



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et la Sécurité des Soins

Réunion de Concertation Pluridisciplinaire en cancérologie

Résultats nationaux de la campagne 2014

Données 2013

3^e campagne nationale

Décembre 2014

Ce document présente les résultats issus du recueil 2014 des indicateurs du thème « Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie » réalisé par tous les établissements ayant une activité MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) sous la coordination de la Haute Autorité de Santé.

Ces indicateurs donnent une image du niveau de qualité des étapes clés de la prise en charge au sein de chacun des établissements concernés. Ils contribuent, au niveau national, à l'observation de la qualité des soins dans les établissements de santé français.

Rapport rédigé avant le contrôle qualité du recueil réalisé par les Agences Régionales de Santé (ARS)

Les résultats nationaux présentés dans ce rapport ne prennent pas en compte les résultats du contrôle qualité réalisé par les ARS dans le cadre de l'Orientation Nationale de Contrôle (ONC) demandée par l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS).

Il a été décidé la publication du rapport dès la fin de la campagne nationale de recueil car l'ONC ne peut avoir un impact que sur les résultats individuels, au niveau de l'établissement. Les référentiels nationaux restent inchangés.

Les résultats des indicateurs suite à l'ONC sont pris en compte dans le cadre de la diffusion publique sur le site Scope Santé et font l'objet d'un rapport national spécifique, diffusé sur le site de la HAS.

Où trouver les résultats de votre établissement ?

Les résultats complets individuels et comparatifs de chaque établissement ainsi que l'analyse complémentaire sont accessibles sur la plateforme QUALHAS. Pour y accéder, contacter le Département de l'Information Médicale (DIM) de votre établissement.

Les résultats des indicateurs, diffusés publiquement par établissement, sont disponibles sur le site Scope Santé (www.scopesante.fr), site d'information sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé à destination des usagers, mis en place par la HAS, en partenariat avec le ministère chargé de la santé.

DÉCISION MÉDICALE EN ÉQUIPE EN CAS DE CANCER


Cet indicateur évalue si une proposition de traitement a été émise par au moins trois médecins de spécialités différentes lors de la prise en charge initiale d'un patient atteint de cancer

> EN SAVOIR PLUS

Date des données : 2013

Fréquence de la mise à jour : tous les 2 ans

Source : QUALHAS

	Cotation	Couleur	Valeur de l'indicateur	Intervalle de confiance	Evolution depuis la dernière évaluation
Médecine Chirurgie Obstétrique	B		83 %	[71% - 92%]	Non concerné (non-comparable)

Légende + ● ● ● ● - ● Non répondant (NR), non validé (NV) ● En cours de certification, non concerné (NC), non applicable (NA) ou données insuffisantes

Pour en savoir plus

Le descriptif des indicateurs est disponible sur le site internet :

www.has-sante.fr/portail/jcms/c_970481/ipaqss-recueils-des-indicateurs

Pour nous contacter

Pour toutes questions relatives aux indicateurs, le service IPAQSS (Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins) vous répondra par e-mail : ipaqss@has-sante.fr

Ce rapport a été co-rédigé par Marie Erbaul et Mélanie Couralet, sous la responsabilité de Catherine Grenier, chef du service SIPAQSS

Rapport validé par le collège de la HAS le 11 décembre 2014.

Sommaire

Synthèse des résultats des indicateurs nationaux.....	4
Contexte.....	5
Descriptif de la campagne 2014	7
Indicateur « Réunion de concertation pluridisciplinaire - Exhaustivité des RCP »	10
Indicateur « Réunion de concertation pluridisciplinaire - Pluridisciplinarité de la concertation ».....	13
Bilan et perspectives	18
Table des illustrations.....	20
Annexes.....	21
Annexe I. Méthodes de recueil et d'analyse	21
Annexe II. Résultats complémentaires.....	25
Références	33

Synthèse des résultats des indicateurs nationaux

Indicateurs nationaux

La troisième campagne de recueil des indicateurs « Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie » s'est déroulée de début avril à fin juin 2014. Le recueil consiste en une enquête rétrospective portant sur un échantillon aléatoire de 60 séjours de patients hospitalisés au cours du second semestre 2013.

Le recueil des indicateurs est obligatoire pour les établissements titulaires de l'autorisation pour l'activité de cancérologie. Le thème « Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie » est composé de 2 indicateurs :

- ▶ Réunion de concertation pluridisciplinaire – Exhaustivité de la RCP ;
- ▶ Réunion de concertation pluridisciplinaire – Pluridisciplinarité de la concertation.

Diffusion publique des résultats

Les résultats de l'indicateur RCP - Pluridisciplinarité de la RCP sont diffusés publiquement en novembre 2014 sur le site Scope Santé de la HAS (www.scopesante.fr).

Les résultats sont exprimés par rapport à l'atteinte d'un objectif de performance qui est fixé nationalement à 80 %.

Participation des établissements (ES)

Pour cette campagne, 774 ES devaient réaliser le recueil de façon obligatoire. Parmi ceux-ci, 5 ES n'ont pas participé et sont considérés comme des établissements « non répondants » (taux de participation de 99 %). 3 établissements pour lesquels le recueil était facultatif l'ont réalisé ; au total, 772 ES ont participé au recueil.

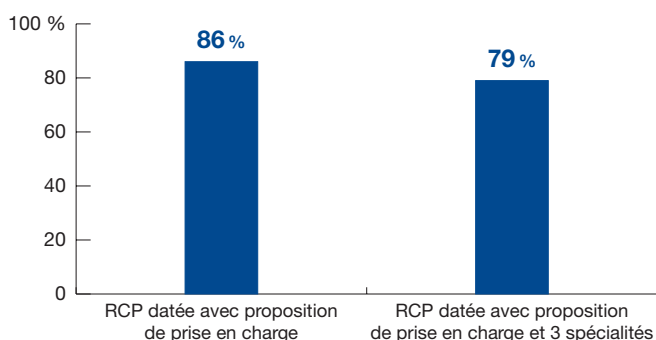
Population évaluée

- 37 562 dossiers patient de cancérologie ont été évalués au niveau national ;

- 52 % d'hommes ;
- L'âge moyen est de 66 ans.

Résultats des indicateurs

Graphique 1. Les indicateurs du thème « Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie » – Campagne RCP 2014 - données 2013



Les données présentées dans ce rapport ont été recueillies dans 37 562 dossiers d'hospitalisation pour prise en charge initiale d'un primo diagnostic de cancer sur l'ensemble de la France.

Dans l'échantillon analysé la population est constituée de 48 % de femmes, 52 % d'hommes, le plan cancer 2014/2019 présente une répartition un peu différente avec 44 % de femmes et 56 % d'hommes. L'âge moyen était de 66 ans, selon les données de l'INCa l'âge moyen de diagnostic de cancer chez l'homme était de 67 ans et 66 ans chez la femme en 2012.

L'échantillon analysé représente une stratification des localisations des cancers proche de celle de la population générale de patients atteints de cancer. Ainsi les cancers les plus fréquents uro-néphrologie, digestif et sénologie sont les plus représentés dans l'échantillon comme dans les données d'incidence de l'INCa, la différence est de 1 à 3 points de plus dans notre échantillon. Il en est de même pour les autres localisations en dehors du cancer du poumon, pour lequel la proportion dans notre échantillon n'est que de 7 %, alors que les données de l'INCa présentent un taux de 13 %.

Contexte

Politique nationale des indicateurs qualité et sécurité des soins

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

La HAS a élaboré les indicateurs de qualité et sécurité des soins sur le thème « Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie » en partenariat avec l'équipe de recherche COordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité (COMPAQH). En 2014, la HAS a coordonné la troisième campagne nationale de recueil de ces indicateurs. Le second indicateur « Trace d'une RCP datée, comportant la proposition de prise en charge et réalisée avec au moins trois professionnels de spécialités différentes » fait l'objet d'une diffusion publique.

Le programme de généralisation des indicateurs, le thème des indicateurs à développer et les modalités de leur utilisation et diffusion sont discutés par le Comité de Pilotage de la Généralisation des Indicateurs nationaux de qualité et de sécurité des soins (COPI), 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 la Commission Médicale d'Établissement (CME), l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) et les représentants des usagers et des patients.

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires renforce l'utilisation des indicateurs de qualité et de sécurité des soins 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 11 février 2014 fixant les conditions

dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats publiés, chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins).

Les résultats de certains de ces indicateurs sont diffusés publiquement sur internet à partir de la deuxième campagne nationale. Cette diffusion publique se faisait auparavant sur le site internet PLATINES de la DGOS et se fait depuis le 28 novembre 2013 sur le site Scope Santé de la HAS (www.scopesante.fr)

Du fait de l'opposabilité croissante des indicateurs [utilisation dans des tableaux de bord de pilotage, Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM), dispositif d'Incitation Financière à l'amélioration de la Qualité (IFAQ), etc.], un contrôle qualité de leur recueil s'avère nécessaire. Depuis 2013, une orientation nationale de contrôle IGAS coordonnée par la DGOS et la HAS s'applique à l'ensemble des indicateurs nationaux de qualité et de sécurité des soins. Le principe du contrôle qualité du recueil des indicateurs nationaux est d'assurer la fiabilité de l'autoévaluation réalisée lors des campagnes nationales de mesure en mettant en place une procédure de contrôle aléatoire.

