210	Prise en charge de la douleur à domicile - Public : infirmiers libéraux
			Groupe de paroles "Echange d'expérience lors d'une prise en charge en cancérologie - Public : professionnels libéraux
			Nutrition et GPR - Public : infirmiers libéraux
			L'approche psychologique du patient atteint de cancer
			Soins aux patients porteurs de stomie trachéales : public libéraux
			Généralités autour du parcours de soins en cancérologie - Public pharmaciens libéraux
			Nutrition et cancer- Public pharmaciens libéraux
Douleur et cancer - Public pharmaciens libéraux			
Réseau Onco6	6	13	Prise en charge de la personne atteinte d'un cancer Ateliers éducatifs pour les patientes traitées par hormonothérapie suite à un cancer du sein
Réseau Oncarmor	12	353	Prise en charge multidisciplinaire des métastases osseuses
			Famille et proches : Aborder les problèmes de communication
			Atelier « diffuseurs »
			Dépistage et prise en charge de la dénutrition à domicile
			Chimiothérapies orales à domicile et thérapies ciblées
			L'accompagnement du patient atteint de cancer et de son entourage
			Les réseaux de santé
			Dispositif d'annonce du cancer
			Annonces en cancérologie
			Mucite et radio-chimiothérapie
Le travail en réseau en cancérologie			
Rôle des libéraux dans l'ETP			
<b>TOTAL REGIONAL</b>	<b>79</b>	<b>1929</b>	

Répondant à leurs missions de coordination et de promotion de la qualité dans la continuité des soins, les réseaux territoriaux de cancérologie bretons assurent, pour leur part, des formations nombreuses et variées en direction des professionnels de santé au plus près du terrain.

**Ce sont près de 80 réunions et plus de 1900 professionnels formés** par les réseaux territoriaux en 2013. Les thèmes sont variés : dispositif d'annonce, douleur, chambres implantables, etc.... Le public concerné par ces formations regroupe des médecins, cadres infirmiers, infirmier(e)s, pharmaciens, ambulanciers ....

**La multiplicité des offres de formation depuis l'instauration du DPC peut expliquer la stagnation du nombre de participants entre 2012 et 2013 dans certains réseaux, ce qui confirme la nécessité de l'amélioration de la lisibilité de ces offres dans l'espace professionnel à la rubrique Agenda formation du site internet (Agenda partagé).**

**Une autre piste évoquée est celle de la restructuration des réseaux qui a probablement nécessité une réorientation des missions temporaires.**

---

# Recueil de données et évaluations de pratiques

## CONNAISSANCE ET RECUEIL DES DONNEES RELATIVES A L'ACTIVITE DE SOINS CANCEROLOGIQUES DANS LA REGION

### Les données relatives aux RCP

---

Au-delà des tableaux de bord des 3C demandés par l'INCa, le réseau Oncobretagne assure, depuis 2006, une synthèse régionale une fois par an de l'activité des 71 RCP organisées par les 3C bretons, le pôle régional de cancérologie, Phare Grand ouest, POHO, Bréhat.

Le tableau synthétisant l'activité de l'ensemble des RCP bretonnes en 2013 est présenté en annexe III.

### Les tableaux de bord de l'INCa

---

Le réseau régional assure la synthèse des tableaux de bord qui étaient demandés par l'INCa aux 3C de la région. Cette synthèse alimentait le tableau de bord régional fourni à l'INCa et à l'ARS. L'INCa, à partir de l'ensemble des tableaux de bord des réseaux régionaux français, rédigeait tous les ans un rapport de parangonnage des activités des réseaux régionaux.

L'ensemble de ces données concernant 2013 ont été transmises comme celles de 2010 et 2011, nous attendons les conclusions de l'INCa.

L'INCa a lancé l'enquête tableau de bord 2012 à la fin de l'année 2013. Les tableaux de bord des 3C devaient être finalisés pour janvier 2014 et celui du réseau régional de cancérologie pour le 15 mars 2014.

La méthodologie de recueil est différente depuis la dernière édition. Depuis 2013, les 3C remplissent et envoient directement leurs données à l'INCa.

Le réseau régional de cancérologie valide ensuite les données des 3C, déjà communiquées à l'INCa. Afin d'homogénéiser le remplissage des tableaux de bords 3C et de valoriser les travaux régionaux, une fiche de remplissage a été proposée par Oncobretagne aux 3C de la région.

Suite au remplissage des tableaux de bords, Oncobretagne a rédigé un courrier à destination de l'INCa pour remonter les problèmes liés au nouvel outil de recueil des données « tableau de bord ».

**Cette étude est renouvelée en 2014 sur les données 2013.**

### La connaissance épidémiologique

---

Le site internet d'Oncobretagne met à disposition, dans une page dédiée à l'épidémiologie/santé publique (Rubrique « S'informer » dans l'espace Professionnels), l'ensemble des sources de données démographiques (INSEE Bretagne), de mortalité et de morbidité disponibles (INCa, INSERM) concernant la région et la France.

## L'analyse de l'activité PMSI

---

Le groupe régional évaluation avait souhaité l'aide du réseau régional afin qu'il puisse mettre à disposition des 3C les analyses PMSI de l'activité de cancérologie des établissements de leurs territoires de santé.

Longtemps repoussée par manque de moyens humains, cette demande a trouvé, en 2010, un début de réponse avec l'arrivée au sein du réseau régional de cancérologie du renfort d'un ingénieur qualité.

Pour ce faire, un groupe composé de la cellule de coordination d'Oncobretagne, des médecins DIM du CHRU de Rennes et du CRLCC Eugène Marquis de Rennes, a pu se réunir en 2010 pour définir l'organisation à adopter et le contenu de la demande CNIL permettant la récupération des fichiers nationaux. Cependant, force est de constater que ce dossier est resté en veille depuis 2 ans.

Le groupe évaluation du réseau sera interrogé sur l'avenir qu'il souhaite donner à ce sujet.

# EVALUATION DE LA QUALITE DES PRATIQUES EN CANCEROLOGIE

## Les groupes de travail régionaux

---

Le groupe régional évaluation, créé en 2007, est composé de 2 sous-groupes. L'un plus particulièrement centré sur les missions « réseau » au sens « coordination ville-hôpital, parcours de soins », l'autre plus particulièrement centré sur les missions dévolues aux 3C.

### **Sous groupe « réseaux »**

Il n'a pas été activé en 2012-2013, une première réunion a eu lieu en mai 2014 afin de discuter notamment de l'avenir des réseaux et de mettre en place des études communes aux 6 réseaux territoriaux de cancérologie bretons.

### **Sous-groupe « Evaluation 3C »**

Un groupe régional « évaluation » a été mis en place en 2007. A ce groupe participent les médecins coordinateurs de l'ensemble des réseaux de cancérologie bretons ainsi que le coordinateur de l'IRCR, les qualitiens des 3C et des cliniciens.

Les objectifs et les méthodes harmonisés ont été approuvés par les instances des 3C et du réseau régional.

Les évaluations/enquêtes retenues pour 2012 – 2013 :

- **Etude des délais de prise en charge** (1<sup>er</sup> traitement adjuvant) des cancers du sein. 2<sup>de</sup> itération : traitement des données et rapport d'étude au second trimestre 2013, après l'arrivée du chef de projet (résumé de l'étude sur le rapport d'activité 2012).
- **Enquête sur les critères qualité transversaux (dispositif d'annonce, PPS, RCP ...) dans le cadre de l'itération IPAQSS 2012** : traitement des données et rapport d'études au second trimestre 2013, après l'arrivée du chef de projet (résumé de l'étude sur le rapport d'activité 2012)

- La réflexion **sur l'état des lieux PPS** et pistes d'amélioration a débuté fin 2012. La méthodologie de cette étude a été finalisée en 2013 (fiche méthodologie en annexe n°V). En 2013, la première partie de l'étude a été réalisée, à savoir les entretiens semi-directifs avec le personnel d'annonce paramédical des services de chimiothérapie et radiothérapie. La seconde partie de l'étude (questionnaire pour les médecins membres des RCP) a été initiée fin 2013. Ce projet sera complété au second semestre 2014 avec les focus groupes « patients ».
- **prise en charge des Sarcomes.** Les données ont été recueillies et analysées en 2013. Le rapport final a été validé au 1<sup>er</sup> trimestre 2014. Cette étude fera l'objet d'une présentation poster lors du congrès de groupe sarcome français. Il a été soumis au Congrès National des Réseaux de Cancérologie 2014 (résumé de l'étude en annexe n°VI)

Le groupe évaluation s'est réuni quatre fois en 2013.

### **Sous groupe « qualité »**

Le groupe de travail « qualité » a été créé à la fin de l'année 2012. En 2013, le groupe s'est réuni quatre fois.

Coordonné par Oncobretagne, ce groupe réunit les responsables qualité des sept 3C de la région.

Les méthodologies de travail sont discutées lors de ces réunions afin d'homogénéiser les travaux communs (enquête PPS, Sarcome, IPAQSS...)

L'harmonisation des recueils pour l'enquête « Tableaux de bord » de l'INCa a permis un recueil cohérent sur la région.

Une synthèse est faite a posteriori pour discuter ensemble des choses à améliorer et remonter les soucis rencontrés aux interlocuteurs concernés.

Les réunions du groupe qualité permettent de discuter de la plateforme télésanté et des améliorations à y apporter. En 2013, un travail sur les exports de données à partir de la plateforme télésanté a été réalisé afin de définir les améliorations à apporter pour faciliter la lisibilité et la logique des exports (annexe n°VII). Une réflexion a débuté autour de la mise en place d'un tableau de bord 3C trimestriel : ce projet sera mis en place en 2014.

Le volontarisme des cellules 3C et des réseaux territoriaux de cancérologie de la région ne se dément pas : leur intérêt / demande pour une telle démarche de mutualisation d'objectifs, méthodes et outils est un vrai gage de dynamisme du groupe régional et de sa participation dans la démarche qualité régionale entreprise. Il est également à noter que les 3C, au-delà du groupe évaluation, participent aux évaluations menées par les établissements/réseaux (ex : dispositif d'annonce, parcours de soin) ou en apportant un appui à la mise en place de revues de morbi-mortalité à titre d'exemple, à la réalisation d'études menées par la Haute Autorité de Santé (IPAQSS RCP), etc...

## Charte RCP et critères d'évaluation

---

En accord avec le conseil scientifique qui en avait examiné la méthodologie et le conseil d'administration du réseau régional de cancérologie de Bretagne, un travail commun avec l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Bretagne avait été initié dès 2004, sur des recommandations en matière de « Cahier des charges des RCP ».

Cette étude, dont la méthodologie a été élaborée avec Oncobretagne, a été financée par le FAQSV, l'URML étant le responsable du projet. L'URCAM a également été en son temps partenaire dans ce dossier.

Le document conjoint URMLB-ONCOBRETAGNE initialement finalisé en mi-2005 a été revu par le groupe régional évaluation en 2007.

Le panorama organisationnel de chaque RCP bretonne effectué par les différents 3C de la région en fin 2012 a permis de relever un certain nombre de faiblesses/dysfonctionnements.

Un travail a donc été initié fin 2012, début 2013 pour retravailler la charte des RCP et les critères d'évaluation qui permettraient de plus de s'intégrer dans une démarche DPC (développement professionnel continu)

Les critères retenus sont :

### **Pratiques :**

- Le médecin doit être présent au minimum et dans leur intégralité à 6 RCP sur l'année (2 participations équivalent à une ½ journée ?).
- Il s'engage à présenter ou faire discuter, dans les plus brefs délais, tous les dossiers de patients atteints d'un nouveau cancer ou en cas de réévaluation thérapeutique identifiées comme nécessitant un passage en RCP.
- Il s'engage à être présent lors des discussions des cas qu'il a inscrits.
- Il s'engage à préparer les fiches de demandes d'avis, les médecins doivent également préparer une majorité de leurs fiches correctement en renseignant (quand cela est possible) au minimum :
  - *la localisation*
  - *la classification TNM si celle-ci s'applique à la localisation*
  - *le codage de l'anatomopathologie si un prélèvement a été fait*
  - *la date de l'intervention*
  - *dates du diagnostic*
- Il participe aux évaluations de sa RCP initiées par le 3C.

