



Ministère des affaires sociales et de la santé

SECRETARIAT GENERAL DES MINISTÈRES CHARGES DES AFFAIRES SOCIALES

Délégation à la Stratégie des Systèmes
d'information en Santé

Institut National du Cancer

Personne chargée du dossier : Brigitte Séroussi

tél. : 01 40 56 46 77

fax : 01 40 56 40 80

mél. : brigitte.seroussi@sg.social.gouv.fr

La ministre des affaires sociales et de la santé

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

INSTRUCTION N° SG/DSSIS/INCa/2013/378 du 13 novembre 2013 relative à la
description du système d'information cible du dossier communicant de cancérologie (DCC)

Date d'application : immédiate

Classement thématique : Santé publique

Validée par le CNP le 25 octobre 2013 - Visa CNP 2013-208

Catégorie : Directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.
Résumé : La présente instruction a pour objet de décrire le système d'information cible du dossier communicant de cancérologie (DCC) que chaque ARS devra mettre en place en collaboration avec les réseaux régionaux de cancérologie à l'horizon 2015.
Mots-clés : cancer, système d'information, DCC, ARS
Textes de référence : - Circulaire N° DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie. - Circulaire N° DHOS/CNAMTS/INCa/2007/357 du 25 septembre 2007 relative aux réseaux régionaux de cancérologie. - Référentiel national des réseaux régionaux, Septembre 2007, INCa-Ministère de la Santé-Cnam, Principales missions des réseaux régionaux. - Cadre national, Octobre 2010, INCa-ASIP Santé, « Dossier communicant de cancérologie (DCC) et dossier médical personnel (DMP) »
Circulaires abrogées : -
Circulaires modifiées : -
Annexes : 1) Exigences de qualité de la prise en charge en cancérologie (INCa). 2) Questionnaire d'évaluation de l'état des lieux relatif à l'organisation et aux systèmes d'information pour la prise en charge en cancérologie par les établissements de santé.

Diffusion : il appartient aux destinataires d'assurer une diffusion auprès des référents cancer et de tous les acteurs impliqués dans la prise en charge des patients en cancérologie.

Le partage et l'échange de données de santé entre professionnels de santé, hospitaliers et libéraux, constituent une obligation de la coordination des soins en particulier pour la prise en charge des maladies chroniques ou d'épisodes de soins requérant l'intervention coordonnée de nombreux professionnels autour du patient.

Dans le cas de la prise en charge des patients atteints de cancer, la mesure 34 du plan cancer 2003-2007 prévoyait la création d'un dossier communicant de cancérologie (DCC), mis en œuvre et développé par les réseaux régionaux de cancérologie (RRC). Le Plan Cancer 2009-2013, dans sa mesure 18, a prévu de déployer ce service comme un élément du dossier médical personnel (DMP).

Sur la base de ces nouvelles orientations, des travaux ont été conduits depuis 2011 par l'ASIP Santé et l'INCa avec le concours de sept régions pilotes¹ dans le but de définir les éléments d'un système d'information en cancérologie et de déterminer les conditions techniques de sa mise en œuvre. Sur le fondement de ces travaux, une concertation pilotée par la DSSIS et élargie à l'ensemble des ARS (CMSI et correspondants cancer) a permis de définir une cible fonctionnelle et technique.

La présente instruction a pour objet de décrire le système d'information cible du DCC que chaque ARS devra mettre en place en collaboration avec les réseaux régionaux de cancérologie à l'horizon 2015.

1. Description du processus à informatiser

Le parcours de soins en cancérologie est complexe et varié. Le DCC vise à en informatiser les différentes étapes. Une fois le diagnostic posé, la proposition thérapeutique est élaborée en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) :

- **Diagnostic :** le diagnostic est établi le plus souvent sur la base du compte rendu d'anatomocytopathologie (CR-ACP), du compte rendu opératoire (CRO), et des résultats du bilan d'extension (imagerie et biologie essentiellement) permettant également de définir le stade du cancer.
- **Dispositif d'annonce (1^{er} temps) :** annonce du diagnostic au patient au moment opportun et au plus tard lors de la présentation du PPS.
- **Inscription en RCP** par le médecin en charge du patient : consultation de l'offre en matière de RCP, dont les RCP de recours, et choix d'une RCP pour l'inscription du dossier.
- **Préparation de la fiche RCP** en amont de la RCP par le médecin en charge du patient : la fiche RCP est un document structuré dont le pré-remplissage doit pouvoir être réalisé par l'extraction des informations contenues dans d'autres documents dont le CR-ACP, ce qui permet d'éviter les re-saisies et de garantir ainsi l'intégrité du contenu et la traçabilité des auteurs.

