

RAPPORT MORAL ET D'ACTIVITES 2016

Mars 2017

Sommaire

Le mot du président

Rapport moral 2016

Chapitre 1 : Organiser -
Faire fonctionner le réseau

Les instances de l'association	10
Les membres	10
La cellule de coordination	11
Les groupes techniques.....	11

Chapitre 2 : Coordonner – Etre l'interface

Articulation avec les 3C et les RTC ou PTA.....	12
Réunion de coordination inter-RTC/3C.....	13
Visite des établissements autorisés en cancérologie	14
Articulation avec le PRC et l'UCOG.....	14
Collaboration avec le Pôle Régional de Cancérologie (PRC).....	14
Collaboration avec l'UCOG.....	14
Interface avec l'ARS	15
Interface avec le national	15
INCa et DGOS	15
ACORESCA.....	16

Chapitre 3 : Collaboration avec d'autres
partenaires

Le Cancéropôle Grand Ouest.....	17
L'Observatoire dédié au cancer.....	18

Les ADEC	18
CorDOC.....	18
Réponse à l'appel à projet du Cancéropôle Grand Ouest – SHS & Cancer....	19
Transmission des informations (à partir du DCC) utiles au suivi des personnes concernées par un dépistage organisé.....	19
Le Registre Finistérien des tumeurs digestives	19
Transmission des informations (à partir du DCC).....	19
Le réseau inter-régional POHO	20
L'AFSOS et les soins palliatifs	21
L'AFSOS	21
Les IDEC.....	21
Les RIR SOS	21
Le réseau CancerVIH / Partenariat Oncobretagne - COREVIH	22
L'Oncofertilité	22
La Mutualité Française de Bretagne	23
Implication d'Oncobretagne dans les autres réseaux / associations	23

Chapitre 4 : Elaborer et diffuser les référentiels

Journée scientifique du R2CD	24
Autres groupes techniques	25
Référentiels régionaux élaborés et/ou mis à jour en 2016	25
Participation à l'élaboration des référentiels inter-régionaux ou nationaux	26
RIR AFSOS.....	26
Recommandations INCa – Relecture nationale	27
Recommandations et Référentiels nationaux – Appel à candidature INCa	28

Chapitre 5 : Suivre les RCP Promouvoir le DCC

Bilan des RCP en 2016 et évolution depuis 2006	29
Bilan des RCP saisies dans le DCC régional.....	30
Bilan des RCP hors DCC.....	31
Montée en charge de l'informatisation des RCP dans le DCC	31
Projet nouvel outil DCC	32
Travail sur les fiches RCP et sur le PPS.....	32
Implémentation de l'ANRCP à la demande de l'INCa et de l'ASIP	34

Demandes d'assistance au SIB	34
La visioconférence	34

Chapitre 6 : Evaluer les pratiques professionnelles

Etude sur les délais de prise en charge des cancers ORL	35
Etude de l'homogénéité des avis RCP en Bretagne – Cancers du sein.....	36
Etude IPAQSS RCP 2016	36
Etude de prise en charge des patients atteints d'un cancer dermatologique, au regard du thésaurus GROUM	37

Chapitre 7 : Informer – Former – Se former

Le site internet Oncobretagne	38
Veille documentaire et actualités	38
Actualisation et création de nouvelles pages	40
Fréquentation du site.....	40
Information des patients et de leurs proches	40
Pièce de théâtre – « Cachez-moi ce crâne »	41
Aide à la formation continue des professionnels de santé	41
Pour les professionnels	41
Organisations des journées scientifiques suivies des mises à jour des thésaurus régionaux.....	42
Journée Cancers gynécologiques et sénologiques	42
Journée UCOG 2016	42
Formations assurées par les réseaux territoriaux	42
Accueil d'un stagiaire EHESP.....	43
Formation de la cellule de coordination	43

Chapitre 8 : Indicateurs

Indicateurs RCP	44
Tableaux de bord annuel de l'INCa	46
Enquête trimestrielle « Montée en charge du DCC » à la demande de l'INCa...	46
Autres	47
Nombre de réunions de RCP	47
Indicateurs pour le Pôle Régional de Cancérologie.....	47
EIPRO	47
OncoVIH.....	47
UCOG	47

Chapitre 9 : Projets transversaux

Projet « Thrombose et Cancer »	48
Territoires Onco	49

Annexes

Annexe I : Composition du CA et du bureau 2014-2017	
Annexe II : Liste des personnes morales (établissements) à jour de leurs adhésions au 31 décembre 2016	
Annexe III : Liste des personnes morales (associations) à jour de leurs adhésions au 31 décembre 2016	
Annexe IV : Liste des personnes physiques à jour de leurs adhésions au 31 décembre 2016	
Annexe V : Membres des groupes de travail dont fait partie Oncobretagne	
Annexe VI : Lettre d'intention – Réponse à l'appel à projet du Cancéropôle Grand Ouest – SHS & Cancer	
Annexe VII : Programme Journée « Cancer & VIH » - Mars 2017 - Brest	
Annexe VIII : Courrier de réponse à l'appel à candidature pour la labellisation de recommandations et de référentiels nationaux de bonnes pratiques en cancérologie (INCa)	
Annexe IX : Tableau de bord des indicateurs RCP en Bretagne en 2016	
Annexe X : Résumé de l'étude sur les délais de prise en charge des VADS	
Annexe XI : Protocole de l'étude d'homogénéité des avis RCP – Cancer du sein	
Annexe XII : Résumé de l'enquête obligatoire IPAQSS RCP 2016 et de l'enquête complémentaire portant sur la qualité des RCP, le dispositif d'annonce, le PPS et l'évaluation gériatrique	
Annexe XIII : Formations assurées par les RTC en 2016	
Annexe XIV : Plaquette et programme d'information « Thrombose et Cancer »	
Annexe XV : Etude nationale « Territoires Onco » - Synthèse des résultats en Bretagne	

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. Il comprend des actions réalisées par l'ensemble des membres d'Oncobretagne et par la cellule de coordination.

Que les membres d'Oncobretagne soient tous ici remerciés pour leur implication, toujours renouvelée depuis la création du réseau.

Le mot du président :

2017 s'achève et il faut avouer que l'année a été délicate mais se termine avec des promesses d'avenir.

Délicate car nos tutelles nationales...et régionales battent le chaud et le froid, ne donnant pas toujours l'impression de savoir où aller et comment y aller.

Nous attendons toujours des feuilles de route officielles, et au fil des réunions, les PTA sont plus ou moins d'actualités selon les uns (INCa plutôt moins après avoir été plus...) ou les autres (ARS Bretagne plutôt plus, depuis toujours mais avec un but difficile à percevoir)...les référentiels parfois décriés, parfois encouragés, pour ne citer que 2 exemples.

Oncobretagne est resté fidèle à sa position de toujours : autonomie (ce qui ne veut pas dire indépendance...et l'actualité internationale est là pour le rappeler...) de nos effecteurs territoriaux.

On ne peut demander à Oncobretagne cette défense d'autonomie légitime et vouloir s'en détacher à l'extrême. Le RRC défendra toujours cette autonomie, notamment financière car il ne veut se substituer à ces effecteurs, qui connaissent chacun au mieux « leur territoire ».

Prometteuse car Oncobretagne révise ses statuts : il y a eu des changements de dénomination (ARH et ARS, URML et URPS...), la création de nouvelles instances (UCOG, Pôle régional de Cancérologie...), des évolutions de pratique (développement des soins palliatifs,...) et d'autres à venir (infirmière coordinatrice pour les thérapies ciblées, éducation thérapeutique, patient référent), de nouvelles structures porteuses qu'il va falloir maîtriser (PTA...).

Les nouveaux statuts se veulent le reflet de tout cela. Il faut remercier le groupe technique de s'être attelé à cette tâche, d'avoir rédigé un document « martyr » et d'avoir ensuite tenté d'intégrer les remarques des uns et des autres...en respectant la juste place de chacun.

Le CA reflète la cartographie et la position de tous, en espérant ne pas avoir oublié des acteurs...et nous leur demandons de se manifester alors sans acrimonie-personne n'est parfait.

Les médecins actifs y ont une place prépondérante, qui leur permettra, si ils s'y investissent, de continuer à faire vivre le RRC comme ils le désirent et leur permettre ainsi de pouvoir être utiles au mieux à leurs patients, dans toutes les phases de leur pathologie.

Le bureau en est également le reflet.

Après 3 mandatures il serait grand temps que les instances évoluent...

Je fais donc appel à candidature pour CA ET BUREAU.

L'équipe est rodée et il ne faut pas être effrayé par la tâche.

Certains membres resteront actifs au CA et au bureau (si telle est la volonté des membres) et pourront aider au besoin les nouveaux élus.

Les élections sont fixées à début 2018 et nous attendons donc les candidatures pour le CA et pour le bureau sans avoir peur d'afficher ses ambitions...

Rapport Moral 2016 :

Retour vers le Futur ??

L'année 2016 a permis au réseau de continuer ses actions habituelles, grâce à tous les acteurs bretons et cela va vous être détaillé.

Cette année 2016 a aussi été celle, non sans mal, du vrai démarrage du DCC, avec un choix qui finalement était celui, unanime des acteurs. La phase de mise en place est en cours et les groupes sont bien fournis. Il faut encore quelques réglages pour que chacun trouve sa place, sans qu'aucun des acteurs n'oublie que le réseau reste le responsable et donc en tant que tel doit rester maître...

Surtout cette année 2016 a vu les instances nationales et régionales aller et venir au fil de circulaires, de notes, sur l'organisation pas tant régionale que « territoriale »...PTA ou non, spécificité respectée ou non, indépendance ou non...il n'a pas toujours été facile déjà de comprendre, ensuite de commencer à mettre en œuvre..

Et c'est dans ce domaine que le particularisme breton se distingue de nouveau : après avoir TOUJOURS réaffirmé notre désir d'autonomie de nos partenaires territoriaux, pour un travail constructif, les acteurs ont pris le problème à bras le corps.

Une charte vient de voir le jour, encore en construction mais travail remarquable qui s'il est accepté par l'ARS (et pourquoi ne le serait-il pas ?..) permettra de retrouver, je l'espère une sérénité que toutes les notes évoquées plus haut a pu ébranler...

Y sont abordé également la problématique des soins de support, anticipant donc la problématique dans son ensemble.

Un grand merci à tous ceux qui ont planché et qui ont permis ce texte, fondateur de notre avenir au moins sur le papier...car il va falloir compter aussi avec les finances et là nous allons dans le flou..., certaines coupes ayant déjà eu lieu, et à mon avis d'autres à venir...

Je reconnais là le pouvoir ESSENTIEL des acteurs pour prendre en mains la destinée du réseau et des courroies autonomes en territoire, sans se laisser imposer une direction contre nature...

Il nous faudra défendre FERMEMENT tous nos projets pour obtenir les crédits nécessaires au bon fonctionnement, ce qui permettra de répondre aux attentes de nos tutelles...

2016 a également été marqué par la reconnaissance nationale du dynamisme d'OncoBretagne et je citerai 3 exemples :

- OncoBretagne choisi comme réseau support du référentiel national ovaires par l'INCA
- OncoBretagne choisi pour accueillir les J2R, journée nationales des référentiels AFSOS, avec 2 thématiques que nous devons porter : diabète et cancer d'une part, prise en charge des complications gynécologiques des radiothérapies pelviennes d'autre part. Le cahier des charges est strict et vous serez très vite contactés pour participer au groupe qui vous intéresse. Il faudra être nombreux pour représenter la région à ces journées prévues en Décembre 2017 à Rennes.
- Enfin, OncoBretagne a été choisi à la quasi-unanimité pour accueillir le congrès national des réseaux de cancérologie en 2019. Là aussi dès la thématique confirmée nous reviendrons vers vous pour porter ces journées.

2017 est donc un tournant important et ce d'autant plus que nous allons renouveler nos instances...

Un souffle nouveau ne serait pas de refus et nous attendons de jeunes et de moins jeunes des signaux forts d'engagement afin de continuer à faire vivre la cancérologie bretonne dans son ensemble, dans le respect de toutes ses composantes (RRC, 3C, pôle, effecteurs territoriaux,..).

Faites-vous connaître et nous vous trouverons une place adaptée. C'est un travail enrichissant et formidable même s'il n'est que bénévole, ce qui par les temps qui court est rare...

Organiser Faire Fonctionner le Réseau

Les instances de l'association

L'assemblée générale du réseau Oncobretagne s'est déroulée le 23 mars 2016 pour valider les rapports moral, financier et d'activité de l'année 2015 ainsi que le programme d'action et le budget prévisionnel 2016.

Le Bureau et le Conseil d'administration d'Oncobretagne (Cf. composition en annexe I) se sont réunis successivement le 12 octobre 2016 afin d'échanger principalement sur l'évolution du Dossier Communicant en Cancérologie (DCC), sur les nouvelles missions d'Oncobretagne ainsi que sur le rapprochement des différentes structures impliquées dans la coordination régionale en cancérologie.

Dans l'attente des textes sur l'évolution des missions des Réseaux Régionaux de Cancérologie (RRC) et des Centres de Coordination en Cancérologie (3C) annoncés par l'INCa depuis bientôt 2 ans, **l'actualisation des statuts régissant Oncobretagne prévue depuis 2015 n'a pas été réalisée non plus en 2016.**

Les membres

Les membres du réseau Oncobretagne comprennent :

- des établissements de santé publics et privés,
- des réseaux territoriaux de cancérologie,
- des réseaux de professionnels relevant d'une même spécialité,
- des groupes professionnels impliqués en cancérologie,
- d'autres associations œuvrant dans le domaine de la coordination des soins, de la prévention ou de la santé publique,
- des associations de patients/usagers,
- des adhérents à titre individuel (médecins spécialistes d'organe, oncologues, pharmaciens de ville, infirmières libérales etc...).

Au 31 décembre 2016, Oncobretagne compte 171 membres dont 65 personnes morales et 106 personnes physiques. L'ensemble des établissements autorisés pour le traitement du cancer sont adhérents à Oncobretagne. La liste de tous les membres figure en annexes II, III et IV de ce rapport.

La cellule de coordination

La cellule de coordination est composée de 3 personnes dont :

- ① un médecin coordinateur à temps plein, Dr Donavine NIMUBONA,
- ① un chef de projet à temps plein, Mme Morgane KERMARREC,
- ① une assistante de coordination à 0.8 ETP, Mme Hélène GAREL.

Le temps de travail de l'assistante de coordination est passé de 75% à 80 % depuis le 1^{er} janvier 2016.

Les groupes techniques

L'implication des professionnels de santé est l'un des points forts d'Oncobretagne. En effet, plusieurs groupes de professionnels se sont constitués par spécialité sous forme de réseaux, certains pour apporter leur expertise et savoir-faire dans la réalisation des missions d'Oncobretagne, notamment pour l'élaboration des référentiels de bonnes pratiques.

Tous les domaines et spécialités sont représentés :

- ① Biologie moléculaire (2 plateformes : Rennes et Brest)
- ① Dermatologie – Groupe Régional OUest Mélanome (GROUM)
- ① Gynécologie-Sénologie
- ① Groupe Régional Evaluation
- ① Hépto-gastro-entérologie – Réseau Régional de Cancérologie Digestive (R2CD)
- ① Neuro-Oncologie – Société de Neuro-Oncologie Bretonne (SNOB)
- ① Pharmacie – Collège des Pharmaciens Oncologues de Bretagne (COPOB)
- ① Onco-pneumologie-thorax - Association Bretonne de Chirurgie Thoracique (ABCT)
- ① ORL – Groupe Breton de Cancérologie ORL (GBCO)
- ① Radiothérapie – Cercle des Radiothérapeutes et RAdiophysiciens de Bretagne (CRRaB) (*en veille, à redynamiser*)
- ① Urologie
- ① Tumorothèque Régionale

Articulation avec les 3C et les RTC/PTA

Le projet de faire évoluer les Réseaux Territoriaux de Cancérologie (RTC) vers les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) commencé en 2015 s'est poursuivi en 2016, mobilisant beaucoup de temps pour les RTC et Oncobretagne. Dans la mesure où six 3C bretons sur un total de 7 étaient inclus dans les RTC et que ces derniers vont être mutualisés en PTA, Oncobretagne est concerné par cette mutation compte tenu de ses missions relayées sur le terrain par les 3C et les RTC. Ainsi, dans ce contexte de mutualisation, pour poursuivre sa mission de coordination et d'expertise en cancérologie, Oncobretagne a besoin d'identifier de façon lisible et claire les interlocuteurs territoriaux sur la thématique cancérologie dont les 3C, mais pas que... C'est donc à ce titre qu'Oncobretagne est concerné de près par les projet des PTA, dont le cahier des charges est très orienté professionnels libéraux et dont les équipes sont appelées à devenir polyvalentes dans leurs missions.

Oncobretagne estime que, pour des PTA ayant fusionné des réseaux de santé s'occupant de thématiques variées et parfois très éloignées dans l'approche de la complexité et de la prise en charge (diabétologie, gériatrie, cardio-vasculaire, etc...), perdre la spécificité cancérologique en territoire serait une vraie régression pour la région. Le cancer pouvant à lui seul justifier la complexité : pluri-professionnels et pluri-établissements, prise en charge à la fois hospitalière et ambulatoire sur un délai relativement court (plusieurs allers-retours ville-hôpital), etc. Les projets expérimentaux de l'Institut National du Cancer (INCa) sur le dispositif des Infirmiers De Coordination en Cancérologie (IDEC) en témoignent d'ailleurs.

A ce jour, on compte en Bretagne :

- 5 RTC dont le projet d'évolution en PTA devrait aboutir d'ici fin 2017.
- Une PTA, Appui Santé Nord Finistère (ASNF) incluant l'ex-RTC et 3C (Réseau du Ponant) créée en juin 2015
- un 3C autonome, Onco5 non intégré dans un RTC depuis la dissolution du RTC Oncorennes du territoire 5 au 31 décembre 2012.



En lien avec le recrutement de la responsable qualité du 3C d'ONCO6, une journée a été consacrée pour la présentation des acteurs de la cancérologie en Bretagne et la formation rapide concernant les partenaires, les outils et les études d'évaluation.

Réunions de coordination inter-RTC/3C

La mission de coordination d'Oncobretagne est facilitée par les groupes qu'il a mis en place depuis plusieurs années et qui se réunissent régulièrement : le groupe « Inter RTC/PTA-Cadres », le groupe « qualité » et le groupe régional Evaluation.

L'objet de ces réunions est de favoriser les échanges, partager les expériences, transmettre les informations, discuter des projets en cours au niveau régional ou national, harmoniser les pratiques, décider des actions communes, approfondir la méthodologie des différentes études, etc... Oncobretagne rédige le compte rendu de ces réunions.

En 2016, le groupe « Inter-RTC/PTA-Cadres » s'est réuni deux fois : le 22 février et le 20 septembre.

Vu l'importance du sujet concernant l'évolution des Réseaux Territoriaux de Cancérologie (RTC) vers les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA), la première réunion a été entièrement consacrée à un échange d'informations concernant les atouts et les difficultés rencontrées sur ce projet. Lors de la seconde réunion, un premier temps d'échange a porté sur l'avancement des uns et des autres dans leurs projets et leurs méthodologies de travail. Dans la deuxième partie de la réunion a été abordée la place, les missions des 3C ainsi que leur fonctionnement au sein des PTA.

Pour le groupe « Qualité », deux réunions ont eu lieu le 3 mars et le 26 avril 2016 dont l'ordre du jour concernait les enquêtes en cours. L'objectif de ce groupe est de réfléchir et travailler sur les méthodologies des différentes études menées au niveau régional (enquêtes « IPAQSS » et « Délais de prise en charge des cancers des VADS »), les indicateurs des tableaux de bord territoriaux et régionaux, l'évolution du DCC, etc. Il a été convenu d'élargir ce groupe aux médecins 3C qui le souhaitent, selon leur disponibilité.

Le groupe régional Evaluation s'est réuni 3 fois en 2016 : 14 janvier, 21 juin et 13 octobre. L'objectif de ce groupe est de définir les enquêtes à mener au niveau régional ainsi que les grandes lignes de la méthodologie qui est affinée secondairement par le groupe « qualité ». Le groupe se réunit également pour faire un point d'étape sur les enquêtes régionales en cours et établir un calendrier prévisionnel pour les prochaines enquêtes.

Rapport de l'INCa sur les nouvelles missions des RRC/Note de l'ARS portant sur les RTC et PTA

Suite à la publication d'un rapport de l'INCa sur l'évolution des missions des RRC en décembre 2016 (non encore validé par la DGOS), et à la diffusion d'une note par le directeur général de l'Agence Régionale de la Santé (ARS) sur le positionnement des 3C au sein des PTA ainsi que les liens entre le RRC et les PTA, plusieurs réunions ont eu lieu au premier trimestre 2017 avec les différents acteurs de la cancérologie (Bureau d'Oncobretagne, groupe « Inter-RTC/PTA-Cadres », groupe 3C) pour analyser ces documents, et convenir d'une position commune et proposition d'organisation et de fonctionnement à faire à l'ARS. Les travaux et réflexions sont en cours, notamment une charte régionale 3C en cours d'élaboration avec l'ensemble des 3C pour clarifier et formaliser les liens 3C-PTA, 3C-Oncobretagne et 3C-Pôle Régional de Cancérologie (PRC).

Par ailleurs, le bureau d'Oncobretagne a mis en place un groupe de travail pour travailler sur le sujet, et rédiger une note (à mettre en lien avec le contenu de la charte 3C) à soumettre à l'ARS.