### **Acquisition de connaissances**

- Le médecin assiste à au moins 6 RCP dans l'année.
- Il participe régulièrement à l'actualisation des thésaurus régionaux si la RCP est concernée.

Cette nouvelle charte, validée fin 2013, est présentée en annexe n° VIII.

L'inscription des évaluations RCP sur 2013 -2014 doit s'inscrire dans le développement professionnel continu.

## **Saisie des RCP**

---

En 2013, une procédure de codage des nouveaux items d'oncogériatrie des fiches RCP a été rédigée par Oncobretagne et l'UCOG. Le document a été diffusée aux secrétariats de RCP via les 3C. Cette démarche permet d'homogénéiser le codage et la saisie des items au niveau régional.

En 2014, des procédures permettant l'uniformisation des saisies des fiches RCP sur la région seront mises en place.

## **Charte 3C**

---

Les missions des 3C sont assurées par les réseaux de cancérologie (voir chapitre suivant) et le 3C du territoire de santé n°5. L'abandon, dans un premier temps, par l'INCa du projet de cahier des charges des 3C et le seul texte existant étant la circulaire d'organisation des soins en cancérologie (2005), ils ont souhaité partager la réflexion sur les 3C au niveau régional.

Le groupe évaluation a ainsi créé en 2007 une charte régionale des 3C (validée en conseil d'administration d'Oncobretagne). Un référentiel national des 3C proposé à relecture par l'INCa en 2011 devait permettre de mettre à jour cette charte. Un cahier des charges des 3C est en cours de gestation à l'INCa, Oncobretagne se tient informé de l'évolution des réflexions par le biais de l'ACORESCA qui est associée comme acteur principal.

---

# Coordination régionale opérationnelle

## AU NIVEAU REGIONAL

### Articulation avec les centres de coordination en cancérologie

En Bretagne, en 2013, on compte un 3C par territoire de santé, soit 7 au total (1 territoire de santé est associé au 3C du territoire voisin). A une exception faite, les missions 3C sont portées par des réseaux territoriaux de cancérologie. Le 3C Onco5, du territoire de santé n°5, n'est pas porté par un réseau depuis que le réseau OncoRennes a cessé son activité en décembre 2012.



Les délégations des dotations 3C du plan cancer ont priorisé depuis fin 2006, de la volonté de l'ARH et après concertation des réseaux, :

- le soutien aux secrétariats des RCP,
- et un temps d'aide à l'évaluation (qualiticiens/ingénieurs qualité/temps médical).

Tous, sauf 1, disposent depuis 2009 des compétences spécifiques d'un qualiticien. Tous les réseaux (et donc les 3C) ont participé en 2007, au sein d'Oncobretagne, à la mutualisation de leurs expériences et ont rédigé une charte des 3C. La charte des 3C sera travaillée après que leurs missions soient définies au plan national (plan cancer III).

Ils ont également mis à jour la charte des RCP en 2007 et en 2013.

L'ensemble des 3C de Bretagne se réunit depuis 2007 au sein du **Groupe Régional « Evaluation »** d'Oncobretagne, réseau régional qu'ils sollicitent autant que de besoins. Des réunions régulières permettent aux 3C bretons de solliciter le réseau régional de cancérologie autant que de besoins pour des soutiens ponctuels, des recherches bibliographiques ou auprès d'autres réseaux/3C français.

Les responsables qualité des 3C bretons se réunissent depuis fin 2012 au sein du groupe régional « Qualité » d'Oncobretagne afin de travailler sur les méthodologies d'études et les améliorations à apporter à la plateforme télésanté bretagne et au fonctionnement des RCP.

## Articulation avec les réseaux

### Avec les réseaux territoriaux de cancérologie

---

L'ensemble de la région était couverte jusqu'en fin 2013 par 6 réseaux territoriaux bretons de cancérologie recoupant les secteurs sanitaires. Ceux-ci ont une structuration juridique d'association loi 1901 et sont autonomes, tant dans leurs choix de missions et d'actions, que dans leur fonctionnement ou leurs financements mais sont membres de droit du conseil d'administration du réseau régional.

Le réseau régional de cancérologie Oncobretagne créé, alors que des réseaux territoriaux existaient déjà, est le lieu où les réseaux territoriaux de cancérologie se retrouvent pour mutualiser et harmoniser leurs pratiques.

L'harmonisation ou la mutualisation (articulation entre les réseaux) passent par la constitution de groupes de travail inter-réseaux et multidisciplinaires au sein du réseau régional.

L'expertise de certains d'entre-eux a été sollicitée en 2011, 2012 et 2013 dans le cadre d'un groupe de travail sur le suivi à domicile des voies orales (Cf. ci-après).

Enfin, une association de l'ensemble des réseaux de santé bretons, qu'elles que soient leurs thématiques, a été constituée : l'URSB – Union des Réseaux de Santé Bretons. Les réseaux de cancérologie en sont membres de même qu'Oncobretagne.

En 2013, un travail sur une « base de données patients » a été réalisé. Le réseau Oncarmor a mis à disposition du réseau Oncobretagne leur trame de base de données afin qu'elle soit retravaillée et adaptée à tous les réseaux territoriaux de Bretagne.

La trame Access de la base de données a été diffusée auprès de certains réseaux territoriaux. Cet outil d'aide à la gestion de données patients est disponible sur demande auprès du réseau Oncobretagne. L'outil, déjà mis en place au réseau Oncarmor, devrait être testé en 2014 par les réseaux Oncovannes et Onco'Kerne pour une mise en route effective début 2015.

C'est cette dynamique si particulière au sein de la région qui fait que, jusqu'à présent, le réseau régional de cancérologie semble, pour les réseaux territoriaux, un lieu privilégié d'échanges et d'harmonisation des pratiques.

### Avec le réseau régional d'onco-hématologie pédiatrique

---

Le réseau régional d'Onco-Hématologie Pédiatrique de l'Ouest (POHO) est également autonome par rapport au réseau régional de cancérologie dont il est membre de droit du conseil d'administration.

L'articulation se fait par la « *prestation de services* » du réseau Oncobretagne selon les demandes du réseau POHO. A l'inverse, celui-ci peut être sollicité par Oncobretagne selon les besoins.

On peut citer, à partir de 2008, la mise en place d'un espace internet pour le réseau de pédiatrie au sein du site oncobretagne.fr (Oncobretagne assurant le rôle de maître toile), la participation à des réunions du réseau de pédiatrie.

Des mises à jour régulières sont apportées par Oncobretagne sur la page internet du réseau POHO.

## **Avec la Coordination Bretonne de Soins Palliatifs (CBSP), l'AFSOS**

---

Regroupant réseaux et structures/unités de soins palliatifs de la région, la CBSP est également membre du conseil d'administration Oncobretagne qui lui assure une veille documentaire, un relais d'information ou participe à des réunions communes comme en 2005 ou celle qui a eu lieu en novembre 2010 sur le thème de l'oncogériatrie. Oncobretagne relaye systématiquement les congrès/manifestations organisées par la coordination bretonne. Enfin, l'annuaire des ressources en soins palliatifs de la région est disponible sur le site du réseau régional.

Oncobretagne est représenté et participe aux J2R (Journées des Référentiels inter-Régionaux) organisées/coordonnées par l'AFSSOS chaque année en décembre.

## **Articulation avec le pôle régional de cancérologie**

---

Attendu depuis longtemps, le Pôle Régional de cancérologie est formalisé depuis 2011. Il comprend les 2 CHU de Rennes et Brest ainsi que le Centre Eugène Marquis (Centre Régional de Lutte Contre le Cancer) de Rennes.

Le réseau régional de cancérologie est membre du comité de pilotage du pôle, tout comme les établissements constitutifs du pôle sont membres de droit du réseau régional de cancérologie. Le réseau régional appuie donc, si besoin, les missions que ce dernier engage comme par exemple la mise en place d'un serveur d'essais cliniques et lui apporte un soutien logistique lors de l'organisation d'événements tel que les journées régionales du pôle régional de cancérologie.

Une diffusion de la liste des RCP de recours et régionales sur le site d'Oncobretagne est également mise à jour.

Une étude du groupe évaluation d'Oncobretagne et du pôle régional de cancérologie sur l'exhaustivité du passage des dossiers sarcomes en RCP netsarc a été lancée en 2013.

Enfin, le travail concerté a permis de faciliter la mise en place de l'UCOG bretonne.

## **Articulation avec les acteurs de la gériatrie**

---

Dans le prolongement logique de la journée régionale commune entre la coordination bretonne de soins palliatifs, les acteurs de la gériatrie et Oncobretagne sur l'oncogériatrie en novembre 2010, Oncobretagne s'est naturellement associé à l'organisation et à la rédaction de la réponse à l'appel d'offre INCa sur les Unités de Coordination en OncoGériatrie. (UCOG)

Une réponse commune entre les acteurs du Pôle Régional de Cancérologie, les gériatres et oncologues d'établissements autorisés et Oncobretagne a ainsi été déposée en fin 2011. Ce n'est qu'en 2012 et après un nouveau travail sur ce dossier que celui-ci a été accepté par l'Institut National du Cancer en fin de premier trimestre 2012.

Le réseau régional, tout comme le Pôle, ont ainsi aidé au montage de l'UCOG régionale qui est opérationnelle depuis 2013, un espace dédié à l'UCOG sur le site ONCOBRETAGNE existe depuis 2013.

En 2013, des indicateurs oncogériatriques ont été intégrés aux fiches RCP (oncodage, score au dépistage, EGS).

Une information auprès de tous les médecins membres des RCP a été faite par Oncobretagne et l'UCOG, via les 3C.

## AU NIVEAU INTER-REGIONAL

### Collaboration avec l'OMIT qui devient l'observatoire dédié au cancer



Depuis 2005, le médecin coordinateur et/ou le président d'Oncobretagne participent au COPIIL (comité de pilotage) de l'Observatoire du médicament et de l'innovation thérapeutique Bretagne-Pays de Loire.

L'inscription sur le forum général de discussion, la diffusion sur le site d'Oncobretagne des documents fournis par l'OMIT ainsi que leurs mises à jour régulières selon les indications de l'OMIT sont effectives depuis 2005 et se poursuivent depuis.

La vérification de la concordance entre recommandations de l'OMIT et les thésaurus régionaux est systématiquement recherchée.

En 2010, la collaboration avec l'OMIT/Observatoire a été principalement centrée sur le suivi des chimiothérapies (et thérapies ciblées) par voies orales à domicile.

Ce guide est destiné aux professionnels prenant en charge les malades traités par des médicaments anticancéreux (chimiothérapies et thérapies ciblées) administrés par voie orale (VO).

L'objectif de ce travail finalisé en début 2012 est d'élaborer un guide pertinent de bonnes pratiques des VO (exigences minimales de qualité) fournissant des pistes concrètes pour optimiser le lien entre les professionnels avec une mise en œuvre modulable, adaptable aux différentes organisations en place tout en les respectant.

Il s'agit donc de :

- recentrer l'implication de chaque professionnel sur son champ d'expertise,
- assurer la continuité des soins à travers l'optimisation de l'action de chaque professionnel,
- apporter une bonne information au patient (clarté et lisibilité) et s'assurer de sa compréhension à travers un programme d'éducation thérapeutique,
- coordonner l'information donnée au patient,
- s'assurer d'une bonne traçabilité,
- assurer une lisibilité et une bonne coordination entre les différents acteurs impliqués dans le parcours des soins.

2013 a été consacrée à la mise à jour de ce guide et à aider l'observatoire du cancer à concevoir une enquête sur l'utilisation des outils résultant de ce travail commun.

