



RAPPORT RÉGIONAL D'AUDIT CLINIQUE CIBLÉ
RÉUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE
ET TRAÇABILITÉ DE L'INFORMATION DU PATIENT

- 2010 -

Thème de l'étude

La Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP), lieu d'échanges entre spécialistes de plusieurs disciplines sur les stratégies diagnostiques et thérapeutiques, constitue un élément essentiel de l'organisation des soins en cancérologie.

Son évaluation doit permettre de rendre compte d'une amélioration continue de la qualité des soins et, in fine, du service médical rendu au patient.

Objet de l'étude

Cette évaluation est réalisée sous la forme d'un audit clinique ciblé. Elle comporte 2 niveaux :

- Le niveau 1, obligatoire, qui reprend les 2 indicateurs évalués en 2009 et qui sont les suivants :

⇒ Adéquation entre la proposition thérapeutique faite en RCP et le référentiel régional

⇒ Adéquation entre la prise en charge thérapeutique et la proposition faite en RCP

- Le niveau 2, facultatif, qui inclut 2 questions relatives à la traçabilité du dispositif d'annonce et de la remise du programme personnalisé de soins (PPS).

Tous les 3 C ayant participé à cet audit ont réalisé les 2 niveaux de l'évaluation.

Méthodologie et recueil des données

- Les indicateurs ont été validés par le conseil de réseau et la méthodologie a été définie par un groupe de travail (Groupe Régional d'Évaluation des Pratiques Professionnelles) composé des coordonnateurs de 3 C et des responsables qualité des établissements de la région Centre, du coordonnateur médical et de la coordinatrice administrative du réseau.
- Étude rétrospective de 30 dossiers consécutifs (20 pour l'ORL) avec une fin de période d'observation à M-6 (M étant le mois de réalisation de l'audit). Les spécialités visées par cette étude sont les suivantes : ORL, hépato-gastro-entérologie, gynéco-sénologie, urologie et pneumologie.
- Critères d'inclusions : prise en charge initiale avec primitif connu, prise en charge thérapeutique réalisée dans le 3 C et patient non inclus dans un essai clinique.
- L'organisation de l'audit, sur la base de l'auto-évaluation était la suivante :
 - Outils de l'audit élaborés par le groupe de travail ;
 - Sélection des dossiers et recueil des données par les 3 C ;
 - Analyse des données et restitution des résultats, sous forme de rapport, par le réseau.

Précisions

- Le quorum appliqué par les RCP est le quorum régional défini par les structures de spécialités ;
- La justification, dans le dossier du patient, des raisons du non suivi de la proposition thérapeutique faite en RCP est une obligation médico-légale ;
- 100% des nouveaux patients doivent bénéficier d'un Programme Personnalisé de Soins (PPS).

Planning de réalisation

- Élaboration du protocole : juin – septembre 2010
- Envoi aux 3 C : 22 septembre 2010
- Retour des audits : à partir du 15 décembre 2010
- Envoi des rapports aux 3 C : avril 2011
- Envoi du rapport régional : mai-juin 2011
- Restitution des résultats au conseil scientifique :

Participation régionale

La participation des 3 C en 2009 et en 2010 est identique : 50% des 3 C de la région ont participé à cet audit. Au total, sur les 2 ans, 9 3C ont participé.

3 C	2009	2010
3C BOURGES	X	
3C CHARTRES	X	X
3C DREUX	X	X
3C CHATEAUROUX	X	
3C CHRU TOURS		X
3C BLOIS	X	
3C CHR D'ORLÉANS	X	X
3C MONTARGOIS		X
3C CLINIQUES ORLÉANS		X
3C ST DOULCHARD		
3C CLINIQUES TOURS		
3C BLOIS VENDÔME		
Nb de participants	6 3C	6 3C
Taux de participation	50% des 3C	50% des 3C

Chaque 3 C a évalué entre une et 4 RCP : 15 RCP au total. Si la participation des 3C est identique à celle de 2009, en terme de RCP et de dossiers évalués, la participation a été plus forte en 2010.

Spécialités	2009		2010	
	Nb RCP	Nb dossiers	Nb RCP	Nb dossiers
Gynéco-sénologie	5	150	4	117
Hépatogastro-entérologie	5	145	4	107
Pneumologie	1	30	3	87
ORL	1	19	0	0
Urologie	0	0	4	110
	12	344	15	421
Progression			+ 25%	+ 22,40%

Taux d'exhaustivité des RCP évaluées :

Taux de participation par spécialité	2009	2010
Gynéco-sénologie	28 %	22 %
Hépatogastro-entérologie	28 %	22 %
Pneumologie	8 %	23 %
ORL	8 %	0 %
Urologie	0 %	25 %

Contenu du rapport

Dans le présent rapport, les données sont anonymisées et les numérotations des RCP sont aléatoires et n'ont pas de corrélations d'un graphique à l'autre.

Pour chacun des critères, sont retrouvés les graphiques suivants :

⇒ Données globales, toutes RCP confondues :

- Un graphique reprend
 - les résultats de chacune des RCP ;
 - la moyenne régionale globale : quelle que soit la spécialité ;

Sur ce graphique, les RCP ne sont pas identifiées par spécialité.

- Un graphique reprend la moyenne 2009 (excepté pour les nouveaux items : nom et spécialité des participants à la RCP, traçabilité de l'entretien soignant, traçabilité de la remise du PPS au patient) et celle de 2010.

⇒ Données par spécialités :

- Un graphique par spécialité reprend :
 - les résultats de chaque RCP de la spécialité ;
 - la moyenne de la spécialité ;
 - la moyenne régionale globale.
- Un autre graphique compare 2009 et 2010 pour la gynéco-sénologie et l'hépatogastro-entérologie. Pour la pneumologie, il ne s'agit pas d'une moyenne pour 2009 mais simplement des données puisqu'une seule RCP de cette spécialité avait été évaluée en 2009. Pas de comparatif sur l'urologie qui n'avait fait l'objet d'aucune évaluation en 2009.

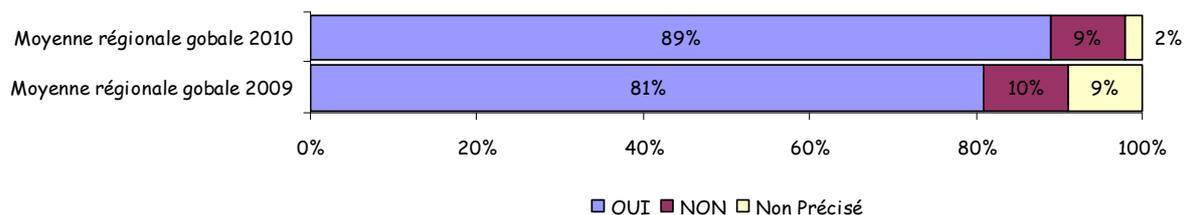
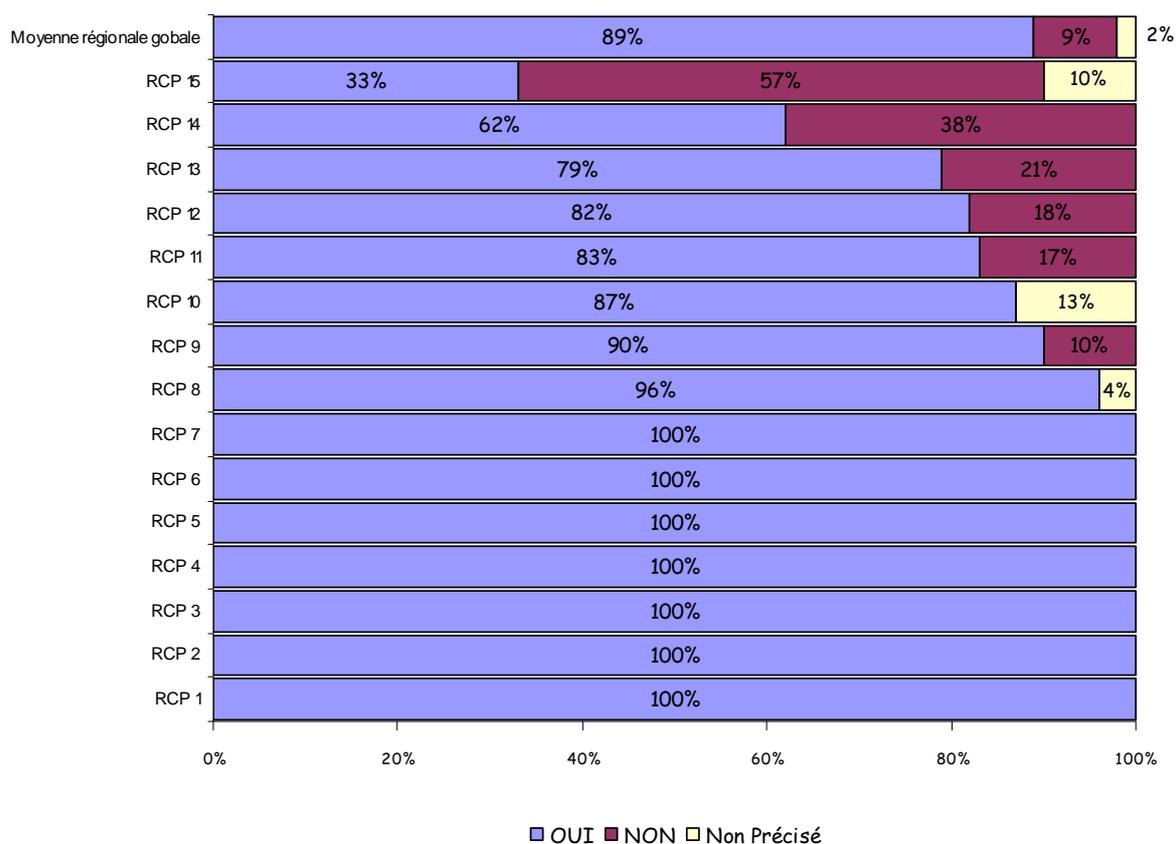
DONNÉES RÉGIONALES PAR INDICATEUR

LE QUORUM ET SA TRAÇABILITÉ

Question posée « Le quorum est-il atteint ? »

Données régionales globales toutes RCP confondues

Numérotation aléatoire des RCP et variable d'un graphique à l'autre



Commentaires : la moyenne régionale de respect du quorum est supérieure à 80%, ce qui est conforme à l'objectif fixé sur lequel chacun des 3 C s'est engagé.

