



Agence Régionale de l'Hospitalisation de Picardie

Arrêté révisant le schéma régional d'organisation sanitaire de la région Picardie  
pour la période 2006-2011

Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation de Picardie,

Vu le code de la santé publique et notamment ses articles L.6115-3, L.6121-1 à L.6121-4, L.6121-9, L.6122-10-1, L.6131-2, R.6121-1 à R.6121-3, R.6122-8, R.6122-25, R.6122-26, R.6122-42, R.6131-11 et D.6121-6 à D.6121-10 ;

Vu l'arrêté du 12 septembre 2008 modifiant l'arrêté du 27 avril 2004 pris en application de l'article L.6121-1 du code de la santé publique fixant la liste des matières devant figurer obligatoirement dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire ;

Vu l'arrêté du 10 juin 2005 fixant le ressort territorial des conférences sanitaires de la région Picardie ;

Vu l'arrêté du 16 mars 2006 modifié le 23 mars 2007, le 17 septembre 2008 et le 12 novembre 2008 fixant le schéma régional d'organisation sanitaire de la région Picardie pour la période 2006-2011 ;

Vu les avis et observations formulés par les conférences sanitaires des territoires :

- Nord Ouest, consultée le 15 juin 2009,
- Sud Ouest, consultée le 27 mai 2009,
- Nord Est, consultée le 27 mai 2009,
- Sud Est, consultée le 8 juin 2009,

Vu l'avis favorable et les observations formulées par le comité régional de l'organisation sanitaire lors de sa séance du 22 juin 2009 ;

Vu l'avis favorable et les observations formulées par le comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale lors de sa séance du 10 juin 2009 ;

Vu l'avis favorable de la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation de la région Picardie consultée le 28 juillet 2009 ;

ARRETE

Article 1er : L'annexe du schéma régional d'organisation sanitaire de la région Picardie pour la période 2006-2011 est modifiée telle qu'annexée à la présente décision.

Article 2 : Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours hiérarchique auprès du ministre chargé de la santé dans un délai de deux mois à compter de sa publication, sans constituer un préalable obligatoire au recours contentieux.

Article 3 : La directrice régionale des affaires sanitaires et sociales de Picardie, les directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales de l'Aisne, de l'Oise et de la Somme et les directeurs des services des organismes d'assurance maladie, membres de la commission exécutive

de l'agence régionale de l'hospitalisation, sont chargés chacun en ce qui le concerne de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs des préfectures de l'Aisne, de l'Oise et de la Somme et consultable aux sièges de l'agence régionale de l'hospitalisation, des directions régionale et départementales des affaires sanitaires et sociales ainsi que sur leurs sites internet respectifs.

Fait à Amiens, le 30 JUIL. 2009

Pascal FORCIOLI









CHIRURGIE	Dupont	2 N Quatre Lyon
	Unalpa	2 N Quatre Lyon
	Cyprien	1 N Quatre
	ORL	1 N Quatre
	Thiers	2
CHIMIO-THÉRAPIE		143 N Quatre Lyon Chaux
RADIOTHÉRAPIE		1 N Quatre
Les personnes 3 répondent par site géographiquement		
ENFANTS - ADULTE		
de moins de 17 ans		

11-

14ème révision juillet 2009

territoire sud est - objectifs quantifiés (hors cancer et SSR)				
activités de soins				
activité	actuel - no d'implantations (sites)	sur - no d'implantations (sites)	volume d'activité 2010	
recueil et traitement des urgences	4 sites de médecine d'urgence - Campagne (C. S. S. S. S.), Saisons, Neyron, Châteauneuf-Thierry 1 site d'urgences pédiatriques (CH Campagne) 1 S.M.U.	4 sites de médecine d'urgence - Campagne (C. S. S. S. S.), Saisons, Neyron, Châteauneuf-Thierry 1 à 2 sites d'urgences pédiatriques (CH Campagne et CH Saisons) 1 S.M.U.		
admission	8 sites (Campagne, Châteauneuf-Thierry, Saisons, Châteauneuf-Thierry)	2 (idem)	13000 à 16000 séjours	
admission	4 sites (Campagne, Neyron, Saisons, Châteauneuf-Thierry)	3 ou 4 sites (projet Neyron et collaboration avec Campagne et sites actifs et réseaux coopération public privé à Saisons et à Châteauneuf-Thierry)	26000 à 33000 séjours	
réhabilitation	2 sites (Campagne, Saisons, Châteauneuf-Thierry)	2 sites (idem)		
soins de soins courants	cardiologiques	2 sites (Campagne, Saisons, Châteauneuf-Thierry)	1 200 000	
	néphrologie/réno-urologie			
soins de rééducation continue	stretches à une rééducation	2 sites (Campagne, Saisons, Châteauneuf-Thierry)	2 sites (idem)	
	soins à une rééducation	1 site (Campagne privé)	1 site (idem)	
soins de soins courants	soins portés par les autres établissements de l'adulte	1 site (CH Campagne)	1 à 2 sites en complément et sites permanents des autres hôpitaux partenaires (S.M.U. - Saisons)	(voir 200 sites d'implantations dans le territoire)
	soins de soins courants (soins de soins courants / rééducation)	0	0	voir 50 sites d'implantations dans le territoire
	soins de soins courants (soins de soins courants / rééducation) - GTC	1 site Saisons (CH)	1 site (idem)	10000 et 17000000 habitants
	soins de soins courants (soins de soins courants / rééducation) - GTC	0	0	10000 et 17000000 habitants
	soins portés par les établissements de l'adulte et les établissements pédiatriques à l'échelle du territoire	0	0	42 sites de soins courants dans le territoire
soins de soins courants (si et où requis)	2 (Campagne et Saisons)	2 (Campagne et Saisons)		
soins de soins courants (si et où requis)	soins de soins courants	2 sites (Campagne, Saisons)	2 (idem)	
	soins de soins courants	2 (Campagne, Saisons, Châteauneuf-Thierry)	2 (idem)	patients 200 / 210 dont pédiatriques 15 / 17
	soins de soins courants	1 (Campagne, Saisons, Châteauneuf-Thierry, Neyron)	4 (idem)	

12





Agence Régionale de l'Hospitalisation de Picardie

Arrêté révisant le schéma régional d'organisation sanitaire de la région Picardie  
pour la période 2006-2011

Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation de Picardie,

Vu le code de la santé publique et notamment ses articles L.6115-3, L.6121-1 à L.6121-4, L.6121-9, L.6122-10-1, L.6131-2, R.6121-1 à R.6121-3, R.6122-8, R.6122-25, R.6122-26, R.6122-42, R.6131-11 et D.6121-5 à D.6121-10 ;

Vu l'arrêté du 12 septembre 2008 modifiant l'arrêté du 27 avril 2004 pris en application de l'article L.6121-1 du code de la santé publique fixant la liste des matières devant figurer obligatoirement dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire ;

Vu l'arrêté du 10 juin 2005 fixant le ressort territorial des conférences sanitaires de la région Picardie ;

Vu l'arrêté du 16 mars 2006 modifié le 23 mars 2007, le 17 septembre 2008 et le 12 novembre 2008 fixant le schéma régional d'organisation sanitaire de la région Picardie pour la période 2006-2011 ;

Vu les avis et observations formulés par les conférences sanitaires des territoires :

- Nord Ouest, consultée le 15 juin 2009,
- Sud Ouest, consultée le 27 mai 2009,
- Nord Est, consultée le 27 mai 2009,
- Sud Est, consultée le 8 juin 2009,

Vu l'avis favorable et les observations formulées par le comité régional de l'organisation sanitaire lors de sa séance du 22 juin 2009 ;

Vu l'avis favorable et les observations formulées par le comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale lors de sa séance du 10 juin 2009 ;

Vu l'avis favorable de la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation de la région Picardie consultée le 28 juillet 2009 ;

#### ARRETE

Article 1er : Le volet « hospitalisation à domicile » du schéma régional d'organisation sanitaire de la région Picardie pour la période 2006-2011 est modifié tel qu'annexé à la présente décision.

Article 2 : Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours hiérarchique auprès du ministre chargé de la santé dans un délai de deux mois à compter de sa publication, sans constituer un préalable obligatoire au recours contentieux.

Article 3 : La directrice régionale des affaires sanitaires et sociales de Picardie, les directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales de l'Aisne, de l'Oise et de la Somme et les directeurs des services des organismes d'assurance maladie, membres de la commission exécutive

de l'agence régionale de l'hospitalisation, sont chargés chacun en ce qui le concerne de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs des préfectures de l'Aisne, de l'Oise et de la Somme et consultable aux sièges de l'agence régionale de l'hospitalisation, des directions régionale et départementales des affaires sanitaires et sociales ainsi que sur leurs sites internet respectifs.

Fait à Amiens, le 30 JUIL. 2009

Pascal FORCIOLI

JS-

JS-

## SROS 3

### Révision du Chapitre 14 - HAD

L'Hospitalisation A Domicile (HAD), initiée en France en 1957 à l'Hôpital Tenon par le Professeur SIGUIER, permet d'apporter au domicile du patient des soins comparables en technicité et en quantité à ceux prodigués en hospitalisation conventionnelle tout en le maintenant dans son contexte familial.

Ce type de prise en charge n'avait connu jusqu'à présent qu'un développement limité. Plusieurs facteurs plaident actuellement en faveur de son essor :

- l'accroissement de la technicité et de la spécialisation des services d'hospitalisation classique tend à les réserver à des malades qui y séjournent brièvement pour y recevoir les soins les plus lourds et sont ensuite pris en charge par des réseaux de soins ambulatoires,
- le développement des réseaux de santé favorise l'émergence des services d'HAD qui ont vocation à participer à la prise en charge de proximité,
- le développement des techniques permet de dispenser à domicile des soins autrefois réservés au milieu hospitalier,
- l'évolution démographique accroît progressivement la part des personnes âgées ; ces patients sont de plus en plus désireux de recevoir des soins à domicile pour éviter la désocialisation et le cortège des complications somatiques qu'induit classiquement une prise en charge institutionnelle.

#### 14.1.- Environnement : contexte, réglementation

Depuis 1992, la réglementation est venue cadrer le développement de l'hospitalisation à domicile :

- Décret 92/1102 du 02 octobre 1992 précise les conditions techniques de fonctionnement de l'HAD et donne une définition claire des missions de l'HAD «les structures dites d'HAD permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes. »
- Décret 98/286 du 16 avril 1998
- Circulaire DH/E02/2000/295 du 30 mai 2000 précise le champ d'application des HAD : « l'HAD concerne les malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissement de santé. L'HAD a pour objectif d'éviter ou de

raccourcir l'hospitalisation en service aigu ou de suite et réadaptation lorsque la prise en charge à domicile est possible. »

- Décret 2000/1220 du 13 décembre 2000
- Ordonnance du 4 septembre 2003
- Circulaire du 13 octobre 2003
- Circulaire DHOS/SDO n° 44 du 04 février 2004 qui étend le champ de l'hospitalisation à domicile à la pédiatrie, la périnatalité et la psychiatrie.
- Arrêté du 31 décembre 2004 (PMSI en HAD).
- Circulaire n° DHOS/O3/2006/506 du 1<sup>er</sup> décembre 2006 relative à l'HAD. Elle rappelle le caractère polyvalent des structures d'HAD, son régime d'autorisation ainsi que le rôle des acteurs internes à la structure et le positionnement de cette dernière dans l'offre de soins
- Décret n°2007-741 du 22 février 2007 élargit les compétences de l'HAD en l'autorisant à intervenir dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées
- Circulaire n° DHOS/O3/DGAS/2C/2007/365 du 5 octobre 2007 définit les modalités de prise en charge des patients en EHPAD
- Arrêté du 24 mars 2009 modifiant l'arrêté du 16 mars 2007 fixant les conditions de prise en charge pour l'admission en hospitalisation à domicile d'un ou plusieurs résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées en vertu de l'article R.6121-4 du code de la santé publique

L'hospitalisation à domicile (HAD) constitue ainsi une alternative à l'hospitalisation qui permet d'assurer, au domicile du malade et pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés. Elle concerne des malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques et/ou instables, qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés.

De fait, les malades pris en charge nécessitent des soins complexes, formalisés dans un projet thérapeutique comportant des aspects cliniques et psychosociaux, c'est-à-dire :

- Une coordination des soins,
- Une évaluation médicale au moins hebdomadaire,
- Des soins techniques quasi-quotidiens (infirmiers, de kinésithérapie, orthopédiques, psychologiques...).

Les personnes hospitalisées à domicile peuvent bénéficier de trois catégories de soins:

- Des soins ponctuels, techniques et complexes fréquemment réitérés (par exemple enchimiothérapie),
- Des soins continus, de durée non déterminée (pathologie évolutive),
- Des soins de réadaptation au domicile à durée déterminée (prise en charge après une phase aiguë).

**Ne relèvent pas d'une prise en charge en HAD, les malades :**

- qui relèvent uniquement de soins à l'acte, non coordonnés,
- qui relèvent de soins infirmiers à domicile (SIAD),
- dont l'état justifie le maintien au sein d'une structure de soins traditionnels en raison de la permanence et de la haute technicité des soins dont ils relèvent,
- qui relèvent uniquement de nutrition entérale ou parentérale, de moyens de suppléance à une insuffisance respiratoire ou une insuffisance rénale (malades pris en charge par des structures spécialisées dans ce type de soins).

**Ne doivent pas être assimilés à de l'HAD :**

- Le maintien à domicile des personnes âgées.
- Les réseaux.
- Les prestataires de matériel médical.
- Les services à la personne.

**14 - 2 - Diagnostic****14 - 2.1 L'offre de soins**

Le schéma régional d'organisation sanitaire arrêté le 26 novembre 1999 (SROS 2) prévoyait dans ses objectifs généraux un développement des différentes formes d'alternatives à l'hospitalisation.

Depuis mai 2009, la Picardie offre 438 places d'HAD soit 23,79 pour 100 000 habitants. Ces 438 places sont portées par 16 structures d'HAD.

L'indice d'équipement est très variable selon les territoires et les zones d'intervention géographiques des structures.

**Territoire Nord Ouest**

Nom de l'HAD	HAD Abbeville	Soins Services (après extension)	HAD Albert	HAD Corbie Doullens (création 2008)	HAD Montdidier (création 2008)
Nbre d'habitants résidant dans la zone d'intervention de la structure	125 269	231 817	28 544	67 905	204 115
Nbre de places autorisées	30	40	10	30	30
Nbre de places pour 100 000 hab (obj SROS 23 places pour 100 000 hab)	23,95	17,25	35,03	44,18	14,70

**Territoire Nord est**

Nom de l'HAD	HAD Péronne	HAD Ham	HAD Temps de vie	HAD CHAUNY	HAD Guise	ADMR	HAD le Nouvion (création 2008 2009)
Nbre d'habitants résidant dans la zone d'intervention de la structure	35 187	20 875	110 678	54 827	41 861	85 771	34 965
Nbre de places autorisées	10	10	20	25	10	20	15
Nbre de places pour 100 000 hab (obj SROS 23 places pour 100 000 hab)	28,44	47,90	18,07	45,60	23,89	23,05	42,90
Cantons non couverts	Sains Rechaumont - Vervins - Aubenton						
Nbre d'habitants restant à couvrir sur le territoire	15 834						



- Mais, il existe d'importantes disparités en termes de couverture géographique. Certains cantons, à la date de l'évaluation, n'étaient pas couverts par une structure d'HAD. Se posait donc la question de l'opportunité d'une couverture de ces cantons par une ou des structures existantes.
- Le faible niveau d'activité de certaines structures conduit à s'interroger sur leur efficacité et leur viabilité économique : il s'agit des structures qui présentent un niveau d'activité inférieur aux recommandations nationales (9 000 journées / an soit une structure de 30 places).
- De plus la masse critique de 30 places est reconnue comme garantissant une pratique et une technicité permettant d'assurer une bonne coordination des soins. L'analyse approfondie de l'activité et de l'organisation des structures en deçà de ce seuil semble donc nécessaire.
- On observe enfin une faible structuration régionale pourtant nécessaire au bon développement de l'HAD

L'ensemble de ces constats et interrogations a donc naturellement amené l'ARH à déployer une étude de plus grande envergure en lien avec les travaux réalisés par l'Assurance maladie au niveau CRAM et DRSM.

#### Méthodologie d'évaluation

L'évaluation régionale avait pour objectif de mesurer la performance des structures d'HAD selon la méthodologie employée par A. Donabedian pour la recherche de la performance globale sur les 3 aspects suivants :

- Les structures (audit externe sur l'organisation territoriale et interne)
- Les process : analyse de la production et de l'adéquation de la prise en charge (coupe transversale DRSM)
- Les résultats : accompagnement des structures dans le cadre de la maîtrise médicalisée menée par l'Assurance Maladie

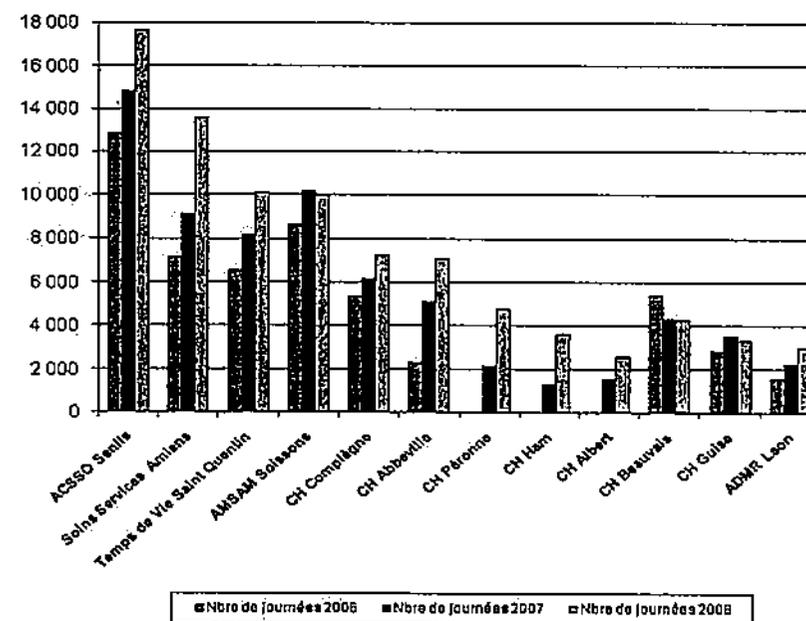
### 14-3-1. Description générale de l'activité des structures d'HAD

#### A Evolution de l'activité entre 2006 et 2008 :

Une forte évolution d'activité est constatée entre 2006 et 2008 : les structures passent de 52 535 journées à 87 198 journées, soit 66% de progression (4 695 journées pour 100 000 habitants).

Cette évolution est liée à la création de nouvelles structures (HAD de Ham, Albert et Péronne) et à l'augmentation de l'activité des structures existantes (50% d'augmentation en moyenne).

On peut estimer que cette activité continuera à augmenter dans les années à venir du fait notamment de l'implantation de nouvelles structures en 2008/2009 (HAD de Doullens/Corbie, HAD de Montdidier, HAD du Nouvion) et de l'extension de structures existantes (HAD de Beauvais, d'Amiens, de Compiègne et de Château Thierry).



Source PMSI

NB : une seule HAD ne remplit actuellement pas le PMSI, il s'agit de l'HAD de Chauny

Au regard des données issues du PMSI, nous constatons une augmentation générale de l'activité de toutes les structures HAD, sauf pour l'HAD de Beauvais.

Cette baisse apparente pour Beauvais est sans doute liée à un défaut d'exhaustivité du PMSI que l'établissement devra corriger afin de bénéficier d'une plus juste valorisation de son activité.

**B Les principales pathologies prises en charge en HAD**

Au niveau régional, 70% de l'activité produite au niveau régional se concentre sur 5 modes de prise en charge :

- 30% en soins palliatifs ;
- 16.55% en pansements complexes ;
- 8.8% en soins de nursing lourds ;
- 8% en nutrition parentérale ;
- 6.12% en assistance respiratoire.

La comparaison de notre activité régionale avec le niveau national fait apparaître :

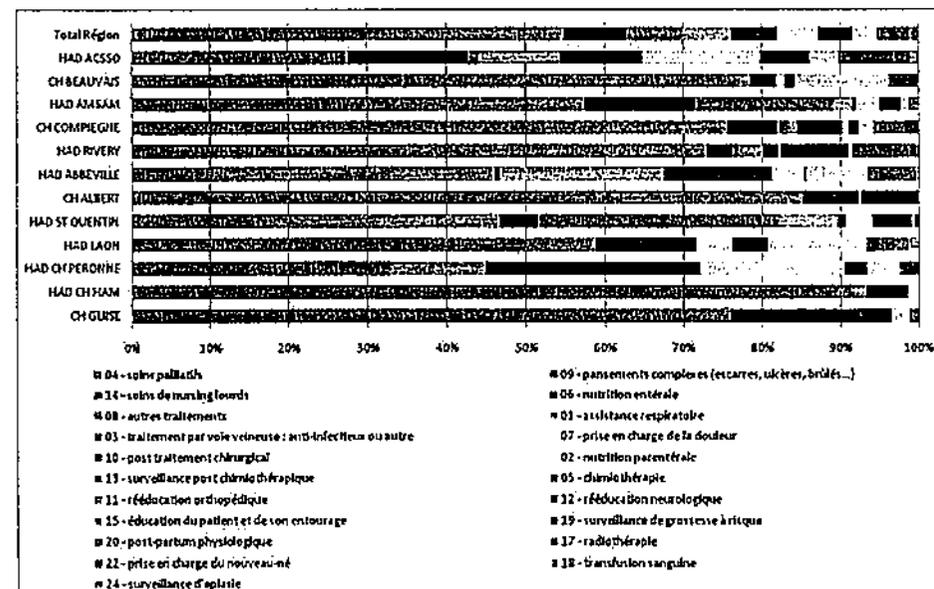
- Une part plus importante de l'activité régionale sur les soins palliatifs (30% contre 20% au niveau national).
- Une moindre activité en cancérologie
- Une très faible activité concernant la périnatalité (0.6% de notre activité contre 6.8% au niveau régional)

12 - rééducation neurologique	511	0,7%	51 312	2,4%
14 - soins de nursing lourds	6 037	8,8%	195 992	9,3%
15 - éducation du patient et de son entourage	332	0,5%	47 248	2,2%
<b>Autres motifs</b>	<b>11 594</b>	<b>16,8%</b>	<b>257 082</b>	<b>12,2%</b>
10 - post traitement chirurgical	2 963	4,3%	112 479	5,3%
07 - prise en charge de la douleur	3 651	5,3%	35 514	1,7%
08 - autres traitements	4 902	7,1%	103 734	4,9%
24 - surveillance d'aplasie	5	0,0%	4 973	0,2%
18 - transfusion sanguine	13	0,0%	382	0,0%
<b>TOTAL</b>	<b>64 606</b>	<b>100,0%</b>	<b>2 114 601</b>	<b>100,0%</b>

Par ailleurs les structures HAD de la région ont une activité plus ou moins diversifiée :

- 1 HAD réalise 80% de son activité en soins palliatifs: HAD de Ham
- 4 HAD réalisent 70% de leur activité sur les soins palliatifs et les pansements complexes : HAD Beauvais, Guise, Compiègne et Albert
- 1 HAD a 70% de son activité sur les soins palliatifs et les pansements complexes et les soins de nursing lourds: Soins Services
- 4 HAD ont 7 à 20% de leur activité en assistance respiratoire: HAD Abbeville, Péronne, St Quentin, Acso.

	PICARDIE		France métropolitaine	
	Journées 2007	%	Journées 2006	%
	effectifs		effectifs	
<b>Périnatalité</b>	<b>2 440</b>	<b>0,6%</b>	<b>144 708</b>	<b>6,8%</b>
Retour précoce à domicile			29 956	1,4%
19 - surveillance de grossesse à risque	282	0,4%	52 824	2,5%
20 - post-partum physiologique	135	0,2%	37 373	1,8%
22 - prise en charge du nouveau-né	23	0,0%	24 555	1,2%
<b>Soins techniques de cancérologie</b>	<b>711</b>	<b>2,5%</b>	<b>137 398</b>	<b>6,5%</b>
05 - chimiothérapie	723	1,1%	78 960	3,7%
13 - surveillance post chimiothérapique	948	1,4%	55 748	2,6%
17 - radiothérapie	40	0,1%	2 690	0,1%
<b>Soins palliatifs</b>	<b>20 235</b>	<b>29,5%</b>	<b>417 549</b>	<b>19,7%</b>
04 - soins palliatifs	20 235	29,5%	417 549	19,7%
<b>Assistance respiratoire et nutritionnelle</b>	<b>11 869</b>	<b>17,3%</b>	<b>341 670</b>	<b>16,2%</b>
06 - nutrition entérale	5 493	8,0%	163 890	7,8%
01 - assistance respiratoire	4 196	6,1%	92 090	4,4%
02 - nutrition parentérale	2 179	3,2%	85 690	4,1%
<b>Traitement intraveineux</b>	<b>4 009</b>	<b>5,8%</b>	<b>100 315</b>	<b>4,7%</b>
03 - traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	4 009	5,8%	100 315	4,7%
<b>Pansements complexes</b>	<b>11 354</b>	<b>16,5%</b>	<b>389 123</b>	<b>18,4%</b>
09 - pansements complexes (escarres, ulcères, brûlés...)	11 354	16,5%	389 123	18,4%
<b>Rééducation-réadaptation-éducation</b>	<b>7 455</b>	<b>10,9%</b>	<b>130 764</b>	<b>6,2%</b>
11 - rééducation orthopédique	575	0,8%	32 204	1,5%



La nature des pathologies prises en charge par l'HAD est étroitement corrélée à son organisation :

- La personnalité du médecin coordonnateur est une variable importante de la nature de l'activité : certains médecins coordonnateurs de l'HAD sont également chef de service hospitalier ou responsable d'une équipe mobile, ce qui facilite les adressages de patients.
- Pour les structures HAD d'un centre hospitalier, le rattachement à un pôle et service influe également sur la nature des prises en charge (exemple : l'HAD d'Abbeville dispose d'une proportion importante de prise en charge pour assistance respiratoire 20,63% contre 6,12% en moyenne sur la région. Son rattachement au pôle de pneumologie influe donc sur les pathologies prises en charge)
- Le développement de partenariats pour la prise en charge de certaines pathologies : pour la prise en charge des soins palliatifs, toutes les structures sont en partenariat avec un réseau de soins palliatifs et/ou une équipe mobile de soins palliatifs. Ces partenariats permettent l'adressage de patients au sein de la structure HAD. L'exemple le plus significatif est le partenariat important développé entre l'HAD et l'EMSP du CH de Compiègne : 50% des patients pris en charge par l'HAD sont en soins palliatifs et 100% des patients pris en charge en HAD pour des soins palliatifs a été adressé par l'EMSP.