Une réflexion commune avec l'OMEDIT a été lancée sur l'estimation du coût du retour des voies orales anticancéreuses non utilisées par le patient.

### Manifestations interrégionales

On peut citer les réunions interrégionales sur les actualités et controverses dans la prise en charge des cancers du sein, l'implication dans les référentiels inter-régionaux sur les soins de support. (Cf. chapitre formations).

---

## Autres

### REPRESENTATION OU PARTICIPATION A DES REUNIONS DIVERSES

#### Participation aux Comités Techniques Régionaux

---

Le réseau régional de cancérologie est membre du Comité Technique Régional de Cancérologie (CTRC). A ce titre, il participe aux réunions du CTRC.

2010 a vu la mise en place d'une nouvelle instance remplaçant l'ancien COTER. Celle-ci a débuté lors du dernier semestre 2010 avec la mise en place de la première version du SROS 3. Le réseau est membre de droit de cette instance.

Il est, depuis 2006, membre de droit du comité technique régional « Télémédecine et système d'information »

#### Collaboration avec l'INCa

---

Force est de constater que les collaborations avec l'Institut National du Cancer se sont fortement réduites en 2012 – 2013 de part la réorganisation de l'Institut qui a laissé vacant sa mission de coordination nationale des réseaux de cancérologie. 2013 et 2014, avec le lancement du cancer III, semblent augurer une implication et une collaboration à la hausse.

#### La Plateforme de télésanté de Bretagne.

---

En accord avec la décision de son conseil d'administration, le réseau Oncobretagne a adhéré en 2008 au GCS « Réseau Télésanté Bretagne » et participe à ses assemblées générales régulières.

Le GCS de télésanté continue sa mission d'AMOA sur le projet de dossier communicant de cancérologie.

#### Représentation au sein de l'ORSB

---

Le médecin coordinateur d'Oncobretagne est membre du bureau « en qualité » de l'Observatoire Régional de la Santé de Bretagne. (Accord des instances Oncobretagne obtenu en 2006).

## **DEMANDES D'AVIS/EXPERTISES/SOLLICITATIONS EMANANT DE L'ARS**

Le réseau Oncobretagne contribue à alimenter la réflexion régionale sollicitant autant que de besoins, sur demande de l'ARS, l'expertise de ses groupes techniques ou associations professionnelles référentes.

### **Réponses aux lettres de missions**

---

En fin 2012, l'Agence Régionale de la Santé, suite aux visites de conformité des établissements de santé autorisés, a souhaité que le réseau régional s'investisse dans un état des lieux sur la remise des PPS (Plan Personnalisés de Soins) et fasse des propositions d'amélioration. Cette étude a occupé toute l'année de 2013 et sera conclue fin 2014.

### **Amélioration des Déclarations Obligatoires (Mésothéliomes)**

---

A la demande de la cellule de veille de l'ARS et de l'INVS (Mme CHERIE-CHALLINE, Responsable nationale au sein de l'Institut de Veille Sanitaire) et avec l'aide des référents digestifs et thoraciques, ont été étudiés les moyens d'améliorer la déclaration des mésothéliomes.

C'est ainsi qu'en 2012 une information spécifique a été faite auprès des 3C, des RCP de recours concernées et une rubrique spécifique a été mise en place sur le site internet permettant de télécharger les formulaires de déclaration, de détailler les procédures de celle-ci et d'avoir rapidement les noms et coordonnées des référents.

# Activités prévisionnelles 2014

---

## Des objectifs prioritaires étaient proposés pour 2012 - 2013 :

- Aider les acteurs de la cancérologie bretonne à s'investir dans les démarches évaluatives, **ce qui a été réalisé.**
- Pérenniser les actions déjà entamées comme le guide des bonnes pratiques des voies orales, **ce qui a été réalisé.**
- Travailler sur la notion de recours et l'aide à la mise en place des RCP de recours avec les acteurs concernés et le pôle régional de cancérologie sous réserve de sa formalisation, ce qui est en cours avec la formalisation du Pôle en 2012 et devra être finalisé en 2013.
- Aider au développement de l'oncogériatrie, ce qui est en cours avec le dépôt d'un projet commun avec les acteurs concernés, **ce qui a été réalisé.**

Certains priorités n'ont pu encore être ne serait-ce que débutées :

- la convergence du Dossier Communicant en Cancérologie breton vers la solution nationale, élément du DMP (Dossier Médical Personnel). En effet, ce dossier est en stand-by au niveau national depuis environ 3 ans et ce n'est que récemment qu'il semble produire des directives et outils.
- Les analyses de l'activité cancérologique sur la région à partir des bases PMSI. En effet, le groupe restreint, mis en place avec le CHU de Rennes et le CRLCC en vue de récupérer la base nationale, a rencontré de réelles difficultés, une réflexion en 2014 sur la suite à donner à ce projet est en cours.

---

## 2014 : La promotion et l'amélioration de la qualité en cancérologie

- **Objectif A1 : Prioritaire : Travail sur les RCP**
  - Inscription dans le futur DPC.
  - Edition d'un manuel de saisie des fiches de RCP breton dans un souci d'homogénéité et afin de promouvoir secondairement l'exploitation des données de la plateforme.
  - Réflexion sur la création de liens entre les RCP et la plateforme d'essais cliniques avec comme objectif final l'augmentation de l'inclusion des patients.
  - Aide à l'organisation de nouvelles RCP (biologie moléculaire)
  
- **Objectif A2 : Prioritaire : Poursuivre l'analyse et proposer des pistes d'amélioration de la remise des PPS (Programme Personnalisé de Soins), objectif en cours et à mener avec les 3C, réseaux, professionnels concernés et patients.**
  
- **Objectif A3 : Poursuivre la rédaction, la mise à jour régulière et la diffusion des thésaurus régionaux**
  - Finir la déclinaison des quorums des RCP par spécialité au fur et à mesure des réunions des groupes techniques
  - Veiller à garder des délais de mise à jour < 3 ans
  - Finaliser les mises à jour des thésaurus sein, gynécologie et ORL

---

## 2014 : La promotion d'outils de communication communs au sein de la région

- **Objectif B1 : Prioritaire : Poursuivre le travail engagé dès 2013, avec les réseaux de cancérologie sur le PPS.**
  - Proposer d'ici fin 2014, un PPS (programme personnalisé de soins) qui puisse à terme être intégré au DCC s'appuyant sur les recommandations INCa (publiées fin 2010) et en lien avec l'URPS et l'ARS dans le cadre d'une démarche régionale de l'ensemble des réseaux. Cet objectif répond à une lettre de mission de l'ARS.
  
- **Objectif B2 : Poursuivre le travail engagé sur le dossier informatisé en cancérologie**
  - Aider les 3C en améliorant l'accompagnement de la montée en charge
  - Se fixer un objectif de 100 % de dossiers de RCP partageables (DCC) sur les tumeurs solides en 2014.
  - Aider les 3C à alimenter le DCC en documents utiles à la prise en charge (comptes rendus d'anatomopathologie, comptes rendus opératoires, etc...)
  - Suivre l'évolution du dossier au niveau national afin d'être prêt quand il s'agira de se conformer aux directives de l'ASIP et de l'INCa.
  - Phase test de l'implémentation des fiches RCP dans les SIH en étudiant les solutions techniques possibles
  
- **Objectif B3 : Maintenir à jour le répertoire des stations de visioconférence**
  
- **Objectif B4 (2014-2015): Révision complète du site internet ONCOBRETAGNE**

---

## 2014 : L'information des professionnels et des patients

- **Objectif C1** : Poursuivre le recensement et la diffusion de l'information sur les différents soins de recours
- **Objectif C2** : Recensement, dans un premier temps, au sein des réseaux territoriaux en lien avec la FVHPB des supports d'information des personnels médicaux et paramédicaux sur les chimiothérapies orales, avec comme deuxième volet la participation comme vecteur de diffusion en 2015 et 2016 à l'Appel à Projets de l'INCA sur l'ETP VO auquel a postulé le Centre Eugène Marquis de Rennes.
- **Objectif C3** : Implémentation de l'annuaire national des RCP réalisé par l'INCA et l'ASIP.

---

## 2014 : L'aide à la formation continue des professionnels

- **Objectif D1** : aider le pôle régional de cancérologie à organiser sa réunion annuelle en 2014 à Rennes.
- **Objectif D2** : Participer à l'organisation de la réunion inter-régionale sur les actualités et controverses en gynéco-sénologie de 2014 prévue à Nantes et commencer à organiser la réunion prévue le 3 Avril 2015 à Saint Malo.
- **Objectif D3** : apporter l'aide logistique pour les réunions UCOG.
- **Objectif D4** : apporter l'aide logistique à l'organisation de la réunion de l'ABCT en Novembre 2014.
- **Objectif D5** : apporter l'aide logistique à l'organisation de la réunion régionale sarcome le 10 octobre 2014.
- **Objectif D6** : poursuivre le travail engagé sur le répertoire des formations organisées par les réseaux en y adjoignant celles proposées par les organismes de formation continue.

---

## 2014 : Le recueil de données et l'évaluation

- **Objectif E1** : Poursuivre l'engagement dans les démarches évaluatives.

Faire vivre les groupes «évaluation» et « qualité » avec les 3C des réseaux sectoriels et 3C des pôles de cancérologie, des personnes ressources sur la région :

- ↳ Finaliser la synthèse de l'évaluation de l'exhaustivité du passage en RCP régionale des dossiers sarcomes
- ↳ 2<sup>de</sup> itération : enquête sur les critères qualités transversaux du plan cancer (RCP-Dispositif d'annonce – PPS) – IPAQSS 2014
- ↳ Etude sur l'exhaustivité du passage des dossiers d'urologie en RCP
- ↳ Evaluation de la remise des PPS

- **Objectif E2** : Mettre en place un tableau de bord régional en cohérence avec les indicateurs du PRS et des tableaux de bord INCa mais répondant aux besoins d'information et de pilotage des 3C et réseaux.

- **Objectif E3** : Calcul de la file active patient unique enregistré sur la plateforme

---

## 2014 : La coordination régionale opérationnelle

- **Objectif F1** : Poursuivre et renforcer les relations engagées avec l'Observatoire du cancer Bretagne Pays de Loire

- ↳ Evaluation de l'utilisation du guide de bonne pratique des voies orales
- ↳ Participation à l'étude EIPRO initiée par l'OMEDIT

- **Objectif F2** : Renforcer la coopération avec le pôle de cancérologie et le cancérpôle

- **Objectif F3** : Aider les réseaux de cancérologie dans leurs évaluations, leurs recherches d'outils de coordination, leurs projets.

---

## 2014 : Autres projets

- **Objectif G1** : Aider à améliorer la prise en charge des sarcomes et des tumeurs rares selon les sollicitations du pôle régional de cancérologie

- **Objectif G2** : Aider à améliorer la déclaration des mésothéliomes.

- **Objectif G3** : Présentation des résultats de l'étude sarcome au CNRC

- **Objectif G4** : Diffusion informations pour l'étude Babel

# CONCLUSION

**Ce rapport d'activité est d'abord et avant tout le reflet de l'activité des membres d'Oncobretagne.**

Nous espérons que l'image donnée dans ce document est fidèle à la richesse de la cancérologie bretonne et sa recherche de qualité, même si, probablement incomplet, il n'en montre qu'une photo partielle.

**L'année 2013 mais également 2014, même si cette dernière n'est pas achevée, ont été riches de turbulences :**

## au niveau national

Après avoir fait planer un doute sur la pérennité des réseaux régionaux de cancérologie, le Plan cancer III a par contre confirmé leur rôle comme acteur de la mise en place de la politique santé. La mission du réseau régional de cancérologie est facilitée par le bon fonctionnement des réseaux/3C, qui permettent une meilleure articulation avec les établissements de santé, la relation avec les professionnels du premier recours. Elle doit s'appuyer sur des structures territoriales identifiées et organisées. Force est de constater que même si des améliorations sont à apporter, la région Bretagne est en ordre de marche (louanges au seigneur mais surtout à sainte Catherine).