Les résultats sont plutôt homogènes avec 7 RCP qui affichent 100%, 5 qui sont strictement au dessus de 80% et une à 79% ; soit 80% des RCP évaluées qui atteignent strictement l'objectif et 86% si on inclut la RCP qui est à 79%..

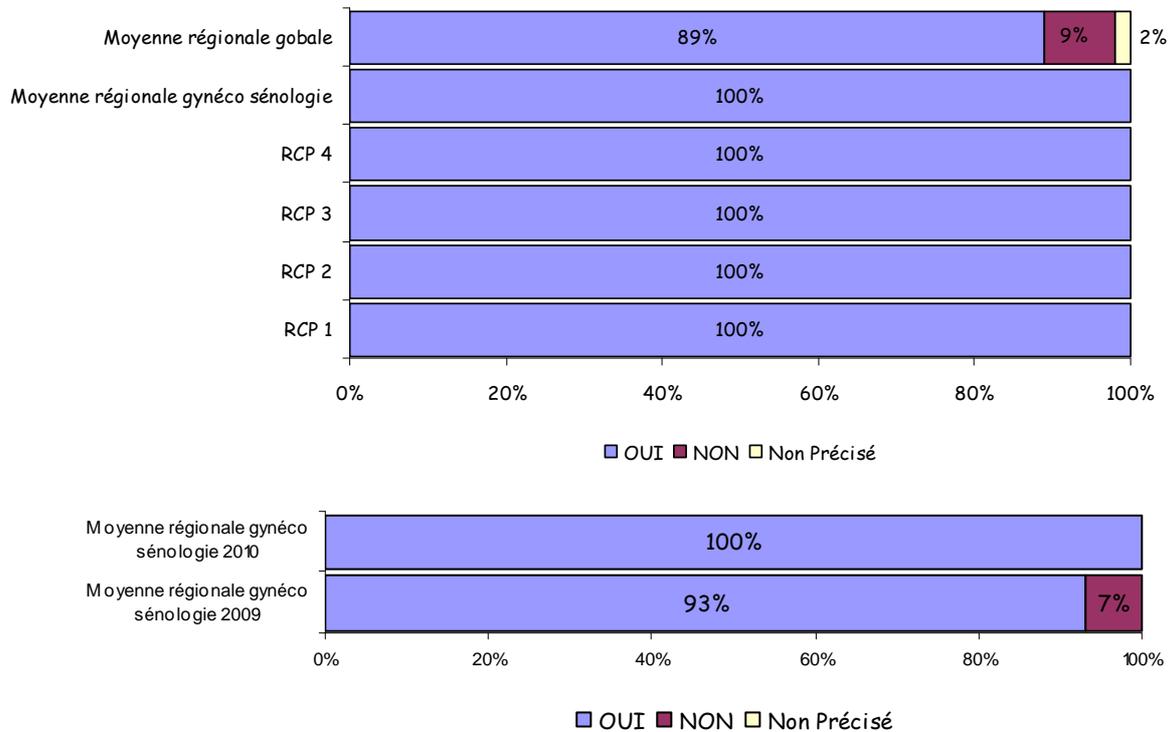
2 RCP se détachent nettement avec des résultats à 62% et 33%.

Évolution 2009-2010 : progression de la moyenne régionale de 8 points, avec une diminution significative du taux de dossiers pour lesquels l'atteinte du quorum n'est pas précisée.

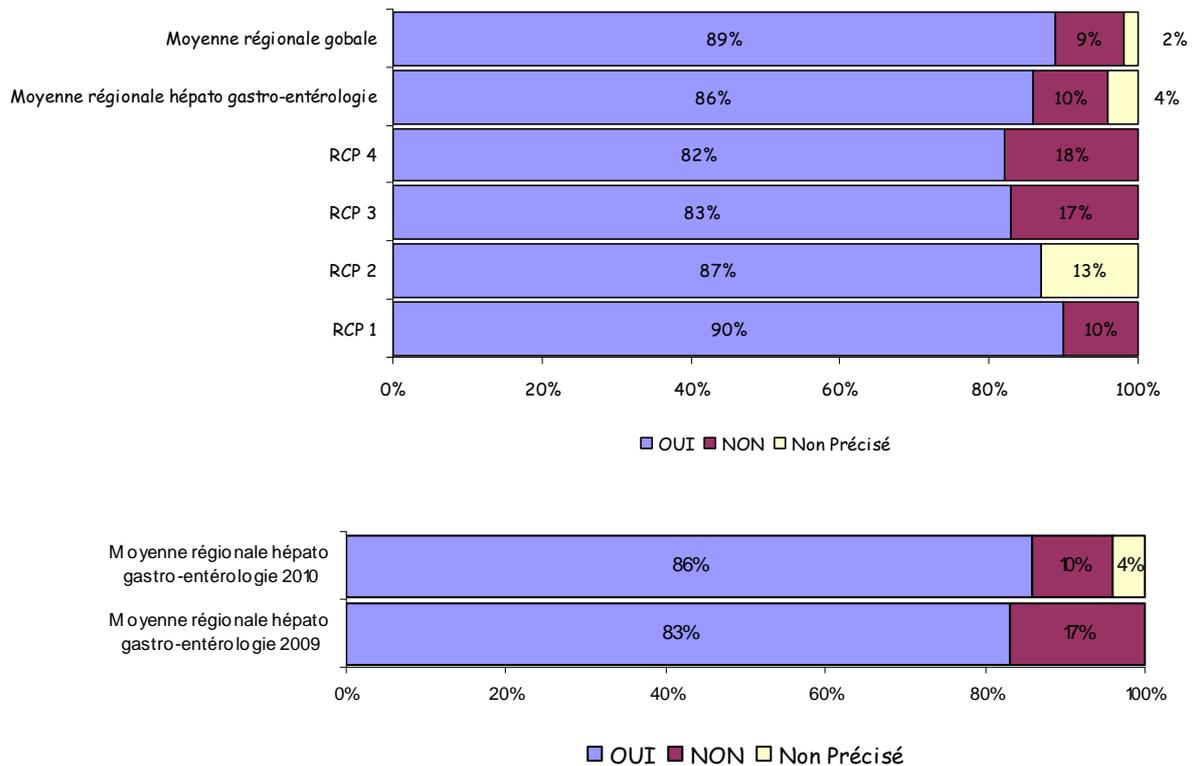
Données régionales par spécialité :

Numérotation aléatoire des RCP et variable d'un graphique à l'autre

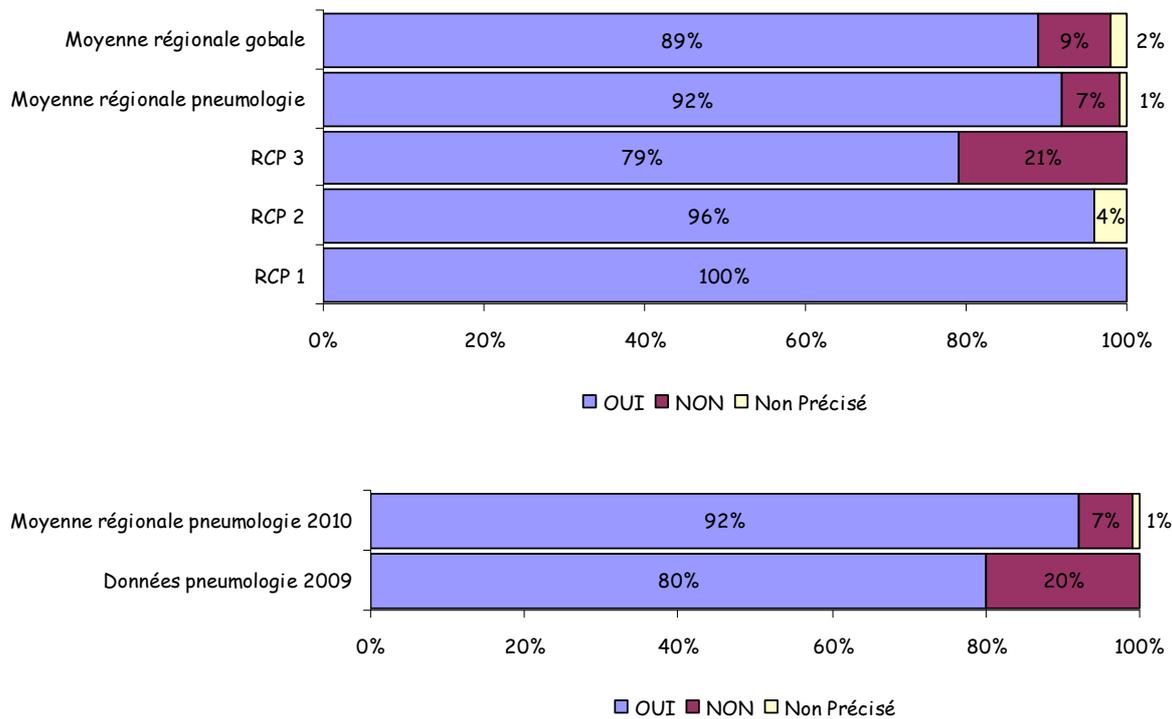
RCP de gynéco-sénologie :



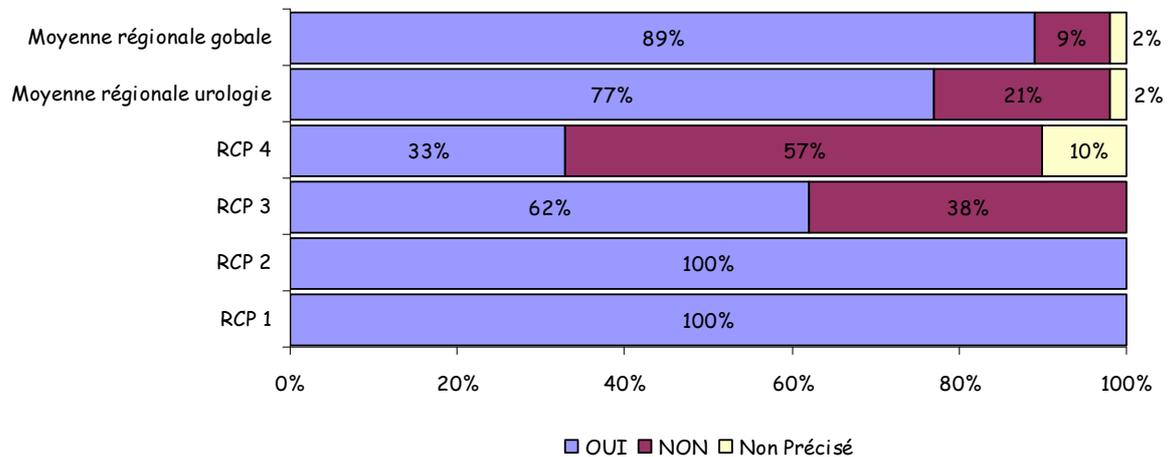
RCP d'hépto-gastro-entérologie :