Les souhaits qui émergent des différents échanges sont : une autonomie fonctionnelle à préserver pour les 3C, avec un budget fléché, suivi par ce dernier, et des soins oncologiques de support à sauvegarder au sein des PTA incluant des RTC qui les avaient développés.

Visite des établissements autorisés en cancérologie

Depuis sa prise de fonction il y a deux ans, le médecin coordinateur continue au fil de l'eau la visite des structures autorisées ou associées pour le traitement du cancer, afin de rencontrer et tisser des liens avec les professionnels référents en cancérologie, et s'enquérir de leurs attentes vis-à-vis d'Oncobretagne. A ce jour, la moitié de ces structures ont été visitées (19/38).

Articulation avec le Pôle Régional de Cancérologie (PRC) et l'Unité de COordination en OncoGériatrie (UCOG)

Action 16.4 du plan cancer 3 : Garantir à l'ARS un appui régional fort dans le champ de la cancérologie, en misant sur le rapprochement des structures.

« Favoriser les rapprochements fonctionnels et structurels et expérimenter des structures unifiées sous forme de structures régionales de coordination ou d'appui en cancérologie »

Collaboration avec le Pôle Régional de Cancérologie (PRC)

La collaboration entre Oncobretagne et le PRC est opérationnelle et réciproque par des échanges d'informations selon les besoins des uns et des autres, ainsi qu'un soutien logistique lors de l'organisation d'événements.

Le PRC s'occupe de la coordination régionale dans le domaine de la recherche clinique, de l'innovation, des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) régionales et de recours.

Par rapport à l'activité RCP régionale et de recours, ainsi que l'annuaire des essais cliniques mise en place et piloté par le PRC, ce dernier est entièrement intégré aux groupes de travail dans le cadre du déploiement du nouvel outil DCC.

Collaboration avec l'UCOG

En ce qui concerne l'Unité de Coordination en Oncogériatrie dont les missions ciblent les personnes âgées (75 ans et plus) atteintes d'un cancer, elle fonctionne aussi de façon indépendante et autonome, avec une collaboration étroite autant que de besoin avec Oncobretagne. Par exemple, Oncobretagne lui fournit les indicateurs régionaux à partir des extractions du DCC, apporte un soutien logistique dans l'organisation des journées de formations UCOG et gère les conventions avec les partenaires industriels étant donné que l'UCOG n'a pas d'entité juridique. Toutes les informations relatives à l'UCOG sont hébergées sur le site internet d'Oncobretagne.

A l'inverse, l'UCOG peut s'impliquer dans les projets d'Oncobretagne et à titre d'exemple, a participé à la rédaction du référentiel en soins oncologiques de support « Programme d'éducation thérapeutique des patients traités par anticancéreux oraux » dans lequel un chapitre spécifique « personnes âgées » était décliné.

Interface avec l'Agence Régionale de Santé (ARS)

Action 16.4 du plan cancer 3 : Garantir à l'ARS un appui régional fort dans le champ de la cancérologie, en misant sur le rapprochement des structures.

«Conforter le rôle d'appui des RRC auprès des ARS. A la lumière de leur évaluation, actualiser les missions et leurs articulations avec les acteurs de proximité»

Le réseau Oncobretagne contribue à alimenter la réflexion régionale sur demande de l'ARS et sollicite autant que de besoins l'avis des effecteurs locaux : groupes techniques ou associations professionnelles, RTC, 3C, etc...

Le président et le médecin coordinateur d'Oncobretagne font partie du Groupe Thématique Régional (GTR) cancérologie. Une réunion du GTR, sur convocation de l'ARS, s'est tenue le 6 juillet 2016. Lors de cette réunion, le Dr Benjamin MORDELLET (Coordinateur thématique cancer) a fait le point sur les faits marquants 2015, les nouvelles autorisations délivrées ou celles retirées, ainsi que les projets financés. A sa demande, une présentation du rapport d'activité 2015 d'Oncobretagne faisait aussi partie de l'ordre du jour de cette réunion.

Par ailleurs, le groupe GTR cancérologie a été réactualisé fin 2016 et sollicité en janvier 2017 pour la préparation du Programme Régional de Santé (PRS) 2017-2022.

Interface avec le national

Institut National du Cancer (INCa) et la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS)

L'INCa a, entre autres, pour mission la coordination nationale des réseaux régionaux de cancérologie. Le président et le médecin coordinateur d'Oncobretagne ont participé au séminaire INCa qui s'est tenu le 5 juillet 2016. Les échanges et débats étaient essentiellement centrés sur l'évolution des missions des RRC ainsi que sur le rapprochement du RRC vers les structures de coordination en Oncopédiatrie et en Oncogériatrie. Il n'y a pas eu de consensus et les avis étaient très divergents.

Des représentants des RRC ont été sollicités pour participer à un board élargi UCOG, organisé par l'INCa et la DGOS. Le médecin coordinateur d'Oncobretagne a participé à cette réunion qui s'est tenue le 14 mars 2016. L'objet de cette réunion était d'échanger sur un éventuel rapprochement des UCOG et des RRC en vue de s'enquérir des positionnements des uns et des autres à ce sujet ; ainsi que les relations existantes actuellement entre les deux structures dans les différentes régions. Il est apparu que les situations sont très hétérogènes et globalement, les UCOG représentées à cette réunion ne souhaitent pas leur fusion avec les RRC.

Les autres réunions avec le national portent sur le suivi de la mise en œuvre du Dossier Communicant de Cancérologie (DCC) et les tableaux de bord et enquêtes sur les indicateurs DCC, avec deux réunions en 2016 qui ont eu lieu le 3 février et le 18 octobre 2016.

Association des COordinateurs des RESeaux de CAncérologie (ACORESCA)

Le médecin coordinateur d'Oncobretagne est membre de l'Association des COordinateurs des RESeaux de CAncérologie (ACORESCA) et fait partie de certains groupes de travail thématiques (indicateurs, référentiels,...). Depuis janvier 2017, il est également membre du CA de l'ACORESCA.

L'ACORESCA a comme mission de fédérer les différents réseaux membres pour se concerter et faire des propositions communes à l'INCa sur différents sujets, être une force de proposition pour l'INCa, partager les expériences des uns et des autres sur différents thématiques, etc. La concertation se fait aussi bien lors des groupes de travail que des réunions plénières.

L'ACORESCA se réunit en plénière 5 fois /an ; les conseils d'administration se font par audioconférence ou en physique avant les plénières.

Collaboration avec d'autres partenaires

L'objectif 16 du plan cancer 2014-2019 intitulé « **Optimiser les organisations pour une plus grande efficience** » s'attache au développement des liens entre les différentes structures, incite au décloisonnement et à la transversalité.

«...renforcer le pilotage et l'animation nationale en favorisant le décloisonnement...afin d'accroître l'efficacité des politiques de prévention, de la recherche pour favoriser sa compétitivité et pour accélérer le transfert des nouvelles connaissances vers le soin... cette organisation doit aujourd'hui évoluer vers plus de transversalité et de décloisonnement entre recherche, prévention, soins et observation pour qu'une démarche pleinement intégrée de lutte contre le cancer contribue à de nouveaux progrès».

Action 16.2 :

« Renforcer le rôle de pilotage technique et d'animation régulière et décloisonnée des structures de la cancérologie par l'INCa en appui au pilotage stratégique des ministères de la santé et de la recherche ».
« Organiser le décloisonnement par une démarche adaptée d'animation et par des expérimentations d'interfaces innovantes (RRC/Cancéropôle ; structures de gestion régionales/RRC/registres... ».

Le Cancéropôle Grand Ouest

A l'initiative du Pr Mario CAMPONE, président du Comité Scientifique du Cancéropôle Grand Ouest, une réunion inter-régionale s'est tenue à Nantes le 5 octobre 2016. Les RRC Pays de Loire, Centre et Bretagne, ainsi que les représentants du Groupement Inter-régional de Recherche Clinique et d'Innovation (GIRCI) Grand Ouest étaient conviés à cette réunion. La Bretagne était représentée par le Dr Jean-Philippe METGES (PRC et Oncobretagne), le Pr Edouard LE GALL (PRC), le Dr Donavine NIMUBONA (Oncobretagne) et Mme Ingrid FELTEN-VINOT (PRC).

Cette réunion faisait suite au claustrat du Comité stratégique du cancéropôle où l'INCa a précisé que compte tenu du projet en cours sur l'évolution des missions des RRC, certaines missions des cancéropôles ont été rediscutées, notamment celles liées à la recherche clinique en cancérologie. Suite à ces échanges avec l'INCa, le Pr Mario CAMPONE estime que pour cette thématique, le cancéropôle doit se mettre en retrait (sauf pour la recherche translationnelle) afin de respecter le périmètre d'intervention de chacun et éviter les doublons. Cette mission devrait donc être investie par les RRC, en lien avec les GIRCI.

Le rôle du Cancéropôle n'étant pas de faire de la recherche clinique, il est demandé aux RRC de se rapprocher du GIRCI pour intégrer cette mission. Les participants ont reconnu l'avancée de la Bretagne dans ce domaine par rapport aux autres régions, d'où une volonté de faire un annuaire inter-régional géré par le Pôle Régional de Cancérologie de Bretagne.

L'Observatoire dédié au cancer

Depuis 2005, le médecin coordinateur et le président d'Oncobretagne participent aux réunions du conseil scientifique de l'observatoire dédié au cancer. Ce dispositif réunit les deux Observatoires du Médicament, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique (OMEDIT) de la Bretagne et des Pays de la Loire et s'occupe exclusivement de la thématique cancérologie.

Oncobretagne reçoit régulièrement des informations de la part de l'OMEDIT qu'il relaie si nécessaire aux professionnels et/ou les met sur le site internet. Il s'agit notamment des fiches de bon usage des chimiothérapies par voie orale à destination des professionnels et des patients.

De plus, Oncobretagne appuie l'Observatoire dans les études qu'il mène sur le terrain par un relai d'information, une mise en lien avec les 3C ou une analyse préliminaire des données à partir du DCC (ex : étude EPIPRO initiée depuis 2015, portant sur la prise en charge des cancers de la prostate).

Par ailleurs, le médecin coordinateur du réseau Oncobretagne a été invité pour participer au groupe de travail portant sur le projet « Pronopal-Palliachim ». Ce projet, dont l'objectif général est l'optimisation de la prise en charge des patients atteints de maladie cancéreuse en phase palliative, est porté par l'Observatoire dédié au cancer et a bénéficié d'un financement de la part de l'ARS. Il cible l'ensemble des établissements de la région autorisés ou associés en chimiothérapie, prenant en charge des patients atteints d'un cancer du sein, poumon, ovaire, colorectal, pancréas, prostate ou rein à un stade avancé.

Ses objectifs secondaires sont :

- solliciter précocement les équipes ressources des soins palliatifs,
- s'approprier et utiliser le score Pronopal.

Il a été demandé que des items relatifs au score soient prévus sur les fiches RCP dans le cadre du nouvel outil DCC.

Les Associations de Dépistage du Cancer (ADEC)

Coordination Régionale des Dépistages Organisés des Cancers (CorDOC)

Une **Coordination régionale des Dépistages Organisés des Cancers** en Bretagne (CorDOC) a été mise en place depuis juin 2016. Le médecin coordinateur du réseau Oncobretagne a été sollicité pour faire partie du comité régional (Cf. composition de ce groupe en annexe V) et une première réunion a eu lieu à Rennes le mardi 13 décembre 2016.

Extrait du plan cancer III : «...sans préjudice d'un pilotage national garantissant harmonisation des missions et partage d'expériences, il apparaît essentiel de conforter le rôle des RRC auprès de l'ARS comme structure régionale d'appui et d'expertise en cancérologie. Il est également souhaitable, dans une logique d'harmonisation des démarches et d'efficience, de renforcer la coordination régionale des politiques de dépistage. Afin de fluidifier les parcours de prise en charge du dépistage vers le soin, des liens doivent être développés, notamment en termes de système d'information, entre structures de coordination du soin et structures gérant les dépistages ».

Réponse à l'appel à projet du Cancéropôle Grand Ouest – SHS & Cancer

Oncobretagne a pris l'initiative de solliciter ses partenaires pour répondre à un appel à projet du Cancéropôle Grand Ouest sur la thématique « Sciences Humaines et sociales et Cancer ». Le projet soumis porte sur une étude qualitative visant à comprendre les freins et les leviers possibles, pour améliorer la réponse au suivi proposé aux personnes ayant un test de dépistage du cancer colorectal positif, personnes à risque élevé ou très élevé d'avoir un cancer colorectal compte tenu des antécédents personnels ou familiaux. Toutes les structures de dépistage des cancers organisés de la Bretagne, le registre finistérien des tumeurs digestives, Phare grand Ouest et le département de santé publique du CHU de Rennes ont été associés à ce projet.

La réponse à cet appel à projet se découpait en deux phases : une lettre d'intention (en annexe VI) transmise le 28 octobre 2016 qui a été retenue et un dossier complet, transmis le 27 janvier 2017, qui a reçu un avis défavorable en mars 2017.

Vu le travail déjà réalisé sur le projet, l'investissement des uns et des autres et la dynamique créée, il serait dommage de ne pas réaliser au final cette étude. Ainsi, nous avons sollicité un financement pour ce projet auprès de l'ARS et l'INCa et sommes en attente de réponse. Le budget demandé est d'environ 20 000 €.

Transmission des informations (à partir du DCC) utiles au suivi des personnes concernées par un dépistage organisé

Action 16.4 du plan cancer 3

...«Développer les interfaces entre RRC, structures de gestion des dépistages et registres afin de fluidifier les parcours du dépistage aux soins, en lien avec la montée en charge du DCC, organiser un rapprochement des systèmes d'information afin de contribuer à l'évaluation des politiques de dépistage et des soins »

Cette demande pour laquelle une réunion, réunissant toutes les ADEC et les 3C, s'est tenue le 5 octobre 2015 est en suspens, compte tenu du retard qu'a pris le projet nouvel outil DCC. Il avait été convenu d'intégrer ce besoin dans le dossier CNIL qu'Oncobretagne élaborera dans le cadre du nouvel outil DCC.

Le Registre Finistérien des tumeurs digestives

Transmission des informations (à partir du DCC)

Comme pour les ADEC, le registre a besoin des informations relatives au suivi des patients dans le cadre de ses missions. En plus de ses partenaires habituels (médecins traitants, établissements de santé, cabinets d'anatomopathologie, etc.), le 3C du Ponant, Onco'Kerne et Onc'Oriant transmettent une base de données brute, non nominative (extraction faite à partir du DCC) des données concernant les patients atteints d'une tumeur digestive et résidant dans le Finistère au moment du diagnostic.

Après cette transmission, le registre est obligé de rechercher dans le DCC, à partir des identifiants (un à un) le nom et prénom des patients concernés.

Cet usage des données du DCC sera également mentionné dans la demande CNIL qui sera faite dans le cadre du nouvel outil DCC.

Par ailleurs, le registre finistérien des tumeurs digestives, au même titre que les ADEC, s'est beaucoup investi dans la réponse à l'appel à candidature « SHS et Cancer ».

En 2017, une étude d'évaluation sera menée par Oncobretagne et le Registre concernant l'exhaustivité du passage en RCP des patients atteints d'un cancer digestif et habitant dans le Finistère.

Que ce soit pour les ADEC ou le registre, cette demande sera explicitée en précisant que l'idéal serait qu'une extraction nominative soit faite (exceptionnellement et pour ces usages uniquement). Ceci permettrait :

- de faire gagner du temps au registre (qui n'aurait plus besoin de désanonymiser chaque patient un à un),
- de transmettre aux ADEC uniquement les données des champs dont elles ont besoin pour le suivi et non l'intégralité des fiches RCP (un membre du CA avait exprimé que la fiche RCP contient des informations trop détaillées, au-delà de celles dont ont besoin les ADEC)
- de faciliter le travail des 3C et éviter les doublons
- d'éviter l'accès direct au DCC par d'autres acteurs de coordination (qui ne prennent pas en charge les patients) en plus des équipes des 3C, du PRC et du RRC,
- d'améliorer la qualité des informations et de limiter les risques d'erreurs.

De même, cet usage sera précisé dans les différents documents d'informations aux patients que ce soit ceux des ADEC ou d'Oncobretagne, relatifs au consentement.

Le Réseau inter-régional d'Oncohématologie Pédiatrique de l'Ouest (POHO)

Comme pour l'UCOG et le PRC, le réseau POHO fonctionne de façon autonome et indépendante par rapport au réseau régional de cancérologie dont il est membre de droit au conseil d'administration.

L'articulation se fait par des échanges d'informations dans un sens comme dans l'autre (ex : retours sur les réunions avec la DGOS et l'INCa relatives au rapprochement des différentes structures de coordination régionale en cancérologie, la circulaire sur la prise en charge des Adultes Jeunes et Adolescents (AJA) et le projet soumis par POHO à l'ARS, etc.)

Par ailleurs, Oncobretagne met à disposition des acteurs via son site internet, des informations relatives au fonctionnement et aux outils du réseau POHO. Le contenu de ces informations est mis à jour par le réseau POHO et transmis à Oncobretagne pour publication et mise en forme sur son site internet.

L'Association Française des Soins Oncologiques de Support (AFSOS) et les Soins Palliatifs

Sur le site internet d'Oncobretagne, une page est dédiée aux Soins Oncologiques de support avec 3 sous-pages dans la rubrique « Réseaux Partenaires » :

L'Association Francophone pour les Soins Oncologiques de Support (AFSOS)

L'Association Francophone pour les Soins Oncologiques de Support (AFSOS) avec une brève description, un lien vers le site internet de l'association et surtout, un lien vers pour un accès direct aux référentiels AFSOS élaborés par les réseaux régionaux de cancérologie en collaboration avec cette dernière.

Les Infirmiers De Coordination en Cancérologie « IDEC »

Dans le cadre d'un appel à candidature de l'INCa « Expérimentation du dispositif des infirmiers de coordination en cancérologie », trois projets ont été retenus en Bretagne, dont deux intra-hospitaliers portés par le CHU de Rennes et un porté par l'Inter-pôles de Brocéliande. Une première réunion à ce sujet à laquelle le médecin coordinateur d'Oncobretagne a été convié s'est tenue à l'ARS le 2 juin 2015.

Suite aux échanges émanant de cette réunion et à l'initiative du comité filière cancérologie du CHU de Rennes en lien avec les différents partenaires, une rencontre des IDEC du territoire de santé n°5 a eu lieu le 12 mai 2016 à Rennes. Les IDE libérales, la HAD, les professionnels paramédicaux des établissements du territoire impliqués dans la cancérologie, l'ARS et Oncobretagne ont également été conviés à cette réunion.

Lors de cette journée « IDEC », les participants ont émis la volonté de développer les échanges afin de se connaître mutuellement pour une collaboration encore plus efficace. Il a été convenu qu'Oncobretagne crée une page dédiée « IDEC » avec les coordonnées des référents paramédicaux qui interviennent dans la coordination, le dispositif d'annonce et/ou les soins de support.

Une deuxième réunion « IDEC » organisée par l'ARS a eu lieu le 14 mars 2017. Sur demande d'Oncobretagne, les IDEC des différents réseaux territoriaux de cancérologie y ont été invitées.

Par ailleurs, une autre journée de rencontre « IDEC » est planifiée le 16 octobre 2017 à l'initiative des mêmes acteurs. Oncobretagne souhaite que cette dernière soit élargie aux autres territoires. Cette proposition a été soumise notamment aux organisateurs lors de la réunion du 14 mars dernier.

Les référentiels inter-régionaux (RIR) en Soins Oncologiques de Support (SOS)

Les RIR en Soins Oncologiques de Support sont élaborés par les professionnels de terrain, sollicités par les différents RRC. La méthodologie d'élaboration et le calendrier sont fixés par l'AFSOS et la Commission Référentiels-Recommandations-Réseaux (C3R) de l'Association des Coordinateurs des Réseaux de Cancérologie (ACORESCA). Les référentiels élaborés sont relus et validés lors des Journées Référentiels Réseaux (J2R) qui ont lieu chaque année au mois de décembre.

Pour les J2R 2016, Oncobretagne a coordonné, en partenariat avec le RRC CAROL (Alsace) un référentiel intitulé « Programme d'éducation thérapeutique des patients traités par anticancéreux

oraux ». Six professionnels de notre région ont participé à l'élaboration de ce référentiel et 3 autres à sa relecture.

Oncobretagne accueillera les 8^{èmes} Journées Référentiels –Réseaux (J2R) les 14 et 15 décembre 2017 à Rennes.

Enfin, l'annuaire des ressources en soins palliatifs de la région est disponible sur le site du réseau régional ainsi que les équipes mobiles ou réseaux de soins palliatifs.

Le réseau CancerVIH / Partenariat Oncobretagne - COREVIH

Suite à la mise en place du réseau national CancerVIH en 2014 par l'INCA, une collaboration a commencé entre le réseau régional de cancérologie Oncobretagne et la Coordination Régionale pour la prise en charge du VIH (COREVIH).

La première action commune a consisté en une stratégie de communication, auprès des médecins membres des RCP et des infectiologues, sur l'existence d'une RCP nationale Onco-VIH et les modalités d'accès à cette RCP pour inscrire les patients, le fait de solliciter l'avis d'un médecin infectiologue spécialiste du VIH et la transmission systématique de la fiche RCP au médecin correspondant pour le VIH.

Oncobretagne a par ailleurs créé une page spécifique sur son site internet. On y retrouve les dates des RCP, les procédures de connexion à cette RCP et un lien vers le site internet du réseau national.

