



AGENCE DES SYSTÈMES
D'INFORMATION
PARTAGÉS DE SANTÉ



Dossier communicant de cancérologie (DCC) et dossier médical personnel (DMP)

Cadre national

Octobre 2010



Mesure 18 : Personnaliser la prise en charge des malades
et renforcer le rôle du médecin traitant

Action 18.3 : Partager les données médicales entre
professionnels de santé

SOMMAIRE

1	Préambule	3
2	Historique et état des lieux du DCC	4
3	Fonctionnalités attendues par les professionnels de santé	6
3.1	DCC : avant tout un service de prise en charge coordonnée des patients	6
3.2	DCC : suivi de l'activité nationale et régionale de la cancérologie	7
4	Cible du DCC	8
4.1	Définition	8
4.2	Objectifs	8
4.3	Utilisateurs du service DCC	8
4.4	Système d'information du service DCC	9
5	Processus de prise en charge	11
5.1	Création du DCC	11
5.2	Planification initiale des RCP	11
5.3	Documentation du DCC	12
5.4	Inscription du patient en RCP	12
5.5	Déroulement de la RCP	12
5.6	Elaboration du PPS	12
5.7	Transmission des informations produites par le logiciel RCP	12
6	Mise en œuvre du DCC dans le cadre du Plan cancer 2009 - 2013 et du plan de relance des systèmes d'information 2009 - 2013	13
6.1	Champs de responsabilité et de gouvernance du DCC	13
6.2	Principes de mise en œuvre	14
6.2.1	Travaux préparatoires pour l'ensemble des RRC	14
6.2.2	Phase pilote de la mise en œuvre du service DCC	15
6.2.3	Serveur national de planification et de gestion des RCP	17
6.2.4	Serveur de recommandations de bonnes pratiques cliniques	17
6.2.5	Serveur national d'essais cliniques	17
6.2.6	Système de remontée des informations	18
6.2.7	Généralisation du DCC	18
7	Annexe – Glossaire	19



Ces dernières années ont marqué une évolution majeure des modes d'organisation en cancérologie, avec en particulier deux éléments importants :

- les établissements de santé, qui sont désormais spécifiquement autorisés à traiter les personnes atteintes de cancer ;
- les réseaux régionaux de cancérologie (RRC), qui animent et assurent la coordination opérationnelle des acteurs régionaux de la cancérologie. Leurs missions, réalisées en complémentarité avec celles des centres de coordination en cancérologie (3C), sont décrites dans un référentiel national¹ : elles couvrent le champ de la qualité des soins en cancérologie (diffusion des recommandations de pratiques cliniques ; communication entre professionnels de santé ; partage de l'information ; aide à la formation continue ; observation et évaluation des pratiques professionnelles).

Le Plan cancer 2009-2013 insiste sur une meilleure coordination du parcours de soins pour que les malades soient mieux accompagnés pendant et après la phase aiguë de leur traitement, en particulier entre l'hôpital et la ville. Le médecin traitant doit ainsi être mieux informé et associé à ce parcours afin qu'il dispose de tous les éléments pour assurer pleinement la prise en charge de son patient au domicile. Le dossier communicant de cancérologie (DCC) est considéré comme l'un des outils indispensables pour faciliter la coordination des soins entre les professionnels de santé et la continuité des prises en charge des patients.

L'action 18.3 du Plan cancer, « Partager les données médicales entre les professionnels de santé », s'inscrit désormais dans le programme de relance du DMP (dossier médical personnel) et des systèmes d'information partagés de santé. Le DCC et le DMP constituent à cet effet le support logique de cet échange en cancérologie.

Par la voie de leur accord de partenariat signé en décembre 2009, l'INCa et l'ASIP Santé mettent en commun leurs expertises pour la réalisation de cette action, en coordination avec la DGOS et l'InVS en particulier. Pour poursuivre la mise en œuvre, le déploiement et l'accompagnement du DCC, l'INCa et l'ASIP Santé ont défini conjointement une nouvelle cible dans laquelle le DCC devient un service du DMP respectant le cadre national d'interopérabilité publié par l'ASIP Santé.

Le présent document est centré sur le métier de la cancérologie et trouve son origine dans les retours d'expérience, notamment des besoins et attentes des professionnels de santé exprimés par les RRC. Il est prioritairement destiné aux RRC, maîtrises d'ouvrage régionales désignées par l'INCa pour le pilotage et le déploiement de ce dossier depuis cinq ans, et aux maîtrises d'ouvrages régionales des systèmes d'information de santé reconnues par leur ARS.

Il sera également utile aux éditeurs de logiciels, qui y trouveront une analyse des besoins exprimés par les professionnels de santé, utilisateurs du DCC et du DMP, ainsi que leurs priorités et le mode retenu d'urbanisation des services assurés par le DCC (qui constitue un modèle reproductible pour d'autres pathologies).

1. Cf. circulaire DHOS/CNAMTS/INCA/2007/357 du 25 septembre 2007.

2. HISTORIQUE ET ÉTAT DES LIEUX DU DCC



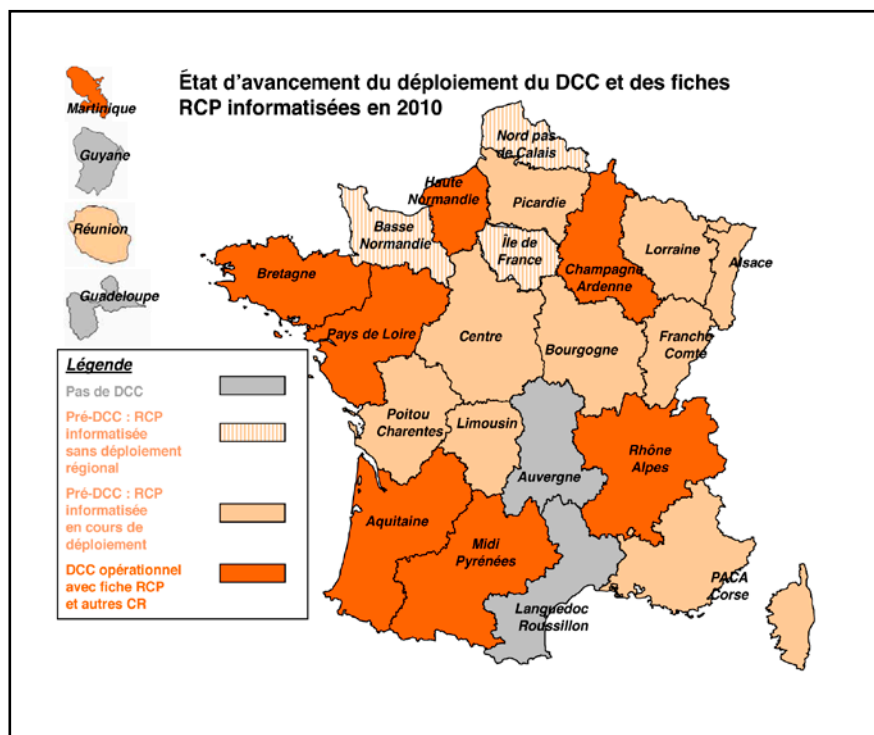
Le projet DCC, issu du Plan cancer 2003-2007, est lancé en 2004 avec quatre expérimentations régionales, en Pays de la Loire, Basse-Normandie, Aquitaine et île de La Réunion. En 2006, à la suite de ces expérimentations, un cahier des charges est rédigé pour la généralisation de ce dossier, dotée d'un budget de 5,9 millions d'euros.

En pratique, le cahier des charges prévoit que les données médicales du DCC doivent être hébergées, soit au niveau régional au moyen de plateformes, soit par les éditeurs. Aucune recommandation visant à rendre ces systèmes interoperables n'est émise à ce stade. Initialement, le DCC est donc indépendant du DMP et dédié aux acteurs de la cancérologie, le DMP n'étant apparu qu'ultérieurement avec la loi relative à l'assurance maladie du 13 août 2004.