¹ Alsace, Aquitaine, Lorraine, Midi-Pyrénées, Pays de la Loire, Picardie, et Rhône-Alpes

- **Proposition thérapeutique** : discussion du dossier du patient en RCP, finalisation de la fiche RCP par l'enregistrement de la proposition de prise en charge, et production d'un Programme Personnalisé de Soins (PPS). La fiche RCP est envoyée au médecin traitant et aux autres médecins assurant la prise en charge du patient.
- **Dispositif d'annonce (2^e temps)** : annonce de la proposition thérapeutique issue de la RCP pour validation de la décision de traitement
- **Présentation du PPS au patient** : éventuelles modifications du PPS pour tenir compte des préférences du patient et de sa situation personnelle, envoi du PPS actualisé au médecin traitant et aux autres médecins de la prise en charge, remise du PPS au patient.
- **Prise en charge de la phase aiguë du traitement** : partage des documents utiles entre les différents acteurs de la prise en charge en collaboration avec le médecin traitant (réactualisation du PPS, comptes rendus de chimiothérapie et radiothérapie, compte rendu opératoire, etc.).
- **Prise en charge de l'après traitement** : à l'issue de la phase aiguë, proposition du Programme Personnalisé de l'Après Traitement (PPAT) au patient, communication du PPAT au médecin traitant et éventuellement à d'autres professionnels de santé, coordination de la prise en charge de l'après-traitement par le médecin traitant en collaboration avec l'équipe hospitalière référente, réactualisation du PPAT en fonction de l'évolution de l'état du patient.
- **Remontée des données** permettant l'observation et le suivi de l'activité pour le pilotage local, régional, et national de l'offre de soins en cancérologie, ainsi que la veille sanitaire, l'épidémiologie, l'évaluation des pratiques et des politiques publiques, dont l'évaluation de la qualité des prises en charge, des programmes de prévention, de dépistage, et plus largement de lutte contre le cancer.

Ce processus s'inscrit dans une approche globale de la coordination des soins. Aussi, afin de pouvoir être accessibles aux professionnels de santé autorisés par le patient ayant à intervenir en temps réel dans sa prise en charge, et ceci quelle que soit la mobilité du patient, les documents du DCC (CR-ACP, CRO, fiche RCP, PPS, PPAT) doivent pouvoir être échangés par messagerie sécurisée (MSSanté ou autre) et partagés dans le DMP.

2. Caractéristiques de la cible DCC-DMP 2015

Compte tenu des objectifs auxquels le DCC doit répondre, la cible DCC-DMP devra satisfaire un ensemble de caractéristiques techniques et fonctionnelles. **Cette cible est la traduction des exigences de qualité de la prise en charge en cancérologie édictées par l'INCa rappelées en annexe 1 du document.**

L'objectif au plan des SI est de garantir que **100% des patients** atteints de cancer bénéficient d'un passage en RCP donnant lieu à une **fiche RCP informatisée, structurée**, comportant les items minimaux définis par l'INCa et conforme au cadre d'interopérabilité spécifié par l'ASIP Santé, et un **PPS informatisé** suivant le contenu minimum défini par l'INCa et conforme au cadre d'interopérabilité spécifié par l'ASIP Santé.

Ces documents doivent être **versés dans le DMP** si le patient en possède un, et/ou être transmis par **messagerie sécurisée** au médecin traitant et aux autres professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du patient.

Ceci doit être réalisé dans un **contexte réglementaire** propre au respect du cadre transversal commun à la coordination des soins.

a. Exigences réglementaires propres au respect du cadre transversal commun à l'organisation de la coordination des soins et à la gestion des parcours :

- réglementation générale de l'informatisation des données de santé : respect des droits du patient, traçabilité de l'information, information préalable, exercice du droit d'opposition, recueil du consentement.
- sécurité et confidentialité : respect des critères juridiques de l'hébergement des données de santé à caractère personnel, intégration dans un espace de confiance, prise en compte de la Politique Générale de Sécurité des Systèmes d'Information de Santé (PGSSI-S).
- identification des acteurs à partir d'un référentiel reconnu (RPPS pour les professionnels de santé, FINESS pour les établissements), authentification des professionnels de santé et des établissements à partir des services CPS (cartes et certificats) ou dispositifs reconnus comme équivalents, identification des patients par l'INS lorsqu'il sera disponible, ou l'INS-c, ou à défaut un identifiant local ou des traits d'identité.
- partage et échange de données : DMP-compatibilité pour l'envoi des documents dans le DMP en accord avec le cadre d'interopérabilité et/ou utilisation d'une messagerie sécurisée (MSSanté ou autre) pour les échanges de documents ou de données de santé à caractère personnel entre professionnels de santé.