Cette collaboration s'est poursuivie par un échange d'informations pour confronter nos deux bases de données concernant les patients atteints d'un cancer et infectés par le VIH, pour quantifier le nombre de patients concernés (environ 50 par an) et vérifier s'ils ont été présentés en RCP. Pour certains, un avis est pris auprès des médecins spécialistes du VIH pour s'enquérir des éventuelles interactions médicamenteuses et adapter, le cas échéant, les traitements anti-rétroviraux en cours en fonction du protocole thérapeutique envisagé pour le cancer.

Ce partenariat se renforçant au fur et à mesure, les deux réseaux ont décidé de co-organiser une journée régionale « Cancer & VIH » afin de sensibiliser les professionnels des deux spécialités à cette problématique. Cette journée a eu lieu à Brest le 2 mars 2017 (Cf. programme en annexe VII) et a réuni une quarantaine de participants dont très peu d'oncologues. Les présentations et supports de cette journée sont mis en ligne sur le site internet d'Oncobretagne.

L'Oncofertilité

Concernant la thématique « Oncofertilité », Oncobretagne s'y est initialement intéressé suite à une sollicitation du réseau régional de cancérologie PACA-CORSE, qui recherchait des professionnels spécialistes du sujet (Centre d'Assistance Médicale à la Procréation) afin de participer à une e-RCP des cas complexes pour la préservation de la fertilité. Ainsi, cinq professionnels de notre réseau ont répondu favorablement et sont actuellement membres de cette e-RCP inter-régionale.

Par la suite, le médecin coordinateur a été sollicité par le Pr LEVEQUE du CHU de Rennes pour d'une part, diffuser une information auprès des médecins membres des RCP afin qu'ils pensent à solliciter rapidement le centre AMP en cas de besoin (à l'aide d'une fiche de liaison/demande pré-renseignée) et d'autre part, créer une page internet « oncofertilité » sur le site internet d'Oncobretagne.

Enfin, le médecin Coordinateur d'Oncobretagne a été sollicité par l'équipe de l'AMP du CHU de Rennes pour une réunion de travail sur un projet de mise en place d'une plateforme régionale « Oncofertilité ». La rencontre a eu lieu le 12 septembre 2016, Oncobretagne a été associé à la relecture du document et a été destinataire du projet finalisé transmis à l'ARS en février 2017.

Contexte et objectif du projet « Plateforme régionale d'Oncofertilité » :

« La méconnaissance des professionnels de santé vis-à-vis des différentes techniques pouvant être envisagées en fonction du patient peut engendrer une prise en charge trop tardive ou une absence de prise en charge en préservation de fertilité. Il est désormais indispensable d'intégrer, dans le parcours de soin du patient, la problématique de la fertilité.

L'objectif de ce projet est :

- d'informer et sensibiliser les soignants sur la notion de préservation de la fertilité avant un traitement potentiellement stérilisant chez l'homme, la femme, l'adolescent ou l'enfant.
- de proposer une information aux patients et aux couples sur les techniques et indications de préservation de la fertilité.
- de mettre à disposition des professionnels et des patients, à tout moment, une équipe pluridisciplinaire et référente ».

La Mutualité Française de Bretagne

En continuité du partenariat établi en 2015 avec la Mutualité Française de Bretagne, Oncobretagne a participé en 2016 à l'organisation d'une nouvelle soirée « **ciné-débat** » intitulée « **Patients, familles, soignants : faire face ensemble jour après jour** » qui s'est déroulée le 24 janvier 2017 à Retiers. Cette soirée se compose de la projection d'un film documentaire rassemblant de nombreux témoignages sur le vécu de patients atteints de différents cancers, de tous les âges ainsi que ceux de leurs familles et proches. La deuxième partie de la soirée est consacré aux échanges et débat avec le public, après un bref mot d'introduction fait par des professionnels de santé intervenants : Mme Anne BRIDEL (Ligue contre le cancer – comité 35), Mme Frédérique LE BRUN (Cadre de Santé – Centre Eugène Marquis – Rennes).

Implication d'Oncobretagne dans les autres réseaux/associations

Oncobretagne est membre de :

- o L'Union Régionale des Réseaux de Santé Bretons (URSB)
 - le médecin coordinateur a participé aux réunions du groupe de travail NTIC (Nouvelles Technologies de Communication) de l'URSB, pour le projet d'un dossier informatique régional partagé pour les PTA (+ MAIA, CLIC, etc.)
 - le médecin coordinateur est membre suppléant, représentant l'URSB à la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA)
 - Oncobretagne est membre de droit du GCS e-santé Bretagne **via l'URSB**
- o L'Observatoire Régional de Santé de Bretagne (ORSB) : membre du CA
- o L'Association des Coordonnateurs des Réseaux de Cancérologie (ACORESCA) : membre du CA depuis janvier 2017

Elaborer et diffuser les référentiels

L'élaboration des référentiels de bonnes pratiques en cancérologie fait partie des principales missions d'Oncobretagne. Cette action est réalisée par les groupes techniques, en collaboration avec Oncobretagne qui en assure la coordination, le soutien logistique et le suivi (sollicitation des professionnels pour faire partie des groupes de travail, organisation des réunions, intégration des commentaires et des modifications, mise en forme des documents).

Une fois que la version définitive du référentiel est validée par le comité et/ou le référent du groupe, il est diffusé en version électronique par mail à tous les membres des RCP relevant de la spécialité. Aussi, des exemplaires en version papier sont transmis aux 3C afin que ces référentiels puissent être mis à disposition des médecins dans les salles de RCP. Il est aussi précisé aux membres des RCP et aux 3C qu'ils peuvent commander d'autres exemplaires papiers en cas de besoin, auprès d'Oncobretagne, qui en assure la reprographie.

Journée scientifique du Réseau Régional de Cancérologie Digestive (R2CD)

Lors de la dernière réunion du Réseau Régional de Cancérologie Digestive (R2CD), la majorité des membres du groupe a exprimé qu'ils utilisaient surtout le référentiel national mise en ligne sur le site de l'INCa. Ainsi, ce référentiel a été imprimé par Oncobretagne et transmis aux 3C pour le mettre à disposition dans les salles de RCP pour ceux qui n'auraient pas ou n'utiliseraient pas leur smartphone pendant les réunions.

De même, pendant cette réunion qui a eu lieu le 10 octobre 2016, les membres du groupe sont revenus sur l'intérêt de maintenir un thésaurus régional. Après les échanges, il a été convenu de le garder, mais de l'alléger en y faisant figurer uniquement les spécificités régionales et les actualités non encore intégrées dans le thésaurus national. Pour le reste, un renvoi au thésaurus national est suffisant.

La journée scientifique du groupe R2CD a la particularité de se tenir sur deux demi-journées à savoir, le vendredi après-midi (journée scientifique) et le samedi matin (mise à jour du référentiel). En 2016, l'organisation logistique de la partie scientifique était assurée par un laboratoire le vendredi après-midi ; Oncobretagne prenant le relai pour la partie mise à jour du référentiel le lendemain matin.

Le laboratoire ne pouvant plus fonctionner sous ce format mixte (problématique concernant la prise en charge des nuits alors que sa demi-journée est terminée et qu'il n'a plus de place le matin), le comité scientifique du groupe R2CD a sollicité Oncobretagne pour assurer l'organisation complète de la journée 2017 qui se déroulera les 13 et 14 octobre en faisant appel à plusieurs laboratoires sous forme de locations de stands comme pour les autres spécialités.

Une réunion est ainsi en cours de planification entre Oncobretagne et le comité scientifique pour convenir des modalités pratiques et commencer rapidement la sollicitation des laboratoires.

Autres groupes techniques

Certains groupes/spécialités ont choisi d'utiliser les référentiels élaborés par les sociétés savantes de leur spécialité au niveau national : Urologie, Hématologie, Pédiatrie.

Ces documents nationaux sont accessibles sur le site des sociétés savantes ou sur les sites des réseaux spécifiques. Oncobretagne a également mis des liens sur son site internet pour accéder à ces référentiels.

De même, Oncobretagne annonce en page d'accueil de son site internet les nouveaux documents publiés par l'INCa avec insertion d'un lien permettant le téléchargement des documents en accès libre.

Référentiels régionaux élaborés et/ou mis à jour en 2016

Référentiels	Groupe rédaction	Date validation précédente	Date validation Diffusion
Cancers de la peau dont mélanomes	GROUM	2015	Novembre 2016
Cancers ORL	GBCO	2008	Avril 2016
Oncologie digestive	R2CD	2012	Octobre 2016 - TNCD
Cancer du sein non métastatique	Gynéco-Séno	2010	Juin 2015
Cancers gynécologiques	Gynéco-Séno	2011	Juin 2015
Cancers neurologiques	SNOB	2015	Juin 2016

Participation à l'élaboration des référentiels inter-régionaux ou nationaux

Référentiel inter-régional (RIR) AFSOS

En 2016, le réseau Oncobretagne a piloté, avec le RRC CAROL (Alsace) la rédaction d'un référentiel inter-régional de soins de support intitulé « Programme d'éducation thérapeutique des patients traités par anticancéreux oraux ».

Après un appel à candidatures via la Commission Référentiels Recommandations Réseaux (C3R) au mois de mars avec une proposition des thématiques, les réseaux régionaux choisissent les thèmes pour lesquels ils souhaitent piloter la rédaction du référentiel. Selon la méthodologie, chaque groupe de travail doit être piloté par un ou deux coordonnateurs régionaux experts. De ce fait, le Dr Joëlle EGRETEAU (Oncologue médicale) et le Dr Christèle LEMARIGNIER (Pharmacien) ont été respectivement les coordonnateurs médicaux des régions Bretagne et Alsace ; le Dr Donavine NIMUBONA et M. Frédérique LEMANCEAU étant les coordonnateurs méthodologiques. Trente professionnels se sont portés volontaires pour être membres experts du groupe de travail et ainsi participer à la rédaction du référentiel. Treize professionnels ont relu le référentiel avant son approbation lors des J2R en décembre 2016 par 22 professionnels ayant participé à l'atelier de validation.

Un calendrier pour la mise en œuvre de ce projet est défini en amont :

- ❶ **Entre juin et octobre**, le groupe de travail construit le RIR sous la direction des coordinateurs régionaux. Le RRC met en place une gestion de projet qui implique l'organisation des réunions, le compte rendu et la liste de présence, la gestion des versions de travail, la traçabilité de la bibliographie utilisée et la rédaction d'un RIR issu de la synthèse des travaux du groupe.
- ❷ **Fin octobre**, le premier jet du RIR est adressé par les coordinateurs régionaux (ou le RRC) pour relecture nationale auprès des professionnels qui se sont portés volontaires pour cette phase. En pratique, les coordinateurs envoient la version de travail :
 - au secrétariat de la C3R qui l'adresse aux membres du conseil d'administration de l'AFSOS et aux sociétés savantes partenaires le cas échéant,
 - au secrétariat de l'ACORESCA qui se charge quant à lui de diffuser aux réseaux de cancérologie pour relayer aux professionnels de leur région.Ce circuit garantit une couverture nationale des experts rédacteurs et des relecteurs, même si toutes les régions ne sont pas forcément représentées dans chaque référentiel.
- ❸ Les professionnels qui relisent ce RIR s'engagent à remonter leur avis **avant la fin novembre** directement aux coordinateurs du groupe de travail avec copie au RRC des régions qui coordonnent.
- ❹ **En décembre**, une version amendée est présentée en atelier lors de la 1^{ère} journée des J2R par les coordinateurs du référentiel, cet atelier rassemble aussi d'autres professionnels que ceux des groupes de rédaction et de relecture, ce qui permet une dernière relecture, discussion et modifications du référentiel.

En pratique, pour le RIR coordonné par Oncobretagne, la phase d'élaboration du référentiel a commencé par une première conférence téléphonique entre les deux réseaux de cancérologie pilotes le 24 juin 2016.

Ensuite, 4 réunions (conférence téléphonique) réunissant les membres experts rédacteurs se sont tenues :

- ❶ le 7 juillet 2016 (17 participants),
- ❷ le 22 septembre 2016 (21 participants),
- ❸ le 14 octobre 2016 (14 participants),
- ❹ le 26 octobre 2016 (7 participants).

Pendant le mois de novembre, les relecteurs ont remonté leurs observations et modifications aux coordinateurs régionaux qui les ont intégrées au référentiel.

Le document a ensuite été validé lors des J2R qui se sont déroulées les 15 et 16 décembre 2016 au palais des congrès de Nancy.

Par ailleurs, le réseau Oncobretagne s'est porté candidat pour accueillir l'organisation des J2R 2017. Elles se dérouleront à Rennes les 14 et 15 décembre 2017. L'organisation de ces journées est faite en partenariat étroit entre la commission C3R de l'ACORESCA, l'AFSOS et le RRC les accueillant.

Dans le cadre de ce partenariat, le réseau Oncobretagne s'engage à piloter deux référentiels :

- ④ Diabète et cancer,
- ④ Effets secondaires gynécologiques liés à la radiothérapie.

Recommandations INCa - Relecture nationale

Les réseaux régionaux ont été sollicités par l'INCa pour impliquer les professionnels de santé de leur région dans la phase de relecture de deux recommandations nationales :

- ④ **Recommandations sur le mélanome stade III-IV** : Oncobretagne a transmis le message aux membres des RCP dermatologie de la région et au GROUM. Les professionnels sont si réactifs qu'en deux jours, Oncobretagne avait déjà reçu plus de candidats volontaires (8) que le nombre maximal souhaité par l'INCa pour chaque région répondant (5). Après un échange avec l'INCa, les 8 volontaires bretons ont été retenus.
- ④ **Conduite à tenir devant un frottis cervico-utérin anormal** : 5 professionnels bretons se sont portés volontaires pour relire ces recommandations. De même que pour le groupe, les réponses ont été très rapides.

Ceci témoigne encore de l'attachement des professionnels bretons à leur RRC et leur grande implication dans l'amélioration de la qualité de prise en charge de leurs patients

Recommandations et référentiels nationaux

Appel à candidature 2016 lancé par l'INCa

L'INCa a lancé un appel à candidatures (AAP) en date du 27 mai 2016 concernant la labellisation de recommandations et référentiels nationaux de bonnes pratiques clinique dans le champ de la cancérologie.

Le médecin coordinateur d'Oncobretagne a lu en détail les documents de l'INCa relatifs à cet appel, en a fait une synthèse transmise à tous les membres des RCP bretonnes leur demandant s'ils souhaitaient répondre à cet appel et porter le pilotage d'un référentiel en lien avec leurs sociétés savantes et Oncobretagne.

En résumé, cet AAP fixait la date limite de dépôt du dossier au 30 septembre 2016, il y était défini six thématiques prioritaires (*tout en précisant + 1 à 2 thèmes libres*) à savoir :

- ④ Prise en charge initiale du cancer du sein infiltrant non métastatique,
- ④ Prise en charge initiale du cancer de l'ovaire,
- ④ Prise en charge du cancer de la prostate : place des traitements locorégionaux,
- ④ Prise en charge du cancer de la prostate : traitements systémiques en phase métastatique,
- ④ Prise en charge du cancer colorectal,
- ④ Prise en charge du myélome multiple.

Les organismes promoteurs éligibles étaient notamment les réseaux régionaux de cancérologie (RRC), les sociétés savantes, les réseaux nationaux de référence pour la prise en charge des cancers rares.

L'AAP donnait des consignes précises :

- ④ Une candidature collaborative, associant a minima, un réseau RRC et une société savante fortement encouragée et privilégiée par l'INCa. Cependant, un seul promoteur est responsable, l'autre étant partenaire associé.
- ④ Les questions de la préservation de la fertilité et des traitements locorégionaux des métastases (cérébrales, osseuses, oligo) doivent être traitées peu importe la spécialité sur laquelle porte le référentiel
- ④ L'association dans le groupe de travail des représentants des usagers et d'autres associations est un plus
- ④ L'importance d'avoir dans le groupe de travail, des professionnels non médicaux

Dans les nombreux retours qu'a reçu Oncobretagne après cet appel, les professionnels ont exprimé les contraintes liées à cet appel à candidature à savoir : le manque de temps, l'absence de moyens financiers dédiés dans cet AAP à part la logistique liée aux réunions (frais de déplacement, location des salles, etc.), la déclaration des liens d'intérêt et les critères exclusifs, qui semblaient draconiennes... et excluaient presque d'emblée les experts de la thématique dans les groupes de travail.

Malgré toutes ces difficultés pressenties, le Pr LAVOUE y a cru et a proposé aux différentes sociétés savantes de se positionner sur les recommandations de prise en charge des cancers de l'ovaire.

Ainsi, avec d'autres collaborateurs, ils ont rédigé un dossier intitulé « Recommandations diagnostic et thérapeutique initiale du cancer de l'ovaire » et l'ont soumis à l'INCa (le 19 septembre 2016) au nom du groupe FRANçais de recherche en Chirurgie Oncologique et GYNécologique (FRANCOGYN) et sous l'égide du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Oncobretagne est un des RRC associé et a participé à la relecture du document.

Cette candidature a été retenue par l'INCa, avec courrier de confirmation reçu le 6 mars 2017 (Cf. courrier de l'INCa en annexe VII).

Pour information, les autres dossiers qui ont été retenus par l'INCa portent sur la prise en charge des méningiomes et la prise en charge des cancers du pancréas. Le dossier déposé par la SFSPM n'aurait pas été retenu (pas d'informations sur les motifs) et l'AFU aurait aussi déposé un dossier (pas d'information sur la réponse).

Suivre les RCP Promouvoir le DCC

En Bretagne, les Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) territoriales sont coordonnées par les Centres de Coordinations en Cancérologie (3C). Les RCP régionales et de recours sont coordonnées par le PRC.

- Le site du réseau régional de cancérologie 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 le type d'organe ou la spécialité, les lieux et dates des réunions, le nom des médecins coordinateurs des RCP ainsi que les contacts téléphoniques des 3C et du PRC.
- Une charte des RCP a été élaborée et validée en 2007 avec une nouvelle version mise à jour et validée en juin 2013. Cette dernière a comme ambition l'inscription de la participation aux RCP comme un des dispositifs participant à la validation du Développement Professionnel Continu (DPC). La charte sera réactualisée à l'occasion du nouvel outil DCC dont l'opérationnalité est prévue pour fin 2017.

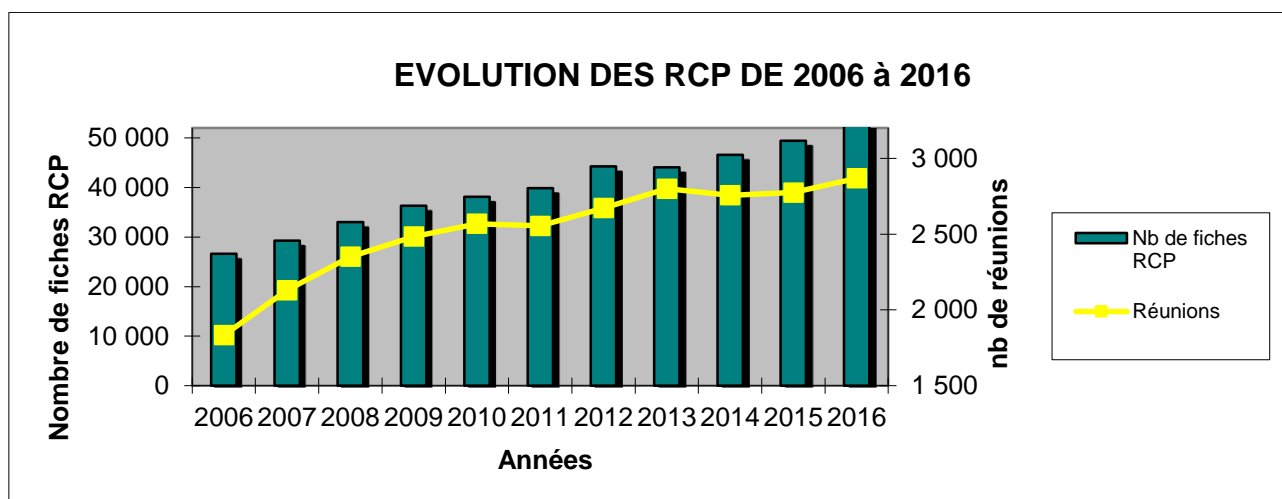
Bilan des RCP en 2016 et évolution depuis 2006

Le travail sur le suivi et l'élaboration des indicateurs sur les RCP et le DCC est réalisé par les 3C qui fournissent à Oncobretagne les données. Les données relatives aux RCP d'hématologie sont transmises par le service d'hématologie du CHU de Rennes qui les extrait du logiciel Hemsys utilisé par l'ensemble des Hématologues de la région (excepté ceux de Vannes).

Pour les autres RCP régionales, inter-régionales ou nationales, les données sont fournies par les différents coordinateurs spécifiques comme le Pôle Régional de Cancérologie pour les RCP de recours et les RCP régionales, Phare Grand-Ouest pour l'Oncogénétique, le réseau POHO pour l'Oncopédiatrie et le réseau Cancer VIH pour les RCP nationales d'OncoVIH. Le tableau récapitulatif de toutes les RCP se trouve en annexe VI.

Le nombre total d'avis (« fiches RCP ») tous types de RCP confondus est de **53 547** en 2016.

Le graphique ci-dessous montre l'évolution du nombre de réunions et d'avis (fiches RCP) de 2006 à 2016. Il intègre la totalité du nombre de fiches RCP, concernant tous les patients atteints d'un cancer et pris en charge dans la région, que leur dossier soit présenté au niveau territorial, interterritorial, régional, inter-régional ou national, y compris les RCP d'Hématologie gérées dans le logiciel Hemsys (N = 5 137).



Bilan des RCP saisies dans le DCC régional

Nombre de réunions, de patients et de fiches RCP (dossiers traités/avis) par territoire, en 2016

Le nombre total de fiches RCP saisies dans le DCC breton en 2016 est de 48 104.