## Au niveau régional

- L'arrêt au 31 janvier 2012 de l'indemnisation de la participation des médecins libéraux aux RCP (et en répercussion aux médecins hospitaliers) a été durement ressenti et pour certains vécu comme un manque de reconnaissance du travail accompli depuis plus de 10 ans. Cependant, Oncobretagne a su porter ce malaise au niveau de l'ARS qui l'a fait remonter au niveau national, ce qui a eu pour résultat l'attribution d'une indemnisation aux médecins libéraux participants avec des règles d'attribution proposées. Malheureusement, reste encore le problème de la reconnaissance de la participation des médecins hospitaliers aux RCP (temps additionnel, indemnisation.....)(Cf. circulaire en annexe n° IX)
- L'équipe d'ONCOBRETAGNE depuis 2013 s'est fortement renouvelée avec le départ programmé de son coordinateur historique, le Dr BOHEC ; l'arrivée en 2013 d'un nouveau chef de projet, Mme Morgane KERMARREC ; l'arrivée en 2014 d'un nouveau Médecin Coordinateur, le Dr Michel SLIM.

Mme Hélène GAREL, assistante de coordination, qui assure le secrétariat d'ONCOBRETAGNE, pilier du réseau depuis dix ans, sera avec certitude d'un grand soutien aux nouveaux arrivants.

**L'année 2013, a permis :**

-  **De développer les projets engagés** (mise à jour des thésaurus, déclinaison du guide de bonnes pratiques des voies orales avec l'observatoire dédié au cancer en Bretagne-Pays de Loire, évaluations, études de délais, etc...) avec des compétences en méthodologie et statistiques renforcées par l'arrivée de notre nouveau chef de projet

- ✚ **De concrétiser des projets importants** stratégiquement et techniquement : DCC breton maintenant opérationnel sur la plateforme de télésanté, mise en harmonie d'évaluations régionales avec les 3C bretons au sein du groupe régional évaluation, pérennisation d'une réunion interrégionale «actualités et controverses en gynécologie et sénologie». De travailler avec l'ensemble des 3C sur une mise à jour de la charte régionale des RCP.
- ✚ **De valoriser l'expertise d'Oncobretagne qui semble maintenant reconnue** : réponse, en accord avec le bureau d'Oncobretagne, à une demande de l'ARS de s'investir dans l'amélioration de la remise des PPS.
- ✚ **De déployer sa visibilité sur internet**

### **Mais l'avenir est incertain à ce jour**

- ✚ **Pas dans les objectifs de travail qui comme toujours ne manquent pas :**
  - Tout d'abord, la mise en cohérence du DCC breton avec le cadre national défini par l'ASIP (Agence Nationale des Systèmes d'Informations Partagées en santé) et l'INCa
  - Finalisation du dossier de PPS
  - Evaluations/études (seconde itération IPAQSS sur les critères qualité transversaux, étude des passages en RCP régionales des cas de sarcomes), développement de coopérations avec les soins palliatifs et la gérontologie
  - Développement des coopérations avec le pôle régional de cancérologie (annuaire de la recherche clinique, répertoires des formations, aide à la clarification de la notion de recours en cancérologie).
  - La refonte du site internet pour une meilleure lisibilité et une meilleure interactivité.
  - L'étude EIPRO en collaboration avec l'OMEDIT et Onco pays de Loire.
  - L'amélioration de l'intégration des patients dans les essais cliniques en améliorant le pré screening durant les RCP.
  - L'état des lieux en région des supports à l'éducation thérapeutique du patient dans les chimiothérapies orales.
  - La mise à jour des thésaurus d'ORL, de gynécologie et de sénologie.
- ✚ **Mais plutôt dans les orientations nationales.**
  - Les instructions ministérielles quant à la transformation des réseaux de santé en plateformes multithématiques sur des bassins de vie posent questions quant au maintien des compétences cancérologiques et aux formes que prendront l'exercice des missions 3C.

### **L'évolution du réseau régional, qui a atteint l'âge de raison puisqu'il termine sa 10<sup>ième</sup> année d'existence, est maintenant à construire.**

Outre le tournant qui s'impose avec le plan cancer III et la refonte nécessaire des statuts ainsi que l'élection d'un nouveau conseil d'administration (voire d'un conseil scientifique), il conviendra aux instances de réfléchir aux orientations et missions du réseau au moment où le coordinateur historique quitte ses fonctions. Cela doit être l'occasion de donner un souffle nouveau à notre réseau, à votre réseau.

# ANNEXES

Annexe I : Composition des instances 2010-2013

Annexe II : Liste des établissements adhérents en 2013

Annexe III : Les RCP en Bretagne en 2013

Annexe IV : Programme de la 2<sup>ème</sup> journée du Pôle Régional de Cancérologie 2013

Annexe V : Fiche méthodologie de l'enquête sur l'état des lieux de la remise du PPS en Bretagne

Annexe VI : Résumé de l'étude sur la prise en charge des sarcomes

Annexe VII : Plateforme de télésanté Bretagne – Export des données

Annexe VIII : Charte régionale des RCP version 2013

Annexe IX : Circulaire sur l'indemnisation des médecins participant aux RCP

# ANNEXE I : COMPOSITION INSTANCES 2010-2013



## CONSEIL D'ADMINISTRATION - BUREAU 2010 - 2013

	Titulaires	Suppléants
COLLEGE 1	<b>Secteur 1</b> Dr ROBINET Gilles - CHU Brest (secrétaire général adjoint) Dr ACHOUR Nacr-Eddine - Clinique Pasteur/ Ctre RT Brest	Dr PLUCHON Elisabeth Réseau du Ponant
	<b>Secteur 2</b> Mr OLLIVIER Roland - Réseau Onco/Kerne Dr VAN WALLEGHEM Eric, Clinique St Michel, Quimper	Dr LEROUX, CHIC Quimper Dr STAROZ, Cabinet anapath QUIMPER
	<b>Secteur 3</b> Dr GALAND Alain - Cab Méd ORL - Lorient Dr EGRETEAU Joëlle - CHBS	
	<b>Secteur 4</b> Dr SIMON-RENDU Lila - Réseau Oncovannes Dr MONPETIT Erik - Centre St Yves Vannes (président)	
	<b>Secteur 5</b> Pr JEGOUX Franck - ORL - CHU Rennes Dr NAUDEIX Emmanuel - CH Fougères	Dr PENCOLE Daniel - Réseau Oncorennnes
	<b>Secteur 6</b> Dr VIEUILLE Christine - Clinique de l'Emeraude - Présidente Réseau Onco6 Dr COLLEU-BRUNE Myriam - Réseau Onco6 A POURVOIR	
	<b>Secteur 7</b> Dr BESSON Dominique - CAR - Pr Réseau Oncarmor (Secrétaire Générale) Dr ALLEAUME Corinne - CH Yves Le Foll - St Brieuc	
	<b>Secteur 8</b> Dr VALLEE Patrick, CH Pontivy Dr MHIDIA Abderrazak, Polyclinique de Pontivy	
	<b>Réseau de pédiatrie</b> Pr GANDEMER Virginie - CHU Rennes	
COLLEGE 2	<b>CHU 29</b> Dr METGES Jean-Philippe -CHU Brest (Vice président)	
	<b>CHU 35</b> Dr LENA Hervé - CHU Rennes	
	<b>CRLCC</b> Pr GUILLE François - Centre Eugène Marquis Rennes	
	<b>CH</b> Dr BRANGER Eric - CH Ploermel	
	<b>PSPH</b> Dr TRIVIN Florence - Clinique St Yves Rennes	
	<b>Dr ETIENNE Pierre-Luc - CAR St Brieuc (trésorier)</b> Dr MIGLIANICO Laurent - CHP St Grégoire Dr REMOUE Pascal - Clinique de Keraudren Brest	Dr PAROT-MONPETIT Anny - C. Océane Vannes Dr NICOL Luc - CHP St Grégoire
	<b>Cliniques</b> Dr FEGER Benoit cabinet médical ORL BREST	
	<b>URMLB</b> Dr DELAMARE Bénédicte - Cab médecine générale Bain de Bretagne	
COLLEGE 3	<b>CHU</b> Mr EL SAÏR Philippe, DG CHU Brest	Mr FRITZ André, DG CHU Rennes
	<b>CH</b> Mr LATINIER Alain, Dir CHBA	Mr GAMOND-RIUS Thierry, CHBS Lorient
	<b>PSPH</b> Mr BRIOT Pascal - DGA Centre Eugène Marquis - FNCLCC	Mr GUILLOUX Jean-Yves DG La Sagessa
	<b>Cliniques</b> Mr SIMON Jean - Daniel - DG Poyclinique Keraudren - Brest - FHP	
COLLEGE 4	Dr MUGNIER Nathalie - Pharmacie CHU Brest Dr JESTIN - LE TALLEC Véronique R2CD (réseau digestif)	
COLLEGE 5	Mme LOISEL Isabelle - Cadre infirmier - Réseau Onc'Orlant (trésorier-adjoint) 1 représentant URPS paramédicaux libéraux A POURVOIR	MORVAN Florence - Cadre infirmier Réseau Onco'Kerné
COLLEGE 6	Mr BONDON Michel - CBSP Dr BROUSSE-POTOCKI Josiane - ADECAM	
COLLEGE 7	Dr BOUR Yves, Ligue contre le cancer 56 Dr MILLET Michelle - Faire Face Ensemble	Dr JOSSO Albert

A6 du 23/11/2012 (en gras les membres du bureau)

**Collège 1 (réseaux):** représentants des réseaux oncologiques des secteurs sanitaires ou des réseaux de santé oncologiques régionaux et représentants d'UCP(S).

**Collège 2 (représentants médicaux des établissements et prestataires de soins) :** représentants les C.M.E. des établissements de santé appartenant à un réseau sectoriel oncologique ou sièges d'UCP(S) adhérentes ; et représentants de l'URMLB.

**Collège 3 (représentants administratifs des établissements)**

**Collège 4 (associations professionnelles de médecins, pharmaciens) :** représentants des associations ou groupes professionnels centrés sur la pathologie oncologique d'organe, ou sur un type de prise en charge oncologique.

**Collège 5 (para-médicaux) :** représentants des professionnels paramédicaux des réseaux oncologiques (cadres infirmiers, infirmières, psycho-oncologues, kinésithérapeutes...) ou de groupes professionnels paramédicaux centrés sur l'oncologie.

**Collège 6 (dépistages – soins de support) :** représentants des Associations sectorielles, départementales ou régionales concernées par la cancérologie dont la coordination bretonne de soins palliatifs, les associations départementales de dépistage des cancers.

**Collège 7 (associations d'usagers).** Ce collège comprend les représentants d'associations d'usagers représentées au sein des instances des réseaux oncologiques sectoriels ainsi que les Ligues Départementales contre le cancer.

