

Indicateur

Réunion de concertation pluridisciplinaire Campagne 2010

**Analyse descriptive des résultats agrégés 2010 et analyse
des facteurs associés à la variabilité des résultats**

Ce rapport, comme l'ensemble des publications,
est téléchargeable sur www.has-sante.fr

SOMMAIRE

Introduction	5
Méthodes d'analyse	
Recueil des données	7
Méthodes de comparaison	8
Méthodes de présentation	8
Méthodes d'analyse des facteurs associés	9
Contexte	10
Indicateur « Réunion de concertation pluridisciplinaire »	
Description et mode d'évaluation	11
Partie 1 : Exhaustivité des RCP	
Analyse nationale	12
Analyse par catégorie d'ES	14
Variabilité régionale	18
Analyse des facteurs associés à la variabilité des résultats	20
Partie 2 : Pluridisciplinarité des RCP	
Analyse nationale	25
Analyse par catégorie d'ES	27
Variabilité régionale	31
Analyse des facteurs associés à la variabilité des résultats	33
Conclusion	39

INTRODUCTION

En 2006, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et la Haute Autorité de Santé (HAS) ont décidé de mettre en œuvre un recueil généralisé d'indicateurs afin de disposer pour l'ensemble des établissements de santé (ES) de tableaux de bord de pilotage de la qualité et de la sécurité des soins.

Ces indicateurs de qualité sont développés par des équipes de recherche (COMPAQ-HPST et CLARTE) coordonnées par les institutions en charge de leur généralisation.

Le programme de généralisation des indicateurs, la nature des indicateurs à développer et les modalités de leur utilisation et de leur diffusion sont discutés par un comité de pilotage, co-animé par la DGOS et la HAS, et regroupant l'ensemble des parties prenantes dont les fédérations d'établissements de santé, les représentants de directeurs et de présidents de CME, les directeurs généraux des agences régionales de santé (ARS), la CNAM-TS et les usagers.

Initié en 2008 sur le champ MCO, le recueil des indicateurs de qualité, coordonné par la HAS, s'étend progressivement aux différents secteurs d'activité hospitaliers. Le nombre d'indicateurs à renseigner restera néanmoins limité pour des raisons de faisabilité.

Par ailleurs, dans le cadre de la procédure de certification V2010, il est attendu des établissements de santé qu'ils intègrent les résultats disponibles des indicateurs dans leur auto-évaluation. La réalisation du recueil atteste de l'accomplissement d'un travail d'évaluation. La valeur de l'indicateur objective le niveau de qualité atteint pour l'élément d'appréciation auquel il est associé.

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) renforce l'utilisation des indicateurs de qualité au sein des établissements de santé et constitue un progrès pour le droit à l'information collective de l'utilisateur en rendant obligatoire la publication, par chaque établissement de santé, d'indicateurs sur la qualité des soins. La liste des indicateurs mis à la disposition du public est fixée annuellement par arrêté ministériel (arrêté du 28 décembre 2010). En outre, les résultats des indicateurs sont diffusés publiquement sur le site PLATINES¹ de la DGOS à partir de la deuxième campagne de généralisation.

La HAS s'est appuyée sur l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) pour construire les outils nécessaires au recueil et au traitement des données, ainsi qu'à la diffusion des résultats. Tous les établissements de santé participant au recueil ont accès, par le biais d'une plate-forme Internet, à une information structurée et comparative qui leur permet de se positionner par rapport aux politiques qualité conduites ou à engager.

1. PLATINES : PLATeforme d'INformations sur les Etablissements de Santé, www.platines.sante.gouv.fr.

La présentation des résultats individuels permet d'identifier les voies d'amélioration et, grâce à l'évolution dans le temps, les établissements de santé peuvent valoriser le résultat des actions d'amélioration mises en œuvre. Cette plate-forme permet également aux établissements de santé de se comparer dans l'espace (avec d'autres établissements de santé) et d'apprécier ainsi les domaines où des progrès sont possibles pour améliorer la qualité de leurs activités.

Au cours du second semestre 2010, la HAS a coordonné la première campagne de généralisation de l'indicateur « Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie » (RCP) impliquant les établissements de santé titulaires de l'autorisation pour l'activité de cancérologie. La généralisation de l'indicateur RCP a été menée en collaboration avec l'Institut National du Cancer (INCa) qui a validé la version finale de l'indicateur développé dans le cadre du projet COMPAQ-HPST.

La dernière phase de développement de l'indicateur a justifié une expérimentation pré-généralisation dans 82 établissements de santé représentatifs des différentes catégories d'établissements ainsi que des différents types d'activité en cancérologie. Les professionnels ayant participé à cette phase ont également confirmé la version finale de l'indicateur RCP.

Après chaque campagne de recueil, la HAS rend compte des résultats agrégés dans un rapport d'analyse mis en ligne sur son site Internet. Ce rapport présente les principaux constats et faits marquants issus de l'analyse des résultats de la campagne 2010 de l'indicateur RCP.

Parce qu'il s'agit de la première campagne de généralisation de l'indicateur RCP, les résultats ne sont pas diffusés nominativement.

MÉTHODES D'ANALYSE

Recueil des données

► Outils de recueil

Les outils informatiques développés par l'ATIH qui permettent à la fois le recueil des données et la restitution en temps réel de résultats pour chaque indicateur recueilli par l'établissement se composent :

- d'un logiciel de tirage au sort des séjours (Lotas) qui sont analysés et qui servent au calcul des indicateurs ;
- d'une plate-forme Internet sécurisée (QUALHAS) à laquelle chaque établissement se connecte à l'aide d'un identifiant et d'un mot de passe afin de saisir les informations. Ce système permet de restituer aux ES des résultats individuels et des résultats comparatifs standardisés.

Toutes les données agrégées, présentées dans ce document, sont issues de la plate-forme de recueil QUALHAS. Elles concernent l'ensemble des ES impliqués dans la campagne de généralisation de l'indicateur RCP.

► Conditions de recueil

Le recueil de l'indicateur RCP consiste en une enquête rétrospective portant sur un échantillon aléatoire de séjours réalisés au cours du deuxième semestre 2009. Au minimum, soixante séjours doivent être analysés dans chaque ES.

Compte tenu des conditions d'analyse, basées sur un échantillon aléatoire de séjours, les résultats sont rendus avec un intervalle de confiance (IC) à 95 %. C'est l'intervalle dans lequel il y a 95 chances sur 100 de trouver la vraie valeur de la moyenne, si celle-ci était calculée sur la population globale. Cette précision de l'estimation est liée au nombre de séjours applicables à partir desquels les calculs sont réalisés et à la dispersion de l'indicateur.

Cette méthode n'est pas utilisable lorsque le nombre de séjours applicables pour le calcul d'un indicateur est inférieur ou égal à 30. De ce fait, l'IC à 95 % n'est pas calculé. Les ES qui disposent alors d'un « effectif $N \leq 30$ » ne font pas l'objet d'une analyse comparative.

Méthodes de comparaison

Sur la plate-forme QUALHAS, chaque ES peut se comparer à trois groupes de références :

- une « référence nationale » ;
- une « référence régionale » - les ES ont accès aux résultats de leur région respective ;
- une « référence par catégorie d'ES » - les catégories retenues étant les catégories « e-PMSI » : centres hospitaliers (CH), centres hospitaliers universitaires (CHU), centres de lutte contre le cancer (CLCC), établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), établissements privés et la catégorie « autres publics » regroupant principalement les syndicats interhospitaliers.

De plus, pour cette première campagne de recueil de l'indicateur RCP, QUALHAS restitue le positionnement de l'ES par rapport à une valeur seuil de 80 % qui est utilisée pour éclairer et justifier la réponse apportée au troisième élément d'appréciation de l'étape 1 du critère 28.a. « Des réunions de concertation pluridisciplinaire sont organisées dans le cadre de la prise en charge des patients en cancérologie » du manuel de certification.

Méthodes de présentation

Dans ce rapport, les ES sont comparés selon deux méthodes de présentation :

- une première méthode déclinée en pictogrammes de couleur vert, jaune et orange pour la comparaison par rapport à un groupe de référence (national, régional ou par catégorie d'ES) ;
- une seconde méthode déclinée en classes « + », « = » et « - » pour la comparaison par rapport à la valeur seuil de 80 %.

► Positionnement par rapport à la moyenne du groupe de référence

Trois classes ont été définies en comparant l'IC à 95 % du taux de l'ES à la moyenne du groupe de référence.



ES dont la borne basse de l'IC à 95 % est supérieure à la moyenne du groupe de référence : la position de l'ES est dite « **significativement supérieure à la moyenne du groupe de référence** ».



ES dont l'IC à 95 % coupe la moyenne du groupe de référence : la position de l'ES est dite « **non significativement différente de la moyenne du groupe de référence** ».



ES dont la borne haute de l'IC à 95 % est inférieure à la moyenne du groupe de référence : la position de l'ES est dite « **significativement inférieure à la moyenne du groupe de référence** ».

► Positionnement par rapport à la valeur seuil de 80 %

Trois classes ont été définies en comparant l'IC à 95 % du taux de l'ES à la valeur seuil de 80 %.

Classe « + »	ES dont la borne basse de l'IC à 95 % est supérieure à 80 % : la position de l'ES est dite « significativement supérieure à la valeur seuil ».
Classe « = »	ES dont l'IC à 95 % coupe les 80 % : la position de l'ES est dite « non significativement différente de la valeur seuil ».
Classe « - »	ES dont la borne haute de l'IC à 95 % est inférieure à 80 % : la position de l'ES est dite « significativement inférieure à la valeur seuil ».