RCP de pneumologie :



RCP d'urologie :



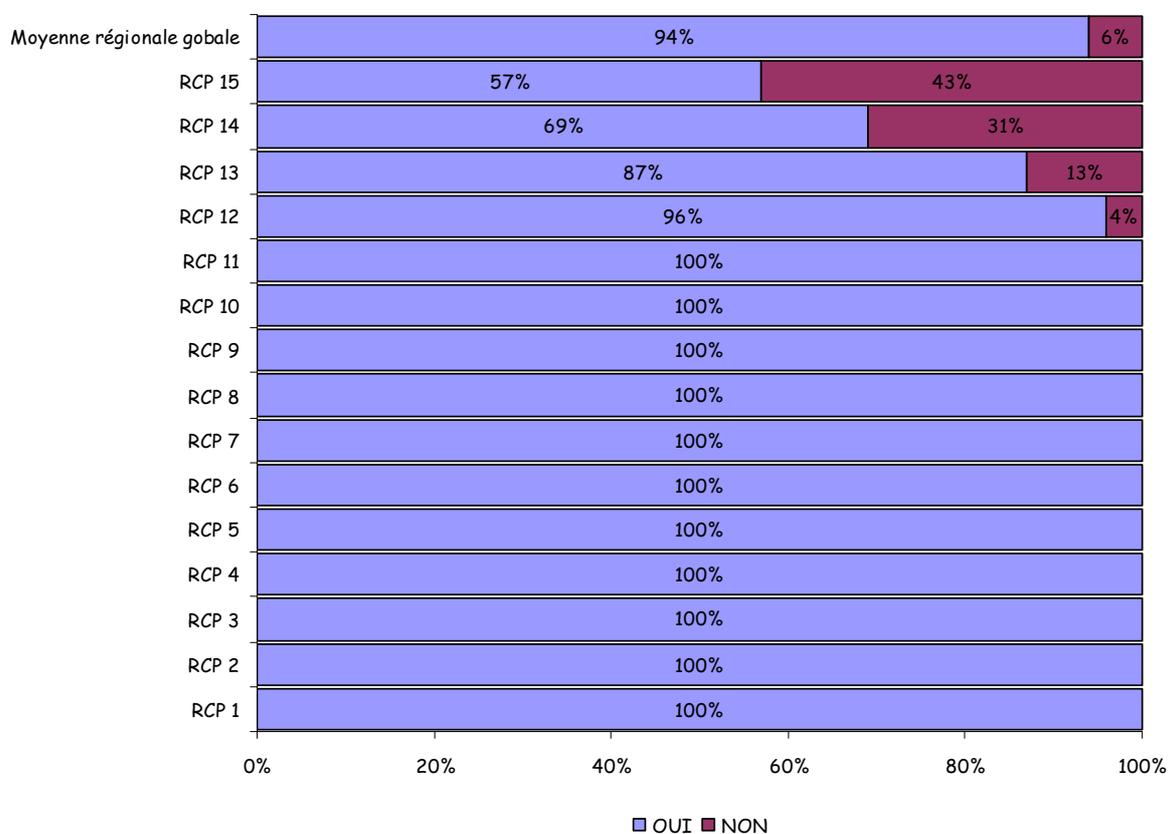
Commentaires :

RCP de gynéco-sénologie : toutes les RCP sont à 100% d'atteinte de quorum. C'est une progression par rapport à 2009 dont les résultats étaient déjà les meilleurs sur les différentes spécialités évaluées.
RCP d'hépto-gastro-entérologie : les résultats sont tous situés entre 82% et 90%, avec une moyenne supérieure de 3 points par rapport à 2009.
RCP de pneumologie : résultats hétérogènes mais néanmoins une moyenne supérieure à 80% qui est supérieure aux résultats de la seule RCP évaluée en 2009.
RCP d'urologie : résultats hétérogènes avec moyenne légèrement inférieure à 80% et une RCP dont l'atteinte du quorum est très en dessous des 50%.

Question posée « La fiche RCP mentionne-t-elle le nom des participants ? »

Données régionales globales toutes RCP confondues

Numérotation aléatoire des RCP et variable d'un graphique à l'autre

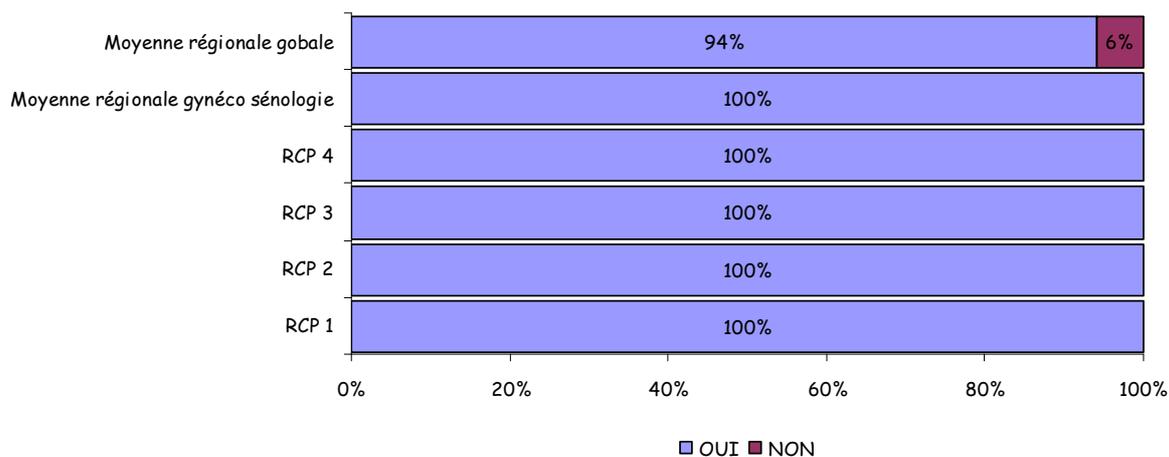


Commentaires : 4 RCP ne mentionnent pas le nom des participants sur leurs fiches dans des proportions allant de 4 % à 57%. Cette mention fait partie des mentions obligatoires et est indispensable pour tracer le quorum et la pluridisciplinarité de la proposition thérapeutique.

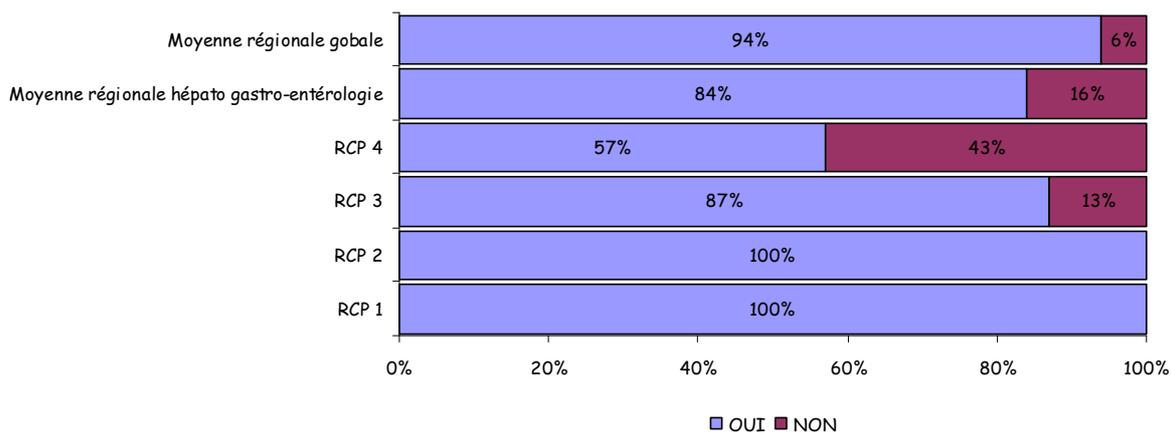
Données régionales par spécialité :

Numérotation aléatoire des RCP et variable d'un graphique à l'autre

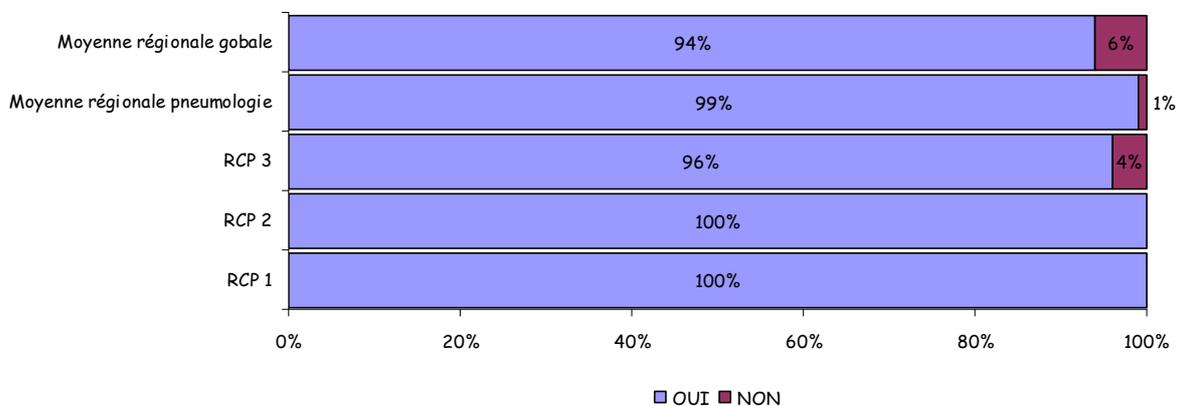
RCP de gynéco-sénologie :