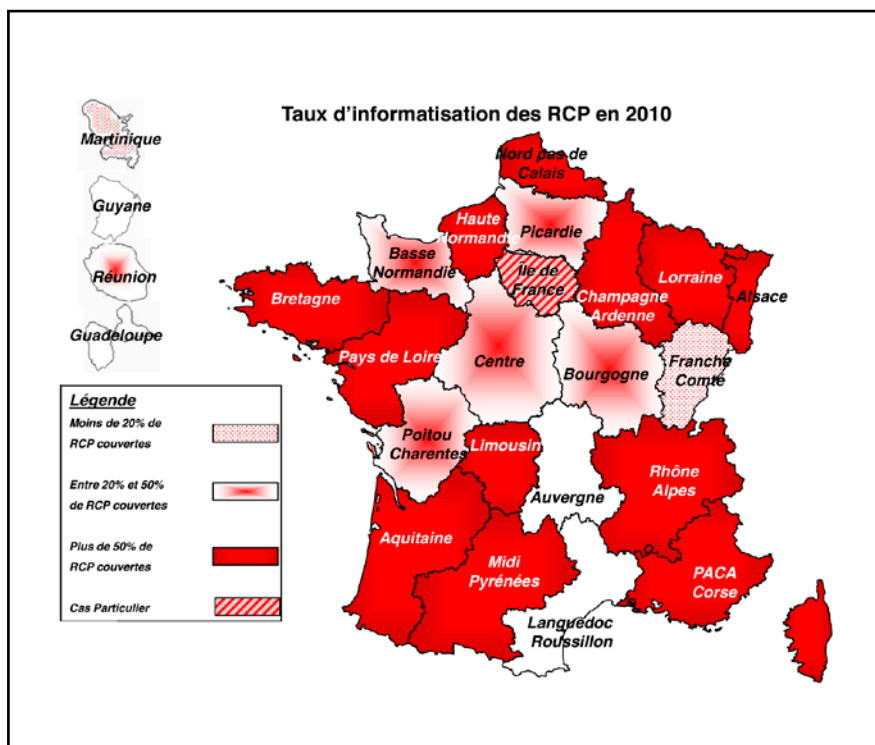
En 2006, l'INCa et le GIP DMP se rapprochent et recherchent ensemble une démarche commune avec mise en cohérence du DCC et du DMP.

Ce rapprochement aboutit en 2007 à la signature d'une convention de partenariat entre l'INCa et le GIP DMP.

Des feuilles de routes personnalisées pour chacun des RRC sont formalisées et le DCC poursuit ainsi sa route pendant plus de trois ans dans un contexte national imprécis et dans l'attente d'orientations communes désormais connues². Pendant cette période marquée par les retards successifs du projet DMP, l'audit de 2006 et les enquêtes réalisées en 2008/2010 par questionnaires montrent que les RRC restent mobilisés et poursuivent la réalisation et le déploiement du DCC « première version » centré sur l'informatisation des RCP (réunions de concertation pluridisciplinaires). Dix-sept régions déclarent un DCC opérationnel et l'on constate des taux d'utilisation en progression, malgré une forte disparité régionale à la fois des usages et des solutions.



2. Les différentes actions lancées dès l'année 2008, revue de projet diligentée par la Ministre de la Santé (IGAS – IGF – CGTI), audit de la Cour des Comptes, RGPP, et surtout les conclusions de la mission Gagneux avec la relance du DMP, impliquant une nouvelle gouvernance ciblant le DMP et les systèmes d'information des réseaux de santé dont la cancérologie, ont depuis abouti à la définition d'une stratégie globale pour les systèmes d'information de coordination des soins et un principe d'urbanisation des systèmes d'information de santé.



Les freins au déploiement de cette première version du DCC ont été identifiés : ils sont communs à ceux rencontrés jusqu'à présent par les systèmes d'information hospitaliers (SIH) et liés notamment à des problèmes d'identification du patient, d'utilisation de la CPS en milieu hospitalier, de sécurité, de recueil du consentement du patient, et enfin de ressaisies du fait des difficultés d'interfaçage avec les SIH en l'absence d'interopérabilité des solutions.

En outre, des difficultés ont été relevées en matière d'accompagnement à la mise en œuvre du DCC (qui constitue l'une des principales missions du RRC), cet accompagnement devant :

- s'inscrire dans la durée, avec une équipe stable, à toutes les étapes du projet : lancement, déploiement, suivi de l'usage et évaluation ;
- rechercher la mutualisation des démarches d'accompagnement sur des « bassins de santé » partageant des patients communs, ce qui requiert

de travailler en amont à l'identification des flux de patients inter-établissements et d'axer l'accompagnement sur l'ensemble de ces établissements et leurs correspondants au sein d'une même démarche collective ;

- prendre en compte les attentes en matière de remontées d'information (observation, veille sanitaire...).

C'est dans ce contexte que l'INCa et l'ASIP Santé signent, le 10 décembre 2009, un accord de partenariat sur la base d'un DCC défini comme un service du DMP. Cet accord précise le rôle de chacun : « L'INCa, qui assure la coordination et l'accompagnement des RRC, définit les besoins métiers du DCC (...). L'ASIP Santé assure la maîtrise d'ouvrage du service DCC intégré au DMP. »

Dans ce nouveau schéma d'urbanisation, il s'agit maintenant d'explicitier l'architecture, les fonctions attendues et le plan d'actions tout en capitalisant sur les travaux et acquis des RRC.

3. FONCTIONNALITÉS ATTENDUES PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ



3.1 DCC: AVANT TOUT UN SERVICE DE PRISE EN CHARGE COORDONNÉE DES PATIENTS

Le DCC est destiné à améliorer la qualité de la prise en charge des patients en facilitant notamment les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP). Il est important de le concevoir et de le présenter comme tel. Le DCC n'est pas en soi un dossier de recherche, de santé publique ou d'épidémiologie, mais il doit être conçu pour pouvoir contribuer à ces trois fonctions.

Insuffisamment pris en compte dans la première phase de mise en œuvre du DCC, le partage des informations avec la médecine de ville est l'un des axes forts à développer. Le programme personnalisé de soins (PPS) est, dans ce contexte, l'élément central de cet échange. L'utilisation des fonctions de partage du DMP, auxquelles la médecine de ville a bien entendu accès pour assurer le déploiement du DCC, doit permettre cette meilleure implication des médecins traitants.

Le DCC, qui s'inscrit dans le parcours de soins du patient, dont il est un des facteurs clés de coordination, comprend au moins :

1. Le compte rendu d'anatomie et cytologie pathologiques (CRAP)

Ce document, fondamental dans l'étape du bilan diagnostique et du traitement, est indispensable lors de la tenue de la RCP. Le CRAP doit intégrer les éléments indispensables à la prise en charge des patients et la définition d'un contenu minimum des CRAP s'inscrit dans le cadre de l'accompagnement du dispositif d'autorisation des établissements de santé pour les traitements du cancer (3^e point des critères d'agrément pour la pratique de la chirurgie des cancers).

L'INCa a défini, conjointement avec la Société française de pathologie, les items minimaux devant figurer dans les CRAP. À ce jour, 21 localisations tumorales sont couvertes dans le champ des cancers fréquents représentant 85 % des nouveaux cas de cancer. Pour les cancers rares, des comptes rendus spécifiques sont en cours d'élaboration par les réseaux d'anatomopathologie

de référence labellisés par l'INCa. Les 23 fiches ainsi établies ont été transmises à l'ASIP Santé qui définit sur cette base les spécifications que devront respecter les éditeurs pour permettre l'utilisation de ces comptes rendus structurés dans les logiciels métier. Ces référentiels sont élaborés en cohérence avec les travaux internationaux dans ce domaine.