### C L'âge des patients pris en charge

La structure d'âge des patients pris en charge en HAD en Picardie varie fortement du niveau national. En effet, les HAD de la région réalisent actuellement peu de séjours pédiatriques (1.31% de l'ensemble des séjours en 2007 contre 6.5% au niveau national).

Seules les HAD ACSSO à Nogent sur Oise et ADMR à Laon ont pris en charge en 2007 des enfants de moins de 2 ans.

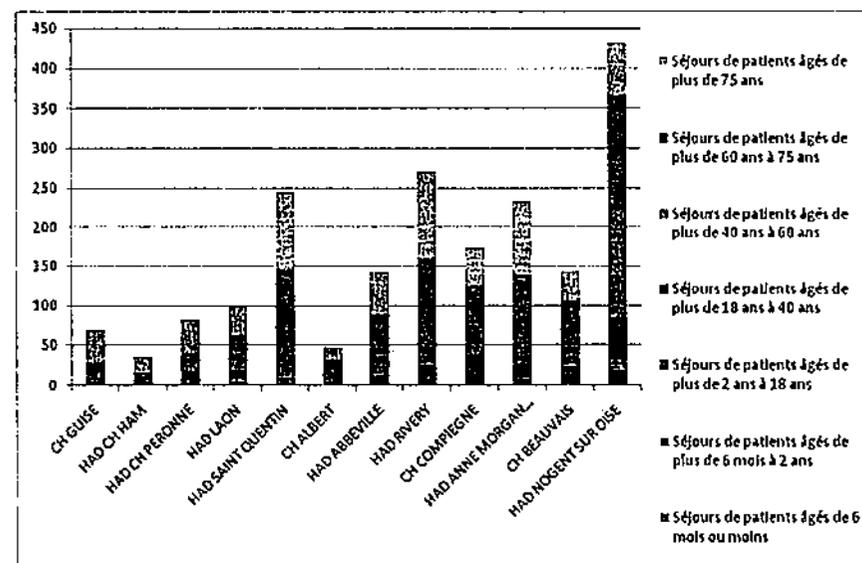
De même, très peu de patients entre 18 et 40 ans sont pris en charge en HAD : 9.14% en Picardie contre 25% au niveau national.

A l'inverse, la part des personnes âgées pris en charge en HAD est plus importante en Picardie qu'au niveau national : 62% des séjours en HAD en Picardie concernent des patients de + de 60 ans contre 44% au niveau national.

Ce sont les personnes de plus de 75 ans qui représentent la part la plus importante des patients pris en charge en HAD en Picardie (33.74% contre 20.40% au niveau national).

Age	Répartition picardie (Données CRAM PMSI 2007)	Répartition nationale (Données ATIH PMSI 2006)
Moins de 6 mois	0.45%	5.3%
Entre 6 mois et 2 ans	0.86%	1.20%
Entre 2 ans et 18 ans	2.93%	3.40%
Entre 18 ans et 40 ans	9.14%	25%
Entre 40 ans et 60 ans	24.49%	21.30%
Entre 60 ans et 75 ans	28.38%	23.30%
Plus de 75 ans	33.74%	20.40%

Répartition des séjours en HAD selon l'âge des patients pris en charge (année 2007)



Source PMSI / CRAM 2007

### 14-3-2. Mesure de la performance des structures d'HAD

#### A Performance de l'activité

Plusieurs indicateurs peuvent être utilisés pour mesurer la performance des structures d'HAD.

Le nombre moyen de patients pris en charge par jour par rapport à son nombre de places

Au terme de l'article D 6121-8 du CSP relatif aux OQOS, l'HAD est exclue de la quantification en volume. Afin d'encourager le développement de cette modalité

27-

28

d'hospitalisation, il n'y a donc plus de limitation en volume. Cependant, la comparaison entre le nombre moyen de patients pris en charge par jour et le nombre de places prévues dans le dossier de demande d'autorisation permet d'analyser la capacité de la structure à atteindre les objectifs qu'elle s'est fixée.

Certaines structures ont rapidement déployées les moyens nécessaires aux objectifs d'activité qu'elles s'étaient fixées : HAD de Abbeville, Compiègne, Péronne, Ham et Guise. D'autres ont une progression plus lente qui peut s'expliquer par un manque de coopération avec les structures d'amont (pour l'ACSSO, partenariat à renforcer entre les CH de Creil Senlis) ou avec le secteur libéral (HAD de Beauvais).

	Nbre moyen de patients pris par jour en 2006	Nbre moyen de patients pris par jour en 2007	Nbre moyen de patients pris par jour en 2008	Nbre de places autorisées	Commentaires
ACSSO Senlis	35	41	48	78	Extension vient de se mettre en place Cependant, collaboration avec les CH de Creil et de Senlis est à renforcée
Soins Services Amiens	20	25	37	40	Taux d'occupation proche de 100% alors que l'extension n'est pas encore effective.
Temps de Vie Saint Quentin	18	22	28	20	Activité en augmentation sur la même aire d'intervention
AMSAM Soissons	24	28	27	50	Extension effective depuis février 2009
CH Compiègne	15	17	20	20	Activité qui va continuer de croître avec extension géographique et augmentation du nombre de places
CH Abbeville	6	14	19	30	Activité en augmentation lente mais progressive
CH Péronne	0	6	13	10	Activité en augmentation progressive

24

CH Ham	0	4	10	10	Activité en augmentation progressive
CH Albert	0	4	7	10	Progression de l'activité moins rapide que sur Ham et Péronne: recrutement plus tardif de l'IDE coordinatrice. Nouvelle HAD créée sur une portion géographique nécessitant coordination
CH Beauvais	15	12	12	30	Activité faible. Collaboration avec le monde libéral à développer
CH Guise	8	10	9	10	Activité en augmentation progressive
ADMR Laon	4	6	8	20	Activité faible, manque de collaboration avec le CH de Laon
Croix Rouge Chauny			13	25	Collaboration avec le CH de Chauny et le CRF de Saint Gobain à renforcer Nbre de places pour 100 000 hab très élevés. Hypothèse d'une sur estimation des besoins lors de la demande d'autorisation
<b>TOTAL REGION</b>	<b>144</b>	<b>188</b>	<b>239</b>	<b>343</b>	

Ne figurent pas dans ce tableau, les structures d'HAD de Doullens (30 places), de Le Nouvion (15 places) et de Montdidier (30 places).

**Observation :** Le déploiement de l'activité des structures est étroitement lié à la collaboration de l'HAD avec les établissements de court séjour ainsi que les professionnels de santé libéraux situés sur la zone d'intervention. Sans cette collaboration l'activité reste en deça des prévisions.

#### La valorisation moyenne de l'activité

Au niveau national, la valorisation moyenne d'une journée de prise en charge en HAD était de 207 € en 2007. En Picardie, la moyenne régionale est de 217 € en 2008.

32

	Valorisation moyenne journée 2008
ADMR Laon	258
CH Péronne	252
CH Guise	241
CH Compiègne	232
CH Albert	231
CH Ham	228
ACSSO Senlis	220
CH Beauvais	220
Temps de Vie Saint Quentin	210
AMSAM Soissons	205
CH Abbeville	200
Soins Services Amiens	196
<b>MOYENNE REGION</b>	<b>217</b>

#### Le nombre moyen de kilomètres par jour

Cet indicateur doit être utilisé avec précaution dans la mesure où certaines structures travaillent avec des infirmières libérales qui utilisent leurs propres moyens de locomotion.

Cette analyse a donc été effectuée pour les structures disposant majoritairement de personnels salariés.

	Nbre moyen de Km par jour	Nbre de patients moyens par jour
CH Beauvais	NC	12
CH Abbeville	1457	19
AMSAM Soissons	876	27
Soins Services Amiens	757	37
CH Compiègne	427	20
CH Péronne	92	13

Sur des structures à activité faible et sur une aire géographique de petite taille, la moyenne des kilomètres parcourus par jour se situe entre 100 et 200 kilomètres.

Sur des HAD à activité plus importante, le nombre moyen de kilomètres effectué par jour entre 700 et 900 kilomètres.

Cependant, le résultat de l'HAD d'Abbeville révèle deux points importants : La structure couvre l'intégralité du territoire autorisée. Cette intervention sur cette aire géographique

assez vaste explique donc le nombre de kilomètres effectués. L'importance du nombre de kilomètres réalisée par l'HAD d'Abbeville explique en partie le résultat comptable déficitaire pour cette activité.

**Observation : Au-delà d'un certain seuil, il paraît opportun de prévoir une antenne locale relai afin de réduire les temps de trajet quotidien et à optimiser les temps de travail, ou de favoriser le recours aux professionnels de santé libéraux les plus proches.**

**La mise en place d'une antenne permettrait ainsi d'accroître l'activité et de réduire le temps passé des personnels salariés dans les déplacements.**

#### La performance de la couverture géographique

L'autorisation en HAD ne se fait pas en volume d'activité et correspond à une zone géographique d'intervention.

L'analyse de l'activité et la rencontre avec les structures d'HAD a révélé certaines inadéquations qui devront être corrigées :

- Certaines structures n'interviennent pas sur la totalité du territoire autorisé pour des raisons d'éloignement. Sur les cantons concernés, ce sont donc d'autres structures d'HAD qui interviennent. C'est notamment le cas pour l'HAD de Guise qui dispose d'une autorisation d'activité sur le canton du Catelet mais qui sollicite l'HAD de Saint Quentin pour intervenir sur ce canton trop éloigné. Il convient donc de revoir les autorisations attribuées ou reconfigurer le zonage de chaque structure.
- Les zones géographiques d'intervention doivent également mises en cohérence avec les secteurs des SSLAD.
- Certains cantons sont couverts par plus d'une structure d'HAD. Cette situation doit faire l'objet d'une convention définissant les coopérations à mettre en place entre les structures territorialement compétentes, de manière à couvrir le territoire en complémentarité et non en concurrence.

#### L'adéquation des patients pris en charge (Etude réalisée par la DRSM)

Une évaluation médicale régionale a été menée par la Direction Régionale du service médical de l'assurance maladie en janvier et février 2009 ; celle-ci a été réalisée sous la forme d'une coupe transversale de la population présente un jour donné (le 21 janvier 2009) dans les 14 structures HAD installées sur les 17 autorisées et réparties sur l'ensemble de la région Picardie.

A l'issue de cette étude, différents constats régionaux et locaux ont été faits et les résultats ont été communiqués à l'ensemble des représentants des structures.

**RESULTATS****Dénombrement**

Structures HAD	Places autorisées	Patients dénombrés	Taux d'occupation (%)
CH Guise	10	6	60
Temps De vie Saint Quentin	30	34	113
ADMR Laon	20	9	45
CRF Chauny	25	20	80
ANSAM Soissons	38	26	68.4
CH Ham	10	15	150
CH Péronne	10	8	80
CH Albert	10	5	50
Soins Service Rivery	40	36	90
CH Abbeville	25	21	84
CH Doullens/Corbie	30	20	66.6
ACSSO Creil	78	57	73
CH Beauvais	20	14	70
CH Compiègne	20	22	110
<b>Total</b>	<b>366</b>	<b>293</b>	<b>80</b>

↳ 293 patients ont été comptabilisés le jour de la coupe soit un taux d'occupation instantané moyen régional de 80 %.

↳ Les structures HAD apparaissent très inégales en terme de capacité et de taux d'occupation

↳ 9/14 des structures installées présentent une capacité inférieure aux 30 places recommandées.

**L'âge, le sexe et le lieu de résidence**

La moyenne d'âge est de 69,4 ans pour les HAD de la région.

La répartition est de 40,3 % pour les hommes et 59,7 % pour les femmes.

Le lieu de résidence est majoritairement le domicile personnel (92,8 %).

**La durée moyenne de présence**

La durée moyenne de présence au jour de la coupe pour la région est de 178,3 jours avec un séjour extrême pour une structure qui atteint 2591 jours (soit environ 7 ans).

La médiane est calculée à 89 jours.

↳ A titre de comparaison la même étude menée en région Nord/Pas de Calais en juin 2008, objective une durée moyenne de présence de 79,5 jours; la médiane est calculée à 39 jours.

**Le mode d'entrée**

Par mutation ou transfert dans 76 % des cas et d'un service de MCO pour 83,8 % d'entre eux.

**Les médecins prescripteurs**

66,9 % des séjours ont été prescrits par un médecin d'un établissement de santé public.

Pour 6,1 % des séjours, le médecin prescripteur est inconnu.

**Les pathologies principales et associées**

Les diagnostics principaux les plus fréquents sont représentés par les tumeurs malignes primitives ou secondaires (33,8 %), suivis des maladies du système nerveux (18,1 %).

Dans 56,7 % des cas il n'y a pas de pathologie associée; lorsqu'il est précisé, le diagnostic associé concerne les tumeurs malignes (9,9 %) et les maladies du système nerveux (7,8 %)

↳ A titre de comparaison, pour la région Nord/Pas de Calais, l'absence de codage d'un diagnostic associé est retrouvée dans 23,8 % des cas.

**Les modes de prises en charge principaux et associés à l'entrée**

Les deux modes de prises en charge principaux les plus fréquemment retrouvés à l'entrée sont les soins palliatifs (31,7 %) et les pansements complexes (18,4 %).

Les deux modes de prises en charge associés le plus souvent retrouvés sont les soins de nursing lourds (20,8 %), puis la prise en charge de la douleur (14,3%).

**L'indice de Karnofski à l'entrée**

34,1 % des patients ont un IK estimé à 40 %

33,4 % des patients ont un IK estimé à 30 %

**Les modes de prises en charge principaux et associés à la coupe**

Au jour de la coupe, les modes de prises en charge principaux sont en majorité, comme à l'entrée, les soins palliatifs (32 %) et les pansements complexes (17 %).

Les deux modes de prises en charge associés le plus souvent retrouvés sont, comme à l'entrée, les soins de nursing lourds (19,1 %), puis la prise en charge de la douleur (14,3 %).

**L'indice de Karnofski au jour de la coupe**

34,8 % des patients ont un IK estimé à 40 %

31,4 % des patients ont un IK estimé à 30 %

**Nombre de séquences depuis l'entrée**

Le nombre moyen de séquences enregistré par séjour depuis l'entrée dans les structures est de 1,8 avec maximum de 30 séquences comptabilisées pour un séjour dans une des structures.

↳ Ce chiffre peut apparaître bas compte tenu des durées moyennes de présence particulièrement longues.

Les soins effectués au cours du séjour

- Les IDE interviennent dans 92,8 % des séjours régionaux. 10 HAD sur 14, ont un taux d'intervention des IDE de 100 %
- Les aides soignantes interviennent dans 86 % des séjours.
- Les kinésithérapeutes interviennent dans 34,8 % des séjours.
- Les psychologues interviennent dans 30 % des séjours mais il existe d'importantes disparités régionales puisque la psychologue est intervenue au cours de 2 ou moins de 2 séjours dans 9 sur 14 HAD de la région.
- Les interventions des assistantes sociales sont moindres (15 %), de même des ergothérapeutes (8,2 % mais ne concerne que 4/14 des structures), des diététiciennes (4,8 %) et encore plus rare celles des orthophonistes (1 %)
  - ↳ En dehors des prises en charge regroupant infirmières / aides soignantes / kinésithérapeutes, la pluridisciplinarité que peuvent offrir les structures apparaît globalement pauvre.

Contenu des soins IDE

Ils sont constitués sur la totalité des soins relevés dans les HAD de la région et sur les 92,8 % des séjours concernés par un passage IDE, principalement :

- 42,8 % préparation et surveillance de traitement
- 40,8 % évaluation de la douleur
- 35,6 % injections IV, SC, patches, petits soins divers
- 32 % pansements lourds et complexes (dont VAC)
- 21 % de pansements courants

↳ En dehors des pansements lourds et complexes, les soins délivrés par l'IDE regroupent majoritairement de petits soins techniques.

Fréquence de passages de l'IDE

Le nombre moyen de passages des IDE par patient sur la semaine étudiée est de 10,1 pour la région.

Toutefois, le calcul des médianes qui permet d'éliminer les extrêmes ramène ce chiffre à 7.

↳ Cet item qui donne le reflet de l'intensité de la prise en charge infirmière relève une fréquence de passage plutôt basse (1 passage/jour).

L'Adéquation

A l'issue de l'étude de chaque dossier patient et grâce à l'ensemble des éléments recueillis, les médecins conseils avaient à se prononcer sur l'adéquation du patient à l'HAD à l'entrée et au jour de la coupe.

En cas d'inadéquation constatée, ils précisaient la structure correspondant le mieux à l'état et à la prise en charge du patient.

Justification de la prise en charge en HAD

La prise en charge en HAD était justifiée à l'entrée pour 247 séjours sur les 293, soit dans 84,3 % des cas.

35

44 patients, soit 15 % de la population prise en charge, ne relevaient pas d'une HAD à l'entrée dans la structure et pour 2 patients les éléments du dossier de soins n'ont pas permis de donner un avis sur l'adéquation.

La prise en charge en HAD au jour de la coupe était justifiée dans 202 séjours sur les 293, soit dans 68,9 % des cas.

On dénombre donc 91 patients inadéquats au jour de la coupe, soit 31,1 % de la population prise en charge.

↳ Le nombre de patients inadéquats apparaît élevé dès l'entrée (15%) et se majore au jour de la coupe (31,1%); à titre de comparaison, lors de l'étude Nord Pas de Calais le pourcentage d'inadéquat à l'entrée se porte à 4,3% et à 22,3% au jour de la coupe.

Structure la plus adaptée pour les inadéquats

Dans 63,6 % des cas d'inadéquation à l'entrée, la structure la plus adaptée à l'état et à la prise en charge du patient était le SSIAD (28/44), dans 22,7 % des cas le secteur libéral (10/44) et dans 13,6 % des cas une structure de soins de longue durée (6/44).

Au jour de la coupe, dans 61,5 % des cas la structure la plus adaptée était le SSIAD (56/91), le secteur libéral dans 19,7 % des cas (18/91), une structure de soins de longue durée dans 16,5 % des cas.

Motifs d'inadéquation

Par manque de place dans la structure d'aval dans 39,5 % des situations.

Par souhait du patient, de la famille, du médecin ou problème social dans 33 % des cas.

Sans raison argumentée dans 19,8 % des cas et enfin pour 7,7 % des patients des démarches en vue de la sortie étaient en cours.

**SYNTHÈSE**

Au terme de cette étude il sera essentiellement retenu :

**Des durées moyennes de présence au sein des HAD plutôt longues : en moyenne 178 jours de présence (médiane calculée à 89 jours) contrastant par ailleurs avec un faible nombre de changement de séquences (1,8).**

Ces chiffres peuvent apparaître élevés si on les compare à ceux issus de la même enquête réalisée en Nord/Pas de Calais qui montre une durée moyenne de présence de 79 jours avec médiane calculée à 39 jours et encore plus élevés si l'on reprend les données issues du profil HAD - T2A 2007 (Source : PMSI- MAT2A HAD) qui situe la valeur nationale des durées moyennes de séjour aux alentours de 24 jours.

**Une pluridisciplinarité des intervenants très inégale au sein des structures et globalement plutôt pauvre en dehors des prises en charge associant infirmières, aides soignantes et kinésithérapeutes.** En outre le recueil de la fréquence moyenne de passage des IDE et de la nature des soins délivrés tend à montrer que les prises en charge ne correspondent pas toujours à des prises en charge telles que définies dans la circulaire du 30 mai 2000.

35

Un pourcentage de patients inadéquats élevé à l'entrée dans la structure (15 %) et au jour de la coupe (31,1 %), et pour lesquels, majoritairement (environ 60 % des cas) une structure de type SSIAD serait plus adapté.

A titre de comparaison l'étude menée dans le Nord/Pas de Calais relève 4,3 % de patients inadéquats à l'entrée et 22,3 % au jour de la coupe.

Concernant le recueil des informations médicales et paramédicales et, en ce qui concerne la qualité du dossier médical, il existe des marges de progressions importantes. Les médecins conseils ont noté notamment un déficit d'information concernant, en particulier, la réalisation, le contenu et la fréquence des séances de kinésithérapie et des actes infirmiers réalisés par les libéraux. Le report de ces éléments dans les dossiers des patients est un impératif comme pour l'ensemble des soins effectués durant le séjour. Enfin, les médecins conseils ont constaté que dans un certain nombre de cas, les modes de prises en charge retenus ne respectaient pas les consignes de codage et ne correspondaient pas à la prise en charge réellement effectuée.

#### CONCLUSION & RECOMMANDATIONS

L'évaluation médicale des structures d'Hospitalisation à Domicile de la région Picardie montre que les 14 structures en place au jour de la coupe tendent à mettre en œuvre les directives de soins et d'organisation préconisées par la circulaire du 20 mai 2000. Toutefois, et fort des résultats obtenus lors de cette enquête, des recommandations visant à l'amélioration de leur efficacité peuvent être émises :

- Le fonctionnement des structures devrait pouvoir être amélioré par le développement de structures d'aval (type SSIAD) si possible au sein du même établissement.
- Les réunions d'évaluation hebdomadaires, en impliquant l'ensemble des professionnels concernés, doivent fonctionner comme de véritables « instances » de réévaluation médicosociale de la situation des patients.
- La pluridisciplinarité des intervenants et la technicité des actes réalisés doivent rester les éléments majeurs des prises en charge faites en HAD.
- Le dossier médical reste un élément majeur de la prise en charge du patient; en ce sens, des efforts de traçabilité et de recueil des informations médicales et paramédicales doivent être entrepris.
- De par le rôle important détenu par le médecin coordinateur au sein de la structure, (coordination autour du patient mais également de l'équipe libérale et salariée) un réel effort de formation doit être accompli afin que le codage PMSI soit plus fiable et plus rigoureux.
- Enfin, et dans la perspective d'un positionnement fort au sein du paysage sanitaire, la dynamique des structures doit passer par un plan de communication avec l'extérieur. Un travail de partenariat avec les établissements et les praticiens libéraux doit être entrepris afin d'offrir des prises en charge de type court séjour.

#### B L'adéquation des moyens

L'hypothèse qu'une structure d'une capacité inférieure à 30 places n'est pas économiquement viable ne se vérifie pas sur le terrain lorsque la dite structure est accolée avec un SSIAD ou s'appuie sur un établissement de santé avec lequel elle mutualise et optimise ses moyens.

Il faut cependant nuancer cette observation du fait que la volonté nationale de promouvoir l'HAD se traduit actuellement par une grille tarifaire avantageuse pour cette activité. L'ENCC en cours sur l'HAD conduira sans doute à une révision des tarifs dans les années à venir.

Il faut également nuancer au regard des résultats de la coupe transversale qui souligne une faible pluridisciplinarité des intervenants. L'équipe de coordination de la structure est souvent composée d'un médecin coordonnateur et d'un cadre infirmier. Peu de structures disposent en complément de psychologues, d'assistant social, de masseur kinésithérapeute. Par ailleurs, les structures qui sont actuellement déficitaires ne le sont pas forcément pour des raisons d'inadéquation des moyens par rapport à l'activité mais pour une moindre capacité à atteindre les objectifs d'activité fixés initialement.

Etablissement	Recettes TAA/dépenses de titre 1	Commentaires
HAD Beauvais	0.96	Faible activité par rapport aux moyens humains déployés. Ouverture vers le monde libéral à mettre en place pour apporter de la flexibilité
HAD Abbeville	1.39	Dépenses de personnel à optimiser par une augmentation d'activité et par la création d'antennes permettant de réduire le temps de trajet des personnels
HAD Soins Services	1.75	
HAD Compiègne	1.98	
HAD Guise	2.77	
HAD AMSAM	3.09	
HAD Albert	1.53	La coordination est commune n'est pas optimum ayant amené l'HAD d'Albert à recruter une IDE coordinatrice. L'HAD de HAM est performante car elle se base sur 100% d'IDE libérales
HAD Péronne	2.07	
HAD Ham	2.19	

#### C Performance de l'organisation de la coordination

La coordination constitue la pierre angulaire de la prise en charge en HAD. De la performance de la coordination dépend la qualité de la prise en charge et l'efficacité de la structure.

L'équipe salariée de coordination :

La fonction de coordination doit être assurée par une équipe salariée de la structure qui doit être composée a minima d'un binôme « médecin coordonnateur / cadre de santé ».

Conformément à la circulaire de 2006 relative à l'HAD, le médecin coordonnateur émet un avis médical avant toute admission, signe le protocole de soins élaboré par le médecin traitant, en assure la bonne exécution.

Il met en place des procédures formalisées d'échanges d'informations nécessaires à la prise en charge globale et coordonnée du patient. Il assure le contact avec les médecins libéraux et hospitaliers impliqués dans le traitement du malade. Il organise le fonctionnement médical de la structure (coordination du service, impulsion d'une politique du médicament...)