	Nb réunions	Nouveaux cas *	File active (Nb Patients)	Fiches RCP (avis)
T1. Le Ponant	457	4 621	5 713	8 569
T2. Onco'Kerne	267	1 648	2 952	4 168
T3. Onco'Oriant	277	2 033	3 102	4 358
T4. Oncovannes	215	2 587	3 546	5 130
T5. Onco5	722	7 202	11 631	16 705
T6. Onco6	200	1 381	1 964	3 235
T7. Oncarmor	196	2 561	3 363	4 391
Pôle Régional	168	-	1 192	1 548
Total Bretagne	2 502	22 033	33 463	48104

*La définition « nouveau cas » est à peaufiner, la requête dans le DCC ne semble pas très fiable et les modalités de calculs de cet indicateur sont variables d'un 3C à un autre.

Le nombre total de réunions RCP est de 2 502 avec une moyenne estimée à **10 médecins présents par réunion (données par activité réunions sur Alfa Lima pour 2016)**. Si on estime à 2 heures la durée moyenne des réunions, cela équivaut à **50 280 heures cumulées** consacrées aux RCP, soit plus de **25 ETP médicaux** (si on estime le temps de travail médical annuel à 2000 heures).

Certaines RCP locales sont mutualisées entre plusieurs territoires

Bilan des RCP hors DCC régional

Le nombre de fiches des RCP régionales, inter-régionales et nationales concernant les patients de notre région qui y sont présentés nous est transmis à notre demande :

- RCP d'Hématologie gérées dans le logiciel Hemsys (N = 5 137).
- Inter-régional (RCP Oncopédiatrie¹, Oncogénétique et Sarcome) : N= 275
- National² (RCP thymome et OncoVIH) : N= 31

Un tableau détaillant le nombre de fiches par spécialité est en annexe VIII de ce rapport.

Montée en charge de l'informatisation des RCP dans le DCC régional

Au 3 janvier 2017, la plateforme DCC bretonne compte plus de 177 114 dossiers patients avec plus de 420 000 documents publiés dont :

- 347 414 comptes rendus RCP,
- 43 657 comptes rendus d'anatomo-cytopathologie,
- 13 055 comptes rendus opératoire,
- 8 178 comptes rendus ou fiches de consultation et de visite,
- 7 521 comptes rendus d'imagerie médicale,
- autres documents....

Les fiches RCP représentent 82,7% du total des documents publiés dans le DCC. Cela est en partie dû à la bascule des fiches RCP du premier logiciel (Open RCP) vers la plateforme DCC Alfa Lima. En effet, Open RCP ne permettait pas l'importation de documents, autres que les fiches RCP.

Par ailleurs, selon les indicateurs transmis par la DGOS, la Bretagne comprend, en décembre 2016, 18 274 Dossiers Médicaux Personnels (DMP) avec 76 fiches RCP et 230 PPS³ intégrés dans les DMP (chiffres nationaux : 602 019 DMP ; 5 602 Fiches RCP et 1 992 PPS dans les DMP).

¹ Cette année les données de la RCP inter-régionale d'Oncologie Génétique concernent uniquement les patients suivis en Bretagne et présentés par un médecin d'une équipe de la région en RCP inter-régionale.

² Le recensement des dossiers présentés dans les différentes RCP nationales n'est pas exhaustif.

³ Les 230 PPS ne sont pas forcément de la cancérologie, il n'y a aucun moyen de faire la différence entre les PPS cancéro et les PPS construits pour d'autres pathologies.

Projet nouvel outil « Dossier Communicant de Cancérologie » (DCC)

Le projet nouvel outil DCC est un des dossiers principaux qui a mobilisé Oncobretagne pendant ces deux dernières années.

Après validation de ce projet par l'ARS en juillet 2015, un premier appel d'offre avec un cahier des charges rédigé conjointement par le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) e-santé Bretagne et Oncobretagne a été effectué en décembre 2015.

Un comité de sélection, composé des représentants des utilisateurs du DCC (médecins membres des RCP, 3C, PRC, hématologues, etc...) s'était réuni le 2 mars 2016 pour assister aux présentations des différentes solutions des éditeurs retenus par l'offre. Parmi les 3 solutions présentées, une avait été appréciée à l'unanimité.

S'en est suivi une remise en question du marché en avril dernier par le GCS. Pour des raisons d'irrégularité de procédure, dont oncobretagne n'a jamais compris les tenants et les aboutissants, ni reçu l'expertise juridique, le marché a été annulé. Cette décision a été prise lors d'une réunion convoquée par l'ARS le 14 avril 2016. Depuis, le dossier a été mis en suspens avec plusieurs tractations et courriers entre le GCS, Oncobretagne et à l'ARS, jusqu'à une nouvelle réunion pour relancer le dossier qui s'est tenu à l'ARS le 26 septembre 2016.

Ainsi, un nouvel appel d'offre a été lancé par le GCS e santé Bretagne au dernier trimestre 2016 et le choix du nouvel outil a eu lieu le 8 décembre 2016. La réunion de lancement du projet s'est tenu le 26 janvier 2017 et des groupes de travail viennent d'être définis pour la mise en œuvre de ce projet.

Au final, l'outil retenu est celui qui avait été plébiscité en mars 2016, à savoir la solution du webDCR développée par la société INOVELAN.

Travail sur les fiches RCP et sur le PPS

Dans le cadre du nouvel outil DCC, deux groupes de travail, pilotés par Oncobretagne, se sont mis en place :

- Le **groupe de travail « Fiches RCP »**, dont l'objectif est l'actualisation des fiches RCP régionales pour leur intégration dans le futur DCC, en tenant compte des exigences métiers et des demandes des tutelles. Six réunions ont eu lieu depuis septembre 2015 (en 2015 : 15 septembre, 8 et 13 octobre ; 19 novembre ; en 2016 : 14 janvier et 10 mai). Le groupe réunit l'ensemble des 3C ainsi que le Pôle Régional de Cancérologie.

L'actualisation des fiches a concerné 14 spécialités.

Suite à une discussion entre l'INCa et l'ACORESCA, un groupe de travail va de nouveau travailler sur les items de la fiche RCP nationale début 2017.

Les fiches RCP travaillées au sein du groupe de travail régional devront intégrer ces modifications, a priori à la marge, au moins dans le sens d'un allègement de contenu.

Les fiches validées ont été envoyées au GCS e-santé Bretagne pour envoi à l'éditeur du nouveau DCC début janvier 2017. Certains champs seront encore à préciser en fonction du développement des connaissances et des techniques dans la prise en charge thérapeutique (ex : test prédictif, altérations moléculaires...). Une réunion est prévue le 30 mars 2017.

- Le **groupe de travail « PPS »** dont l'objectif est de concevoir le PPS (Programme Personnalisé de Soins) qui sera paramétré dans le nouveau DCC. Le PPS permet de prendre en compte l'ensemble des besoins du patient dans sa prise en charge liée au cancer, tout en facilitant la coordination et les échanges d'informations entre professionnels. Son contenu devant être actualisé à chaque nouvelle étape de prise en charge et différent selon le type de traitement envisagé, différents modèles de documents ont été proposés par le groupe de travail (prise en charge globale, chimiothérapie, radiothérapie, chimio-radiothérapie concomitante). Des plaquettes à destination des patients sur les effets secondaires de la radiothérapie et de la chimiothérapie ont été également rédigées. Il sera demandé au titulaire du marché, que les données déjà saisies sur la fiche RCP (identité, diagnostic, date RCP, etc.) soit automatiquement inscrites à l'ouverture d'un PPS pour un patient donné, afin d'éviter la ressaisie.

Le groupe s'est réuni 4 fois depuis septembre 2015 (8 septembre 2015 ; 29 avril, 6 octobre, et 29 novembre 2016). Le groupe réunit l'ensemble des 3C (médecins et responsables qualité) ainsi qu'un médecin Oncologue Médical, une infirmière cadre coordinatrice et un manipulateur en service de radiothérapie.

Par ailleurs, de même que la fiche RCP, il est indispensable que le PPS puisse être automatiquement renvoyé aux DPI des établissements, et autre outils informatiques régionaux ou nationaux partagés (DPI des PTA, DMP, etc.) et vers les logiciels des cabinets libéraux.

Implémentation de l'annuaire national des RCP (ANRCP) à la demande de l'INCa et de l'ASIP

Un Annuaire National des RCP (ANRCP) a été mis en place par l'INCa en 2014. L'outil, consultable en ligne, ne semble pas très utilisé à l'heure actuelle et le contenu n'est pas mis à jour régulièrement. En 2015, il était prévu que des ateliers de travail soient mis en place afin de clarifier les périmètres d'utilisation de l'annuaire, en lien avec le sujet « Répertoire Opérationnel des Ressources » (ROR) et préciser les évolutions techniques nécessaires pour tenir compte des attentes des utilisateurs.

Un atelier, piloté par l'INCa, a été mis en place en 2016. L'objectif de ce groupe de travail était de discuter des évolutions de l'ANRCP afin de rendre l'outil plus convivial. Oncobretagne a participé à la première réunion du groupe de travail le 16 mars 2016 (pas de nouvelle réunion programmée). Depuis, aucune modification n'a été apportée à l'ANRCP ; aucun compte rendu de cette réunion n'a été transmis.

Demandes d'assistance au SIB

Depuis la mise en place du Dossier Communicant en Cancérologie en Bretagne, Oncobretagne est en charge de la gestion des demandes d'assistance faites au prestataire de service « GIP SIB Bretagne ». Les demandes d'assistance concernent essentiellement des bugs informatiques de la plateforme, voire des demandes d'évolution de l'outil.

En 2016, **plus d'une quarantaine de demandes d'assistance** a été faite au SIB. Le suivi de ces demandes est très chronophage.

Suite à un recensement de demandes d'évolutions, une nouvelle version de l'outil a été mise en production début mars 2016. Elle intègre de nombreux points, validés par Oncobretagne, avec les 3C et l'UCOG ainsi que de nombreuses évolutions améliorant l'utilisation d'Alfa Lima.

La visioconférence

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 indispensable dans la gestion des RCP. Elle permet, à tout moment et en tout lieu équipé, de participer en direct aux réunions sans se déplacer. Les équipements de visioconférence, en abolissant les distances, favorisent la mise en place et la participation aux RCP multi-établissements et/ou multi-sites.

Depuis le 31 janvier 2016, un nouveau portail de visioconférence a été mis en service par les services d'Orange/G2J.

L'ensemble des stations de visioconférence des établissements de santé bretons sont répertoriés via ce portail à partir duquel se fera la réservation d'une visioconférence ou d'une conférence téléphonique.

Aussi, une procédure de réservation de visioconférence est en ligne sur le site internet www.oncobretagne.fr dans la partie « Annuaire / Annuaire Visioconférence » accessible à partir de la page d'accueil du site.

Evaluer les pratiques professionnelles

L'évaluation des pratiques professionnelles en cancérologie est en partie pilotée par le groupe régional Evaluation. Ce groupe réunit l'ensemble des 3C (médecins-qualiticiens), deux oncologues médicales, avec l'intégration depuis 2015 du Pôle Régional de Cancérologie et de l'UCOG.

L'objectif de ce groupe est de décider des études d'évaluation à mener au niveau régional (sur l'ensemble des territoires) et d'en définir les grandes lignes méthodologiques (méthodologie affinée secondairement par le groupe « qualité »). Le groupe se réunit également pour faire un point d'étape sur les enquêtes régionales en cours et établir un calendrier pour les prochaines enquêtes.

Ces études peuvent être construites sous forme d'audits cliniques de dossiers, d'enquêtes de pratiques avec questionnaire auto-administré ; d'analyse de processus, etc...

Oncobretagne se charge de la recherche bibliographique, de la rédaction de la méthodologie et des outils de recueil, de colliger l'ensemble des données recueillies par les 3C, d'en faire l'analyse et de rédiger un rapport régional et un rapport détaillé avec les données par territoire.

Ne sont pas mentionnées dans ce chapitre les études réalisées à l'initiative de chaque RTC/3C sur son territoire (Cf. Rapport d'activité propre), ni les indicateurs produits par les 3C ou Oncobretagne en lien avec les établissements à la demande de ces derniers, de l'INCa, de la DGOS ou de l'ARS. Un chapitre consacré aux indicateurs sera traité dans les pages suivantes.

Etude sur les délais de prise en charge des cancers ORL

Plusieurs facteurs pronostics ont été identifiés comme des facteurs prédictifs de l'évolution des patients atteints de cancers des Voies Aéro-Digestives Supérieures (VADS). Parmi ces facteurs, on retrouve les modalités de traitement, le statut socio-économique, la comorbidité et d'autres facteurs tumeurs dépendants. Le stade tumoral, lors de la consultation initiale, reste le facteur pronostic le plus significatif. La détection et le lancement rapide du traitement du cancer sont a priori des gages d'une évolution favorable.

L'objectif de cette étude est d'analyser les délais de prise en charge des cancers des VADS au regard des référentiels et recommandations de bonnes pratiques existants.

La méthodologie prévoit l'extraction du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Informations (PMSI) de tous les séjours correspondant à une tumeur primitive des VADS. Chaque 3C analyse ensuite 50 dossiers (si la file active le permet) par bras de traitement suivant : chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, radiothérapie et chimiothérapie concomitantes.

L'échantillon compte 732 patients, répartis en 4 bras de 1^{er} traitement : 301 patients ont eu une chirurgie (41,1%) ; 238 une radiothérapie et une chimiothérapie concomitantes (32,6%), 97 une radiothérapie seule (13,3%) et 96 une chimiothérapie seule (13,1%).

Un résumé présentant les principaux résultats de cette enquête figure en annexe IX de ce rapport.

Etude de l'homogénéité des avis RCP en Bretagne – Cancer du Sein

Cette étude a comme objectif d'analyser l'homogénéité des propositions de prise en charge des patients atteints d'un cancer du sein, issues des RCP bretonnes.

La méthodologie consistait à présenter 4 dossiers « fantômes » dans chaque RCP gynécologie-sénologie bretonne afin d'analyser les propositions de RCP (Cf. protocole en annexe X). Au total, cinq territoires de santé ont participé à l'étude. Le passage des dossiers s'est fait entre juin et novembre 2016. Les résultats de cette étude seront publiés prochainement.

Etude IPAQSS RCP 2016

Dans le cadre de la certification Haute Autorité de la Santé (HAS) des établissements autorisés au traitement du cancer, des données sont recueillies afin d'appréhender l'exhaustivité et les modalités d'organisation des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) lors de la prise en charge initiale d'un patient atteint de cancer. Il s'agit des indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS) ciblés sur les RCP.

A l'initiative des Centres de coordination en Cancérologie (3C) des 7 territoires bretons et d'Oncobretagne, le groupe régional évaluation a décidé de réaliser une étude complémentaire portant sur l'analyse qualitative des RCP, le dispositif d'annonce, le Programme Personnalisé de Soins (PPS) et l'évaluation gériatrique. C'est la 3^{ème} fois que cette étude complémentaire est proposée aux établissements (2012 ; 2014 ; 2016).

Au total, 38 établissements (dont 15 publics, 2 ESPIC, 16 privés et 5 cabinets privés de radiothérapie) sont concernés par cette étude. L'analyse porte sur 2118 dossiers pour le recueil obligatoire et 1998 pour le recueil complémentaire car deux établissements n'ont pas participé au recueil complémentaire.

Un résumé présentant les principaux résultats de cette enquête figure en annexe XI de ce rapport.

En l'absence de responsable qualité sur un des territoires, le recueil de données a été réalisé par Oncobretagne dans un établissement pour l'étude IPAQSS RCP 2016. La saisie des données ainsi que des analyses statistiques ont été réalisées.

Etude de prise en charge des patients atteints d'un cancer dermatologique, au regard du thésaurus GROUM

Oncobretagne met en place une étude régionale portant sur les avis rendus en RCP en lien avec le thésaurus régional du GROUpe OUest Mélanome (GROUM). L'objectif de cette étude est de confronter la proposition thérapeutique issue des RCP au regard du référentiel et la prise en charge qui a pu être réalisée en définitif pour un patient donné. La méthodologie a été réalisée en collaboration avec le Dr Thierry LESIMPLE, secrétaire du GROUM.

Afin d'évaluer la faisabilité de cette étude, la méthodologie a été testée sur un petit échantillon de 15 patients à la fin de l'année 2016 (jusqu'en mars 2017).

Suite aux résultats de ce test (intérêt des professionnels, bonne participation, faisabilité du recueil de données...), une demande d'autorisation d'évaluation des pratiques professionnelles a été faite en mars 2017 auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et Libertés (CNIL) pour généraliser cette étude au niveau régional.

Le site internet d'Oncobretagne

Le nouveau site Internet a été mis en ligne en septembre 2015. L'année 2016 constitue la première année d'utilisation complète du site.

L'équipe de coordination d'Oncobretagne se charge de la mise à jour continue du site internet, en rédigeant et publiant des articles en lien avec l'actualité en cancérologie, des nouvelles pages/rubriques et en actualisant l'agenda, les annuaires, etc.

En 2016, un travail sur le référencement du site a été entrepris avec l'entreprise de communication « A l'encre bleue » ayant réalisé le site internet. Le référencement permet de garantir un niveau de qualité et de pertinence du site. Un contrat d'un an a été signé entre Oncobretagne et le prestataire.

Plusieurs réunions ont eu lieu en 2016 (1^{ère} réunion en avril 2016). Les actions mises en place pour optimiser le référencement ont été les suivantes :

- repérage de mots-clés permettant une optimisation du référencement du site sur les moteurs de recherche ;
- rédaction de contenu pour plusieurs pages existantes, en valorisant le contenu par des mots-clés ;
- rédaction d'articles d'actualités.

Avant la publication des articles et du nouveau contenu de certaines pages, le prestataire relisait le texte afin d'optimiser le texte.

Par ailleurs, pour assurer la maintenance technique du site, un contrat, renouvelable tous les ans, a été signé pour une durée d'un an avec le prestataire en charge du développement du site.

Veille documentaire et actualités

Une veille documentaire est assurée presque quotidiennement par la chef de projet. Elle représente environ une journée de travail par mois. Un certain nombre de sites sont passés en revue (site de l'ARS, du ministère, de l'INCa, de l'HAS...). En lien avec le médecin coordinateur, elles valident ensemble les documents à publier sur le site internet.

Parfois, cette mise en ligne peut être complétée par un mail d'information aux professionnels, aux RTC/3C, aux instances et/ou membres du réseau en fonction de la nature des publications.

Cette veille est concrétisée au sein de la rubrique « Actualités », en page d'accueil du nouveau site internet. La veille documentaire concerne également les publications de l'espace « grand public ».

En 2016, 13 articles ont été rédigés et publiés sur le site d'Oncobretagne. Ces articles doivent répondre à certains critères qualité afin d'être référencés le mieux possible dans les moteurs de recherche : article de minimum 250 mots, avec des mots-clés, des titres...

Les articles publiés sont les suivants :

- « Les centres experts pour la prise en charge des cancers rares de l'adulte » – décembre 2016
- « Outils pour la pratique des médecins généralistes » - décembre 2016
- « Thérapies ciblées dans le traitement du cancer » - décembre 2016
- « Résumé du Congrès National des Réseaux des Cancérologie 2016 » - novembre 2016

- « Septembre en Or – mobilisons-nous contre les cancers de l'enfant » - septembre 2016
- « Référentiels labellisés, l'INCa publie un appel à candidatures » - août 2016
- « Le cancer broncho-pulmonaire : faut-il dépister ? » - juillet 2016
- « Référentiel SNOB – version 2016 » - juin 2016
- « Référentiel régional digestif – R2CD – Version 2015 » - juin 2016
- « Lu et résumé pour vous : Les cancers en France en 2015 » - mai 2016
- « Anticancéreux par voie orale » - avril 2016
- « Portail unique d'appels à projets – recherche en santé » - avril 2016
- « INCa : survie des patients » - février 2016

Page d'accueil du site internet

[OFFRES D'EMPLOIS](#) | [CONTACT](#) | [ANNUAIRES](#) | [PLAN DU SITE](#) OK



RÉSEAU RÉGIONAL DE CANCÉROLOGIE DE BRETAGNE

🏠 | [QUI SOMMES-NOUS ?](#) | [RTC / 3C](#) | [RÉSEAUX PARTENAIRES](#) | [GROUPE ÉVALUATION](#) | [RCP](#) | [DCC / DMP](#) | [UCOG](#) | [RECHERCHE CLINIQUE](#) | [AGENDA](#) | [GRAND-PUBLIC](#)



A vos agendas !

- 13 janvier 2017** - Régionales de Cancérologie (Le Mans)
- 24 janvier 2017** - Ciné-débat "Vivre avec le cancer" (Retiers)
- 2 mars 2017** - Journée régionale "Cancer & VIH" (Brest)
- 10 mars 2017** - Journée régionale SNOB (Lorient)
- 16 mars 2017** - 4ème Journée UCOG (Pontivy)

[Plus de renseignements dans la rubrique agenda](#)

Référentiels régionaux

Dermatologie Valider

Référentiels nationaux

[Accès aux recommandations nationales ▶▶](#)

GROUPES

Accès aux groupes techniques ▶▶



Les Centres experts pour la prise en charge des cancers rares de l'adulte

Les cancers rares de l'adulte sont définis comme des cancers dont l'incidence annuelle est inférieure à 6/100 000 personnes...

[lire la suite ▶▶](#)

ACCÈS DCC

Alfa Lima - Dossier Communicant de Cancérologie ▶▶



Outils pour la pratique des médecins généralistes

L'Institut National du Cancer (INCa) publie en novembre 2016 deux brochures décrivant le parcours de soins d'un patient atteint...