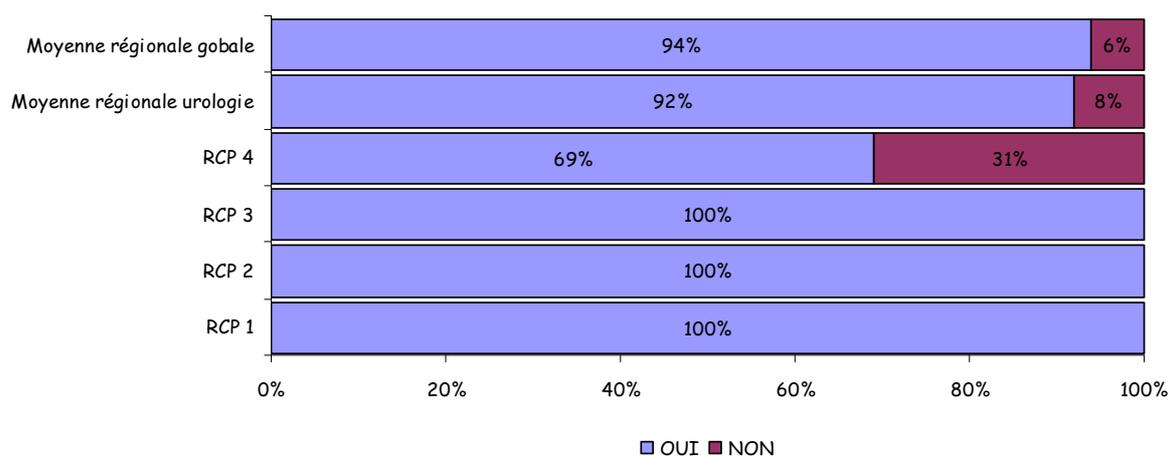
RCP d'hépatogastro-entérologie :



RCP de pneumologie :



RCP d'urologie :



Commentaires :

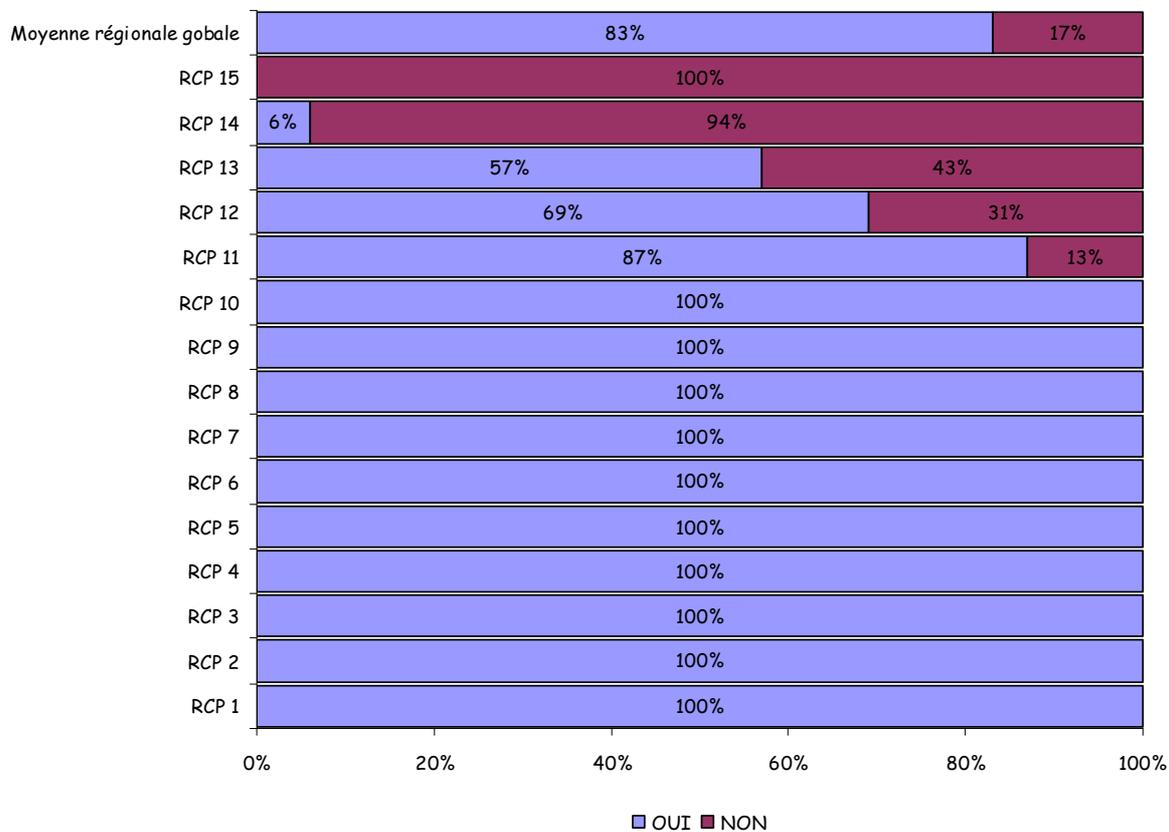
RCP de gynéco-sénologie et de pneumologie : résultats homogènes, tous supérieurs à 96%.

RCP d'hépatogastro-entérologie et d'urologie : résultats hétérogènes.

Question posée « La fiche RCP mentionne-t-elle la spécialité des participants ? »

Données régionales globales toutes RCP confondues

Numérotation aléatoire des RCP et variable d'un graphique à l'autre

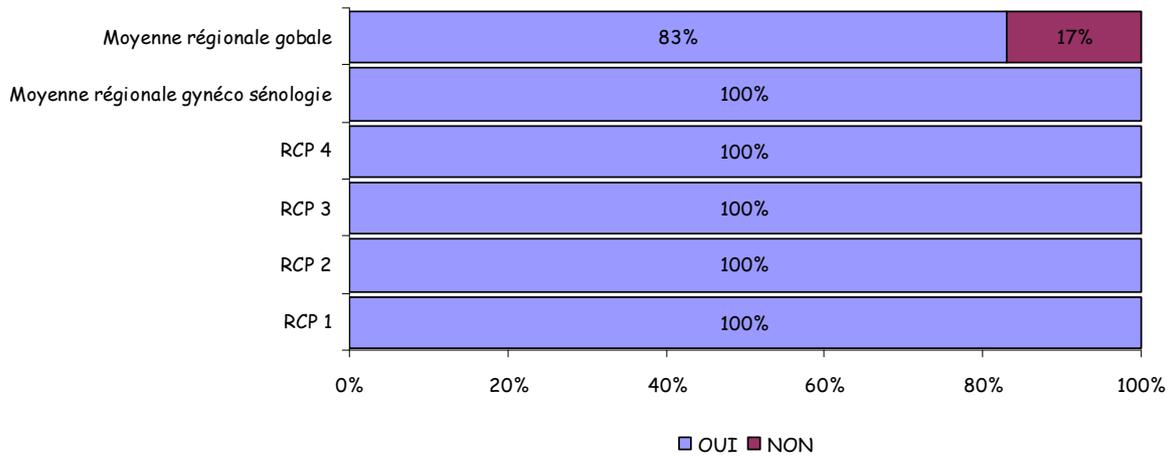


Commentaires : 5 RCP ne mentionnent pas la spécialité des participants sur leurs fiches. 2 RCP ne le mentionne pas du tout (ou quasiment).
Tout comme le nom des participants, cette mention est obligatoire et indispensable pour tracer le quorum et la pluridisciplinarité de la proposition thérapeutique.

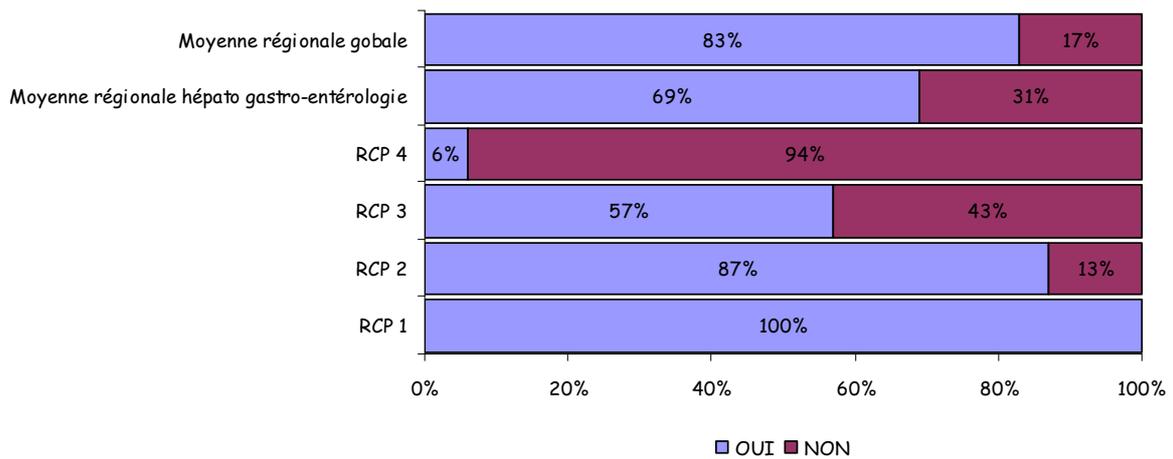
Données régionales par spécialité :

Numérotation aléatoire des RCP et variable d'un graphique à l'autre

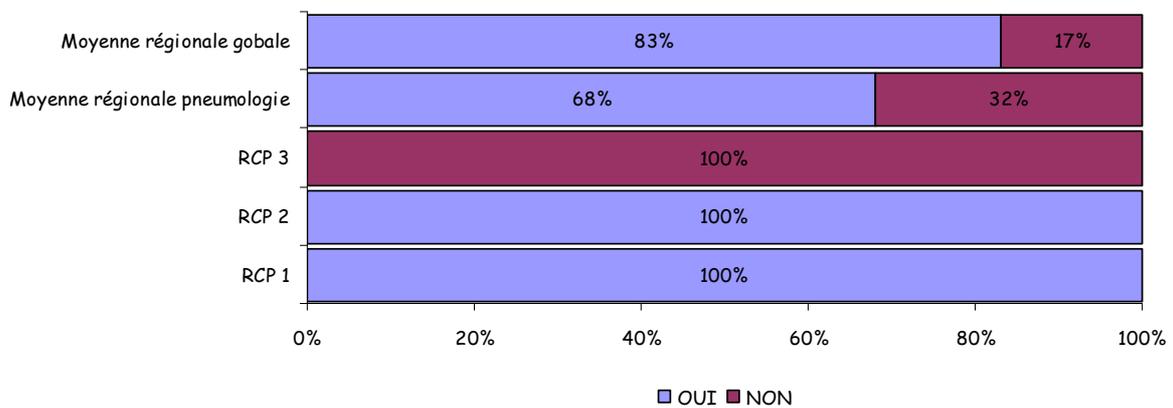
RCP de gynéco-sénologie :