Dans l'ensemble des structures, ces missions sont correctement assurées par le médecin coordonnateur.

**Cependant, il semble primordial que la fonction de coordination intègre également une mission de participation à la connaissance et à la reconnaissance de la structure d'HAD par ses pairs.**

**A ce titre, le médecin coordonnateur doit rencontrer les médecins hospitaliers de manière individuelle afin de définir dans quel cadre l'HAD peut apporter une plus value dans la prise en charge en court séjour.**

Le médecin coordonnateur, surtout lorsqu'il est exercé dans une structure d'HAD autonome, doit donc rencontrer les chefs de service ou de pôle des établissements de santé. Il peut éventuellement participer aux réunions de staff et doit participer aux réunions de CME au moins une fois par an, notamment pour présenter un bilan des relations avec l'HAD.

Concernant le cadre de santé, son rôle est d'assurer la bonne coordination des soins, en appui du médecin coordonnateur.

**Mais là encore, il semble primordial que le cadre de santé ou, à défaut, l'infirmière coordonnatrice ait également une fonction de communication forte avec les services de court séjour et les infirmières libérales.**

La mutualisation de la fonction de coordination

Trois structures d'HAD de la région ont opté pour une fonction de coordination mutualisée. Mais cette organisation ne semble pas optimum tant du point de vue de la mise en œuvre d'une prise en charge coordonnée que d'un point de vue de l'efficacité.

Comme nous l'avons évoqué ci-dessus, l'équipe de coordination doit pouvoir effectuer en plus de la coordination de la prise en charge du patient, un travail de communication avec les structures d'amont et le secteur libéral.

Ces missions nécessitent une proximité géographique. Or l'équipe de coordination étant composée de deux salariés, il semble difficile de mener à bien ces missions sur les trois structures d'HAD de manière homogène sans envisager des temps partagés sur les 3 sites.

L'absence de temps partagé sur les 3 sites a donc conduit deux des structures à recruter une infirmière coordinatrice sur place afin notamment d'assurer la visite des patients au domicile lors des entrées en HAD. Cette organisation conduit d'une part à rendre moins lisible la coordination (quel est le rôle respectif des infirmières coordinatrices ?) et d'autre part à annuler l'économie initialement recherchée lors de la mise en place de cette coordination commune.

**Certains préalables à la coordination commune sont donc nécessaires :**

- Une définition claire des fonctions de chacun et des missions (si le médecin coordonnateur doit intervenir au lit du malade, il doit le faire pour l'ensemble des structures et non pour la structure la plus proche)
- Opter pour des temps de coordination partagé (plutôt qu'1 salarié IDE à temps plein, il faut opter pour deux salariés IDE à 0.5 ETP répartis sur plusieurs sites)
- Disposer d'un dossier médical commun, d'un protocole de formation commun, d'EPP commune...

Inscription de la structure dans son environnement :

Pour qu'une structure d'HAD soit performante, il faut qu'elle puisse tisser des liens forts avec les structures d'amont qui adressent les patients et avec les structures d'aval qui permettent d'optimiser la durée de séjour, et notamment les structures sociales et médico-sociales.

1) La coordination avec les structures d'amont

Les délais moyens de prises en charge en HAD sont actuellement entre 12 à 48 heures. Ce délai varie fortement d'un patient à l'autre selon la lourdeur de la prise en charge, la nécessité ou non de convaincre la famille du patient pour opter pour ce mode de prise en charge.

Les structures HAD mobilisent rapidement l'ensemble des moyens nécessaires pour une prise en charge rapide en HAD mais cette rapidité dépend également de la capacité du court séjour à anticiper la sortie.

Les structures d'HAD sont encore trop souvent interpellées pour des sorties le vendredi après-midi. Or la sortie d'un patient nécessite des préalables :

- Adéquation de la pathologie à la prise en charge en HAD par le médecin coordonnateur
- Prise de contact avec le médecin traitant pour la définition d'un protocole de soins
- Analyse des besoins d'accompagnement psychologique et sociale
- Accompagnement des familles
- Mise en place des éventuels équipements nécessaires au domicile du patient...

L'optimisation des prises en charge doit donc nécessairement passer par une collaboration forte des services adresseurs.

Pour ce faire, il faut que les services adresseurs puissent avoir une bonne connaissance de l'HAD et des pré-requis nécessaires à une admission en HAD afin qu'ils anticipent au plus tôt

le besoin de prise en charge. Les structures d'HAD doivent donc développer des modalités de communication avec les services.

Quatres vecteurs de communication peuvent être identifiés :

- **Le Directeur ou responsable administratif** : Il doit solliciter une rencontre avec le Directeur de l'établissement afin de présenter sa structure
- **Le médecin coordonnateur qui peut intervenir auprès de ses pairs** : Rencontre des chefs de service, participation aux réunions de staff, participation aux réunions de CME...
- **L'infirmière coordonnatrice ou l'infirmière de liaison** : rencontre des cadres, participation aux CLUD, aux CLIN...
- **Le délai moyen des prises en charge doit également optimiser par une collaboration étroite avec le service social de l'établissement**

## 2) La coordination avec les EHPAD

Depuis la circulaire d'octobre 2007, les structures d'HAD peuvent désormais intervenir au sein des EHPAD. Cette intervention est pertinente en amont et en aval d'une hospitalisation. En effet cette intervention peut éventuellement éviter des hospitalisations non programmées et/ou permettre un retour plus rapide du patient en EHPAD après hospitalisation.

## 3) La coordination avec les autres structures d'aval

### 3-a) Les SSIAD

L'HAD est une structure complémentaire aux SSIAD. En effet, l'HAD peut prendre le relai du SSIAD pour des situations où l'état de santé de la personne s'aggrave, de même que le SSIAD peut prendre le relai de l'HAD pour des patients stabilisés.

La continuité des soins entre HAD et SSIAD doit donc être assurée par des liens conventionnels.

Toutes nos structures collaborent étroitement avec les SSIAD. D'ailleurs, la majorité de nos structures autonomes gèrent à la fois SSIAD et HAD mais toutes les structures rencontrent les difficultés suivantes :

- Certains patients ne relevant plus de l'HAD ne peuvent être pris en charge par un SSIAD, la charge en soins étant trop lourde pour un SSIAD. Pour ces patients, la sortie de l'HAD est difficile voir impossible. Une prestation de type SSIAD + est en cours de réflexion au niveau national et est fortement attendu sur le terrain
- Les places de SSIAD sont rares. L'étroite collaboration entre HAD et SSIAD permet pour la plupart de nos structures d'anticiper la sortie et de disposer de places prioritaires en SSIAD mais les délais de prise en charge restent cependant élevés pour des raisons capacitaires.

41

### 3-b) Les prestataires de service

Toutes nos structures collaborent avec des organismes d'aide à la personne. Certaines HAD organisent le passage de relai avec les organismes d'aide à la personne par une rencontre au domicile du patient entre l'aide soignante et l'auxiliaire de vie. Mais là encore, certaines difficultés sont rencontrées par les HAD notamment pour les patients nécessitant des soins de nursing trop lourds pour une prise en charge par une auxiliaire de vie.

(Exemple notamment des toilettes complètes qui ne peuvent être effectuées par une auxiliaire de vie et qui ne relèvent de l'HAD).

## 4) La collaboration avec les réseaux de santé

Afin de faciliter la coordination des intervenants et de partager des expertises, certaines collaboration entre structures d'HAD et réseaux de santé existent dans la région et apportent à la fois qualité des soins et optimisation des moyens.

La collaboration se fait surtout avec les réseaux de soins palliatifs sur les items suivants :

- Intervention du médecin coordonnateur du réseau pour émettre un avis sur le protocole de soins (amélioration de la prise en charge de la douleur notamment)
- Intervention de la psychologue du réseau au domicile du patient ou pour l'équipe HAD
- Organisation de sortie d'HAD vers le Réseau ou admission en HAD de patients du réseau
- Participation aux réunions de coordination pour le suivi des patients

## 5) La collaboration avec le secteur libéral

L'optimisation des relations entre le monde libéral et la structure HAD est primordiale pour plusieurs raisons :

- Le médecin traitant est au cœur de la prise en charge en HAD. Il doit assurer le suivi de la prise en charge, la continuité des soins et l'adaptation. Les échanges avec le médecin coordonnateur et le médecin traitant sont donc primordiaux
- Les HAD ne disposant pas de PUI doivent travailler avec les officines de ville.
- Les IDE libérales peuvent intervenir dans une structure HAD. Si elles n'interviennent pas, elles peuvent être sollicitées lors de la sortie du patient pour prendre le relai de l'HAD.
- Selon la pathologie prise en charge, une prise en charge pluridisciplinaire peut être définie dans le protocole de soins impliquant une nécessaire coordination entre des professionnels de santé. Des kinésithérapeutes libéraux, des diététiciennes, des ergothérapeutes, des sages femmes peuvent être sollicités. Le recours à des intervenants libéraux est donc nécessaire.

Pour toutes ces raisons, la bonne imbrication entre le monde libéral et la structure d'HAD est primordiale.

42

Cet élément est d'ailleurs rappelé dans la circulaire du 1<sup>er</sup> décembre 2006 relative à l'HAD qui prévoit que « l'HAD est un point de rencontre entre le monde hospitalier et la pratique ambulatoire. L'HAD est mixte, utilise des compétences internes et coordonne les interventions extérieures tout en prenant en compte l'environnement sanitaire médico-social participant à la prise en charge éventuelle du patient en amont ou aval de l'HAD »

Cependant certaines structures ne travaillent qu'avec du personnel salarié allant même jusqu'à refuser a prise en charge de patients relevant d'HAD se ces derniers souhaitant conserver leur infirmière libérale.

Si l'articulation entre le monde libéral et l'HAD n'est pas aisée, elle doit cependant être un principe de travail et de coopération.

Par ailleurs, le recours à des infirmières libérales apporte à la structure une souplesse dans la gestion de son activité, permettant ainsi de faire face à des variations parfois importantes d'activité.

Il est vrai qu'à l'unanimité, l'ensemble des structures reconnaissent que les actes effectués par les professionnels de santé libéraux ne sont pas toujours correctement tracés dans le dossier du patient au domicile. Un ensemble de préconisations est donc à faire sur ce point.

#### 14-3- 4- Orientations régionales et recommandations issues de l'évaluation 2008

##### 1) Orientations et recommandations relatives à l'organisation territoriale :

Il convient de poursuivre le déploiement des structures HAD sur l'ensemble de la région afin qu'à terme, chaque territoire puisse disposer de l'intégralité de son territoire couvert. Compte tenu des faibles capacités de nos structures HAD, il convient de ne pas encourager la création de nouvelles structures. Ainsi, ce déploiement géographique ne devra se faire que par extension de structures existantes

Quelques vigilances sont à observer cependant afin que cette couverture géographique soit performante :

###### a) Cohérence de la zone géographique d'intervention :

Nécessité de revoir certains secteurs en fonction de la capacité dont dispose l'HAD à couvrir l'intégralité de sa zone d'intervention : Proposition d'un transfert du canton Le Catelet de l'HAD de Guise vers l'HAD Temps de vie.

Nécessité d'harmoniser certaines autorisations d'HAD avec la couverture des SSIAD Proposition d'un transfert du canton de Wassigny de l'HAD de Guise vers l'HAD du Nouvion.

###### b) De l'opportunité de créer des antennes locales relais :

De manière à pourvoir aux besoins des zones sub-urbaines et rurales, les structures HAD devront nécessairement se décentraliser sous forme d'antennes locales. Ces structures coopéreront obligatoirement de manière étroite avec d'autres structures ancrées antérieurement dans ce paysage : structures sanitaires présentes (hôpitaux de proximité, hôpitaux locaux) mais aussi service de soins infirmiers à domicile.

L'évaluation a montré la plus value que pouvait représenter une proximité de terrain à la fois sur le plan économique (réduction des durées de trajet pour le personnel d'intervention) et sur la reconnaissance de l'HAD par les structures existantes et le monde libéral (la proximité permettant à l'équipe coordinatrice de formaliser des partenariats avec les professionnels de santé hospitaliers et libéraux)

Pour la création de ces antennes, il faudra privilégier un adossement à une structure existante qui pourra apporter :

- Des locaux
- Des ressources humaines (temps partagé de médecin coordonnateur, d'assistante sociale, d'infirmière...).
- Des patients (structures de courts séjours ou SSR)
- Des lits d'aval (SSIAD, SSR, Association d'aides à domicile ....)

Il faudra cependant concevoir ces antennes comme des sites délocalisés disposant d'un temps de coordination sur site.

###### c) Collaboration avec les services d'amont :

Travailler avec les établissements de court séjour afin qu'ils adressent les patients à l'HAD et qu'ils anticipent la sortie des patients. Le délai moyen de pris en charge peut être amélioré mais il dépend d'une collaboration étroite entre le court séjour et l'HAD. Pour développer cette collaboration il faut :

- a. Solliciter une rencontre entre le Directeur de l'établissement de court séjour et le Directeur ou le responsable administratif du service HAD
- b. Développer des rencontres entre les médecins hospitaliers et le médecin coordonnateur de l'HAD (rencontre individuelle de chaque chef de service pour engager des réflexions sur des protocoles de prises en charge et des pathologies pouvant être prises en charge par l'HAD, participation aux réunions de CME, participation aux réunions de staff...)
- c. Développer des rencontres entre les cadres hospitaliers et l'infirmière coordinatrice (rencontre individuelle et participation aux réunions du CLIN ou du CLUD...)
- d. Développer des partenariats avec le service social de l'hôpital ou de la clinique.

###### d) Collaboration avec les EHPAD

La coopération entre HAD et EHPAD est à développer. Elle constitue une alternative à l'hospitalisation pour maintenir la personne en institution ou favoriser son retour précoce ou plus rapide, et contribuer au maintien dans son cadre de vie.

- d'un accès à un plateau technique et à des consultations spécialisées adaptées,
- d'une admission dans des structures d'amont (établissements d'hospitalisation) et d'aval (services de soins infirmiers à domicile, secteur ambulatoire),
- d'une prise en charge dans un réseau de proximité et/ou thématique régional.

Un conventionnement précis garantissant la satisfaction de ces besoins doit être formalisé. En cas de transfert dans une autre structure, le retour de ces patients en temps opportun dans le service d'HAD doit également pouvoir être assuré.

Pour les structures HAD associatives, l'évaluation a mis en évidence que la mutualisation des moyens est souvent effective dans toutes les structures associatives qui en plus de l'HAD disposent à minima de la gestion d'un SSIAD, de Centres de Soins Infirmiers. Certaines structures gèrent également des réseaux de santé, des services d'aide à la personne.

Afin de poursuivre cet effort de mutualisation, des réflexions pourront être engagées sur la collaboration avec les PUI pour les médicaments de la réserve hospitalière mais aussi pour des réflexions relatives à la fiabilisation du circuit du médicament et la pharmacovigilance.

Les structures associatives doivent promouvoir le poste « d'infirmier de liaison » important pour faire connaître la structure dans les établissements de santé.

**Pour l'organisation de toutes les structures, on peut préconiser et promouvoir l'organisation de stages pour les étudiants infirmiers et de stages agréés pour l'internat en médecine générale.**

#### **La collaboration avec les IDE libérales :**

Si l'articulation entre le monde libéral et l'HAD n'est pas toujours aisée sur le terrain, elle doit cependant être un objectif à privilégier.

Le recours à des infirmières libérales apporte à la structure d'HAD une souplesse incontestable dans la gestion de ses activités, dans la disponibilité de ses ressources, et permet aussi de faire face à des variations parfois importantes d'activité.

Il est vrai qu'à l'unanimité, l'ensemble des structures existantes mentionnent que les actes effectués par les professionnels de santé libéraux ne sont pas toujours correctement tracés dans le dossier du patient au domicile. Un ensemble de préconisations est donc à faire sur ce point pour améliorer la satisfaction de tous et assurer la meilleure qualité de la prise en charge du patient.

Afin d'améliorer la traçabilité des actes dans le dossier patient, on peut recommander que la fiche de suivi puisse également faire office de feuille de recueil des actes. Pour ce faire, il suffit d'intégrer dans la fiche de suivi une colonne concernant la quotation AMI, et subordonner le cas échéant le paiement des actes à la saisie de cette feuille de suivi des actes.

Il faut également harmoniser les modalités de paiement des IDE libérales. Certaines HAD ne paient que les 3 premiers actes (appliquent la dégressivité des quotations), d'autres paient 100% des actes, d'autres paient 5% en plus. Certains rémunèrent le temps de coordination (avec obligation d'être présent à la réunion de coordination au domicile du patient lors de

## **2) Orientations et recommandations relatives à l'organisation interne des structures**

### **Modalités de fonctionnement**

Il est recommandé que les structures HAD puissent disposer d'une capacité suffisante pour être efficace et rentable. Un seuil de 30 places est le minimum.

Des volumes capacitaires plus conséquents sont recommandés.

Ainsi, pour les structures HAD adossées à un établissement MCO, la mutualisation des moyens entre les services doit être encouragée. Les structures d'HAD les plus performantes sont celles qui ont mis en place cette mutualisation. Cette mutualisation concourt autant à l'optimisation des coûts qu'à la reconnaissance et l'attractivité de l'HAD au sein de l'hôpital ou de la clinique.

Les structures hospitalières présentant un nombre de places inférieur au seuil recommandé devront développer des coopérations avec la ou les autres structures d'HAD du territoire de santé afin d'optimiser leur fonctionnement et de se donner les moyens de renforcer la pluridisciplinarité des équipes d'intervention et d'être en mesure de prendre en charge des patients nécessitant des soins lourds et techniques. Cette coopération peut se traduire sous forme, par exemple, de Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) au niveau des territoires de santé.

Concernant la prise en charge médicale des patients, un projet médical devra être élaboré. Il définira les compétences requises au regard des recommandations professionnelles.

Il semble primordial que la dimension psychologique de la relation thérapeutique à domicile puisse être gérée par un personnel spécifique, ayant à charge d'intervenir auprès des familles mais aussi auprès du personnel soignant, en lui assurant un suivi régulier et une aide à l'occasion des phrases critiques qui peuvent survenir.

Une coordination interne du personnel sera organisée pour permettre d'assurer qualité des soins et adéquation aux besoins médicaux et sociaux des patients.

Devront être définies et régulièrement mises à jour :

- les modalités d'accueil du patient et de sa famille,
- l'analyse des critères d'admission,
- la mise en œuvre des divers partenaires de soins et fournisseurs de services,
- la synthèse des différents intervenants du processus de soins,
- les modalités de sortie et de relais de prise en charge.

Toute structure d'HAD devra définir clairement les moyens d'évaluer son fonctionnement. Les objectifs retenus ainsi que les méthodes et indicateurs appréciant leur réalisation figureront dans le dossier de demande d'autorisation de création ou d'extension. Cette évaluation ne pourra se limiter à une simple appréciation d'un volume d'actes. Il est nécessaire d'établir la finalité et la pertinence des procédures de fonctionnement et de soins et de vérifier ainsi la qualité du service rendu et la satisfaction du patient.

En raison de l'évolutivité de leurs besoins en soins, les malades pris en charge en HAD doivent aisément bénéficier :

son entrée. Mais sans pour autant disposer d'une traçabilité des actes dans le dossier patient).

Il faut par ailleurs pouvoir rémunérer le temps de coordination des IDE libérales en contrepartie d'une bonne traçabilité des actes et d'une participation à des réunions hebdomadaires d'évaluation du patient (réunion pouvant se faire à la structure HAD ou au domicile du patient).

Il faut enfin travailler sur une convention cadre régionale entre les structures d'HAD et les IDE libérales.

#### **Des prises en charge à développer**

Toutes les structures HAD doivent être polyvalentes. Cependant, les structures devront notamment se donner les moyens d'assurer la qualité des prises en charge des personnes âgées atteintes de polyopathologies, des malades requérant de la chimiothérapie anti-cancéreuse ou des soins palliatifs, des affections neurologiques dégénératives, des accidents vasculaires cérébraux, des états végétatifs persistants, des femmes en pré et post partum sous condition d'un projet des centres de périnatalité et de leur participation.

L'évaluation régionale a mis en évidence que contrairement à la moyenne nationale, la région a peu développé les prises en charge en cancérologie et en périnatalité. Ce constat est par ailleurs renforcé par la coupe transversale qui a révélé une faible technicité des prises en charge.

Le développement de la prise en charge de soins techniques de cancérologie en HAD doit donc être une priorité. Cependant, afin que ce développement se fasse dans des conditions de qualité et de sécurité optimales, il doit être structuré par le niveau régional avec une définition claire des prises en charge pouvant être réalisées. Ce travail pourra être effectué en partenariat avec le réseau ONCOPIC.

Il en va de même pour le développement de l'activité de périnatalité en HAD, dont le développement devra être accompagné par le réseau périnatalité.

En complément et afin d'améliorer la prise en charge des patients, il faudra encourager la coopération des HAD avec les structures de médecine d'urgence. En effet, il faut que l'HAD puisse avoir sa place dans le panel des hospitalisations envisageables après passage aux urgences ou en unité d'hospitalisation de courte durée.

Actuellement peu de structures d'HAD ont mis en place des partenariats avec les services d'urgence. Pourtant, beaucoup de patients arrivant au service d'urgence ou après passage en unité d'hospitalisation de très courte durée, pourraient éviter une hospitalisation complète si une hospitalisation à domicile pouvait être organisée.

En complément de ces prises en charge à développer, l'évaluation a également mis en évidence le souhait de certaines HAD d'améliorer certaines prises en charge notamment la prise en charge nutritionnelle. En effet, il est actuellement difficile de trouver des diététiciennes ou nutritionnistes volontaires pour se déplacer à domicile. Les laboratoires se saisissent de

47

cette thématique et propose un accompagnement nutritionnel lors de la livraison de matériel médical. Mais il faudrait que les HAD puissent se reposer sur le CLAN ou disposer d'un temps de nutritionniste partagée entre plusieurs HAD

L'intervention ré éducationnelle en HAD est actuellement difficile du fait de la difficulté de trouver des kinésithérapeutes qui acceptent de se déplacer au domicile et qui accepte de tracer leurs actes. Pourtant, disposer de temps de kinésithérapeutes au sein d'une HAD polyvalente pourrait permettre de développer des prises en charge de qualité au domicile du patient pour des pathologies neurologiques ou de la rééducation post chirurgicale. Une collaboration avec des établissements de soins de suite et de réadaptation pourrait éventuellement permettre de disposer de temps partagé de kinésithérapeutes.

### **3) Promouvoir une structuration régionale de l'HAD**

Trois mesures sont proposées :

- a) **La création d'un groupe de partage d'expérience afin d'améliorer la qualité de la prise en charge.**

Dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles, certaines HAD ont engagé des réflexions innovantes sur les prises en charge :

- à l'issue de l'EPP sur la nutrition, une HAD a créé dans le dossier patient au domicile, une feuille de suivi à destination de la famille afin que celle-ci puisse déceler des symptômes de dénutrition ;
- mise en place de dispositif de suivi de la douleur.

Ce groupe de partage pourrait donc avoir vocation à améliorer la qualité des soins à domicile en assurant notamment l'harmonisation :

- des critères d'admission,
- des protocoles de transfert vers les structures d'amont et d'aval,
- des protocoles de prise en charge des principales pathologies,
- de la structure et du contenu du dossier médical,
- de la formation professionnelle des personnels.

- b) **Mise en place d'un groupe de travail régional sur l'harmonisation des conventions**

Le travail collaboratif est un élément fondamental dans la prise en charge en HAD. Mais pour qu'un partenariat soit de qualité et se renforce dans le temps, il lui faut se baser sur une convention formalisée. Le groupe de travail pourrait en premier lieu travailler sur une harmonisation des conventions avec les infirmières libérales. Cette convention cadre régionale pourrait reprendre les grandes recommandations faites dans le cadre de la présente évaluation.

48

D'autres conventions doivent également faire l'objet d'une réflexion partagée (convention avec les EHPAD, ...).

**c) Création d'un groupe de réflexion régional pour l'informatisation des dossiers patients situés au domicile.**

L'évaluation a révélé certaines difficultés sur la traçabilité du dossier patient et la transmission rapide des informations relatives à l'évolution de l'état de santé du patient. L'outil informatique pourrait être un moyen pour pallier à ces difficultés. Le groupe de réflexion pourrait définir clairement les besoins des structures et analyser les différentes solutions informatiques envisageables. Ce travail pourrait être animé par le chargé de mission système d'information de l'ARH.

**4) Recommandations relatives au codage de l'activité**

L'évaluation médicale a révélé des marges de progressions importantes concernant le recueil des informations médicales. Outre le défaut d'exhaustivité du dossier du patient, dans un certain nombre de cas, les modes de prises en charge retenus ne respectaient pas les consignes de codage et ne correspondaient pas à la prise en charge réellement effectuée.

Il est donc proposé de mettre en place au niveau du COTRIM un groupe de travail spécifique pour l'HAD (comme cela a par ailleurs été fait pour le SSR). Ce groupe régional HAD sera composé des médecins coordonnateurs en charge du codage de l'activité.