Méthodes d'analyse des facteurs associés

La conformité de l'indicateur a été analysée en regard d'un certain nombre de variables :

- organe atteint / domaine concerné par le cancer ;
- catégorie de l'ES ;
- volume d'activité de l'ES ;
- implication de l'ES dans l'organisation de la RCP ;
- informatisation de la fiche RCP.

Les analyses ont été effectuées de façon univariée, chaque variable indépendamment des autres.

CONTEXTE

La concertation pluridisciplinaire garantit à la personne malade que le traitement qu'on lui propose est le fruit d'une réflexion entre plusieurs professionnels de santé. Dans la prise en charge initiale d'un patient atteint d'un cancer, elle est un élément spécifique, garant de la qualité de la prise en charge ultérieure.

L'indicateur RCP répond à l'un des objectifs du Plan cancer initié en 2003 : « faire bénéficier 100 % des nouveaux patients atteints de cancer d'une concertation pluridisciplinaire autour de leur dossier »². Les critères de qualité des RCP sont précisés dans la circulaire DHOS 2005 ainsi que les principes généraux et les modalités de fonctionnement des RCP (annexe 2)³. Dans le cadre du dispositif d'autorisation des établissements de santé pour le traitement des cancers, la concertation pluridisciplinaire est une des conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de traitement du cancer⁴. Conformément aux critères d'agrément définis par l'INCa en 2007, la RCP fait partie des mesures transversales de qualité exigibles pour recevoir une autorisation pour le traitement du cancer⁵. Le Plan cancer 2009-2013 met l'accent sur le partage des données médicales entre professionnels de santé (hospitaliers et libéraux).

2. Mission Interministérielle pour la lutte contre le cancer : Cancer, Une mobilisation nationale, mesure n°31 du Plan Cancer 2003-2007.

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

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

5. Critères d'agrément adoptés par le Conseil d'administration de l'INCa le 20 décembre 2007 et publiés sur le site de l'INCa.

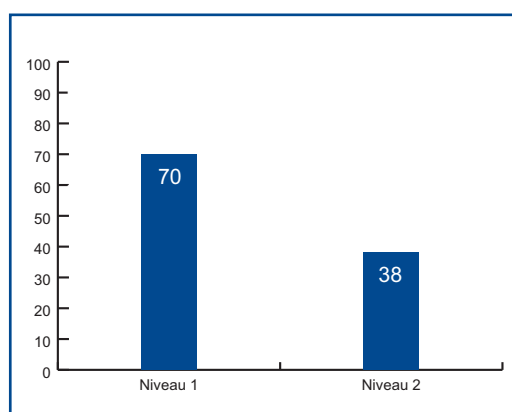
INDICATEUR « RÉUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE »

Description et mode d'évaluation

Cet indicateur évalue l'exhaustivité et les modalités d'organisation de la RCP lors de la prise en charge initiale d'un patient atteint de cancer⁶. Il est composé de deux niveaux donnant lieu au calcul de deux mesures distinctes, présentées sous la forme d'un taux. Le niveau 1 est satisfait si la trace d'une RCP datée et comportant la proposition de prise en charge est retrouvée lors de la prise en charge initiale d'un primo-diagnostic de cancer ; le niveau 2 est satisfait si la trace d'une RCP datée, comportant la proposition de prise en charge et réalisée avec au moins trois professionnels de spécialités différentes est retrouvée lors de la prise en charge initiale d'un primo-diagnostic de cancer. En d'autres termes, le niveau 1 évalue l'exhaustivité des RCP et le niveau 2 évalue la pluridisciplinarité de la concertation.

En 2010, 815 ES devaient réaliser le recueil de l'indicateur RCP. Parmi eux, 31 ne l'ont pas réalisé et constituent la classe des ES « non répondant ». 107 ES n'ont pas un nombre de dossiers suffisant (≤ 30) pour que leurs données soient prises en compte dans les résultats comparatifs. Au niveau national, 51 043 séjours ont été tirés au sort sur le second semestre 2009. Parmi eux, 1,5 % des dossiers non pas été retrouvés et n'entrent donc pas dans les bases de référence.

Graphique 1 – Référentiel national



Le référentiel national est obtenu en calculant la moyenne des taux moyens des ES. Il est de 70 % pour le niveau 1 et de 38 % pour le niveau 2.

6. Pourcentage de patients pour lesquels est retrouvée, lors de la prise en charge initiale d'un primo-diagnostic de cancer, la trace d'une réunion de concertation pluridisciplinaire datée, comportant la proposition de prise en charge et réalisée avec au moins trois professionnels de spécialités différentes.

PARTIE 1 : EXHAUSTIVITE DES RCP

Le dossier de tout nouveau patient atteint de cancer doit bénéficier d'un avis émis lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire. L'avis de la RCP comporte la proposition thérapeutique qui doit être communiquée au patient.

Dans le cadre du recueil de l'indicateur RCP, la conformité est atteinte pour le niveau 1 de l'indicateur lorsque le compte rendu de RCP daté formalise la proposition de prise en charge.

Analyse nationale

► Résultats agrégés au niveau national

Tableau 1 – Effectifs

		Nb d'ES n'entrant pas dans la base de référence nationale		Base de référence nationale
Campagne	Population totale ⁷	Nb d'ES non répondant	Nb d'ES avec effectif N ≤ 30	Nb d'ES avec effectif N > 30
2010	815	31	107	677

Tableau 2 – Statistiques descriptives au niveau national (en %)

	Nb d'ES	Nb de dossiers	Moyenne	Médiane	Min.	Max.	Ecart type
Niveau 1	677	38 427	70	75	0	100	21

7. La population totale correspond aux ES titulaires de l'autorisation pour l'activité de cancérologie (liste fournie par l'INCa le 6.04.10). Cette population comprend les ES entrant dans la base de référence nationale, ceux dont l'effectif de dossiers est < 30 ainsi que les ES non répondant.

L'indicateur est calculé sur 38 427 dossiers pour 677 ES.

En moyenne au niveau national, un compte rendu de RCP daté et comportant la proposition de prise en charge est retrouvé dans 70 % des dossiers.

Les résultats comportent des valeurs extrêmes : pour 8 ES, aucun compte rendu de RCP n'est retrouvé pour les patients pris en charge à la phase initiale d'un cancer alors que pour 15 ES, les comptes rendus de RCP sont retrouvés dans tous les dossiers.

La médiane des taux moyens est à 75 %, c'est-à-dire que pour un ES sur deux, trois quarts des dossiers comportent un compte rendu de RCP daté avec la proposition de prise en charge.

► Comparaison des ES

Tableau 3 – Distribution par rapport à la moyenne nationale

	Moyenne nationale				
Niveau 1	70 %	Nombre d'ES	238	285	154
		% d'ES	35 %	42 %	23 %

Plus d'un tiers des ES ont un résultat supérieur à la moyenne nationale (classe verte .

Conclusion de l'analyse nationale

- La pertinence de la mesure est confirmée par la variabilité observée puisque 10 % des établissements ont un taux moyen supérieur à 94 % (Percentile 90) et 10 % des établissements ont un taux moyen inférieur à 39 % (Percentile 10).
- 35 % des ES ont de meilleurs résultats que la moyenne nationale (niveau 1).

Analyse par catégorie d'ES

► Résultats agrégés au niveau national

Tableau 5 – Statistiques descriptives par catégorie d'ES (en %)

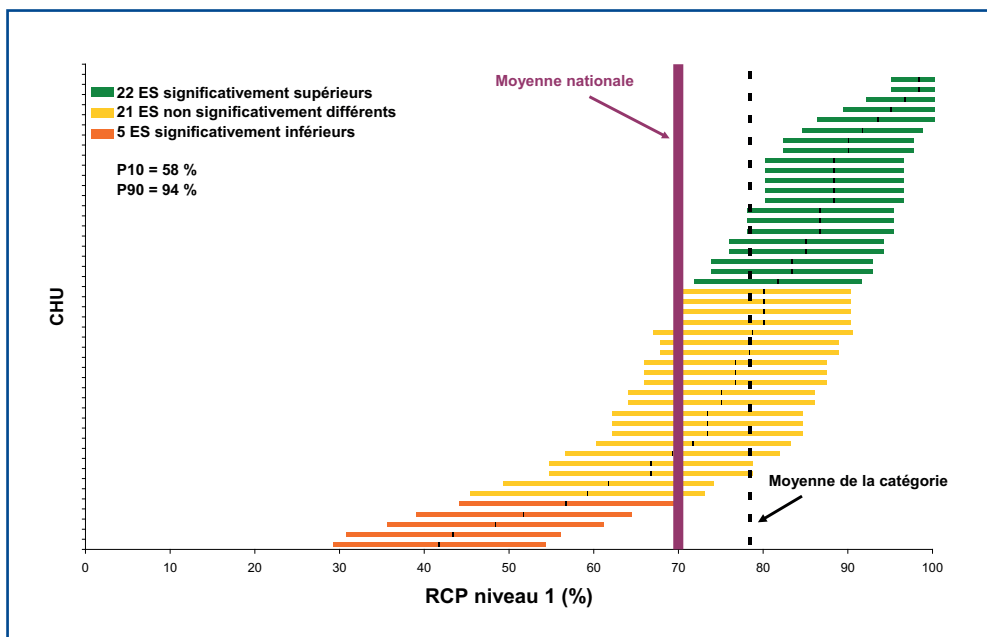
Base de référence par catégorie	Nb d'ES non répondant	Nb d'ES avec effectif N ≤ 30	Nb d'ES avec effectif N > 30	Nb de dossiers	Niveau 1				
					Moyenne	Médiane	Min.	Max.	Ecart type
CHU⁸	2	2	48	2 834	78	80	42	100	14
CH	7	47	205	11 391	74	77	18	100	16
Privé	21	45	360	20 490	65	70	0	100	24
CLCC	0	0	20	1 200	88	89	53	98	10
ESPIC	1	12	41	2 356	68	73	7	100	21
Autres publics	0	1	3	156	74	89	40	93	30
Total ES	31	107	677						

Le taux moyen des CLCC, CHU et CH est supérieur au taux moyen national.