b. Exigences nécessaires à la prise en charge en cancérologie :

Outre les composants permettant le partage et l'échange des données de santé à caractère personnel (DMP et messagerie sécurisée de santé), l'informatisation du processus décrit au paragraphe 1 exige la mise en place des composants suivants :

- un **annuaire national** des RCP : service mis à disposition par l'ASIP Santé, administré par les régions (pour la déclaration et la réactualisation) décrivant de manière homogène et pour chacune des régions l'organisation (technique, logistique, référentiels utilisés, etc.) et la composition de ces réunions.

- des modules de **planification et de gestion des RCP** couvrant des fonctions :
 - de programmation des sessions
 - d'inscription des patients
- des **modules de spécialité communicants** permettant :
 - la préparation de la fiche RCP (accès aux documents nécessaires tels que le CR-ACP, le CRO, les résultats du bilan d'extension ou de ré-évaluation) ;
 - la production des documents clés du parcours en cancérologie (fiche RCP, PPS) suivant les modèles de contenu métier définis par l'INCa et conformes au cadre d'interopérabilité spécifié par l'ASIP Santé.
- un **composant national de suivi de l'activité** en cancérologie permettant la production des statistiques d'activité de RCP avec remontée régionale (RRC, ARS) et nationale (DGOS, INCa) selon le contenu défini par l'INCa et le format d'export spécifié par l'ASIP Santé. Une partie des données pourra être mobilisée dans le cadre du recueil de l'indicateur RCP de la HAS (IPAQSS).
- un **composant national d'observation épidémiologique** en cancérologie permettant la remontée de données cliniques à partir des documents structurés (CR-ACP, fiche RCP, PPS) à des fins de surveillance pour la veille sanitaire (InVS), d'évaluation des politiques publiques de lutte contre le cancer dont le dépistage organisé (DGS), et d'évaluation des pratiques et de l'organisation des prises en charge (INCa).

3. Les solutions à la cible

Toutes les solutions permettant l'informatisation du processus selon les fonctionnalités développées précédemment, vérifiant les exigences réglementaires, et conformes au cadre d'interopérabilité de l'ASIP Santé sont considérées comme étant à la cible.

Elles peuvent être :

- intégrées dans les outils métier utilisés par les professionnels de santé par extension du dossier patient informatisé (LGC ou SIH),
- externalisées et accessibles en mode web via une plateforme régionale portée par la région (RRC/GCS/ENRS/ARS) ou par un industriel qui propose des services en ligne.

Par ailleurs, la cible DCC-DMP devra intégrer à terme la production d'un PPS et d'un PPAT *structurés*, comportant les items minimaux définis par l'INCa. Les modules de spécialité communicants devront donc évoluer pour permettre la production de ces documents dans des formats structurés conformes au cadre d'interopérabilité spécifié par l'ASIP Santé. La structuration des données du DCC devra également permettre la mise à disposition de services à valeur ajoutée (aide à la décision pour la mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques et l'inclusion dans les essais thérapeutiques).

4. Construction des trajectoires régionales pour atteindre la cible

La cible nationale DCC-DMP étant spécifiée, il appartient à chaque ARS de définir en collaboration avec les réseaux régionaux de cancérologie la solution ou la combinaison de solutions qui lui paraît la plus à même d'atteindre le résultat attendu à l'horizon 2015.

Pour ce faire, il apparaît hautement souhaitable que chaque ARS procède à un état des lieux des conditions dans lesquelles sont organisés l'échange et le partage d'informations en cancérologie et de façon générale évalue l'écart à la cible décrite au paragraphe 2. Il appartient à chaque ARS de déterminer les modalités de réalisation de son état des lieux.

A toutes fins utiles, *un modèle de questionnaire à remplir par les établissements est proposé en annexe 2 du document*, dont l'agrégation au niveau régional permettra de caractériser l'existant.

Une fois l'état des lieux réalisé, chaque ARS devra, en concertation avec les acteurs concernés, déterminer une trajectoire lui permettant d'atteindre la cible définie à l'horizon 2015.