Agence Régionale de l'Hospitalisation de Picardie

Arrêté ARH n° 090428 révisant le schéma régional d'organisation sanitaire de la région Picardie pour la période 2006-2011

Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation de Picardie,

Vu le code de la santé publique et notamment ses articles L.6115-3, L.6121-1 à L.6121-4, L.6121-9, L.6122-10-1, L.6131-2, R.6121-1 à R.6121-3, R.6122-8, R.6122-25, R.6122-26, R.6122-42, R.6131-11 et D.6121-6 à D.6121-10 ;

Vu l'arrêté du 12 septembre 2008 modifiant l'arrêté du 27 avril 2004 pris en application de l'article L.6121-1 du code de la santé publique fixant la liste des matières devant figurer obligatoirement dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire ;

Vu l'arrêté du 10 juin 2005 fixant le ressort territorial des conférences sanitaires de la région Picardie ;

Vu l'arrêté du 16 mars 2006 modifié le 23 mars 2007, le 17 septembre 2008 et le 12 novembre 2008 fixant le schéma régional d'organisation sanitaire de la région Picardie pour la période 2006-2011 ;

Vu les avis et observations formulés par les conférences sanitaires des territoires :

- Nord Ouest, consultée le 15 juin 2009,
- Sud Ouest, consultée le 27 mai 2009,
- Nord Est, consultée le 27 mai 2009,
- Sud Est, consultée le 8 juin 2009,

Vu l'avis favorable et les observations formulées par le comité régional de l'organisation sanitaire lors de sa séance du 22 juin 2009 ;

Vu l'avis favorable et les observations formulées par le comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale lors de sa séance du 10 juin 2009 ;

Vu l'avis favorable de la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation de la région Picardie consultée le 28 juillet 2009 ;

**ARRETE**

**Article 1er :** Le volet « cancérologie » du schéma régional d'organisation sanitaire de la région Picardie pour la période 2006-2011 est modifié tel qu'annexé à la présente décision.

**Article 2 :** Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours hiérarchique auprès du ministre chargé de la santé dans un délai de deux mois à compter de sa publication, sans constituer un préalable obligatoire au recours contentieux.

**Article 3 :** La directrice régionale des affaires sanitaires et sociales de Picardie, les directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales de l'Aisne, de l'Oise et de la Somme et les directeurs des services des organismes d'assurance maladie, membres de la commission exécutive

de l'agence régionale de l'hospitalisation, sont chargés chacun en ce qui le concerne de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs des préfectures de l'Aisne, de l'Oise et de la Somme et consultable aux sièges de l'agence régionale de l'hospitalisation, des directions régionale et départementales des affaires sanitaires et sociales ainsi que sur leurs sites internet respectifs.

Fait à Amiens, le 30 JUIL. 2009



Pascal FORCIOLI



Agence Régionale de l'Hospitalisation de Picardie

## 2<sup>ème</sup> révision du SROS 3 de Picardie

### CHAPITRE 11

## PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER

Le présent volet se substitue au chapitre 11 du SROS 3 publié en date du 31 mars 2006.

### 1. REFERENTIELS

#### 1.1. La révision du volet cancérologie est motivée par les derniers textes réglementaires :

- Décret n° 2007-388 du 21 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer et modifiant le code de la santé publique,
- Décret n° 2007-389 du 21 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de traitement du cancer,
- Arrêté du 29 mars 2007 fixant les seuils d'activité minimale annuelle applicables à l'activité de soins de traitement du cancer,
- Circulaire n° DHOS/O/INCa/2008/101 du 26 mars 2008 relative à la méthodologie de mesure des seuils de certaines activités de soins de traitement du cancer,
- Circulaire DHOS du 11 juin 2007 relative à la sécurisation de la pratique de la radiothérapie oncologique,
- Circulaire DHOS CNAMTS du 25 septembre 2007 relative aux réseaux régionaux de cancérologie.

#### 1.2. A ces dispositions réglementaires s'ajoutent les critères d'agrément de l'INCa concernant la pratique de la radiothérapie, de la chimiothérapie et de la chirurgie :

Ceux-ci ont été publiés sur le site internet de l'INCa depuis le 16 juin 2008 et confirmés par avis de la DHOS.

#### 1.3. Autres références :

- Plan Cancer du 24 mars 2003,
- Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique,
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé,
- Loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie,
- Circulaire DHOS/SDO n° 2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie,
- Circulaire n° DHOS/O n° 2004/161 du 29 mars 2004 relative à l'organisation des soins en

cancérologie pédiatrique,

- Circulaire n° DHOS/SDO n° 2002/299 du 3 mai 2002 relative à l'organisation des soins en cancérologie : actualisation pour la radiothérapie du volet cancérologie du SROS,
- Circulaire DHOS n° 101 du 5 mars 2004 relative à la révision des SROS de 3<sup>ème</sup> génération,
- Circulaire du 28 octobre 2004 relative aux comités de patients au sein des établissements de santé exerçant une activité de traitement du cancer.

## 2. ETAT DES LIEUX

### 2.1. EQUIPEMENTS :

Il s'agit des équipements autorisés au 1<sup>er</sup> juin 2008.

#### TDM :

Territoire	Site	Public	Privé	GIE	Total
NO : 10	AMIENS	3	3		6
	ABBEVILLE	1	1		2
	DOULLENS			1 (non installé)	1
	MONTDIDIER	1 (non installé)			1
NE : 6	PERONNE	1			1
	CHAUNY			1	1
	ST QUENTIN	1	1		2
	LAON	1			1
SO : 8	HIRSON	1			1
	CREIL			2	2
	SENLIS		1		1
	BEAUVAIS		2	2	4
SE : 5	CLERMONT	1			1
	CHATEAU THIERRY	1			1
	SOISSONS	1			1
	COMPIEGNE	1	1		2
Total	NOYON			1	1
		13	9	7	29

#### IRM

Territoire	Site	Public	Privé	GIE	Total
NO : 5	AMIENS	2	2		4
	ABBEVILLE			1	1
NE : 2	ST QUENTIN	1		1	2
SO : 4	CREIL			1	1
	SENLIS			1	1
	BEAUVAIS			2	2
SE : 4	SOISSONS			1	1
	COMPIEGNE			2	2
	CHATEAU THIERRY	1			1
Total		4	2	9	15

#### Caméra à scintillation non munie de détecteur d'émission de position en coïncidence

Territoire	Site	Public	Privé	GIE	Total
NO	AMIENS	4	1		5
NE	SAINT QUENTIN		2		2
SO	BEAUVAIS	1			1

SE	CREIL	2		2
	SOISSONS		2	2
	COMPIEGNE			2
Total		5	7	14

#### Tomographes à émissions et caméras à positons

Territoire	Site	Public	Privé	GIE	total
NO	AMIENS	1		1	2
NE	SAINT QUENTIN		1		1
SO	CREIL		1		1
SE					0
Total		1	2	1	4

### 1.4. DEMOGRAPHIE MEDICALE

Afin d'analyser la démographie médicale au regard du décret n° 2007-389 concernant les qualifications médicales (détaillées dans le chapitre chimiothérapie), c'est la qualification ordinale qui a été retenue, ainsi que la discipline complémentaire d'exercice. Ce décret ne reconnaît donc pas les praticiens non qualifiés en cancérologie ou possédant des formations non qualifiantes (diplôme universitaire, ...) mais possédant toutefois une expérience professionnelle importante dans la prise en charge des patients atteints de cancer. Pour remédier à ce problème, l'INCa a signalé qu'une VAE (Validation des Acquis et de l'Expérience) est envisagée. Une commission nationale sera mise en place en 2009 en vue d'une modification par décret. Les établissements auront un délai de 18 mois après la notification de l'autorisation pour envoyer à l'ARH la liste des praticiens compétents.

Les données suivantes proviennent de l'annuaire de l'ordre national des médecins au 1<sup>er</sup> juin 2008. Les âges proviennent du fichier Adeli de la DRASS.

Les équivalences en temps de travail ont été recueillies auprès des directions des affaires médicales des établissements publics et auprès des praticiens.

Les densités proviennent de la DRESS – Adeli 01.01.05 – INSEE 2003.

Ces données ne sont pas le reflet de la réalité dans les services, car les praticiens spécialistes non qualifiés, les assistants, et les internes ne sont pas comptabilisés. En effet, il n'a pas été possible de lister tous les praticiens participant à la prise en charge des patients atteints de cancer, en particulier pour les chirurgiens qui n'auront pas l'obligation d'être qualifiés en cancérologie.

#### ONCOLOGUES MEDICAUX

TERRITOIRE	SITE	NOMBRE	ETP	AGE
NO	AMIENS CHU	2	2	37 – 47
NE	ST QUENTIN CH	2 (dont 1 MG qualifié en cancérologie à 0.5 ETP)	1,5	39 – 67
		(1 en attente de qualification ordinale)		
SO	BEAUVAIS CH	2	2	48 – 58
	CREIL CH	1	1	62
	SENLIS CH	1	1	44
SE	COMPIEGNE CH	1	1	62
		0	0	-
	SOISSONS CH	(1 inscription ordinale en cours)		

<b>TOTAL</b>	8 (+ 3 en cours)	7.5	Moyenne : 44.75
--------------	---------------------	-----	-----------------

Pour les oncologues, l'évolution démographique est en augmentation puisque selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins, l'effectif était de 5 pour toute la Picardie en 2004. Si on anticipe les 3 départs en retraite des praticiens de 58 ans et plus et les futurs qualifiés, l'effectif total resterait à 8, sans compter d'éventuels recrutements des internes actuellement en cours de formation au CHU d'Amiens.

Le territoire le plus en difficulté est le Sud-est avec un seul oncologue en activité à l'horizon 2011. La densité régionale est de 0,445 pour 100 000 habitants (densité inférieure à 0,44 en 2003 selon l'INSEE). Cette densité est calculée pour une population de 1 908 587 habitants, projection 2010 de l'INSEE après les recensements de 1990 et 1999, et sur le nombre de praticiens.

#### HEMATOLOGUES QUALIFIES OU NON EN CANCEROLOGIE

TERRITOIRE	SITE	NOMBRE	ETP	AGE
NO	AMIENS CHU	6	4.7	41 - 42 - 51 - 55 - 59 - 39
	ABBEVILLE CH	1	1	41
NE	ST QUENTIN CH	1 (1 en cours de qualification ordinale)	0.8	39
SO	BEAUVAIS	1	1	49
	SENLIS	1	1	43
	CREIL	2	2	41- 62
SE	COMPIEGNE CH	2	2	40 - 43
<b>TOTAL</b>		<b>14</b>	<b>12.5</b>	<b>Moyenne : 46,62</b>

Un seul praticien a plus de 58 ans. La densité régionale, de 0,629 pour 100 000 habitants, est en progression puisqu'elle était inférieure à 0,16 en 2003 (selon l'INSEE).

#### RADIOTHERAPEUTES

Il est à noter que tous les radiothérapeutes de la région Picardie exercent également des fonctions en oncologie médicale. Un seul exerce exclusivement en oncologie médicale.

TERRITOIRE	SITE	NOMBRE	ETP	AGE
NO	AMIENS CHU	2	1.5	43 - 53
	AMIENS CLIN. EUROPE	2	2	49 - 54
NE	ST QUENTIN CH	2	2	53 - 54
	ST QUENTIN ST CLAUDE	1 (exerce exclusivement en oncologie médicale)	1	58
SO	BEAUVAIS CH	3	3	43 - 44 - 52
	CREIL CENTRE DE RT*	3	1.5	48 - 58 - 58
SE	COMPIEGNE CH	1	1	51
	COMPIEGNE Centre de RT*	3	1.5	48 - 58 - 58
<b>TOTAL</b>		<b>14</b>		<b>Moyenne : 51,3</b>

\*Il s'agit de la même SCP, avec 3 radiothérapeutes temps plein se partageant sur les 2 sites.

Le nombre de radiothérapeutes est en baisse puisque depuis 2004, 3 praticiens ont quitté leurs fonctions (départ ou retraite).

On peut estimer ce nombre à 11 à l'horizon 2011, en ne prenant en compte que les radiothérapeutes exerçant la radiothérapie et en anticipant les départs en retraite.

La densité régionale actuelle est de 0,734 pour 100 000 habitants (entre 0,87 et 1,08 en 2003 selon

l'INSEE).

#### SPECIALISTES MEDICAUX QUALIFIES EN CANCEROLOGIE

Les médecins oncologues ayant une autre spécialité ont été exclus car ils sont comptabilisés dans le premier tableau.

SPECIALITE	NOMBRE PAR TERRITOIRE				TOTAL
	NO	NE	SO	SE	
GASTRO-ENTEROLOGIE	4	3	1	2	10
PNEUMOLOGIE	1	3	5	3	12
MEDECINE INTERNE	1	0	1	1	3
DERMATOLOGIE	1	0	0	0	1
GYNECOLOGIE	1	0	0	0	1
PEDIATRIE	1	0	1	0	2
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>29</b>

#### SPECIALISTES CHIRURGICAUX QUALIFIES EN CANCEROLOGIE

Les chirurgiens généralistes qualifiés également en urologie ont été répertoriés uniquement dans la colonne chirurgie générale.

SPECIALITE	NOMBRE PAR TERRITOIRE				TOTAL
	NO	NE	SO	SE	
CHIRURGIE GENERALE	1	2	1	0	4
UROLOGIE	2	0	0	1	3
GYNECO-OBSTETRIQUE	1	0	0	0	1
ORL	2	0	0	0	2
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>10</b>

#### ANATOMOPATHOLOGISTES

TERRITOIRE	SITE	NOMBRE
NO	AMIENS CHU	4
	AMIENS : 2 cabinets libéraux	4 + 1
	ABBEVILLE : 1 cabinet libéral	3
NE	ST QUENTIN CH	2
	ST QUENTIN : 1 cabinet libéral	1
SO	BEAUVAIS CH	1
	CREIL CH	1
	CREIL : 1 cabinet libéral	2
SE	COMPIEGNE CH	1
	COMPIEGNE : 1 cabinet libéral	3
<b>TOTAL</b>		<b>11</b>

#### MEDECINS SPECIALISTES EN MEDECINE NUCLEAIRE

TERRITOIRE	SITE	NOMBRE
NO	AMIENS CHU	4
	AMIENS CLIN. EUROPE	3
NE	ST QUENTIN ST CLAUDE	2
SO	BEAUVAIS CH	2
SE	COMPIEGNE CIMA	2
	SOISSONS Centre de MN	1
<b>TOTAL</b>		<b>14</b>

TOTAL	309	393	311	368	59 (4%)	1440
-------	-----	-----	-----	-----	------------	------

### 2.3. ETUDE DES FLUX

Le SROS 3 avait conclu à un taux de fuite important pour la prise en charge chirurgicale. L'actualisation a été réalisée uniquement pour cette activité, à partir des séjours (GHM) du PMSI 2006 (chiffres validés par l'ATIH). Les données ont été affinées par type de pathologie chirurgicale.

#### Toute chirurgie carcinologique

SITE	PROVENANCE DES PATIENTS					TOTAL
	1/NE	2/NO	3/SE	4/SO	5/ Hors Pic	
1/NE	898	7	16	0	20 (2.13%)	941
2/NO	133	2105	74	157	216 (8.04%)	2685
3/SE	30	3	1039	109	26 (2.15%)	1207
4/SO	0	1	19	1110	64 (5.36%)	1194
5/ Hors Pic	701 (39.78%)	216 (9.26%)	540 (32.99%)	672 (32.81%)	5	2134 (26.15%)
TOTAL	1762	2332	1688	2048	331 (4.05%)	8161

Sur la ligne 5 figurent les taux de fuites par territoire et pour toute la Picardie.  
Sur la colonne 5 figurent les taux d'attractivité par territoire et pour toute la Picardie.

#### Chirurgie carcinologique mammaire

SITE	PROVENANCE DES PATIENTS					TOTAL
	1/NE	2/NO	3/SE	4/SO	5/ Hors Pic	
1/NE	221	2	11	0	4 (1.68%)	238
2/NO	29	511	28	53	47 (7.04%)	668
3/SE	6	0	218	23	11 (4.26%)	258
4/SO	0	0	7	233	12 (4.76%)	252
5/ Hors Pic	205 (44.47%)	61 (10.63%)	161 (37.88%)	246 (44.32%)	4	677 (32.35%)
TOTAL	461	574	425	555	78 (3.73%)	2093

#### Chirurgie carcinologique digestive

SITE	PROVENANCE DES PATIENTS					TOTAL
	1/NE	2/NO	3/SE	4/SO	5/ Hors Pic	
1/NE	179	2	0	0	5 (2.68%)	186
2/NO	20	355	10	21	35 (7.94%)	441
3/SE	7	1	244	26	6 (2.11%)	284
4/SO	0	1	4	234	13 (5.16%)	252
5/ Hors Pic	103 (33%)	34 (9%)	53 (17%)	87 (24%)	0	277 (19.24%)

#### Chirurgie carcinologique urologique

SITE	PROVENANCE DES PATIENTS					TOTAL
	1/NE	2/NO	3/SE	4/SO	5/ Hors Pic	
1/NE	374	2	2	0	9 (2%)	387
2/NO	68	810	26	56	90 (9%)	1050
3/SE	13	2	429	44	8 (2%)	496
4/SO	0	0	6	456	27 (6%)	489
5/ Hors Pic	168 (27%)	46 (5%)	132 (22%)	141 (20%)	0	487 (17%)
TOTAL	623	860	595	697	134 (5%)	2909

#### Chirurgie carcinologique gynécologique

SITE	PROVENANCE DES PATIENTS					TOTAL
	1/NE	2/NO	3/SE	4/SO	5/ Hors Pic	
1/NE	53	0	2	0	2 (4%)	57
2/NO	5	148	1	9	11 (6%)	174
3/SE	4	0	89	8	0 (0%)	101
4/SO	0	0	0	93	3 (3%)	96
5/ Hors Pic	49 (44%)	10 (6%)	31 (25%)	43 (28%)	0	133 (24%)
TOTAL	111	158	123	153	16 (3%)	561

#### Chirurgie carcinologique ORL et maxillo-faciale

SITE	PROVENANCE DES PATIENTS					TOTAL
	1/NE	2/NO	3/SE	4/SO	5/ Hors Pic	
1/NE	56	1	1	0	0 (0%)	58
2/NO	11	180	8	15	26 (11%)	240
3/SE	0	0	49	7	0 (0%)	56
4/SO	0	0	2	81	9 (10%)	92
5/ Hors Pic	61 (48%)	22 (11%)	82 (58%)	64 (38%)	0	229 (34%)

TOTAL	128	203	142	167	35 (5%)	675
-------	-----	-----	-----	-----	------------	-----

### Chirurgie thoracique

SITE	PROVENANCE DES PATIENTS					TOTAL
	1/ NE	2/ NO	3/ SE	4/ SO	5/ Hors Pic	
1/ NE	21	0	0	0	0 (0%)	21
2/ NO	0	110	1	3	7 (6%)	121
3/ SE	0	0	15	1	1 (6%)	17
4/ SO	0	0	0	20	0 (0%)	20
5/ Hors Pic	121 (85%)	49 (31%)	82 (84%)	93 (79%)	1	346 (66%)
TOTAL	142	159	98	117	9 (2%)	525

Pour la chirurgie thoracique, en 2006, un seul site situé dans le territoire Nord-Ouest a une grosse activité. Depuis, un 2<sup>ème</sup> site a été implanté dans ce territoire.

### Analyse des flux

Pour la chirurgie carcinologique tous actes confondus, le taux de fuite pour toute la Picardie est de 26% environ. C'est le territoire Nord-Ouest qui a le taux de fuite le moins important (9% environ). Avec près de 40%, le territoire Nord-Est a le taux de fuite le plus important.

Hormis le cas particulier de la chirurgie thoracique, c'est pour la chirurgie ORL et maxillo-faciale que le taux de fuite est le plus important (34%) suivie par la chirurgie mammaire (32%). Les taux sont les moins importants pour la chirurgie urologique (17%) et digestive (19%).

Le taux de fuite important pour la chirurgie thoracique est expliqué par une offre de soins insuffisante qu'il est nécessaire de renforcer.

Le territoire Nord-Est a le taux de fuite le plus important pour toutes les activités chirurgicales sauf une : de 27% pour la chirurgie urologique à 48% pour la chirurgie ORL et maxillo-faciale. Le territoire Sud-Ouest a également un taux de fuite important.

L'attractivité de la région Picardie est faible : 4% tous actes confondus (jusqu'à 5% pour la chirurgie urologique et ORL-maxillo-faciale). C'est le territoire Nord-Ouest qui a le taux d'attractivité le plus important : 8% tous actes confondus, jusque 11% pour la chirurgie ORL et maxillo-faciale.

### Causes des fuites en dehors de la Picardie :

- Attractivité des centres : absence de Centre de Lutte Contre le Cancer dans la région Picardie, attractivité et proximité de gros centres extrarégionaux,
- Réalités géographique et démographique de la région Picardie (excentration du CHU, réseau routier, densité de population prédominant en périphérie de la région),
- Flux migratoires professionnels et familiaux notamment vers la région parisienne,
- Adressage des patients (professionnels issus de faculté hors de la Picardie, flux historiques vers certains grands centres hors de la Picardie),

- Volonté de confidentialité de la part du patient (maladie et handicap non encore totalement assumés dans une région rurale),
- Les fuites ne peuvent pas s'expliquer par une offre de soins insuffisante en qualité ou en quantité (démographie médicale, plateaux techniques, délais d'attente...)

### 2.4. DEPISTAGE

Deux cancers bénéficient d'un dépistage organisé :

- le cancer du sein par mammographie annuelle pour les femmes de 50 à 74 ans : taux de participation en Picardie de 50%, en augmentation constante (objectif à atteindre de 80%) ;
- le cancer du colon pour les patients âgés de plus de 50 ans par un test des selles au gaïac : dépistage organisé débutant au 2<sup>ème</sup> semestre 2008.

Pour la région Picardie, 3 associations se partagent la gestion du dépistage organisé : Adema 80 (Somme), Aisne Préventis (Aisne) et ADCASO (Oise).

D'autres cancers bénéficient d'un dépistage individuel :

- le cancer du col de l'utérus,
- le cancer de la prostate,
- le mélanome de la peau.

### 2.5. MISE EN ŒUVRE DU PLAN CANCER EN PICARDIE

Mesure 1 : Soutenir les registres du cancer et développer le système d'épidémiologie nationale de l'Institut national de Veille Sanitaire (InVS)	- Un seul registre du cancer généraliste dans la Somme (en cours de requalification) - La fonction épidémiologique du réseau ONCOPIC a été confiée au registre (selon convention signée) - Possibilité de régionalisation du registre pour les cancers du sein, du colon et de l'utérus à moyen terme
Mesure 29 : Assurer d'ici 2007 la couverture de l'ensemble des régions françaises par un réseau régional du cancer coordonnant l'ensemble des acteurs du soin	Finalisé : Réseau régional ONCOPIC agréé par l'INCa
Mesure 30 : Assurer au sein de chaque région la constitution d'un pôle régional de cancérologie	- Pas de pôle régional actuellement - Création en cours d'un pôle régional au CHU d'Amiens à vocation d'enseignement et de recherche - Filières de recours complémentaires entre les établissements

Mesure 31 : Faire bénéficier 100% de nouveaux patients atteints de cancer d'une <b>concertation pluridisciplinaire</b> autour de leur dossier.	Finalisation en cours : montée en charge selon les modalités du contrat état-agence : 75% en 2008 et 100% en 2009 sous réserve de l'enregistrement des RCP déclarées par les établissements de santé dans le cadre du dossier communiquant régional (M2C2)
Synthétiser le parcours thérapeutique prévisionnel issu de cette concertation sous la forme d'un « <b>programme personnalisé de soins</b> » remis au patient	En cours de formalisation dans le cadre des 3C (objectif prévisible en 2009)
Mesure 32 : Identifier les Centres de <b>Coordination en Cancérologie (3C)</b> dans chaque établissement traitant des patients <b>cancéreux</b>	Finalisé : 12 « 3C » en Picardie Harmonisation de leurs missions en cours dans le cadre du réseau
Mesure 33 : Faciliter la prise en charge et le suivi de proximité des patients atteints de cancer par une meilleure insertion des médecins généralistes dans les réseaux de soins en <b>cancérologie</b>	Réseaux locaux : Réseau de cancérologie du Beauvaisis financé (FIQCS) et opérationnel
Mesure 34 : Assurer d'ici 2007 l'existence d'un <b>dossier communiquant</b> au sein de chaque réseau de <b>cancérologie</b>	Finalisé : <b>Dossier M2C2</b> jusqu'à son remplacement par le DCC Picardie définitif
Mesure 35 : Favoriser la diffusion large et surtout l'utilisation des recommandations de pratique clinique et leur accessibilité aux patients	Diffusion aux membres du réseau (référentiels, documents Inca, FNCLCC) et mise en ligne sur le site oncopic.com en cours (fin 2008)
Mesure 36 : Etablir les <b>critères d'agrément</b> pour la pratique de la cancérologie dans les établissements publics et privés	- Finalisé : Critères d'agrément de l'INCa publiés - Cahiers des charges et Chartes des établissements autorisés et associés approuvés par les établissements du réseau (début 2007)
Mesure 37 : Améliorer la prise en charge des <b>enfants atteints de cancer</b> par la mise en place d'une organisation adaptée de soins	- Mise en place d'un dispositif spécifique (annonce, PPS, soins de support) en pédiatrie au CHU - Réflexion en cours pour un réseau interrégional en oncopédiatrie
Mesure 38 : Mieux adapter les modes de prises en charge et les traitements aux spécificités des <b>personnes âgées</b>	- UPCOG sud de l'Oise opérationnel - Formation oncogériatrie à partir de 2008 organisée par ONCOPIC - Une équipe mobile d'oncogériatrie dans le territoire Sud-Ouest (CH de Senlis). Nécessité de 1 à 2 équipes par territoire.