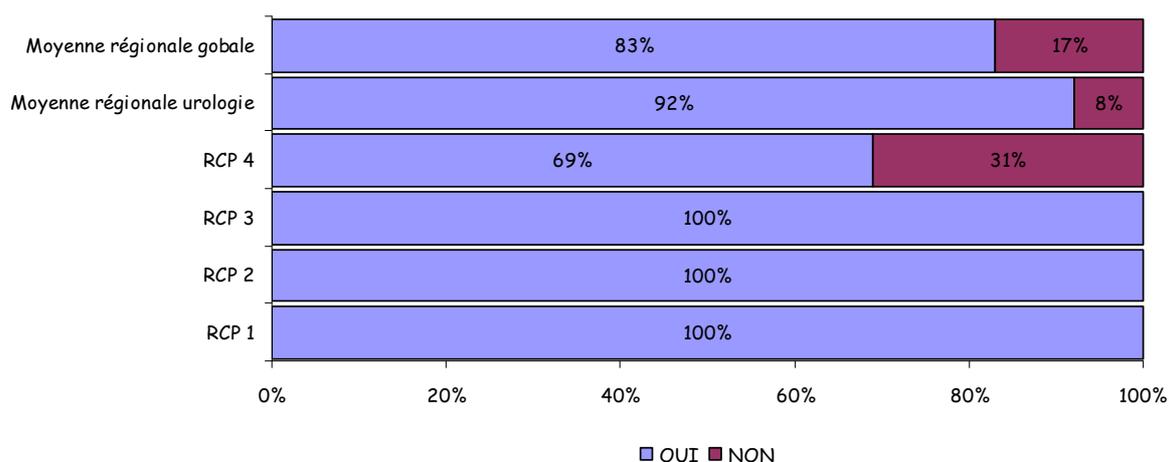
RCP d'hépto-gastro-entérologie :



RCP de pneumologie :



RCP d'urologie :



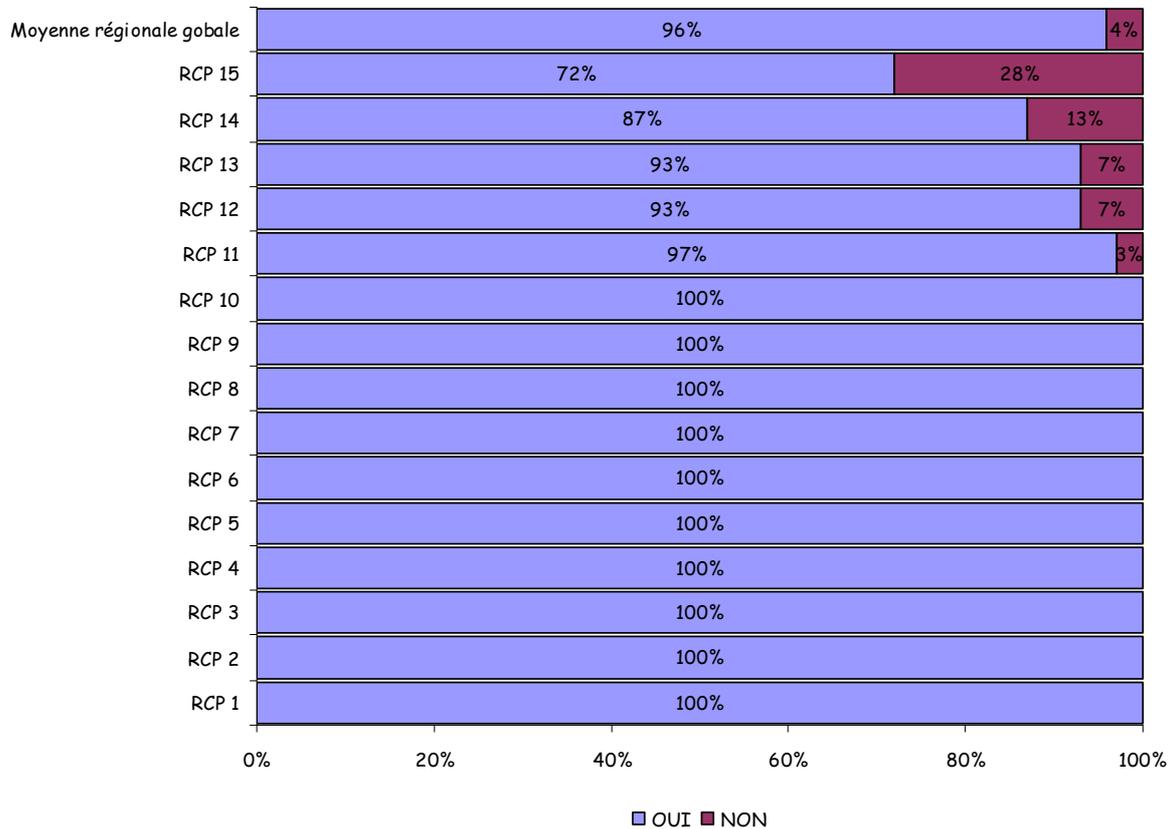
Commentaires : résultats très variés d'une spécialité à l'autre, et à l'intérieur de chaque spécialité
RCP de gynéco-sénologie : toutes les fiches RCP mentionnent la spécialité des participants.
RCP d'hépatogastro-entérologie : résultats inférieurs à la moyenne régionale avec une seule RCP à 100% et les 3 autres allant de 6 à 87%.
RCP de pneumologie : 2 RCP pour lesquelles l'ensemble des fiches mentionne la spécialité des participants, la 3^{ème} ne les mentionnent jamais.
RCP d'urologie : résultats supérieurs à la moyenne régionale, avec une seule RCP qui ne mentionne la spécialité des participants que dans 69% des fiches. 100% pour les 3 autres.

TRAÇABILITÉ DE LA FICHE RCP

Question posée « La fiche RCP est-elle présente dans le dossier du patient ? »

Données régionales globales toutes RCP confondues

Numérotation aléatoire des RCP et variable d'un graphique à l'autre

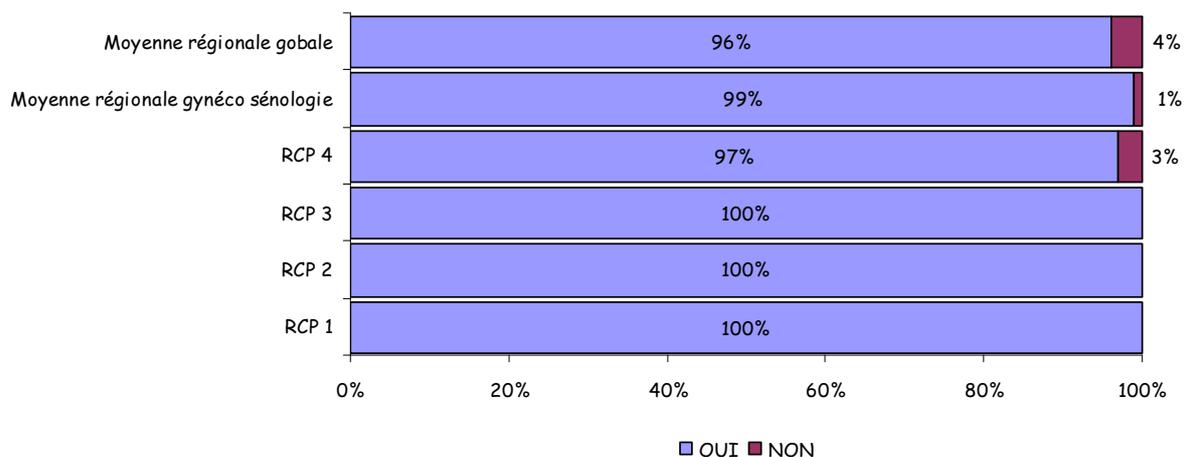


Commentaires : très bons résultats, très homogènes qui indiquent une assez bonne traçabilité de la fiche RCP. 9/10^e des RCP ont une traçabilité supérieure à 87%, avec 2/3 à 100%.

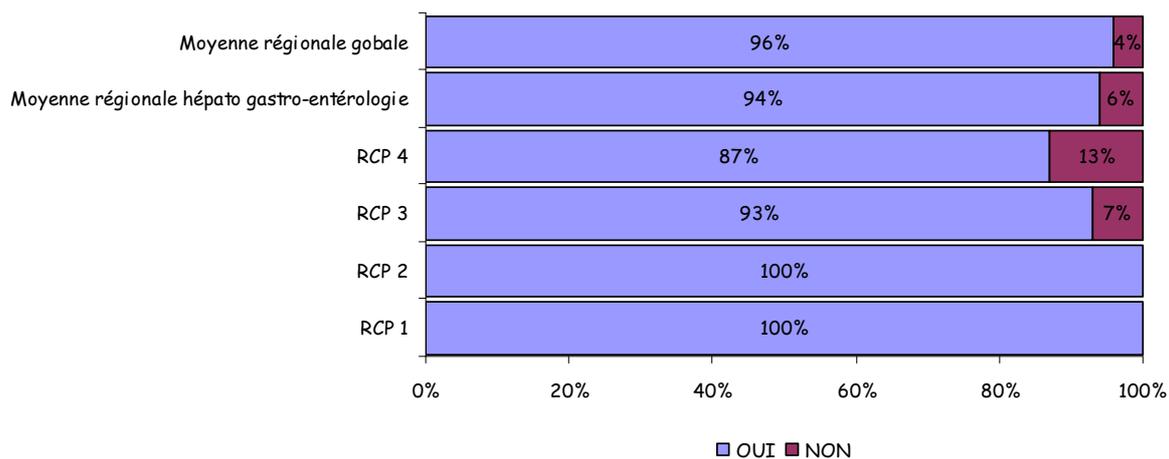
Données régionales par spécialité :

Numérotation aléatoire des RCP et variable d'un graphique à l'autre

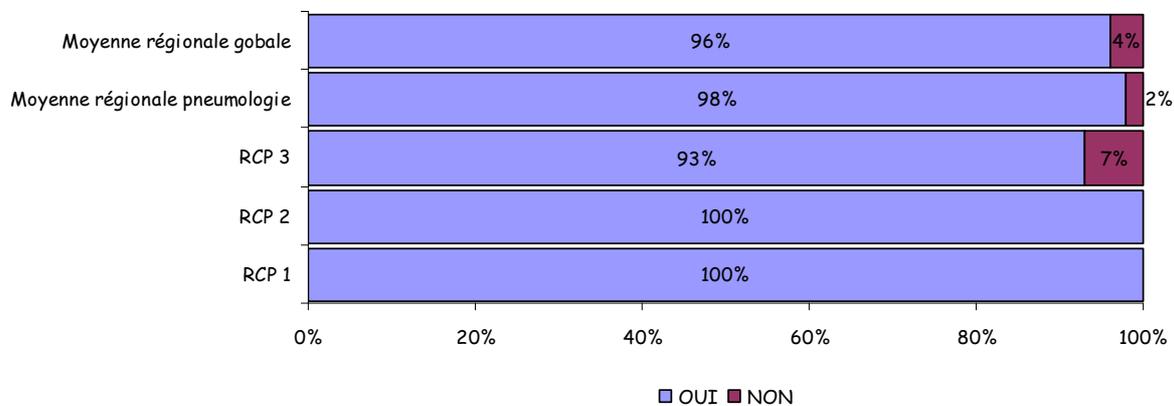
RCP de gynéco-sénologie :