L'accès aux données d'anatomopathologie est aujourd'hui également nécessaire pour :

- l'évaluation de l'impact des programmes nationaux de dépistage ;
- le fonctionnement du système de surveillance des cancers et des registres ;
- l'observation continue du nombre de cas, de leur répartition et de leur typologie, permettant de disposer de données actualisées récentes pour le pilotage de la lutte contre le cancer.

Ainsi, le projet « système national multi-sources de surveillance des cancers » (SNMSC), développé par l'InVS, prévoit de croiser les données des CRAP, du PMSI et des ALD, afin d'identifier tous les nouveaux cas de cancers, chacune des sources étant insuffisante à elle seule. Outre le DCC, les CRAP constituent donc l'un des trois piliers du projet SNMSC.

2. La fiche RCP

La fiche RCP doit intégrer au minimum l'ensemble des éléments nécessaires à la prise de décision au regard des référentiels de bonnes pratiques. Ce contenu minimum et obligatoire de la fiche RCP défini par l'INCa est structuré. Ces données doivent être réutilisables sans ressaisie par les destinataires de la fiche. En outre, ces données sont des « éléments qualité » relevant des critères d'autorisation.

De plus, la structuration de la fiche RCP permet d'intégrer des champs supplémentaires, afin de pouvoir si nécessaire ajouter des données spécifiques pour certaines pathologies ou souhaitées régionalement.

3. Le compte rendu opératoire

Les éléments minimaux devant obligatoirement

figurer dans les comptes rendus opératoires en cancérologie sont définis par l'INCa en lien avec les sociétés savantes des principales spécialités concernées. Ces éléments sont également structurés selon les spécifications définies par l'ASIP Santé autour d'un format générique du compte rendu.

4. Le programme personnalisé de soins (PPS)

Le PPS, qui découle de la proposition thérapeutique issue de la RCP, est un document essentiel qui permet de formaliser la prise en charge thérapeutique propre à chaque patient. Il constitue le point de départ du parcours de soins du patient et doit être remis au patient dès le début de la prise en charge initiale. Il doit intégrer (action 25.1 du Plan cancer) un volet social permettant de repérer précocement les difficultés sociales.

Très évolutif, il est amendé à chaque résultat ou réaction du patient à un traitement. C'est de toute évidence le document qui est le plus partagé entre le médecin traitant et les spécialistes. Il est complété par un programme personnalisé de l'après cancer conduit par le médecin traitant.

Les patients et les professionnels de santé souhaitent disposer d'une représentation visuelle de ce parcours. Plusieurs RRC ont travaillé sur le contenu d'un PPS. En s'appuyant sur ces réalisations, l'INCa, en lien avec son comité des malades et des usagers, a mis en ligne les données que tout PPS devrait contenir *a minima*³.

Le partage des informations avec la médecine de ville est l'un des enjeux majeurs du nouveau Plan cancer.

Le médecin traitant doit bien entendu avoir accès au PPS mais aussi aux éléments de la fiche RCP, du CRAP, ainsi que, plus généralement, à tous les documents utiles à la coordination et au suivi de la prise en charge de son patient. À ce titre,

la réception rapide d'une lettre de sortie hospitalière, comprenant tous les éléments utiles pour gérer au mieux le retour à domicile, en particulier les effets secondaires des traitements, constitue une attente forte de la part des médecins généralistes. L'INCa se charge à cet effet d'élaborer, avec les représentants des médecins généralistes et spécialistes, le contenu minimal du courrier à adresser aux médecins traitants.

Le DCC, en tant que service du DMP, permet également de mettre à disposition des professionnels de santé l'ensemble des documents utiles à la coordination des soins contenus dans le DMP. Ce point est particulièrement important dans le cas de pathologie(s) associée(s).

Le médecin traitant va également préparer la période de l'après cancer puis surveiller et suivre son patient. À ce titre, un document de synthèse, retraçant le parcours de soins pendant le cancer ainsi que l'histoire de la maladie, serait très utile. Son contenu minimum sera proposé par l'INCa, en lien avec les professionnels concernés.

3.2 DCC: SUIVI DE L'ACTIVITÉ NATIONALE ET RÉGIONALE DE LA CANCÉROLOGIE

La réflexion sur l'exploitation des données structurées produites dans le cadre de l'utilisation du DCC doit être lancée pour répondre aux besoins de suivi de l'activité de cancérologie aux niveaux national et régional (en particulier la restitution simple et automatisée des données d'activité des RCP, des 3C et des RRC). Cette réflexion s'inscrit dans un schéma plus large d'utilisation des données DCC/DMP.

3. <http://www.e-cancer.fr/soins/parcours-de-soins/programme-personnalise-de-soins/>

4. CIBLE DU DCC



4.1 DÉFINITION

Comme le précise l'accord de partenariat établi entre l'INCa et l'ASIP Santé, le DCC est un service permettant à l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge d'un patient atteint d'un cancer de partager entre eux et avec le patient l'ensemble des documents médicaux de cette prise en charge. Le DCC n'est donc pas une application.

Sur un plan technique, le service DCC ainsi défini met en œuvre :

- des fonctions de communication (importation et exportation) des données et documents au sein des applications habituellement utilisées par les professionnels de santé (logiciels de cabinet, SIH, plateaux techniques...);
- des infrastructures d'hébergement et des fonctions de sécurité communes avec le DMP, intégrées aux applications utilisées par les professionnels ;
- un ensemble de documents plus ou moins structurés et plus ou moins spécifiques à la cancérologie, tous référencés dans une classification, elle-même intégrée à un cadre national d'interopérabilité.

4.2 OBJECTIFS

Le DCC comme service de coordination et d'optimisation du parcours de soins du patient a pour objectifs de :

- piloter la prise en charge du patient en permettant la production fiabilisée des documents clés, que sont notamment les CRAP, la fiche RCP et le PPS, et l'actualisation régulière du suivi du parcours de soins du patient ;
- conserver et mettre en partage les principaux événements et informations du parcours du patient en centralisant au niveau national dans le DMP des documents produits lors de la prise en charge du patient. Ceux-ci deviennent alors accessibles à tous les professionnels de santé qui prennent en charge le patient, dès lors que celui-ci les y a autorisés ;
- offrir des services garantissant la qualité de la prise en charge, en facilitant notamment la planification et l'organisation des RCP, en permettant un accès aux protocoles de traitement et

aux référentiels de bonnes pratiques cliniques, nationaux et régionaux, en offrant également la possibilité de vérifier l'éligibilité du patient à des essais cliniques au sein d'un système évolutif à même de répondre aux besoins des professionnels ;

- transmettre les informations utiles pour l'observation et la coordination des activités de cancérologie, mais aussi pour le système de surveillance des cancers et l'évaluation des programmes de dépistage.

4.3 UTILISATEURS DU SERVICE DCC

Le service DCC est accessible aux patients atteints d'un cancer ainsi qu'aux professionnels de santé assurant leur prise en charge :

- le médecin spécialiste qui prend en charge le patient pour son cancer à la suite d'un acte de dépistage, d'une demande de soins consécutive à la découverte d'une symptomatologie évocatrice ou d'un cancer avéré ;
- le médecin traitant, généraliste ou spécialiste libéral, qui oriente le patient pour une prise en charge consécutive à une suspicion de cancer, le suit lors de son retour à domicile, assure la surveillance après la phase thérapeutique active et le suivi de la période d'après cancer ;
- les médecins anatomo cytopathologistes, radiologues et biologistes qui participent au diagnostic et au suivi de la maladie, qui produisent des comptes rendus et transmettent des lames et des images, ainsi que les pharmaciens qui dispensent les médicaments ;
- les médecins participant à la RCP, dont le coordonnateur, qui s'assure de l'atteinte du quorum lors de la tenue de la réunion, participe aux débats et valide la proposition de la RCP ;
- les auxiliaires médicaux en établissement de santé et au domicile du patient ;
- les équipes des 3C, qui constituent une cellule qualité opérationnelle des soins en cancérologie au sein de l'établissement de santé : mise à disposition des référentiels, organisation de la pluridisciplinarité, du dispositif d'annonce et de la remise du PPS, information des patients, production des informations sur les activités cancérologiques médicochirurgicales et pharmaceutiques de l'établissement ;

Remarque : cette liste de professionnels de santé n'est pas exhaustive. L'accès au DCC peut également concerner d'autres professionnels susceptibles d'intervenir dans le cadre de la prise en charge du patient (infirmier coordonnateur, médecin coordonnateur de l'hospitalisation à domicile ou médecin coordonnateur de la structure de gestion du dépistage...) sous réserve qu'ils aient préalablement été autorisés par le patient à accéder à son DMP.