Mesure 39 : Rendre le système de prise en charge du cancer transparent et compréhensible pour les patients en développant, au plus près des lieux de vie, les <b>points d'information sur le cancer</b>	- Point Accueil Ecoute Cancer Somme à Amiens - Point solidarité cancer à Saint-Quentin - Comité de patients en cancérologie au CH de Soissons - Point information cancer au CH de Compiègne - Déploiement régional à venir (ONCOPIC) - Engagement par le CPOM des établissements autorisés pour mettre en place un point d'information
Mesure 40 : Permettre aux patients de bénéficier de meilleures conditions <b>d'annonce du diagnostic</b> de leur maladie	Formation au dispositif d'annonce des paramédicaux organisée par ONCOPIC en 2008
Mesure 41 : Faciliter la <b>chimiothérapie à domicile</b> et plus généralement les soins à domicile	La pratique de la chimiothérapie parentérale en HAD semble peu développée en Picardie. Un état des lieux précis sera effectué fin 2008.
Mesure 42 : Accroître les possibilités pour les patients de bénéficier de <b>soins de support</b> , en particulier prise en compte de la douleur et <b>soutien psychologique et social</b>	Formation des paramédicaux aux soins de support (suite du dispositif d'annonce) prévue fin 2008
Mesure 43 : soutenir le développement des <b>soins palliatifs</b> , dont 80% de l'activité est consacrée au cancer, dans le cadre du programme national de développement des soins palliatifs	5 réseaux de soins palliatifs : - Soins continus du compiégnais, - RSPHP (St Quentin), - Cécilia (Soissons), - Palpi (Somme), - ACSSO (Sud Oise). Une USP par territoire (Amiens, La Fère, Compiègne, Senlis) Au 31/12/07, 70 lits identifiés en soins palliatifs (LISP) ont été recensés pour la région Picardie. Un des objectifs du contrat état-agence est l'amélioration de la qualité de vie des patients atteints de cancer en développant les soins palliatifs et les soins de support.
Mesure 44 : augmenter nettement le parc d'appareils de diagnostic et de suivi des cancers (IRM, Scanner, TEP) avec les moyens et ressources humaines adéquates, afin de réduire les attentes à l'accès de ces dispositifs et de favoriser des diagnostics plus précoces, en particulier pour le cancer de l'enfant et les cancers à évolution rapide	Par rapport au SROS 3 (autorisations au 01/07/05), l'augmentation du nombre d'appareils est la suivante : - IRM de 12 à 15, - TDM de 21 à 29, - TEP de 3 à 4.
Mesure 45 : Rénover rapidement le parc d'appareils de <b>radiothérapie</b> , afin de stopper le retard pris depuis plusieurs années, et de mettre à disposition des patients les techniques nouvelles, plus efficaces et moins invalidantes.	Renouvellement en cours (cf. chapitre radiothérapie)

Mesure 46 : rapprocher les modes de financement des médicaments et dispositifs onéreux et innovants dans le public et le privé afin de garantir une équité d'accès à ces dispositifs pour les patients	- Liste ministérielle Hors – GHS - Financement propre à la Picardie délivré sur les indications de l'OMEDIT
Mesure 47 : développer l'évaluation des nouvelles molécules de cancérologie, par un suivi public des études post AMM	Projet régional de groupe de travail pluridisciplinaire copiloté par l'OMEDIT et ONCOPIIC
Mesure 48 : répondre à la surcharge actuelle des structures de soins dans le domaine de la cancérologie, en redonnant aux médecins et aux soignants plus de temps médical	Au total, pour les années 2005 à 2007, 21 postes temps plein de secrétaire ont été financés par l'ARH dans le cadre du plan cancer
Mesure 49 : développer l'anatomopathologie et l'hématologie biologique en favorisant l'implantation hospitalière des innovations diagnostiques validées	Intérêt d'une mutualisation des ressources humaines et de l'environnement technique
Mesure 50 : Poursuivre le programme de soutien à la création et au renforcement des tumorothèques hospitalières à visée thérapeutiques	- Tumorothèque constituée mais à développer sur le plan régional. - Demande de financement à l'ARH de temps technicien anatomo-pathologiste (partagé) pour les prélèvements
Mesure 66 : les pôles régionaux de cancérologie (principalement CHU et CLCC) qui disposent d'un potentiel particulier en matière de recherche et d'innovation peuvent décider de constituer un <b>cancéropôle</b> , en associant éventuellement un ou plusieurs partenaires extérieurs	Finalisé : <b>Cancéropôle « Nord-Ouest »</b> : Lille, Amiens, Rouen et Caen (G4), reconnu par l'INCa + autres partenaires (UPJV Amiens, Université de technologie de Compiègne, université de Louvain en Belgique)

Mesure 67 : Donner une impulsion forte à la recherche sur le cancer, au travers de la définition d'une stratégie nationale de recherche et de financements d'appui à cette stratégie	Une équipe mobile régionale de recherche clinique comportant un assistant de recherche clinique (ARC) et un Technicien d'études cliniques (TEC) opérationnelle en septembre 2008
--	--

### 3. ORIENTATIONS

#### 3.1. OBJECTIFS GENERAUX DU SROS 3

Les objectifs généraux du SROS 3 pour ce qui concerne l'offre de soins en cancérologie sont les suivants :

##### ► L'amélioration continue de la qualité de la prise en charge du patient atteint de cancer

Elle repose sur :

- un accès rapide au diagnostic de cancer,
- des conditions d'annonce améliorées et individualisées,
- l'information sur l'orientation du patient et sur les soins prévus au sein du dispositif,
- l'information sur l'analyse bénéfice-risque des actes envisagés, le recueil et la traçabilité du consentement éclairé du patient,
- la définition d'une stratégie de traitement qui s'appuie sur la pluridisciplinarité et la complémentarité des acteurs de soins et sur des référentiels validés et régulièrement

- actualisés,
- la définition et la remise au patient d'un programme personnalisé de soins (PPS) permettant un parcours individuel optimisé,
- un accès à des traitements de qualité dans les meilleurs délais, notamment pour ce qui concerne la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie,
- un accès aux soins de support facilité,
- le développement de la recherche clinique et fondamentale aux niveaux régional et inter-régional,
- le développement continu des innovations thérapeutiques dans un cadre scientifiquement maîtrisé,
- la mise en place d'une tumorothèque régionale,
- la prise en charge globale du patient et la continuité des soins avec le domicile et avec les urgences en cas de passage du patient aux urgences,
- l'accompagnement des bénévoles et des aidants,
- l'accompagnement du patient à la réinsertion sociale,
- l'évaluation de la satisfaction du patient.

##### ► La gradation de l'organisation des soins

Elle vise à garantir :

- l'accessibilité de tous aux traitements spécifiques du cancer et aux soins de support au niveau des territoires de santé, en favorisant l'organisation des soins en réseaux,
- l'accessibilité de tous aux traitements de recours et aux innovations au niveau régional,
- la coordination des soins au sein de chaque établissement de santé participant à la prise en charge du cancer,
- l'amélioration continue des compétences et l'évaluation pluridisciplinaire des pratiques professionnelles.

Le SROS 3, dans l'attente des textes réglementaires sur le dispositif des autorisations, avait déjà simplifié l'organisation décrite dans le SROS 2 en deux niveaux :

- les sites autorisés pour la pratique d'une ou plusieurs activités spécifiques,
- les établissements associés qui délivreront des soins aux patients atteints de cancer sous la responsabilité d'un site autorisé.

#### 3.2. LE DISPOSITIF D'AUTORISATION, LES CONDITIONS D'IMPLANTATION ET LES CONDITIONS TECHNIQUES DE FONCTIONNEMENT

Les objectifs généraux du volet révisé du SROS 3 reprennent les objectifs généraux du SROS 3 ci-dessus. La prise en charge des patients atteints de cancer est maintenant encadrée par les textes réglementaires opposables.

Le principe d'une autorisation spécifique de traitement du cancer pour les établissements de santé est arrêté par décret du ministère de la santé en 2003. Par ailleurs, la mesure 36 du Plan Cancer charge l'Institut National du Cancer de définir les critères d'agrément de ces mêmes établissements. Cette mission est reprise dans la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004. Cette activité de soins, étant soumise à autorisation, est encadrée par des conditions d'implantation et des conditions techniques de fonctionnement. Les critères et les seuils ont été établis de façon concertée par les professionnels de santé, les représentants de patients et les pouvoirs publics dans le respect de plusieurs exigences : le libre choix du patient, la qualité des soins, l'information des malades, la sécurité et la proximité.

Ce dispositif d'autorisation répond à la demande exprimée par les malades du cancer aux états généraux de 1998 et de 2000 lorsqu'ils réclamaient « une égalité d'accès à des soins de qualité ». De même, les principaux enjeux du plan Cancer que sont l'équité, l'égalité d'accès aux soins et le décloisonnement des acteurs de la cancérologie seront remplis pour le plus grand bénéfice des patients atteints de cancer quelles que soient leur position géographique et leur condition sociale.

Le dispositif d'autorisation commencera à se mettre en place fin 2008 pour être totalement effectif entre 2009 et 2012. L'autorisation sera donnée pour une durée totale de 5 ans.

Le décret n° 2007-388 du 21 mars 2007 précise les **conditions d'obtention de l'autorisation pour le traitement du cancer** :

- L'autorisation est accordée pour une ou plusieurs des pratiques suivantes :
  - o chirurgie des cancers,
  - o radiothérapie externe, curiethérapie, dont le type est précisé,
  - o utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées,
  - o chimiothérapie ou autres traitements médicaux spécifiques.
- L'autorisation ne peut être délivrée ou renouvelée que si le demandeur respecte les **seuils d'activité minimale annuelle** :
  - o Ces seuils sont publiés dans l'arrêté du 29 mars 2007 pour l'activité de radiothérapie, chimiothérapie et certaines spécialités chirurgicales,
  - o Le calcul des seuils doit être effectué selon la méthodologie de mesure des seuils exposée dans la circulaire N° DHOS/O/INCa/2008/101 du 26 mars 2008,
  - o Ils prennent en compte l'activité des 3 dernières années écoulées,
  - o A titre dérogatoire, la première autorisation peut être accordée si l'activité prévisionnelle annuelle est au moins égale à 80% du seuil, à condition que l'activité atteigne le seuil au plus tard 18 mois après la visite de conformité. Ce délai est porté à 36 mois pour la radiothérapie externe,
  - o L'activité minimale annuelle est mentionnée dans la décision d'autorisation comme engagement relatif au volume d'activité,
  - o Pour une autorisation sur plusieurs structures de soins, les seuils et l'activité minimale annuelle sont applicables à chacune des structures.
- Le titulaire de l'autorisation devra se mettre en conformité avec les conditions techniques de fonctionnement dans un délai de 18 mois après l'obtention de l'autorisation.
- Ne sont pas soumis à autorisation les membres d'un réseau territorial de cancérologie participant à la prise en charge de proximité : chimiothérapie prescrite par titulaire de l'autorisation, soins de suite ou soins palliatifs.

**Les obligations du demandeur** en matière de coordination et de qualité des soins sont précisées dans les décrets n° 2007-388 et n° 2007-389 du 21 mars 2007. L'autorisation ne peut être accordée que si le demandeur :

- Est membre d'une coordination des soins en cancérologie : réseau régional reconnu par l'INCa, ou à défaut un réseau territorial dont la convention constitutive a été approuvée par le DARH,
- Doit disposer d'une organisation assurant à chaque patient (mise en place éventuellement conjointement avec d'autres titulaires d'une autorisation de traitement du cancer) :
  - o L'annonce du diagnostic et d'une proposition thérapeutique fondée sur une concertation pluridisciplinaire traduite dans un programme personnalisé de soins remis au patient. Le projet thérapeutique et les changements significatifs d'orientation thérapeutique seront enregistrés en RCP,
  - o La continuité de la prise en charge et le cas échéant la coordination des soins. Il assure le traitement des complications et des situations d'urgence. Il doit signer une convention avec un établissement possédant un service de réanimation ou les moyens assurant la surveillance continue,
  - o La mise en œuvre de traitements conformes à des référentiels de bonne pratique clinique,
  - o L'accès aux soins et aux soutiens nécessaires.
- Satisfait aux critères d'agrément définis par l'INCa.

- Assure à chaque patient l'accès aux traitements innovants et aux essais cliniques.

La pratique de la radiothérapie et de la chimiothérapie est soumise à une **obligation de qualification médicale et paramédicale** précisée dans le décret n° 2007-389 du 21 mars 2007 (détaillée dans les chapitres spécifiques ci-dessous).

**Les dispositions réglementaires ont été complétées par la publication des critères d'agrément de l'INCa sur le site internet de l'INCa pour la pratique de la chirurgie, de la chimiothérapie et de la radiothérapie.** Ils seront opposables 18 mois après la date d'autorisation et ne devront pas être hiérarchisés.

### **3.3. ORGANISATION POUR DECLOISONNER L'OFFRE DE SOINS**

#### **3.3.1. POLE REGIONAL DE CANCEROLOGIE**

Le pôle régional de cancérologie rassemble les établissements de santé exerçant de façon commune ou complémentaire, en sus de leur activité standard de soins, des missions de recours et d'expertise, de recherche clinique et d'innovation.

Le pôle doit :

- Garantir pour tout patient, quel que soit le lieu de prise en charge initiale, un accès à des ressources de recours ;
- Mettre en place l'organisation et les critères permettant l'accès à ces ressources.

Le CHU d'Amiens sera le pôle régional de cancérologie de Picardie.

Il a vocation à déployer un projet de plateforme de biologie moléculaire, à proposer l'accueil des radiophysiciens en formation en stage, à participer plus amplement à des projets de recherche clinique régionaux et inetr régionaux, en synergie avec le « G4 ».

#### **3.3.2. RESEAUX**

Le réseau ONCOPIC est le seul réseau régional de cancérologie de Picardie. Il est agréé par l'INCa.

La mesure 29 du Plan Cancer 2003-2007 a identifié le réseau régional de cancérologie (RRC) comme une organisation pivot dans le champ sanitaire.

Les missions des RRC sont décrites dans la circulaire du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie, et complétées dans la circulaire du 22 septembre 2007 relative aux RRC :

- La promotion et l'amélioration de la qualité en cancérologie, en élaborant à partir des recommandations nationales les référentiels régionaux, en définissant les dossiers standards qui peuvent ne pas être discutés en RCP et ceux qui relèvent des RCP régionales de recours, en assurant une veille sur l'actualisation des référentiels et en développant des audits de qualité sur leur utilisation,
- La promotion d'outils de communication communs au sein de la région, en particulier le dossier communiquant de cancérologie,
- L'aide à la formation continue,
- Le recueil et l'analyse régionale des données relatives à l'activité de soins, alimentés notamment par les centres de coordination en cancérologie (3C),
- L'évaluation des pratiques au sein du réseau,
- L'information des professionnels et des patients.

Le cahier des charges des réseaux régionaux de cancérologie élaboré conjointement par l'INCa, la

DHOS et la CNAMTS constitue un document de référence structurant leurs missions et leurs actions. Les RRC signent désormais une convention tripartite.

Par ailleurs des réseaux territoriaux et infra territoriaux sont existants et amenés à se développer.

### 3.3.3. CENTRES DE COORDINATION EN CANCEROLOGIE (3C)

#### MISSIONS DES CENTRES DE COORDINATION EN CANCEROLOGIE

Les 3C ont été créés pour assurer la coordination des soins entre plusieurs acteurs dans le but d'améliorer la qualité et la performance d'un parcours thérapeutique s'étalant sur plusieurs mois.

Leurs missions (mesure 32 du plan Cancer), précisées dans la circulaire du 22 février 2005 visent 4 objectifs :

1. Engager les structures de soins dans une démarche d'assurance qualité en cancérologie pour assurer à tous les patients traités pour cancer la qualité et la sécurité des actes réalisés,
2. Rendre plus lisible l'organisation interne de la cancérologie au sein des établissements, indicateur de mobilisation des acteurs et favorisant la coordination des prises en charge des patients,
3. Mettre en place une traçabilité des pratiques,
4. Permettre le développement d'un suivi plus individualisé pour chaque patient en assurant à leur intention une fonction de point de contact et d'information.

Le Centre de Coordination en Cancérologie doit être officialisé en CME.

#### 3C DE PICARDIE

##### Etat des lieux des 3C de Picardie avec les participants aux RCP

TERRITOIRE	NOM DU 3 C	PARTICIPANTS AUX RCP
NO : 3	3C ABBEVILLE	Clinique Sainte Isabelle Centre Hospitalier d'Abbeville Clinique de l'Europe CHU Amiens sud
	3C AMIENS	CHU Amiens, Clinique Victor Pauchet, Polyclinique de Picardie, CH Abbeville, CH St Quentin, CH Laon, CH Compiègne, Polyclinique St Claude, CH Beauvais, CH Soissons, CH Creil, CH Senlis, Hôpital Privé de Chantilly, médecins libéraux, CHU Lille, CH Boulogne, Clinique Val d'Or à St Cloud.
	3C POLE HOSPITALIER PRIVE AMIENS SUD	Clinique de l'Europe Polyclinique de Picardie Clinique Victor Pauchet Médecins de ville
NE : 4	3C SAINT QUENTIN	Centre Hospitalier de Saint Quentin Centre Hospitalier de Péronne Polyclinique Saint Claude
	3C POLICLINIQUE ST CLAUDE	Polyclinique Saint Claude
	3C CHAUNY	Centre Hospitalier de Chauny
	3C LAON	Centre Hospitalier de Laon

SE : 3	3C COMPIEGNE	Centre Hospitalier de Compiègne Centre Hospitalier de Noyon Médecins de ville
	3C SAINT COME	Polyclinique Saint Côme
	3C CH SOISSONS	CH Soissons Institut Jean Godinot (Reims) Clinique Saint Christophe-Courlancy Centre Hospitalier de Château Thierry
SO : 2	3C du BEAUVAISIS	Centre Hospitalier de Beauvais Clinique du Parc Saint Lazare
	3C CREIL	Centre Hospitalier de Creil Centre Hospitalier de Clermont Centre Hospitalier de Senlis Hôpital privé de Chantilly

La mise en place des 3C est récente dans la région Picardie, ce qui explique qu'actuellement ceux-ci n'assurent pas toutes leurs missions.

Les objectifs de mise en place des fonctions sont les suivantes :

- Démarche qualité :

Les RCP sont mises en œuvre,

La généralisation du dispositif d'annonce et du programme personnalisé de soins est prévue pour 2009,

La mise en œuvre des soins de support est prévue pour 2009,

- La remontée des données d'activité est obligatoire vers le réseau ONCOPIC,

- La traçabilité devrait être effective fin 2008,

- L'information des patients et des médecins devrait être assurée en 2009.

L'état des lieux des 3C révèle un nombre important dans la région Picardie. Leur évaluation sera envisagée en 2010 quand ils auront mis en œuvre toutes leurs missions. En fonction des résultats de celle-ci, leur nombre pourrait être limité et des regroupements envisagés sur les territoires.

### 3.3.4. DOSSIER COMMUNIQUE EN CANCEROLOGIE (DCC) (mesure 34 du Plan Cancer)

Il doit permettre la transmission et le partage des données relatives à la prise en charge du patient à tous les acteurs de soins impliqués.

Il doit être en cohérence avec le dossier médical personnel (DMP), ce qui a conduit à définir une nouvelle stratégie de déploiement. Celle-ci s'appuie sur le souci de mutualiser avec le GIP-DMP les compétences, les infrastructures techniques et les investissements. Une convention a été signée à cet effet le 8 mars 2007 entre l'INCa et le GIP-DMP.

En Picardie, le dossier partagé M2C2 est en fonction, jusqu'à son remplacement par le DCC Picardie définitif (appel d'offre prochain).

### 3.4. MESURES SUR LA QUALITE DES SOINS

#### 3.4.1. DISPOSITIF D'ANNONCE

La mesure 40 du Plan Cancer mentionne qu'un cahier des charges doit définir les conditions de l'annonce du diagnostic au patient incluant le recours possible à un soutien psychologique et à des informations complémentaires.

Ce cahier des charges évolue vers des recommandations nationales pour la mise en œuvre d'un dispositif d'annonce du cancer dans les établissements de santé, diffusées en novembre 2005. Ce dispositif comprend 4 temps :

- Un temps médical,
- Un temps d'accompagnement soignant,
- L'accès à une équipe impliquée dans les soins de support,
- Un temps d'articulation avec la médecine de ville.

L'INCa a mis en place en janvier 2007 un dispositif de suivi chargé de l'évaluation de la généralisation du dispositif d'annonce.

### **3.4.2. REUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE (RCP) et PROGRAMME PERSONNALISE DE SOINS (PPS)**

Une prise en charge de qualité en cancérologie doit garantir aux patients que leur dossier a fait l'objet d'une RCP (mesure 31 du Plan Cancer) et que la proposition qui en est issue leur est remise sous la forme d'un PPS.

#### **RCP**

La RCP repose sur des référentiels validés.

L'animateur de la RCP est identifié, de même que les participants. Leurs diverses compétences attestent la pluridisciplinarité (minimum 3 spécialités différentes d'après la circulaire du 22/02/05).

Il s'agit d'un processus d'enregistrement simple quand le dossier correspond aux référentiels (niveau 1). Dans les autres cas, il s'agit d'une confrontation multidisciplinaire (niveau 2) avec réalisation d'un compte-rendu détaillé.

La discussion est rendue possible par un recueil préalable des données comportant les antécédents, les bilans (clinique, radiologique et biologique), les résultats anatomopathologiques, l'éventuel compte-rendu opératoire, et au besoin les renseignements fournis par d'autres professionnels (infirmière, psychologue, diététicienne, assistante sociale...).

Le programme thérapeutique comporte :

- les types de traitement prévus et leur ordre chronologique,
- les dates prévisibles de début et de fin de traitement,
- l'identité du ou des médecins responsables du traitement.

Enfin, l'ensemble des données est consigné dans le DCC et le compte-rendu de la RCP est adressé au médecin traitant.

Dans le cadre d'une démarche prospective d'amélioration de la qualité des RCP, les indicateurs d'évaluation sont les suivants :

- exhaustivité de la présentation des dossiers,
- respect du quorum définissant la pluridisciplinarité,
- référence systématique des décisions prises en RCP à un référentiel : « conforme, non conforme, ou sans objet »,
- respect du cahier des charges des comptes-rendus,
- rapidité d'information du médecin traitant,
- identification systématique du médecin référent,

- réduction des délais d'accès à la RCP (avec respect du calendrier),
- définition des dossiers de niveau 1 et 2 pour le passage en RCP,
- organisation des modalités de recours et d'expertise auprès de la RCP régionale pour les dossiers complexes,
- participation au développement des référentiels régionaux (par déclinaison des référentiels nationaux),
- participation à un travail commun sur les indicateurs pour développer des audits qualité.

#### **PPS**

Le Programme Personnalisé de Soins contient :

- le calendrier prévisionnel des séances et des examens,
- l'identité du ou des médecins responsables du traitement,
- les lieux de réalisation des traitements,
- les coordonnées du médecin responsable de l'annonce,
- les modalités d'application et d'administration du traitement,
- les modalités de surveillance,
- les modalités de prise en charge des effets secondaires,
- les coordonnées de l'établissement et de la personne à joindre en cas de besoin.

Le PPS est actualisé en cas de modification de la stratégie de traitement. Un nouveau document est alors remis au patient.

#### **VISIOCONFERENCE**

Afin d'éviter les déplacements pour les RCP, l'INCa a favorisé le développement des outils de visioconférence et a financé pour la région Picardie, 15 stations de visioconférence. Huit ont été installées en 2007 : CHU d'Amiens, CH d'Abbeville, CH de Beauvais, CH de Creil, CH de Compiègne, CH de Soissons, CH de Laon, CH de St Quentin.

### **3.4.3. RECOMMANDATIONS DE PRATIQUES CLINIQUES**

L'INCa a la mission de favoriser la diffusion large, y compris aux patients, et surtout l'utilisation des recommandations de pratiques cliniques en cancérologie, pour répondre aux objectifs du Plan Cancer (mesure 35). Ces recommandations sont élaborées en étroite collaboration avec l'HAS et l'Afssaps (référentiels nationaux ayant le double label INCa/HAS).

C'est le réseau régional en cancérologie qui assure la diffusion régionale des recommandations nationales, après les avoir déclinées en référentiels régionaux plus opérationnels et mieux adaptés aux conditions locales.

La généralisation des RCP participe à l'amélioration de la diffusion et à l'utilisation des ces recommandations.

### **3.4.4. SOINS DE SUPPORT**

Les soins de support (mesure 42 du Plan Cancer) regroupent l'ensemble des soins et soutien nécessaires : prise en compte de la douleur, de la fatigue, de l'état nutritionnel, psychomoteur, psychologique, les soins palliatifs, le service social, les soins esthétiques...

Au sein des établissements, la mise en place des soins de support sera portée par les 3C.

L'INCa publiera un guide pratique qui fournira une méthodologie générale et des outils d'aide comme des fiches sur le repérage et l'identification des besoins en soins de support, le dossier patient, la prise en charge psychologique et sociale, la place du médecin généraliste ou encore sur

les outils d'évaluation

En matière de lutte contre la douleur, l'INCa projette d'élaborer des recommandations organisationnelles pour une meilleure prise en charge au cours du traitement et après la guérison.

Sur le plan régional, les professionnels de santé peuvent s'appuyer sur les consultations spécialisées en douleur chronique. Il est nécessaire également que les réseaux de cancérologie et les réseaux douleur/soins palliatifs travaillent en complémentarité et en collaboration.

### 3.3.5. SOINS A DOMICILE

Le développement de la chimiothérapie à domicile (mesure 41 du Plan Cancer), dans les meilleures conditions de qualité et de sécurité, constitue pour un certain nombre de patients un élément d'amélioration de la qualité de vie.

Les chimiothérapies parentérales peuvent s'effectuer dans le cadre d'une Hospitalisation A Domicile (HAD) ou d'un réseau de cancérologie. La loi de Santé Publique du 9 août 2004 autorise les pharmacies à usage intérieur à délivrer des préparations à d'autres établissements de santé ainsi qu'aux professionnels de santé libéraux participant à un réseau de santé.