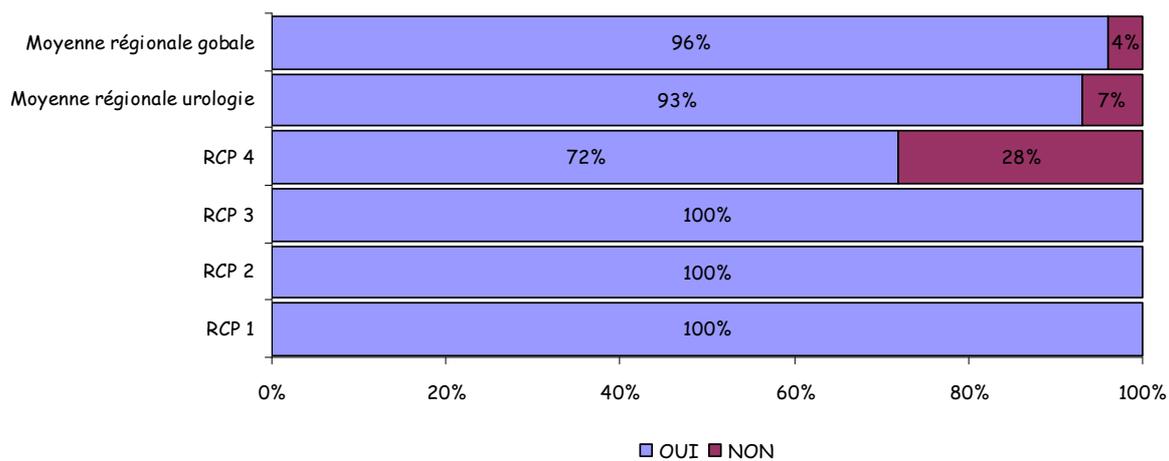
RCP d'hépto-gastro-entérologie :



RCP de pneumologie :



RCP d'urologie :

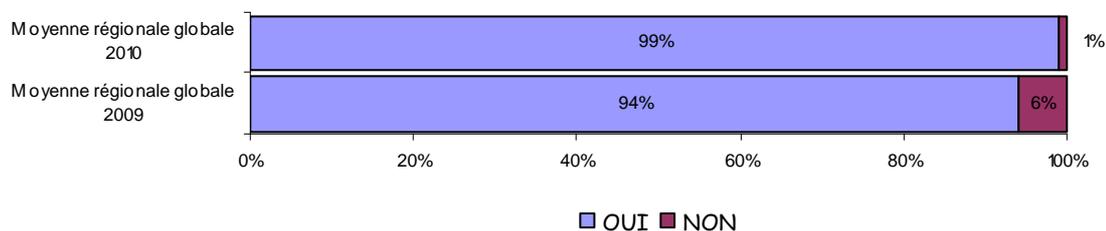
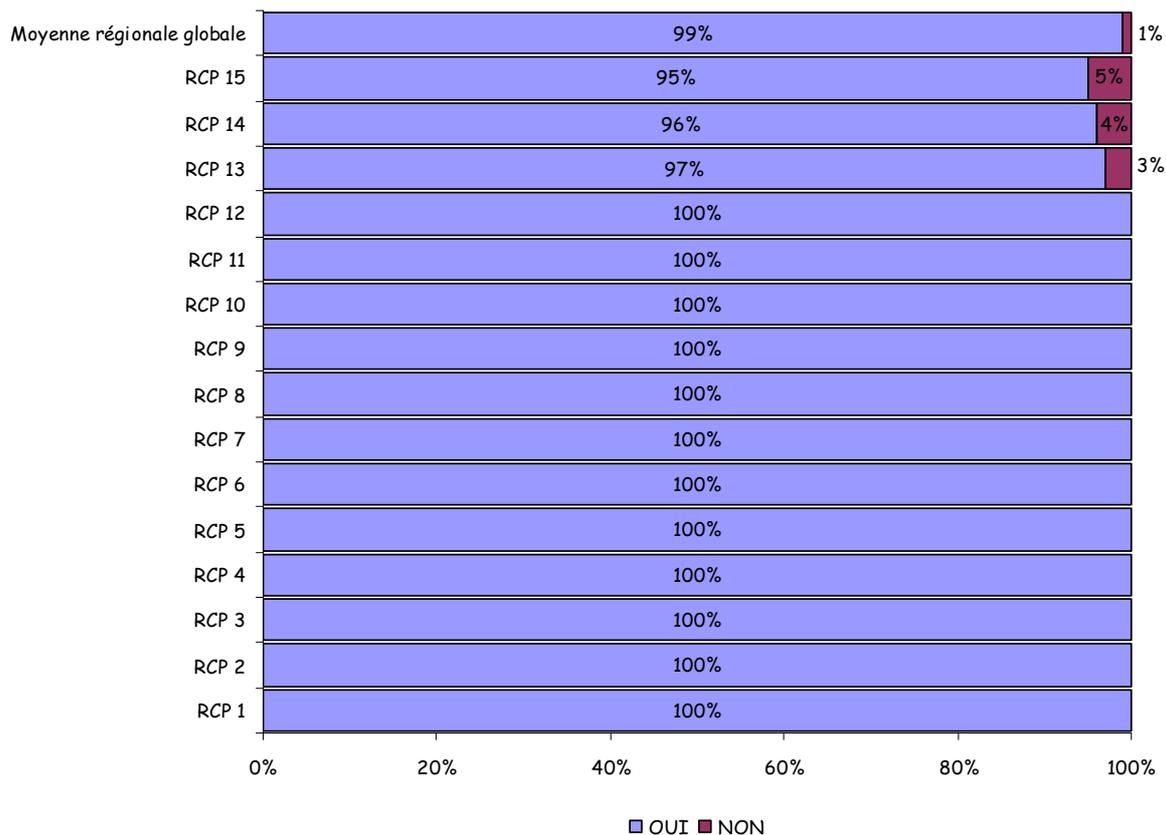


Commentaires : pas d'écarts notables selon les spécialités.

INDICATEUR N°1 ADÉQUATION DE LA PROPOSITION THÉRAPEUTIQUE FAITE EN RCP AVEC LE RÉFÉRENTIEL

Question posée « La proposition thérapeutique faite en RCP est-elle en adéquation avec le référentiel régional ? »

Données régionales globales toutes RCP confondues
Numérotation aléatoire des RCP et variable d'un graphique à l'autre

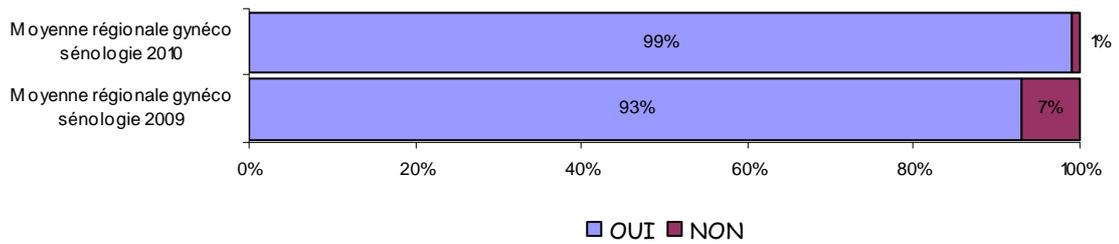
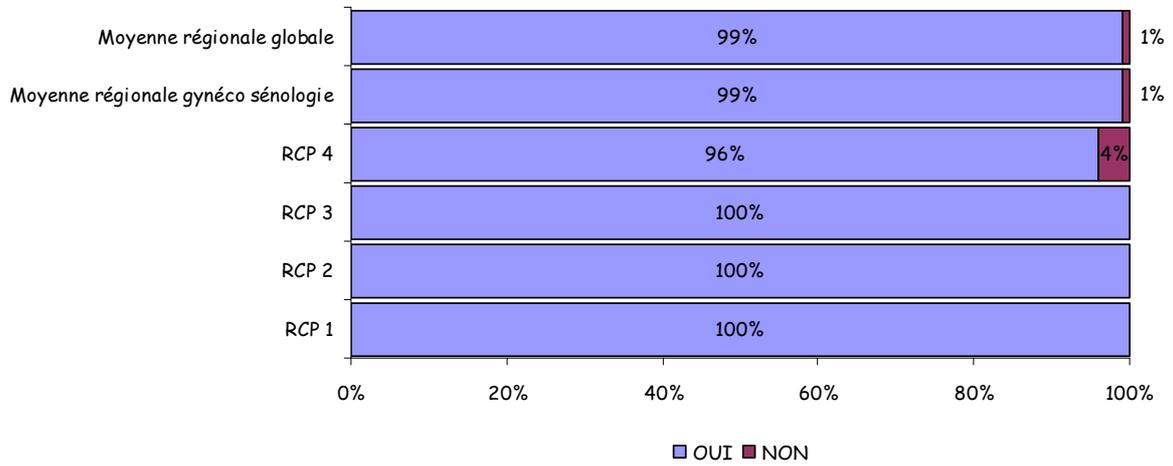


Commentaires : les propositions de RCP sont très majoritairement conformes aux référentiels régionaux. Les résultats sont homogènes.
Évolution 2009-2010 : En hausse par rapport à 2009 (+5 points).