Le champ de cette inspection pour l'année 2014 vise l'indicateur « Trace d'une RCP datée, comportant la proposition de prise en charge et réalisée avec au moins trois professionnels de spécialités différentes » en cancérologie.

Le thème « Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie » a fait l'objet d'un contrôle sur la campagne de recueil 2014. Le présent rapport présente les résultats issus de l'analyse des données saisies par les ES.

Tous les établissements de santé participant au recueil ont accès, par le biais de la plate-forme QUALHAS, à une information structurée et comparative qui leur permet de se positionner par rapport aux autres établissements et à leur politique qualité conduite ou à engager. La présentation des résultats individuels permet d'identifier les voies d'amélioration et, grâce à l'évolution dans le temps, les établissements peuvent valoriser le résultat des actions d'amélioration mises en œuvre.

Cette plate-forme permet également aux établissements de se comparer et d'apprécier ainsi les domaines où des progrès sont possibles pour améliorer la qualité de leurs activités.

La prochaine campagne de recueil aura lieu en 2016 et portera sur les données de 2015.

Ce rapport présente les principaux constats issus de l'analyse des résultats de la campagne de recueil de 2014 des indicateurs du thème « Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie ».

Intérêt de la RCP

La mise en œuvre de la réunion de concertation pluridisciplinaire est une obligation réglementaire pour les établissements bénéficiant d'une autorisation de cancérologie. Elle doit être réalisée pour tous les patients pris en charge pour le traitement d'un cancer et être pluridisciplinaire représentant l'équipe médicale intervenant auprès des patients atteints de cancer. (Article D6124-131 du code de la santé publique).

La réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) a pour objet d'assurer à chaque patient une prise en charge conforme aux recommandations de bonnes pratiques

soit en entrant dans un protocole formalisé, soit, lorsque son cas le justifie, qu'il fasse l'objet d'une discussion entre les médecins des spécialités concernées pour une analyse bénéfique/risque des différentes prises en charge qui pourraient lui être proposées. Suite à cette analyse, un plan personnalisé de soins est proposé et expliqué au patient, il peut ainsi être acteur de sa prise en charge.

Les indicateurs RCP mesurent, pour un échantillon aléatoire de dossiers de patients pris en charge pour cancer dans l'établissement de santé, le taux de dossiers pour lesquels le passage en RCP est tracé, daté et comporte la proposition de prise en charge faite aux patients (RCP 1) ainsi que la pluridisciplinarité de la réunion (RCP 2).

Les établissements, sur la base de leurs résultats, sont en mesure d'engager une démarche pour que tous les dossiers de patients pris en charge pour un cancer soient enregistrés en RCP, discussion pour ceux qui le justifie ou simple enregistrement pour ceux qui répondent à une procédure standard de prise en charge.

Ce rapport présente les principaux constats issus de l'analyse des résultats de la campagne 2014 des indicateurs du thème Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie.

Descriptif de la campagne 2014

Chaque établissement (ES) de santé MCO, titulaire d'une autorisation de cancérologie, est tenu de mesurer les indicateurs du thème « Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie ».

Dans chaque ES, 60 dossiers maximum sont analysés, ils sont sélectionnés par tirage au sort à partir des données du PMSI de l'année 2013.

Sélection des séjours analysés

Les dossiers sélectionnés concernent des séjours de patients hospitalisés dans l'établissement pour la prise en charge initiale d'un primo diagnostic de cancer ayant bénéficié d'un traitement par chirurgie, radiothérapie ou chimiothérapie au cours du second semestre 2013 ; sont exclus les séjours pour traitements séquentiels et prolongés.

Au niveau national, 45 836 dossiers ont été tirés au sort sur la période allant de juin à novembre 2013. Parmi ces dossiers, près de 19 % n'ont pas été évalués pour les raisons suivantes :

- incohérence PMSI : 1,07 % (490 dossiers) ;
- exclus du fait du refus d'exploitation des données le concernant par le patient : 0,32 % (146 dossiers) ;
- dossiers non retrouvés : 1,43 % (654 dossiers) ;
- le patient n'est pas pris en charge pour un primo-diagnostic de cancer 13,64 % (6 074 dossiers) ;
- tout ou partie de la phase initiale du traitement n'a pas été réalisée dans l'établissement 2,37 % (910 dossiers)

Au total, l'analyse a porté sur 37 562 dossiers, 94 % d'entre eux (35 417) sont issus d'établissements ayant analysé plus de 30 dossiers lors de cette campagne.

Sur les 37 562 dossiers inclus dans le recueil, 51 % (19 327 dossiers) sont issus d'établissements privés. En complément, les CH représentent 31% des dossiers (11 677), les CHU près de 8 % (2 972), les ESPIC 6,5 % (2 446) et les CLCC 3 % (1 140).

Les dossiers analysés sont, pour 79 % d'entre eux, issus d'établissements ayant une activité de cancérologie comprise entre 50 et 500 cas sur 6 mois.

Tableau 1. Répartition des dossiers en fonction du volume d'activité des établissements

Nombre de dossiers éligibles sur 6 mois d'activité	Nombre d'établissements	Nombre de dossiers analysés	Pourcentage des dossiers analysés
0 – 50	196	4 456	12 %
50 – 100	161	8 582	23 %
100 – 200	201	11 964	32 %
200 – 500	156	9 167	24 %
500 – 1000	45	2 642	7 %
> 1000	13	751	2 %

Résultats selon le nombre de dossiers analysés par établissement

Dans les établissements ayant analysé moins de 10 dossiers, le taux de RCP datée et comportant la proposition thérapeutique est de près de 86 %, dans les établisse-

ments ayant analysé plus de 30 dossiers ce taux est de plus 85 %, il est de 82 % dans les établissements ayant analysé entre 10 et 30 dossiers. Il n'est donc pas retrouvé de corrélation stable entre le nombre de dossiers analysés et la qualité de la RCP.

Population analysée

Critères d'inclusion de l'indicateur RCP	Séjours de patients hospitalisés dans l'établissement pour la prise en charge initiale d'un primo diagnostic de cancer ayant bénéficié d'un traitement par chirurgie, radiothérapie ou chimiothérapie au cours du second semestre 2013.
Critères d'exclusion de l'indicateur RCP	Séjours pour traitements séquentiels et prolongés.

La population étudiée comporte 48 % de femmes et 52 % d'hommes. L'âge moyen est de 66 ans (médiane à 66 ans), et la répartition des dossiers par âge est la suivante :

- 1 % des dossiers (239) concernent des patients âgés de moins de 18 ans ;
- 1 % des dossiers (219) concernent des patients âgés de 18 à 25 ans ;
- 11 % des dossiers (4 096) concernent des patients âgés de 26 à 49 ans ;
- 32 % des dossiers (11 856) concernent des patients âgés de 50 à 64 ans ;
- 56 % des dossiers (21 152) concernent des patients de plus de 65 ans.

Cette population est représentative de la population nationale sur les tranches d'âges moins de 18 ans, 18 à 25 ans et 50 à 64 ans, par contre dans notre échantillon la tranche d'âge 25 à 49 ans est sur représentée de 5 points et les patients de plus de 65 ans sont sous représentés de 5 points par rapport aux données d'incidence de l'INCa.

Les dossiers concernent, pour plus de 72 %, des dossiers de patients atteints de cancer de l'appareil digestif ou de cancer uro néphrologique ou de cancers du sein.

Répartition des dossiers en fonction de la spécialité

- appareil digestif : 25,05 % (9 409 dossiers) ;
- uro néphrologie : 28,9 % (10 856 dossiers) ;
- sénologie : 18,72 % (7 033 dossiers) ;
- pneumologie : 7,31 % (2 744 des dossiers) ;
- gynécologie basse : 6,41 % (2 406 dossiers) ;
- sphères ORL, stomatologie ou maxillo facial : 5,47 % (2 054 dossiers) ;
- hématologie : 3,46 % (1 301 dossiers) ;
- endocrinologie : 2,12 % (795 dossiers) ;
- dermatologie : 0,98 % (369 dossiers) ;
- système nerveux central : 0,95 % (357 dossiers) ;
- os et parties molles : 0,59 % (220 dossiers) ;
- ophtalmologie : 0,05 % (18 dossiers) ;

Présentation des résultats

Les résultats nationaux sont des moyennes pondérées sur l'activité de l'ES.

Une comparaison inter-ES avec classement des ES par rapport à une référence (objectif de performance national à 80 %) est réalisée pour l'indicateur diffusé publiquement.

Pour chaque indicateur, sont présentés la description de l'indicateur (numérateur, dénominateur), l'analyse nationale des résultats et les principaux constats. Dans la partie analyse nationale, un tableau présente :

- à titre informatif, pour l'ensemble des dossiers analysés :
 - ▶ le nombre d'établissements ayant participé au recueil,
 - ▶ le nombre de dossiers inclus,
 - ▶ la moyenne brute,
- pour les ES avec plus de 10 dossiers, base de calcul des indicateurs nationaux :
 - ▶ le nombre d'établissements,
 - ▶ le nombre de dossiers inclus,
 - ▶ la moyenne nationale pondérée calculée au niveau ES,
 - ▶ le résultat minimum,
 - ▶ le résultat maximum,
 - ▶ le premier quartile (où se situent 25 % des ES),
 - ▶ la médiane (où se situent 50 % des ES),
 - ▶ le troisième quartile (où se situent 75 % des ES).