[lire la suite ▶▶](#)

ANNUAIRES ▶▶



Thérapies ciblées dans le traitement du cancer

L'Institut National du Cancer (INCa) a publié un état des lieux et enjeux des thérapies ciblées dans le traitement...

[lire la suite ▶▶](#)

INFIRMIÈRES DE COORDINATION EN CANCÉROLOGIE (IDEC)

Dispositif d'annonce - PTA - Soins de support

+ d'actualités...

ESPACE GRAND PUBLIC

- [COMPRENDRE LE CANCER](#)
- [PRISE EN CHARGE](#)
- [INFORMATIONS PATIENTS](#)
- [PRÉVENTION ET DÉPISTAGE](#)



TEXTES DE RÉFÉRENCE

- [TEXTES RÉGLEMENTAIRES](#)
- [PLANS CANCER](#)
- [SROS ET AUTRES DOCUMENTS ARS](#)



Boîte à outils

- [DÉSIGNATION PERSONNE DE CONFIANCE](#)
- [DIRECTIVES ANTICIPÉES](#)
- [ÉVALUATION GÉRIATRIQUE](#)
- [FICHE DE CONSENTEMENT DCC](#)
- [FICHES MÉDICAMENTS ANTI-CANCÉREUX](#)
- [MÉSOTHÉLIOME - FICHES DO](#)
- [PPS - DOSSIER DE LIAISON](#)
- [THECITOX](#)

Actualisation et création de nouvelles pages

En 2016, de nouvelles rubriques ont été créées sur le site internet et des pages ont été actualisées voire rédigées intégralement :

- 🔗 Page RTC/3C,
- 🔗 Recherche Clinique,
- 🔗 Création de la rubrique Infirmières de Coordination en Cancérologie Dispositif d'annonce et Soins Oncologiques de Supports,
- 🔗 Création de la page Cancer et VIH,
- 🔗 Dossier Communicant de Cancérologie,
- 🔗 DMP,
- 🔗 Qui sommes-nous ?,
- 🔗 Groupe évaluation.

Fréquentation du site

Le site internet a été mis en ligne le 23 septembre 2015.

Quelques chiffres clés de la fréquentation du site sur la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2016 :

- 🔗 17 135 sessions
- 🔗 11 106 utilisateurs
- 🔗 40 981 pages vues

La page d'accueil et les parties accessibles directement à partir de la page d'accueil sont les plus visitées (fiches médicaments, qui sommes-nous, annuaires, DCC-DMP, offres d'emplois, référentiels, actualités, agenda...).

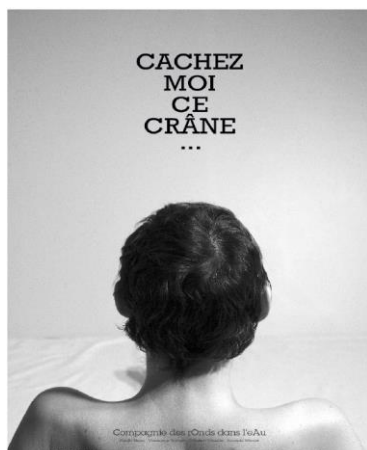
Pour comparaison, le nombre de sessions pour la période 23 septembre 2015 (date d'ouverture du site internet) au 31 décembre 2015 était de 6 421 sessions.

Information des patients et de leurs proches

Oncobretagne, via son site internet (espace grand public en accès libre) met à disposition des patients et de leurs proches, les informations sur les lieux et structures dédiés à la prévention et à la prise en charge (du dépistage à l'après cancer) : les associations de dépistage, les établissements autorisés ou associés pour le traitement des cancers, l'Espace de Rencontre et d'Information (ERI) du Centre Eugène Marquis, les comités départementaux des ligues contre le cancer, les réseaux territoriaux de cancérologie, les associations de patients, etc.

Oncobretagne assure également, via son site, la mise en ligne/ou un lien vers des documents pour les patients publiés par les structures nationales ou régionales comme les fiches régionales sur « vie quotidienne » et « vie sociale », les référentiels sur les soins de support, etc.

Pièce de théâtre – « Cachez-moi ce crâne »



Après avoir reçu Sonia Rostagni, interprète et co-rédactrice de ce monologue avec la compagnie « Des ronds dans l'eau », Oncobretagne a diffusé l'information et a assisté à cette pièce de théâtre (16 mars 2016) qui aborde tous les thèmes et les tabous liés à la maladie (l'annonce du diagnostic, l'annonce ensuite à ses proches, la sexualité, la perte des cheveux, l'achat d'une perruque, l'appropriation d'un corps nouveau...).

Une exposition de photos sur ce rapport aux corps malades accompagne la pièce. Cette exposition est un véritable outil pédagogique, créé à l'occasion de la manifestation [Octobre rose](#), un mois de sensibilisation autour du cancer du sein.

Aide à la formation continue des professionnels de santé

L'aide à la formation continue se traduit par des journées, soirées et congrès organisés par Oncobretagne en lien avec les groupes techniques ou autres partenaires externes.

Pour les professionnels

Le site d'Oncobretagne met à disposition des professionnels les référentiels de bonnes pratiques (régionaux, inter-régionaux et nationaux), les documents relatifs à la gestion des RCP, les rapports des études régionales, les informations relatives aux plateformes de génétique moléculaire et aux tumorothèques, l'annuaire des ressources en soins palliatifs et en HAD de la région, un lien vers le site de l'OMEDIT pour les fiches voies orales, etc.

Un espace du site dédié aux groupes techniques sert à publier les documents et supports des congrès/journées de la spécialité. Certains onglets renvoient directement aux autres sites spécifiquement dédiés à la thématique comme par exemple la recherche clinique qui renvoie sur le site du Pôle Régional de Cancérologie. Ce dernier recense tous les essais cliniques en cours dans la région, voire au-delà.

Par ailleurs, en plus de cette communication « passive » via le site internet, certains documents et/ou informations peuvent être diffusés par mail aux professionnels.

Organisations des journées scientifiques suivies des mises à jour des thésaurus régionaux

Journée de la Société de Neuro-Oncologie Bretonne (SNOB)

Le réseau Oncobretagne a organisé la journée SNOB qui s'est déroulée le 15 janvier 2016 à Campénéac. 21 professionnels ont participé à cette journée qui était consacrée aux actualités scientifiques d'une part, puis la mise à jour du thésaurus régional d'autre part.

Journée du Groupe Breton de Cancérologie ORL (GBCO)

De même, le réseau Oncobretagne a organisé la journée GBCO qui s'est déroulée le 27 mai 2016 à Plérin. 33 professionnels ont participé à cette journée qui était consacrée aux actualités scientifiques d'une part, puis la mise à jour du thésaurus régional d'autre part.

Journée Cancers gynécologiques et sénologiques – « Actualités et controverses » - Journée Laurence Leroyer

A l'initiative de 3 régions (Pays de la Loire, Bretagne et Basse Normandie), une journée inter-régionale sur la prise en charge des cancers gynécologiques et sénologiques est organisée tous les ans. L'organisation de cette journée est pilotée (à tour de rôle) par un des 3 réseaux régionaux.

La 9^{ème} édition de cette journée a eu lieu le 13 mai 2016 à Granville sous l'égide du réseau OncoBasseNormandie. Elle a été dédiée à la mémoire du Dr Laurence LEROYER.

La journée 2017 aura lieu à Nantes le 12 mai, elle sera organisée par le RRC Onco Pays de la Loire.

Afin d'anticiper la journée 2018 qui sera organisée par le réseau Oncobretagne, ce dernier a d'ores et déjà réservé une prestation au Palais des Congrès de Rennes, cette journée se déroulera normalement **le 18 mai 2018**.

Journée UCOG 2016

Oncobretagne a apporté un soutien logistique important à l'organisation de la journée de formation UCOG qui a eu lieu **le 17 mars 2016** au Palais des Congrès de Pontivy.

Formations assurées par les réseaux territoriaux

Ces formations sont l'œuvre des RTC. La communication sur ces formations peut être relayée par Oncobretagne à la demande du RTC organisateur sur le site internet ou par mail.

A la demande d'Oncobretagne, ils transmettent un récapitulatif des formations assurées chaque année, les détails étant développés dans leur propre rapport d'activité. L'objectif de cette demande est d'avoir une vue globale des formations sur toute la région (Cf. annexe XII).

En 2016, **45 actions de formations touchant environ 900 participants** composés de professionnels, patients, familles ou proches sont recensés.

Le public des professionnels concernés par ces formations comprend des médecins, cadres infirmiers, infirmier(e)s, pharmaciens, ambulanciers

Accueil d'un stagiaire EHESP

Oncobretagne a accueilli du 2 mai au 8 juillet 2016 une stagiaire, Mme Sarah LACROIX, étudiante en master 1 « Santé Publique – Parcours sciences sociales » à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHSP) au sein de la cellule de coordination du réseau.

Mme LACROIX a travaillé sur le projet « Thrombose et cancer », participant au groupe de travail pluri-professionnel et inter-secteur (ville-hôpital). Ce projet est développé dans le chapitre 9 ci-dessous.

Avec une formation initiale d'IDE, Mme LACROIX a choisi de s'orienter en santé publique. Dans ce projet, elle a particulièrement travaillé sur l'analyse des dossiers de patients atteints d'un cancer, ayant eu un accident thromboembolique alors qu'ils étaient sous anticoagulant (EPP/RMM). Cette analyse était faite en collaboration avec le médecin prenant en charge le patient et le médecin coordinateur d'Oncobretagne. Elle a fait la synthèse (sous forme de tableau synoptique) des dossiers analysés et les a présentés en réunions du groupe de travail. Par ailleurs, Mme LACROIX a également réalisé une recherche bibliographique sur le sujet.

Lors de son évaluation, Mme LACROIX a exprimé sa satisfaction pour ce stage.

Formation de la cellule de coordination

La cellule de coordination du réseau Oncobretagne a participé au cours de l'année 2016 à différentes journées de formation :

- 🕒 Journées des Référentiels en Soins Oncologiques de Support – 15 & 16 décembre 2016 – Nancy
- 🕒 Journée du Pôle Régional de Cancérologie – 24 novembre 2016 – Rennes
- 🕒 Colloque « Recherche Interventionnelle » - 17 & 18 septembre 2016 - Paris
- 🕒 Congrès National des Réseaux de Cancérologie (CNRC) – 29 & 30 septembre 2016 – Nantes
- 🕒 Journée Ligue Contre le Cancer - « Equité d'accès aux médicaments onéreux » - 23 septembre 2016 - Paris
- 🕒 Colloque EREB « Co-décision en santé : le soin démocratique ? » – 15 & 16 septembre 2016 – Brest
- 🕒 Journée Télémédecine – 24 juin 2016 – Rennes
- 🕒 Journée « Fédérer les acteurs autour d'un projet de santé publique » - 22 juin 2016 – Paris
- 🕒 Journée du Groupe Breton de Cancérologie ORL – 27 mai 2016 – Saint-Brieuc
- 🕒 Journée nationale « Cancer et VIH » - 20 mai 2016 – Paris
- 🕒 Journée Inter-régionale Gynécologie-Sénologie – 13 mai 2016 – Granville
- 🕒 Journée INCa – « Prévention tertiaire en cancérologie » - 24 mars 2016 – Paris
- 🕒 Journée UCOG – « Douleurs cancéreuses du sujet âgé » - 17 mars 2016 - Pontivy

Indicateurs RCP (avec et sans demande d'avis)

En 2016, 2 691 réunions de RCP ont été enregistrées dans le DCC. Au total, 50 139 fiches avec ou sans demande d'avis, ont été enregistrées pour 33 036 Patients. Les RCP « soins de supports » sont comptabilisés.

Les indicateurs suivants sont calculés à partir des informations disponibles pour le 1^{er} passage en RCP dans l'année et pour la 1^{ère} localisation du patient (pas de prise en compte des multiples localisations).

Caractéristiques	Nombre de patients	
	N	%
Âge à la 1ère RCP		
-45ans	2 101	6,4%
45-55	3 727	11,3%
55-65	7 620	23,1%
65-75	10 287	31,1%
75-85	6 790	20,6%
85+	2 511	7,6%
Sexe		
Femme	14 809	44,8%
Homme	18 220	55,2%
Inconnu/autre	7	0,0%
Localisation ("GROUPE")		
DIGESTIF	7 201	23,4%
<i>dont</i>		
<i>côlon</i>	2 405	7,8%
<i>rectum</i>	1 400	4,6%
<i>foie</i>	1 225	4,0%
GENITAL FEMININ	6 286	20,5%
<i>dont</i>		
<i>sein</i>	4 925	16,0%
<i>corps de l'utérus</i>	518	1,7%
<i>col de l'utérus</i>	269	0,9%
GENITAL MASCULIN	4 577	14,9%
<i>dont prostate</i>	4 358	14,2%
RESPIRATOIRE	3 529	11,5%
<i>dont poumons</i>	3 442	11,2%

PEAU	3 490	11,4%
URINAIRE	2 388	7,8%
<i>dont vessie</i>	1 361	4,4%
ORL	1 549	5,0%
CERVEAU	606	2,0%
THYROIDE	521	1,7%
PRIMITIF NON CONNU	231	0,8%
TISSUS MOUS	153	0,5%
AUTRES LOCALISATIONS	178	0,6%
<i>Manquants</i>	2 327	
Total	33 036	100,0%

En 2016, 33 036 patients ont au moins une fiche RCP enregistrée dans le DCC (fiche avec ou sans demande d'avis).

Près de 70% des patients enregistrés ont plus de 65 ans au moment du premier passage dans l'année.

Les femmes représentent 45% des patients et les hommes 55%.

Localisation par sexe	Nombre de patients	
	N	%
Femmes (N=14 809)		
Sein	4 879	32,9%
Colon Rectum	1 542	10,4%
Poumons	1 142	7,7%
Utérus	787	5,3%
ORL	327	2,2%
Hommes (N=18 220)		
Prostate	4 354	23,9%
Poumons	2 298	12,6%
Colon rectum	2 262	12,4%
ORL	1 222	6,7%

Parmi les localisations les plus fréquentes, on retrouve sans surprise le cancer du sein chez les femmes (33% du total) et le cancer de la prostate chez les hommes (24%).

Tableau de bord annuel de l'INCa

Tous les ans, un tableau de bord des indicateurs est rempli par chaque 3C sur la plateforme nationale de l'INCa. Oncobretagne valide la saisie des 3C et assure la synthèse des tableaux pour avoir des indicateurs compilés au niveau régional. Elle saisit également d'autres indicateurs régionaux portant notamment sur ses missions propres et les moyens alloués au réseau régional.

En 2016, le recueil a concerné les données 2015. En l'absence d'un cahier des charges précis fixant les modalités de calcul et les définitions des indicateurs, les informations disponibles ne sont pas claires pour garantir une harmonisation du recueil.

Dans le but d'assurer au moins l'harmonisation de ce recueil au sein de la région, Oncobretagne propose tous les ans aux 3C un document d'aide au remplissage.

A partir de ces données fournies par l'ensemble des réseaux régionaux français, un rapport national des activités des réseaux de cancérologie est rédigé tous les ans par l'INCa.

Enquête trimestrielle « Montée en charge du DCC » à la demande de l'INCa

L'enquête trimestrielle « Montée en charge du DCC » s'est poursuivie en 2016 avec 4 recueils de données. Le recueil d'information concerne les mêmes indicateurs que pour l'année précédente : nombre de fiches RCP et de PPS dématérialisés.

Depuis la fin de l'année 2016, un travail sur de nouveaux indicateurs a été entamé par l'INCa et l'ACORESCA en parallèle. Ces nouveaux indicateurs concernent la transmission des informations au médecin traitant et les comptes rendus d'anatomo-pathologie présents dans le DCC.

Afin de tester les indicateurs sur la transmission des informations au médecin traitant, des indicateurs ont été ajoutés pour le recueil des données du dernier trimestre de 2016 (recueil réalisé en mars 2017).

Comme pour l'année précédente, tous les 3C de la région ont participé aux 4 recueils de 2016. Le réseau régional est en charge de la validation des données des 3C avant remontée à l'INCa. Afin d'harmoniser le remplissage des 3C, Oncobretagne a rédigé une procédure de remplissage pour cette enquête et l'a fait valider par les 3C.

Autres

Nombre de réunions de RCP

Depuis mars 2016, Oncobretagne calcule tous les mois le nombre de réunions de RCP qui se sont déroulées en Bretagne, à partir des données du DCC. Les résultats sont envoyés en début de mois au GCS e-santé Bretagne.

Indicateurs pour le Pôle Régional de Cancérologie

En début d'année, à la demande du Pôle Régional de Cancérologie, Oncobretagne a calculé les files actives régionales par pathologies des patients passés en RCP en 2015 ; à partir des données du DCC.

EIPRO

Dans le cadre de l'étude inter-régionale EIPRO, la base de données nominatives des patients enregistrés sur le DCC breton, pour un cancer de prostate, entre le 1^{er} janvier 2010 et le 31 décembre 2012 a été transmis à l'OMEDIT Bretagne.

Ce travail a nécessité un travail important à partir des exports de données d'Alfa Lima.

OncoVIH

A la demande du COREVIH Bretagne, un travail concernant les patients VIH+ atteints d'un cancer a été réalisé par Oncobretagne à partir des données du DCC.

UCOG

Tous les ans, Oncobretagne transmet les indicateurs concernant les patients de 75 ans à partir des données régionales enregistrées dans le DCC.

Projet « Thrombose et Cancer »

Au dernier trimestre 2015, un groupe de travail (Cf. composition en annexe V), réuni à l'initiative du laboratoire Léo-Pharma, s'est mis d'accord pour mener un projet collectif régional, portant sur la prise en charge des Maladies ThromboEmboliques Veineuses (MTEV) profondes chez les patients atteints d'un cancer. Le groupe de travail réunit des médecins hospitaliers oncologues, hématologues, généralistes et internistes, des représentants des URPS médecins, pharmaciens, kinésithérapeutes et infirmiers ainsi que les représentants de l'équipe de coordination d'Oncobretagne.

La MTEV est un des principaux événements venant compliquer une maladie cancéreuse. En effet, le risque d'embolie pulmonaire ou de thrombose veineuse est 5 fois plus élevé chez les patients atteints de cancer que dans la population générale. De plus, c'est la deuxième cause de décès chez les patients atteints de cancer. Il faut ajouter que la survenue d'un événement thromboembolique modifie le pronostic du patient puisque le risque de décès est dans ce cas multiplié par 2,2. Ainsi, 15 à 20 % des malades cancéreux feront une MTEV. Inversement, 20% des patients présentant une MTEV ont un cancer.

Les facteurs de risques de thrombose sont identifiés dans quatre groupes :

- ④ ceux liés au patient : âge, comorbidités, mutation pro thrombotique,
- ④ facteurs biologiques,
- ④ ceux liés au cancer : type histologique et site, stade évolutif métastatique,
- ④ ceux liés au traitement : chirurgie lourde, chimiothérapie, voie veineuse centrale.

Le projet « thrombose et cancer » a été mené dans d'autres régions françaises, avec une enquête de pratique, à l'aide de questionnaires en ligne auto-administrés, réalisée auprès des médecins, pharmaciens et paramédicaux de la région. En effet, des recommandations de l'INCa ont été rédigées en 2008 et reprises par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) en 2009 => Plusieurs études montrent qu'elles sont insuffisamment appliquées. En l'occurrence, la durée de traitement d'au moins 6 mois par des anticoagulants type Héparines de Bas Poids Moléculaires (HBPM) recommandée dans ce contexte n'est pas toujours respectée et le relais par des anticoagulants oraux est réalisé de façon précoce.

Ce projet est un projet régional en cours depuis un an, dont l'objectif est d'améliorer le parcours de soins du patient atteint d'un cancer et d'une maladie thromboembolique, dans le cadre de sa prise en charge par les différents professionnels de santé du secteur hospitalier et libéral..

Plusieurs axes de travail et réalisations ont été faites, et d'autres sont en cours ou programmées :

- ④ Une enquête de pratiques par un auto-questionnaire réalisé auprès des professionnels de la région
- ④ Rédaction de plaquettes d'information pour les patients et pour les professionnels sur la prise en charge des MTEV chez un patient atteint d'un cancer (Cf. annexe XII)
- ④ Des soirées de formation/information pour les professionnels (Cf. programme annexe XII) dont la première est prévue à Brest le 30 mars 2017 et une deuxième à Antrain le 4 mai 2017. D'autres soirées seront organisées sur d'autres territoires.

- Une étude d'évaluation des pratiques type revue-de mortalité-morbidité ciblée sur les dossiers des patients atteints d'un cancer ayant eu un deuxième épisode thrombo-embolique, alors qu'ils étaient déjà traités (arrêt ou changement de traitement). La première partie de cette étude a été réalisée par la stagiaire. La deuxième qui prévoit de relier les différentes informations de prise en charge sur tout le parcours, d'interroger les professionnels et éventuellement les patients (analyse de tout le parcours) n'a pas encore pu être réalisée, l'accord CNIL étant toujours en attente.

Territoires Onco

Contexte

Le Projet TERRITOIRES ONCO entend répondre à l'une des priorités du 3ème Plan cancer : « **réduire les inégalités sociales et géographiques dans la prise en charge du cancer** »

Ce projet, construit sur l'observation **d'une cohorte de plus de 40 000 patients** (base PMSI 2011-2013) **atteints d'un cancer du poumon** a ainsi permis l'identification d'indicateurs d'inégalités, leur suivi et la création d'outils d'analyse de l'information exploitables au plan national.

