



15^e CNRC

Une expérimentation autour du suivi numérique du patient atteint de cancer – le défi d'un outil unique

Charline Frandemiche

Responsable projets - Soins oncologiques de support et Lien ville/hôpital



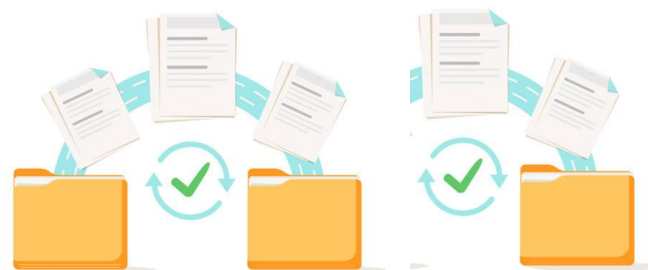
Contexte & Objectifs

Les professionnels de santé libéraux ou exerçant en établissement de santé, sont demandeurs d'accès ou de partage des documents, en temps réel, autour de la situation des patient(e)s atteint(e)s de cancer.

En effet, le parcours de soins intègre de **multiples intervenants**, les informations sont nombreuses mais dispersées, elles méritent d'être mieux partagées pour limiter le risque de rupture de parcours.



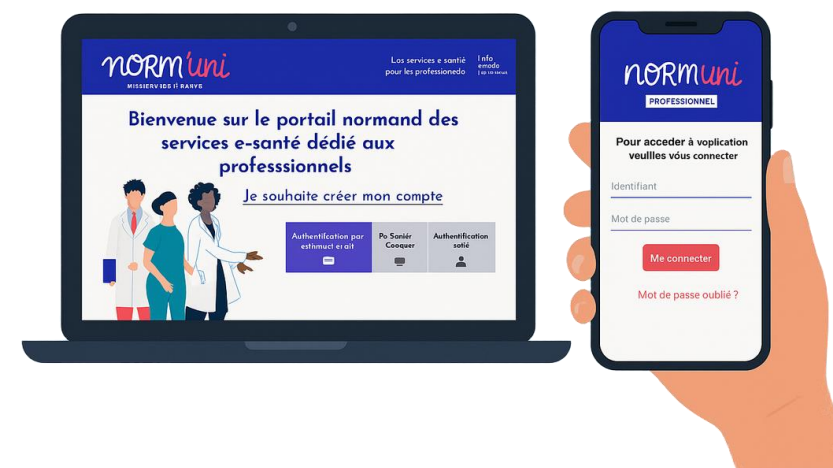
Objectif : Expérimenter l'échange et partage sécurisé autour des patients atteints de cancer avec l'outil régional mis à disposition par le GRADeS : le Dossier de Coordination



Contexte & Objectifs



CONSTAT(S)	OBJECTIF(S)	ACTION(S)	PILOTE(S) ET PARTENAIRE(S)	ÉCHEANCE
<p>Les différents documents produits au cours du parcours du patient atteint de cancer sont dispersés à différents endroits. Le partage de ces documents au sein de l'équipe de soin du patient (professionnels des établissements de santé et des structures d'HAD, professionnels libéraux) permettrait une meilleure coordination des soins</p> <p>La convergence des différents « dossiers de liaison en cancérologie » (DDL) reste à achever pour qu'un nouveau dossier matérialisé régional unique puisse être déployé. Au fil du temps, l'accumulation de documents au sein des DDL matérialisés devient difficilement gérable et peu lisible</p> <p>...</p>	Disposer d'un dossier numérique partagé accessible à tous les professionnels de l'équipe de soin du patient	<p>AXE 2 AXE 3 AXE 4 LVH1 : Poursuivre la construction d'un dossier partagé numérique régional, simple d'usage et accessible en mobilité, permettant un partage de données et des échanges sécurisés entre les professionnels et avec le patient, dans le cadre du e-parcours</p>	GT régional (Etablissements de santé + URML + les URPS + associations de patients), appui OncoNormandie et Normandie-santé	2025, expérimentation 2024
		<p>AXE 2 AXE 3 AXE 4 LVH2 : Réaliser des sessions de formation des professionnels sur la solution technique régionale et sur les bonnes pratiques en matière d'échange et de partage au sein d'une solution numérique</p>	GT régional, appui OncoNormandie et Normandie-santé	2023 à 2025
		<p>AXE 2 AXE 3 AXE 4 LVH3 : Assurer l'interfaçage entre la solution numérique régionale et « Mon Espace Santé » et la gestion des accès au partage par le patient lui-même</p>	GT régional, appui OncoNormandie et Normandie-santé	2023 à 2025
	Disposer d'un dossier de liaison (DDL) matérialisé régional unique, pour les situations où la solution numérique n'apparaît pas adaptée	<p>AXE 2 AXE 3 LVH4 : Finaliser et diffuser un dossier de liaison matérialisé régional unique, écoresponsable et soutenable financièrement</p>	GT régional « Lien Ville-Hôpital »	2022



Expérimentation

Suivi numérique du patient atteint de cancer

[Vidéo de démonstration en cliquant ici](#)