8. Le nombre de CHU intègre les 22 établissements de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris qui ont fait le recueil.

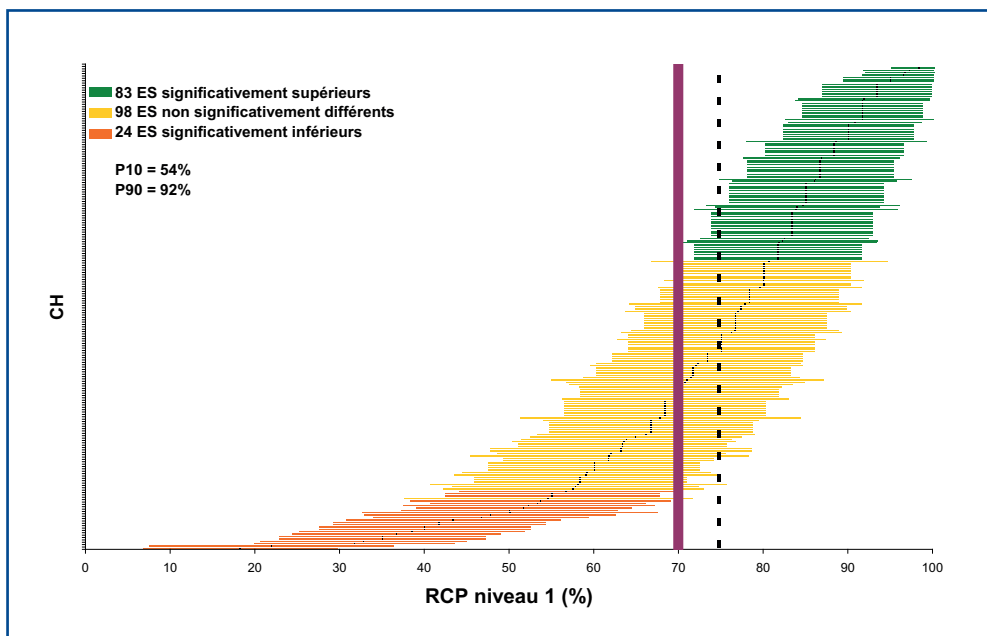
► Distribution par rapport à la moyenne nationale par catégorie d'ES

Graphique 2 – Variabilité⁹ inter-CHU



46 % des CHU ont un résultat supérieur à la moyenne nationale.

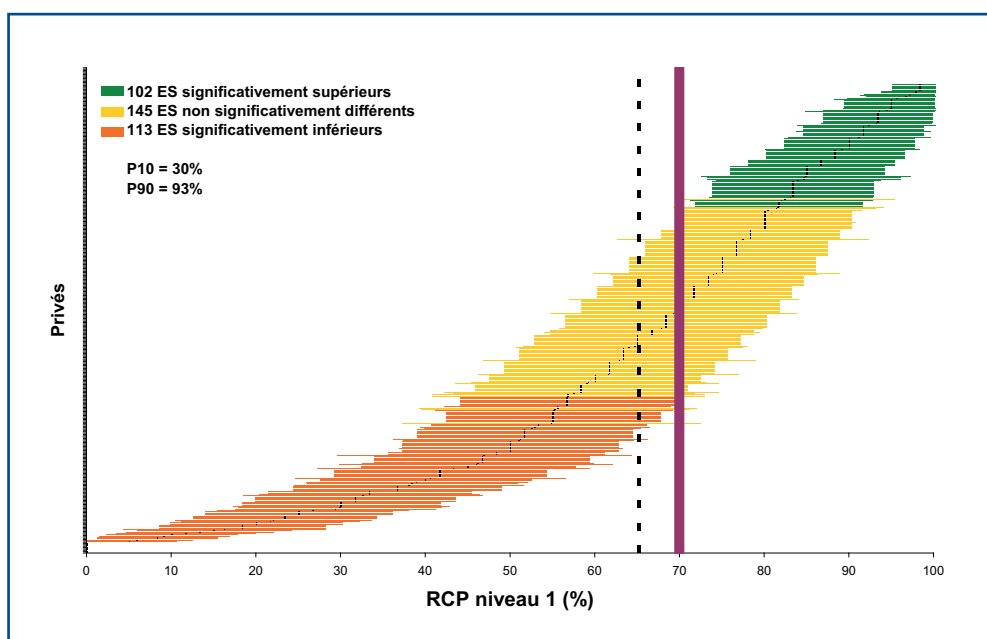
Graphique 3 – Variabilité inter-CH



40 % des CH ont un résultat supérieur à la moyenne nationale.

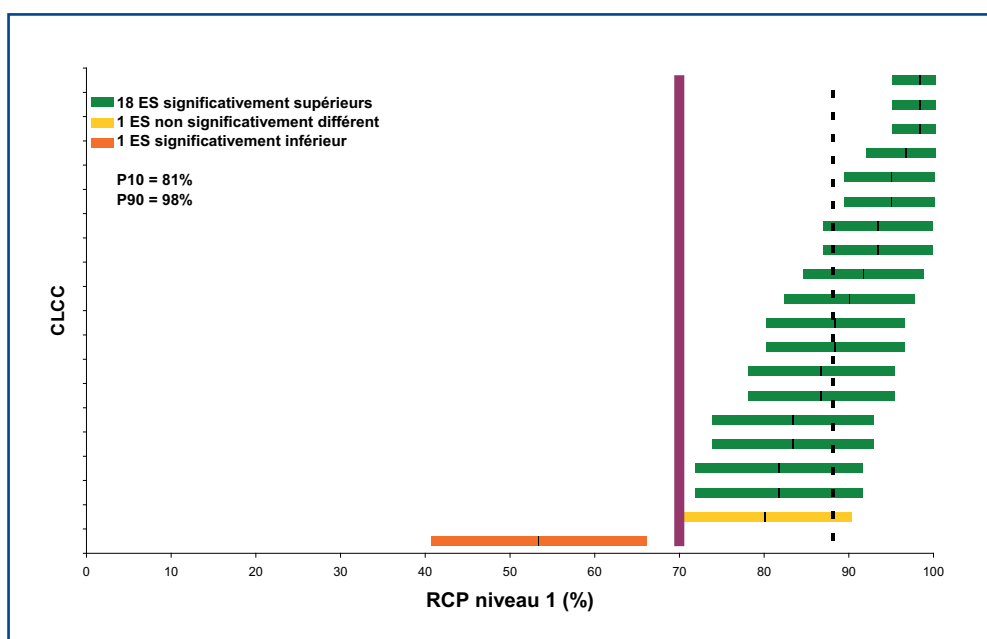
9. Chaque barre horizontale représente le taux d'un ES : sa moyenne avec son intervalle de confiance à 95 %.

Graphique 4 – Variabilité inter-ES privés



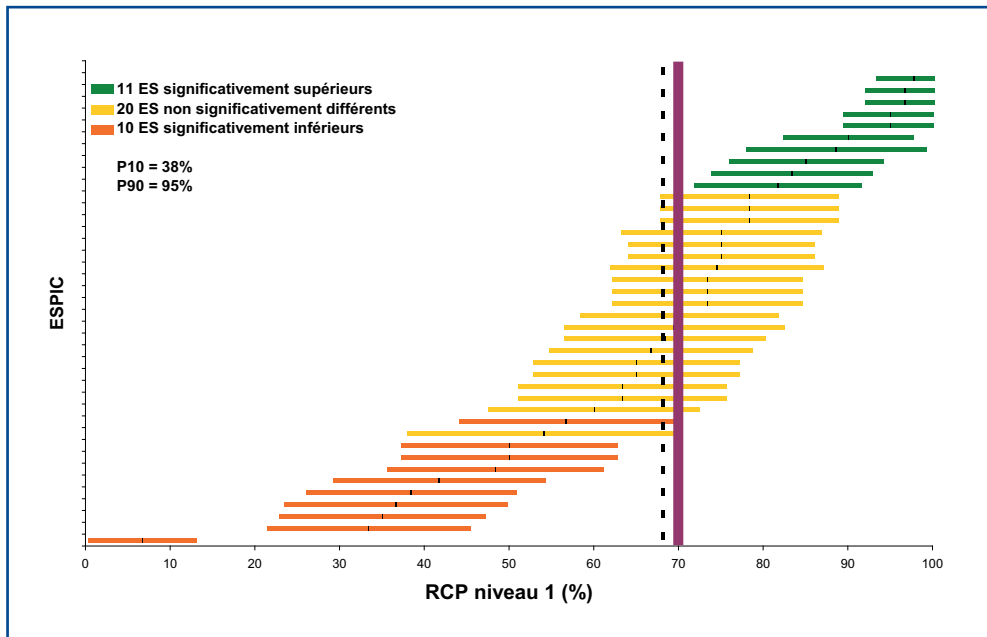
28 % des établissements privés ont un résultat supérieur à la moyenne nationale.