Des documents d'accompagnement pour la mise en œuvre de la chimiothérapie à domicile seront diffusés par voie de circulaire : il s'agit d'une charte organisant la chimiothérapie à domicile, de recommandations concernant le transport et le colisage des préparations et d'un contrat type pour l'élimination des déchets.

### 3.3.6. CONTINUITÉ DES SOINS

Selon le décret n° 2007-389 du 21 mars 2007, le titulaire de l'autorisation organise la continuité de la prise en charge. Il assure de la même façon le traitement des complications et des situations d'urgence.

Il est donc recommandé que le patient connaisse le nom d'un médecin référent qui devra être réactualisé selon les étapes de son traitement. Ceci pourrait éviter les passages injustifiés dans les services d'urgences.

## 3.5. TRAITEMENTS SPECIFIQUES

### 3.5.1. CHIMIOThERAPIE

#### **\* DISPOSITIONS REGLEMENTAIRES (décret n° 2007-389) :**

Le titulaire de l'autorisation devra avoir une équipe médicale comprenant :

- Au moins un médecin qualifié spécialiste en oncologie médicale ou en oncologie radiothérapique, ou titulaire d'un DES en oncologie,
- Ou au moins un médecin qualifié compétent en cancérologie, ou titulaire du DESC en cancérologie ; ces médecins ne pratiquent la chimiothérapie que dans la spécialité dans laquelle ils sont inscrits au tableau de l'ordre.

La décision de mise en œuvre d'un traitement par chimiothérapie est prise au cours d'un entretien singulier par un médecin prescripteur, exerçant selon les titres et qualifications ci-dessus.

Lorsque le traitement concerne une hémopathie maligne, cette décision est prise dans les mêmes conditions par un médecin titulaire du DES en hématologie, ou titulaire du DES en oncologie-hématologie, ou par un médecin qualifié spécialiste en hématologie, ou qualifié compétent en maladies du sang.

#### **\* SEUILS D'ACTIVITE MINIMALE ANNUELLE**

Chimiothérapie et autres traitements médicaux spécifiques du cancer

Chimiothérapie : 80 patients  
Dont chimiothérapie ambulatoire en hospitalisation de jour : 50 au moins

#### **\* CRITERES D'AGREMENT DE L'INCa**

**Dans tout établissement titulaire de l'autorisation de traitement du cancer par la modalité de chimiothérapie, prévue à l'article R. 6123-87 du code de la santé publique (CSP), les critères suivants de qualité de la prise en charge sont respectés.**

*La pratique de la chimiothérapie anticancéreuse correspond aux traitements médicaux utilisant l'ensemble des médicaments anticancéreux et des biothérapies, quel que soit leur mode d'administration par voie générale, y compris la voie orale. Sont également concernés les traitements administrés par voies intra-thécale, intra-péritonéale, intra-artérielle et intra-pleurale.*

- 1) L'établissement dispose à temps plein d'au moins un des médecins répondant aux qualifications requises par l'article D. 6124-134 du CSP.
- 2) Au moins un médecin, ayant les titres ou qualifications mentionnés à l'article D. 6124-134 du CSP et intervenant dans son domaine de compétence, participe, soit physiquement, soit par visioconférence, à la RCP au cours de laquelle le dossier d'un patient susceptible de recevoir une chimiothérapie est présenté.
- 3) Le dossier de tout patient devant être traité par chimiothérapie contient notamment le compte rendu de la RCP, qui indique la proposition de traitement et ses modalités d'application, en particulier le niveau d'environnement de sécurité requis.
- 4) Le PPS présenté au patient comporte au moins les informations suivantes :
  - le calendrier prévisionnel des séances et des examens,
  - les lieux de prise en charge,
  - les modalités d'application et d'administration,
  - les modalités de surveillance,
  - les modalités de prise en charge des effets secondaires,
  - les coordonnées de l'établissement et de la personne à joindre en cas de besoin.
- 5) L'accès, sur place ou par convention, à la mise en place des dispositifs intraveineux de longue durée (DIVLD) est organisé.
- 6) Le plan de formation de l'établissement comporte des formations spécifiques à la prise en charge des patients traités par chimiothérapie pour le personnel soignant concerné.
- 7) Une démarche qualité, comportant notamment des réunions pluriprofessionnelles régulières de morbi-mortalité sur les événements sentinelles, est mise en place.
- 8) Une auto-évaluation des pratiques en chimiothérapie est réalisée annuellement dans l'établissement, au moyen d'indicateurs définis par l'INCa et dans le cadre du suivi de la qualité de la pratique prévu à l'article R. 6123-95 du code de la santé publique. Ces données, anonymisées, sont transmises à l'INCa en vue d'une synthèse à l'échelle nationale.
- 9) Les dossiers des patients atteints de sarcome des os et des parties molles sont discutés dans une RCP régionale ou interrégionale spécifique, à laquelle participe au moins un médecin qualifié spécialiste en oncologie médicale.
- 10) La décision de mise en œuvre d'un traitement de chimiothérapie pour une tumeur germinale est prise à l'issue de la RCP par un médecin qualifié spécialiste en oncologie médicale.
- 11) Dans l'attente de la mise en place d'une unité centralisée, la préparation des anticancéreux est réalisée sous la surveillance d'un pharmacien, dans des locaux dédiés, sous isolateur ou sous une hotte à flux laminaire vertical avec évacuation vers l'extérieur.
- 12) Une procédure permettant de réaliser une chimiothérapie en urgence est formalisée par écrit.
- 13) La pharmacie dispose de la liste des protocoles de chimiothérapie couramment administrés dans l'établissement. La préparation, la dispensation et le transport de la chimiothérapie sont tracés à la pharmacie.

14) Les modalités d'application et d'administration des médicaments anticancéreux sont formalisés notamment : le nom des produits en DCI, les doses, les durées et la chronologie d'administration et les solvants.

Les consignes de surveillance, précisées par type de surveillance et par chronologie, et la conduite à tenir en cas de complications sont également formalisées.

15) La prescription, informatisée ou établie sur une ordonnance pré-imprimée, l'administration et les observations sur la tolérance immédiate de la chimiothérapie sont tracées dans le dossier patient.

**\* OFFRE DE SOINS EN PICARDIE**

**PREPARATIONS DES CHIMIOETHERAPIES CENTRALISEES A LA PHARMACIE**

La conformité des préparations est attestée par la DRASS. Le nombre de poches provient de l'OMEDIT, selon les déclarations des établissements pour l'année 2007 (nombre de reconstitutions du 01/01/07 au 30/09/07 avec extrapolation sur 12 mois)

TERRITOIRE	SITE	NOMBRE DE POCHE PAR AN
NO	AMIENS CHU	21880 (dont 705 pour Doullens)
	AMIENS CLINIQUE DE L'EUROPE	14400
	ABBEVILLE CH	3267
NE	ST QUENTIN CH	8667 (dont 740 pour Péronne)
	LAON CH	1239
SO	BEAUVAIS CH	13107
	CREIL CH	6197
	SENLIS CH	2721
	HOPITAL PRIVE DE CHANTILLY	1973
SE	COMPIEGNE CH	5573
	COMPIEGNE ST COME	Non renseigné (12 000 d'après l'établissement)
	SOISSONS CH	4815

**ETABLISSEMENTS PRATIQUANT LA CHIMIOETHERAPIE**

TERRITOIRE	SITE	LIEU DE PREPARATION
NO	AMIENS CHU	AMIENS CHU
	AMIENS CLINIQUE DE L'EUROPE	AMIENS CLINIQUE DE L'EUROPE
	ABBEVILLE CH	ABBEVILLE CH
	DOULLENS CH	CHU AMIENS (705)
	ST QUENTIN CH	ST QUENTIN CH
NE	PERONNE	ST QUENTIN CH (740)
	LAON CH	LAON CH
	CHAUNY CH	CHAUNY CH (1392)
	* ST QUENTIN ST CLAUDE	ST CLAUDE (7845)
	BEAUVAIS CH	BEAUVAIS CH
	SENLIS CH	SENLIS CH (isolateur mais zone non-conforme)
SO	CREIL CH	CREIL CH
	HOPITAL PRIVE DE CHANTILLY	HOPITAL PRIVE DE CHANTILLY
	* CH CLERMONT DE L'OISE	CLERMONT DE L'OISE (155)

SE	COMPIEGNE CH	COMPIEGNE CH
	COMPIEGNE ST COME	COMPIEGNE ST COME
	SOISSONS CH	SOISSONS CH
	* NOYON CH	NOYON CH (521)

La préparation des chimiothérapies pour les établissements notés d'un astérisque ne semble pas conforme à la réglementation, selon les informations détenues par la DRASS. Ils devront donc soit se mettre aux normes, soit se rapprocher d'un établissement aux normes voisin.

**ETABLISSEMENTS PREPARANT LA CHIMIOETHERAPIE : PERSONNELS MEDICAUX ET SEUILS**

TERRITOIRE	SITE	MEDECIN QUALIFIE EN K/ETP	NBRE SEJOURS	CHIMIO CENTRALISEE
NO	AMIENS CHU	ONCOLOGUES /2 RADIOETHERAPEUTE-K/1.5 HEMATOLOGUES /4.7 GASTRO / 2 DERMATO/0.5 MEDECINE INTERNE/1 PNEUMO/1 PEDIATRIE/1	8860	OUI
	AMIENS CLIN EUROPE	RADIOETHERAPEUTE-K/2 GASTRO / 1	6903	OUI
	ABBEVILLE CH	HEMATO/1 GASTRO/ 0.2	1001	OUI
	DOULLENS CH	NON	272	OUI (CHU)
NE	ST QUENTIN CH	ONCOLOGUE/1 RADIOETHERAPEUTE-K/2 MG/0.5 HEMATO/1 GASTRO/2 PNEUMO/1	3211	OUI
	ST CLAUDE	RADIOETHERAPEUTE /1	2858	NON
	LAON CH	GASTRO/1	608	OUI
	CHAUNY CH	PNEUMO/2	510	NON
	PERONNE CH	NON	285	OUI

73

74

SO	BEAUVAIS CH	ONCOLOGUES /2 RADIOTHERAPEUTE- ONCO/3 HEMATOLOGUE/1 GASTRO / 1 PNEUMO/3	3407	OUI
	SENLIS CH	ONCOLOGUE/1 HEMATO/1 PNEUMO/1	1077	OUI zone non conforme
	CREIL CH	ONCOLOGUE/1 HEMATO/2	1 878	OUI
	HOP PRIVE DE CHANTILLY	ONCOLOGUE/0.2 PNEUMOLOGUE/1	873	OUI
	CLERMONT CH	NON	43	NON
SE	COMPIEGNE CH	ONCOLOGUE/1 RADIOTHERAPEUTE-K/1 HEMATO/2 PNEUMO/1 GASTRO/1	2245	OUI
	COMPIEGNE ST COME	RADIOTHERAPEUTE-K/1.5	4439	OUI
	SOISSONS CH	GASTRO/1 PNEUMO/1.5	1916	OUI
	NOYON CH	MEDECINE INTERNE/1	246	NON

Le nombre de séjours est issu d'une requête PMSI 2007 et selon la méthodologie de la circulaire du 26 mars 2008.

#### \* SITES AUTORISES

Ils devront remplir les conditions techniques de fonctionnement réglementaires, ainsi que tous les critères d'agrément de l'INCa.

#### \* SITES ASSOCIES

Le nombre de sites ne doit pas être limité, afin de permettre dans les conditions de sécurité la chimiothérapie de proximité, en particulier lors des fins de vie, ou solutions palliatives. Cependant, il est recommandé de regrouper dans l'établissement les patients au sein d'une même unité afin de garantir la qualité des soins, en particulier pour la réalisation des chimiothérapies en hospitalisation de jour.

Ils fonctionneront sous la responsabilité d'un établissement autorisé, qui devra s'assurer des critères de qualité.

#### \* CHIMIOVIGILANCE

La chimiovigilance concerne à la fois le respect des protocoles (mode d'utilisation par les professionnels) et la vigilance médicamenteuse (effets indésirables des produits). Outre les effets toxiques, il faut prendre aussi en compte la notion d'observance thérapeutique.

Les établissements doivent respecter les procédures, effectuer des revues de morbi-mortalité et tracer les accidents de chimiothérapie. Ils doivent déclarer les accidents auprès de la cellule de pharmaco-vigilance après anonymisation des dossiers. Il est préférable que ces données continuent à être déclarées à un organisme différent du réseau régional ONCOPIC.

L'INCa diffusera des recommandations pour les chimiothérapies orales et les chimiothérapies parentérales à domicile (HAD et hors HAD).

### 3.5.2. RADIOTHERAPIE

L'organisation de la radiothérapie a été définie en 2002 par la circulaire

DHOS/SDO/01/N°2002/299 du 3 mai 2002.

L'indicateur majeur de suivi du fonctionnement des centres de radiothérapie est le délai d'attente. La radiothérapie joue un rôle majeur dans le traitement des cancers : 60% des patients atteints de cancer, bénéficieront à un moment de leur maladie, de la radiothérapie seule ou en combinaison avec la chirurgie et la chimiothérapie.

Ces dernières années sont apparues des techniques de très haute précision permettant de délivrer des doses de plus en plus élevées et homogènes dans des volumes très précisément délimités, tout en protégeant de façon optimale les tissus sains. Ces innovations se sont accompagnées de l'apparition de nouveaux appareils de traitement de conception originale tels ceux dédiés à la tomothérapie (TomoTherapy) ou les systèmes robotisés comme le Cyberknife. Dans le cadre du Plan Cancer, l'INCa soutient le développement en France de ces techniques innovantes.

#### \* NOUVELLES DISPOSITIONS REGLEMENTAIRES DE MARS 2007

Elles imposent les conditions assurant la sécurité, la qualité et le progrès des pratiques :

- Plateau technique comprenant sur le même site au moins 2 accélérateurs de particules, dont l'un au moins est émetteur de rayonnements d'énergie égale ou supérieure à 15 MeV (décret n° 2007-388),
- Exceptionnellement à titre dérogatoire : un seul appareil (>15 MeV) lorsque l'accès à un plateau technique impose des temps de trajet ou des délais d'attente excessifs à une partie significative de la population du territoire de santé, accordée à un demandeur disposant sur un autre site, dans la même région ou dans un région limitrophe, du plateau technique avec 2 appareils dont l'un au moins l'un est émetteur de rayonnements d'énergie égale ou supérieure à 15 MeV,
- La préparation de chaque traitement doit être validée par un médecin qualifié spécialiste en oncologie radiothérapique, en radiothérapie, en radiologie option radiodiagnostic et radiothérapie, ou en radiologie option radiothérapie, ou par un médecin qualifié spécialiste en médecine nucléaire, et par une personne spécialisée en radiophysique médicale prévue à l'article R. 1333-60 (décret n° 2007-389).
- **Seuils d'activité minimale annuelle**, pour la pratique de la radiothérapie externe par site disposant au moins de 2 appareils, conformément aux dispositions de l'article R. 6123-92 du code de la santé publique : **600 patients**.

#### \* CRITERES D'AGREMENT DE L'INCa

Dans tout établissement titulaire de l'autorisation de traitement du cancer par la modalité de radiothérapie, prévu à l'article R.6123-87 du code de la santé publique (CSP), les critères suivants de qualité de la prise en charge doivent être respectés :

- 1) Au moins un médecin exerçant la radiothérapie, ayant les titres ou qualifications mentionnés à l'article D. 6124-133 du CSP, participe, soit physiquement, soit par visioconférence, à la RCP au cours de laquelle le dossier du patient susceptible de recevoir une irradiation est présenté.
- 2) Le dossier des patients recevant une irradiation en urgence ou dans le cadre d'un traitement palliatif n'est pas présenté en RCP avant l'application.
- 3) Avant toute mise en traitement, le centre dispose du dossier du patient, incluant notamment le compte rendu de la RCP et tous les éléments nécessaires à l'établissement du plan de traitement.
- 4) Pendant la durée de l'application des traitements aux patients, un médecin spécialiste en radiothérapie et une personne spécialisée en radiophysique médicale sont présents dans le centre.
- 5) Le traitement de chaque patient est réalisé par deux manipulateurs au poste de traitement.

- 6) Le compte rendu de fin de radiothérapie comporte au moins les mentions suivantes :
- date de début et de fin de la radiothérapie,
  - identification des volumes cibles,
  - spécification de la nature des faisceaux et de leur énergie,
  - doses délivrées, en incluant la dose délivrée aux organes critiques,
  - fractionnement, étalement,
  - évaluation de la morbidité aiguë selon la classification actuellement utilisée au National Cancer Institute US et intitulée Common Toxicity Criteria,
  - l'indication de l'étape thérapeutique suivante, le cas échéant, et les modalités de surveillance.
- 7) Un plan de formation pluriannuel incluant la formation à l'utilisation des équipements est mis en place pour tous les professionnels des équipes de radiothérapie.
- 8) Le centre de radiothérapie tient à jour la liste des personnels formés à l'utilisation de ses appareils de radiothérapie.
- 9) Une auto-évaluation des pratiques en radiothérapie est réalisée annuellement dans l'établissement, au moyen d'indicateurs définis par l'INCa, et dans le cadre du suivi de la qualité de la pratique prévu à l'article R. 6123-95 du code de la santé publique. Ces données, anonymisées, sont transmises à l'INCa en vue d'une synthèse à l'échelle nationale.
- 10) Pour la préparation des traitements, le centre de radiothérapie utilise l'imagerie tridimensionnelle. A cet effet il dispose d'un scanner dédié, ou, à défaut, d'un accès à des plages horaires dédiées à l'activité de préparation des traitements.
- 11) Les logiciels de calcul et de planification des doses prennent systématiquement en compte les mesures des faisceaux validés dans le centre.
- 12) Une vérification du nombre des unités moniteur est effectuée par un deuxième système de calcul pour chaque faisceau avant traitement.
- 13) Les paramètres de traitement sont enregistrés et vérifiés par un système informatique dédié.
- 14) L'ensemble des caractéristiques géométriques de chaque nouveau faisceau est vérifié lors de sa première utilisation.
- 15) Une dosimétrie in vivo est effectuée pour chaque faisceau techniquement mesurable, lors de la première ou de la deuxième séance d'irradiation, ainsi qu'à chacune des modifications du traitement.
- 16) Pour une même séquence du traitement, tous les faisceaux sont utilisés à chaque séance.
- 17) Le positionnement du patient est vérifié au moins une fois par semaine par une imagerie effectuée sur l'appareil de traitement.
- 18) Le suivi de chaque patient traité par irradiation et la traçabilité de ce suivi sont organisés, en accord avec le patient. Une consultation annuelle en radiothérapie sera prévue pendant une durée minimum de 5 ans ; cette fréquence peut être modifiée en vertu des données de l'état clinique et/ou du bilan de surveillance du patient, ou dans le cadre d'un programme de recherche clinique. La toxicité tardive est évaluée selon la classification actuellement utilisée au National Cancer Institute US et intitulée Common Toxicity Criteria.

#### \* RECOMMANDATIONS ET STRUCTURES DE SUIVIS ET DE CONTROLE

Elles sont mises à jour régulièrement par les sociétés savantes aux niveaux national et international, avec éditions de guides de bonne pratique : SFRO (Société Française de Radiothérapie Oncologique), SFPM (Société Française de Physique Médicale), AFPPE (Association Française des Personnels Paramédicaux d'Electroradiologie), AFSSAPS, ASN (Agence de Sécurité Nationale), HAS, MEAH,

Certaines de ces recommandations sont désormais des obligations réglementaires intégrées au Code de Santé Publique (Contrôle Qualité des dispositifs médicaux et obligation de maintenance, matériel-vigilance, radioprotection des patients).

Les déclarations des événements indésirables sont à faire à l'ASN (formulaire et échelle de gravité téléchargeable sur le site internet de l'ASN) et à l'AFSSAPS dans le cas où un défaut est

directement imputé à l'équipement.

L'InVS et la DGS enregistrent les événements indésirables graves survenus en cours de traitement de radiothérapie.

L'INCa et la SFRO ont mis en place en 2008 un Observatoire National de la Radiothérapie.

#### \* OFFRE DE SOINS EN PICARDIE

Les données sont extraites du rapport de l'ASN du 31/01/08, selon une inspection réalisée en 2007 en Champagne-Ardenne et Picardie, et des communications de l'INCa. Certaines données ont été réactualisées par les centres de radiothérapie.

#### LOCALISATION DES CENTRES DE RADIOTHERAPIE

On dénombre 7 centres de radiothérapie en Picardie répartis sur 5 sites, soit un site par territoire sauf pour le territoire Sud-Ouest (2 sites). Tous ces centres pratiquent la radiothérapie externe. Seuls 2 centres pratiquent la curiethérapie, sur les sites d'Amiens et Compiègne.

TERRITOIRE	CENTRES DE RADIOTHERAPIE	TYPE DE TRAITEMENT	
		Radiothérapie externe	Curiothérapie
NO	AMIENS CHU Sud	+	+
	AMIENS Centre de traitement hautes énergies (CTHE)	+	-
NE	SAINT QUENTIN Centre hospitalier	+	-
SO	BEAUVAIS Centre Hospitalier	+	-
	CREIL SCP Ciupa, Gay, Balla-Mekias	+	-
SE	COMPIEGNE Centre Hospitalier	+	-
	COMPIEGNE SCP Ciupa, Gay, Balla-Mekias	+	+

#### PARC DES INSTALLATIONS EN PICARDIE

Terri toire	CENTRES	Nombre d'accélérateurs	Année	Puis sance en MeV	Imagerie Portale	Simulation		TDM	TDM dédiée
						Conven tionnelle	Virtu elle		
NO	AMIENS CHU sud	2	2008	18	+	+	+	+	Non 2008
			2000	15	+	+	+		
NE	ST QUENTIN CH	2	2006	18	+	-	+	+	Non
			2006	18	+	-	+		
SO	BEAUVAIS CH	1	1998	25	+	+	+	+	Oui
			2003	25	+	+	+		
SO	BEAUVAIS CH	1	1992	15	+	-	+	+	Oui
			2001	18	+	+	+	+	Non 2009

SE	COMPIEGNE CH	1	1995	15	+	-	+	+	oui
	COMPIEGNE SCP	1	1998	25	+	+	+	+	Non 2009

Au total, 10 appareils sont installés dans la région. Ils ont tous un accélérateur de particules émetteur de rayonnement d'énergie égale ou supérieure à 15 MeV.

On note que 2 sites disposent d'un accélérateur unique.

Les centres ont soit un appareil de scanographie dédié, soit à défaut un accès organisé à un appareil. Si les ressources en personnel le permettent, le scanner dédié est recommandé car il permet de réduire les délais dans la prise en charge du patient.

#### Les évolutions projetées ou en cours sont les suivantes :

- AMIENS CHU Sud : l'installation d'un scanner dédié au centre de radiothérapie est en cours et l'acquisition d'un troisième appareil serait envisagée à moyen terme.
- AMIENS CTHE : la dosimétrie in vivo sera mise en place fin 2008. L'acquisition d'un 3<sup>ème</sup> accélérateur est envisagée à long terme.
- ST QUENTIN CH : la dosimétrie in vivo est en cours d'installation.
- BEAUVAIS CH : l'installation du centre de radiothérapie externe dans un nouveau bâtiment, à construire dans l'enceinte de l'hôpital, est projetée à l'horizon 2010. L'implantation de 2 nouveaux accélérateurs serait alors envisagée (18 MeV). L'accélérateur actuellement en service (datant de 1992) serait remplacé.
- CREIL SCP : actuellement, l'appareil est installé dans un bâtiment indépendant situé dans l'enceinte du CH. La construction d'une extension de ce bâtiment commencera en septembre 2008. Un deuxième appareil (celui du CROM de Compiègne qui sera démonté et upgradé) sera installé mi 2009 (25 MeV) avec scanner dédié et imagerie embarquée. Un projet d'acquisition d'un 3<sup>ème</sup> accélérateur est envisagé à long terme.
- COMPIEGNE CH : le remplacement de l'accélérateur (datant de 1995) est prévu à partir d'août 2008 (25 MeV), avec installation de la dosimétrie in vivo. L'installation du système d'enregistrement et de vérification des paramètres (« record and verify ») est en projet.
- COMPIEGNE SCP : l'appareil est actuellement implanté dans l'enceinte de la polyclinique St Côme. Le centre de radiothérapie construit actuellement son bâtiment indépendant sur le site de la nouvelle polyclinique St Côme dans lequel sera installé en novembre 2008 le nouvel appareil (25MeV) qui remplacera celui de 1998. En 2009 un deuxième appareil sera installé (25 MeV) et exploité sous la forme d'un GCS (à parts égales entre la SCP et le CH de Compiègne). Il sera associé à un scanner dédié installé dans le même bâtiment.
- SOISSONS : projet d'un centre de radiothérapie, sur le site du CH de Soissons, sous la forme d'un GCS « radiothérapie du Sud de l'Aisne » public-privé à 50/50. Les partenaires privés sont la clinique Courlancy de Reims et la SCP de Reims. Les partenaires publics sont le CH de Compiègne, le CH de Soissons, et l'institut Jean Godinot de Reims. L'installation est prévue fin 2008-début 2009 et disposera d'un seul accélérateur.

Au terme de ces évolutions à l'horizon 2010, les accélérateurs les plus anciens devraient tous être remplacés. Tous les accélérateurs auraient alors moins de 12 ans d'ancienneté.

#### TECHNIQUES PARTICULIERES OU INNOVANTES

Celles-ci sont peu mises en œuvre en Picardie :

- Le CHU Sud réalise quelques irradiations corporelles totales chaque année (6 en 2007) et envisage de mettre en œuvre l'irradiation avec modulation d'intensité et avec asservissement à la respiration avec l'appareil en cours d'installation.
- Au centre hospitalier de Saint Quentin, la technique de radiothérapie par modulation d'intensité (IMRT) est utilisée.