- Cette trajectoire pourra être fondée sur le déploiement au sein des établissements de santé de modules DCC intégrés aux logiciels des professionnels de santé (LPS) et communicants avec leur environnement. Dans cette hypothèse, l'ARS devra conduire une politique active d'incitation auprès des établissements en s'appuyant notamment sur le Programme Hôpital Numérique. Parallèlement, une action de communication sera menée par l'ASIP Santé auprès des éditeurs afin de promouvoir le développement d'une offre logicielle permettant de faire évoluer les LPS et notamment les SIH.
- De façon complémentaire ou alternative, l'ARS pourra faire le choix d'appuyer le déploiement du DCC sur une plateforme régionale selon un modèle expérimenté par certaines régions depuis 2006. Dans ce cadre, un recensement des solutions sera mis à la disposition des ARS avant la fin 2013. Afin de procéder de façon exhaustive et équitable à ce recensement, l'ASIP Santé et l'INCa diffuseront sous peu un questionnaire destiné aux MOA régionales et aux RRC pour leur permettre de décrire de façon standardisée les solutions de plateforme disponibles.

Il convient de rappeler que les coûts d'informatisation sont supportés par les régions. Il est donc indispensable d'évaluer les coûts au niveau global, en intégrant la construction d'une solution, son déploiement, sa maintenance et ses évolutions. Il est donc recommandé aux régions qui ne seraient pas à la cible de privilégier les solutions existantes.

Institut National du Cancer

signé

Anne Burstin
Directrice Générale

Pour la ministre et par délégation,

signé

Philippe Burnel
Délégué

ANNEXE 1 : Exigences de la cible DCC 2015 et critères qualité des parcours en cancérologie

Le parcours de soins en cancérologie est complexe et varié. Dans sa cible 2015, le DCC vise à en informatiser certaines étapes clés : diagnostic, inscription en RCP et préparation de la fiche RCP, décision thérapeutique, annonce du diagnostic et proposition de prise en charge.

Compte tenu de ses finalités, la cible 2015 devra satisfaire un ensemble de critères spécifiques à la cancérologie en s'inscrivant dans un cadre législatif et réglementaire (notamment le dispositif des autorisations pour le traitement du cancer et les dispositifs d'accompagnement du patient).

Références réglementaires d'activités de soins de traitement du cancer

Circulaire N° DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 *relative à l'organisation des soins en cancérologie*.

Décret n°2007-388 du 21 mars 2007 *relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer*.

Décret n° 2007-389 du 21 mars 2007 *relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de traitement du cancer*.

Circulaire N° DHOS/CNAMTS/INCA/2007/357 du 25 septembre 2007 *relative aux réseaux régionaux de cancérologie*.

Référentiel national des réseaux régionaux, Septembre 2007, INCa-Ministère de la Santé-Cnam, *Principales missions des réseaux régionaux*.

Critères d'agrément du code de la santé publique article R.6123-87, *relatifs aux pratiques thérapeutiques (chirurgie des cancers, radiothérapie externe et chimiothérapie)*.

Plan cancer 2009-2013, Action 18.3, *relative au partage des données médicales entre professionnels de santé*. Mesure 20, *relative à la spécialité d'anatomopathologie en lien avec la mesure 7, relative au système de surveillance des cancers*.

Autorisation du traitement du cancer - *Conditions transversales de qualité et critères d'agréments*, <http://www.e-cancer.fr/soins/la-structuration-de-loffre-de-soins/autorisations-en-cancerologie>.

Lors de leur mise en œuvre au sein du DCC, ces critères se déclinent en processus organisationnels ou en documents définis par un nombre minimum d'items, par des modalités de production et de transmission.

Offre de Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

Egalité d'accès à l'information pour les professionnels de santé :

100% de l'offre RCP validée par les RRC est accessible et reprend les modalités d'organisation et de description de celles-ci

- La centralisation de l'information sur l'offre RCP, via l'annuaire national, ne remet pas en cause la prise en charge de proximité du patient qui doit être privilégiée.

Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

Mesure transversale de qualité :

100% des patients atteints de cancer bénéficient d'un passage en RCP, appuyé sur la pluridisciplinarité, sur l'utilisation de référentiels validés et donnant lieu à une fiche RCP contenant des informations de diagnostic anatomopathologique. 100% des médecins traitants ont accès à la fiche RCP de leurs patients atteints de cancer

- La stratégie thérapeutique qui résulte de la RCP doit être communiquée en articulation avec la médecine de ville, afin d'assurer la coordination et la continuité des soins.