Graphique 5 – Variabilité inter-CLCC



90 % des CLCC ont un résultat supérieur à la moyenne nationale.

Graphique 6 – Variabilité inter-ESPIC



27 % des ESPIC ont un résultat supérieur à la moyenne nationale.

Conclusion de l'analyse par catégorie

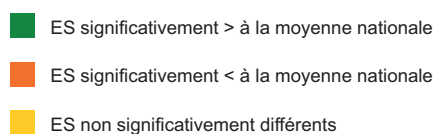
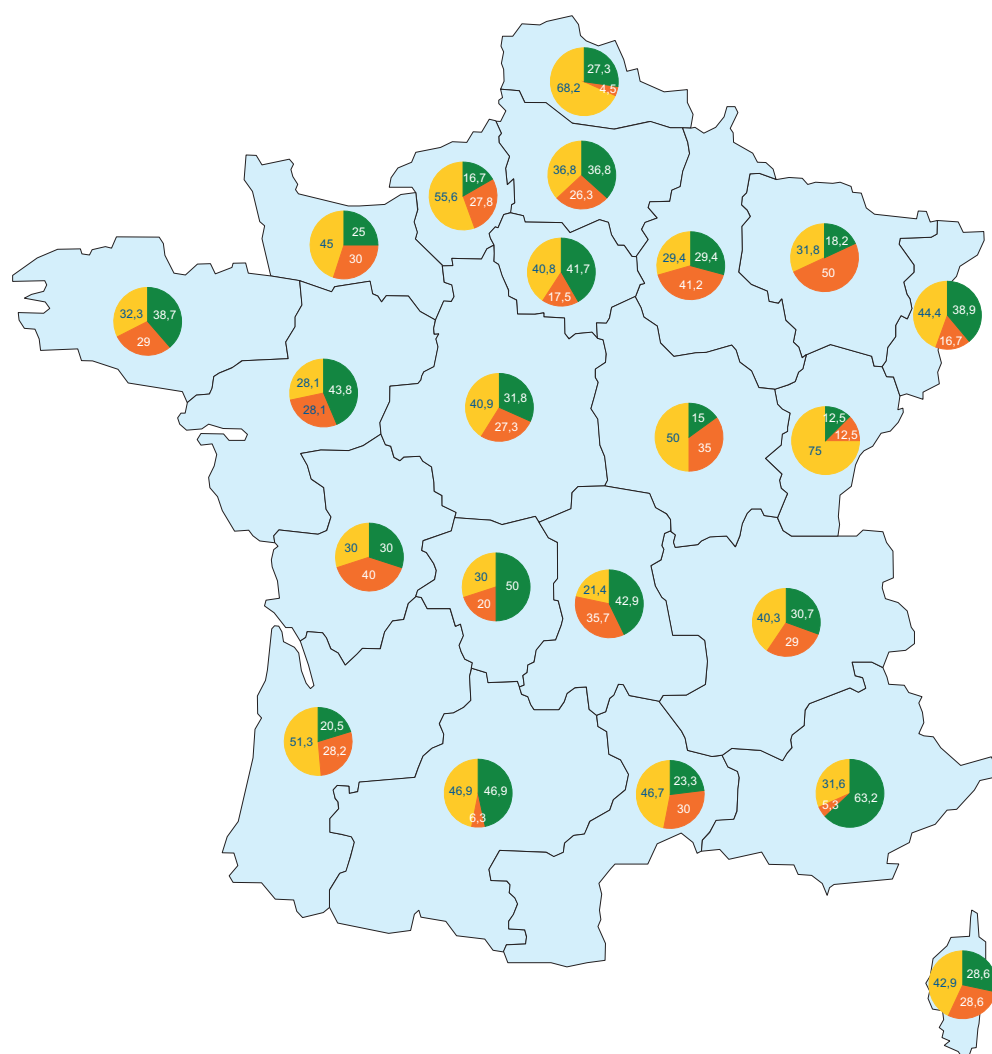
- Pour chaque catégorie d'ES, la variabilité des résultats est importante.
- La très grande majorité des CLCC a des résultats moyens supérieurs à la moyenne nationale (niveau 1).
- Dans chaque catégorie d'ES, pour 10 % des ES, le compte rendu de RCP est retrouvé pour plus de 9 patients sur 10 hospitalisés pour la prise en charge initiale d'un primo-diagnostic de cancer.

Variabilité régionale

Tableau 6 – Moyennes régionales

	Nb d'ES non répondant	Nb d'ES avec effectif N ≤ 30	Nb d'ES avec effectif N > 30	Moyenne (%) Niveau 1
Alsace	0	1	18	74
Aquitaine	1	6	39	64
Auvergne	1	3	14	65
Basse-Normandie	1	1	20	68
Bourgogne	1	2	20	61
Bretagne	1	3	31	69
Centre	1	4	22	68
Champagne-Ardenne	0	3	17	60
Corse	0	1	7	67
Franche-Comté	2	0	8	74
Guadeloupe	4	0	1	42
Haute-Normandie	1	1	18	66
Ile-de-France	4	19	120	72
Languedoc-Roussillon	0	4	30	65
Limousin	1	1	10	73
Lorraine	1	9	22	60
Martinique	3	0	1	59
Midi-Pyrénées	0	4	32	77
Nord-Pas de Calais	2	7	44	76
Pays de la Loire	0	7	32	69
Picardie	0	0	19	71
Poitou-Charentes	1	4	20	61
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1	16	57	80
Réunion	0	1	5	69
Rhône-Alpes	4	8	62	68
Service de santé des armées	0	1	8	77
Total ES	31	107	677	

Cartographie 1 - Analyse régionale de l'exhaustivité des RCP -
Distribution par rapport à la moyenne nationale (en %)



* Résultats non présentés compte tenu des faibles effectifs

Près des deux-tiers des ES de la région PACA ont des résultats supérieurs à la moyenne nationale.

Analyse des facteurs associés à la variabilité des résultats

► Analyse de l'exhaustivité

Parmi les 40 301¹⁰ dossiers de patients étudiés, 27 % des comptes rendus de RCP n'ont pas été retrouvés ou ne concernaient pas la prise en charge initiale du patient. La notion d'exhaustivité fait ici référence à la proportion de comptes rendus de RCP retrouvés, concernant la prise en charge initiale du patient et comportant une date et une proposition de prise en charge (niveau 1 de l'indicateur), ce qui correspond à 70 % des dossiers (N = 28 170).

Tableau 7 – Effectifs

	Nb de dossiers	Pourcentage de dossiers
Compte rendu de RCP retrouvé, daté et avec proposition de prise en charge	28 170	70
Compte rendu de RCP non retrouvé ou non daté ou sans proposition de prise en charge	12 131	30*

* Parmi les 30 % de comptes rendus de RCP non retrouvés ou non datés ou sans proposition de PEC, 27 % (N = 11 019) n'ont pas été retrouvés ou ne concernaient pas la prise en charge initiale du patient et 3 % (N = 1 112) sont non datés ou sans proposition de PEC.

10. 40 301 dossiers ont été évalués par 784 ES qui représentent les 677 ES dont l'effectif de dossiers est > à 30 et les 107 ES dont l'effectif de dossiers est ≤ 30.

L'analyse par organe/domaine montre des différences en fonction de l'organe atteint ou du domaine concerné par le cancer, avec un pourcentage de comptes rendus de RCP manquants ou non conformes plus important en dermatologie (57.1 %), endocrinologie (48.9 %) et urologie (42.6 %), par rapport à la pneumologie (20.9 %) et la sénologie (16.8%).

Tableau 8 – Statistiques descriptives de l'exhaustivité par organe / domaine

	Nb de dossiers Pourcentage de dossiers	Nb de dossiers Pourcentage de dossiers	
		Compte rendu de RCP retrouvé, daté et avec proposition de prise en charge	Compte rendu de RCP non retrouvé ou non daté ou sans proposition de prise en charge
Dermatologie	513 1.3	220 42.9	293 57.1
Digestif	10 107 25.1	7 490 74.1	2 617 25.9
Endocrinologie	733 1.8	379 51.7	354 48.9
Gynécologie basse	3 111 7.7	2 225 71.5	886 28.5
Hématologie	1 158 2.9	800 69.1	358 30.9
Ophtalmologie	34 0.1	17 50	17 50
ORL/Stomatologie/Maxillo facial	2 171 5.4	1 545 71.2	626 28.8
OS/Parties molles	277 0.7	165 59.6	112 40.4
Poumons	2 849 7.1	2 253 79.1	596 20.9
Sénologie	7 591 18.8	6 316 83.2	1 275 16.8
Système nerveux central	344 0.9	208 60.5	136 39.5
Urologie/Néphrologie	11 413 28.3	6 552 57.4	4 861 42.6
Total	40 301 100	28 170	12 131

L'exhaustivité est également variable en fonction de la catégorie de l'établissement : elle est mieux atteinte dans les CLCC (88.2 %) que dans les établissements privés (65.4 %).

Tableau 9 – Statistiques descriptives de l'exhaustivité par catégorie d'ES

	Nb de dossiers Pourcentage de dossiers	Nb de dossiers Pourcentage de dossiers	
		Compte rendu de RCP retrouvé, daté et avec proposition de prise en charge	Compte rendu de RCP non retrouvé ou non daté ou sans proposition de prise en charge
CH	12 339 30.7	9 117 73.9	3 222 26.1
CHU	2 863 7.1	2 251 78.6	612 21.4
CLCC	1 200 3	1 058 88.2	142 11.8
ESPIC	2 559 6.4	1 774 69.3	785 30.7
Privé	21 173 52.8	13 842 65.4	7 331 34.6
Total	40 134* 100	28 042	12 092

* 167 dossiers d'ES « autres publics » non inclus dans l'analyse.