- le patient, qui peut accéder directement avec son DMP aux documents constitutifs du DCC et visualiser les documents mis en partage. L'utilisation du DMP se fait sous le contrôle du patient ; ce dernier a accès aux informations après la consultation d'annonce (exemples : CRAP, compte rendu de la RCP).

4.4 SYSTÈME D'INFORMATION DU SERVICE DCC

Le service DCC met en œuvre :

- les logiciels des professionnels de santé hospitaliers ou libéraux impliqués dans la prise en charge du patient atteint de cancer, quelle que soit la nature des documents produits (compte rendu d'hospitalisation, image, compte rendu de biologie...). Ces logiciels, compatibles avec le DMP⁴ et non spécifiques à la cancérologie, permettent aux professionnels de santé de consulter et d'alimenter le DMP avec les documents qui ont vocation à être partagés. Les documents produits par ces logiciels sont structurés conformément aux référentiels mis à disposition par l'ASIP Santé au sein du cadre national d'interopérabilité. Une fois ces documents intégrés dans le DMP, les données structurées qu'ils contiennent peuvent être extraites et exploitées sans ressaisie par d'autres logiciels, notamment les logiciels RCP (*cf. infra*). Dans ce cadre, les données structurées d'anatomie et cytologie pathologiques revêtent une importance particulière en cancérologie ;

- le DMP comme infrastructure nationale d'hébergement des données de santé utiles à la coordination des soins. À ce titre, le DMP héberge les documents du DCC mis en partage par les professionnels de santé qui prennent en charge le patient atteint de cancer. Le DMP est utilisé par les professionnels de santé sous le contrôle du patient : celui-ci consent à son ouverture et contrôle les conditions de son accès. Le DMP apporte à la fois l'espace de confiance nécessaire aux données médicales et le cadre d'interopérabilité national indispensable pour la structuration et conséquemment l'exploitation de ces données par les logiciels des acteurs habilités ;

- les logiciels producteurs de la fiche RCP et du PPS. Ces logiciels, spécifiques à la cancérologie, sont également compatibles avec le DMP et produisent des documents structurés. La fiche RCP peut être initialisée sans ressaisie à partir des éléments structurés mis en partage dans le DMP du patient (exemple : le CRAP), puis elle est complétée au cours de la RCP. De la même façon, le PPS peut être initialisé à partir de la fiche RCP mise en partage dans le DMP.

Les logiciels produisant la fiche RCP sont susceptibles d'accéder aux PACS pour visualiser les images utiles, d'interroger les serveurs de recommandations de bonnes pratiques cliniques et d'essais cliniques au moyen d'informations structurées, et de fournir des informations pour les besoins de la surveillance, de l'observation, de la recherche et de l'évaluation des politiques de lutte contre le cancer.

Ces logiciels peuvent indifféremment être accessibles par une application web, être intégrés dans les systèmes d'information hospitaliers des établissements de santé dans lesquels se tiennent les RCP (production de la fiche RCP) ou être intégrés dans les logiciels des professionnels de santé qui prennent en charge des patients atteints de cancer (production du PPS).

4. La « DMP compatibilité » est fondée sur l'utilisation de l'INS et le respect du cadre national d'interopérabilité.

Quelle que soit la solution retenue, le cadre d'interopérabilité et la politique de sécurité applicables sont identiques.

Cette architecture est complétée par des outils périphériques sollicités par le système DCC :

- **les applications de planification et de gestion des RCP** destinées à l'ensemble des acteurs qui interviennent dans la planification et la tenue des RCP : 3C, professionnels de santé participant aux RCP ou y inscrivant leurs patients.
 - Actuellement, ces applications sont régionales, voire locales (le plus souvent, les fonctions de planification et de gestion des RCP sont intégrées à la fonction de production des fiches RCP au sein d'un même outil).
 - En cible, un serveur national permettra le développement de RCP interrégionales et nationales.
 - Dans un premier temps, ce serveur national sera utilisé par les RRC et établissements de santé non équipés de cette fonction de planification.
 - À terme, l'ensemble des RCP devront utiliser ce serveur national, les RRC déjà équipés convergeront vers cette solution. L'architecture définitive sera arrêtée après évaluation.

Le dispositif RCP peut en outre être complété **d'outils collaboratifs non spécifiques à la cancérologie, permettant notamment la tenue de visio ou web-conférences**. Respectant le cadre national d'interopérabilité publié par l'ASIP Santé, ces outils devront notamment s'appuyer sur les répertoires nationaux de professionnels de santé (RPPS) et des établissements de santé et médico-sociaux (RMESS) ;

- **les serveurs de recommandations de bonnes pratiques cliniques**. Actuellement, ces serveurs sont régionaux. En cible, un outil national alimenté aux niveaux national et régional sera interrogeable par les logiciels RCP à partir d'informations structurées contenues dans la fiche RCP du patient. L'architecture définitive sera arrêtée après évaluation ;

- **les serveurs d'essais cliniques**. Il existe un serveur national géré par l'INCa, le registre des essais cliniques français en cancérologie. En cible, les logiciels RCP seront capables d'interroger ce serveur national à partir d'informations structurées contenues dans la fiche RCP du

patient pour vérifier son éligibilité à l'inclusion dans un essai clinique. Ces réflexions s'inscrivent dans un contexte de standardisation (HL7, IHE) ou de projets nationaux (ASTEC) ou encore internationaux (CallIMI 2009 / EHR 4 CR) visant à spécifier des solutions techniques spécifiques et standards ;

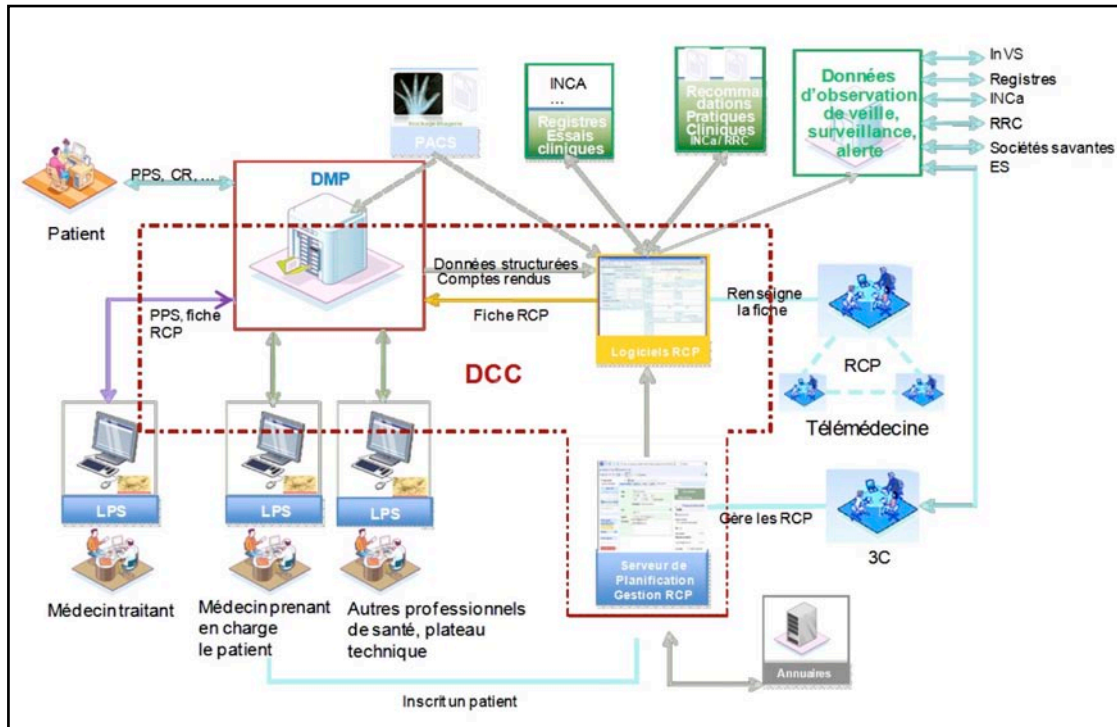
- **les PACS**. Les logiciels RCP devront permettre la consultation d'images stockées dans des PACS : en premier lieu, le PACS de l'établissement dans lequel se tient la RCP mais également, en cible, les PACS issus d'autres établissements contenant des images utiles à la prise de décision. L'urbanisation du DCC est d'ores et déjà synchronisée avec les réflexions en cours sur les PACS mutualisés ;