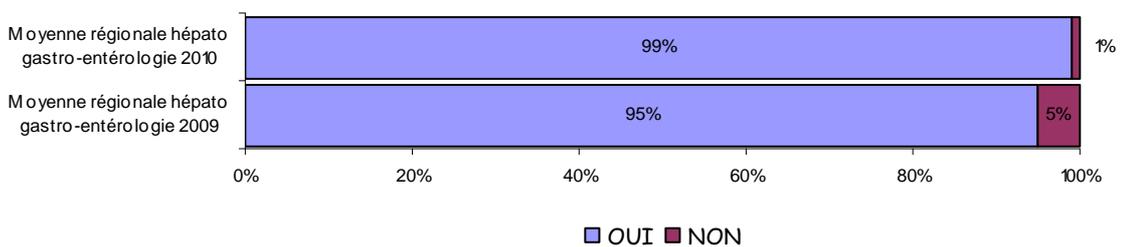
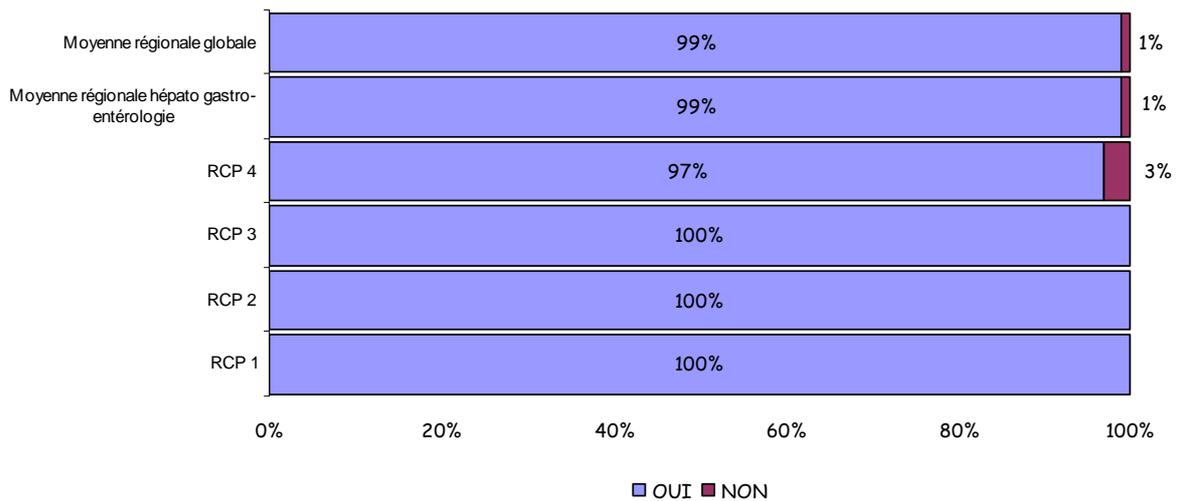
Données régionales par spécialité :

Numérotation aléatoire des RCP et variable d'un graphique à l'autre

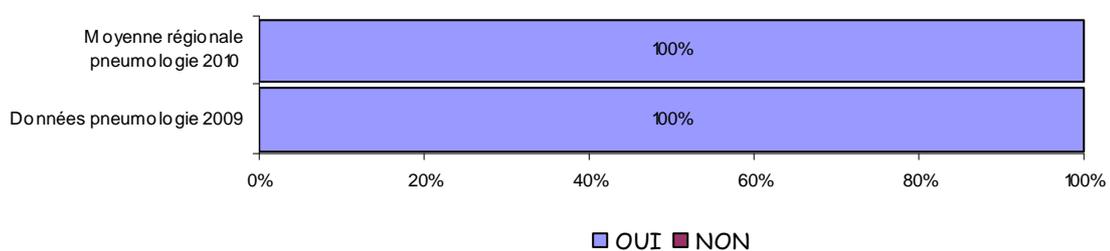
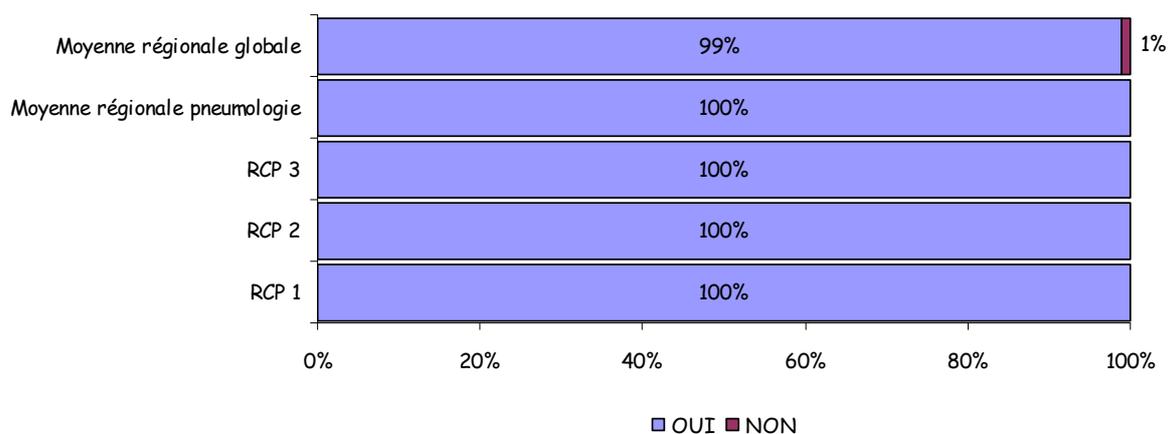
RCP de gynéco-sénologie :



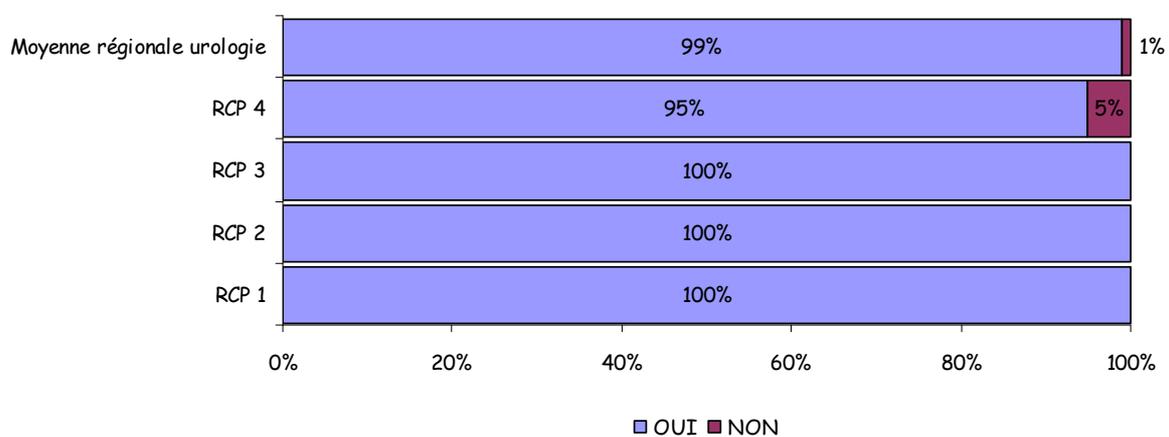
RCP d'hépto-gastro-entérologie :



RCP de pneumologie :



RCP d'urologie :

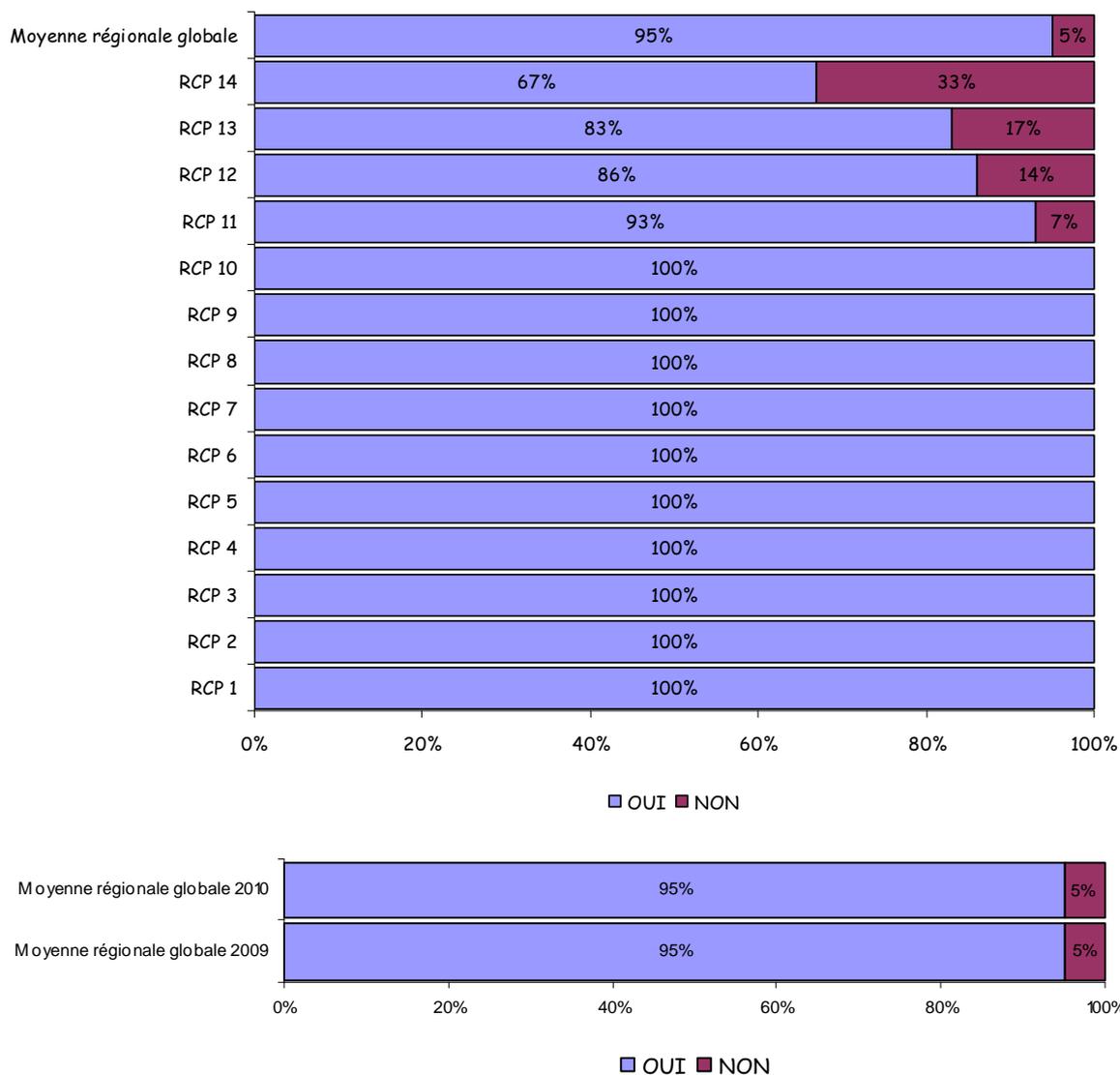


Commentaires : le niveau de conformité des propositions aux référentiels régionaux est homogène selon les spécialités.

Question posée « Les informations mentionnées sur la fiche RCP sont suffisantes pour répondre à la question précédente »

Pour cet item, l'audit est réalisé sur 394 dossiers et non 421 comme pour tous les autres, cette question n'ayant pas été renseignée pour tous les dossiers dans l'une des RCP auditées.