La méthode de l'étude initiale repose sur l'exploitation de la base de données hospitalières PMSI qui répertorie les données relatives à l'ensemble des séjours à l'hôpital, en centre de réadaptation et en hospitalisation à domicile.

Les motifs d'hospitalisation ont été identifiés à l'aide des codes de diagnostic issus de la Classification Internationale des Maladies CIM-10, à la fois en termes de diagnostic principal (DP) et de diagnostic associé (DA) :

- L'incidence du cancer du poumon = ensemble des patients hospitalisés en 2011 pour un cancer du poumon, avec un séjour répertorié pour une tumeur maligne des bronches et du poumon (Code C24).
- L'état métastatique a été identifié à l'aide des codes de maladies métastatiques (C77, C78 ou C79).
- Les données sur les interventions chirurgicales, les actes médicaux au moment du diagnostic et la chimiothérapie ont été analysées pour chaque séjour hospitalier.

Constitution du groupe breton

Le laboratoire BMS a proposé aux Onco-Pneumologues, aux représentants des associations des usagers à Oncobretagne, de former un groupe de travail breton « Territoire Onco » (Cf. composition du groupe annexe V) pour se pencher sur les résultats de cette étude nationale pour la Bretagne. L'objectif est d'approfondir l'analyse, comprendre les raisons des différences (lorsqu'il y en a) par rapport aux résultats des autres régions, et le cas échéant, dégager des pistes de travail pour les améliorer.

Six réunions du comité de pilotage se sont tenues de décembre 2015 à octobre 2016.

Relevés de conclusions après analyse des données bretonnes (Cf. détails en annexe XIII)

Il a été convenu que la synthèse de ce travail soit présentée aux réunions scientifiques du groupe ABCT.

Annexes

Annexe I : Composition du CA et du bureau 2014-2017



COMPOSITION CONSEIL D'ADMINISTRATION 2014 - 2017

		Titulaires	Suppléants
COLLEGE 1 Réseaux oncologiques des secteurs sanitaires	Secteur 1	Dr ROBINET Gilles - Réseau du Ponant Dr ACHOUR Nacr-Eddine - Clinique Pasteur/ Ctre RT Brest	Dr VALETTE Gérald - CHU Brest
	Secteur 2	Mr POCHEZ André - Réseau Onco'Kerne Dr LE ROL Annick - CHIC - Quimper	
	Secteur 3	Mme DELAUNAY Françoise - Cadre Coordinatrice - Réseau Onc'Oriant Dr SIRE Chritian - CHBS - Lorient	
	Secteur 4	Dr PAROT-MONPETIT Anny - Clinique Océane - Vannes Dr WDOWIK Annie - CHBA - Vannes	
	Secteur 5	Dr BOHEC Catherine - 3C Onco5 Dr LENA Hervé - CHU Rennes	
	Secteur 6	Dr RAOUL Yves - Clinique de la Côte d'Emeraude - St Malo	
	Secteur 7	Dr BESSON Dominique - CAR - Réseau Oncarmor Dr ALLEAUME Corinne - CH Yves Le Foll - St Brieuc	Dr LEPAILLEUR Annie - CH Yves Le Foll - St Brieuc
	Secteur 8	Dr SLIM Michel - CHCB - Pontivy Dr MHIDIA Abderrazak - Polyclinique - Pontivy	
	Réseau de pédiatrie	Pr GANDEMER-DELIGNIERES Virginie - CHU Rennes	
	COLLEGE 2 Représentants médicaux des établissements et prestataires de soins	CHU 29	Dr METGES Jean-Philippe - CHU Brest (Vice-Président)
CHU 35		Pr JEGOUX Franck - CHU Rennes	
CRLCC		Pr GUILLE François - Centre de Lutte Contre le Cancer - Rennes	
CH		Dr FEREC Marc - CH Morlaix	Dr NAUDEIX Emmanuel - CH Fougères
PSPH		Dr BLANCHOT Jérôme - Clinique Mutualiste La Sagesse - Rennes	
Cliniques		Dr ETIENNE Pierre-Luc - CAR - St Brieuc (Secrétaire) Dr LE SCODAN Romuald - CHP - St Grégoire (Trésorier) Dr REMOUE Pascal - Polyclinique de Keraudren - Brest	
URMLB - URPS		Dr FEGER Benoit - Cabinet médical ORL - Brest Dr MONPETIT Erik - Clinique St Yves - Vannes (Président)	
COLLEGE 3 Représentants administratifs des établissements		CHU	Mr EL SAÏR Philippe, DG CHU Brest
	CH	Mr GAMOND-RIUS Thierry, DG CHBS Lorient (Secrétaire Adjoint)	
	PSPH	Mr BRIOT Pascal - DGA CEM - FNCLCC (Trésorier Adjoint)	Mr DEROCHE Thomas - DG Hôtel Dieu Pont L'Abbé
	Cliniques	Mr HARSIGNY Wilfried - DG Hôpital Privé Océane - Vannes	
COLLEGE 4 Associations ou Groupes professionnels de médecins et pharmaciens		Dr BERTRAND Claude - COPOB Dr JESTIN LE TALLEC Véronique - R2CD (réseau digestif)	Dr SASSOLAS Bruno - GROUM
	COLLEGE 5 - Paramédicaux	Mme LE BOULANGER Solenne - Infirmière - CH Morlaix Mme LOISEL Isabelle - Cadre coordinatrice - UCOG	
COLLEGE 6 - Dépistage - Soins de support	Dr BROUSSE-POTOCKI Josiane - ADECAM Mme CARIOU Annaick - CHU - Brest		
COLLEGE 7 - Associations d'usagers	Pr LE GALL Edouard - Ligue contre le cancer 35 Dr MILLET Michelle - Faire Face Ensemble	Mr TOURTELIER Jean-François	

AG du 21/11/2014 (en gras les membres du bureau)

Annexe II : Liste des personnes morales (établissements) à jour de leurs adhésions au 31 décembre 2016

ETABLISSEMENTS DE SANTE PUBLICS	
CHU (Morvan + Cavale Blanche)	BREST
Hôpital d'Instruction des Armées Clermont Tonnerre	BREST
Centre Hospitalier de Carhaix Plouguer	CARHAIX PLOUGUER
Centre Hospitalier René Pleven	DINAN
Centre Hospitalier	DOUARNENEZ
Centre Hospitalier	FOUGERES
Centre Hospitalier	GUINGAMP
Centre Hospitalier Ferdinand Graal	LANDERNEAU
Centre Hospitalier Lannion-Trestel	LANNION
Centre Hospitalier Bretagne Sud	LORIENT
Centre Hospitalier des pays de Morlaix	MORLAIX
Centre Hospitalier	PAIMPOL
Centre Hospitalier Alphonse Guérin	PLOERMEL
Centre Hospitalier du Centre Bretagne	PONTIVY
Centre Hospitalier de Cornouaille	QUIMPER
Centre Hospitalier	QUIMPERLE
Centre Hospitalier	REDON
CHU (Pontchaillou + Hôpital Sud)	RENNES
Centre Hospitalier Yves Lefoll	SAINT BRIEUC
Centre Hospitalier	SAINT MALO
Centre Hospitalier Bretagne Atlantique	VANNES
Centre Hospitalier	VITRE
ETABLISSEMENTS DE SANTE PRIVES + CENTRES DE RADIOTHERAPIE	
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 Kério	NOYAL - PONTIVY
Clinique St Michel-Ste Anne	QUIMPER
Polyclinique de Quimper Sud	QUIMPER
Polyclinique Saint Laurent	RENNES
Hôpital Privé des Côtes d'Armor + CARIO	SAINT BRIEUC
Centre Hospitalier Privé	SAINT BRIEUC
Centre Hospitalier Privé + CMC St Vincent	SAINT GREGOIRE
Clinique de la Côte d'Emeraude	SAINT MALO
Centre d'Oncologie Saint Yves	VANNES
Hôpital Privé Océane	VANNES
ETABLISSEMENTS PARTICIPANT AU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER (PSPH)	
Clinique de la Porte de l'Orient	LORIENT
Clinique des Augustines	MALESTROIT
Hôtel Dieu	PONT LABBE
Centre Eugène Marquis	RENNES
Clinique Saint Yves	RENNES
Clinique Mutualiste La Sagesse	RENNES

Annexe III : Liste des personnes morales (associations) à jour de leurs adhésions au 31 décembre 2016

Appui Santé Nord Finistère	BREST
Ligue contre le cancer – Comité 29	BREST
ADEC 29	BREST
Association Etude maladie cutanées et sexuellement transmissibles	BREST
Registre Finistérien tumeurs digestives	BREST
Réseau Onc'Oriant	LORIENT
Réseau Onco'Kerne	QUIMPER
Entraide Cancer en Finistère	QUIMPER
Coord. Bretonne des Soins Palliatifs	RENNES
Ligue contre le cancer – Comité 35	RENNES
Association LA BRISE	RENNES
Ligue contre le Cancer – Comité 22	TREGUEUX
Réseau Oncarmor	TREGUEUX
ADECARMOR	SAINT BRIEUC
Réseau Onco6	SAINT MALO
Faire Face Ensemble	VANNES
Réseau Oncovannes	VANNES
ADECAM	VANNES
Ligue contre le cancer – Comité 56	VANNES

Annexe IV : Liste des personnes physiques à jour de leurs adhésions au 31 décembre 2016

Nom	Prénom	Etablissement	Spécialité	Ville
ALLEAUME	Corinne	CH Yves Le Foll	Oncologie médicale	SAINT BRIEUC
ARNOUX	Yves	Centre Hospitalier Privé	ORL	SAINT BRIEUC
ARTIGNAN	Xavier	Centre Hospitalier Privé	Radiothérapie	SAINT GREGOIRE
BAHU	Philippe	Centre Hospitalier	ORL	SAINT MALO
BERTRAND	Claude	Centre Eugène Marquis	Pharmacie	RENNES
BLANCHOT	Jérôme	Clinique Mutualiste La Sagesse	Chirurgie gynécologique	RENNES
BLOT	Emmanuel	Centre d'Oncologie Saint Yves	Radiothérapie	VANNES
BOHEC	Catherine	3C Onco5	Santé Publique	RENNES
BOTTON	Estelle	Centre Eugène Marquis	Oncologie médicale	RENNES
CHAMOIS	Jérôme	Centre Hospitalier Privé	Radiothérapie	SAINT GREGOIRE
DE COUTURES	Jean-Baptiste	Pharmacie De Coutures Diebold	Pharmacie	PLOUZANE
DE LA MOTTE ROUGE	Thibault	Centre Eugène Marquis	Oncologie médicale	RENNES
DE MOREL	Philippe	Centre Hospitalier Bretagne Sud	gynécologie	LORIENT
DEBOSSCHERE	Lucile	Centre d'Oncologie Saint Yves	Radiothérapie	VANNES
EDELINE	Julien	Centre Eugène Marquis	Oncologie médicale	RENNES
ETIENNE	Pierre-Luc	Hôpital Privé des Côtes d'Armor	Oncologie médicale	PLERIN
FEREC	Marc	CH des pays de Morlaix	Gastro-Entérologie	MORLAIX
FOURGAUT	Gilles	Cabinet de pneumologie	Pneumologie	RENNES
GALAND	Alain	Cabinet médical	ORL	LORIENT
GANDEMER-DELIGNIERES	Virginie	CHU Hopital Sud	Pédiatrie	RENNES
GARRELON	Jean Luc	Polyclinique de Kério	Chirurgie Générale	NOYAL PONTIVY
GRENIE	Bruno	Pharmacie Grenié		SAINT AVE
GRULOIS	Isabelle	Centre Hospitalier	Onco-hématologie	SAINT MALO
HASBINI	Ali	Clinique Pasteur Lanroze	Radiothérapie-oncologie	BREST
JEGOUX	Franck	CHU Pontchaillou	ORL	RENNES
JESTIN-LE TALLEC	Véronique	Clinique Pasteur Lanroze	Oncologie médicale	BREST
KERBRAT	Pierre	Centre Eugène Marquis	Oncologie médicale	RENNES
KLEIN	Vincent	Centre d'Oncologie Saint Yves	Radiothérapie	VANNES

LAGUERRE	Brigitte	Centre Eugène Marquis	Oncologie médicale	RENNES
LARIBLE	Claire	Centre Eugène Marquis	Oncologie médicale	RENNES
LE MOIGNE	Claire	Cabinet médical - gynécologie	Gynécologie	LANESTER
LE MOINE	Philippe	CHU Morvan	Pédiatrie	BREST
LE PORS - LEMOINE	Pascale	Centre Hospitalier	Gynécologie	SAINT MALO
LE SCODAN	Romuald	Centre Hospitalier Privé	Radiothérapie	SAINT GREGOIRE
LEFEUVRE-PLESSE	Claudia	Centre Eugène Marquis	Oncologie médicale	RENNES
LENOT	Bernard	CH Yves Le Foll	Chirurgie Thoracique	SAINT BRIEUC
LESIMPLE	Thierry	Centre Eugène Marquis	Oncologie médicale	RENNES
LESOURD	Samuel	Centre Eugène Marquis	Oncologie médicale	RENNES
LIEGAUX	Jean-Marc	Cabinet de pneumologie	Pneumologie	RENNES
LOISEL	Isabelle	UCOG	Cadre Coordinatrice	BREST
MAIGNIEN	Bruno	Hôpital Privé Océane	Chirurgie Viscérale	VANNES
MALHAIRE	Jean Pierre	CHU Morvan	Radiothérapie	BREST
MASSART	Vincent	Cabinet de pneumologie	Pneumologie	RENNES
MERCIER-BLAS	Anne	Centre Hospitalier Privé	Oncologie médicale	SAINT GREGOIRE
MIGLIANICO	Laurent	Centre Hospitalier Privé	Oncologie	SAINT GREGOIRE
MONPETIT	Erik	Centre d'Oncologie Saint Yves	Radiothérapie	VANNES
MORZEL	Annick	Clinique Pasteur Lanroze	Radiothérapie-oncologie	BREST
MUGNIER	Nathalie	CHU Morvan	Pharmacie	BREST
NOUSBAUM	Jean-Baptiste	CHU Cavale Blanche	Hépto - Gastro - Entérologie	BREST
PAROT-MONPETIT	Anny	Centre d'Oncologie Saint Yves	Gastro-Entérologie	VANNES
PENCHET	Alain	Clinique St Michel-Ste Anne	Chirurgie viscérale	QUIMPER
PERRIN	Christophe	Centre Eugène Marquis	Oncologie médicale	RENNES
PRACHT	Marc	Centre Eugène Marquis	Oncologie médicale	RENNES
PRIGENT	Arnaud	Cabinet de pneumologie	Pneumologie	RENNES
RAOUL	Yves	Clinique de la Côte d'Emeraude	Radiothérapie	SAINT MALO
REMOUE	Pascal	Polyclinique Keraudren	Chirurgie viscérale	BREST Cedex 2
RENAUD	Jean-Christophe	Cabinet de pneumologie	Pneumologie	RENNES
ROMAN	Julien	Centre d'Oncologie Saint Yves	Radiothérapie	VANNES
SIRE	Christian	Centre Hospitalier Bretagne Sud	Radiothérapie	LORIENT
SLIM	Michel	CH Centre Bretagne	Chirurgie ORL	PONTIVY
TRIVIN	Florence	Clinique Saint Yves	Gastro-Entérologie	RENNES
VAULEON	Elodie	Centre Eugène Marquis	Oncologie médicale	RENNES
VUILLEMIN	Eric	Centre d'Oncologie Saint Yves	Oncologie	VANNES

Annexe V : Membres des groupes de travail dont fait partie Oncobretagne

GT PALLIACHIM

- 📍 BELLOIR Marie-Noëlle - Cadre de Santé CARESP - Cellule d'Animation régionale en Soins Palliatifs
- 📍 DENIEL Delphine - ARC Observatoire Cancer - OMEDIT B
- 📍 GRUDE Françoise - Pharmacien Coordinateur Observatoire Cancer OMEDIT B et OMEDIT PL
- 📍 JAOUEN Elodie - Etudiante Pharmacie - Université Rennes
- 📍 PAROT MONPETIT - Anny - Médecin soins palliatifs - Clinique Océane Vannes
- 📍 MORDELLET Benjamin - Médecin ARS Bretagne
- 📍 MOREL Vincent – Médecin Soins Palliatifs - CHU Rennes
- 📍 NIMUBONA Donavine - Médecin Coordinateur - Réseau Oncobretagne
- 📍 PIROU Gilles - Pharmacien Coordinateur - OMEDIT Bretagne
- 📍 TUAL Elise - Chargé de Mission CARESP - Cellule d'Animation régionale en Soins Palliatifs
- 📍 ZAMPARUTTI Patrick - Pharmacien Général de Santé Publique - ARS Bretagne

GT Territoires Onco

- 📍 CORRE Romain - PH - pneumologue, CHU RENNES
 - 📍 CHARPENITER Serge - Président CISS BRETAGNE, RENNES
 - 📍 DESROCHES Manuela - Coordinatrice CISS BRETAGNE, RENNES
 - 📍 LAIGLE Francine - CISS Bretagne, Rennes
 - 📍 LENA Hervé - PH - oncologue pneumologue, CHU RENNES
 - 📍 MORVAN Patrick - Médecin régional conseil, MSA Bretagne
 - 📍 NIMUBONA Donavine - Médecin de santé publique, Réseau Oncobretagne
 - 📍 ROBINET Gilles - PH – Pneumologue, CHU MORVAN, BREST
- (+ Soutien logistique du laboratoire BMS)

GT « Thrombose & Cancer »

- 📍 AUBERT Agnès – Secrétaire adjointe de l'URPS - Masseurs Kinésithérapeutes
 - 📍 BOUTRUCHE Bettina - Médecin Généraliste - CLCC Eugène Marquis
 - 📍 BRETTEAU Hervé - Trésorier de l'URPS Pharmaciens
 - 📍 COUTURAUD Francis - Chef de Service de Pneumologie - CHU de Brest
 - 📍 DEGUILLAUME Joëlle - Présidente de l'URPS Pharmaciens
 - 📍 DELLUC Aurélien - Médecin Interniste - CHU Brest
 - 📍 DUHAMEL Elisabeth - Chef de Service de Médecine Interne - CHG St Brieuc
 - 📍 GOUIN Isabelle Gouin – Hématologue - CHU Rennes
 - 📍 JEGO Patrick - Chef de Service de Médecine Interne - CHU Rennes
 - 📍 KERMARREC Morgane - Chargée de projet – Oncobretagne
 - 📍 LACROIX Sarah, Etudiante master1, ENSP, stagiaire à Oncobretagne
 - 📍 LEBOURGEOIS Sybille - Chargée de mission URPS Pharmaciens
 - 📍 LE RESTE Jean-Yves - Directeur du département de Médecine Générale de la Faculté de Brest
 - 📍 METGES Jean-Philippe – Oncologue - CHU Brest
 - 📍 MOTTIER Dominique - Directeur du Centre d'Investigation - Clinique de Brest
 - 📍 NIMUBONA Donavine - Médecin coordinateur – OncoBretagne
 - 📍 RAIMBAULT Anne - Trésorière adjointe de l'URPS Infirmiers libéraux
 - 📍 ZABBE Claude - URPS Médecins libéraux
- (+ Soutien logistique du laboratoire Léo Pharma)

Comité CorDOC

	ADEC 29	ADEC ARMOR	ADECI 35	ADECAM
Collège institutionnel	Pr M. COLLET	Dr JY SOENEN	Dr J VIALARD	Mme C PENHOUET
Collège technique	Dr F. BOMMELAERE	Dr A. FRETIGNE	Dr C. PIETTE	Dr J BROUSSE-POTOKI
Collège des financeurs	<ul style="list-style-type: none"> - Représentant coordination régionale Régime général (Mme Lhomet, Mme VIVIES) - Représentant MSA - Représentant RSI (Mme Goadec) - ARS (Dr Joseph, Mme Botrel) 			
Collège partenaires <i>Proposition à confirmer</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Médecin coordinateur ONCOBRETAGNE Mme Nimubona - Comité féminin Mme Thaéron - Ligue contre le Cancer 			

PS/ Le groupe bénéficie d'un soutien logistique du laboratoire Léo Pharma

Annexe VI : Lette d'intention – Réponse à l'appel à projet du Cancéropôle Grand Ouest – SHS & Cancer



Appel d'Offres Emergence 2016 du CGO

Lettre d'intention

Titre du projet : Comprendre les raisons de non-adhésion au suivi proposé aux personnes invitées au dépistage ou en cas de présence d'altérations génétiques constitutionnelles exposant à un risque très élevé de cancer colo-rectal : une étude qualitative en Bretagne

Nom prénom du porteur du projet :	Dr Donavine NIMUBONA
Statut (CR, DR, PU, MCU etc ..):	Médecin de santé publique
signature :	
Adresse postale :	Oncobretagne-CEM
Adresse électronique :	Avenue de la Bataille Flandres Dunkerque
Téléphone :	CS 44229, 35042 RENNES Cedex
Organisme d'appartenance du coordonnateur :	Réseau Régional de Cancérologie. OncoBretagne
Nom et signature du chef d'équipe	Dr Erik MONTPETIT, président
Nom et signature du Directeur de l'unité	
Organisme gestionnaire :	Oncobretagne
Partenaires	<ul style="list-style-type: none"> • ADECI 35 (Dr Christine PIETTE) • Réseau Phare Grand Ouest (Dr Charlotte HUET) • Service d'Epidémiologie et de Santé publique, CHU de Rennes (Dr Emma BAJEUX, Pr Jean-François VIEL) • Registre des tumeurs digestives du Finistère (Mme Mélanie Cariou, Mme Alice Billot-Grasset, Pr Michel Robaszkiewicz) • ADEC 29 (Dr Françoise Bommelaere)
Montant demandé au CGO (maximum de 20 k€) :	20 000 €

Réseaux de Recherche du CGO concernés

Vectorisation & Radiothérapies	<input checked="" type="checkbox"/>	SHS & Cancer	X <input checked="" type="checkbox"/>
Valorisation des produits de la mer	<input type="checkbox"/>	Sein	<input type="checkbox"/>
Immunothérapies	<input type="checkbox"/>	Prostate	<input type="checkbox"/>
Biologie intégrée des cancers/Oncologie 4.0	<input type="checkbox"/>	Canaux ioniques	<input type="checkbox"/>
Microenvironnement des niches tumorales	<input type="checkbox"/>	Epigénétique	<input type="checkbox"/>

RESUME DU PROJET (1/2 page maxi, Calibri 11pts, interligne simple)

Le cancer colorectal est le 3^{ème} en termes de fréquence et le 2^{ème} en termes de mortalité en France, avec 43 000 nouveaux cas et 17 500 décès en 2015. Dans le cadre du 3^{ème} plan Cancer 2014-2019, un dépistage adapté à chaque niveau de risque est préconisé (Action 1.5 du plan cancer III). Ainsi, dans le cadre du programme de dépistage organisé des cancers colo-rectaux, tous les deux ans, l'ensemble des personnes âgées de 50 à 74 ans sont invitées, par les structures de gestion en charge des dépistages, à consulter leur médecin traitant afin de se faire dépister. Les examens à réaliser sont déterminés en fonction du niveau de risque, évalué à l'aide d'un questionnaire standardisé. Si le médecin évalue le risque comme moyen (standard pour cette tranche d'âge), un test de dépistage lui est remis. Si le médecin identifie un risque élevé (antécédent personnel ou familial d'adénome ou de cancer colo-rectal...) ou très élevé (polypose adénomateuse familiale, syndrome de Lynch), la personne est orientée vers un gastro-entérologue afin de réaliser une coloscopie d'emblée. De même, les personnes dont le test de dépistage sera positif se voient également proposer une coloscopie. Par ailleurs, près de 5 % des cancers diagnostiqués en France sont liés à la présence d'altérations génétiques constitutionnelles. Le diagnostic de ces prédispositions est mis en œuvre dans le cadre du dispositif national d'oncogénétique via des consultations spécialisées. Dans ce cadre, un suivi spécifique peut être proposé aux personnes présentant un risque très élevé. Le dépistage et le suivi des personnes à risque permettent d'identifier le cancer à un stade précoce et d'améliorer leur survie. En effet, les stades sont beaucoup plus avancés chez les personnes ne répondant pas à l'invitation à réaliser un test de dépistage¹.