- **les serveurs de collecte de données à visée d'observation, de surveillance et de suivi épidémiologique**, dans le cadre notamment des missions confiées à des agences nationales (InVS, INCa), des sociétés savantes professionnelles, des réseaux régionaux de cancérologie, des registres départementaux, des centres de coordination en cancérologie, et des structures de dépistage qui pourraient avoir accès à ces données *via* un entrepôt de données. Des recommandations spécifiques sur l'architecture de cet entrepôt, son organisation, ainsi que les modalités d'accès et d'utilisation des données qu'il contient seront publiées sur proposition d'un groupe de travail piloté par l'INCa et l'ASIP Santé et incluant des représentants des utilisateurs potentiels de ces données.

5. PROCESSUS DE PRISE EN CHARGE



Le processus de prise en charge centré autour du DCC est illustré et décrit ci-après.



La RCP, gérée par l'établissement de santé, est centrale dans le processus décisionnaire de prise en charge multidisciplinaire du cancer, et constitue à ce titre le « pivot » du service DCC.

5.1 CRÉATION DU DCC

Le rôle du DMP comme outil de partage du service DCC suppose, pour chaque patient et sous son contrôle, les séquences d'ouverture du DMP et de gestion du consentement du patient à cette ouverture. L'ouverture du DMP est donc un préalable à la mise en œuvre du service DCC. Soit le DMP existe préalablement à la suspicion / découverte du cancer, soit il est créé à cette occasion. Les modalités d'information du patient et de recueil du consentement sont détaillées dans le référentiel édité par l'ASIP Santé.

Deux notions importantes sont à signaler :

- l'ouverture du DMP, qui reste un outil « généraliste », n'expose plus à une annonce prématurée de cancer contrairement à l'ouverture du « DCC » qui exposait à une révélation prématurée de la maladie ;
- l'information complète du patient en vue du recueil de son consentement doit précéder l'ouverture du DMP, mais cette information doit toujours être réalisée dans l'intérêt du patient :

si la situation créée par la suspicion ou la découverte du cancer n'est pas propice à une bonne information du patient quant à l'informatisation de son dossier médical, cette information peut être faite au moment jugé opportun, par exemple après l'annonce du diagnostic. Ce procédé doit rester l'exception, la règle restant le consentement préalable et éclairé.

5.2 PLANIFICATION INITIALE DES RCP

Le 3C utilise le serveur national de planification et de gestion des RCP pour planifier les RCP par type de tumeur ou de population (oncopédiatrie, oncogériatrie, oncogénétique...). Cette planification réalisée pour une période donnée (année par exemple), précise notamment pour chaque RCP : intitulé, date, liste prévisionnelle des participants (avec les noms du responsable et du suppléant), lieu, indication de la possibilité d'y participer en visioconférence. Ce serveur est accessible aux médecins prenant en charge ces patients.

CADRE NATIONAL

5.3 DOCUMENTATION DU DCC

Pour compléter les informations dont il dispose sur le patient qu'il prend en charge, le médecin peut notamment consulter les documents mis en partage dans le DMP du patient par d'autres professionnels de santé. Les documents que ce médecin produit et juge utiles à la coordination des soins, et en particulier qu'il souhaite porter à la connaissance des participants à la RCP, sont déposés dans le DMP du patient. De la même façon, le DCC du patient va s'enrichir des comptes rendus des autres professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du patient dans les disciplines de l'anatomie et cytologie pathologiques, de l'imagerie, de la biologie, etc.

5.4 INSCRIPTION DU PATIENT EN RCP

Le médecin responsable de la prise en charge du patient inscrit celui-ci à la RCP *ad hoc* au moyen du service de planification et de gestion des RCP. La liste définitive des patients inscrits à une RCP est établie par le 3C de l'établissement dans lequel la RCP a lieu, à partir de toutes les inscriptions réalisées par les médecins et éventuellement par le 3C sur demande du médecin responsable de la prise en charge du patient. Le professionnel de santé qui avait inscrit initialement le patient en est alors informé.

5.5 DÉROULEMENT DE LA RCP

La fiche RCP constitue le document de base de la discussion diagnostique et thérapeutique. La fiche RCP est initialisée, au sein des établissements de santé, préalablement à la RCP par le médecin qui prend en charge le patient. Une partie des informations composant la fiche RCP est intégrée automatiquement à partir des documents structurés contenus dans le DMP et notamment le CRAP.

Les documents et bases de données suivants sont consultables au cours de la réunion et à partir du logiciel RCP :

- les documents du DMP ainsi que les images contenues dans les PACS accessibles ;
- le serveur de recommandations de bonnes pratiques cliniques ;

- le registre d'essais cliniques de l'INCa (et autres serveurs).

À l'issue de la discussion, le responsable de la RCP valide la fiche du patient complétée de la proposition issue de la RCP (remarque : la fiche RCP n'est pas systématiquement complétée formellement en séance). La fiche RCP complétée (ou CR de RCP) est déposée dans le DMP du patient directement à partir du logiciel RCP.

5.6 ÉLABORATION DU PPS

Lors de la consultation d'annonce, le médecin qui prend en charge le patient lui explique la proposition thérapeutique issue de la RCP. Après accord du patient sur la proposition thérapeutique, celle-ci se concrétise sous la forme du PPS en y intégrant les autres éléments attendus (cf. contenu minimum défini par l'INCa). Ce PPS est déposé dans le DMP. Ce n'est qu'à ce stade que le patient peut visualiser les documents relatifs à son cancer dans son DMP. S'il le juge médicalement justifié, le médecin peut maintenir la nécessité d'un accompagnement du patient pour l'accès à certains documents contenus dans son dossier. Mais la règle par défaut doit rester l'accès direct du patient à l'intégralité de son dossier dès l'annonce faite. Une fois déposé dans le DMP, le PPS devient consultable par tout professionnel de santé qui prendra en charge le patient dès lors que celui-ci a donné son accord. Il est en particulier consultable par son médecin traitant. Le PPS est ensuite mis à jour par versions successives.

5.7 TRANSMISSION DES INFORMATIONS PRODUITES PAR LE LOGICIEL RCP

Le logiciel RCP dispose de la capacité d'exporter les comptes rendus selon un protocole technique similaire à celui utilisé pour l'alimentation du DMP vers un entrepôt à visée d'observation, de surveillance et de suivi épidémiologique. Les modalités précises de cette exportation sont en cours d'étude (cf. page 10).