L'analyse en fonction du volume d'activité (nombre de cancers traités sur 6 mois) met en évidence un lien entre le volume d'activité et la qualité mesurée au travers de l'exhaustivité.

Tableau 10 – Statistiques descriptives de l'exhaustivité en fonction du volume d'activité de l'ES

	Nb de dossiers Pourcentage de dossiers	
	Compte rendu de RCP retrouvé, daté et avec proposition de prise en charge	Compte rendu de RCP non retrouvé ou non daté ou sans proposition de prise en charge
Entre 0 et 50 cas	1 695 67.9	801 32.1
Entre 50 et 100 cas	5 547 65.4	2 937 34.6
Entre 100 et 200 cas	7 513 70.7	3 109 29.3
Entre 200 et 500 cas	7 931 70.1	3 389 29.9
Entre 500 et 1000 cas	2 978 72.6	1 121 27.3
Supérieur à 1000 cas	2 506 76.4	774 23.6
Total	28 170	12 131

Par ailleurs, l'analyse en fonction du nombre de cancers traités sur 6 mois met en évidence un lien entre le volume d'activité et l'implication de l'ES dans l'organisation de la RCP.

Au total, l'exhaustivité peut aussi être corrélée à l'implication de l'ES dans l'organisation de la RCP.

Tableau 11 – Statistiques descriptives des modalités d'organisation en fonction du volume d'activité de l'ES

	Nb de dossiers Pourcentage de dossiers		
	Organisation de la RCP par l'ES	Organisation de la RCP par une autre structure avec participation de l'ES	Organisation de la RCP par une autre structure sans participation de l'ES
Entre 0 et 50 cas	687 40.8	829 49.3	167 9.9
Entre 50 et 100 cas	2 680 48.5	2 369 42.9	475 8.6
Entre 100 et 200 cas	3 674 49	3 528 47	300 4
Entre 200 et 500 cas	4 294 54.9	3 207 41	319 4.1
Entre 500 et 1000 cas	1 824 61.7	1 050 35.5	83 2.8
Supérieur à 1000 cas	2 130 85.1	353 14.1	20 0.8
Total	15 289	11 336	1 364

* 181 dossiers, pour lesquels les modalités d'organisation ne sont pas connues, non inclus dans l'analyse.

Conclusion de l'analyse de l'exhaustivité

- La discipline concernée par la prise en charge du cancer, le type et le volume d'activité de l'établissement, ainsi que son implication dans l'organisation de la RCP influent sur l'exhaustivité des RCP.

PARTIE 2 : PLURIDISCIPLINARITÉ DE LA CONCERTATION

La pluridisciplinarité est essentielle pour la prise en charge d'un patient atteint de cancer. Le Plan cancer a fait de ce mode d'organisation médicale l'un de ses objectifs prioritaires. La RCP est un lieu d'échanges entre spécialistes de plusieurs disciplines sur les stratégies diagnostiques et thérapeutiques en cancérologie. La pluridisciplinarité est confirmée par la présence d'au moins trois spécialités différentes qui doivent être concernées par la prise en charge du type de cancer présenté en RCP.

Dans le cadre du recueil de l'indicateur RCP, la conformité est atteinte pour le niveau 2 de l'indicateur lorsque le nom des médecins participants à la RCP (au moins trois) et leur spécialité (au moins trois différentes), qui rendent compte respectivement du caractère pluri-professionnel et pluridisciplinaire, sont tracés sur le compte rendu de RCP.

Analyse nationale

► Résultats agrégés au niveau national

Tableau 12 – Statistiques descriptives au niveau national (en %)

	Nb d'ES	Nb de dossiers	Moyenne	Médiane	Min.	Max.	Ecart type
Niveau 2	677	38 427	38	35	0	100	32

L'indicateur est calculé sur 38 427 dossiers pour 677 ES.

En moyenne au niveau national, un compte rendu de RCP daté, comportant la proposition de prise en charge et l'identité d'au moins trois médecins de spécialités différentes est retrouvé dans 38 % des dossiers.

Les résultats comportent des valeurs extrêmes : pour 130 ES, la pluridisciplinarité des RCP n'est jamais confirmée alors que pour 5 ES, celle-ci est systématique.

La médiane des taux moyens est à 35 %, c'est-à-dire que pour la moitié des ES, plus d'un tiers des dossiers comportent un compte rendu de RCP daté, avec la proposition de prise en charge et l'identité d'au moins trois médecins de spécialités différentes.

► Comparaison des ES

Tableau 13 – Distribution par rapport à la moyenne nationale

	Moyenne nationale				
Niveau 2	38 %	Nombre d'ES	259	128	290
		% d'ES	38 %	19 %	43 %

La répartition des ES par rapport à la moyenne nationale montre que 38 % des ES ont obtenu un résultat supérieur à cette moyenne (classe verte .

Tableau 14 – Distribution par rapport à la valeur seuil (80 %)

		Classe « + »	Classe « = »	Classe « - »
Niveau 2	Nombre d'ES	47	119	511
	% d'ES	7 %	18 %	75 %

Il est attendu que pour au moins 8 dossiers sur 10, le compte rendu de RCP soit daté, comporte la proposition de prise en charge et l'identité d'au moins trois médecins de spécialités différentes. La grande majorité des ES se situent en dessous de la valeur seuil.

Conclusion de l'analyse nationale

- La pertinence de la mesure est confirmée par la variabilité observée puisque 10 % des établissements ont un taux moyen supérieur à 83 % (P90) et 10 % des établissements ont un taux moyen égal à 0 % (P10).
- Alors même que la moyenne nationale est basse, près de la moitié des ES ont un résultat inférieur à celle-ci.
- Une importante marge d'amélioration existe pour la majorité des ES qui, prenant en charge un patient atteint de cancer, doivent tracer dans le dossier médical, la proposition de prise en charge justifiée dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire.

Analyse par catégorie d'ES

► Résultats agrégés au niveau national

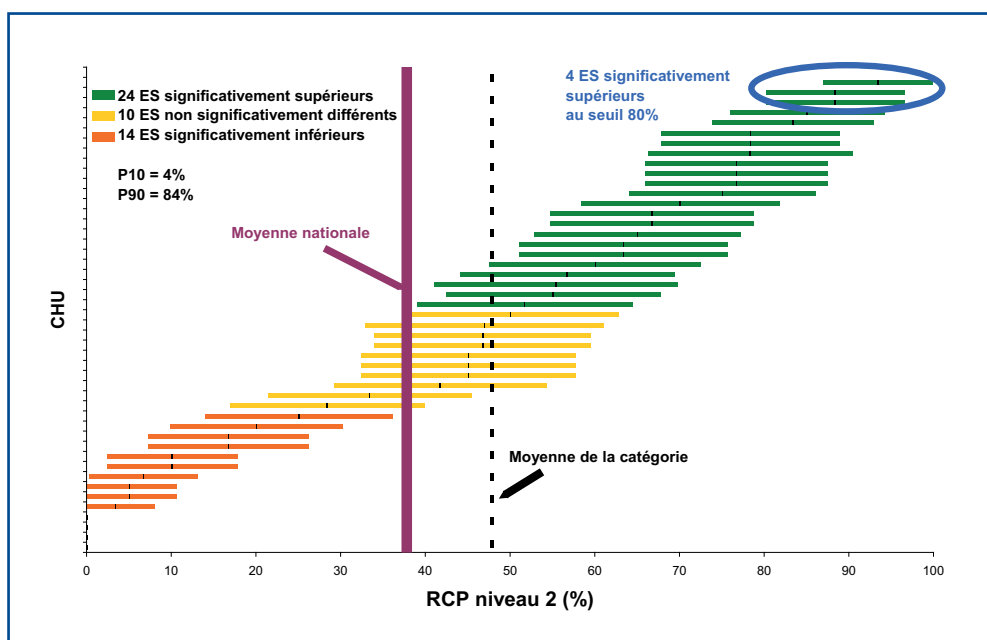
Tableau 15 – Statistiques descriptives par catégorie d'ES (en %)

Base de référence par catégorie	Nb d'ES non répondant	Nb d'ES avec effectif $N \leq 30$	Nb d'ES avec effectif $N > 30$	Nb de dossiers	Niveau 2				
					Moyenne	Médiane	Min.	Max.	Ecart type
CHU	2	2	48	2 834	48	51	0	100	30
CH	7	47	205	11 391	39	38	0	100	31
Privé	21	45	360	20 490	35	30	0	100	33
CLCC	0	0	20	1 200	50	51	0	93	34
ESPIC	1	12	41	2 356	41	38	0	100	33
Autres publics	0	1	3	156	0	0	0	0	0
Total ES	31	107	677						

Le taux moyen des CHU, des CH, des CLCC et des ESPIC est supérieur au taux moyen national.