Dans le futur, tous les nouveaux appareils permettront les techniques particulières suivantes, notamment à Compiègne (CH et SCP) et à Beauvais (2010) :

- Irradiation corporelle totale,
- Radiothérapie asservie à la respiration,
- Radiothérapie par modulation d'intensité,
- Radiothérapie guidée par l'image.

Les difficultés rencontrées dans le recrutement des personnes spécialisées en radiophysique médicale (PSRPM) et des manipulateurs en électroradiologie médicale (MERM) ainsi que l'augmentation de la charge de travail et du plan de charge des accélérateurs constituent, un réel frein au développement des techniques particulières en région Picardie. Certains matériels installés permettent la mise en œuvre de ces techniques mais celles-ci ne sont pas exploitées.

#### \* PERSONNEL MEDICAL ET PARAMEDICAL

La circulaire DHOS/SDO/01 n°2002-299 du 3 mai 2002 recommande :

- 1 radiothérapeute (RT) pour 300 à 400 traitements annuels dont 1 ETP minimum par centre,
- 1 PSRPM pour 350 à 500 traitements annuels, dont 1 ETP minimum par centre,
- 2 ETP de MERM par appareil de traitement et en permanence pendant les heures, d'ouverture du centre, et au moins 1 MERM au simulateur,
- 1 dosimétriste au moins.

Les dernières dispositions réglementaires imposent pendant les traitements la présence d'un radiothérapeute, d'une PSRPM (ex radio-physicien) et de 2 MERM.

Le traitement, après décision en RCP, est sous la responsabilité médicale du radiothérapeute et sous la responsabilité du radiophysicien pour la partie concernant la dosimétrie et les planifications des traitements sur les appareils TPS (Treatment Planning System). L'encadrement des manipulateurs est assuré par le cadre de santé du service.

#### Tableau établi à partir des données de l'INCa (rapport avril 2008), et actualisé par les informations fournies par les centres de radiothérapie.

Le nombre d'ETP RT correspond à tous les médecins thésés exerçant dans le centre.

Terri toire	Service	ETP RT 2008	PRSPM 2008		ETP MERM 2008	Nombre de patients 2006	Nombre de traitements 2006
			ETP	Postes vacants			
NO	Amiens CHU Sud	2,5	3	1	11	820	862
	Amiens CTHE	2	2	0	11	900	1200
NE	St Quentin CH	2	1	2	7,8	609	757
SO	Beauvais CH	3	1,8	0,2	5,7	433	465
	Creil SCP*	1,5	0,5	0,5	3	468	488
SE	Compiègne CH	1,5	0 (vacations du CHU)	2	5	288	398
	Compiègne SCP*	1,5	0,5	0,5	4	380	409

\*Il s'agit de la même SCP :

- avec 3 radiothérapeutes temps plein partageant leur activité sur les 2 sites,
- avec un radiophysicien temps plein partageant son activité sur les 2 centres, avec ouverture décalée des 2 centres permettant d'assurer sa présence en permanence lors des traitements.

#### RADIOTHERAPEUTES

Il existe une pénurie de radiothérapeutes dans la région Picardie, principalement par insuffisance de spécialistes formés (absence de vocation).

#### **PRSPM (Personne spécialisée en radiophysique médicale)**

Pour la région Picardie, on dénombre 10,8 ETP de radiophysiciens pour 7 centres.

Le critère de 350 traitements annuels par PSRPM est recommandé par la circulaire DHOS/SDO/01/N°2002/299 du 3 mai 2002. D'après le rapport de l'ASN, celui-ci a induit un déficit de 9 PSRPM dans l'inter-région Champagne-Ardenne et Picardie. Certains services ne disposent que d'une seule PRSPM. Des conventions ont été établies entre certains centres pour pallier les absences des PRSPM.

Le plan de charge des accélérateurs implique de larges plages horaires d'ouverture des services et l'affectation des PSRPM à des tâches telles que les missions de la Personne Compétente en Radioprotection (PCR) et à des vacations de radiophysique médicale dans les services autres que de radiothérapie externe. Celui-ci conduit à la réalisation de traitements en l'absence de celles-ci dans 9 des 12 services de l'inter région.

Les difficultés de recrutement des PSRPM ont pour causes :

- L'insuffisance du nombre de personnes formées chaque année au regard des besoins de la population,
- Le manque d'attractivité de la région Picardie et sa proximité avec la région parisienne plus attractive,
- La dégradation de l'image de la radiothérapie externe à la suite des incidents récents.

Il faudrait pouvoir augmenter le nombre de radiophysiciens formés dans la région afin d'espérer les fidéliser.

#### **MERM (Manipulateur en électro-radiologie médicale)**

Les difficultés existent également dans le recrutement des MERM, induisant un fonctionnement des centres très tendu au plan des effectifs.

#### **DOSIMETRISTE**

Les dosimétristes posent également un problème d'effectif, en raison de l'absence de statut particulier. En effet, il s'agit d'une délégation de tâches (en expérimentation) aux MERM ayant reçus une formation spécifique. En raison de la pénurie des MERM, la plupart d'entre eux poursuivent leurs fonctions de manipulateur.

#### **\* QUALITE ET SECURITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS (selon le rapport de l'ASN)**

##### **Formation du personnel**

Le rapport de l'ASN conclut que les centres avaient peu engagé la formation de leur personnel à la radioprotection des patients (3 centres seulement avaient formé totalement ou partiellement leur personnel). Les inspections ont constitué un rappel sur ce point et les services ont déclaré s'organiser pour respecter l'échéance réglementaire.

Il convient d'organiser des évaluations régulières des pratiques, des compétences acquises lors des formations, et du contenu des formations elles-mêmes ; et de constituer des dossiers conservant les résultats de ces évaluations. Cette auto-évaluation des pratiques doit être réalisée annuellement, sur la base d'une liste de points critiques, des analyses critiques des incidents, des questionnaires de fin de traitement remis aux patients, du registre des plaintes.

Les obligations réglementaires en matière de formation sont :

- L'échéance réglementaire fixée au 19 juin 2009 pour l'application de l'arrêté ministériel du 18 mai 2004 relatif aux programmes de formation portant sur la radioprotection des patients exposés aux rayonnements ionisants (article L.1333-11 du Code de la Santé Publique),
- Article R.231-89 du code du travail : obligation de formation à la radioprotection des travailleurs exposés.

##### **Plan d'organisation de la physique médicale**

Il est précisé par le guide de la Société Française de Physique Médicale (SFPM) et l'arrêté ministériel du 19 novembre 2004. Le rapport de l'ASN a constaté que tous les centres ne l'avaient pas finalisé.

##### **Démarche de management de la qualité**

Le plan d'action visant à mettre en place le management de la qualité (avec notamment formalisation écrite des protocoles) n'est pas finalisé dans tous les centres et 5 services n'avaient pas initié la démarche. Les difficultés rencontrées sont la charge de travail supplémentaire dans une discipline déjà en sous effectif dans toutes les catégories de personnel, et la difficulté pour s'adjoindre les compétences d'un qualificateur (coût).

##### **Equipements**

###### **Procédures relatives aux équipements**

A une exception près, les services n'ont pas rédigé de procédure relative à la préparation de spécifications techniques et des cahiers des charges avant l'acquisition d'équipements de radiothérapie.

Des procédures sont mises en œuvre pour l'utilisation des installations de radiothérapie dans la moitié des services. Dans tous les cas les constructeurs assurent une formation. Ces formations doivent être suivies d'une évaluation, tant des compétences acquises que du contenu de la formation elle-même.

La maintenance des installations de radiothérapie est couverte par procédures dans 5 services.

Des procédures visent la réalisation des contrôles de qualité des accélérateurs dans la moitié des services.

###### **Contrôle de la qualité des équipements**

L'entretien des machines est assuré soit par les services biomédicaux et/ou par les fournisseurs selon les contrats de maintenance.

Les contrôles de qualité externes des accélérateurs sont réalisés conformément aux dispositions réglementaires. Les contrôles de qualité interne des accélérateurs sont le plus souvent réalisés en partie ou en s'écartant de la décision de l'AFFSAPS du 27 juillet 2007 fixant les modalités du contrôle interne des installations de radiothérapie (mise en application avant le 9 décembre 2007). Les contrôles de qualité interne des systèmes de planification des traitements, des systèmes de transmission, d'enregistrement et de vérification des paramètres, des systèmes d'imagerie portale ne sont pas réalisés, notamment en raison d'insuffisance d'équipements (logiciels). Une amélioration est en cours.

###### **Procédures relatives à la calibration des faisceaux**

La calibration des faisceaux à réception de l'installation est incluse dans les contrôles effectués à la livraison et mise en service des appareils. Cette étape est couverte par une procédure dans seulement 6 centres.

## Traitements

**Procédure décrivant la préparation, la réalisation et les responsabilités :** 8 centres n'ont pas réalisé de procédure, ou possèdent un document incomplet.

### Validation des étapes de préparation et de réalisation du traitement par le radiothérapeute :

- Contourage du volume cible toujours réalisé et validé par le radiothérapeute,
- Planification dosimétrique toujours validée par la PSRPM ou le radiothérapeute,
- Imagerie de contrôle systématiquement validée par le radiothérapeute avant la première séance de traitement,
- Modifications en cours de traitement validées,
- Traçabilité de la validation des étapes perfectible (signatures et dates inconstantes).

**Etude de risques :** elle n'est réalisée par aucun service. Il est recommandé de constituer un groupe de travail pluridisciplinaire au sein de chaque service afin de décrire précisément le parcours du patient et les interventions des professionnels. A chaque étape les risques encourus seront définis et analysés afin de sécuriser le processus.

Le groupe de travail doit se réunir à intervalles réguliers afin d'évaluer les incidents survenus, qu'ils aient été ou non l'objet d'une déclaration, afin de les analyser et d'envisager les mesures préventives ou les modifications nécessaires. Les conclusions de ces réunions doivent être conservées, et les intervenants concernés doivent en être informés.

### Contrôles relatifs à la réalisation du traitement :

- Identification du patient : la procédure est écrite dans 5 services. 8 services complètent cette identification au moyen d'une photographie.
- Utilisation de la dosimétrie in vivo : elle est opérationnelle dans un seul service, en projet dans 6 services.
- Utilisation d'un système de transmission, d'enregistrement et de vérification des paramètres : tous sauf deux (procédure écrite dans un service) l'ont mise en œuvre.
- Vérification de l'adéquation des données écran-dossier patient : elle est effective dans tous les services, écrite dans une procédure pour un service.
- Vérification du positionnement du patient : elle est réalisée systématiquement dans tous les services (procédure écrite pour 3) ; la fréquence n'est pas uniforme. Les doses délivrées lors de l'utilisation de l'imagerie de contrôle du positionnement ne sont généralement pas prises en compte dans l'évaluation de la dose totale délivrée.

### Recueil et traitement des écarts (radioprotection des patients) :

Le recueil est effectué par 5 services. Un seul procède à l'analyse des écarts. La nécessité de déclarer les incidents survenus, l'existence du guide de déclaration ASN/DEU/03 et de l'échelle expérimentale ASN-SFRO ont été rappelés lors de l'inspection. L'ASN a insisté sur l'intérêt de créer un réseau régional relatif aux événements significatifs, avec analyse en commun des incidents et retour d'expérience.

### Organisation du suivi des patients :

La coordination du suivi médical post-traitement des patients sur une longue période est organisée par l'ensemble des services. En région Picardie, la plupart des centres assurent un suivi au moins biannuel.

Tous les services ne se sont pas organisés pour suivre de manière spécifique les patients en cas d'erreur ou de dysfonctionnement en cas de traitement.

## 3.5.3. CHIRURGIE

L'évaluation des résultats de l'activité chirurgicale est prévue par l'INCa en 2010.

## \* NOUVELLES DISPOSITIONS REGLEMENTAIRES

### SEUIL D'ACTIVITE MINIMALE ANNUELLE

NATURE DU SEUIL	NOMBRE D'INTERVENTIONS
Pathologies mammaires (tumeurs du sein)	30
Pathologies digestives (tractus digestif, y compris foie, pancréas et voies biliaires)	30
Pathologies urologiques	30
Pathologies thoraciques	30
Pathologies gynécologiques	20
Pathologies ORL et maxillo-faciales	20

### CRITERES D'AGREMENT DE L'INCa

I. Dans tout établissement titulaire de l'autorisation de traitement du cancer par la modalité de chirurgie, prévue à l'article R.6123-87 du code de la santé publique (CSP), les critères suivants de qualité de la prise en charge doivent être respectés :

- 1) Les chirurgiens qui exercent cette activité de soins sont titulaires d'une qualification dans la spécialité où ils interviennent et justifient d'une activité oncologique régulière dans ce domaine, quel que soit l'établissement dans lequel elle est réalisée.
- 2) Au moins un des chirurgiens qui participent au traitement assiste, soit physiquement soit par visioconférence, à la RCP au cours de laquelle le dossier du patient est présenté.
- 3) Le dossier du patient contient nécessairement le compte rendu de la RCP, ainsi que le compte rendu anatomopathologique et un compte rendu opératoire contenant au moins les éléments définis par l'INCa.
- 4) Une organisation est prévue permettant de réaliser des examens histologiques extemporanés, sur place ou par convention.
- 5) En cas de besoin pour la prise en charge d'un malade, l'accès à une tumorotheque est organisé sur place ou garanti par une convention selon les recommandations de conservation des prélèvements définies par l'INCa.
- 6) Le plan de formation de l'établissement comporte des formations spécifiques à la prise en charge chirurgicale des cancers pour le personnel soignant concerné.
- 7) Une démarche de qualité, comportant notamment des réunions régulières de morbi-mortalité, est mise en place.
- 8) Une auto-évaluation des pratiques en chirurgie carcinologique est réalisée annuellement dans l'établissement, au moyen d'indicateurs, relatifs notamment à l'activité par chirurgien, définis par l'INCa et dans le cadre du suivi de la qualité de la pratique prévu à l'article R. 6123-95 du CSP. Ces données, anonymisées, sont transmises à l'INCa en vue d'une synthèse à l'échelle nationale.

II. En sus des critères précédents, les critères spécifiques suivants doivent être respectés dans l'établissement qui prend en charge les pathologies cancéreuses mentionnées par l'arrêté du 29 mars 2007.

#### 1. Chirurgie mammaire :

- 1.1. L'accès, sur place ou par convention, aux techniques de plastic mammaire et aux techniques permettant la détection du ganglion sentinelle est assuré aux patientes.
- 1.2. Une radiographie de la pièce opératoire peut être réalisée sur place.
- 1.3. L'accès, sur place ou par convention, aux techniques de repérage mammaire et à un service de médecine nucléaire est organisé.

## 2. Chirurgie carcinologique digestive :

2.1. Pour les cancers de l'œsophage, du foie, du pancréas, et du rectum sous-péritonéal, la RCP est tenue dans les conditions suivantes :

- le dossier du patient fait l'objet d'une discussion,
- la RCP valide l'indication opératoire,
- elle apprécie l'adéquation du plateau technique à l'intervention prévue et à la continuité des soins postopératoires,

- le chirurgien qui opérera le patient, si l'intervention est décidée, y participe.

2.2. L'accès, sur place ou par convention, à l'endoscopie opératoire et à la radiologie interventionnelle est organisé.

## 3. Chirurgie carcinologique urologique :

L'accès, sur place ou par convention, à la radiologie urologique interventionnelle est organisé.

## 4. Chirurgie carcinologique thoracique :

L'établissement offre l'accès, sur place ou par convention, à :

- une unité d'endoscopie trachéo-bronchique,
- la chirurgie thoracoscopique,
- l'imagerie par IRM et TEP.

## 5. Chirurgie carcinologique gynécologique :

5.1. Pour les cancers de l'ovaire, la RCP est tenue dans les conditions suivantes :

- le dossier du patient fait l'objet d'une discussion,
- la RCP valide l'indication opératoire,
- elle apprécie l'adéquation du plateau technique à l'intervention prévue et à la continuité des soins postopératoires,
- le chirurgien qui opérera le patient, si l'intervention est décidée, y participe.

5.2. L'accès à la coelochirurgie est assuré aux patientes.

## 6. Chirurgie carcinologique ORL et cervico-faciale et chirurgie carcinologique maxillo-faciale :

L'accès, sur place ou par convention à l'endoscopie, et pour la pratique de la chirurgie carcinologique maxillo-faciale, à un laboratoire de prothèse maxillo-faciale est organisé.

### \* OFFRE DE SOINS EN PICARDIE

Le tableau provient de l'INCA, à partir des données PMSI 2006. Il précise par spécialité chirurgicale soumise à seuil le nombre de séjours par établissement et permet d'appréhender la situation de l'établissement par rapport au taux de 80% du seuil minimal annuel (cases grisées).

Pour la chirurgie carcinologique mammaire, digestive, urologique et thoracique, le seuil est de 30 patients, soit 24 patients pour atteindre 80% du seuil.

Pour la chirurgie carcinologique gynécologique et ORL-maxillo faciale, le seuil est de 20 patients, soit 16 patients pour atteindre 80% du seuil.

Terr.	Etablissement	Chir. mammaire	Chir. digestive	Chir. urologique	Chir. thoracique	Chir. gynéco	Chir. ORL maxillo-fac.
NO	Amiens CHU	197	147	202	6	57	146
	Amiens SA Pauchet	416	54	102	103	68	40
	Amiens Polycl. Picardie	8	142	94	2	9	28
	Doullens CH	18	22	1	1	9	1
	Abbeville CH	1	41	41	9	9	18
	Abbeville Ste Isabelle	28	32	35	0	10	7
	Montdidier CH	0	3	0	0	0	0
NE	St Quentin CH	68	41	96	13	20	29

	St Quentin St Claude	24	88	59	0	17	17	
	Laon CH	9	36	48	4	8	10	
	Chauny CH + Clinique du Cèdre	35	15	0	4	7	1	
	Peronne CH	2	5	1	0	0	0	
	Clinique ND de Laon	0	1	0	0	0	1	
SO	Beauvais CH	77	94	25	3	28	34	
	Senlis CH	79	22	3	1	18	0	
	Creil CH	37	45	61	3	27	12	
	Clinique St Lazare	5	25	57	0	2	21	
	Hôpital privé de Chantilly	Clinique Médico-chirurgicale	8	35	13	10	2	6
		Clinique Les Jockeys	7	22	26	2	1	6
		Clinique St Joseph	39	2	5	1	7	13
	Clermont CH	0	6	2	0	1	0	
SE	Soissons CH	79	65	25	1	26	6	
	Compiègne CH	18	47	29	4	16	30	
	Compiègne St Côme	148	116	142	11	36	6	
	Clinique St Christophe	3	21	30	0	1	10	
	Clinique St Martin	0	0	1	0	0	3	
	Château Thierry CH	4	19	16	0	8	0	
	Noyon CH	6	16	14	1	5	1	

## 3.6. SITUATIONS RARES ET AGES EXTREMES

### 3.6.1. ENFANTS ET ADOLESCENTS

La circulaire DHOS du 29 mars 2004 a défini les référentiels d'exercice des centres spécialisés de cancérologie pédiatrique autour de 4 thèmes principaux :

- Modalités d'organisation des soins (pluridisciplinarité, accès plateau technique, locaux, dispositif d'annonce, soins de support, douleur, soins palliatifs),
- Dimension sociale familiale et relationnelle de la prise en charge, environnement spécifique,
- Participation à la recherche clinique,
- Participation à la formation continue.

Les seuils ne concernent pas la pédiatrie (< 18 ans).

Les critères d'agrément s'appliquent tous même s'ils sont insuffisants dans certains domaines spécifiques :

- la coordination globale de la prise en charge pour sécuriser l'organisation,
- l'environnement psycho-social (accueil des familles, scolarité).

Les critères d'agrément pour la pédiatrie sont en cours d'élaboration par l'INCa. Ils feront très probablement l'objet d'une publication prochaine.

Pour être autorisé, l'établissement devra faire partie d'une organisation inter régionale labellisée par l'INCa (qui ne sera pas nécessairement la même que celle du SIOS) avec RCP inter régionale par visioconférence.

Les centres de compétence, avec tout ou partie des activités, seront identifiés.

### **3.6.2. ONCOGERIATRIE**

Afin d'obtenir une meilleure coordination des soins entre oncologues et gériatres, l'INCa a lancé en 2005 et 2006 des appels à projet afin de faire émerger des unités régionales pilotes de coordination en onco-gériatrie (UPCOG). Pour la Picardie, le site de Creil-Senlis a été retenu.

Les projets proposent des programmes d'action concernant :

- la formation : universitaire ou formations continues auprès de l'ensemble des acteurs concernés,
- l'information : des patients, des aidants naturels et accompagnants, des professionnels,
- la recherche : essais cliniques, validation d'outils d'évaluation gériatrique et études épidémiologiques et médico-sociales.

L'évaluation par l'INCa des UPCOG est en cours.

Tous les patients atteints de cancer âgés de plus de 75 ans doivent bénéficier d'une évaluation gériatrique préalable à la prise de décision thérapeutique, prise en compte lors de la RCP. Le diagnostic et les traitements ne doivent plus se baser uniquement sur l'âge du patient mais doivent être pris en compte l'état physiologique, les pathologies associées et les désirs du patient.

### **3.7. ACCES A L'INNOVATION**

#### **3.7.1. MEDICAMENTS ET DISPOSITIFS MEDICAUX INNOVANTS**

La régulation des médicaments et dispositifs médicaux inscrits sur la liste des produits financés en sus des GHS (liste T2A ou hors GHS) est prévue notamment par la responsabilisation des professionnels sur la base d'un contrat de bon usage.

Le décret du 24 août 2005 prévoit un engagement des établissements à l'utilisation des produits de cette liste, dès le 1<sup>er</sup> janvier 2006 :

- conforme à l'AMM (médicaments) ou à la LPP (dispositifs médicaux)
- ou conformes aux protocoles thérapeutiques définis par l'Afssaps, l'INCa ou la HAS,
- à défaut, le prescripteur peut argumenter sa prescription en faisant référence aux travaux des sociétés savantes ou à la littérature internationale.

L'INCa a pour mission particulière de définir les conditions possibles de prescription hors AMM des traitements anti-cancéreux (protocoles thérapeutiques temporaires ou PTT). L'objectif est de permettre à tout patient d'avoir accès aux innovations dès lors que les données scientifiques permettent de présumer un rapport bénéfices-risques favorable.

Neufs référentiels de bon usage (RBU nationaux) sont ou seront publiés et régulièrement actualisés conjointement par l'HAS, l'Afssaps et l'INCa : RBU digestif, poumon, pédiatrie, sein, hématologie, urologie, gynécologie, ORL, autres tumeurs.

Le décret du 26 août 2005 relatif au bon usage prévoit également la structuration du système d'observation des prescriptions au sein des établissements. Le Plan Cancer a été moteur pour la mise en place des observatoires des médicaments, dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques (OMEDIT) et du système d'information national associé (e-OMEDIT).

#### **3.7.2. TUMOROTHEQUE**

Les tumorothèques sont des banques d'échantillons cellulaires et/ou tissulaires cryoconservés. Elles ont une double vocation de recherche et de soins.

La tumorothèque de la région Picardie est basée à Amiens. Son fonctionnement à l'échelle régionale semble limité par un manque de technicien anatomopathologiste. Un projet régional de

technicien partagé est à l'étude afin d'inciter les établissements à alimenter la banque notamment pour les tumeurs rares.

### **3.7.3. PLATES-FORMES DE GENETIQUE MOLECULAIRE**

Le développement des plates-formes hospitalières de génétique moléculaire des cancers est préconisé par l'INCa.

La Picardie, comme d'autres régions, ne dispose pas d'une telle structure. Les structures les plus proches sont Lille, Paris et Rouen.

### **3.8. FORMATION**

La nouvelle maquette du DES en cancérologie a été arrêtée en mai 2007 (mesures 61 et 62 du Plan Cancer) afin d'assurer la cohérence avec les filières européennes et de renforcer les modules traitant des principes de prise en charge en réseau, de la dimension psychologique de la maladie et des soins complémentaires.

La nouvelle maquette du DESC en cancérologie a été arrêtée en janvier 2007. Elle va permettre à davantage d'étudiants de s'orienter vers la cancérologie. Le nouveau DESC sera accessible sous conditions aux internes de médecine générale.

### **3.9 LA PRISE EN CHARGE SOCIALE DU PATIENT**

Lorsque survient un cancer, la personne, quels que soient son âge, son niveau socio-économique, son entourage, peut être confrontée à des difficultés sociales.

Dès l'annonce de la maladie, les professionnels de santé, médecins, infirmiers sont amenés à repérer au cours des consultations que différentes préoccupations concernent le patient. Citons l'organisation familiale, les ressources, l'accès à la couverture sociale et aux soins, la position par rapport à la formation, l'emploi, etc...

Ce repérage de besoins sociaux doit inciter les professionnels de santé à proposer au patient de rencontrer l'assistante sociale de l'établissement de santé ou celle de secteur, pour un accompagnement et des démarches spécifiques.

Cet accompagnement du patient doit être conçu « à la carte » au fil des semaines jusqu'à la reprise du travail et au-delà s'il y a lieu, ainsi que différentes orientations vers des institutions et associations vont faciliter le parcours de soins de la personne prise en charge, diminuer son sentiment d'isolement et d'inquiétude.

La particularité de cette approche du patient permet d'intégrer pleinement la dimension sociale dans un objectif de prise en charge globale personnalisée.

Pour ce faire, l'assistante sociale collabore en permanence avec tout un réseau de professionnels intra et extra-hospitaliers et éventuellement de bénévoles dans le cadre associatif.

Pour certaines situations complexes, il est aussi parfois nécessaire d'organiser des réunions de concertation pluridisciplinaire axées sur les soins de support (psychologie, rééducation, nutrition, soutien spirituel,...).