6. MISE EN ŒUVRE DU DCC DANS LE CADRE DU PLAN CANCER 2009 - 2013 ET DU PLAN DE RELANCE DES SYSTÈMES D'INFORMATION 2009 - 2013

6.1 CHAMPS DE RESPONSABILITÉ ET DE GOUVERNANCE DU DCC

L'article 2 de l'accord de partenariat signé entre l'INCa et l'ASIP Santé le 10 décembre 2009 précise les rôles respectifs des deux partenaires :

- « l'INCa, qui assure la coordination et l'accompagnement des RRC, définit les besoins métiers du DCC. À ce titre, il arrête, sur la base des processus de prise en charge des patients atteints de cancer, les besoins en échanges de documents spécialisés, les contenus de ces documents ainsi que leurs conditions d'usage. L'INCa assure également le déploiement du DCC et le suivi de ses usages ;
- l'ASIP Santé assure la maîtrise d'ouvrage du service DCC intégré au DMP. À ce titre, elle définit les spécifications fonctionnelles des systèmes d'information sur la base des besoins métiers, les spécifications de sécurité et d'interopérabilité ainsi que les exigences techniques pour l'hébergement national des données de santé et assure l'hébergement des données du DCC.»

Au niveau régional, deux types d'acteurs interviennent en collaboration :

- les RRC, maîtrises d'ouvrage désignées par l'INCa pour la mise en place des expérimentations de validation du DCC, puis le déploiement des solutions industrielles auprès des professionnels de santé intervenant dans le processus de prise en charge des patients atteints de cancer ;
- les MOA régionales reconnues par leur ARS pour mettre en œuvre la stratégie régionale des systèmes d'information partagés de santé, notamment en coordonnant les projets de systèmes d'information de santé au niveau régional et en assurant l'intégration et le déploiement des référentiels nationaux.

Les porteurs de projet (cf. description des projets ci-après) sont constitués par le binôme RRC / MOA régionale. Au sein de chaque binôme RRC / MOA régionale :

- la maîtrise d'ouvrage métier est systématiquement assurée par le RRC ;

- la maîtrise d'ouvrage du système d'information du service DCC, pour les expérimentations et le déploiement en synergie avec le déploiement du DMP, est assurée par la MOA régionale.

Les rôles respectifs du RRC et de la MOA régionale sont définis et formalisés au sein d'un contrat qui prendra en compte l'historique régional des projets et les compétences disponibles.

En matière de conventionnement avec les acteurs régionaux :

- l'INCa signe une convention avec le RRC, maîtrise d'ouvrage métier, pour financer les travaux relatifs aux expressions de besoins et à l'évolution des processus organisationnels spécifiques à la cancérologie, à la formation et à la conduite du changement ;
- l'ASIP Santé signe une convention avec la MOA régionale pour financer les travaux relatifs à l'évolution des systèmes d'information et à leur appropriation par les utilisateurs.

Ces principes seront précisés pour chaque phase de la mise en œuvre du DCC.

Le dispositif de pilotage du projet DCC/DMP est le suivant :

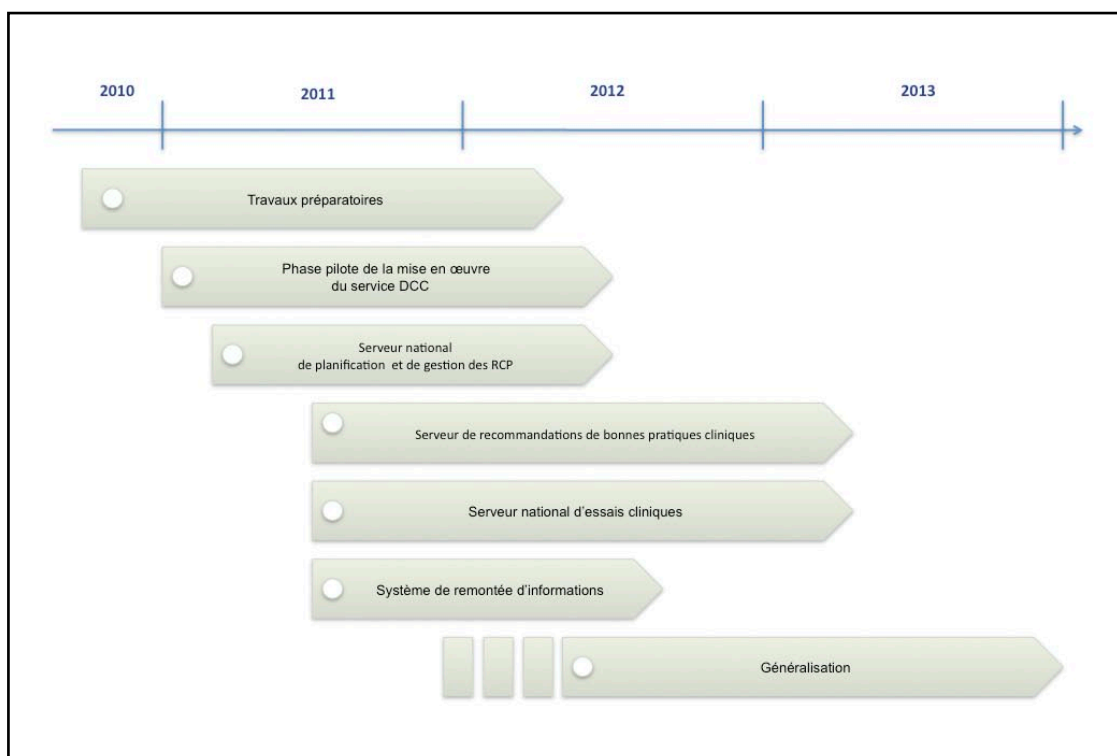
- au niveau national :
 - un comité stratégique en charge du suivi de la convention de partenariat INCa – ASIP Santé se réunit autant que nécessaire pour suivre la mise en œuvre du plan d'actions du projet. Des personnalités qualifiées invitées d'un commun accord pourront participer à ces réunions ;
 - un comité de coordination est en charge du pilotage du projet DCC/DMP ; il est composé des responsables du projet de l'INCa et de l'ASIP Santé, de trois représentants de RRC, de trois représentants de MOA régionales et d'un représentant de l'InVS. Ce comité de coordination se réunit au moins une fois tous les deux mois. Il peut ouvrir ses travaux à des personnes qualifiées en tant que de besoin ;
- au niveau régional, pour chaque projet, un comité de suivi régional permet de coordonner les actions entre la RRC et la MOA régionale. Sa composition est à adapter selon la

configuration des projets et des organisations régionales. L'ARS est systématiquement invitée. Les représentants de l'INCa et de l'ASIP Santé

sont informés des réunions et reçoivent leurs comptes rendus. Ils y sont invités en tant que de besoin.

6.2 PRINCIPES DE MISE EN ŒUVRE

La mise en œuvre du DCC, comme celle du DMP, est nécessairement progressive.



6.2.1 TRAVAUX PRÉPARATOIRES POUR L'ENSEMBLE DES RRC

L'objectif est d'intégrer au plus tôt l'ouverture du DMP, prévue fin 2010, dans l'ensemble des logiciels concernés par le DCC et de préparer la généralisation du service DCC, prévue en 2012. Cette action passe par la mise en œuvre des actions préparatoires à la migration vers le service DCC des systèmes d'information actuels des RRC, et autant que faire se peut, de ceux des établissements prenant en charge des patients atteints de cancer. Ces travaux ont vocation à alimenter les feuilles de route des RRC.

Les principales actions à mener

■ Pour se conformer à l'architecture cible du DCC, et à l'instar de tous les éditeurs souhaitant intégrer au plus tôt l'espace de confiance mis en

œuvre par l'ASIP Santé, les RRC doivent faire évoluer leur outil RCP de manière à ce qu'il respecte le cadre national d'interopérabilité et qu'il soit DMP compatible. Les RCP seront réalisées par les acteurs soit à l'aide de cet outil quand il existe, soit à l'aide du système d'information de l'organisateur de la RCP (SIH notamment) dès lors qu'il intègre les fonctionnalités nécessaires. Quand elles seront disponibles, les interfaces avec les autres composants du service DCC (collecte de données, serveur d'essais cliniques, serveur de recommandations de bonnes pratiques cliniques) seront à prendre en compte. Ces spécifications seront nationales et ne devront pas varier d'une région à l'autre.