Dispositif d'annonce

Mesure transversale de qualité :

100% des patients ont accès au dispositif d'annonce pour leur soumettre la proposition thérapeutique à l'issue de la RCP

- Apporter une réponse adaptée aux attentes du patient grâce au dispositif d'annonce pour formaliser par écrit la proposition thérapeutique.

Programme Personnalisé de Soins

Mesure transversale de qualité – Personnalisation de la prise en charge :

80 % des patients au moins, doivent bénéficier d'un Programme Personnalisé de Soins dès le début de leur prise en charge. Le PPS détaille l'accès aux équipes impliquées dans les soins de support

- Le PPS est établi en relais immédiat du dispositif d'annonce. Il formalise la proposition de prise en charge thérapeutique. C'est un outil indispensable de personnalisation, qui se compose d'informations de prise en charge en soins spécifiques et de support, d'accompagnement social et médico-social.

Recueil de données

Système de surveillance des cancers :

Recueil des données d'activité de soins permettant de réaliser les tableaux de bord régionaux de cancérologie, recueil des données pour le développement du système de surveillance des cancers sur la base des données médicales de la Fiche RCP

- Améliorer le dispositif de recueil d'informations pour faciliter l'analyse régionale des données relatives aux soins. Ces informations doivent être transmises aux acteurs de la santé publique par les acteurs de la coordination et de l'organisation des soins.
- Améliorer le dispositif actuel de calcul d'incidence des cancers, élargi à l'ensemble du territoire. Les informations recueillies sont utiles aux études environnementales ou à l'évaluation des politiques de dépistage ou encore à l'infléchissement des politiques de soins.

ANNEXE 2 : Etat des lieux relatif à l'organisation et aux systèmes d'information de la prise en charge en cancérologie

Questionnaire à destination des établissements de santé

Identité

Aide à l'exploitation des réponses

1. Préciser le FINESS géographique : _____
2. Préciser le nom de votre établissement : _____
3. Préciser la localisation de votre établissement (ville) : _____
4. Préciser la catégorie de votre établissement (1 seule réponse) :
 - Public – CHR ☐
 - Public – CHU ☐
 - Public – CH ☐
 - Public – Autre (préciser) ☐
 - _____
 - ESPIC – CLCC ☐
 - ESPIC – Autre (préciser) ☐
 - Privé lucratif – SSR ☐
 - Privé lucratif – Soins courte et longue durée ☐
 - Privé lucratif – Autre (préciser) ☐
 - _____
5. Chaque année combien de nouveaux patients (file active) atteints de cancer sont pris en charge dans votre établissement ? _____

Production de soins (général)

(Production de soins)
Les informations générales sur l'informatisation de la production de soins sont des éléments de contexte importants notamment pour identifier les opportunités d'intégration des fonctions « cancer » dans les outils métier (par exemple, si le DPI est une solution d'un éditeur important sur le marché des solutions en cancérologie ou si un changement logiciel est prévu).

6. Votre établissement dispose-t-il ...
 - D'un Dossier Patient Informatisé (DPI) ?
 - o Oui (préciser le nom de l'éditeur et du logiciel, une liste est disponible en annexe) _____ ☐
 - o Non ☐
 - Si oui, la version installée est-elle DMP-compatible ?
 - o Oui directement ☐
 - o Oui indirectement (proxy/ passerelle/ EAI) ☐
 - o Non ☐
 - D'un dossier de spécialité informatisé pour la cancérologie?
 - o Oui (préciser le nom de l'éditeur et du logiciel) _____ ☐
 - o Non ☐

- D'un logiciel d'anatomo-cytopathologie ?
 - o Oui (préciser le nom de l'éditeur et du logiciel, une liste est disponible en annexe) _____ ☐
 - o Non ☐

Préciser le nom de l'éditeur et le nom du logiciel de gestion administrative des malades (GAM – une liste est disponible en annexe)

7. Si vous avez prévu des évolutions à court ou moyen terme de votre système d'information, préciser le changement prévu, l'échéance et, le cas échéant, la solution cible.
- _____
- _____
- _____

Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP)

8. Votre établissement organise-t-il des RCP ?
- Oui ☐
 - Non ☐

Si votre établissement n'organise pas de RCP, passez directement à la question 31

9. Combien de RCP votre établissement organise-t-il chaque année ? _____
- Préciser le nombre de RCP de recours (cancers rares) _____