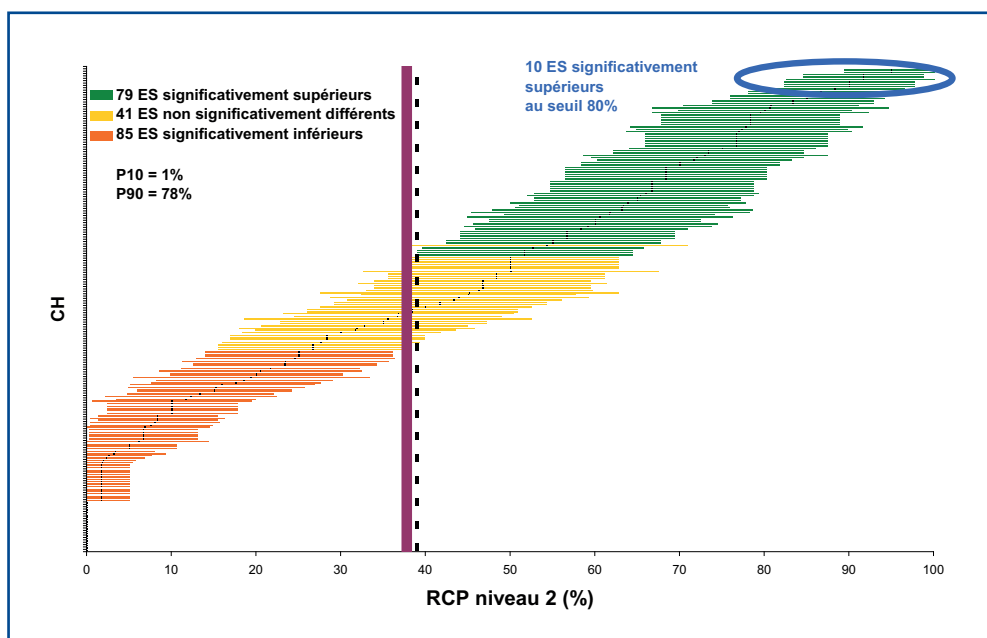
► Distribution par rapport à la moyenne nationale par catégorie d'ES et la valeur seuil (80 %) par catégorie d'ES

Graphique 7 – Variabilité inter-CHU



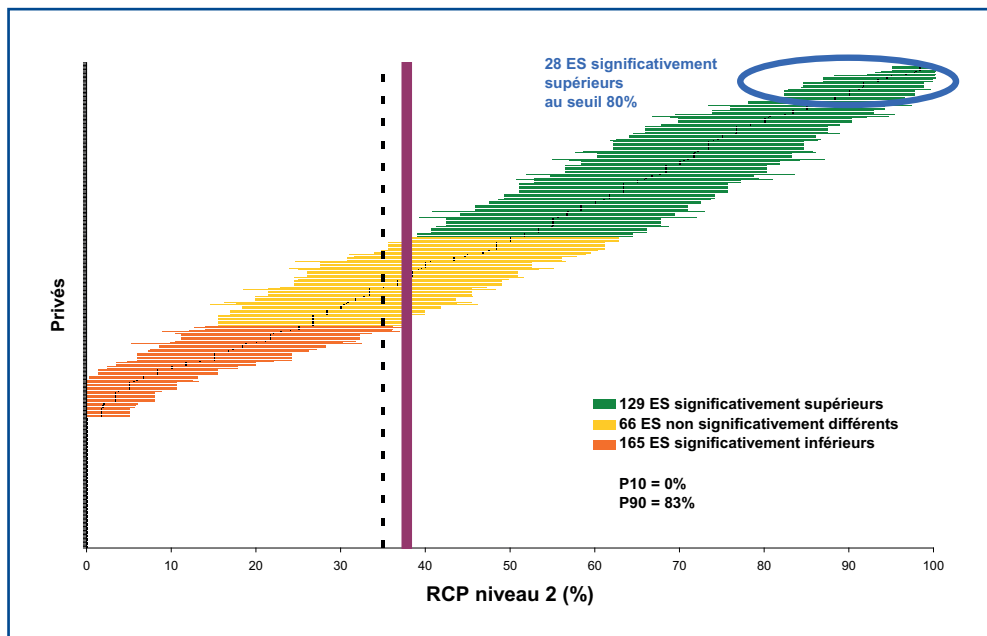
La moitié des CHU ont un résultat supérieur à la moyenne nationale. 29 % des CHU ont atteint ou dépassé la valeur seuil.

Graphique 8 – Variabilité inter-CH



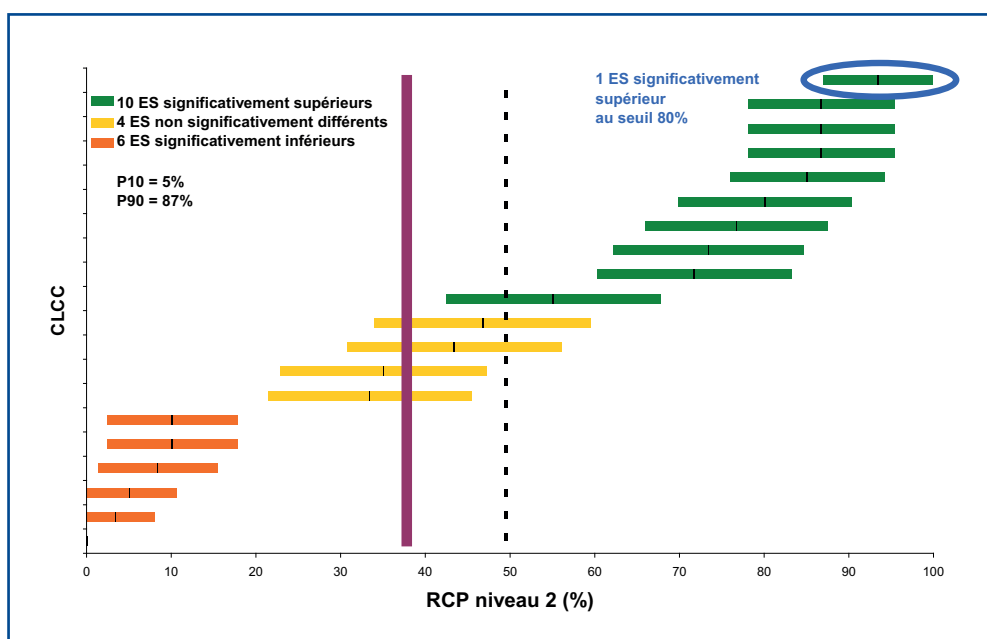
39 % des CH ont un résultat supérieur à la moyenne nationale. 23 % des CH ont atteint ou dépassé la valeur seuil.

Graphique 9 – Variabilité inter-ES privés



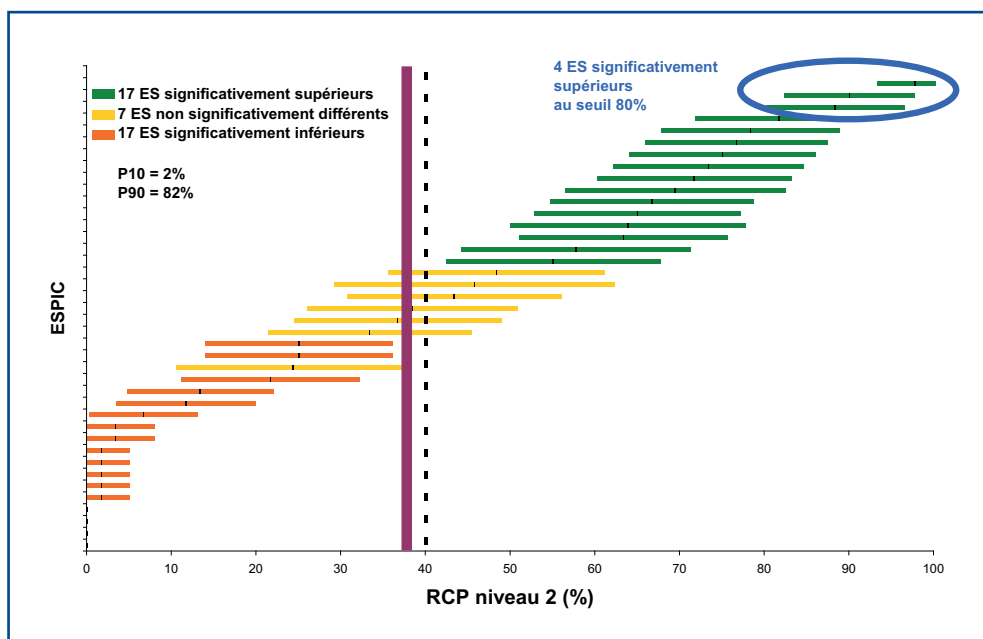
36 % des établissements privés ont un résultat supérieur à la moyenne nationale. 23% des établissements privés ont atteint ou dépassé la valeur seuil.

Graphique 10 – Variabilité inter-CLCC



La moitié des CLCC ont un résultat supérieur à la moyenne nationale. 45 % des CLCC ont atteint ou dépassé la valeur seuil.

Graphique 11 – Variabilité inter-ESPIC



41 % des ESPIC ont un résultat supérieur à la moyenne nationale. 27 % des ESPIC ont atteint ou dépassé la valeur seuil.