■ Le DMP étant la structure d'hébergement des données de santé partagées, il a vocation à se substituer aux solutions locales d'hébergement

mises en place par les RRC⁵. Dans ce cadre, les RRC qui disposent de telles solutions étudient les modalités de bascule vers le DMP et mènent le cas échéant les actions nécessaires en concertation avec l'hébergeur. Dans leur rôle de « promotion d'outils de communication communs au sein de la région, en particulier les outils de communication et d'échange sécurisé de données médicales patient »⁶, les RRC mènent des actions incitatives auprès des établissements de santé prenant en charge des patients atteints de cancer afin de favoriser la « DMP compatibilité » des outils informatiques de ces établissements. La DMP compatibilité étant une condition indispensable à la mise en œuvre du DCC, ces établissements seront préparés pour la généralisation du service DCC à partir de 2012. Ces travaux standards de « DMP compatibilité » se substituent aux travaux sur les « connecteurs » réalisés précédemment par les RRC.

La « DMP compatibilité » des solutions (mise en capacité des applications à interagir avec le DMP) est gérée directement par l'ASIP Santé avec les éditeurs selon un processus d'homologation nationale (cf. Répertoire national des référentiels). Pour mémoire, les spécifications d'interfaçages ont été mises à disposition en septembre 2010 et le processus d'homologation sera en place à partir de novembre 2010. L'homologation pour l'INS est opérationnelle depuis juin 2010 auprès du CNDA.

La prise en compte de la structuration des données dans le cadre de la phase pilote de la mise en œuvre du service DCC (travaux dits de sémantique) peuvent le cas échéant faire l'objet de financements des éditeurs sous réserve de l'homologation DMP de l'éditeur. La structuration étant nationale, chaque éditeur ne peut être financé qu'une seule fois pour l'intégration des comptes rendus structurés, et ce sur une base forfaitaire. Ces travaux sont réalisés dans

le cadre de projets régionaux, chaque MOA régionale se voyant confier certains travaux pour le compte du projet DCC national.

- Les RRC développent la visioconférence pour les RCP, en s'assurant notamment de la qualité nécessaire au partage d'images.
- Les RRC favorisent l'harmonisation de certaines informations contenues sur leur site internet ou pour le moins la mutualisation des travaux réalisés (exemple : effets secondaires des thérapies anticancéreuses et leurs traitements). De même, les actions de formation / information des acteurs sur le projet DCC devront faire l'objet d'une mutualisation des outils.

Calendrier

Toutes ces actions à mener par les RRC peuvent démarrer dès la fin de l'année 2010 et être personnalisées dans les feuilles de route des RRC, après concertation avec les MOA régionales chaque fois que possible.

6.2.2 PHASE PILOTE DE LA MISE EN ŒUVRE DU SERVICE DCC

L'objectif est de vérifier et finaliser le fonctionnement organisationnel et technique du service DCC, en centrant sur le diagnostic et le traitement initial. Pour ce faire, le service DCC fait l'objet de pilotes régionaux qui mettront en place, sur l'ensemble de leur territoire régional, le processus « mise en œuvre du DMP / production du CRAP structuré / mise en partage dans le DMP / production de la fiche RCP structurée / production du PPS structuré ».

Périmètre de la phase pilote : elle s'appuiera au maximum sur 7 régions volontaires.

- En réponse à la publication du Cadre national DCC/DMP, les régions volontaires font part de leur intérêt à participer à la phase pilote, obligatoirement dans le cadre de binômes RRC-MOA

5. Il a été demandé aux RRC, par courrier datant d'octobre 2009 (copie aux ARH), de ne plus investir dans de nouveaux outils d'hébergement spécifiques en région ou dans des travaux coûteux de maintenance évolutive des plateformes actuelles qui pourraient être en contradiction avec le cadre national d'interopérabilité des systèmes d'information de santé.

6. Circulaire N°DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005.

régionale, avec le soutien de leur ARS.

- L'INCa et l'ASIP Santé choisissent conjointement les régions habilitées à présenter un projet. Un cahier des charges précisant les exigences fonctionnelles, organisationnelles et techniques de la phase pilote leur est adressé.
- La suite de la procédure est conforme aux étapes définies dans le « Cadre d'instruction des projets financés par l'ASIP Santé »⁷, avec une instruction et une décision communes de l'ASIP Santé et l'INCa, chacun pour la contribution leur revenant.

Dans chaque région, l'ensemble des établissements de santé autorisés membres du RRC participe à la phase pilote ainsi que les professionnels de santé libéraux spécialisés impliqués dans la prise en charge médicale des patients (ex : anatomopathologistes). Les médecins généralistes de la région équipés d'une solution informatique DMP compatible sont également intégrés à la phase pilote.

Moyens

Les projets pilotes en région portent sur la mise en œuvre d'outils et d'organisations qui s'inscrivent dans les processus métier définis par l'INCa. Les outils du service du DCC de cette phase pilote sont les suivants :

- le DMP, dont le marché⁸ a été notifié le 10 mars 2010 pour une mise en production prévue en décembre 2010, et qui fournit l'infrastructure nationale d'hébergement des données médicales partagées ;
- des logiciels de professionnels de santé DMP compatibles produisant :
 - impérativement des comptes rendus d'anatomie et cytologie pathologiques structurés sur la base des 23 comptes rendus structurés d'anatomie et cytologie pathologiques proposés par l'INCa (codage faisant intervenir notamment les nomenclatures ADICAP, LOINC, SNOMED et conforme au référentiel ASIP Santé) ;
 - des comptes rendus, comme les comptes rendus opératoires, de consultation ou de biologie

par exemple, qui doivent être structurés au fur et à mesure des avancées du cadre national d'interopérabilité de l'ASIP Santé, de manière à limiter les ressaisies dans la fiche RCP ;

- des logiciels RCP DMP compatibles capables :
 - de produire un compte rendu de RCP structuré sur la base du contenu minimum défini par l'INCa ;
 - de requêter le DMP pour intégrer les informations structurées d'une part, notamment d'anatomie et cytologie pathologiques, et d'accéder aux autres documents non structurés d'autre part ;
 - d'interroger le cas échéant un PACS (ou un serveur d'imagerie) ;
 - d'exporter les fiches RCP pour la collecte de données à visée d'observation, de surveillance et de suivi épidémiologique. Les modalités de remontée d'information seront définies dans le chantier *ad hoc*.

Limites

- L'interrogation, à partir des logiciels RCP, du registre national d'essais cliniques et du serveur de recommandations de bonnes pratiques cliniques se fera à partir d'informations structurées, notamment d'anatomie et cytologie pathologiques, sur la base des spécifications produites par les chantiers relatifs à la constitution de ces serveurs (cf. *infra* chap. 6.2.4 et 6.2.5).
- La planification et la gestion des RCP continuent à être réalisées à partir des outils existants. La convergence de ces outils existants avec le serveur national de planification et de gestion des RCP se fera ultérieurement selon un planning restant à définir ;

- des logiciels DMP compatibles capables de produire des PPS :
 - l'INCa et l'ASIP Santé animent un groupe de travail composé de représentants issus des régions pilotes afin d'analyser le processus de gestion du PPS. Il s'agit de définir, au-delà de son contenu, les modalités de gestion du PPS et l'architecture du système d'information la plus à même de porter ce document. Le livrable de ces travaux est un cahier des charges ;

⁷ Document disponible en ligne : http://esante.gouv.fr/sites/default/files/ASIP_cadre_d_instruction_Territoire.pdf

⁸ Le groupement titulaire est composé des sociétés SANTEOS SA/ATOS WORDLINE SAS/EXTELIA SAS.