Pour les indicateurs du thème « Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie », le calcul de la moyenne pondérée est réalisé pour les ES avec plus de 10 dossiers de patients inclus. La méthode détaillée des calculs et de l'analyse est présentée en [annexe I](#).

En 2014, la méthode de calcul des intervalles de confiance a évolué pour les indicateurs présentés sous forme de taux, ce qui empêche le calcul de l'évolution des résultats des indicateurs entre les deux dernières campagnes nationales.

La distribution des résultats des indicateurs par région et par catégorie d'ES sont rapportés en [annexe II](#). Une réflexion est en cours concernant les méthodes pour assurer la comparabilité inter-régionale des résultats.

Analyse descriptive de la participation des établissements

Pour cette campagne, 774 établissements devaient réaliser le recueil, parmi eux, 5 n'ont pas participé et sont considérés comme des établissements « non répondants », le taux de participation des établissements

ayant une obligation de recueil de ces indicateurs est de 99 %. Trois établissements non soumis à l'obligation de recueil ont effectué un tirage au sort.

Parmi les 772 établissements souhaitant participer, 5 n'ont pu analyser aucun dossier (dossiers exclus à une étape de l'analyse) donc 767 établissements ont des dossiers inclus dans le recueil.

Pour chaque indicateur du thème Réunion de concertation pluridisciplinaire, 30 établissements n'ont pas obtenu un nombre de dossiers inclus suffisant¹ pour que leurs données soient prises en compte dans l'analyse comparative.

Au total 767 établissements ont pu inclure au moins un dossier dans le recueil et 737 en ont inclus 10 et plus et sont donc pris en compte dans les analyses comparatives.

Informatisation des dossiers patient analysés

Lorsqu'elle est retrouvée, la RCP est tracée sous forme de fiche dans près de 99 % des cas (31 811 dossiers). Cette fiche est informatisée pour 28 136 dossiers, soit plus de 88 % des fiches RCP analysées.

Organisation de la RCP

La RCP a été organisée par l'établissement réalisant l'analyse pour près de 55 % des dossiers (17 639), par une autre structure avec la participation de l'établissement dans plus de 40 % des dossiers (12 928), par une autre structure sans participation de l'établissement dans 4,5 % des dossiers (1 447) ; cette information n'a pas été retrouvée dans 166 dossiers.

1. Moins de 10 dossiers pour les 2 indicateurs présentés sous forme de taux.

Indicateur « Réunion de concertation pluridisciplinaire – Exhaustivité des RCP »

Description et mode d'évaluation

La mise en œuvre pour tout patient atteint de cancer d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) a été l'un des objectifs du plan cancer de 2003, elle est aujourd'hui inscrite dans le code de santé publique.

Depuis 2007, la mise en œuvre d'une RCP est une des conditions techniques de fonctionnement des établissements pour disposer d'une autorisation de traitement des cancers.

La RCP doit être tracée dans une fiche intégrée au dossier du patient et la proposition thérapeutique doit être présentée au patient.

L'indicateur « Réunion de concertation pluridisciplinaire – Exhaustivité des RCP », présenté sous la forme d'un taux, évalue la proportion de patients hospitalisés pour traitement d'un cancer pour lesquels la RCP est datée et comporte la proposition de prise en charge.

Fiche descriptive de l'indicateur	
Réunion de concertation pluridisciplinaire – Exhaustivité des RCP (RCP 1)	
Libellé	Pour les patients hospitalisés pour la prise en charge initiale d'un cancer. Taux de patients pour lesquels la trace d'une réunion de concertation pluridisciplinaire comportant la date et la proposition de prise en charge sont retrouvés.
Numérateur	Nombre de séjours pour lesquels sont retrouvés, lors de la prise en charge initiale d'un primo diagnostic de cancer, la trace d'une réunion de concertation pluridisciplinaire comportant la date et la proposition de prise en charge.
Dénominateur	Nombre de séjours de prise en charge initiale d'un primo diagnostic de cancer.
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
Diffusion publique	Non.
Références (1), (2)	CSP Art D6124-131 : « <i>Le projet thérapeutique envisagé pour chaque patient atteint de cancer pris en charge ainsi que les changements significatifs d'orientation thérapeutique sont enregistrés en réunion de concertation pluridisciplinaire. Tous les membres de l'équipe médicale intervenant auprès des patients atteints de cancer pris en charge par le titulaire de l'autorisation participent régulièrement aux réunions de concertation pluridisciplinaire. ...</i> <i>... Une fiche retraçant l'avis et la proposition thérapeutique résultant de la réunion de concertation pluridisciplinaire est insérée dans le dossier médical du malade. Cette proposition thérapeutique est présentée au patient dans les conditions prévues au 2° de l'article R. 6123-88.</i> » CSP Art. R6123-88 : « <i>L'autorisation ne peut être accordée que si le demandeur :</i> <i>...</i> <i>2° Dispose d'une organisation, mise en place le cas échéant conjointement avec d'autres titulaires d'une autorisation de traitement du cancer, qui assure à chaque patient :</i> <i>a) L'annonce du diagnostic et d'une proposition thérapeutique fondée sur une concertation pluridisciplinaire selon des modalités conformes aux référentiels de prise en charge définis par l'Institut national du cancer en application du 2° de l'article L. 1415-2 et traduite dans un programme personnalisé de soins remis au patient ; ... »</i>

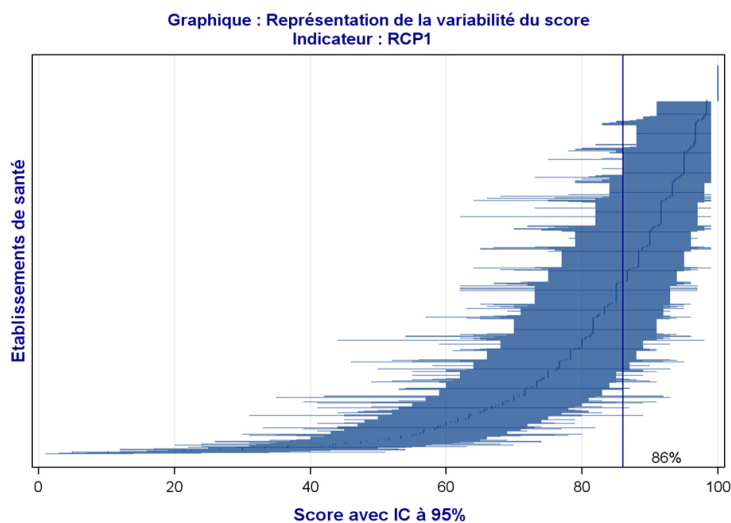
Analyse nationale

Tableau 2. Indicateur « Réunion de concertation pluridisciplinaire - Exhaustivité des RCP » – Statistiques descriptives et variabilité nationale en 2014

Campagne 2014		
Ensemble des dossiers évalués	Nbre d'ES	767
	Nbre de dossiers	37 562
	Moyenne	85 %
ES avec plus de 10 dossiers	Nbre d'ES	737
	Nb de dossiers	37 423
	Moyenne pondérée*	86 %
	Min ES	5 %
	Max ES	100 %
	1 ^{er} quartile	82 %
	Médiane**	90 %
3 ^e quartile	95 %	

* Seuls les établissements avec plus de 10 dossiers inclus sont pris en compte pour calculer la moyenne pondérée.

** La médiane représente le seuil au-delà duquel la moitié des établissements se situent.



Chaque barre horizontale représente, pour chaque établissement, la valeur de l'indicateur et son intervalle de confiance à 95 %. La barre verticale est la moyenne nationale pondérée.

Au vu du graphique, la variabilité inter-établissement existe et s'étend de 5 % à 100 %. Le résultat de trois quarts des établissements est supérieur à 82 %.

Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « Réunion de concertation pluridisciplinaire - Exhaustivité des RCP »

- Pour les patients hospitalisés pour la prise en charge initiale d'un primo diagnostic de cancer, le taux moyen national pondéré de traçabilité de la RCP datée et comportant la proposition de prise en charge est de 86 % en 2014.
- La médiane des taux moyens par établissement est de 90 %, c'est-à-dire que, pour un établissement sur deux, une RCP datée et comportant la proposition de prise en charge est tracée dans 90 % des dossiers.
- La variabilité des résultats reste significative car 10 % des établissements ont une moyenne inférieure à 70 % et 10 % des établissements ont une moyenne supérieure ou égale à 98 %.

Résultats complémentaires

Le **premier acte thérapeutique** a été réalisé dans l'établissement qui analyse le dossier dans plus de 96 % des cas (36 154 dossiers).

La trace de la **RCP n'est pas retrouvée** dans 4 627 dossiers analysés soit 12 %, elle est retrouvée mais ne comporte pas de date dans 258 dossiers (0,8 %), elle est retrouvée mais ne comporte pas la proposition de prise en charge dans 252 dossiers (0,78 %).

La RCP retrouvée concerne la **prise en charge initiale** du patient pour son cancer dans près de 98 % des dossiers (32 180).

La RCP s'est déroulée **avant la réalisation du premier acte thérapeutique** dans près de 56 % des dossiers (17 945).