## ANNEXE II : LISTE ETABLISSEMENTS ADHERENTS EN 2013

<b>ETABLISSEMENTS DE SANTE PUBLICS</b>	
CHU (Morvan + Cavale Blanche)	BREST
HIA Clermont Tonnerre	BREST NAVAL
CH de Carhaix Plouguer	CARHAIX PLOUGUER
Centre Hospitalier René Pleven	DINAN
Centre Hospitalier	DOUARNENEZ
Centre Hospitalier	FOUGERES
Centre Hospitalier	GUINGAMP
CH Ferdinand Graal	LANDERNEAU
CH "Pierre le Damany"	LANNION
Centre Hospitalier Bretagne Sud	LORIENT
CH des pays de Morlaix	MORLAIX
Centre Hospitalier	PAIMPOL
Centre Hospitalier Alphonse Guérin	PLOERMEL
Centre Hospitalier du Centre Bretagne	PONTIVY
CHIC de Cornouaille	QUIMPER
Centre Hospitalier	QUIMPERLE
Centre Hospitalier	REDON
CHU (Pontchaillou + Hôpital Sud)	RENNES
CH Yves Lefoll	SAINT BRIEUC
CH Broussais	SAINT MALO
CHBA	VANNES
Centre Hospitalier	VITRE
<b>ETABLISSEMENTS DE SANTE PRIVES + CENTRES DE RADIOTHERAPIE</b>	
Clinique Pasteur - Lanroze	BREST
Polyclinique Keraudren	BREST
Clinique du Grand Large	BREST
Hôpital Privé Sévigné	CESSON SEVIGNE
Maison de convalescence	COLPO
Polyclinique du Pays de Rance	DINAN
Polyclinique du Trégor	LANNION
CMC de la Baie de Morlaix	MORLAIX
Clinique du Ter	PLOEMEUR
Polyclinique de Pontivy	PONTIVY
Clinique St Michel-Ste Anne	QUIMPER
Polyclinique de Quimper Sud	QUIMPER
Polyclinique Saint Laurent	RENNES
Clinique Armoricaïne de Radiologie	SAINT BRIEUC
Centre Hospitalier Privé	SAINT BRIEUC
Centre Hospitalier Privé + CMC St Vincent	SAINT GREGOIRE
Clinique de la Côte d'Emeraude	SAINT MALO
Centre Saint Yves	VANNES
Clinique Océane	VANNES
<b>ETABLISSEMENTS PARTICIPANT AU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER (PSPH)</b>	
Clinique de la Porte de l'Orient	LORIENT
Clinique des Augustines	MALESTROIT
Hôtel Dieu	PONT LABBE
CRLCC	RENNES
Clinique Saint Yves	RENNES
Clinique Mutualiste La Sagesse	RENNES

92 adhésions individuelles et 19 associations

# ANNEXE III : LES RCP (AVIS) EN BRETAGNE EN 2013

Les RCP (avec demande d'avis) en Bretagne en 2013 et les réseaux/3c qui les organisent

3C		Gyn. Séno *	Digestif	Hépat	Uro	Thorax	ORL	Dermato	Neuro (**)	Sarcome (***)	Hémato (****)	RENATEN	endocr.	Pédia	support/pallia	Onco-génétique	Métastases osseuses	HIA	Total 2013	Rappel 2012	2013/2012
Ponant	réunions	56	48	45	47	99	67	25	22		52		12					36	609	629	-3,8%
	nb d'avis	1245	1361	205	1046	1422	524	358	171		578		237					97	7244	7463	-2,9%
	patients	967	839	135	883	769	413	286	132		408		193					78	5103	5083	
	dont Nbr Gas	764	647	102	707	607	326	236	89		297		112					64	3981	3667	
Ponant et Onco'Kerné	réunions										76								76		
	nb d'avis										485								485		
	patients										381								381		
	dont Nbr Gas										335								335		
Onco'Kerné	réunions	50	47	C	48	47	48	C	C				7		8				255	346	-26,3%
	nb d'avis	813	857	55	805	794	332	272	29				71		16				4044	4513	-10,4%
	patients	624	617	44	617	529	198	217	21				69		16				2952	3279	
	dont Nbr Gas	413	385	28	393	269	113	139	6				53		1				1800	2545	
Onc'orient	réunions	48	49		22	50	72	21	C										262	288	-9,0%
	nb d'avis	723	726		766	606	366	209	18										3414	3874	-11,9%
	patients	579	554		609	384	288	197	16										2623	2812	
	dont Nbr Gas	506	469		480	326	142	172	6										2101	2297	
Oncovannes	réunions	50	47		24	50	24	24											219	221	-0,9%
	nb d'avis	977	1550		702	840	224	141											4434	4266	3,9%
	patients	667	1022		552	437	168	127											2973	3067	
	dont Nbr Gas	547	741		423	298	128	118											2255	2134	
Onco5	réunions	125	103	48	71	50	97	43	48		55				64				704	828	-16,0%
	nb d'avis	3437	2280	1085	2187	1493	1103	1115	698		1773				373				15544	17065	-8,9%
	patients	2418	1539	785	1723	936	762	865	483		1270				nd				10781	12191	
	dont Nbr Gas	1847	981	479	1128	508	474	686	370		872				139				7484	8607	
Onco6	réunions	50	48		23	49	22												192	190	1,1%
	nb d'avis	749	588		299	890	222												2748	2683	2,4%
	patients	442	422		244	413	157												1678	ND	
	dont Nbr Gas	274	275		159	205	97												1010	1073	-5,9%
Oncarmor	réunions	43	48		20	28	26				30								195	163	19,6%
	nb d'avis	920	866		616	724	319				201								3646	3385	7,7%
	patients	759	691		688	483	246				180								3046	2915	
	dont Nbr Gas	562	590		310	387	200				168								2217	2334	
Régionales(****)	réunions	11				12	4	2		21	51	24		86		21	8		232	76	
	nb d'avis	15				38	10	5		386	1467	238		129		225	9		2513	868	
	patients	14				37	10	5		274	1181	204		nd		217	9		1942	542	
	dont Nbr Gas	nd				nd	nd	nd		nd	893	nd		72		nd	nd		nd	nd	
		Gyn. Séno *	Digestif	Hépat	Uro	Thorax	ORL	Dermato	Neuro	Sarcome **	Hémato	RENATEN	endocr.	Pédia	support/pallia	Onco-génétique	Métastases osseuses	HIA	Total 2013	Rappel 2012	2013/2012
TOTAL	réunions	433	390	93	266	386	360	116	70	21	264	24	19	86	72	21	8	36	2644	2640	0,2%
	nb d'avis	8879	8228	1346	6421	6807	3100	2100	916	386	4604	238	308	129	389	226	9	97	44072	44117	-0,1%
ESTIMATIONS (1)	h mod	4330	3900	930	2660	3860	3600	1160	700	210	2640	240	190	860	720	210	80	360	26620	26720	
	ETP mod	2,4	2,1	0,6	1,4	2,1	2,0	0,6	0,4	0,1	1,6	0,1	0,1	0,6	0,4	0,1	0,0	0,2	14,6	16,4	

(\*) gynécologie (péris) + sénologie (diagnostic et thérapeutique)

(\*\*)neuro : RCP Réseau du Ponant en visioconférence avec Lorient et Quimper

(\*\*\*) Sarcome régionale Recours

(\*\*\*\*) En 2013, RCP gynéco, Sarcome, Thorax, RENATEN et Métastases osseuses = Pôle régional de cancérologie. RCP inter-régionale Oncogénétique = Pôle Grand Ouest (seules les données de la Bretagne sont indiquées)  
+ données Oncogénétique gyn/séno du Pôle régional de cancérologie. RCP inter-régionale onco-pédiatrie : Onco Pays de Loire (seules les données de la Bretagne sont indiquées)

(\*\*\*\*) Les chiffres des RCP hématologie ont été transmis par Mr JP Sireff du réseau Bréhat

(1) Estimations : 5 médecins en moyenne pour rop durant 2 h. Nombre d'h annuelles "médecins" : 1600h + forfait 130 h sup maxi selon la loi

C = RCP commune à plusieurs territoires nd = non disponible

Attention (tableau support) Patients/non patients en 2012

En rouge (tableau) : Incomplet (total incomplet avec donnée(s) manquante(s))

# ANNEXE IV : PROGRAMME 2EME JOURNEE DU POLE REGIONAL DE CANCEROLOGIE 2013

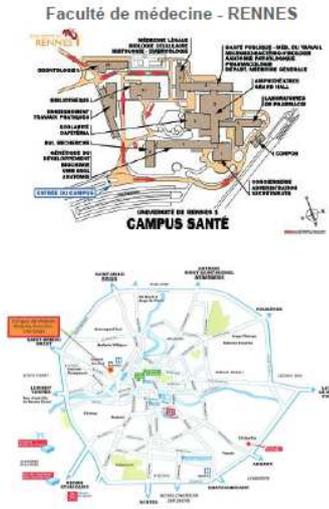
## CONTACTS

  
**POLE REGIONAL DE CANCEROLOGIE**  
**Comité d'organisation délégué au site de**  
**Rennes :**  
 Dr ALLEAUME Corinne &  
 Mme DECOBECCQ Valérie  
 Tél : 02 99 28 99 56 – Fax : 02 99 28 99 68  
[poleregionalcancerologie@chu-rennes.fr](mailto:poleregionalcancerologie@chu-rennes.fr)  
  
**Site de Brest :**  
 Dr METGES Jean-Philippe &  
 Mme GUEN Laurence  
 Tél : 02 29 02 01 18 – Fax : 02 29 02 01 67  
[poleregionalcancerologie@chu-brest.fr](mailto:poleregionalcancerologie@chu-brest.fr)



**RESEAU ONCOBRETAGNE**  
 secretariat@oncobretagne.fr  
 Tél : 02 99 25 32 75 - Fax : 02 99 25 30 12  
[www.oncobretagne.fr](http://www.oncobretagne.fr)

## PLAN D'ACCES



Université Rennes 1  
 Faculté de médecine  
 2 avenue du Professeur Bernard  
 35043 RENNES Cedex  
 02 23 23 44 10

Pôle régional de Cancérologie - Bretagne  
 Omico Bretagne  
 2<sup>ème</sup> journée du Pôle régional de Cancérologie de Bretagne



## PROGRAMME

### RECHERCHE ET INNOVATIONS

- 8h30** Accueil des participants  
 Café d'accueil, Visite des stands  
**9h00** Allocation de bienvenue  
 > Mr André FRITZ, Directeur CHU Rennes  
 > Mr Philippe EL SAÏR, Directeur CHU Brest  
 > Pr François GUILLÉ, Directeur CEM Rennes

**1<sup>ère</sup> Session : Innovation & Radiothérapie**  
 Modérateurs : Dr Jérôme CHAMMOIS, Dr Ali HASBANI

- 9h30** : La radiothérapie adaptative et stéréotaxique  
 > Pr Renaud DE CREVOISIER, CEM Rennes  
**9h45** : La radiothérapie intra-opératoire dans le cancer du sein  
 > Pr Olivier PRADIER, CHU Brest

**2<sup>ème</sup> Session : Innovation & Radiologie interventionnelle**  
 Modérateurs : Dr Estelle BOTTON, Dr Marc PORNEUF

- 10h00** : Traitement intra-artériel des tumeurs hépatiques  
 > Dr Yan ROLLAND, CEM Rennes  
**10h15** : Radiologie interventionnelle et urologie  
 > Dr Tanguy ROHOÛ, CHU Rennes  
**10h30** : Traitement des métastases osseuses  
 > Pr Phong DAM HIEU, CHU Brest

**3<sup>ème</sup> Session : Recherche & Médecine personnalisée**  
 Modérateurs : Dr Hervé LENA, Dr Thierry GUILLAUMEUX

- 11h15** : Le point de vue du Biologiste  
 > Dr Florian CABILLIC, CHU Rennes  
**11h30** : Accès à l'innovation hors AMM : le programme ACSe  
 > Dr Sophie DE GUBERT, CHU Rennes  
**11h45** : Le point de vue des Oncologues  
 > Dr Jean-Philippe METGES, CHU Brest  
 > Dr Julien EDELINE, CEM Rennes  
**12h15** : Le point de vue du Chirurgien  
 > Pr Franck JEGOUX, CHU Rennes  
**12h30** : Le point de vue de l'Oncogénétiicien  
 > Dr Catherine DUGAST, CEM et CHU Rennes

**4<sup>ème</sup> Session : Le plan cancer 3**  
 Modérateurs : Dr Jean-Louis WAELES, Dr Dominique BESSON

- 14h30** : Le plan cancer 3  
 > Dr Christine BRUNET, ARS Bretagne

**5<sup>ème</sup> Session : TABLE RONDE sur la recherche clinique en Bretagne**  
 Modérateurs : Pr Edouard LE GALL, Dr Jean-Philippe METGES, Dr Erik MONPETIT

- 15h00-17h00**  
 • Panorama de la recherche clinique en Bretagne  
 > Mr Damien DENIS, Pôle régional de Cancérologie