– les régions sont ensuite chargées de sa mise en œuvre dans le cadre de cette phase pilote ;

- des moyens de visioconférence suffisamment performants pour répondre aux besoins des professionnels de santé pour la tenue de RCP en téléconférence.

Calendrier

La phase pilote démarre en 2010 et se termine en 2012.

6.2.3 SERVEUR NATIONAL DE PLANIFICATION ET DE GESTION DES RCP

L'objectif est de concevoir, réaliser et tester le serveur national de planification et de gestion des RCP, puis de le mettre à la disposition prioritairement des régions ne disposant pas de planification régionale des RCP. La réalisation de ce serveur de planification pourrait être confiée à une région volontaire selon un principe de MOA déléguée ou assurée par l'ASIP Santé après une phase de spécification conduite par un groupe associant un ou plusieurs RRC, l'INCa et l'ASIP Santé.

En plus des fonctions habituelles dans les outils mis en œuvre par les RRC, ce serveur a quatre grandes caractéristiques :

- il est accessible par tout professionnel de santé habilité en tout point du territoire national ;
- il est capable de fournir des informations aux logiciels RCP régionaux ou locaux (établissements hospitaliers prenant en charge des patients atteints de cancer) au moyen de services standardisés ;
- il permet des vues locales, régionales et nationales ;
- il utilise les annuaires nationaux en matière d'identités des professionnels et des établissements.

Remarque : si cela est possible, l'outil n'utilise pas de donnée nominative du patient.

Des tests d'accrochage sont conduits avec des logiciels RCP de RRC et d'établissements de santé participant au projet. Dans ce cadre, des solutions pourront émerger pour être proposées aux RRC ou établissements de santé non encore équipés d'outils RCP à ce stade.

Calendrier

La mise en œuvre du serveur national de planification et de gestion des RCP s'étend sur la période 2011-2012.

6.2.4 SERVEUR DE RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES CLINIQUES

Actuellement, l'INCa produit et met à disposition des recommandations de bonnes pratiques cliniques ; il existe par ailleurs des serveurs régionaux.

L'objectif est de faire converger les recommandations nationales et les référentiels régionaux sur un serveur national alimenté et contrôlé aux niveaux national et régional de manière à favoriser le partage et à standardiser l'accès à partir des logiciels métier. En particulier, ce serveur peut être interrogé à partir des données structurées des logiciels RCP.

La maîtrise d'ouvrage pourrait en être déléguée à une région volontaire ou assurée par l'ASIP Santé :

- conception et réalisation du serveur ;
- conception et pilotage de la reprise des données régionales ;
- définition des procédures d'alimentation en routine sur le principe d'une administration des données assurée par l'INCa pour les recommandations nationales et par les RRC pour leurs référentiels régionaux ;
- suivi de l'exploitation et de la maintenance de l'outil.

Calendrier

La mise en œuvre du serveur de recommandations de bonnes pratiques cliniques s'étend sur la période 2011-2013.

6.2.5 SERVEUR NATIONAL D'ESSAIS CLINIQUES

L'objectif est de faire évoluer le registre des essais cliniques français en cancérologie pour en faire un serveur interrogeable à partir des données structurées des logiciels RCP, en prenant en compte les travaux de standardisation, et définir les modalités d'accès aux serveurs privés.

Les travaux sont menés conjointement par l'INCa et l'ASIP Santé, l'INCa assumant les fonctions de

pilotage et de définition des besoins métier, l'ASIP Santé étant maître d'ouvrage. Les travaux portent sur :

- la conception et la réalisation du serveur ;
- la définition des procédures d'alimentation.

L'INCa est administrateur des données et de la base de données.

Calendrier

La mise en œuvre du serveur national d'essais cliniques s'étend sur la période 2011-2013.

6.2.6 SYSTÈME DE REMONTÉE DES INFORMATIONS

L'objectif est de concevoir et de déployer l'architecture et l'organisation de la remontée d'informations pour les besoins des utilisateurs potentiels.

Le principe est que la fiche RCP, qui est le document de référence, constitue le support de l'information à remonter (en particulier, elle contient les informations du CRAP).

La conception du système doit permettre de satisfaire les besoins des différents utilisateurs (exemple : informations avec anonymat PMSI pour l'InVS et informations nominatives pour les registres du cancer) tout en faisant peser le moins de contraintes possible sur les systèmes sources, *i.e.* les logiciels RCP.

Calendrier

La mise en œuvre du système de remontée des informations s'étend sur la période 2011-2012.

6.2.7 GÉNÉRALISATION DU DCC

L'objectif est de déployer le service DCC sur le territoire national et de compléter les référentiels et fonctionnalités dans le cadre de projets réalisés au niveau régional sur une période de deux ans.

Pour cette généralisation, l'INCa et l'ASIP Santé s'appuient sur la coopération des RRC et MOA régionales. Chaque région fait l'objet d'un projet particulier en fonction de l'état d'avancement des

outils du service DCC, l'objectif étant une convergence vers la cible du DCC.

Le périmètre de la généralisation comprend donc :

- tout établissement et professionnel de santé de ville prenant en charge des patients atteints de cancer ;
- la structuration des données des comptes rendus opératoires relatifs à la cancérologie et tous les autres documents qui nécessitent la mise en place de référentiels de contenu dont ceux nécessaires dans les dépistages organisés ;
- les interactions du service DCC avec les systèmes d'information périphériques : serveur de planification et de gestion des RCP, serveur de recommandations de bonnes pratiques cliniques, serveur d'essais cliniques, dispositif de remontée d'information.

La démarche doit faire l'objet d'une étude formalisée dans un plan stratégique de déploiement qui devra définir les priorités, les objectifs tant quantitatifs que qualitatifs, les modalités de convergence des outils pour intégrer l'architecture cible ainsi que le plan d'actions à mener dans le cadre des projets à financer.

Calendrier

La généralisation du service DCC démarre en 2011 pour se terminer en 2013.



ADICAP : Association pour le développement de l'informatique en cytologie et en anatomie pathologique	LOINC : <i>Logical Observation Identifiers Names and Codes</i>
ARS : agence régionale de santé	LPS : logiciel (métier) du professionnel de santé
ASTEC : <i>Automatic Selection of clinical Trials based on Eligibility Criteria</i>	MOA : maîtrise d'ouvrage
ASIP Santé : Agence des systèmes d'information partagés de santé	MOA R : maîtrise d'ouvrage régionale
CCC (ou 3C) : centre de coordination en cancérologie	MOE : maîtrise d'œuvre
CLCC : centre de lutte contre le cancer	PACS : <i>Picture Archiving and Communicating System</i>
CRAP : compte rendu d'anatomie et cytologie pathologiques	PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information
DCC : dossier communicant de cancérologie	PPS : programme personnalisé de soins
DGOS : Direction générale de l'offre de soins	RCP : réunion de concertation pluridisciplinaire
DMP : dossier médical personnel	RMESS : répertoire mutualisé des entités sanitaires et sociales
EHR/CR : <i>Electronic Health Records/Clinical Research</i>	RPPS : répertoire partagé des professionnels de santé
ENRS : espace numérique régional de santé	RRC : réseau régional de cancérologie
GIP DMP : Groupement d'intérêt public dossier médical personnel	SIH : système d'information hospitalier
HL7 : <i>Health Level 7</i>	SNMSC : système national multi-sources de surveillance des cancers
IHE : <i>International Health Exchange</i>	SNOMED : <i>Systematized Nomenclature of Medicine</i>
INCa : Institut national du cancer	
INS : identifiant national de santé	
InVS : Institut de veille sanitaire	



esante.gouv.fr

Agence des systèmes
d'information partagés de santé
9, rue Georges-Pitard
75015 Paris
Tél. : 01 58 45 32 50



www.e-cancer.fr

Institut national du cancer
52, avenue André-Morizet
92513 Boulogne-Billancourt cedex
Tél. : 01 41 10 50 00
Télécopie : 01 41 10 50 20



www.plan-cancer.gouv.fr