Tableau 3. Exhaustivité des RCP par spécialité, évolution entre les recueils 2012 et 2014

Spécialités	Campagne 2012		Campagne 2014	
	Nombre de dossiers analysés	Pourcentage de dossiers de la spécialité avec RCP datée et proposition de prise en charge	Nombre dossiers analysés	Pourcentage de dossiers de la spécialité avec RCP datée et proposition de prise en charge
Urologie néphrologie	11 630	70 %	10 856	77 %
Appareil digestif	9 482	84 %	9 409	87 %
Sénologie	7 420	90 %	7 033	93 %
Pneumologie	2 724	85 %	2 744	87 %
Gynécologie basse	2 418	84 %	2 406	88 %
ORL, stomatologie, maxillo facial	2 004	78 %	2 054	82 %
Hématologie	1 245	80 %	1 301	84 %
Endocrinologie	778	68 %	795	77 %
Système nerveux central	355	67 %	357	85 %
Dermatologie	360	59 %	369	69 %
Os et parties molles	225	67 %	220	78 %
Ophtalmologie	38		18	

Le taux de dossiers comportant une RCP datée avec proposition de prise en charge a augmenté entre les 2 recueils dans toutes les spécialités.

Remarque : la population d'ES inclus dans l'analyse entre les deux campagnes est différente. Pour la campagne 2012, seuls les ES ayant inclus plus de 30 dossiers étaient concernés, alors que pour la campagne 2014, les ES ayant inclus au moins 10 dossiers sont concernés. Les résultats associés à ces établissements à « faible activité » ne sont pas différents des résultats des autres établissements pour les indicateurs RCP, ce qui nous permet d'afficher des données d'évolution dans ce rapport.

Organisation de la RCP

La RCP est organisée par l'établissement dans 55 % des dossiers, par une autre structure avec participation de l'établissement dans 40 % des dossiers et par une autre structure sans participation de l'établissement dans 4 % des dossiers, 1 % des dossiers ne comporte pas cette information.

Résultats selon les types d'établissements

Dans les centres de lutte contre le cancer, 93 % des dossiers analysés présentent une RCP datée et comportant la proposition thérapeutique, ce taux est de 89 % dans les dossiers issus de CHU, 85 % dans ceux issus de CH, 83 % dans ceux issus d'établissements privés ou d'ESPIC.

Résultats selon le volume d'activité de l'établissement

Le taux de RCP datée et comportant la proposition thérapeutique est supérieur dans les établissements prenant le plus de patients en charge pour cancer, il est de 88 % lorsque l'établissement a plus de 500 dossiers éligibles, il est de 85 % lorsque l'établissement a entre 100 et 500 dossiers éligibles, il est de 83 % lorsque l'établissement a entre 50 et 100 dossiers éligibles et de 81 % lorsque l'établissement a moins de 50 dossiers éligibles.

Indicateur « Réunion de concertation pluridisciplinaire – Pluridisciplinarité de la concertation »

Description et mode d'évaluation

En 2005, la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation de Soins a défini les modalités d'organisation de la RCP qui prévoyait la participation au minimum de 3 praticiens de spécialités différentes dont un oncologue, un chirurgien et un radiologue. Actuellement, l'organisation de la RCP est définie par le code de santé publique qui prévoit que tous les membres de l'équipe médicale intervenant auprès des patients atteints de cancer participent aux réunions de concertation pluridisciplinaire.

L'indicateur « Réunion de concertation pluridisciplinaire – Pluridisciplinarité de la concertation » présenté sous la forme d'un taux évalue la proportion de patients hospitalisés pour traitement d'un cancer pour lesquels la RCP datée, comportant la proposition de prise en charge trace les noms et spécialités des médecins ayant participé à la réunion et représentant au moins 3 spécialités différentes.

Fiche descriptive de l'indicateur	
Réunion de concertation pluridisciplinaire – Pluridisciplinarité de la concertation (RCP 2)	
Libellé	Pour les patients hospitalisés pour la prise en charge initiale d'un cancer. Taux de patients pour lesquels la réunion de concertation pluridisciplinaire est exhaustive et organisée selon les modalités recommandées.
Numérateur	Nombre de séjours pour lesquels sont retrouvés, lors de la prise en charge initiale d'un primo diagnostic de cancer, la trace d'une réunion de concertation pluridisciplinaire comportant la date et la proposition de prise en charge et réalisée avec au moins 3 professionnels de spécialités différentes.
Dénominateur	Nombre de séjours de prise en charge initiale d'un primo diagnostic de cancer.
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
Diffusion publique	Oui.
Références (1), (2), (3)	CSP Art D6124-131 : « <i>Le projet thérapeutique envisagé pour chaque patient atteint de cancer pris en charge ainsi que les changements significatifs d'orientation thérapeutique sont enregistrés en réunion de concertation pluridisciplinaire. Tous les membres de l'équipe médicale intervenant auprès des patients atteints de cancer pris en charge par le titulaire de l'autorisation participent régulièrement aux réunions de concertation pluridisciplinaire. ...</i> »

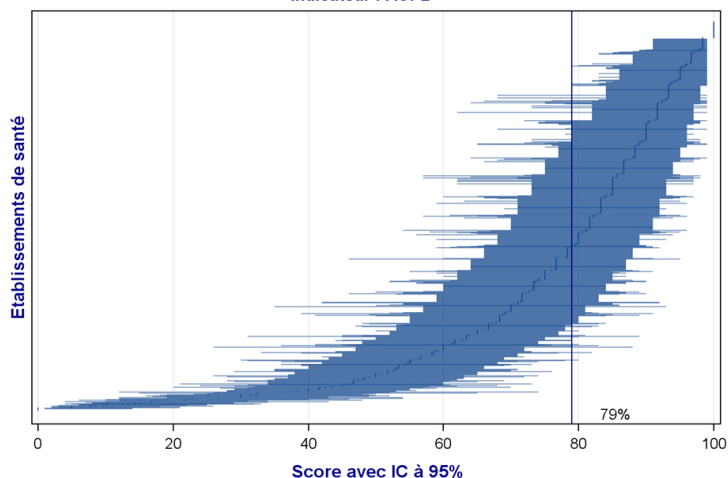
Analyse nationale

Tableau 4. Indicateur « Réunion de concertation pluridisciplinaire - Exhaustivité des RCP » – Statistiques descriptives et variabilité nationale en 2014

Campagne 2014		
Ensemble des dossiers évalués	Nbre d'ES	767
	Nbre de dossiers	37 562
	Moyenne	78 %
ES avec plus de 10 dossiers	Nbre d'ES	737
	Nb de dossiers	37 423
	Moyenne pondérée*	79 %
	Min ES	0 %
	Max ES	100 %
	1 ^{er} quartile	72 %
	Médiane	83 %
3 ^e quartile	90 %	

* Seuls les établissements avec plus de 10 dossiers inclus sont pris en compte pour calculer la moyenne pondérée.

Graphique : Représentation de la variabilité du score Indicateur : RCP2



Chaque barre horizontale représente, pour chaque établissement, la valeur de l'indicateur et son intervalle de confiance à 95 %. La barre verticale est la moyenne nationale pondérée.

Tableau 5. Indicateur « Réunion de concertation pluridisciplinaire - Pluridisciplinarité de la concertation » – Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 %

	Classe A (+)		Classe B (=)		Classe C (-)		Total	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Données 2013	169	22,9	414	56,2	154	20,9	737	100

Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « Réunion de concertation pluridisciplinaire - Pluridisciplinarité de la concertation »

- Pour les patients hospitalisés pour la prise en charge initiale d'un primo diagnostic de cancer, le taux moyen national pondéré de traçabilité de la RCP datée, comportant la proposition de prise en charge et réalisée avec au moins 3 professionnels de spécialités différentes est de 79 % en 2014.
- La médiane des taux moyens par établissement est de 83 %, c'est-à-dire que, pour un établissement sur deux, une RCP datée et comportant la proposition de prise en charge est tracée dans 83 % des dossiers.
- La variabilité des résultats reste significative car 10 % des établissements ont une moyenne inférieure à 57 % et 10 % des établissements ont une moyenne supérieure ou égale à 94 %.
- Plus de 79 % des établissements (583) ayant participé au recueil ont atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 % de dossiers conformes.

Résultats complémentaires

583 établissements, près de 80 % des établissements ayant participé au recueil, ont atteint ou dépassé la moyenne nationale de 79 % de dossiers répondant aux critères qualité de la RCP soit datée, comportant la proposition de prise en charge et réalisée avec au moins 3 praticiens représentant au moins 3 spécialités différentes.

► Traçabilité du nom d'au moins 3 participants

Parmi les 31 745 dossiers comportant une RCP datée avec proposition de prise en charge 30 688, près de 97 % comportent le nom d'au moins 3 participants. Quel que soit le type d'établissement, CHU, CH, CLCC, ESPIC ou établissement privé le taux est sensiblement le même de 96 à 97 %. Il en est de même que les établissements aient analysé moins de 10 dossiers, entre 10 et 30 ou plus de 30 dossiers, le taux varie de 95 à 97 %.

Résultats selon le volume d'activité

Le taux de RCP datée avec proposition de prise en charge et comportant le nom d'au moins 3 participants varie de 94 à 98 % en fonction du nombre de dossiers éligibles.