Conclusion de l'analyse par catégorie

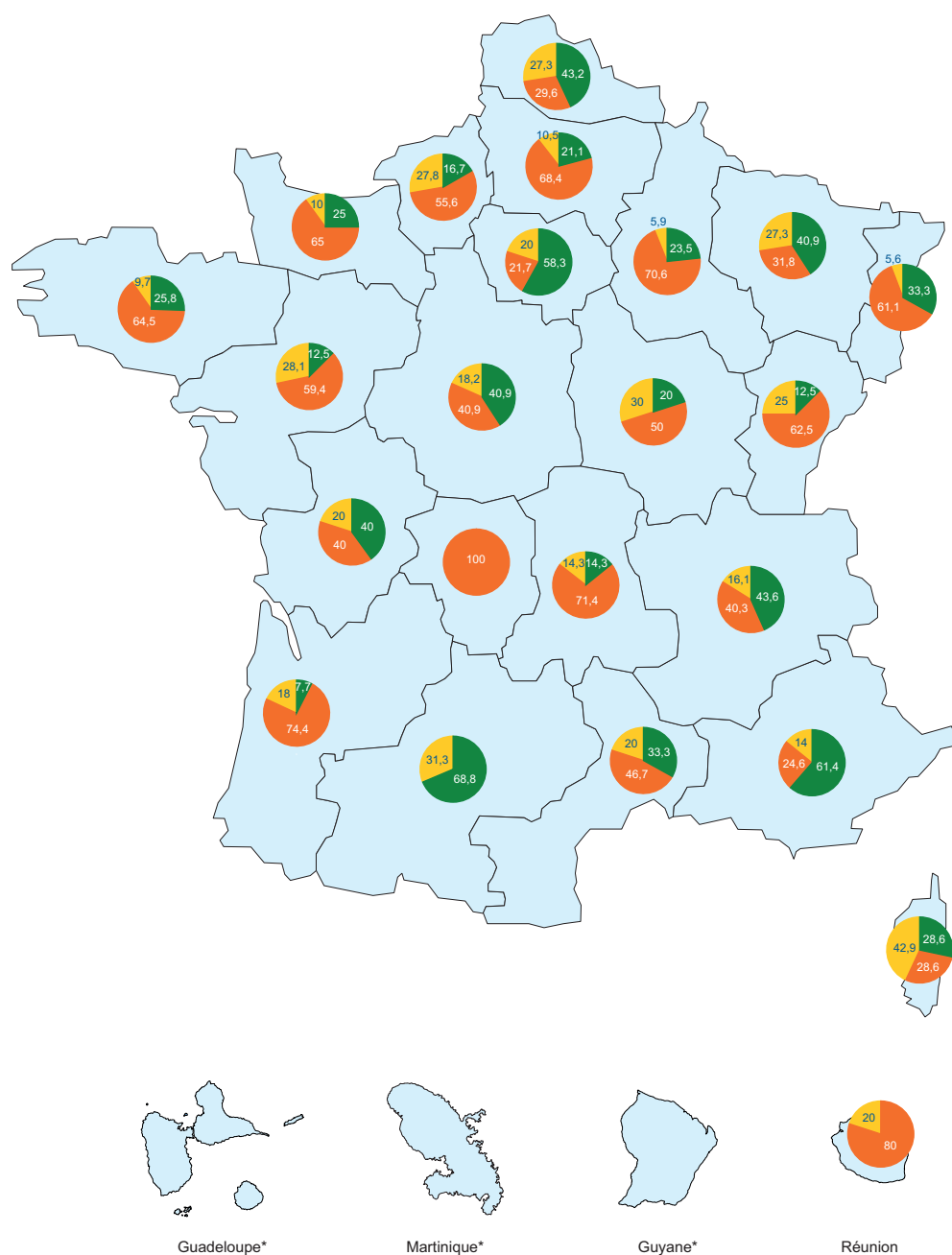
- Pour chaque catégorie d'ES, la variabilité des résultats est importante.
- La moitié des CLCC et des CHU ont des résultats moyens supérieurs à la moyenne nationale (niveau 2).
- Dans chaque catégorie, plus de la moitié des ES a un taux moyen inférieur à la valeur seuil fixée à 80 % (71 % des CHU, 77 % des CH, 55 % des CLCC, 73 % des ESPIC, 77 % des établissements privés) alors que pour 10 % des ES de chaque catégorie (à l'exception des CH), la pluridisciplinarité de la concertation est retrouvée pour 8 patients sur 10.

Variabilité régionale

Tableau 16 – Moyennes régionales

	Nb d'ES non répondant	Nb d'ES avec effectif N ≤ 30	Nb d'ES avec effectif N > 30	Moyenne (%) Niveau 2
Alsace	0	1	18	28
Aquitaine	1	6	39	14
Auvergne	1	3	14	17
Basse-Normandie	1	1	20	27
Bourgogne	1	2	20	32
Bretagne	1	3	31	27
Centre	1	4	22	42
Champagne-Ardenne	0	3	17	20
Corse	0	1	7	38
Franche-Comté	2	0	8	19
Guadeloupe	4	0	1	0
Haute-Normandie	1	1	18	29
Ile-de-France	4	19	120	53
Languedoc-Roussillon	0	4	30	34
Limousin	1	1	10	5
Lorraine	1	9	22	43
Martinique	3	0	1	59
Midi-Pyrénées	0	4	32	61
Nord-Pas de Calais	2	7	44	45
Pays de la Loire	0	7	32	24
Picardie	0	0	19	22
Poitou-Charentes	1	4	20	36
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1	16	57	56
Réunion	0	1	5	11
Rhône-Alpes	4	8	62	38
Service de santé des armées	0	1	8	30
Total ES	31	107	677	

**Cartographie 2 - Analyse régionale de la pluridisciplinarité de la concertation -
Distribution par rapport à la moyenne nationale (en %)**



- ES significativement > à la moyenne nationale
- ES significativement < à la moyenne nationale
- ES non significativement différents

* Résultats non présentés compte tenu des faibles effectifs

Plus des deux tiers des ES de Midi Pyrénées ainsi que plus de la moitié des ES d'Ile de France et de la région PACA ont des résultats supérieurs à la moyenne nationale.

Analyse des facteurs associés à la variabilité des résultats

► Analyse de la pluri-professionnalité

La pluri-professionnalité de la RCP est confirmée par l'identification de trois médecins différents ayant participé à la concertation.

L'analyse porte sur les 28 170 dossiers pour lesquels un compte rendu de RCP est retrouvé, concerne la prise en charge initiale du patient et comporte une date et une proposition de prise en charge. Parmi ces dossiers, les noms de trois professionnels différents sont retrouvés dans 87 % des cas, alors que dans 10 % des cas aucun nom n'est retrouvé, et dans 3 % moins de trois noms différents sont tracés.

Tableau 17 – Effectifs

	Nb de dossiers	Pourcentage de dossiers
Noms des trois participants tracés	24 409	87
Pas de noms tracés	2 757	10
Moins de trois noms tracés	1 004	3

Aucune variabilité n'est observée en fonction de la catégorie de l'établissement, ni en fonction de l'organe atteint ou du domaine concerné par le cancer.

Concernant l'implication de l'ES dans l'organisation de la RCP, il apparaît que la pluri-professionnalité est plus souvent confirmée lorsque l'ES est lui-même organisateur de la RCP, et que à l'inverse moins l'ES est impliqué, moins la RCP regroupe trois professionnels différents.

Tableau 18 – Statistiques descriptives de la pluri-professionnalité en fonction des modalités d'organisation

	Nb de dossiers Pourcentage de dossiers	Nb de dossiers Pourcentage de dossiers		
		Noms des trois participants tracés	Pas de noms tracés	Moins de trois noms tracés
L'établissement	15 289 54.6	13 666 89.4	1 140 7.5	483 3.2
Une autre structure avec participation de l'ES	11 336 40.5	9 565 84.4	1 344 11.9	427 3.8
Une autre structure sans participation de l'ES	1 364 4.9	1 100 80.7	190 13.9	74 5.4
Total	27 989* 100	24 331	2 674	984

* 181 dossiers, pour lesquels les modalités d'organisation ne sont pas connues, non inclus dans l'analyse.

Les ES utilisent dans 80.3 % des cas une fiche RCP informatisée, qui améliore la traçabilité des noms des médecins.

**Tableau 19 – Statistiques descriptives de la pluri-professionnalité
en fonction du niveau d'informatisation de la fiche RCP**

	Nb de dossiers Pourcentage de dossiers	Nb de dossiers Pourcentage de dossiers		
		Noms des trois participants tracés	Pas de noms tracés	Moins de trois noms tracés
Fiche RCP informatisée	22 618 80.3	20 176 89.2	1 753 7.8	689 3.1
Fiche RCP non informatisée	4 936 17.5	4 006 81.2	680 13.8	250 5.1
Pas de fiche RCP	616 2.2	227 36.9	324 52.6	65 10.6
Total	28 170 100	24 409	2 757	1 004

Alors que l'analyse de l'exhaustivité en fonction du volume d'activité de l'ES met en évidence un lien entre le nombre de cancers traités et l'exhaustivité de la RCP, l'analyse de la pluri-professionnalité en fonction de ce volume d'activité ne permet d'observer aucune conclusion pertinente.

Conclusion de l'analyse de la pluri-professionnalité

- Le caractère pluri-professionnel de la concertation est plus souvent attesté dans les établissements qui organisent la RCP et qui utilisent une fiche RCP informatisée.

► Analyse de la pluridisciplinarité

La pluridisciplinarité de la RCP est confirmée par l'identification de trois médecins de spécialités différentes ayant participé à la concertation.

Les spécialités des participants à la RCP sont tracées dans les comptes rendus seulement dans 54.4 % des cas.

Tableau 20 – Effectifs

	Nb de dossiers	Pourcentage de dossiers
Noms des trois spécialités tracés	15 331	54.4
Pas de spécialités tracées	11 885	42.2
Moins de trois spécialités représentées	954	3.4

Les résultats montrent que les trois spécialités sont moins bien identifiées sur le compte rendu de RCP en dermatologie (9.1 %) et en hématologie (10.6 %), ce qui peut s'expliquer par la spécificité de la prise en charge thérapeutique.