10. Quelle est la part des RCP organisées par votre établissement qui impliquent directement des professionnels de santé (membres de la RCP, médecins demandeurs...) exerçant dans d'autres établissements ou en ville ?
- Quelques RCP seulement ☐
 - La plupart des RCP ☐

11. Pour la planification des sessions de RCP, votre établissement utilise-t-il une solution informatisée ?

- Oui (préciser)
 - o Une solution régionale mise à disposition par le RRC ☐
 - o Une solution mutualisée entre plusieurs établissements de santé (préciser le nom de l'éditeur de la solution et le nom de la solution) _____ ☐
 - o La solution de gestion d'agenda de l'établissement ☐
 - o Une autre solution (préciser le nom de la solution) _____ ☐
- Non ☐

(10) La réponse à cette question peut influencer les choix stratégiques d'un établissement : en effet, l'opportunité d'intégrer les fonctions « cancer » dans les outils métier sera d'autant plus grande que les RCP impliqueront majoritairement des professionnels de santé de l'établissement organisateur. A l'inverse, si de nombreux professionnels de santé n'exerçant pas dans l'établissement sont impliqués, le maintien d'une solution régionale dans un premier temps pourrait être pertinent, avant que des outils communicants soient déployés auprès de l'ensemble des acteurs.

12. Pour l'inscription des patients en RCP, quelles sont les modalités proposées par votre établissement ? (plusieurs réponses possibles)

- Mail ☐
- Mail sécurisé ☐
- Téléphone ☐
- Courrier papier ☐
- Fax ☐
- Inscription directe par le médecin demandeur dans une solution régionale mise à disposition par le RRC ☐
- Inscription directe par le médecin demandeur dans une solution mutualisée entre plusieurs établissements de santé (préciser le nom de la solution) ☐
- Inscription directe par le médecin demandeur dans le SIH, par exemple dans la solution de gestion d'agenda de l'établissement ☐
- Autre (préciser) ☐

13. Pour la production des fiches RCP, votre établissement utilise-t-il une solution informatisée ?

- Oui (préciser)
 - o Une solution régionale mise à disposition par le RRC ☐
 - o Une solution mutualisée entre plusieurs établissements de santé (préciser le nom de la solution et l'éditeur) ☐
 - o Le Dossier Patient Informatisé de votre établissement ☐
 - o Un dossier de spécialité de votre établissement ☐
 - o Une autre solution (préciser le nom de la solution) ☐
- Non (préciser)
 - o Outils bureautiques généralistes (Word, Excel, ...) ☐
 - o Papier ☐

14. Cette solution est-elle également utilisée pour les patients non pris en charge dans l'établissement ?

- Oui ☐
- Non (préciser quelle est dans ce cas la solution utilisée) ☐

15. Quel est environ...

- le nombre de fiches RCP produites par an dans l'établissement ?
- le nombre de fiches RCP produites par an par l'établissement dans une solution informatisée (hors outils bureautiques généralistes) ?

(13) La consolidation de ces informations au niveau régional permettra de disposer d'une vision précise de l'équipement des établissements autorisés pour la prise en charge en cancérologie et en particulier de la répartition entre les établissements utilisant une solution régionale et/ou mutualisée, les établissements utilisant leur DPI ou un dossier de spécialité et les établissements ne disposant pas de solution informatisée.

(15) La consolidation de ces informations au niveau régional permettra de mesurer la marche à franchir pour atteindre l'un des objectifs de la cible DCC 2013-2015 : 100% des fiches RCP informatisées.

Si votre établissement ne produit pas de fiche RCP dans une solution informatisée, passez directement à la question 31

16. Quels sont les modèles de document utilisés pour la fiche RCP informatisée ?
(plusieurs réponses possibles)

- Modèles proposés par le RRC ☐
- Modèles proposés par le 3C ☐
- Modèles spécifiques à l'établissement ☐
- Autres modèles (préciser) ☐
- Aucun modèle ☐

17. Les fiches RCP contiennent-elles les items minimaux définis par l'INCa ?

- Oui ☐
- Non ☐

18. Combien environ de modèles différents de fiches RCP spécialisées utilisez-vous ?
(par organe, appareil, type de population, ...) ? _____

19. Les médecins inscrivant les patients en RCP sont-ils généralement en capacité de produire une fiche RCP informatisée ?