Tableau 6. Résultats selon le volume d'activité

Nombre de dossiers éligibles	RCP datée avec proposition thérapeutique et a comportant le nom d'au moins 3 participants
0 – 50	94 %
50 – 100	97 %
100 – 200	98 %
200 – 500	97 %
500 – 1000	95 %
> 1000	97 %

Résultats selon le lieu d'organisation de la RCP

Lorsque la RCP est organisée par l'établissement, les noms d'au moins 3 participants sont retrouvés dans le dossier dans près de 98 % des cas ; lorsqu'elle est organisée par un autre établissement avec participation de l'établissement, le taux est de plus 96 %, sans participation de l'établissement le taux est de près de 93 %.

Résultats selon l'informatisation de la fiche

Lorsque la fiche RCP est informatisée, le taux est de plus de 97 % versus plus de 93 % lorsqu'elle ne l'est pas, en l'absence de fiche (197 dossiers), le taux n'est que de 44 %.

► Traçabilité d'au moins 3 spécialités

Parmi les 31 745 RCP datée avec proposition de prise en charge, 92 % tracent la participation d'au moins 3 spécialités différentes à la réunion.

Résultats selon la spécialité

RCP datée avec proposition de prise en charge et participation d'au moins 3 praticiens de spécialité différentes.

Tableau 7. Résultats selon la spécialité

Spécialités	Campagne 2012		Campagne 2014	
	Nombre de dossiers analysés	Pourcentage RCP datées avec proposition de prise en charge et 3 praticiens de spécialités différentes	Nombre dossiers analysés	Pourcentage RCP datées avec proposition de prise en charge et 3 praticiens de spécialités différentes
Urologie néphrologie	11 630	58 %	10 856	70 %
Appareil digestif	9 482	77 %	9 409	82 %
Sénologie	7 420	83 %	7 033	88 %
Pneumologie	2 724	73 %	2 744	80 %
Gynécologie basse	2 418	75 %	2 406	82 %
ORL, stomatologie, maxillo facial	2 004	63 %	2 054	73 %
Hématologie	1 245	55 %	1 301	62 %
Endocrinologie	778	56 %	795	70 %
Système nerveux central	355	59 %	357	77 %
Dermatologie	360	47 %	369	56 %
Os et parties molles	225	55 %	220	73 %
Ophtalmologie	38		18	

Entre les 2 recueils le taux de conformité de l'indicateur a augmenté pour toutes les spécialités.

Résultats selon le type de centre

Parmi les RCP datées avec proposition de prise en charge, la participation de 3 spécialités différentes est tracée dans plus de 95 % des RCP en ESPIC, le taux est de 93 % dans les établissements privés, 92 % dans les CH, 90 % dans les CLCC et 87 % dans les CHU.

Résultats selon le nombre de dossiers analysés par l'établissement

Que les établissements aient analysé moins de 10 dossiers, entre 10 et 30 ou plus de 30 dossiers le taux de traçabilité de la participation d'au moins 3 spécialités différentes est de près de 92 %.

Tableau 8. Résultats selon le volume d'activité de l'établissement

Nombre de dossiers éligibles	RCP datée avec proposition thérapeutique et avec participation de 3 spécialités différentes
0 – 50	89 %
50 – 100	93 %
100 – 200	93 %
200 – 500	93 %
500 – 1000	86 %
> 1000	92 %

Résultats selon le lieu d'organisation de la RCP

Lorsque la RCP est organisée par l'établissement, au moins 3 spécialités différentes ayant participé à la réunion sont tracés dans 93 % des dossiers, lorsqu'elle est organisée par un autre établissement avec participation de l'établissement le taux est de 92 %, sans participation de l'établissement le taux est de près de 86 %.

Tableau 9. Organisation de la RCP en fonction du nombre de dossiers analysés par l'établissement

Nombre de dossiers inclus	RCP organisée par établissement	RCP organisée par autre structure avec participation établissement	RCP organisée par autre structure sans participation établissement
0 – 10	33 %	54 %	13 %
10 – 30	32 %	59 %	9 %
> 30	56 %	39 %	4 %

Résultats selon l'informatisation de la fiche

88 % des fiches RCP sont informatisées ; lorsque la fiche est informatisée, le taux de traçabilité d'au moins 3 spécialités est de 93 %, lorsqu'elle n'est pas informatisée il est de 88 % et sur les 197 RCP non tracées dans une fiche le taux est de 31%.

Tableau 10. Organisation de la RCP en fonction du volume d'activité

Nombre de dossiers éligibles	RCP organisée par établissement	RCP organisée par autre structure avec participation établissement	RCP organisée par autre structure sans participation établissement
0 – 50	35 %	56 %	9 %
50 – 100	47 %	47 %	6 %
100 – 200	57 %	39 %	4 %
200 – 500	60 %	37 %	3 %
500 – 1000	77 %	21 %	2 %
> 1000	94 %	3 %	3 %

Bilan et perspectives

La HAS a piloté au 1^{er} semestre 2014, la troisième campagne nationale de recueil des indicateurs sur le thème « Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie ». Ce recueil a permis aux établissements participants d'analyser leurs résultats individuels et comparatifs, et de mesurer l'impact des actions d'amélioration mises en place suite aux précédents recueils.

Les résultats de cette troisième campagne présentés dans ce rapport sont issus d'une analyse de dossiers patient en hospitalisation complète entre juin et novembre 2014. Les résultats des indicateurs soumis à diffusion publique sont présentés sur le site SCOPE SANTE.

Le taux d'établissements répondants est important, 99 % des établissements soumis au recueil ont participé à la campagne 2014, seuls 5 établissements ayant cette obligation n'ont pas réalisé le recueil.

► Réunion de concertation pluridisciplinaire – Exhaustivité des RCP

Une RCP datée et comportant la proposition de prise en charge est présente dans plus de 8 dossiers sur 10.

Entre les 2 campagnes 2012 et 2014 la moyenne nationale brute de l'indicateur a augmenté de 5 points passant de 80 % à 85 %. Dans toutes les spécialités d'organes les résultats de l'indicateur ont augmenté entre les 2 campagnes. La sénologie présente le taux le plus élevé avec 93 % des dossiers de la spécialité ; entre les 2 années de recueil, l'augmentation est de 3 points. En urologie néphrologie, ce taux en 2014, n'est encore que de 77 %, il a progressé de 7 points depuis 2012. Les autres spécialités avec chacune plus de 1 000 dossiers analysés (appareil digestif, pneumologie, gynécologie basse, ORL / stomatologie / maxillo facial, hématologie) présentent des taux supérieurs à 80 %. Parmi les autres spécialités, la neurologie (système nerveux central) présente un taux de conformité à cet indicateur de 85 %, l'augmentation depuis 2011 est de 18 points pour cette spécialité.

Les résultats de cet indicateur sont meilleurs dans les établissements ayant un gros volume d'activité de cancé-

rologie (plus de 500 dossiers éligibles sur 6 mois), le taux est de 88 %, il décroît en même temps que le volume d'activité pour être de 81 % lorsque l'établissement a moins de 50 dossiers éligibles. Entre les 2 campagnes, le taux de traçabilité de la RCP a augmenté dans toutes ces catégories d'établissements.

Tous les types d'établissements augmentent leur taux de conformité à l'indicateur « RCP exhaustive » entre les 2 campagnes. Les centres de lutte contre le cancer malgré un taux élevé en 2011 (92 %) augmentent ce taux d'un point et ont un résultat plus élevé que les autres catégories d'établissement.

Lorsque le diagnostic de cancer est posé, la RCP doit théoriquement se dérouler avant le premier acte thérapeutique afin de définir la meilleure stratégie à proposer au patient. Dans les dossiers analysés dans cette campagne c'est le cas dans 56 % des dossiers (17 945). Ce résultat doit être analysé avec prudence car il y a eu une variabilité d'interprétation par les ES, certains ayant considéré que la RCP s'était déroulée après le 1^{er} acte thérapeutique alors celui-ci avait permis de poser le diagnostic. Pour le prochain recueil nous porterons une attention particulière sur ce point afin d'avoir un traitement homogène de cette question dans tous les établissements.

► Réunion de concertation pluridisciplinaire – Pluridisciplinarité des RCP

Une RCP datée avec proposition de prise en charge et au moins 3 spécialités représentées est présente dans près de 8 dossiers sur 10 (moyenne pondérée à 79 %).

La moyenne nationale brute de cet indicateur a augmenté de 8 points entre les 2 campagnes passant de 70 à 78 % de dossiers conformes.

Entre les 2 campagnes (2012 et 2014), le résultat de l'indicateur « RCP - Pluridisciplinarité » augmente pour toutes les spécialités et 4 d'entre elles atteignent ou dépassent un taux de 80 %. Parmi les spécialités comportant le plus de dossiers analysés (plus de 2000), la sénologie présente le taux le plus élevé avec 88 % de

conformité à l'indicateur, l'appareil digestif et la gynécologie basse ont un taux de 82 % et la pneumologie de 80 %. L'uro néphrologie présente une augmentation importante entre les 2 recueils (12 points), cependant le taux n'atteint que 70 % en 2014, il en est de même pour l'ORL / stomatologie / maxillo facial ou le taux passe de 63 à 73 % entre les 2 recueils. Cette variabilité liée à la spécialité d'organe concernée devrait être approfondie et permettre aux équipes de cibler des actions d'amélioration.

En hématologie la pluridisciplinarité semble difficile à organiser, même si le résultat de cet indicateur a augmenté entre les 2 campagnes passant de 55 % à 62 %. L'esprit de la loi étant que soient représentés les différentes spécialités pouvant proposer un traitement, on pourrait envisager d'apprécier cet item au regard de la spécialité.