- Le point de vue des Directeurs et DRCI :  
 > Mr BRAJEUÛL Rémi, DRCI CHU Brest  
 > Mr RAYER Yves, DRCI CHU Rennes  
 > Mr MONNIER Anthony, Directeur CAR St Brieuc

- Le point de vue de l'ARS  
 > Dr Patrick ZAMPARUTTI, ARS Bretagne

- Le point de vue des cliniciens  
 > Dr Thierry LESIMPLE, Mr Oussama ZEKRI, CEM Rennes  
 > Dr Hervé LENA, CHU Rennes  
 > Dr Anne-Claire HARDY-BESSARD, CAR St Brieuc  
 > Dr Romuald LE SCODAN, CHP St Grégoire  
 > Dr Pierre-Henri THOREUX, CH St Brieuc

- Le point de vue d'une CRO  
 > Mr Jean-Marc GANDON, Biotrial  
 > Dr Meriam DJEMAI, Biotrial

Discussions avec l'assemblée

- 17h00**  
 • Conclusion  
 > Mr Alain GAUTRON, Directeur ARS Bretagne

avec le soutien des laboratoires : Amgen, BMS, Baxter, Bayer, Eisai, GSK, Hospira, Ipsen, Janssen Cilag, Lactalis Nutrition Santé, Merck Serono, MSD, Novartis, Nutricia, Pérouse Médical, Pfizer, Pharma Mar, Pierre Fabre, Roche, Sanofi

**BULLETIN D'INSCRIPTION**  
 2<sup>ème</sup> journée du Pôle Régional de Cancérologie –  
 Vendredi 06 décembre 2013  
 A retourner avant le 1<sup>er</sup> décembre 2013

Nom : .....  
 Prénom : .....  
 Spécialité : .....  
 Grade : .....  
 Adresse professionnelle : .....  
 Code postal : .....  
 Ville : .....  
 Courriel (pour confirmation d'inscription) : .....@.....

Assistera à la journée :

- oui  non

Participera au cocktail déjeunatoire :

- oui  non

Souhaitera une convention de formation :

- oui  non

Pour des raisons pratiques d'organisation, l'inscription est gratuite mais obligatoire.

**ATTENTION : Nombre de places limité**

A retourner au Pôle Régional de Cancérologie – Site de Rennes :

- par mail : [poleregionalcancerologie@chu-rennes.fr](mailto:poleregionalcancerologie@chu-rennes.fr)
- par fax : 02 99 28 99 68
- par courrier à l'adresse suivante :  
 Pôle Régional de Cancérologie  
 Avenue de la Bataille Flandres Dunkerque  
 35033 RENNES Cedex

# ANNEXE V : FICHE METHODOLOGIQUE DE L'ENQUETE PPS

## Enquête Régionale Information patient et PPS



### Objectifs de l'étude

Faire une analyse des pratiques, un état des lieux des situations rencontrées dans les services concernant le PPS en cancérologie

### Méthode

Cette étude régionale se déroulera en plusieurs étapes.

La première étape consiste en une enquête qualitative. Pour cela, des entretiens semi-directifs auprès des professionnels paramédicaux d'annonce seront menés par les qualiciennes de chaque territoire de santé. Les personnes concernées sont les paramédicaux travaillant en service de chimiothérapie, radiothérapie et médecine nucléaire.

La seconde étape consistera en une enquête auprès des médecins de RCP. Pour réaliser à bien cette étude, un questionnaire, rédigé en fonction du bilan des entretiens semi-directifs, sera distribué à tous les médecins de RCP, présents lors d'une RCP prédéfinie. L'enquête devra être rapide et facile à remplir. Le remplissage du questionnaire ne devra pas excéder les 5 minutes.

Enfin, des focus groupes « patients » seront réalisés dans certains territoires de santé ayant l'habitude de cette pratique. Le but est d'avoir une idée de l'information que les patients aimeraient recevoir lors de leur consultation d'annonce et pendant tout le parcours de soins.

### Calendrier

#### Juin 2013

- Finalisation de la méthodologie d'enquête, de la grille d'entretien semi-directif

#### Juillet 2013 – 15 octobre 2013

- Entretiens semis- auprès du personnel d'annonce dans les services chimiothérapie, radiothérapie et médecine nucléaire

#### Deuxième quinzaine d'octobre 2013 :

- Compte-rendu des entretiens à envoyer à OncoBretagne
- Synthèse régionale à rédiger
- Rédaction questionnaire à passer en RCP auprès des médecins
- Première validation du questionnaire par le groupe évaluation – 24 octobre 2013
- Test du questionnaire auprès d'une ou deux RCP volontaire(s)

#### Novembre-Décembre 2013:

- Début novembre : validation du questionnaire
- passage des questionnaires en RCP, saisie des dossiers par chaque territoire
- envoi des fichiers à OncoBretagne
- Analyse des fichiers
- Réflexion sur la mise en place de focus groupe « patients »

#### Au plus tard en janvier 2014:

- Focus groupe patients (présence de MK)
- Synthèse régionale de l'étude
- proposition d'un socle commun
- insister sur la traçabilité

# ANNEXE VI : RESUME DE L'ETUDE SUR LA PRISE EN CHARGE DES SARCOMES

## Résumé : Exhaustivité du passage des dossiers sarcomes en RCP labellisée Netsarc en Bretagne

### Introduction et objectifs

---

Afin que chaque patient atteint de sarcome bénéficie de la meilleure prise en charge, il est fortement recommandé que chaque dossier « sarcome » soit discuté par les professionnels experts dans le cadre des RCP spécialisées du réseau national NETSARC.

### Méthode

---

Afin d'évaluer la couverture régionale de la RCP sarcome bretonne, les sept 3C bretons et le Pôle Régional de Cancérologie de Bretagne, réunis au sein du groupe régional « Evaluation ONCOBRETAGNE », ont évalué l'exhaustivité du passage des dossiers de patients présentant un sarcome dans la RCP régionale (CHU Rennes/ Centre Eugène Marquis/ CHU Brest). L'étude a été menée à partir des données de toutes les RCP bretonnes de spécialité grâce au Dossier Communiquant en Cancérologie (DCC) breton disponible sur la Plateforme TéléSanté Bretagne. Tous les cas de sarcomes discutés dans toutes les RCP bretonnes pendant l'année 2012 ont été inclus dans notre échantillon d'étude. Ont été exclus : les carcinosarcomes utérins, les sarcomes de kaposi, tous les carcinomes sarcomatoïdes.

### Résultats

---

303 dossiers ont été retenus sur l'ensemble de la Bretagne. 47 cas n'ont pas été discutés en RCP régionale (15.5%). 42 cas ont été discutés en RCP de spécialité puis en RCP sarcome (13,8%) Au total 29.3% des cas ont été vus en RCP de spécialité en première intention. Les patients dont le dossier n'est pas passé en RCP régionale ont un âge significativement plus élevé au diagnostic ( $p < 0,001$ ). Deux RCP sont majoritairement concernées : les RCP dermatologie et les RCP gynécologie. Deux pathologies sont fortement représentées les sarcomes utérins et les dermatofibrosarcomes de Darrier Ferrand. Une analyse à partir du fichier Netsarc et RrePS a été réalisée pour les dossiers non vus en RCP sarcome régionale. 4 Cas ont été vus dans une RCP sarcome hors Bretagne. 18 cas ont bénéficié d'une relecture dans le cadre du réseau RrePS.

### Conclusion

---

Cette étude permet, grâce à un recensement exhaustif de tous les cas discutés en RCP sur l'ensemble de la région d'avoir une évaluation du pourcentage de cas qui échappent à la RCP sarcome bretonne. En Bretagne 84,5% des cas de sarcomes (hors GIST) sont adressés à la RCP sarcome régionale. L'âge du patient, le type histologique du sarcome et la décision thérapeutique de la RCP territoriale semblent influencer la décision de faire passer les dossiers en RCP régionale sarcome.

## ANNEXE VII : PFTS – TRAVAIL SUR EXPORT DES DONNEES

### Nouveau fichier export "fiches"

	COMMENTAIRES
id_patient	
ordre_fiche	
sexe	
date_naissance	
patient_ville	
patient_code_postal	
enregistrement	
nom-medecin_demandeur	
prenom_medecin_demandeur	
etablissement_medecin_demandeur	
adresse_medecin_demandeur	
ville_medecin_demandeur	
code_postal_medecin_demandeur	
date_reunion	
heure_reunion	
libelle_3c	
nom_valideur	
prenom_valideur	
libelle_rcp	
fiche_date_creation	
fiche_date_modification	
fiche_validee	
fiche_date_validation	
fiche_date_validation_coordinateur	

### Nouveau fichier export "description 2/2"

	COMMENTAIRES
id_patient	
ordre_fiche	
no_partie	
sexe	
date_naissance	
patient_ville	
patient_code_postal	
libelle_champ	à mettre en colonnes et non en lignes
valeur_champ	
siege_groupe	
siege_sous_groupe	
bilan_extension	
autres_facteurs	
motif_concertation	
texte_question	
cr_desc_propo	
nature_proposition	
libelle_type_proposition	
commentaire_type_proposition	

## Nouveau fichier export "description 1/2"

	COMMENTAIRES
id_patient	
ordre_fiche	
no_partie	
sexe	
date_naissance	
patient_ville	
patient_code_postal	
atcd_comorbidites	
histoire_maladie	
commentaire_localisation	
circonstance_decouverte	
capacite_vie	
rechute	
oncoger_depistage	
oncoger_score	
oncoger_eval	
siege_groupe	
siege_sous_groupe	
siege_topologie	
code_t	
code_n	
code_m	
CIM10	
cote	
date_prelevement	
libelle_organe_anapat	
libelle_organe_lesion_anapat	
type_histo	
groupe_lesion_anapat	
code_oms_lesion_anapat	
code_oms_organe_lesion_anapat	
code_adicap_lesion_anapat	
code_adicap_organe_lesion_anapat	
code_oms_organe_anapat	
code_adicap_organe_anapat	
libelle_pt	
libelle_pn	
libelle_pm	
R	
autre_histo	
date_reunion	
libelle_reunion	
nom_medecin_demandeur	
prenom_medecin_demandeur	
etablissement_medecin_demandeur	
adresse_medecin_demandeur	
ville_medecin_demandeur	
code_postal_medecin_demandeur	

## ANNEXE VIII : CHARTE REGIONALE DES RCP (VERSION 2013)



Oncobretagne – CEM  
Avenue de la Bataille Flandres Dunkerque  
CS 44 229  
35 042 Rennes Cedex

Tel : 02.99.25.32.75  
Fax : 02.99.25.30.12  
[secretariat@oncobretagne.fr](mailto:secretariat@oncobretagne.fr)

---

# CHARTRE REGIONALE DES REUNIONS DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE

---

Mise à jour Décembre 2013

---

## Introduction : Rappel des missions des RCP

Les Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP) ont pour objectif de permettre à tous les patients atteints d'un cancer de bénéficier de décisions thérapeutiques pluridisciplinaires basées sur les données les plus récentes de la littérature médicale.

Ces avis sont formulés par tous les médecins présents à la RCP dans la limite des données, relatives aux patients, qui leur sont transmises.

Il existe deux types de modalités de recours à la RCP :

---

### La demande d'enregistrement et la présentation en RCP :

---

Il **existe**, dans le thésaurus ou le référentiel national correspondant, une réponse précise, univoque, à la question posée. Le dossier est enregistré.

Dans l'**idéal**, **tous les dossiers enregistrés sont présentés** en RCP qui valide le schéma proposé. Les fiches RCP qui en résultent peuvent faire l'objet d'un envoi aux médecins correspondants (fiche RCP validée).

Quand, en raison de leur nombre, de la démographie médicale, etc...les dossiers enregistrés ne peuvent être tous présentés, une procédure de contrôle qualité (échantillonnage de dossiers non présentés en RCP) doit être mise en place.