Méthodologie



• **Novembre 2024** : Lancement communication

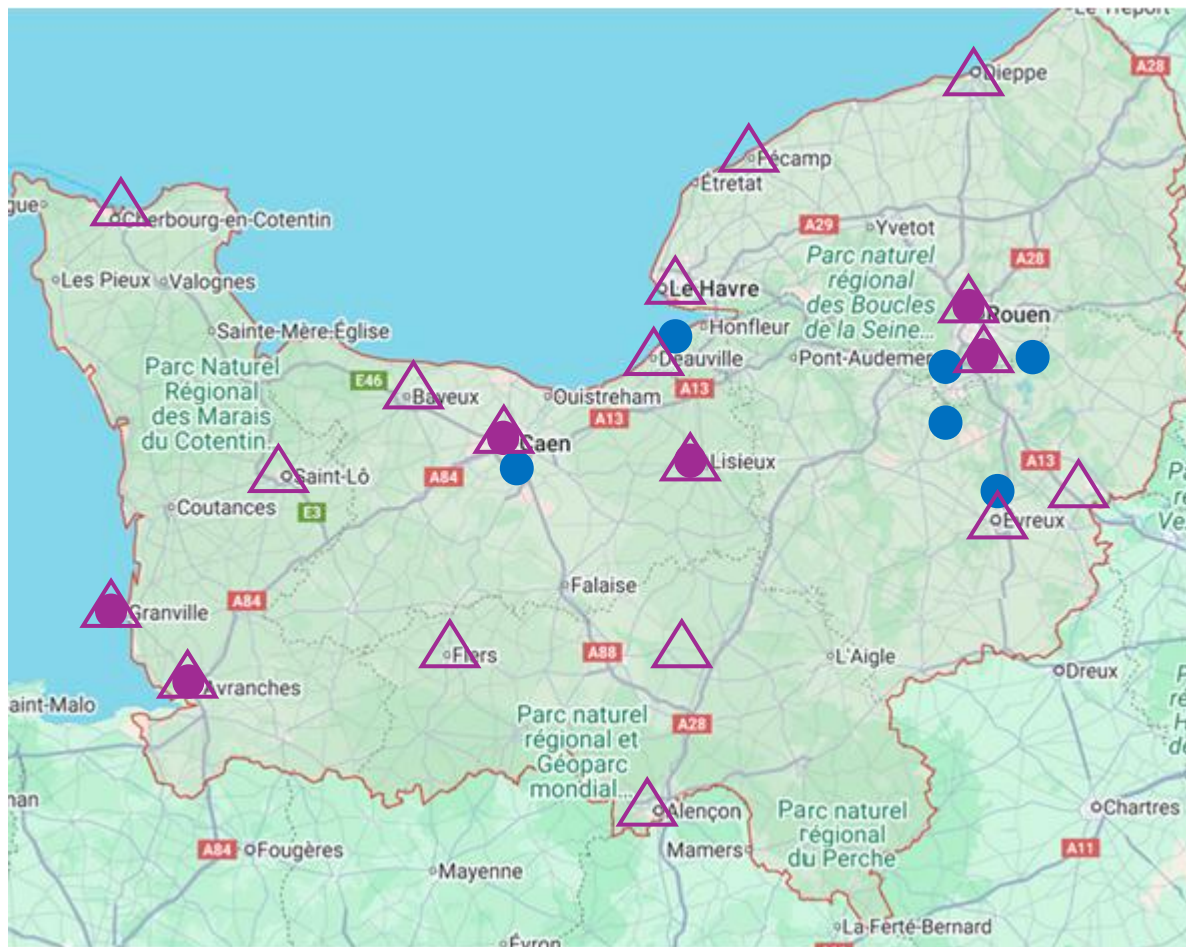


• **Janvier – Mai 2025** : Rencontres et présentation du projet

• **Juin 2025** : 2 axes de travail – 1er COPIL

• **Septembre 2025** : Début expérimentation

Janvier – Mai 2025 : Rencontres et Présentations Projet



△ ETS/CR autorisés cancer (42)

● Médecins libéraux (2+ 1 PSLA + 3CPTS)

● ETS/CR participants (9)

Verbatim des professionnels

« si je gagne du temps ce n'est qu'un onglet de plus à ouvrir »

« est-ce bien ouvert à tous les professionnels ? »

« Quelle différence par rapport au DMP ? »

« double saisie pour tous les patients ? »

« Qui s'occupe de la saisie ? »

« Quelle plus-value pour l'ETS/CR ? »

ETS = établissement de santé
CR = centre de radiothérapie



Axe 1 ETS/CR vers la Ville

- 1 ou 2 ETS/CR pilotes
- Déterminer une file active de patients
- 1 référent ETS/CR



Axe 2 Ville vers ETS/CR

- Former les MG à l'outil
- Annuaire de référents ETS/CR
- Suivi des échanges

ETS = établissement de santé CR = centre de radiothérapie

Septembre 2025 :

Axe 1
ETS/CR vers la Ville

- 1 ou 2 ETS/CR pilotes
- Déterminer une file active de patients
- 1 référent ETS/CR



- ✓ 1 référent par site : souvent une Infirmière de coordination ou un Secrétariat
- ✓ 1 file active de patients atteints cancer des VADS
- ✓ Professionnels systématiquement inclus dans l'équipe de prise en charge : Médecin traitant, Pharmacien, IDEL, Orthophoniste, Diététicien

Septembre 2025 :

Axe 2
Ville vers ETS/CR

- Former les MG à l'outil
- Annuaire de référents ETS/CR
- Suivi des échanges



- ✓ 1 référent par site : une Infirmière de coordination ou un Secrétariat
- ✓ contacts pour patients atteints de cancer des VADS

Conclusion / Perspectives

- Etendre l'utilisation aux autres professionnels ayant manifesté un intérêt
- Second projet mené avec URML autour du recrutement d'IDEC pour l'évaluation des besoins en SOS (communication via Dossier de coordination + outil eVALSOS)
- Encore plus loin....vers un outil unique régional
 - Multiplicité des outils
 - Besoins différents des différents interlocuteurs
 - Temps/investissement

Conclusion / Perspectives



Merci de votre attention

Charline Frandemiche
cfrandemiche@onconormandie.fr/06 69 02 14 20