► Informatisation des fiches RCP

Le taux d'informatisation des fiches RCP est passé de 87 à 88 % entre les 2 campagnes. L'informatisation permet une meilleure traçabilité : le taux de conformité à l'indicateur est de 93 % lorsque la fiche RCP est informatisée *versus* 86 % lorsqu'elle n'est pas informatisée.

► Apport des fiches RCP

Pour autant, c'est la présence d'une fiche RCP qui semble avoir le plus d'impact sur le résultat de l'indicateur (93 % quand elle existe, *versus* 17 % lorsqu'il n'y a pas de fiche RCP). Lors de la campagne 2014, seuls 197 dossiers analysés ne comportaient pas de fiche RCP, dans 161 ES (21 %), alors qu'en 2011, 278 dossiers dans 210 ES (27 %) ne comportaient pas de fiche RCP. Cela représente un progrès essentiel pour la qualité des soins.

La traçabilité de l'information est un élément essentiel de la continuité des soins et donc a un impact sur la qualité de la prise en charge. Les établissements dans le cadre de leur démarche d'amélioration de la qualité devraient tous disposer d'une fiche type.

► Résultats par types d'établissements et volume d'activité

Dans les CLCC, une RCP est retrouvée dans près de 93 % des dossiers analysés, et dans 90 % d'entre elles, au moins 3 spécialités différentes ont été représentées. Ces centres spécialisés dans la prise en charge des cancers, ont quasiment mis en routine la RCP pluridisciplinaire.

Entre les 2 campagnes 2012 et 2014, le taux de traçabilité de la RCP s'est amélioré quels que soient le volume d'activité, le type d'établissement ou la spécialité ; cependant, des marges d'amélioration existent encore. L'amélioration doit porter sur l'organisation des RCP car lorsqu'une RCP est présente dans le dossier, dans 92 % des cas, la participation d'au moins 3 spécialités à la réunion est tracée, ce qui est confirmé par les résultats en fonction des spécialités.

La campagne 2014 permet de constater que 129 établissements disposant d'une autorisation de cancérologie n'ont pu analyser 30 dossiers et 5 établissements n'en ont analysé aucun. Il est nécessaire de comprendre pourquoi ces établissements n'ont pas pu répondre à cet objectif. Pour certains d'entre eux ce sont des établissements qui n'ont disposé de l'autorisation de cancérologie qu'une partie de l'année, regroupé avec d'autres établissements la cancérologie est exercé dans un seul de ces établissements. Ils étaient donc soumis au recueil mais étaient en fin d'activité et donc avaient un nombre de dossiers très faible.

Table des illustrations

Graphique 1. Les indicateurs du thème « Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie » – Campagne RCP 2014 - données 2013.....	4
Graphique 2. Répartition de l'âge des patients	25
Graphique 3. Sexe du patient	25
Graphique 4. Informatisation de la fiche RCP.....	25
Tableau 1. Répartition des dossiers en fonction du volume d'activité des établissements.....	7
Tableau 2. Indicateur « Réunion de concertation pluridisciplinaire - Exhaustivité des RCP » – Statistiques descriptives et variabilité nationale en 2014.....	11
Tableau 3. Exhaustivité des RCP par spécialité, évolution entre les recueils 2012 et 2014	12
Tableau 4. Indicateur « Réunion de concertation pluridisciplinaire - Exhaustivité des RCP » – Statistiques descriptives et variabilité nationale en 2014.....	14
Tableau 5. Indicateur « Réunion de concertation pluridisciplinaire - Pluridisciplinarité de la concertation » – Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 %	14
Tableau 6. Résultats selon le volume d'activité.....	15
Tableau 7. Résultats selon la spécialité	16
Tableau 8. Résultats selon le volume d'activité de l'établissement.....	17
Tableau 9. Organisation de la RCP en fonction du nombre de dossiers analysés par l'établissement	17
Tableau 10. Organisation de la RCP en fonction du volume d'activité.....	17
Tableau 11. Organes ou domaines concernés par le cancer étudié	26
Tableau 12. Effectifs.....	26
Tableau 13. Distribution par rapport à la moyenne nationale pour les indicateurs « Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie ».....	26
Tableau 14. Informations régionales	27
Tableau 15. Indicateur « Réunion de concertation pluridisciplinaire - Exhaustivité des RCP » – Moyennes régionales.....	28
Tableau 16. Indicateur « Réunion de concertation pluridisciplinaire – Pluridisciplinarité » – Moyennes régionales.....	29
Tableau 17. Informations par catégorie d'ES.....	30
Tableau 18. Indicateur « Réunion de concertation pluridisciplinaire - Exhaustivité des RCP » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement.....	30
Tableau 19. Indicateur « Réunion de concertation pluridisciplinaire – Pluridisciplinarité » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement	30
Tableau 20. Évolution des taux de conformité entre les 2 recueils en fonction de la spécialité d'organe	31
Tableau 21. Évolution des taux de conformité entre les 2 recueils en fonction du type d'établissement.....	31
Tableau 22. Répartition des dossiers spécialité par type d'établissement	32

Annexe I. Méthodes de recueil et d'analyse

Le « Guide méthodologique de production des résultats comparatifs des indicateurs de qualité et de sécurité des soins sur la plateforme QUALHAS - Campagne nationale IPAQSS 2013 », disponible sur le site de la HAS, précise les méthodes statistiques utilisées pour la production des résultats comparatifs.

► Recueil et restitution des données

Chaque année, la HAS organise une campagne nationale de recueil d'indicateurs. Pour chaque campagne, plusieurs thématiques sont concernées, et peuvent être transversales ou de spécialité, en alternance une année sur deux. Chaque thème est lui-même composé d'un ou de plusieurs indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS).

Outils

Le recueil des données se fait *via* l'utilisation d'outils informatiques développés par l'ATIH (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation). Ils permettent à la fois le recueil et la restitution en temps réel de résultats pour chaque indicateur recueilli par l'établissement de santé (ES) et se composent de :

- LOTAS : logiciel de tirage au sort des séjours analysés qui servent au calcul des indicateurs - les spécifications du logiciel sont construits à partir des données du PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) ;
- QUALHAS : plate-forme Internet sécurisée 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 dès la fin de la saisie, et des résultats comparatifs.

Plusieurs niveaux de validation sont prévus par le système et permettent un contrôle *a priori* des données saisies : identification des opérateurs de saisie au sein des ES, étape de « verrouillage » qui donne accès à la lecture des résultats individuels, et enfin étape de « validation » qui rend impossible toute modification ultérieure des données saisies.

Toutes les données agrégées, présentées dans ce document, sont issues de la plate-forme de recueil QUALHAS et ont été saisies par les établissements.

Modalités de recueil

Le dossier patient est utilisé comme source de données car il contient l'ensemble des informations médicales, soignantes, sociales et administratives qui permettent d'assurer la prise en charge coordonnée d'un patient et la continuité des soins. C'est à partir du dossier que l'on assure la traçabilité de la démarche de prise en charge. Le contenu du dossier patient est défini par le décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L. 1111-7 et L. 1112-1 du code de la santé publique. Ce dossier contient des informations de différents types : compte-rendu d'hospitalisation, observations médicales, feuilles de soins, prescriptions, résultats des examens, etc.

La sélection des séjours (dossiers) à évaluer est réalisée par tirage au sort à partir des bases nationales de séjours hospitaliers issus du PMSI pour les différents champs d'activité : médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), soins de suite et réadaptation (SSR), santé mentale (PSY) et hospitalisation à domicile (HAD), sur une période donnée et avec des critères de sélection spécifiques pour chaque recueil d'IQSS. Le recueil des IQSS, réalisé par l'ES, consiste en un audit rétrospectif portant sur un échantillon aléatoire de séjours (dossiers) :

- soit sur l'année N-1 de la campagne de recueil pour les indicateurs de spécialités ;
- soit sur une période de l'année N-1 de la campagne de recueil pour les indicateurs transversaux.

Selon les thèmes, 60 ou 80 séjours maximum doivent être analysés par ES.

Le nombre de dossiers évalués est identique quelles que soient la taille et la catégorie des ES participant au recueil national. Ce nombre de dossiers relativement faible est un compromis entre une charge de travail acceptable, tous types de structure confondus, et une précision statistique suffisante de l'indicateur estimé à partir de l'échantillon. Un intervalle de confiance à 95 % calculé sur l'échantillon est présenté avec le résultat de chaque indicateur, et ne tient pas compte de l'activité de l'ES. Pour plus de précision sur le calcul de l'intervalle de confiance, cf. Guide méthodologique.

► Mode de présentation des IQSS par ES

Les résultats des indicateurs de qualité par ES se présentent :

- soit sous la forme d'un score de qualité, constitué de plusieurs critères, compris entre 0 et 100, qui correspond à la moyenne des critères calculés pour chaque dossier de l'échantillon (x 100) [exemple : Tenue du dossier patient (TDP)] ;
- soit sous la forme de proportions ou pourcentages ou taux pour les variables binaires [exemple : Traçabilité de l'évaluation de la douleur (TRD)] ;
- soit sous la forme d'une médiane de durée pour les délais [exemple : Délai médian entre l'arrivée dans l'établissement et la réalisation d'une imagerie cérébrale en heures pour la prise en charge initiale des AVC (IMA)].