Tableau 21 – Statistiques descriptives de la pluridisciplinarité par organe / domaine

	Nb de dossiers Pourcentage de dossiers	Nb de dossiers Pourcentage de dossiers		
		Noms des trois spécialités tracées	Pas de spécialités tracées	Moins de trois spécialités représentées
Dermatologie	220 0.8	139 63.2	61 27.7	20 9.1
Digestif	7 490 26.6	4 025 53.7	3 306 44.1	159 2.1
Endocrinologie	379 1.4	210 55.4	152 40.1	17 4.5
Gynécologie basse	2 225 7.9	1 191 53.5	970 43.6	64 2.9
Hématologie	800 2.8	351 43.9	364 45.5	85 10.6
Ophtalmologie	17 0.1	3 17.7	13 76.5	1 5.9
ORL/Stomatologie/Maxillo facial	1 545 5.5	827 53.5	643 41.6	75 4.9
OS/Parties molles	165 0.6	98 59.4	63 38.2	4 2.4
Poumons	2 253 8	1 286 57.1	885 39.3	82 3.6
Sénologie	6 316 22.4	3 513 55.6	2 642 41.8	161 2.6
Système nerveux central	208 0.7	123 59.1	75 36.1	10 4.8
Urologie/Néphrologie	6 552 23.3	3 565 54.4	2 711 41.4	276 4.2
Total	28 170 100	15 331	11 885	954

Comme pour le caractère pluri-professionnel, la catégorie de l'établissement influence peu le caractère pluridisciplinaire de la concertation. De la même manière, la pluridisciplinarité de la concertation est plus souvent confirmée lorsque l'établissement est organisateur de la RCP (61.4 % vs 46.4 %) et lorsqu'il utilise une fiche RCP informatisée (57.8 % vs 44 %).

Tableau 22 – Statistiques descriptives de la pluridisciplinarité en fonction des modalités d'organisation

	Nb de dossiers Pourcentage de dossiers	Nb de dossiers Pourcentage de dossiers		
		Noms des trois spécialités tracées	Pas de spécialités tracées	Moins de trois spécialités représentées
L'établissement	15 289 54.6	9 388 61.4	5 350 35	551 3.6
Une autre structure avec participation de l'ES	11 336 40.5	5 255 46.4	5 747 50.7	334 3
Une autre structure sans participation de l'ES	1 364 4.9	679 49.8	621 45.5	64 4.7
Total	27 989 100	15 322	11 718	949

* 181 dossiers, pour lesquels les modalités d'organisation ne sont pas connues, non inclus dans l'analyse.

**Tableau 23 – Statistiques descriptives de la pluridisciplinarité
en fonction du niveau d'informatisation de la fiche RCP**

	Nb de dossiers Pourcentage de dossiers	Nb de dossiers Pourcentage de dossiers		
		Noms des trois spécialités tracées	Pas de spécialités tracées	Moins de trois spécialités représentées
Fiche RCP informatisée	22 618 80.3	13 067 57.8	8 780 38.8	771 3.4
Fiche RCP non informatisée	4 936 17.5	2 170 44	2 596 52.6	170 3.4
Pas de fiche RCP	616 2.2	94 15.3	509 82.6	13 2.1
Total	28 170 100	15 331	11 885	954

Conclusion de l'analyse de la pluridisciplinarité

- Le domaine pathologique concerné, l'implication de l'ES dans l'organisation des RCP et l'informatisation de la fiche sont des facteurs liés à la variabilité des résultats observés.

CONCLUSION

« La réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) est un lieu d'échanges entre spécialistes de plusieurs disciplines sur les stratégies diagnostiques et thérapeutiques en cancérologie » (cf. Recommandations HAS-INCa, juin 2006). L'objectif de cette démarche est de s'assurer que la stratégie proposée au patient s'appuie sur des recommandations de bonne pratique professionnelle et qu'elle a été choisie en concertation entre différents spécialistes impliqués dans le diagnostic et le traitement de son cancer.

Les réunions de concertations pluridisciplinaires initiées par le premier Plan cancer 2003-2007 (mesure 31) sont largement reconnues comme des mesures améliorant la qualité des soins en cancérologie. L'action 19.1 du Plan cancer 2009-2013 prévoit la généralisation de la RCP qui fait partie des mesures transversales de qualité exigibles pour la prise en charge des patients par des établissements de santé (ES) autorisés pour le traitement du cancer.

L'indicateur « RCP » est constitué de deux niveaux :

- **le premier niveau évalue l'exhaustivité** : le taux de patients traités dans le cadre d'un primo diagnostic de cancer pour lesquels un document de synthèse de RCP daté et faisant mention d'une proposition de prise en charge est retrouvé dans le dossier du patient ;
- **le second niveau évalue la pluridisciplinarité** : le taux de patients pour lesquels la proposition de prise en charge est formulée avec au moins trois professionnels de santé de disciplines différentes (quorum¹¹).

Les premiers résultats nationaux (70 % pour le premier niveau et 38 % pour le second) sont le témoin d'un potentiel d'amélioration d'autant qu'il existe une forte variabilité des résultats entre ES.

Outre le fait d'être une des conditions techniques de fonctionnement applicable à l'activité de soins de traitement du cancer, trois leviers d'action sont notamment identifiés pour consolider les résultats de cet indicateur RCP :

- **son intégration à la certification (V2010) des ES, en lien avec le critère concerné.**

Les résultats sont également intégrés dans les tableaux de bord régionaux destinés aux ARS afin de rendre compte d'une information structurée et comparative des prises en charge en régions ;

11. « L'organisation des RCP doit prévoir [...] Un quorum de base pour chaque type d'organe, prévoyant au minimum 3 spécialités différentes dont un oncologue, un chirurgien et un radiologue » (cf. Circulaire du 22/02/2005 - Annexe 2 : Principes généraux et modalités de fonctionnement des réunions de concertation pluridisciplinaire).

- **la systématisation d'audits qualité pilotée par les RRC¹² prévue par le Plan cancer 2009-2013 (action 19.1).**

Depuis 2006, les RRC suivent via le tableau de bord (TdB) de l'INCa un ensemble d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs¹³ dont certains relatifs à la RCP (ex. nombre de RCP, nombre de dossiers enregistrés en RCP au regard des cancers incidents, mise à disposition dans les salles de RCP de la liste des essais cliniques ouverts). Les TdB des RRC sont articulés avec les données des centres de coordination en cancérologie (3C) des établissements de santé autorisés au traitement du cancer ; les 3C ont notamment pour rôle de s'assurer de la mise en œuvre effective de la pluridisciplinarité en organisant et fédérant les RCP¹⁴. Les indicateurs de qualité relatifs à l'exhaustivité et à la pluridisciplinarité de la RCP étant désormais suivis par la HAS, ils ne sont plus recueillis dans la version 2010 des TdB des RRC.

- **Les outils de communication et de partage de l'information dont le Dossier Communicant de Cancérologie (DCC), service du Dossier Médical Personnel (DMP)¹⁵, ainsi que la visioconférence¹⁶** (qui facilite la participation des médecins aux RCP).

Le DCC-DMP, qui s'inscrit dans le parcours de soins du patient dont il est un facteur clés de coordination, comprend notamment la fiche RCP. Celle-ci intègre au minimum l'ensemble des éléments nécessaires à la formulation de la proposition thérapeutique en RCP.

Un outil de planification et de gestion des RCP, développé dans le DCC-DMP, permettra de s'assurer que chaque RCP se tient régulièrement, avec un quorum respecté. D'ores et déjà, toutes les régions disposent via les RRC d'un annuaire/calendrier des RCP disponible pour l'ensemble des professionnels.

En sus de ces leviers d'actions, l'INCa doit publier un référentiel national relatif aux RCP.

Les résultats de cette première campagne de recueil de l'indicateur RCP n'ayant pas vocation à être diffusés publiquement, la communication se fera cette année à partir des seuls résultats agrégés présentés dans ce rapport. Dans ce contexte, le prochain recueil de l'indicateur RCP sera mis en œuvre par la HAS en février 2012. Celui-ci portera sur des dossiers du second semestre 2011 et les critères de qualité de la RCP tiendront compte des éléments validés par le référentiel de l'INCa qui sera publié en 2011. Les résultats de ce deuxième recueil seront diffusés publiquement, conformément à la loi HPST.

12. Les missions des RRC, déclinées dans un référentiel national (circulaire DHOS/CNAMTS/INCa du 25/09/2007), sont au nombre de 5 : l'implémentation des recommandations de bonnes pratiques cliniques, la communication entre professionnels via notamment le DCC-DMP, l'information des patients et de leurs proches, l'aide à la formation, le recueil de données et l'évaluation des pratiques en cancérologie. Les RRC sont désormais reconnus par l'INCa, en articulation avec les ARS, sur la base de la réalisation de ces 5 missions (<http://www.e-cancer.fr/soins/les-reseaux-regionaux-de-cancerologie-rrc>).

13. <http://www.e-cancer.fr/soins/les-reseaux-regionaux-de-cancerologie-rrc>.

14. Circulaire n° DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 – Annexe 5.

15. Le cadre national du DCC et du DMP publié conjointement par l'INCa et l'ASIP Santé en octobre 2010 définit l'architecture générale du DCC.

16. 298 établissements ont été financés par l'INCa en 2006 et 2007.



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

www.has-sante.fr

2 avenue du Stade de France 93218 Saint-Denis-La Plaine CEDEX

Tél. : +33(0)1 55 93 70 00 - Fax : +33(0)1 55 93 74 00