- Oui, les fiches RCP sont en général préparées et saisies avant la RCP par le médecin ayant inscrit le patient ☐
- Non, les fiches RCP sont en général saisies par le secrétariat RCP après la RCP à partir des documents papiers apportés en RCP ☐
- Autre (préciser) _____ ☐

20. Les informations nécessaires au médecin et/ou au secrétariat qui prépare la fiche RCP, sont-elles accessibles...

- Par mail ☐
- Par messagerie sécurisée ☐
- Par courrier papier ☐
- Par fax ☐
- Via le DMP ☐
- Via le Dossier Patient Informatisé ou un dossier de spécialité de l'établissement ☐
- Via la solution régionale mise à disposition par le RRC ☐
- Via la solution mutualisée entre plusieurs établissements de santé ☐
- Autre (préciser) _____ ☐

21. La solution informatisée utilisée pour la production des fiches RCP est-elle interfacée avec les solutions informatisées suivantes ? (plusieurs réponses possibles)

- Logiciel d'imagerie ☐
- Logiciel de biologie ☐
- Logiciel d'anatomo-cytopathologie ☐
- Messagerie sécurisée ☐
- Agenda ☐

(19) La consolidation de ces informations au niveau régional permettra de mesurer la marche à franchir pour atteindre l'un des objectifs de la cible DCC 2013-2015 : permettre à tout professionnel de santé de produire, lire, échanger et partager les documents clés de la cancérologie avec d'autres professionnels de santé en tout point du territoire.

(20) La consolidation de ces informations au niveau régional permettra de mesurer l'accessibilité des documents médicaux utiles à la prise en charge en cancérologie.

(21) La consolidation de ces informations au niveau régional permettra de mesurer la marche à franchir en termes d'intégration : une solution interfacée avec les logiciels des différents services de l'établissement présente un intérêt majeur en termes d'ergonomie et de facilité d'utilisation pour les professionnels de santé. Il en va de même pour l'intégration des fonctions communicantes (DMP/ messagerie sécurisée).

- DMP (DMP Compatibilité) ☐
22. La solution informatisée utilisée pour la production des fiches RCP permet-elle de respecter le cadre d'interopérabilité des systèmes d'information de santé (CI-SIS) ?
- Oui ☐
 - Non ☐
23. La solution informatisée utilisée pour la production des fiches RCP gère-t-elle l'Identifiant National de Santé (INS) ?
- Oui ☐
 - Non ☐
24. Comment est gérée l'authentification des utilisateurs dans la solution informatisée utilisée pour la production des fiches RCP ?
- Carte CPS ☐
 - Identifiant / mot de passe ☐
 - Certificat d'établissement ☐
 - Autre (préciser) ☐
-
25. Le cas échéant (données hébergées à l'extérieur de votre établissement), l'hébergement des données fait-il l'objet d'un agrément par le Ministère de la Santé ?
- Oui ☐
 - Non ☐
 - Non applicable (préciser pourquoi) ☐
-
26. Le cas échéant (données hébergées à l'extérieur de votre établissement), sous quelle forme le consentement du patient à l'hébergement de ses données de santé est-il recueilli ?
- Consentement écrit du patient ☐
 - Case à cocher dans la solution ☐
 - Autre (préciser) ☐
-
27. Comment la fiche RCP est-elle mise à disposition du médecin traitant ? (plusieurs réponses possibles)
- Par mail ☐
 - Par messagerie sécurisée ☐
 - Par courrier papier ☐
 - Par fax ☐
 - Via le DMP ☐
 - Via le Dossier Patient Informatisé ou un dossier de spécialité de l'établissement ☐
 - Via la solution régionale mise à disposition par le RRC ☐
 - Via la solution mutualisée entre plusieurs établissements de santé ☐

(25) Les réponses à cette question doivent permettre de mettre en évidence, le cas échéant, les besoins de mise en conformité réglementaire de certaines solutions.

(27) La consolidation de ces informations au niveau régional permettra de mesurer le niveau de respect d'une exigence métier du Plan cancer - 100% des médecins traitants ont accès à la fiche RCP de leurs patients atteints de cancer, et d'apporter des précisions sur les modalités de mise en œuvre de cette exigence.