► Méthodes de comparaison

Estimation des références

Deux types de mesure de valeurs centrales sont produites comme référence :

- une moyenne pondérée par le nombre de séjours éligibles par ES (total des séjours comptabilisés dans le PMSI sur la période considérée). Chaque ES se voit ainsi attribuer un poids en fonction de son activité sur la période considérée : plus son activité est importante, plus son poids sera important et il participera donc d'autant plus au calcul de la moyenne.

Pour les indicateurs de type score, un seuil minimum de 31 dossiers à évaluer par ES a été retenu pour que les résultats de celui-ci soient pris en compte dans les résultats comparatifs.

Pour les indicateurs de type proportion, un seuil minimum de 10 dossiers à évaluer par ES a été retenu pour que les résultats de celui-ci soient intégrés dans les comparatifs ;

- une médiane corrigée pour les indicateurs de type délai. Les délais aberrants statistiquement (délais strictement supérieurs à une borne) sont supprimés du calcul de la référence pour l'ensemble des dossiers inclus dans l'analyse.

Pour les indicateurs de type délai, un seuil minimum de 10 dossiers à évaluer a été retenu pour que les résultats de l'ES soient intégrés dans la comparaison inter-ES.

Pour plus de précisions sur l'estimation des références, cf. Guide méthodologique.

Évolution de la méthode de calcul des intervalles de confiance

À partir des campagnes de recueil de 2013, deux modifications ont impactées les résultats des référentiels nationaux, régionaux et par catégories d'établissement.

La méthode de calcul des intervalles de confiance a évolué afin de prendre en compte d'une part, les établissements ayant entre 10 et 30 dossiers et, d'autre part le volume d'activité dans l'estimation des résultats nationaux.

Premièrement, un certain nombre d'établissements à faible activité peuvent désormais prendre part aux campagnes. En effet, le seuil minimum de dossiers à recueillir par établissement a été réduit à 10 au lieu de 30 pour tous les indicateurs estimant des taux². La population des établissements représentés dans les campagnes n'est donc plus tout à fait la même puisque une partie non négligeable³ des établissements à faible activité est intégrée.

C'est pour cette raison que les tableaux d'évolution de classes des établissements pour les indicateurs par taux ne sont pas présentés.

2. Cette modification a nécessité l'intégration de nouvelles contraintes dans le calcul de précision des indicateurs. Les intervalles de confiance sont maintenant calculés en utilisant la loi binomiale, vraie loi de distribution des indicateurs estimés par taux, et non plus une approximation par la loi normale qui n'est possible que sur les échantillons suffisamment grands.

3. Les établissements qui ne sont pas en capacité de tirer au sort plus de 10 dossiers restent exclus.

Deuxièmement, les référentiels sont dorénavant pondérés et tiennent compte des volumes d'activité des établissements participant au recueil des indicateurs. Ainsi, les référentiels reflètent au plus près l'ensemble des séjours réalisés sur le territoire ou dans la catégorie d'établissement.

En conséquence, ces modifications, à la fois sur la population des établissements étudiés et sur la méthode de calcul des référentiels, provoquent une rupture dans la continuité des résultats. Ainsi, les référentiels d'avant 2013 ne sont pas comparés aux référentiels d'après 2013.

Types de référence

La plate-forme QUALHAS permet à chaque ES de se comparer à quatre types de références.

- Trois références dans l'espace :
 - une « **référence nationale** » ;
 - une « **référence régionale** » : les ES ont accès au résultat moyen ou médian de leur région ;
 - une « **référence par catégorie d'ES** » : les ES ont accès au résultat moyen ou médian de leur catégorie.
- Un « **objectif national de performance** » a été défini dès 2009 par le Ministère chargé de la santé comme seuil à atteindre par les ES. Chaque année, une instruction DGOS relative aux modalités pratiques de mise à la disposition du public par les ES, des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins, redéfinit la liste des indicateurs et les objectifs nationaux de performance correspondants.

► Méthodes de présentation des résultats

Deux présentations sont proposées. Les ES sont comparés par rapport :

- à la moyenne pondérée (de tous les ES), via des pictogrammes de couleur vert, jaune et orange ;
- à l'objectif national de performance, via des classes « + », « = » et « - ».

Positionnement par rapport à la moyenne pondérée

Le positionnement d'un ES par rapport à la moyenne de référence est décliné en pictogramme de couleur vert, jaune et orange. Ces 3 couleurs représentent 3 classes ou niveaux de qualité décroissants.

Indicateurs de type score ou proportion

Les 3 premières classes sont définies en comparant l'intervalle de confiance (IC) à 95 % de la moyenne des scores ou des proportions de l'ES à la moyenne de référence retenue pour l'indicateur analysé.

Une quatrième classe non affichée est créée pour les ES « **Non répondants** ».



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



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



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

Indicateurs de type délai

La méthode de comparaison dans le cadre d'un indicateur de délai reste à définir.

Positionnement par rapport à l'objectif de performance

Indicateurs de type score ou proportion

Trois classes sont définies en comparant l'intervalle de confiance (IC) à 95 % de la moyenne des scores ou des proportions de l'ES à l'objectif national de performance.

Une quatrième classe non affichée est créée pour les ES « **Non répondants** ».

Classe « + »	ES dont la borne basse de l'IC à 95 % est supérieure à l'objectif national de performance, on dit que la position de l'ES est « significativement supérieure à l'objectif national de performance ».
Classe « = »	ES dont l'IC à 95 % coupe l'objectif national de performance, on dit que la position de l'ES est « non significativement différente à l'objectif national de performance ».
Classe « - »	ES dont la borne haute de l'IC à 95 % est inférieure à l'objectif national de performance, on dit que la position de l'ES « est significativement inférieure à l'objectif national de performance ».

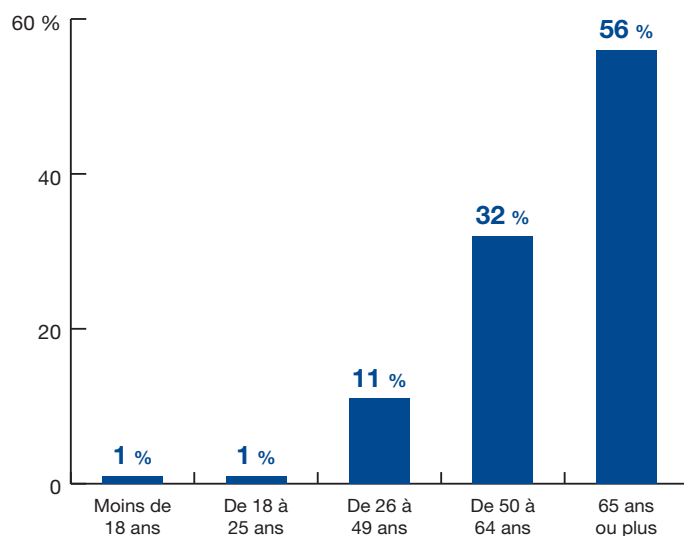
Indicateurs de type délai

Il n'existe pas d'objectif national de performance sur les indicateurs de délais.

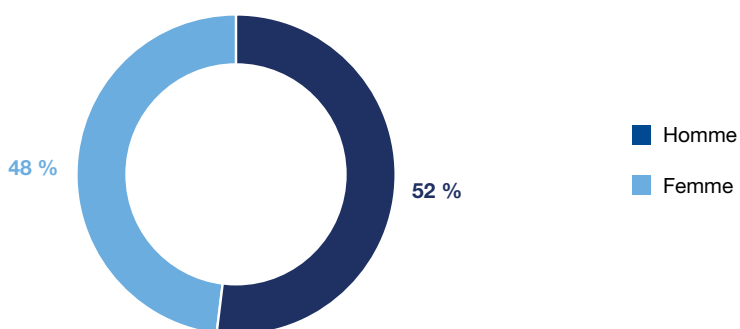
Annexe II. Résultats complémentaires

► Population de la base

Graphique 2. Répartition de l'âge des patients



Graphique 3. Sexe du patient



Graphique 4. Informatisation de la fiche RCP

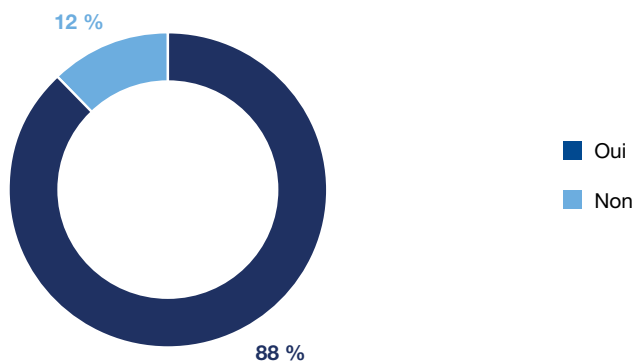


Tableau 11. Organes ou domaines concernés par le cancer étudié

	Fréquence	Pourcentage
Dermatologie	369	0,98 %
Digestif	9 409	25,05 %
Endocrinologie	795	2,12 %
Gynécologie basse	2 406	6,41 %
Hématologie	1 301	3,46
Ophtalmologie	18	0,05 %
ORL/Stomatologie/Maxillo facial	2 054	5,47 %
Os/Parties molles	220	0,59 %
Poumons	2 744	7,31 %
Sénologie	7 033	18,72 %
SNC	357	0,95 %
Urologie/Néphrologie	10 856	28,9 %

► **Description des effectifs des établissements de santé**




Tableau 12. Effectifs

		Nbre d'ES n'entrant pas dans la référence nationale		Référence nationale
Campagne	Nbre d'ES concernés par le recueil	Nbre d'ES « non répondant »	Nbre d'ES avec effectif < 10	Nbre d'ES avec effectif N ≥ 10
2013	777	5	35	737

► **Distribution des établissements par rapport à la moyenne nationale**

Le tableau 13 présente pour les 2 indicateurs du thème Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie, la distribution des ES par rapport à la moyenne nationale.