Or, la proportion de personnes adhérant au suivi proposé après un test de dépistage positif (c'est-à-dire allant jusqu'à l'acte de la colonoscopie) oscille entre 91 à 95 %^(1 et 2) et seulement 75% de personnes vont avoir une colonoscopie lorsqu'un risque élevé a été identifié dans le cadre du dispositif de dépistage organisé⁽²⁾. De même, 76% de personnes à risque très élevé identifiées lors des consultations d'oncogénétique vont adhérer au suivi qui leur est proposé³. L'adhésion est donc variable en fonction des situations.

Ainsi, il nous semble important d'explorer les représentations et la perception du risque chez ces personnes les amenant à adhérer ou non au suivi qui leur est proposé. L'objectif principal de cette étude est donc de décrire et comprendre les raisons de non-adhésion au suivi proposé en fonction du niveau de risque de cancer colo-rectal identifié. Pour cela, une trentaine d'entretiens semi-directifs seront conduits par un sociologue auprès d'un échantillon de personnes relevant des 3 groupes suivants : (1) Personne à risque moyen dont le test de dépistage s'est avéré positif, (2) Personnes à risque élevé et (3) Personnes à risque très élevé.

Cette étude permettrait ensuite d'identifier les leviers d'amélioration de l'adhésion au suivi pour risque de cancer colo-rectal. Ceci contribuerait au développement d'une stratégie de dépistage adaptée au niveau de risque et une communication ajustée au public concerné.

¹ Données du Registre Finistérien des tumeurs digestives croisées avec les données ADEC 29 - Association de dépistage des cancers en Finistère

² Données ADECI 35 – Association de dépistage des Cancers en Ille et Vilaine

³ Données Phare Grand Ouest.

Aspect émergent (15 lignes maxi, Calibri 11pts, interligne simple)

Ce projet propose une démarche innovante en décrivant de façon qualitative les raisons de non-adhésion au suivi pour risque de cancer colo-rectal.

Le recueil actif et continu de données réalisé par les structures de gestion en charge des dépistages, les centres d'Oncogénétiques fédérés au sein de Phare grand Ouest et le registre des tumeurs digestives du Finistère concernant le suivi de ces personnes est un atout majeur pour cette étude.

Le point fort de ce projet est le décloisonnement et la collaboration inter-structures associant les différents partenaires et membres du réseau régional de cancérologie Oncobretagne, tel que préconisé par le plan cancer III dans son objectif 16.2.

De plus, ce projet s'inscrit dans une démarche multidisciplinaire associant médecins de santé publique, épidémiologistes, sociologues, oncologues, etc.).

Il s'agit d'une étude pilote destinée à : (1) évaluer la faisabilité du recrutement des personnes n'ayant pas adhéré au suivi proposé dans le cadre d'un risque identifié de cancer colo-rectal et (2) à identifier les notions clés en jeu dans les raisons de non-adhésion, afin de construire des outils d'évaluation destinés à une étude de plus grande ampleur, dans un échantillon représentatif.

Lettre d'intention à envoyer pour le 1^{er} novembre 2016 au plus tard

Au responsable de réseau en fonction de votre thématique de recherche

Vectorisation & Radiothérapies	Visvikis.dimitris@univ-brest.fr
Valorisation des produits de la mer	sylvain.routier@univ-orleans.fr
Immunothérapies	yves.delneste@univ-angers.fr nathalie.labarriere@univ-nantes.fr
Biologie intégrée des cancers/Oncologie 4.0	alain.morel@ico.unicancer.fr
Microenvironnement des niches tumorales	olivier.herault@med.univ-tours.fr
SHS & Cancer	ghislaine.lozachmeur@univ-brest.fr
Sein	philippe.iuin@univ-nantes.fr
Prostate	gaelle.fromont-hankard@univ-tours.fr
Canaux ioniques	christophe.vandier@univ-tours.fr
Epigénétique	Pierre-Francois.Cartron@univ-nantes.fr

Les porteurs de projet seront informés de la recevabilité de leur projet par le responsable de réseau le 1^{er} décembre 2016

Le projet complet devra être envoyé par courrier électronique au Cancéropôle Grand Ouest (canceropole.go@inserm.fr) pour le 31 janvier 2017 et l'original (version papier) au plus tard 48 heures après (Cancéropôle Grand Ouest – 63 quai Magellan – 44000 Nantes)

Annexe VII : Courrier de réponse à l'appel à candidature pour la labellisation de recommandations et de référentiels nationaux de bonnes pratiques en cancérologie (INCa)



Collège National des Gynécologues et Obstétriciens
français (CNGOF)
A l'attention de Professeur Emile DARAI
91 Bd de Sébastopol
75002 Paris

Boulogne-Billancourt, le 6 MARS 2017

Dossier suivi par :
Tristan Roué / Marianne Duperray
Département Bonnes pratiques
Tél. : 01 41 10 15 78
troue@institutcancer.fr
mduperray@institutcancer.fr

N/RE : TR/MD/MD/TB/NI/15

Objet : Courrier de réponse à l'appel à candidature pour la labellisation de recommandations et de référentiels nationaux de bonnes pratiques en cancérologie

Monsieur, cher collègue,

Vous avez soumis le projet « Recommandations diagnostic et thérapeutique initiale du cancer de l'ovaire » à l'appel à candidature pour la labellisation de recommandations et de référentiels nationaux de bonnes pratiques cliniques en cancérologie de l'Institut national du cancer et je vous en remercie.

A l'issue de la procédure de sélection, j'ai le plaisir de vous informer que votre candidature a été retenue.

Pour le déroulement de ce projet, vous serez accompagné dans ce projet par le Département Bonnes pratiques de la Direction des recommandations et du médicament dirigée par Muriel Dahan (mdahan@institutcancer.fr).

Marianne Duperray, responsable du département (mduperray@institutcancer.fr) et Tristan Roué (troue@institutcancer.fr), chef de projet vous contacteront dans les jours à venir pour définir avec vous les éléments de suivi et les prochaines étapes pour l'élaboration des recommandations.

Je vous prie de croire, Monsieur, cher collègue, à ma parfaite considération.

Pr Norbert Ifrah
Président

Institut national du cancer (Groupement d'intérêt public) • 52, avenue André Morizot
92 513 Boulogne Billancourt Cedex • France • Tél.: +33 (0) 1 41 10 50 00 • e-cancer.fr
N° SIREN : 187 512 777

Annexe VIII : Tableau de bord des indicateurs RCP en Bretagne en 2016

RCP/ Territoires/3C		Gyn. Séno	Digestif	Hépat	Uro	Thorax	ORL	Dermate	Neuro	Endocr./ Thyroïde	Support/ palliatifs	Métastases cérébrales	Total 2016
Penant	réunions*	61	48	43	59	101	70	26	23	15		11	457
	nb d'avis patients	1461	1966	204	1463	1964	504	466	244	260		37	8569
	dont Nx Cas	1064	1099	142	1223	1008	377	383	169	218		30	5713
Onco'Kerné	réunions	49	51	*	47	48	48	24	*	*			267
	nb d'avis patients	820	757	67	958	920	322	247	26	51			4168
	dont Nx Cas	602	551	50	776	543	181	184	22	43			2952
Onc'orient	réunions	48	48		26	49	82	24	*				277
	nb d'avis patients	811	957		933	738	564	310	45				4358
	dont Nx Cas	651	665		728	471	284	270	33				3102
Oncovannes	réunions	52	52		26	51	21	13					215
	nb d'avis patients	1121	1732		1006	891	325	55					5130
	dont Nx Cas	732	1132		820	575	237	50					3546
Onco5	réunions	182	102	49	75	51	75	48	50	22	68		722
	nb d'avis patients	3294	3156	1452	2698	1851	882	1415	1066	323	568		16705
	dont Nx Cas	2301	2102	921	2108	1193	563	1103	690	266	384		11631
Onco6	réunions	50	50		24	50	26						200
	nb d'avis patients	735	684		503	1060	253						3235
	dont Nx Cas	452	480		417	447	168						1964
Oncarmor	réunions	48	50		25	49	24						196
	nb d'avis patients	1007	1055		961	979	389						4391
	dont Nx Cas	802	825		880	606	250						3363
Sous total RCP/Territoire/3C	réunions	490	401	92	282	399	346	135	73	37	68	11	2334
	nb d'avis patients	9249	10307	1723	8522	8403	3239	2493	1381	634	568	37	46556
	dont Nx Cas	6604	6854	1113	6952	4843	2060	1990	914	527	384	30	32271
RCP Régionales		Biologie moléculaire	Métastases osseuses	Renatan	Sarcome	Oncogénétique gynéco/sein	Thorax recours	Dermate recours	ORL recours	Gynéco recours			
Pole Régional de Cancérologie	réunions	9	13	24	43	12	11	9	12	35			168
	nb d'avis patients	116	28	345	619	220	80	22	47	71			1548
	dont Nx Cas	111	27	278	395	210	75	20	42	34			1192
RCP Hématologie													
Bréhat	réunions	241											241
	nb d'avis patients	5137											5137
	dont Nx Cas	3757											3757
RCP Inter-régionales - Nationales		Oncologie génétique IR**	Thymome Nationale	Onco pédiatrie IR	Sarcome IR	OncoVIH Nationale							
	réunions	10	25	87	3	6							133
	nb d'avis patients	61	23	211	3	8							306
	dont Nx Cas	61	19	174	3	7							264
TOTAL													2876
													83547
													37484

Source de données : 3 C, Pôle Régional de Cancérologie, Hématologie, Phare Grand Ouest, POHO, Réseau CancerVIH

* RCP communes à plusieurs territoires (cases bleutées)

** Les autres années données oncogénétique concernaient les dossiers de toute l'inter-région. Cette année seuls les dossiers bretons ont été comptabilisés.

Annexe IX : Résumé de l'étude sur les délais de prise en charge des cancers des Voies Aéro-Digestives Supérieures (VADS)



Group Régional
Evaluation Bretagne



Résumé

Etude sur les délais de prise en charge des cancers des Voies Aéro-Digestives Supérieures (VADS)

A la demande de médecins ORL, le Groupe Régional Evaluation d'Oncobretagne, réunissant les sept 3C bretons, a décidé de mener une étude sur les délais de prise en charge des cancers des Voies Aéro-Digestives Supérieures (VADS).

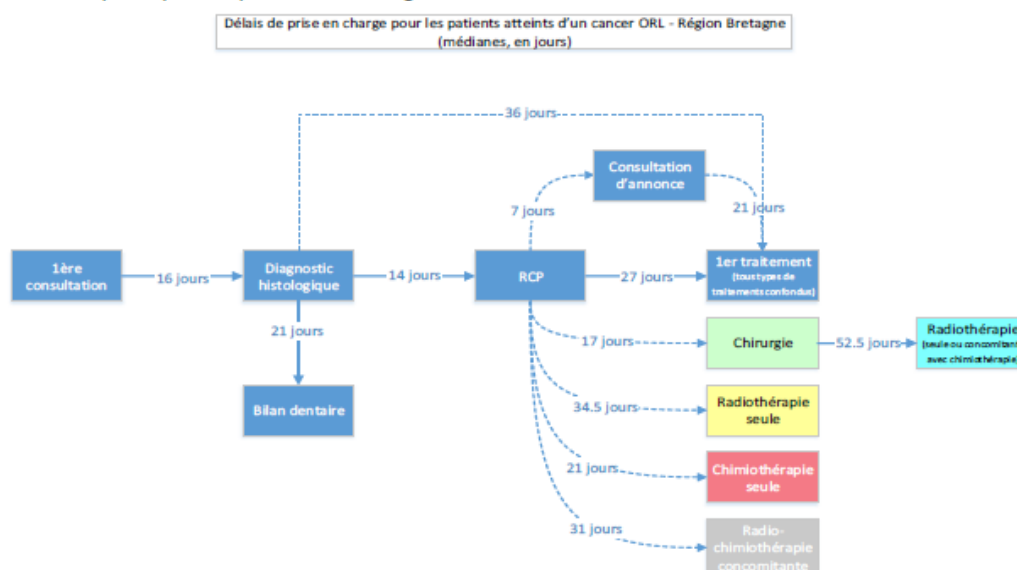
Les délais analysés retracent le parcours « classique » d'un patient atteint d'un cancer ORL.

Les dossiers ont été extraits des séjours réalisés entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2014 dans les établissements autorisés en cancérologie ORL et dans les cabinets de radiothérapie. Ainsi, la totalité des séjours patients enregistrés pour un cancer VADS en diagnostic principal sur cette période a été extraite à partir de la base PMSI des établissements (codes CIM-10) et des logiciels des cabinets de radiothérapie. Après un travail de recueil des données réalisé par les 3C, le réseau Oncobretagne s'est chargé de la constitution de la base régionale, du nettoyage et de l'analyse statistique des données. L'échantillon compte 732 patients, répartis en 4 bras de 1^{er} traitement : 301 patients ont eu une chirurgie (41,1%) ; 238 une radiothérapie et une chimiothérapie concomitantes (32,6%), 97 une radiothérapie seule (13,3%) et 96 une chimiothérapie seule (13,1%).

Trois localisations représentent 95% de l'échantillon : le pharynx (46,7%), la cavité buccale (30,6%) et le larynx (17,8%).

Les tumeurs de petite taille (T1/T2) représentent 44,4% et les tumeurs classées T3/T4 représentent 55,6%.

Les délais médians (50% des patients en dessous de ces délais et 50% au-dessus) reprenant les principales étapes du parcours patient en cancérologie ORL sont résumés sur le schéma suivant :



Délais	Référence	Sources	Prise en charge dans le délai de référence	N
Diagnostic histologique et 1 ^{er} traitement	42 jours	Recommandation SFORL 2012	61,0%	590
1 ^{ère} consultation et dernier examen de bilan ¹	Idéalement 14 jours	Recommandation SFORL 2012	35,4%	198
	28 jours		58,3%	326
Délai entre la chirurgie et la radiothérapie	49 jours	Recommandation HAS/INCa, 2009	45,7%	164
1 ^{ère} consultation et IRM	20 jours	Plan Cancer 2014-2019 Action 2.3	54,5%	55

Lorsque le 1^{er} traitement est une radiothérapie ou une radiothérapie-chimiothérapie concomitantes, le démarrage du traitement est plus tardif. Cela peut s'expliquer par le nombre d'examens et soins à effectuer avant le démarrage de la radiothérapie, notamment le scanner dosimétrique, le bilan et les soins dentaires. Le délai entre le diagnostic et le bilan dentaire est de 21 jours pour la moitié des patients. Pour un quart des patients, ce délai dépasse 35 jours.


La prise en charge semble différente selon la taille de la tumeur. Les délais d'accès à certains examens de bilans semblent courts en cas de tumeur de grandes tailles (T3/T4 vs T1/T2). En revanche, le traitement est démarré plus tardivement pour les tumeurs T3/T4 ; ce qui pourrait s'expliquer en partie par le fait que le traitement de ces tumeurs est plus souvent une radiothérapie que pour les tumeurs T1/T2 (59,4% vs 32,9%).

Lors de l'analyse des données, des délais très longs ont été repérés, résultant probablement d'un parcours atypique. Cela est parfois lié au choix/volonté du patient, et non à une problématique d'accès rapide aux soins ou examens, comme l'ont relevé les 3C pendant le recueil par rapport aux informations retrouvées dans le dossier.

Il est important de réaliser une autre étude qualitative, ciblée sur le parcours patient atteint d'un cancer des VADS, afin de mieux comprendre les raisons pour lesquelles les délais recommandés ne sont pas toujours « tenables ». Ces résultats permettront d'engager une réflexion avec les différents acteurs pour discuter des axes de travail pour améliorer ces délais.

¹ Le dernier examen de bilan a été défini comme l'examen pour lequel une date d'examen était connue par les examens suivants : endoscopie, fibroscopie oeso-gastro duodénale, fibroscopie bronchique, biopsie, scanner, TEP, IRM. La date allongeant le plus le délai a été gardée.

Annexe X : Protocole de l'étude d'homogénéité des avis RCP – Cancer du sein

Protocole d'étude		
	Etude d'homogénéité des avis RCP - Cancer du sein	Rédaction Oncobretagne
		Relecture/approbation 3C
		Validation/application Date : 02/ 02/2015
		Version en vigueur 2.00

Objectif

L'objectif de cette étude est de comparer les propositions de prise en charge issues des réunions de concertation pluridisciplinaire gynécologie-sénologie de la région, à partir de dossiers standards d'oncologie sénologique. Il s'agit d'analyser l'homogénéité des décisions prises par ces différentes RCP pour les mêmes dossiers.

Méthodologie

4/5 dossiers standards de patientes atteintes d'un cancer du sein ont été proposés par un médecin oncologue de la région. Ces dossiers seront discutés dans les RCP gynécologie-sénologie de Bretagne.

Avant passage des dossiers en RCP :

Informez les membres des RCP concernées de l'étude et obtenez leur accord de participation

- Information sur la méthodologie de recueil : plusieurs médecins complices par RCP, période de passage des dossiers fictifs en RCP (3 à 4 mois), procédure habituelle en RCP (comme les autres dossiers)...

Pour chaque dossier fictif :

1/ Participation d'un médecin « complice »

- Repérer le médecin à solliciter : médecins différents selon les dossiers à présenter

2/ Création des dossiers patients

Pour chacun des 4/5 dossiers, un patient fictif sera créé dans la plateforme Alfa Lima.

Les fiches RCP résultant des discussions dans les différentes RCP participant à l'étude, seront enregistrées dans le DCC de ce patient fictif.

3/ Présentation, Enregistrement des fiches RCP dans le DCC

La fiche RCP doit suivre le processus habituel de la RCP :

- Inscription du patient en RCP
- Saisie de la fiche RCP avant la séance de RCP :
 - o Saisie de la fiche RCP sur Alfa Lima
 - o Fiche RCP de pré-saisie papier remplie
- Fiche envoyée au médecin complice avant la séance de RCP (dossier transmis la veille de la RCP par ex)
- Fin de processus propre à chaque RCP → jusqu'à la validation de la fiche

Modalités pour la présentation de la fiche RCP en séance de RCP :

- Un ou deux dossiers fictifs seront présentés par séance de RCP (prévoir 3 à 4 mois pour la présentation des 4/5 dossiers)
- Le médecin complice présentera le dossier
- Le médecin complice ne doit pas trop intervenir dans la discussion du dossier

Après validation de toutes les fiches RCP discutées :

Les fiches RCP validées seront récupérées sur Alfa Lima et analysées par Oncobretagne.