La fiche résultant de l'enregistrement sans demande d'avis doit comporter le nom et l'année du référentiel utilisé et prendra le statut de fiche RCP non valide (sans discussion, ni quorum). Cette fiche sera adressée exclusivement au médecin ayant demandé l'enregistrement.

---

### La demande de discussion :

---

■ Il **n'existe pas**, dans le thésaurus ou dans le référentiel national correspondant, une réponse précise et univoque à la question posée. Pour cela, le médecin demandeur adresse la demande d'avis avant la mise en œuvre du traitement.

■ Dans les situations d'**urgence**, « la discussion du dossier du patient en RCP pourra avoir lieu après l'intervention ; le dossier ne sera pas seulement enregistré après l'acte : il devra donner lieu à une réelle discussion en RCP<sup>1</sup> ».

Lors de l'instauration du traitement initial hors d'une procédure standard ou lors d'un changement significatif de ligne thérapeutique, tous les dossiers doivent être adressés à une RCP pour discussion.

Les médecins demandeurs restent responsables des décisions thérapeutiques ou diagnostiques qu'ils prennent à l'issue de la RCP. Dans ce cadre, ils doivent juger la qualité et la pertinence de cet avis à la lumière des informations qu'ils ont transmises à la RCP.

Pour rendre leur avis, les RCP s'appuient sur une fiche de demande d'avis préalablement remplie par le médecin demandeur ou selon ses indications. Sauf urgence, les informations cliniques des fiches de RCP doivent être renseignées **avant la RCP et dans l'idéal informatisées préalablement à la réunion**.

Une fois l'avis de la RCP formulé, cette fiche est complétée et devient le compte rendu de la RCP ou fiche RCP.

---

<sup>1</sup> Annexe 2 de la circulaire du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie

---

## Les recommandations

### La coordination des RCP

---

Chaque RCP est coordonnée par un **médecin coordinateur**. Il est assisté ou remplacé en cas d'absence par un **médecin suppléant**.

Il est le correspondant du 3C et du réseau régional dans tout ce qui concerne sa RCP.

Il vérifie le quorum avant la tenue des réunions. Il est responsable de la validation définitive des comptes rendus de RCP si cela n'est pas fait en séance.

### Le quorum pour réunir une RCP

---

Au moins **3 personnes, médecins de 3 spécialités différentes** (si possible, avec au moins un oncologue médical et un radiothérapeute) doivent être présentes pour que l'avis formulé en RCP soit valide. Par ailleurs, selon les RCP, la présence des anatomopathologistes et/ou des radiologues peut être importante.

Le coordinateur de la RCP (ou le coordinateur adjoint ou le secrétariat de la RCP) s'assure à chaque RCP que le quorum est atteint. Si celui-ci n'est pas atteint, les fiches RCP ne sont pas validées, elles doivent **être rediscutées lors de la RCP suivante ou lors de la RCP reportée**. Exceptionnellement, pour ne pas surcharger la RCP suivante ou retarder la prise en charge, le coordinateur de la RCP sollicite le médecin dont la spécialité est manquante pour revoir les fiches RCP concernées. En cas de divergence, le dossier est repassé en RCP.

### La fréquence des RCP

---

Les RCP se réunissent selon un calendrier pré-établi, **au minimum une fois toutes les deux semaines**, idéalement une fois par semaine sauf cas particuliers de RCP régionales (mensuelles ex RCP d'oncogénétiques ou si une procédure d'urgence est prévue), inter-régionales ou nationales.

Le calendrier établi par le 3C est diffusé aux spécialistes concernés. Les intitulés des RCP, leur fréquence et le lieu de la tenue de la réunion doivent, de plus, être accessibles sur la plateforme de télésanté et sur le site du réseau régional de cancérologie.

### La préparation des RCP

---

Le médecin demandeur est responsable de l'**information du malade** et doit s'assurer de son accord pour le passage de son dossier en RCP et son informatisation.

**Les dossiers doivent être préparés à l'avance et autant que possible complets**. Le médecin demandeur est responsable du contenu du dossier présenté et des renseignements portés sur la fiche de demande d'avis. Dans l'idéal, les fiches de demandes d'avis doivent être saisies avant la RCP.

En cas de demande d'enregistrement, le médecin précise le ou les référentiel(s) validé(s) et actualisé(s) sur le(s)quel(s) il s'est appuyé.

## Les médecins présents à la RCP

---

**La présence du médecin demandeur à la RCP est privilégiée.** De manière exceptionnelle, un médecin autre que le demandeur peut présenter un dossier en RCP si le médecin demandeur lui a fait ses transmissions.

Au-delà des médecins constituant le quorum, il est souhaitable que d'autres médecins participent à la RCP afin, en particulier, que deux médecins par spécialité soient présents et, ainsi, garantissent une réelle concertation et enrichissent la discussion.

## La feuille de présence

---

**Une feuille de présence est signée** et comporte le nom des médecins présents et leur spécialité. Les feuilles de présences sont centralisées par le 3C.

## L'information des patients

---

**Le médecin demandeur informe le patient que son dossier sera adressé à une RCP et informatisé.** Pour cela, il peut lui remettre un document d'information sur la RCP (et l'informatisation éventuelle du dossier) et recueillir et/ou tracer son accord et le nom des médecins à qui le patient désire ou ne désire pas que l'avis de la RCP soit remis.

Ces modalités d'information doivent être précisées dans la charte de fonctionnement de la RCP et/ou du réseau de santé auquel le médecin adhère explicitement.

**A la suite de la RCP, le médecin demandeur doit informer son patient de l'avis de la RCP.** Si la décision thérapeutique ou diagnostique qu'il prend diffère de celle proposée par la RCP, il doit justifier dans le dossier du patient les raisons de ce choix et en informer la RCP.

Le médecin référent peut remettre au patient, si la proposition thérapeutique est acceptée, le PPS général, en informant le médecin traitant et joindre copie du courrier au dossier d'établissement.

## Les informations disponibles au cours de la RCP

---

Les données minima qui doivent être disponibles lors de la RCP sont :

- 1/ la fiche de demande d'avis remplie en précisant :
  - o les antécédents et les comorbidités susceptibles d'impacter l'avis,
  - o l'évaluation oncogériatrique datée, si réalisée, pour les patients de plus de 75 ans,
  - o les circonstances de découverte de la localisation,
  - o les conclusions et dates d'examens complémentaires pratiqués,
  - o la date de la première consultation spécialisée (chirurgien, oncologue),
  - o le premier diagnostic histologique et sa date (s'il existe)
  - o le TNM si la localisation s'y prête ou autre nomenclature adaptée
  - o La date et le libellé de l'intervention chirurgicale si réalisée
  - o Le diagnostic histologique post-opératoire et sa date

2/ Le (ou les) compte-rendu(s) d'histopathologie disponibles(s)

3/ Le (ou les) compte-rendu(s) opératoire(s) disponible(s)

4/ Les examens complémentaires d'imagerie pratiqués pour relecture éventuelle

## L'avis émis par la RCP

---

L'avis émis par la RCP doit être argumenté et remis dans son contexte.

**Le compte-rendu de RCP doit être validé par le médecin coordinateur présent.** Idéalement, cette validation doit être faite en séance (saisie de la proposition pendant la séance avec projection).

Pour cela, les informations suivantes devront être notées sur la fiche RCP :

- Si la décision s'appuie sur un référentiel et lequel.
- Si la RCP a des réserves dans l'avis émis en raison de la qualité des données disponibles.

En cas d'informations manquantes, le dossier doit être réexaminé.

En cas de divergence, il est demandé au médecin coordinateur présent de :

- Proposer les 2 avis principaux en les argumentant
- Et /ou
- Interroger une autre RCP pour un second avis.

Le nom des médecins ayant participé à la discussion ainsi que leurs spécialités, figurent sur le compte rendu/fiche de RCP.

## L'information des médecins

---

L'organisation mise en place doit permettre que la fiche RCP soit adressée **par voie postale et/ou par messagerie sécurisée dans les 8 jours** suivant la RCP (idéalement dans les 3 jours par voie électronique), aux médecins désignés par le patient et explicitement indiqués sur la fiche de demande d'avis. Le médecin généraliste, s'il est connu, est destinataire de la fiche de RCP.

En particulier pour les demandes d'avis a posteriori (ex : urgences) ou les dossiers enregistrés puis présentés en RCP, et en cas de divergence entre l'avis de la RCP et le traitement déjà mis en place, le médecin coordinateur de la RCP informe le médecin qui a engagé ce traitement de l'avis de la RCP.

## Suivi des avis / Evaluation des RCP

---

- Par les 3C :

**Les cellules de coordination en cancérologie (3C) et/ou les médecins coordinateurs des RCP mettent en place des évaluations régulières au sein de la RCP** pour vérifier l'enregistrement de tous les dossiers et l'adéquation des dossiers discutés en RCP.

L'évaluation des RCP doit permettre aux médecins d'améliorer le fonctionnement de la RCP et, par conséquent, la qualité des décisions prises par les médecins.

**Elle doit être pragmatique, simple, reproductible et compatible avec la charge de travail inhérente à la gestion et au fonctionnement des RCP. Elle doit s'intégrer autant que faire ce peut à la démarche obligatoire du développement professionnel continu (DPC).** C'est pourquoi les objectifs prioritaires minimaux ainsi que les méthodologies peuvent être travaillés au sein du 3C et/ou au sein du groupe régional évaluation auquel participent tous les 3C de la région.

L'évaluation des RCP doit être intégrée autant que faire se peut à chaque évaluation et/ou études réalisées par les 3C quand les sujets d'études s'y prêtent, et ce de façon à alimenter les réflexions sur les pratiques.

Aucune diffusion d'information concernant les RCP n'est possible, sans l'avis préalable et l'accord du 3C.

## **Développement Personnel Continu (DPC) et RCP**

---

Autant que possible les médecins inscrits en RCP doivent pouvoir valider leur DPC grâce à leur activité en RCP.

Suite aux recommandations données par la HAS<sup>2</sup> et la charte régionale il est proposé que les critères suivants puissent y concourir :

### **Pratiques :**

- Le médecin doit être présent au minimum et dans leur intégralité à 6 RCP sur l'année (2 participations équivalent à une ½ journée)
- Il s'engage à présenter ou faire discuter, dans les plus brefs délais, tous les dossiers de patients atteints d'un nouveau cancer ou en cas de réévaluation thérapeutique identifiées comme nécessitant un passage en RCP
- Il s'engage à être présent lors des discussions des cas qu'il a inscrits
- Il s'engage à préparer les fiches de demandes d'avis. Les médecins doivent également préparer une majorité de leurs fiches correctement en renseignant (quand cela est possible) au minimum :
  - *la localisation*
  - *la classification TNM si celle-ci s'applique à la localisation*
  - *le codage de l'anatomopathologie si un prélèvement a été fait*
  - *la date de l'intervention*
  - *dates du diagnostic*
- Il participe aux évaluations de sa RCP initiées par le 3C

### **Acquisition de connaissances**

- Le médecin assiste à au moins 6 RCP dans l'année
- Il participe régulièrement aux réunions et/ou relectures de mise à jour des thésaurus régionaux, si la RCP est concernée.

## **La diffusion des référentiels régionaux (thésaurus)**

---

La diffusion et l'actualisation des référentiels régionaux à partir des recommandations nationales sont de la **responsabilité du réseau régional de cancérologie** : Oncobretagne.

Le 3C et les médecins coordinateurs d'une RCP s'assurent que les référentiels soient bien diffusés aux médecins de la RCP (liste actualisée des membres de la RCP à disposition du réseau régional) et surtout disponibles le jour de la RCP.

---

<sup>2</sup> Haute Autorité de Santé : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP)- Fiche Technique méthode – Document de travail – 31 janvier 2013 – 3 p.