- Autre (préciser) ☐

28. Où est conservée la fiche RCP suite à la décision thérapeutique ? (plusieurs réponses possibles)

- Dans le dossier papier du patient ☐
- Dans le Dossier Patient Informatisé ou un dossier de spécialité de l'établissement ☐
- Dans la solution régionale mise à disposition par le RRC ☐
- Dans la solution mutualisée entre plusieurs établissements de santé ☐
- Autre (préciser) ☐

29. Quel est le coût d'investissement (en K€) des solutions informatisées utilisées par l'établissement pour la prise en charge des patients atteints de cancer ? _____

30. Quel est le coût d'exploitation (en K€) des solutions informatisées utilisées par l'établissement pour la prise en charge des patients atteints de cancer ? _____

Programme Personnalisé de Soins (PPS)

31. Quel est environ...

- le nombre de PPS produits par an pour les nouveaux patients de l'établissement ? _____
- le nombre de PPS produits par an pour les nouveaux patients de l'établissement dans une solution informatisée (hors outils bureautiques généralistes) ? _____

32. Votre établissement dispose-t-il d'une solution informatisée pour la production du PPS ?

- Oui (préciser)
 - o Une solution régionale mise à disposition par le RRC ☐
 - o Une solution mutualisée entre plusieurs établissements de santé (préciser le nom de la solution) ☐
 - o Le Dossier Patient Informatisé de votre établissement ☐
 - o Un dossier de spécialité de votre établissement ☐
 - o Une autre solution (préciser le nom de la solution) ☐
- Non ☐

33. Le PPS respecte-t-il les recommandations de l'INCa ?

- Oui strictement ☐

(28) La consolidation de ces informations au niveau régional permettra de mesurer la marche à franchir pour garantir le respect d'une des exigences qualité dans le cadre de la prise en charge en cancérologie, à savoir la conservation des fiches RCP dans le dossier du patient de l'établissement.

(31) La consolidation de ces informations au niveau régional permettra de mesurer la marche à franchir pour atteindre l'un des objectifs de la cible DCC 2013-2015 : 100% des PPS informatisés.

- Oui en partie ☐
- Non ☐

34. Comment est transmis le PPS au patient ? (plusieurs choix possibles)

- Par mail ☐
- Par courrier papier ☐
- Par Fax ☐
- Via le DMP ☐
- Il est remis sous format papier lors d'une consultation ☐
- Autre (préciser) _____ ☐

(34) La consolidation de ces informations au niveau régional permettra de mesurer le niveau de respect d'une exigence métier du Plan cancer - 80% des patients au moins doivent bénéficier d'un PPS, et d'apporter des précisions sur les modalités de mise en œuvre de cette exigence.

Recueil de données de suivi d'activité en cancérologie

35. Les solutions informatisées utilisées par l'établissement pour la prise en charge en cancérologie permettent-elles d'extraire automatiquement les données d'activité en cancérologie de l'établissement ?

- Oui, pour toute l'activité ☐
- Oui, pour une partie de l'activité (préciser) _____ ☐
- Non ☐

36. Le cas échéant, à partir de quels documents de prise en charge les données d'activité sont-elles extraites ?

- Comptes rendus anatomo-cytopathologie ☐
- Comptes rendus opératoires ☐
- Résultats biologiques ☐
- Comptes rendus d'annonce ☐
- Fiches RCP ☐
- PPS ☐
- Autre ☐

(Recueil de données)

Les informations sur le recueil de données de suivi d'activité en cancérologie, ainsi que sur le recueil de données d'observation, doivent permettre de mesurer la marche à franchir pour atteindre l'un des objectifs de la cible DCC 2013-2015 : améliorer le dispositif de recueil d'information pour faciliter l'analyse des données relatives aux soins et pour améliorer la mise à disposition des données pour le calcul de l'incidence des cancers.

37. Sous quels formats et avec quels acteurs les données d'activité sont-elles échangées ? (cochez les cases correspondantes)

	Etablissements associés	3C	RRC	ARS	Autre
Fichier plat avec les données brutes (type CSV) envoyé par mail					
Fichier type Excel avec les données retraitées envoyé par mail					
Fichier mis à disposition directement depuis une solution informatique mutualisée					
Rapport papier envoyé par courrier					
Autre					

Recueil de données d'observation

38. Les solutions informatisées utilisées par l'établissement pour la prise en charge en oncologie permettent-elles d'extraire automatiquement des données à visée d'observation, de surveillance et de suivi épidémiologique ?

- Oui ☐
- Non ☐

39. Le cas échéant, à partir de quels documents de prise en charge les données sont-elles extraites ?

- Comptes rendus anatomo-cytopathologie ☐
- Comptes rendus opératoires ☐
- Résultats biologiques ☐
- Comptes rendus d'annonce ☐
- Fiches RCP ☐
- PPS ☐
- Autre (préciser) _____ ☐

Souhaitez-vous ajouter un commentaire au sujet des solutions informatisées pour la prise en charge en cancérologie (remarque, satisfaction, attente, etc.) ?

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.