Tableau 13. Distribution par rapport à la moyenne nationale pour les indicateurs « Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie »

Indicateurs	Moyenne nationale pondérée				
Réunion de concertation pluridisciplinaire – Exhaustivité RCP	86 %	Nombre d'ES	143	457	137
		% d'ES	19,4	62	18,6
Réunion de concertation pluridisciplinaire – Pluridisciplinarité de la concertation	79 %	Nombre d'ES	170	418	149
		% d'ES	23,1	56,7	20,2

► Informations régionales

Tableau 14. Informations régionales

Régions	Nombre d'ES participants	Nombre d'ES « non répondant »
Alsace	18	0
Aquitaine	44	0
Auvergne	17	0
Basse Normandie	21	0
Bourgogne	23	0
Bretagne	35	0
Centre	24	0
Champagne Ardenne	14	0
Corse	7	0
Franche Comté	11	0
Guadeloupe	3	1
Guyane	1	0
Haute Normandie	18	0
Ile de France	133	1
Languedoc Roussillon	33	0
Limousin	13	0
Lorraine	28	1
Martinique	3	0
Midi Pyrénées	34	0
Nord Pas de Calais	49	0
Océan Indien	6	0
PACA	78	1
Pays de la Loire	38	1
Picardie	18	0
Poitou Charentes	24	0
Rhône Alpes	70	0
Service de santé des armées	9	0
Total	772	5

Les chiffres présentés dans les pages suivantes pour chacun des indicateurs sont bruts. Ils ne représentent pas un classement régional par rapport aux résultats des indicateurs. Une réflexion est en cours concernant une représentation cartographique des résultats inter-régionaux.

► Distribution des moyennes régionales par indicateur

Tableau 15. Indicateur « Réunion de concertation pluridisciplinaire - Exhaustivité des RCP » – Moyennes régionales (en %)

Régions	ES composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée = 86
	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par région
Alsace	18	76
Aquitaine	43	85
Auvergne	17	82
Basse Normandie	21	87
Bourgogne	21	79
Bretagne	35	87
Centre	24	81
Champagne Ardenne	13	88
Corse	7	80
Franche Comté	11	95
Guadeloupe	3	63
Guyane	1	66
Haute Normandie	17	84
Ile de France	119	89
Languedoc Roussillon	32	81
Limousin	13	88
Lorraine	26	85
Martinique	3	84
Midi Pyrénées	34	89
Nord Pas de Calais	47	90
Océan Indien	6	83
PACA	70	92
Pays de la Loire	37	84
Picardie	18	84
Poitou Charentes	23	88
Rhône Alpes	69	86
Service de santé des armées	9	86

Tableau 16. Indicateur « Réunion de concertation pluridisciplinaire – Pluridisciplinarité » – Moyennes régionales (en %)

Régions	ES composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée = 79
	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par région
Alsace	18	73
Aquitaine	43	78
Auvergne	17	73
Basse Normandie	21	71
Bourgogne	21	70
Bretagne	35	81
Centre	24	73
Champagne Ardenne	13	75
Corse	7	71
Franche Comté	11	81
Guadeloupe	3	57
Guyane	1	47
Haute Normandie	17	79
Ile de France	119	82
Languedoc Roussillon	32	76
Limousin	13	84
Lorraine	26	79
Martinique	3	60
Midi Pyrénées	34	83
Nord Pas de Calais	47	83
Océan Indien	6	79
PACA	70	83
Pays de la Loire	37	74
Picardie	18	74
Poitou Charentes	23	84
Rhône Alpes	69	79
Service de santé des armées	9	72

► Informations par catégorie d'établissement

Tableau 17. Informations par catégorie d'ES

Catégories d'ES	Nbre d'ES participants	Nbre d'ES « non répondants »
CHU*	58	0
CH	250	0
CLCC	19	0
ESPIC	54	0
ES privés	391	5
Total	772	5

* Le nombre de CHU intègre 17 établissements de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, chaque site géographique est comptabilisé pour un établissement.

► Distribution des moyennes par catégorie d'établissement

Tableau 18. Indicateur « Réunion de concertation pluridisciplinaire - Exhaustivité des RCP » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement

Catégories d'ES	ES composant la référence nationale	Moyenne nationale = 86 %
	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par catégorie (en %)
CHU	57	88
CH	242	87
CLCC	19	93
ESPIC/EBNL	47	82
ES Privés	372	83

Tableau 19. Indicateur « Réunion de concertation pluridisciplinaire – Pluridisciplinarité » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement

Catégories d'ES	ES composant la référence nationale	Moyenne nationale = 79 %
	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par catégorie (en %)
CHU	57	78
CH	242	80
CLCC	19	83
ESPIC	47	78
Privé	372	77

Tableau 20. Évolution des taux de conformité entre les 2 recueils en fonction de la spécialité d'organe

Spécialités	Campagne 2012			Campagne 2014		
	Nombre de dossiers analysés	RCP 1	Pluri-displinarité parmi RCP 1	Nombre de dossiers analysés	RCP 1	Pluri-displinarité parmi RCP 1
Urologie néphrologie	11 630	70 %	83 %	10 856	77 %	91 %
Appareil digestif	9 482	84 %	91 %	9 409	87 %	95 %
Sénologie	7 420	90 %	91 %	7 033	93 %	95 %
Pneumologie	2 724	85 %	85 %	2 744	87 %	91 %
Gynécologie basse	2 418	84 %	89 %	2 406	88 %	93 %
ORL, stomatologie, maxillo facial	2 004	78 %	80 %	2 054	82 %	89 %
Hématologie	1 245	80 %	69 %	1 301	84 %	74 %
Endocrinologie	778	68 %	84 %	795	77 %	91 %
Système nerveux central	355	67 %	87 %	357	85 %	91 %
Dermatologie	360	59 %	80 %	369	69 %	82 %
Os et parties molles	225	67 %	81 %	220	78 %	94 %
Ophtalmologie	38			18		

Tableau 21. Évolution des taux de conformité entre les 2 recueils en fonction du type d'établissement

Types d'établissement	Campagne 2012			Campagne 2014		
	Nombre de dossiers analysés	RCP 1	RCP 2	Nombre de dossiers analysés	RCP 1	RCP 2
CHU	2 622	84 %	70 %	2 650	89 %	78 %
CH	11 824	83 %	72 %	9 951	85 %	80 %
CLCC	1 200	92 %	79 %	1 056	93 %	83 %
ESPIC	2 979	79 %	67 %	2 020	83 %	78 %
ES privés	19 933	77 %	68 %	16 068	83 %	77 %

Tableau 22. Répartition des dossiers spécialité par type d'établissement

Spécialités	CHU	CH	CLCC	ESPIC	ES privés	
Urologie néphrologie	507 17,06 %	2 169 18,57%	71 6,23 %	692 28,29 %	7 417 38,38 %	10 856
Appareil digestif	648 21,8 %	3 509 30,05%	125 10,96 %	713 29,15 %	4 414 22,84 %	9 409
Sénologie	259 8,71 %	1 960 16,79%	440 38,6 %	331 13,53 %	4 043 20,92 %	7 033
Pneumologie	325 10,94 %	1 253 10,73 %	67 5,88 %	265 10,83 %	834 4,32 %	2 744
Gynécologie basse	177 5,96 %	912 7,81 %	114 10 %	147 6,01 %	1 056 5,46 %	2 406
ORL, stomatologie, maxillo facial	218 7,34 %	710 6,08 %	131 11,49 %	159 6,5 %	836 4,33 %	2 054
Hématologie	301 10,13 %	736 6,3 %	37 3,25 %	55 2,25 %	172 0,89 %	1 301
Endocrinologie	183 6,16 %	187 1,6 %	94 8,25 %	33 1,35 %	298 1,54 %	778
Système nerveux central	168 5,85 %	100 0,86 %	8 0,7 %	26 1,06 %	55 0,28 %	357
Dermatologie	92 3,1 %	96 0,82 %	19 1,67 %	17 0,7 %	145 0,75 %	369
Os et parties molles	91 3,06 %	45 0,39 %	31 2,72 %	4 0,16 %	49 0,25 %	220
Ophtalmologie	3 0,1 %	0	3 0,26 %	4 0,16 %	8 0,04 %	18
	2 972	11 677	1 140	2 446	19 327	37 652

Références



- I. Code de la santé publique Article D6124-131. Créé par Décret n° 2007-389 du 21 mars 2007 – art. 1 JORF 22 mars 2007.
- II. Code de la santé publique Article R6123-88. Modifié par Décret n° 2010-344 du 31 mars 2010 – art. 183.
- III. Article D6124-134. Créé par Décret n° 2007-389 du 21 mars 2007 – art. 1 JORF 22 mars 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