# ANNEXE IX : CIRCULAIRE SUR L'INDEMNISATION DES MEDECINS EN RCP



## Ministère des affaires sociales et de la santé

SECRETARIAT GENERAL DES MINISTERES CHARGES DES AFFAIRES SOCIALES

Personne chargée du dossier : Stéphane Mulliez

*stephane.mulliez@sg.social.gouv.fr*

DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS

Sous-direction de la régulation de l'offre de soins

Bureau de la synthèse organisationnelle et financière

Personne chargée du dossier : Bastien Gondre

*bastien.gondre@sante.gouv.fr*

La ministre des affaires sociales et de la santé

à

Mesdames et Messieurs les directrices et directeurs généraux des agences régionales de santé

**CIRCULAIRE N° SG/DGOS/2014/96 du 31 mars 2014 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2014**

Date d'application : immédiate

NOR : AFSZ1407900C

Classement thématique : Sécurité sociale : organisation, financement

Validée par le CNP le 24 mars 2014 - Visa CNP 2014- 54

<p><b>Résumé :</b> Cette circulaire précise les missions financées par le FIR, les orientations nationales pour 2014, les ressources du FIR, les règles d'attribution et de gestion des crédits par les ARS, les modalités de suivi des dépenses, les principes d'évaluation des missions financées.</p>
<p><b>Catégorie :</b> Mesures d'organisation des services retenues par le ministre pour la mise en œuvre des dispositions dont il s'agit.</p>
<p><b>Mots-clés :</b> FIR - fongibilité - permanence des soins - qualité et coordination des soins- modernisation, adaptation et restructuration de l'offre de soins - accompagnement social- prévention et promotion de la santé - prévention et prise en charge des handicaps et de la perte d'autonomie - FMESPP- fonds de prévention de l'assurance maladie - circuits de liquidation et de paiement</p>
<p><b>Textes de référence :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Code de la santé publique, notamment ses articles L1435-8 à L1435-11 et R1435-16 à R1435-36</li><li>- Loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 relative au financement de la sécurité sociale pour 2014</li><li>- Arrêté du 27 février 2012 fixant la liste et les conditions de versement des aides individuelles, des prestations et des compléments de rémunération financés par le fonds d'intervention régional</li><li>- Arrêté du 27 février 2012 fixant la nature des charges relatives à la permanence des soins en établissement de santé financées par le fonds d'intervention régional</li></ul>

- Arrêté du 1er mars 2012 fixant les conditions de versement à la CNAMTS de la dotation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie au fonds d'intervention régional
- Arrêté en cours de publication fixant pour l'année 2014 le montant des dotations des régimes obligatoires de base d'assurance maladie au fonds d'intervention régional des ARS
- Arrêté en cours de publication fixant le montant des crédits attribués aux ARS au titre du FIR pour l'année 2014
- Arrêté du 4 juin 2013 déterminant les conditions de financement par le fonds d'intervention régional des opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration des établissements de santé et de leurs groupements comportant des dépenses d'investissement
- Instruction N°DGOS/R3-R5/2011 du 16 décembre 2011 relative aux modalités d'indemnisation des médecins libéraux participant à la permanence des soins en établissement de santé (PDSES)
- Instruction N°DSS/1B/2012 portant sur le circuit de liquidation et de paiement des forfaits de régulation et d'astreintes de permanence des soins ambulatoires
- Circulaire N° DGOS/R1/2014 relative à la campagne tarifaire 2014 des établissements de santé
- Circulaire N°DGOS/RH3/MEIMS/2012/228 du 8 juin 2012 relative aux mesures d'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et d'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé éligibles au fonds d'intervention régional créé par l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012

Annexes et fiches-techniques :

- Annexe 1 : Orientations par missions pour 2014
- Annexe 2 : Rappels et précisions quant aux modalités de gestion du fonds
  - Fiche-technique 1 : Document-type de demande d'appel de fonds auprès de la CNAMTS
  - Fiche-technique 2 : Répartition par agences des crédits délégués et mises en réserves opérées sur le FIR
  - Fiche-technique 3 : EPRD-type
  - Fiche-technique 4 : Modèle de décision attributive de financement au titre des missions du FIR
  - Fiche-technique 5 : Modèle de décision attributive de financement au titre des missions du FIR mentionnées aux 1° à 8° de l'article L. 1435-8 du CSP lorsque le bénéficiaire est un établissement de santé
  - Fiche-technique 6 : Modèle d'attestation de contrôle de service fait et d'ordre de paiement
  - Fiche-technique 7 : Table de transposition entre missions, catégories de dépenses et comptes du PCUOSS
  - Fiche-technique 8 : CPAM compétentes par type de dépenses FIR
  - Fiche-technique 9 : Répartition des mesures nouvelles GEM

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 (article 65) a créé le fonds d'intervention régional (FIR), qui vise à donner aux agences régionales de santé (ARS) une plus grande souplesse dans la gestion de certains de leurs crédits au service d'une stratégie régionale de santé transversale. A sa création, il regroupait au sein d'une même enveloppe globale des crédits antérieurement fléchés qui répondaient à des objectifs complémentaires de politique de santé comme la permanence des soins, l'amélioration de la coordination des soins et des prises en charge, ou les actions de prévention-santé publique.

En 2013, cette dynamique régionale a été confortée par un élargissement important des missions et des crédits alloués au FIR. Le périmètre du fonds a ainsi été complété des aides à la contractualisation destinées à favoriser la performance et les restructurations hospitalières, de certaines missions d'intérêt général ainsi que le financement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) et des familles et des groupes d'entraide mutuelle (GEM) et des projets pilotes PAERPA.

Afin de donner toute la visibilité nécessaire au pilotage du FIR, un 7<sup>ème</sup> sous-objectif ONDAM relatif aux dépenses d'assurance maladie allouées au fonds a pour la première fois été identifié dans le cadre de la LFSS 2014. Le Parlement a ainsi voté ce nouveau sous-objectif en augmentation de 2.4% par rapport à 2013. Par ailleurs, le périmètre du FIR est inchangé en 2014 en vue d'en stabiliser le fonctionnement et de pleinement contribuer à la mise en œuvre des orientations nationales.

#### **I. Les ressources du FIR et les dotations régionales pour 2014**

Les ressources du FIR en 2014 sont constituées par :

- une dotation de l'assurance maladie à hauteur de 3200 millions d'euros correspondant au sous-objectif ONDAM ;
- une dotation de l'Etat à hauteur de 121 millions d'euros ;
- une dotation de la CNSA à hauteur de 86 millions d'euros.

Le total des crédits FIR votés s'élève donc pour l'exercice 2014 à 3,4 milliards d'euro. Pour mémoire, en 2013, le FIR s'élevait à 3,3 milliards d'euros. Ce montant intègre l'abondement du FIR de 5 millions d'euros de crédits d'assurance maladie pour le financement d'actions de démocratie sanitaire en région.

Compte tenu du contexte particulièrement contraint des finances publiques, le FIR fait en 2014 l'objet de gels au titre des mises en réserves pour la régulation de l'ONDAM d'un montant de 75 millions d'euros soit un montant équivalent à celui de 2013. Il représente 2.34% du nouvel sous-objectif ONDAM relatif au FIR de 3200 M€. Il est modulé au regard de l'évolution de l'activité de chaque région (évolution MCO secteur ex-DG et ex-OQN). La répartition des dotations régionales et de ce gel par ARS figurent en fiche-technique 2.

Les crédits relatifs à la prévention inscrits dans les budgets des agences font l'objet d'une péréquation entre régions qui repose sur un indice populationnel pondéré par des facteurs de précarité et de mortalité prématurée évitable et un indice qui tient compte du poids des dépenses structurelles de prévention (actions de santé recentralisées, dépistage organisé des cancers et lutte anti-vectorielle) gérées et financées ou non au sein de chaque agence. La combinaison de ces deux indices a permis de classer les régions dans cinq groupes homogènes (un groupe spécifique pour les DOM) auxquels sont appliqués des taux de progression de crédits différenciés compris entre 2,17% et 5,25%. Cette péréquation a par ailleurs été appliquée aux crédits venant nouvellement abonder le fonds ne relevant pas des enveloppes historiques constitutives du FIR. Au total, ce sont donc près de 10% des crédits du FIR délégués dans le cadre de la présente circulaire qui font l'objet d'une répartition prenant en compte des critères de santé publique.

La réflexion sur la détermination de principes et de clés de répartition entre régions sera poursuivie en 2014 afin de continuer à renforcer l'adéquation des moyens aux besoins et objectifs de santé régionaux.

J'appelle votre attention sur la nécessité du respect absolu de l'enveloppe globale qui vous est allouée au titre du FIR.

## II. Les orientations nationales pour 2014

Conformément aux objectifs de la stratégie nationale de santé, le FIR doit vous permettre de disposer des leviers financiers pour soutenir les actions de transformations du système de santé et expérimenter les nouveaux modes d'organisation du parcours de soins. Le fonds doit vous permettre de continuer à améliorer la performance du système de santé. En ce sens, il repose sur une logique de résultats mesurés dans le cadre d'un reporting plutôt que sur une logique de moyens sur des lignes fléchées. Le FIR est ainsi destiné à vous donner une plus grande souplesse de gestion budgétaire en régions. L'attribution des crédits qui vous sont alloués au titre du FIR est laissée à votre appréciation, sous réserve du respect du principe de fongibilité asymétrique en faveur des crédits dédiés à la promotion de la santé et la prévention des maladies, d'une part, et ceux dédiés à la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie et à leur prise en charge d'autre part, conformément à l'article L. 1435-9 CSP. Sont par ailleurs fléchés, conformément aux dispositions législatives, les crédits dédiés aux prototypes PAERPA (article 48 de la LFSS pour 2013) et aux expérimentations relatives à la télémédecine (article 36 de la LFSS pour 2014). Sous ces réserves, vous disposez ainsi de la latitude nécessaire à la réallocation de ces crédits selon vos priorités régionales déclinant la stratégie nationale de santé conformément au principe de fongibilité du FIR.

Les moyens dédiés dans le cadre du FIR en 2014 doivent plus particulièrement concourir aux axes stratégiques de la stratégie nationale de santé suivant :

- le développement de l'offre de prévention, le fonds d'intervention régional étant abondé par des crédits non fongibles dédiés à cette mission en augmentation de 2.4% par rapport à 2013 conformément au taux d'augmentation du sous objectif ONDAM relatif au FIR.
- la promotion de la logique de parcours dans l'objectif de simplification, décloisonnement, recentrage de l'organisation des soins autour du médecin traitant, afin d'articuler les interventions des professionnels, services et établissements d'un territoire dans des parcours dans lesquels la personne est un acteur de sa santé intégrant les logiques d'éducation thérapeutique, de promotion de la santé et ses besoins médico-sociaux et sociaux.
- la lutte contre les déserts médicaux et la réduction des inégalités d'accès aux soins, comportant divers engagements financés dans le cadre du FIR relevant du « Pacte territoire santé » dont le développement de la télémédecine, les contrats de praticiens territoriaux de médecine générale (PTMG), les structures d'exercice coordonné afin de favoriser le travail en équipe.

La mobilisation du FIR doit par ailleurs activement accompagner les projets de restructuration des établissements de santé. Dans le cadre de ces projets qui comporteront systématiquement un volet ressources humaines, l'amélioration des conditions de travail des personnels sera poursuivie. Ces projets doivent également favoriser le développement de la chirurgie ambulatoire, levier majeur de l'évolution de l'offre de soins en chirurgie, tant en termes de qualité que d'efficacité pour les structures.

\*\*\*

Les annexes à la présente instruction ont pour objet de préciser :

- les orientations par missions pour 2014 (annexe 1);
- les règles d'attribution et de gestion des crédits par les ARS ainsi que les modalités de suivi des dépenses et de reporting financier (annexe 2).

Je vous remercie de nous faire connaître les difficultés que vous pourriez rencontrer dans la mise en œuvre de la présente circulaire. Mes services sont à votre disposition pour de plus amples informations.

La ministre des affaires sociales et de la santé

*Signé*

Marisol TOURAINE