Analyses

- Analyse de l'homogénéité des propositions de prise en charge selon les RCP
- Analyse de la conformité au référentiel régional

Calendrier prévisionnel

Février-Septembre 2016 :

- o Information et accord de participation des RCP
- o Choix des médecins complices
- o Passage des dossiers en RCP

Octobre-Novembre 2016 : Analyse des données et rapport

Références

- AUDENET F et al, Les Décisions sont-elles homogènes en RCP en onco-urologie. Comparaison des choix thérapeutiques dans quatre RCP parisiennes. Progrès en urologie, 2012, 22 : 433-437
- TOUBOUL C et al, Les décisions des RCP sont-elles conformes au référentiel utilisé ? Expérience d'un centre de référence universitaire pour le cancer du sein. Gyn. Obs.& Fertilité, vol 41, N°3 :164-167

Annexe XI : Résumé de l'enquête obligatoire IPAQSS RCP 2016 et de l'enquête complémentaire portant sur la qualité des RCP, le dispositif d'annonce, le PPS et l'évaluation gériatrique



Groupe Régional
Evaluation Bretagne



Résumé

Enquête obligatoire IPAQSS RCP 2016 et Enquête complémentaire portant sur la qualité des RCP, le dispositif d'annonce, le PPS et l'évaluation gériatrique

Dans le cadre de la certification par la Haute Autorité de Santé (HAS) des établissements autorisés au traitement du cancer, des données sont recueillies afin d'évaluer l'exhaustivité ainsi que les modalités d'organisation des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP), lors de la prise en charge initiale d'un patient atteint de cancer. Il s'agit des Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS) ciblés sur les RCP.

A l'initiative des 7 Centres de Coordination en Cancérologie (3C) des territoires bretons et du Réseau Régional de Cancérologie (RRC) Oncobretagne, le Groupe Régional Evaluation a décidé de recueillir des données complémentaires à celles de l'IPAQSS RCP obligatoires de la HAS.

Les données obligatoires à recueillir pour l'IPAQSS RCP portent sur la présentation du dossier en RCP avec mention d'une proposition sur le compte rendu et le quorum. Les données complémentaires à recueillir concernent le type de proposition de la RCP, l'évaluation gériatrique, la consultation d'annonce, etc... Le recueil des données complémentaires a été fait sur les dossiers tirés au sort pour l'enquête IPAQSS RCP obligatoire (60 dossiers par établissement concernant des séjours du 2nd semestre 2015).

RESULTATS

Au total, 38 établissements (dont 15 publics, 2 ESPIC, 16 privés et 5 cabinets privés de radiothérapie¹) sont concernés par cette étude. L'analyse porte sur 2118 dossiers pour le recueil obligatoire et 1998 pour le recueil complémentaire car deux établissements n'ont pas participé au recueil complémentaire.

La moyenne d'âge des patients de l'échantillon est de 66,1 ans [0-95]. La répartition par spécialité semble différente de la répartition des dossiers discutés dans les RCP bretonnes en 2015.

¹ Les cabinets de radiothérapie ne sont pas soumis à l'enquête obligatoire IPAQSS RCP de la HAS mais ils ont participé au recueil.

IPAQSS RCP obligatoire

Le niveau 1 de conformité de l'IPAQSS RCP (RCP datée avec proposition de prise en charge) est respecté dans 90% des dossiers de la région et varie de 84,3% à 94% selon les territoires.

Le niveau 2 de conformité de l'IPAQSS RCP (RCP datée avec proposition de prise en charge et quorum respecté) est respecté dans 86,4% des dossiers de la région (variation de 77,6% à 92,7% en fonction des territoires). Ces indicateurs sont en nette amélioration depuis 2012, sur tous les territoires de santé.

IPAQSS RCP complémentaire

La proposition thérapeutique des RCP est suivie dans 94,7% des cas. L'avis de RCP est une proposition d'entrée dans un essai thérapeutique pour 73 patients (4,2%) dont 36 patients inclus au final dans un essai. Lorsque l'avis n'est pas suivi, cela fait l'objet d'une argumentation tracée dans 81,6% des cas.

La trace d'une consultation médicale d'annonce est retrouvée dans 65,7% des dossiers. Il existe des différences selon les territoires de santé avec des taux variant de 47,4% à 70,6%.

La trace d'une consultation paramédicale d'annonce est moins retrouvée (25,2%). Il existe des disparités selon l'âge des patients et les territoires de santé.

Les consultations d'annonce médicales et paramédicales sont plus souvent tracées dans les dossiers des patients traités par chimiothérapie et/ou radiothérapie après la RCP, que pour ceux ayant une chirurgie ou une surveillance.

La remise du Plan Personnalisé de Soins (PPS) est tracée dans 38,5% des dossiers. On constate des différences entre les territoires allant de 18,8% à 53,4%. Le PPS est plus souvent remis dans les établissements disposant d'un service de chimiothérapie et/ou de radiothérapie. L'envoi du PPS ou d'un compte rendu reprenant les éléments du PPS au médecin traitant est tracé dans 62% des dossiers.

Patients âgés de plus de 75 ans (Oncogériatrie)

537 dossiers concernant des patients âgés de 75 ans et plus ont été analysés. La trace d'un dépistage G8-oncodage et/ou d'une consultation gériatrique standardisée a été retrouvée dans 26% des dossiers.

En conclusion, les résultats sont plutôt encourageants. Pour tous les indicateurs, ils sont en progression ; à l'exception de la proposition d'un essai thérapeutique par la RCP qui reste stable par rapport au résultat de 2014. Il reste par ailleurs une marge de progression sur la plupart des indicateurs.

Des disparités entre les territoires persistent comme pour les années précédentes.

Annexe XII : Formations assurées par les RTC en 2016

RESEAUX	Nbre de réunions/Ateliers en 2016	Nbre de participants	Thèmes
Réseau Onco'Kerne	11	260	Etre sous hormonothérapie - Incidence médico psycho-sociale
			Parcours du patient greffé en onco-hématologie
			Administration des immunoglobulines humaines à domicile
			Chimiothérapie par voie cutanée - Thérapies ciblées et chimiothérapie par voie orale
			Prise en charge du patient porteur d'un PICC LINE
			Prise en charge de la douleur
			Actualisation des connaissances sur les voies centrales
			La prescription des tests génétiques : enjeux et perspectives
Réseau Onc'Oriant	16	323	Oncogénétique : prédispositions héréditaires
			La prise en charge de la douleur en cancérologie
			Atelier pratique : Abords veineux PICC/CIP
			Habilitation à la chimiothérapie
			Nomenclature des actes infirmiers
			Place de la rééducation dans la prise en charge post-chirurgicale en cancérologie
			Communication et soins
			Evaluation de la douleur et manipulation des pompes à morphine
			Soins palliatifs et fin de vie
			Sensibilisation relationnelle ou soins complémentaires
			Le pédicure podologue face aux effets secondaires des traitements en cancérologie
Réseau Onco6	2	7	Atelier : Piquer sur chambre implantable veineuse
			Atelier : Soins autour du PICC Line

Réseau Oncarmor	16	327	Relation soignante auprès d'un patient atteint d'un cancer
			Les moyens non médicamenteux pour soulager la douleur
			Le syndrome main-pied
			L'accompagnement social du patient atteint de cancer
			Sensibilisation à la langue des signes
			Atelier "Utilisation du PICC-Line"
			Sensibilisation à la prise en charge des plaies tumorale à domicile
			Atelier "Toucher-massage"
			Aromathérapie & Cancer
			Cancer et Psychiatrie
			Dispositif d'annonce du cancer
			L'homéopathie dans les soins de support
TOTAL REGIONAL	45	917	

Annexe XIII : Plaquette et programme d'information « Thrombose & Cancer »

Thrombose et cancer

Le patient atteint de cancer présente un risque majoré de développer une Maladie Thrombo-Embolique Veineuse : MTEV (thrombose veineuse, embolie pulmonaire, thrombose veineuse sur cathéter). L'incidence est de 15 % (50% de forme occulte sur autopsie) et varie en fonction du stade du cancer, du type du cancer et des traitements anti-cancéreux.

La MTEV est un facteur de mauvais pronostic représentant la seconde cause de décès chez les patients atteints de cancer : une prise en charge optimale est indispensable.

La prise en charge de la MTEV chez le patient atteint de cancer est spécifique. C'est pourquoi il est important que tous les professionnels de santé impliqués dans le parcours de soins disposent des informations essentielles et harmonisées à cette prise en charge.

Cette prise en charge repose sur des recommandations clairement établies.

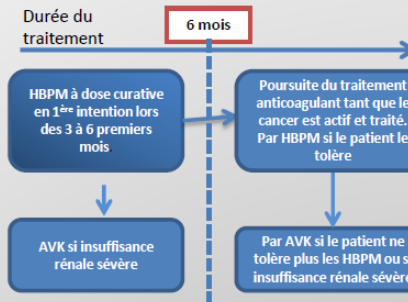
Recommandations

Résumé des Standards-Options-Recommandations (SOR)

En traitement initial (jusqu'à 10 jours) : **standard**
Il n'y a pas de spécificités pour le patient atteint de cancer et toutes les molécules ayant l'AMM peuvent être utilisées (HBPM, héparine non fractionnée (HNF), pentasaccharides, danaparoiide).

Au-delà des dix premiers jours : **standard**
L'utilisation des HBPM à dose curative constitue le traitement de 1^{ère} intention lors des 3 à 6 premiers mois. Ce traitement a été validé dans la littérature aux posologies suivantes (cf tableau) :

- Daltéparine (Fragmine®) : 200 UI/kg une fois par jour pendant un mois puis 150 UI/kg une fois par jour (AMM).
- Tinzaparine (Innohep®) : 175 UI/kg une fois par jour (AMM).
- Enoxaparine (Lovenox®) : 150 UI/kg une fois par jour (forme galénique non disponible en France, pas d'AMM).



En cas d'insuffisance rénale sévère : **standard**
(clairance < 30 ml/min selon la formule de Gault et Cockcroft), le traitement doit reposer préférentiellement sur l'utilisation d'HNF avec relais précoce (possible dès J1) par antivitamine K (AVK). Entre 20 et 30 ml/min prendre un avis spécialisé.

En cas de MTEV chez un patient atteint de tumeur cérébrale, les indications et les modalités du traitement de la MTEV sont les mêmes que chez les patients cancéreux ayant une localisation tumorale non cérébrale.

Au-delà de 6 mois : **option**
Le traitement anticoagulant doit être poursuivi tant que le cancer est présent ou traité. Le choix entre HBPM et AVK dépend de la balance bénéfice-risque et de l'acceptabilité du traitement

Cas des thromboses sur cathéter : **standard**
Le traitement repose sur l'utilisation prolongée d'HBPM. Le maintien du cathéter nécessite qu'il soit indispensable, bien positionné, non infecté et fonctionnel (...). Le traitement anticoagulant doit être maintenu tant que le cathéter est en place.

Posologie des molécules ayant l'AMM en France

INNOHEP® Tinzaparine 175 UI/kg (1 SC/j)	Poids (kg)
0,90 mL/18000 UI	100 et +
0,85 mL/17000 UI	95
0,80 mL/16000 UI	90
0,75 mL/15000 UI	85
0,70 mL/14000 UI	80
0,65 mL/13000 UI	75
0,60 mL/12000 UI	70
0,55 mL/11000 UI	65
0,50 mL/10000 UI	60
0,50 mL/10000 UI	55
0,45 mL/9000 UI	50
0,40 mL/8000 UI	45

sans excéder 18 000 UI/j

Pour la Daltéparine
la dose est de 200 UI /kg le premier mois diminuée à 150 UI/kg à partir du 2^{ème} mois

Poids (kg)	FRAGMINE® Daltéparine seringue	FRAGMINE® Daltéparine seringue dose
	1er mois suivant l'événement 200 UI/kg (1 SC/j)	A partir du 2ème mois suivant l'événement 150 UI/kg (1 SC/j)
99 et +	0,72 mL/18 000 UI	0,72 mL/18 000 UI
98	0,72 mL/18 000 UI	0,6 mL/15 000 UI
83	0,72 mL/18 000 UI	0,6 mL/15 000 UI
82	0,6 mL/15 000 UI	0,5 mL/12 500 UI
69	0,6 mL/15 000 UI	0,5 mL/12 500 UI
68	0,5 mL/12 500 UI	0,4 mL/10 000 UI
57	0,5 mL/12 500 UI	0,4 mL/10 000 UI
56	0,4 mL/10 000 UI	0,3 mL/7500 UI
40	0,4 mL/10 000 UI	0,3 mL/7500 UI

Pour les poids extrêmes (<45 kg et > 105 kg), prendre un avis spécialisé

SOR 2008. www.e-sor-cancer.fr

Surveillance

Réactions locales

Ne pas purger la seringue pour limiter les hématomes. Injecter lentement et varier les sites d'injection pour éviter les nodules fermes cutanés liés à un phénomène inflammatoire.

Ces réactions ne sont pas un motif d'arrêt de traitement.

Surveillance plaquettaire

- Le traitement anticoagulant en lui-même ne justifie pas une surveillance systématique des plaquettes
- Peut être indiquée en fonction des comorbidités et de la gravité potentielle de la survenue d'une Thrombopénie Induite à l'Héparine.
- En cas de traitement anti-tumoral, une surveillance de l'héмограмme peut être préconisée par l'oncologue. Sa fréquence dépend du protocole et des comorbidités du patient. En cas de thrombopénie < 50 G/L, contacter le service d'oncologie pour la conduite à tenir.

Surveillance du poids

Absolument nécessaire pour adapter la posologie des HBPM. Le médecin traitant doit être contacté en cas de variation significative du poids.

Surveillance de la fonction rénale

Les HBPM sont contre-indiquées en cas d'insuffisance rénale sévère (clairance < 30 ml/min mesurée selon la formule de Gault et Cockcroft). Entre 20 et 30 ml/min prendre un avis spécialisé.

Une surveillance régulière est nécessaire. La fréquence dépend des traitements et des pathologies associées.

Surveillance de l'activité anti-Xa

Pas de surveillance systématique.

Surveillance des traitements associés

Prévenir le patient des risques d'automédication (AINS, aspirine à dose antalgique...).

Pas d'injection en intra-musculaire.

Quels conseils donner au patient ?

Mesures associées au traitement anticoagulant

Le risque de thrombose peut être réduit de différentes manières en dehors du traitement anticoagulant :

- ▶ Port de bas de contention
- ▶ Respect des règles d'hygiène veineuse
- ▶ Lors des voyages et des vols en avion : réaliser des mouvements de flexion-extension des chevilles et marcher toutes les 2 h

Optimiser l'observance

- ✓ Informer le patient sur sa maladie (cf plaquette patient)
- ✓ Expliquer les avantages et les inconvénients du traitement : un traitement bien compris est mieux accepté
- ✓ Prévenir le patient que le traitement va être long
- ✓ Expliquer les modalités de traitement :
 - ▶ une injection quotidienne
 - ▶ à heure régulière
 - ▶ sous forme d'une seringue préremplie
 - ▶ en sous cutané (en variant les sites d'injection)
 - ▶ l'injection peut être faite par une infirmière à domicile ou par le patient après une éducation

Conseils et recommandations pour la prise charge de la maladie thromboembolique veineuse survenant dans un contexte de cancer

PROGRAMME REUNION D'INFORMATION PLURI-PROFESSIONNELLE THROMBOSE ET CANCER

*« Prise en charge du patient atteint de Cancer et de Maladie Thrombo-Embolique Veineuse
dans la vraie vie : nécessité d'un parcours de soins »*

Horaires	Programme	Orateurs
20H30 - 21H15	Spectre de la thrombose et de la relation étroite entre « cancer et thrombose » :	* Pr Aurélien Delluc * Pr Francis Couturaud
	<ul style="list-style-type: none"> • Epidémiologie : quels patients atteints de cancer vont présenter un événement thromboembolique ? 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Facteurs de risque : chez quels patients atteints de maladie veineuse thromboembolique doit on chercher un cancer ? 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Prévention primaire de la MVTE : qui, quand, comment ? 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Traitements thrombogènes en Oncologie 	
21H15- 22H00	Echanges sur le parcours de soins du patient avec le point de vue des différents professionnels de santé	* Dr Nacr Eddine Achour, oncologue * Mme Yveline Cann, IDE libérale
		* Mme Véronique Darnois, IDE hospitalière * Mme Michelle Hourmant, pharmacien d'officine * Dr Guillaume Le Naour, médecin vasculaire * Dr Valentin Tissot, radiologue
22H00- 22H20	Questions-réponses	
22H20- 22H30	Conclusion	

Annexe XIV : Etude nationale « Territoires Onco » - Synthèse des résultats en Bretagne

Contexte

Le Projet TERRITOIRES ONCO entend répondre à l'une des priorités du 3ème Plan cancer : « **réduire les inégalités sociales et géographiques dans la prise en charge du cancer** »

Ce projet, construit sur l'observation **d'une cohorte de plus de 40 000 patients** (base PMSI 2011-2013) **atteints d'un cancer du poumon** a ainsi permis l'identification d'indicateurs d'inégalités, leur suivi et la création d'outils d'analyse de l'information exploitables au plan national.

La méthode de l'étude initiale repose sur l'exploitation de la base de données hospitalières PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information), qui répertorie les données relatives à l'ensemble des séjours à l'hôpital, en centre de réadaptation et en hospitalisation à domicile.

Les motifs d'hospitalisation ont été identifiés à l'aide des codes de diagnostic issus de la classification internationale des maladies CIM-10, à la fois en termes de diagnostic principal (DP) et de diagnostic associé (DA) :

- L'incidence du cancer du poumon l'ensemble des patients hospitalisés en 2011 pour un cancer du poumon, avec un séjour répertorié pour une tumeur maligne des bronches et du poumon (Code C24).
- L'état métastatique a été identifié à l'aide des codes de maladies métastatiques (C77, C78 ou C79).
- Les données sur les interventions chirurgicales, les actes médicaux au moment du diagnostic et la chimiothérapie ont été analysées pour chaque séjour hospitalier.

BMS a proposé aux Onco-Pneumologues, les représentant des associations des usagers, Oncobretagne de former un groupe de travail breton « Territoire Onco »* pour se pencher sur les résultats de cette étude nationale pour la Bretagne et leur benchmark avec les autres régions participants et les moyennes nationales. L'objectif est d'approfondir l'analyse, comprendre les raisons des différences (lorsqu'il y en a) par rapport aux résultats des autres régions, et le cas échéant, dégager des pistes de travail pour les améliorer.

Résultats

✓ Des indicateurs épidémiologiques relativement satisfaisants

En Bretagne, près de **2 200 patients** ont été diagnostiqués avec **un cancer du poumon en 2011**. L'incidence du cancer du poumon se caractérise par un taux d'incidence plus faible par rapport au niveau national, à l'exception du taux de patients hommes non métastatiques.

- **Incidence** : 96/100 000 habitants chez les hommes et 31,8/100.000 habitants chez les femmes
- **Cancer métastatique au diagnostic** : 51,2% (taux national : 52,4%) chez les hommes et 58,5% (taux national : 53,5%) chez les femmes versus

En Bretagne, à noter que 15% (167) des patients diagnostiqués à un stade métastatique ont été hospitalisés au cours de l'année précédente pour un « motif de pneumologie » et, pour 20% (33) d'entre eux, plus de 3 mois avant la pose du diagnostic du cancer.

- Survie à un an :

- o Patients métastatiques 40,2% en Bretagne vs 38,6% au niveau national ; la Bretagne au 7ème rang des régions avec une meilleure survie.
- o Patients non métastatiques : 69,3% contre 70,8% au plan national.

Proposition 1 :

Favoriser le diagnostic plus précoce des femmes (taux stade métastatique chez les femmes > taux chez les hommes).

Penser au diagnostic d'un cancer du poumon dans lors des hospitalisations pour des pathologies broncho-pulmonaires

✓ **Une offre de soins de proximité développée**

En Bretagne, 41 établissements sont associés aux premiers séjours des patients avec un diagnostic renseigné de cancer du poumon. Ces établissements se situent à moins de 20 kms pour 48% de la population. Au cours des 2 années de suivi, les patients ont été pris en charge (tous motifs de soins confondus) dans 172 établissements. Le maillage de l'offre de soins assure une couverture importante du territoire. Le taux de fuite hors région reste limité avec respectivement un taux de 2,6% pour la chimiothérapie et 4,4% pour la chirurgie curative.

La région Bretagne se distingue ainsi d'autres régions étudiées qui présentent une offre de soins plus éclatée en termes de prise en charge des 1ers séjours et plus concentrée en termes de soins spécialisés.

✓ **Des parcours de prise en charge hétérogènes, notamment lors du 1er séjour**

Le premier séjour hospitalier correspond à des prises en charge très différentes entre patients. 37 % des premiers séjours des patients ont ainsi pour objet la réalisation d'un bilan. Ce taux a interrogé les médecins participants au groupe de travail, qui le trouve trop élevé car, selon le ressenti qu'ils ont de leurs pratiques, les bilans diagnostics se font pour la plupart des patients en ambulatoire.

Prise en charge non programmée

En Bretagne, plus d'un patient sur deux est ainsi confronté à une situation de soins dans un contexte non programmé au cours de sa prise en charge. La région Bretagne est la 5ème région française avec les taux les plus élevés avec une forte variabilité entre régions (de 33 à 64,2%).

Proposition 2 : Réaliser une étude permettant de caractériser les séjours classés comme séjours pour bilan et envisager un plan d'action éventuel visant à réduire le taux d'hospitalisations pour bilan en premier séjour.

✓ **Les indicateurs de prise en charge de la fin de vie en Bretagne sont assez proches des constats posés sur le territoire national**

Alors que les patients sont inscrits dans un parcours de soins et de suivi, la prise en charge non programmée en fin de vie concerne un nombre relativement important de patients.

Le taux de passages aux urgences 30 jours avant le décès hospitalier est un facteur discriminant des prises en charge entre régions avec des variations assez importantes d'une région à l'autre. La majorité des régions dont la Bretagne (37,4%) ont un taux compris entre 35 et 38%.

Le taux de passage en réanimation, soins intensifs et surveillance continue 30 jours avant le décès est très faible en Bretagne par rapport à la moyenne nationale, 7,6% vs 12,6%.