Le personnel socio-éducatif participe ainsi à part entière à l'application des recommandations du Plan Cancer.

Le concours de ces professionnels aux travaux menés par le Centre de Coordination en Cancérologie est maintenant acquis et sa pertinence est reconnue.

### **3.10. COOPERATIONS ET SECURITE EN RADIOTHERAPIE EXTERNE**

#### **3.10.1. NOUVELLES DISPOSITIONS REGLEMENTAIRES**

##### **1. CIRCULAIRE N° DHOS/INCa/O4/2009/105 du 14 avril 2009 relative aux autorisations de traitement du cancer en radiothérapie et à la période de mise en conformité**

Cette circulaire de la ministre de la santé recommande aux Agences Régionales de l'Hospitalisation une grande vigilance sur les critères que les centres de radiothérapie doivent respecter pour se voir accorder les autorisations de traitement du cancer, en matière de niveau d'activité et d'organisation de la radiophysique médicale.

Les situations qui seront ainsi validées doivent s'inscrire au niveau régional dans une politique volontariste de cohérence des filières de prise en charge et de forte coopération, voire en certains cas de regroupement entre établissements. Il convient de veiller au strict respect des règles opposables et en particulier au caractère concret et réalisable des projections éventuellement prévues pour remplir à échéance l'ensemble des exigences requises.

Pour ce qui concerne la **radiothérapie**, ces règles générales sont soumises à une application particulièrement rigoureuse. Les exigences établies par les décrets de 2007 sont connues de longue date par les responsables des centres de radiothérapie.

Sont ainsi rappelées les conditions de délivrance des autorisations en termes de :

- seuil minimal (480 patients par an, soit 80% du seuil de 600 patients par an) pour les sites pourvus d'au moins deux appareils,
- inscription des implantations dans le SROS
- critères de dérogation pour les centres ayant un seul appareil : insularité, isolement géographique ou délais excessifs des trajets vers d'autres centres (3h aller-retour hors trajet domicile-centre référent).

Les centres devant répondre de façon cumulative aux deux critères, seuil d'activité et équipement, il convient que soit vérifié, pour la délivrance des autorisations, que :

- les perspectives d'activité sont réalistes et permettent d'atteindre sous dix-huit mois le seuil requis (600 patients d'ici 2011) ;
- le projet d'installation d'un deuxième appareil respecte le calendrier.

Au terme des dix-huit mois, la vérification de la conformité de tous les centres autorisés sera faite par l'autorité sanitaire.

Les centres auront l'obligation d'être en conformité, c'est-à-dire :

- Disposer d'au moins deux accélérateurs par site ;
- Atteindre un seuil d'activité d'au moins 600 patients par an et par site ;
- Répondre aux autres conditions d'implantation (décret 2007) et aux critères d'agrément.

Les centres répondant aux conditions limitatives leur permettant d'être dérogatoires (pour l'activité et le nombre de machines) devront intégrer juridiquement un centre répondant aux critères, dans un délai de 36 mois. Dès lors, il y aura un titulaire unique de l'autorisation.

Si les conditions ne sont pas remplies, des mesures de retrait ou de suspension d'autorisation seront appliquées.

Pour ce qui concerne la **radiophysique**, afin d'éviter des difficultés rencontrées l'été 2008, il est demandé aux ARH, en mai-juin 2009, d'actualiser l'état des lieux avec les responsables de tous les centres afin de préparer une organisation permettant d'anticiper les conséquences liées aux congés estivaux. A défaut d'organisation concertée, il appartient aux ARH de prévoir l'éventualité de suspension d'autorisation pour les cas où la sécurité en radiophysique s'avérerait menacée.

A plus long terme, compte tenu des difficultés majeures liées à la démographie de la profession de radiophysicien, l'objectif est d'atteindre en 2011, par une action soutenue concernant la formation et ses filières d'accès, le nombre de 600 radiophysiciens en exercice. D'ici là, afin de garantir la sécurité des applications thérapeutiques, des dispositions réglementaires, dites **mesures intermédiaires en radiophysique jusqu'en 2011**, sont prises par voie de décret et de modification de l'arrêté du 19 novembre 2004.

Les centres de radiothérapie doivent assurer la mise en place l'organisation suivante :

- i) Présence quotidienne d'un praticien spécialiste en radiothérapie pendant toute la durée d'application des traitements.
- ii) Présence pendant toute la durée d'application des traitements d'une équipe de radiophysique médicale, constituée d'au moins deux personnes ayant des compétences en dosimétrie, dont une au moins est spécialisée en radiophysique médicale.
- iii) Lorsque le centre n'est pas en mesure de satisfaire par lui-même en permanence à ces dispositions, une convention est formalisée avec au moins un autre centre de radiothérapie permettant :
  - a. en cas d'absence supérieure à 48 heures du radiophysicien, une suppléance sur place au même niveau de qualification
  - b. en cas d'absence inférieure à 48 heures, une veille par télécommunication avec, si nécessaire, un appui sur place.
- iv) Il n'est pas réalisé de nouvelles mises en traitement en l'absence de radiophysicien.
- v) En cas de défaillance de ces organisations de suppléance, la continuité des soins doit être assurée "sans retard", en particulier l'orientation des patients vers un autre centre.
- vi) Ces mesures peuvent être réalisées par la constitution d'équipes médicale et/ou de radiophysique communes entre plusieurs établissements de santé ou organismes titulaires de l'autorisation de radiothérapie. Dans ces cas, un protocole précise les conditions de fixation des tableaux hebdomadaires de présence de ces équipes.

##### **2. CIRCULAIRE N°DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/2009/78 du 17 mars 2009 relative à la campagne tarifaire 2009 des établissements de santé**

Dans l'Annexe II relative aux financements des plans et mesures de santé publique en 2009, un paragraphe est dédié aux financements complémentaires au Plan Cancer.

L'enveloppe consacrée en 2009 au renforcement des moyens de lutte contre le cancer représente 30,2 millions d'euros. Une enveloppe de 13 millions d'euros destinée à l'accompagnement du dispositif d'autorisation en chirurgie des cancers (mise en oeuvre des critères d'agrément) et au financement de l'augmentation du nombre des cancers pris en charge, est inscrite dans l'ODMCO 2009.

Les mesures financées par la dotation MIGAC seront déléguées en cours d'année en fonction des premières priorités qui seront retenues dans le cadre du nouveau plan cancer. Des actions concernant l'onco-pédiatrie, le soutien à la **radiothérapie**, le développement des centres de

références cancers rares, le soutien aux familles à haut risque génétique sont envisagées ainsi que les actions en faveur de la **formation des radiophysiciens** et de l'accompagnement de la qualité transversale en cancérologie prévue par le dispositif des autorisations (dispositifs d'annonce, soins de support, pluridisciplinarité).

S'agissant plus particulièrement de la **radiothérapie**, l'effort sera amplifié dans le cadre du nouveau Plan Cancer. Il sera notamment tenu compte des résultats des travaux du comité national de suivi mis en place par la ministre de la santé le 15 décembre avec un programme de travail précis, en particulier sur les coopérations entre centres de radiothérapie. Des financements seront délégués dans la prochaine circulaire pour permettre aux régions de donner les moyens de cet accompagnement contractuel.

### 3.10.2. MISSION REGIONALE SUR LES COOPERATIONS ET LA SECURITE EN RADIOTHERAPIE EXTERNE

L'ARH a pris l'initiative de constituer une mission régionale dont les objectifs ont été fixés par lettre du directeur de l'ARH en date du 24 décembre 2008 et dont la coordination a été confiée à Monsieur Philippe DOMY, Directeur Général du CHU d'Amiens, en lien avec l'Autorité de Sûreté Nucléaire et l'ARH.

Dans ce cadre, il a été mis en place un groupe régional de réflexion et de proposition représentatif des professionnels concernés afin de proposer un nouveau chapitre au volet « Cancer » du SROS 3 révisé consacré à la complémentarité et aux coopérations entre les structures de radiothérapie.

Les objectifs poursuivis sont de garantir la sécurité des patients, notamment en termes de délai de début de traitement, et la continuité des soins, notamment en cas de panne ou d'indisponibilité des radiophysiciens. Il a été demandé au groupe régional de réaliser un état des lieux des difficultés et des solutions apportées, de lister les conventions et coopérations formelles aussi bien qu'informelles, définir des modalités de partenariat entre les centres, et rédiger une charte d'entraide régionale.

Les propositions du groupe de travail validées par l'ARH sont retracées ci-après.

### 3.10.3. ACTUALISATION DE L'OFFRE DE SOINS

L'actualisation a été établie à partir des rapports CROS 2009 concernant l'activité des centres des quatre territoires de santé de la Picardie pendant les années 2005-2006-2007.

#### 1. Parc des installations en Picardie

Territoire de Santé	ES	Accélérateurs	Année d'installation	Puissance en MeV	Imagerie Portale	R&V	Simulations Conventionalisée	Simulations Virtuelle	TDM dédié
NO	CHU Sud Amiens	CLINAC VARIAN 2100C	2008	18	+	+	+	+	+
		PRIMUS	2006	15					
	Amiens CTHE	CLINAC VARIAN 2100C	2006	18	+	+	-	+	+
CLINAC VARIAN 2100C		2006	18						
NE	CH Saint Quentin	CLINAC VARIAN 2100C	1998	25	+	+	+	+	+
		CLINAC VARIAN 2100C	2003	25					
SO	CH Beauvais	Saturne 41	1992	15	+	+	-	+	+

82

	SCP Creil	CLINAC VARIAN 2100C (x2 en 2010)	2001	18	+	+	+	+	- (+ en 2010)
SE	CH Compiègne	SYNERGIS ELEKTA	2009	25	+	+	-	+	+
	SCP Compiègne	CLINAC VARIAN	2009	25	-	+	+	+	- (+ en ?)

#### 2. Personnel médical et non médical

Territoire de Santé	ES	ETP Rad.	ETP Externe	ETP Médical
NO	CHU Sud Amiens	2,5	2	8,8
		Amiens CTHE	3	1,5(2)
NE	CH Saint Quentin	3	2	5
SO	CH Beauvais	3	1,8	6,6
	SCP Creil	2	1	4
SE	CH Compiègne	2	1,5	5
	SCP Compiègne	2	1	4

#### 3. Activité

Territoire de Santé	ES	Radiothérapie	Curiethérapie	Jours de couverture (an)	Heures	Nombre de patients 2007	Nombre de traitements 2007
NO	CHU Sud Amiens	+	+ 2 PDR (curiethérapie pulsée) 6 chambres protégées	250	10	820	
		Amiens CTHE	+	-	250	10-11	908
NE	CH Saint Quentin	+	-	250	8	726	
SO	CH Beauvais	+	-	227	10	453	
	SCP Creil	+	-	240	7 (temporaire)	508	
SE	CH Compiègne	+	-	220	10	250	

82

SCP Compiègne	+	-	240	7 (temporaire)	354	
Polyclinique St Côme Compiègne	-	+ Pas de PDR 2 chambres protégées				

#### 4. Evolutions et projets (actualisation le 5 mai 2009)

AMIENS CHU Sud : Un scanner anciennement consacré au radiodiagnostic a été installé en radiothérapie et est fonctionnel depuis avril 2009 ; un nouveau scanner dédié est prévu pour 2010. L'acquisition d'un 3<sup>ème</sup> accélérateur est prévue à moyen terme.

AMIENS CTHE : La dosimétrie in vivo est mise en place en 2009. L'acquisition d'un 3<sup>ème</sup> accélérateur est envisagée à moyen terme. Des consultations d'annonce en radiothérapie et un contrôle de la qualité en radiothérapie ont été implémentés conformément aux réglementations.

SAINT-QUENTIN CH : La dosimétrie in vivo a été installée en 2009. Il y a poursuite de la démarche réalisée avec le concours de la MEAH en faveur de la qualité et de la sécurité en radiothérapie. Une demande d'autorisation pour l'acquisition d'un 3<sup>ème</sup> accélérateur va être faite en 2009.

BEAUVAIS CH : Actuellement un seul appareil, installé en 1992 (15 Mev). Installation courant 2010 de deux nouveaux accélérateurs dans un nouveau bâtiment en cours de construction dans l'enceinte de l'hôpital. La dosimétrie in vivo a été installée en 2009. La mise en place de contrôle de retour d'expérience est effective.

CREIL SCP : Actuellement, l'appareil est installé dans un bâtiment indépendant situé dans l'enceinte du CH. La construction d'une extension de ce bâtiment commencera en septembre 2009. Un deuxième appareil (celui du CROM de Compiègne qui a été démonté et est en cours d'upgrading) sera installé avec scanner dédié et imagerie embarquée. L'acquisition d'un 3<sup>ème</sup> accélérateur est envisagée à moyen terme (5 ans). La dosimétrie in vivo est opérationnelle depuis fin 2007.

COMPIEGNE CH : Un nouvel accélérateur est fonctionnel depuis février 2009 avec dosimétrie in vivo. Le simulateur 2D a été remplacé en février 2008 par un scanner dédié. Deux applications ont été acquises et seront installées avant fin 2009, l'IGRT. (Image Guided Radiation Therapy) et le gating respiratoire. Il y a le projet d'acquérir, à l'horizon 2010, l'IMRT (Intensity modulated Radiation Therapy) et la radiothérapie adaptative.

COMPIEGNE SCP : Un nouvel accélérateur est opérationnel depuis avril 2009 dans les nouveaux locaux de la Polyclinique Saint Côme ; un scanner dédié sera installé d'ici juillet 2009.

SOISSONS : Projet d'un centre de radiothérapie, sur le site du CH de Soissons, sous la forme d'un GCS « Radiothérapie du Sud de l'Aisne » public-privé à 50/50 (Groupe Courlancy à Reims, SCP de Reims, CH de Compiègne, CH de Soissons, et Institut Jean Godinot de Reims). La convention constitutive du GCS est en cours de finalisation. L'installation est prévue fin 2009 et disposera d'un seul accélérateur sur site, avec possibilité architecturale d'acquisition d'un 2<sup>ème</sup> accélérateur.

### 3.10.4. ETAT DES LIEUX ET SOLUTIONS EVOQUEES

#### 1. Etat des lieux

En termes de conventions d'assistance et de coopération, il existe depuis 2008 une convention entre le CHU d'Amiens et le CH de Compiègne concernant les radiophysiciens et il a été constitué en 2009 un groupement de coopération sanitaire concernant la radiothérapie entre le CHU d'Amiens et le CH de Boulogne sur Mer.

Il existe un important et préoccupant déficit en personnel dans les trois corps de métiers de la radiothérapie :

- pour les médecins : le déficit est croissant ; pour les prochaines années, l'effectif régional passera de 14 à probablement 11, le « nadir » étant atteint en 2012 ;
- pour les radiophysiciens : le déficit sera à résorber. Il est à noter que le CHU d'Amiens devient service validant.
- pour les manipulateurs : déficit également important.

C'est la présence rendue obligatoire de radiophysiciens pendant la séance qui pose aujourd'hui le principal problème de conformité pour certains centres. Alors que les indications et les besoins ont beaucoup augmenté, la spécialité a subi une désaffection qui se traduit par une pénurie de professionnels.

L'insuffisance en personnels a contraint à réduire les plages d'ouvertures du service du CHU, et a entraîné un allongement des délais d'attente ; les normes et la démographie empêchent d'espérer les réduire. A contrario, l'embauche d'un radiophysicien à St Quentin a permis de raccourcir les délais, montrant bien le rôle des effectifs.

Ce problème a été également observé au Canada, où l'Etat a dû financer des frais de traitement aux USA. Seule, la Belgique a formé assez de radiothérapeutes. De plus, la formation et l'expérience professionnelle des radiophysiciens belges intègrent les techniques actuelles.

D'autres filières de recrutement intra Union européenne et en dehors sont par ailleurs explorées par les établissements en situation de pénurie. En tout état de cause, les conditions de formation et d'adaptation des intéressés doivent être bien vérifiées et les reconnaissances de diplômes avérées.

Le défaut d'attractivité de la région Picardie constatée aussi dans d'autres disciplines, amplifie la carence globale, comme d'ailleurs dans d'autres spécialités médicales.

La coopération entre structures publiques et privées est rendue difficile du fait des divergences de de tarification. Par exemple, un oncologue exerçant en clinique pourrait, a priori, seconder l'équipe de radiothérapie du CH voisin, mais le partenariat entre les établissements concernés est souvent freiné par l'hétérogénéité des systèmes de tarification à l'acte.

#### Analyse par métiers

##### **Radiothérapeutes**

Le contexte se traduit par une augmentation globale de la charge de travail lié au doublement des indications médicales et aux contraintes réglementaires.

Il est à noter que nombre de médecins nouvellement diplômés choisissent le mode d'exercice libéral après l'obtention de l'équivalence et du droit de plein exercice.

##### **Radiophysiciens (Personnes spécialisées en radiophysique médicale)**

Les physiciens médicaux doivent être titulaires du diplôme de qualification en radiophysique médicale (DQPRM). La durée de formation est de 6 ans.

En 2008, la moitié des effectifs formés a trouvé des emplois dans l'industrie. Les radiophysiciens interviennent également en médecine nucléaire mais leur effectif en Picardie dans ce domaine est insuffisant pour pallier la pénurie.

Les jeunes radiophysiciens ont plutôt tendance à rejoindre des équipes étoffées, la problématique des revenus passant au second plan. Cependant, une certaine surenchère salariale observée est source d'instabilité et de difficultés de recrutement.

C'est une profession de santé à risque, dont la responsabilité individuelle peut être engagée. C'est ainsi que se pose la question de la responsabilité d'un radiophysicien dont l'activité couvre plusieurs centres.

Le recours aux radiophysiciens retraités a été tenté, comme solution temporaire. Il pourrait être utile de valoriser cette solution par une recherche plus active.

Il existe un écart majeur entre les besoins (8 ETP en Picardie) et la formation (50 / an en France actuellement).

Au CHU d'Amiens, pour 3 postes de radio physiciens budgétés, 2 sont pourvus ; le projet de mise en place d'un troisième accélérateur portera les besoins à 2 radiophysiciens supplémentaires

L'absence de statut national des radiophysiciens a conduit le CHU d'Amiens à créer un statut local afin d'offrir les mêmes conditions de recrutement et de carrière.

Actuellement, Amiens, Beauvais et St Quentin utilisent ce statut local.

### **Manipulateurs en électroradiologie médicale (MER) et dosimétristes**

La formation des MER dure 3 ans après le bac (scientifique en général).

Il existe à Amiens un institut de formation.

Parmi les différentes phases de traitement, les MER réalisent la dosimétrie.

A la différence des IDE, les MER ne se voient pas offrir la possibilité de suivre des formations spécialisées. Cependant, les MER ont la possibilité d'évoluer vers une formation de radiophysicien.

Une solution peut être la formation de dosimétristes. Il est regrettable que les dosimétristes n'aient pas de statut reconnu. S'ils ont accès à une licence de dosimétriste (Nice, Montbéliard) et aux contrôles de qualité en radiothérapie externe, ils ne peuvent être considérés ni comme des personnels soignants ni comme des MER.

Le technicien de mesures physiques, dont le champ de compétence est plus restreint, participerait à la dosimétrie clinique (dossier patient) et à la dosimétrie physique (contrôle des équipements).

## **2. Solutions préconisées**

### **Constitution d'un pool régional de radiophysiciens**

Le pragmatisme impose de trouver une solution régionale, car aucun centre n'a les ressources suffisantes pour absorber le flux de patients d'un autre centre qui serait obligé de fermer.

Le traitement des patients, la confiance du public dans la radiothérapie et l'image des établissements doivent être sauvegardés à tout prix.

Il faut définir les ressources accessibles afin d'assurer la continuité des soins au niveau régional dans les structures publiques et privées, et non pas seulement par des accords ponctuels, bi ou multilatéraux, entre les structures de radiothérapie.

La constitution d'un GCS régional ad hoc, qui embaucherait sous contrat un radiophysicien pour assurer les remplacements dans les centres de la région, présente plusieurs inconvénients :

- o la lourdeur de gestion et de management de ce type de structure coopérative ;
- o l'instabilité du poste qui compliquerait sans doute les difficultés déjà réelles d'embauche ;
- o l'inégalité de traitement et de statut avec les professionnels des différents centres.

Cette solution n'est donc pas retenue.

Le CHU propose de recruter un ou, si possible, deux radiophysiciens qui viendront renforcer un pool d'assistance et de suppléance régionale. Une participation financière des centres sera demandée en fonction des remplacements effectués.

La constitution de ce pool sera un objectif nouveau intégré au CPOM entre le CHU et l'ARH, au titre de la sécurité et de la continuité des soins, et fera l'objet d'un financement ciblé au titre des MIGAC.

### **Planification des absences et congés programmés**

Il est nécessaire de prévoir et de planifier les absences et congés programmés, les équipements et logiciels devant permettre une suppléance sans risques.

Le principe d'un calendrier partagé et mis à jour en temps réel a été retenu.

Dans un premier temps, il s'agira d'un fichier Excel en ligne, comportant, pour chaque centre de radiothérapie, une ligne par jour, une colonne par radiothérapeute et par radiophysicien. Le planning sera établi de façon trimestrielle.

### **Développement des échanges entre les radiophysiciens**

Il a été identifié un besoin d'échanges entre radiophysiciens : échanges de procédures, d'expérience, stages courts dans les divers centres, formations afin de se familiariser avec les pratiques des divers centres.

Dans cette perspective sont proposés :

- La disponibilité d'un inventaire régional des moyens ;
- La mutualisation de la démarche qualité réalisée avec le concours de la MEAH dans les CH de Beauvais et Saint Quentin : une 2<sup>ème</sup> vague d'ES doit en bénéficier en 2009 (CHU d'Amiens, CH Compiègne) ;
- L'harmonisation des pratiques ; il y a nécessité, en préalable, de réaliser la description du fonctionnement de chaque centre, afin que les particularités éventuelles soient connues des remplaçants ;
- La mise en place d'un groupe de travail entre radiophysiciens avec pour objectifs :
  - o l'échange d'expériences
  - o l'organisation d'un contrôle annuel pour évaluer les doses délivrées aux patients (exemple : contrôle des chambres d'ionisation).
  - o la rédaction d'un cahier des charges sécurité
  - o la définition des moyens à acquérir et des cibles à atteindre
  - o l'organisation d'une comparaison inter centres.

## **3.10.5. ORIENTATIONS**

Les orientations, issues des réflexions et préconisations du groupe de travail régional, doivent être mises en perspective avec la situation régionale et en cohérence avec la circulaire du 14 avril 2009.

Trois centres disposent d'un seul accélérateur et traitent moins de 480 patients : le CH de Beauvais, le CH de Compiègne, le CROM de Compiègne. Ces centres ne remplissent par ailleurs pas les critères de dérogation en vigueur.

La mise en conformité du CH de Beauvais est envisageable dans le cadre de ses nouveaux locaux, qui permettront l'installation du second appareil et le changement de l'appareil existant. Il convient de noter le caractère aujourd'hui limitant de l'appareil en place sur le développement

de l'activité.

La situation de Compiègne présente une spécificité du fait du fonctionnement de deux centres de radiothérapie de fait distincts et géographiquement distants. Cette situation ne pourra perdurer, et doit faire l'objet d'une réorganisation des activités sur un seul site géographique pour répondre aux exigences réglementaires avant fin 2011.

Concernant Soissons, le projet devra satisfaire l'ensemble des conditions réglementaires.

Les mesures suivantes seront à mettre en œuvre :

1. La priorité est le recrutement de deux radiophysiciens « régionaux » afin d'assurer la permanence des soins dans les centres de radiothérapie ; il convient pour cela d'utiliser les filières externes de formation et de rendre attractive la venue dans la région Picardie.
2. Il sera défini, à mesure de l'amélioration de l'effectif, des binômes de structures se renforçant mutuellement.
3. Des groupes de travail entre radiophysiciens seront mis en place avec pour objectif l'harmonisation des pratiques, grâce notamment aux retours d'expérience et à la mise en commun des informations.
4. L'application d'un statut local harmonisé pour les radiophysiciens et les dosimétristes pourra être étendue à l'ensemble des établissements picards, en l'attente de dispositions nationales.
5. Le suivi des coopérations en radiothérapie externe s'effectuera à un rythme annuel : il sera notamment organisé, au niveau régional, une réunion au mois de juin afin de s'assurer du bon fonctionnement des centres de radiothérapie en période estivale.

## ANNEXE : IMPLANTATIONS

ACTIVITE	NORD OUEST	NORD EST	SUD OUEST	SUD EST	
CHIRURGIE	Sein	1 à 2 Amiens Abbeville	1 à 2 St Quentin Chauny	3 à 4 Beauvais Chantilly Creil Senlis	2 Compiègne Soissons
	Digestif	2 Amiens Abbeville	2 St Quentin Laon	3 Beauvais Chantilly Creil	2 Compiègne Soissons
	Urologie	2 Amiens Abbeville	2 St Quentin Laon	3 Beauvais Chantilly Creil	3 Compiègne Château- Thierry Soissons
	Gynécologie	1 à 2 Amiens Abbeville	1 St Quentin	2 à 3 Beauvais Creil Senlis	2 Compiègne Soissons
	ORL	2 Amiens Abbeville	1 St Quentin	2 Beauvais Chantilly	1 à 2 Compiègne Soissons
	Thorax	1 Amiens	0	0 à 1 Creil	0
CHIMIOTHERAPIE	2 Amiens Abbeville	2 à 3 St Quentin Laon Chauny	3 à 4 Beauvais Chantilly Creil Senlis	2 à 3 Compiègne Soissons Château Thierry	
RADIOTHERAPIE (au minimum 2 appareils par site géographique)	1 Amiens	1 St Quentin	2 Beauvais Creil	1 à 2 Compiègne Soissons	