Données régionales globales toutes RCP confondues
Numérotation aléatoire des RCP et variable d'un graphique à l'autre

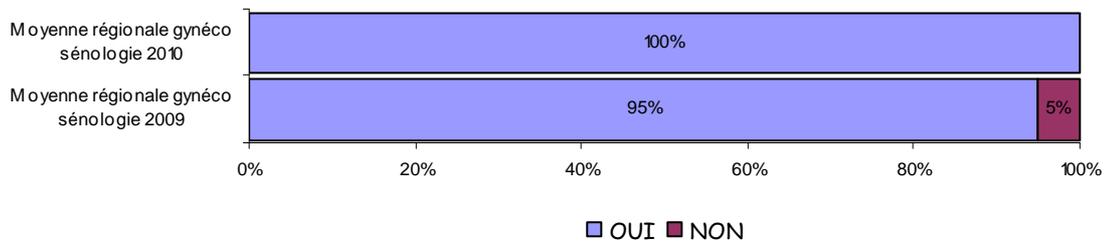
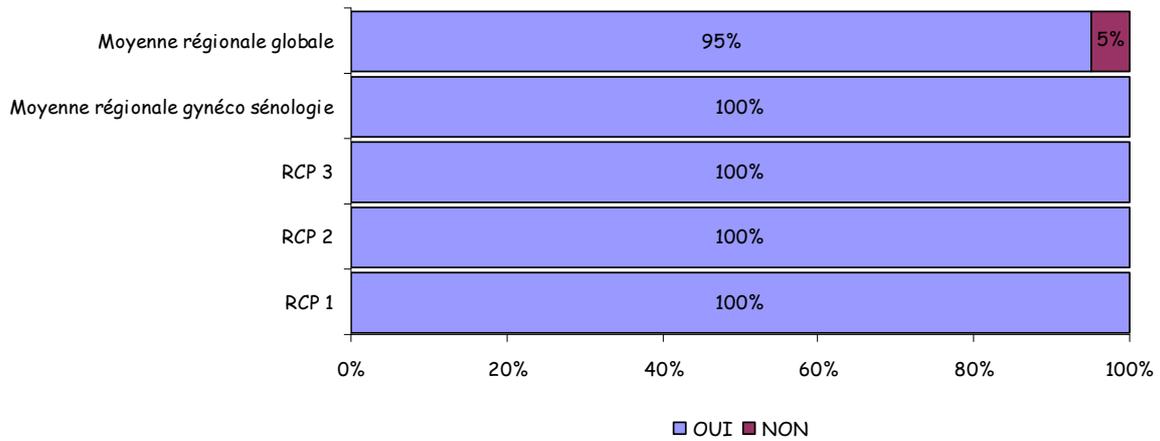


Commentaires : les fiches RCP doivent contenir tous les éléments qui permettent d'explicitier la décision qui a été prise. 4 RCP ont encore une partie de leurs fiches qui ne sont pas conformes.

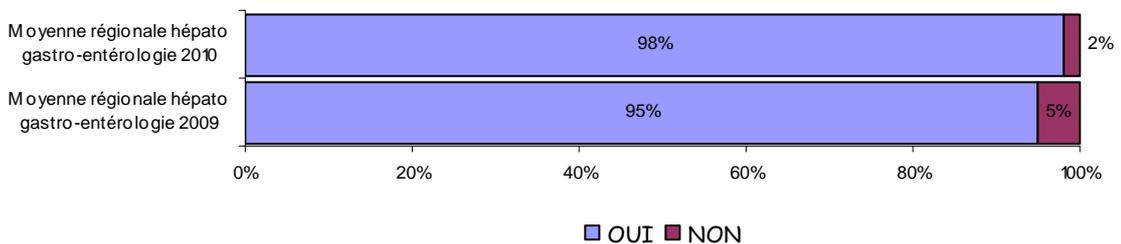
Données régionales par spécialité :

Numérotation aléatoire des RCP et variable d'un graphique à l'autre

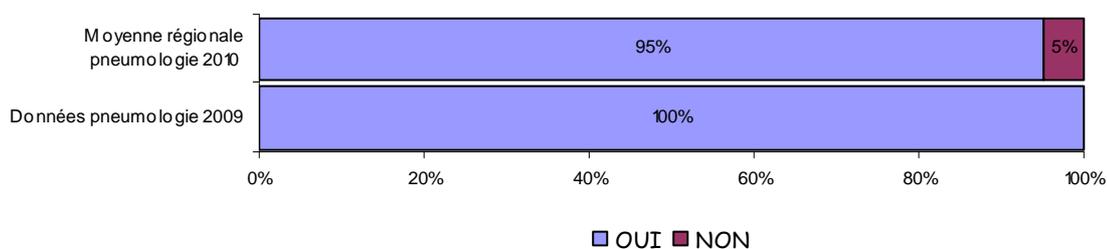
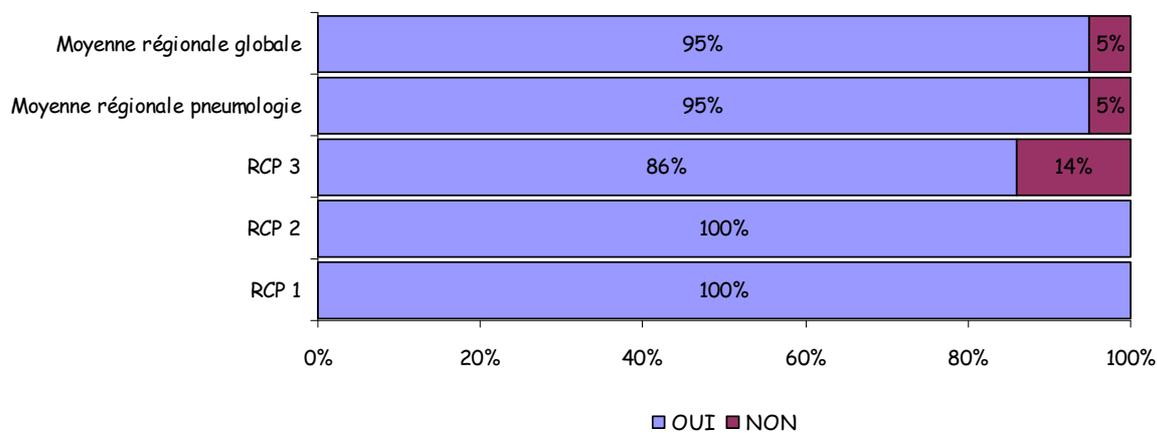
RCP de gynéco-sénologie :



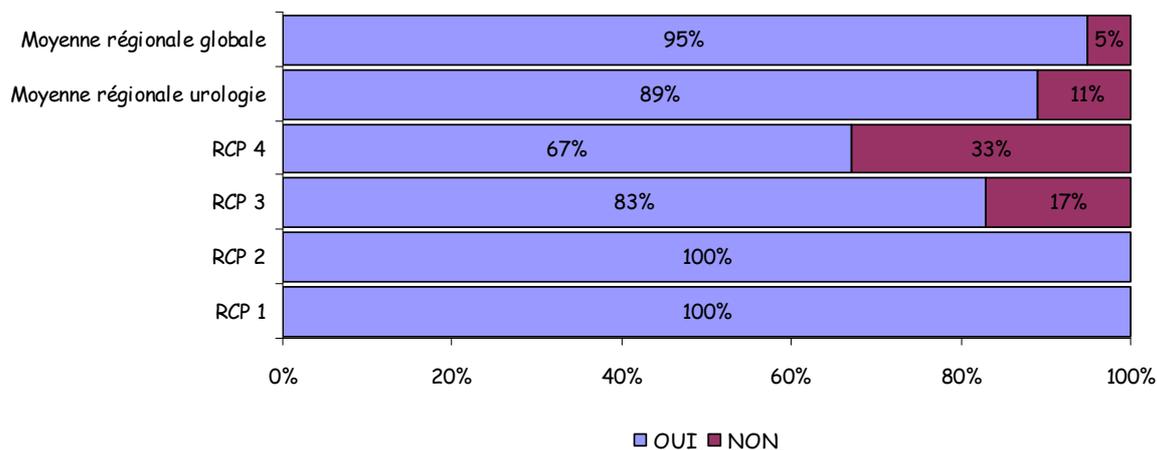
RCP d'hépto-gastro-entérologie :



RCP de pneumologie :



RCP d'urologie :



Commentaires : résultats relativement homogènes par spécialité, excepté en urologie.

C.1.3 Question posée « La non adéquation de la proposition thérapeutique avec le référentiel est justifiée (dans le dossier ou la fiche RCP) »

Seulement 3 dossiers évalués pour lesquels la proposition faite en RCP n'était pas conforme au référentiel régional. Sur ces 3 dossiers, un seul en justifie (dans le dossier ou la fiche RCP) les raisons.

En 2009, 40 propositions faites en RCP n'étaient pas conformes aux référentiels régionaux, 22 d'entre elles étaient motivées.

C.1.4 Question posée « Quels sont les motifs de la non adéquation entre la proposition thérapeutique faite en RCP et le référentiel régional ? »

Bien qu'un seul des 3 dossiers mentionnait les motifs de la non adéquation avec le référentiel régional, ces motifs ont pu être retrouvés pour 2 d'entre eux.

Trois motifs différents étaient proposés dans la grille de recueil :

- dossier ne relevant pas d'un référentiel, avis d'expert,
- référentiel jugé non adéquat ou obsolète,
- autre.

C'est ce dernier qui a été coché pour les 2 grilles dans lesquels la proposition thérapeutique n'était pas conforme avec le référentiel régional. Aucune précision n'a été apportée à ces réponses.

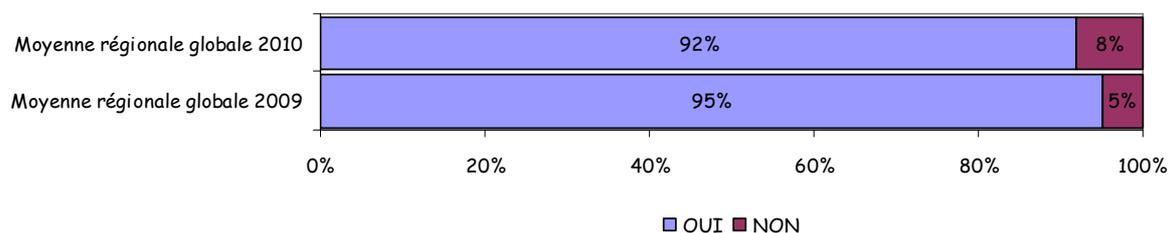
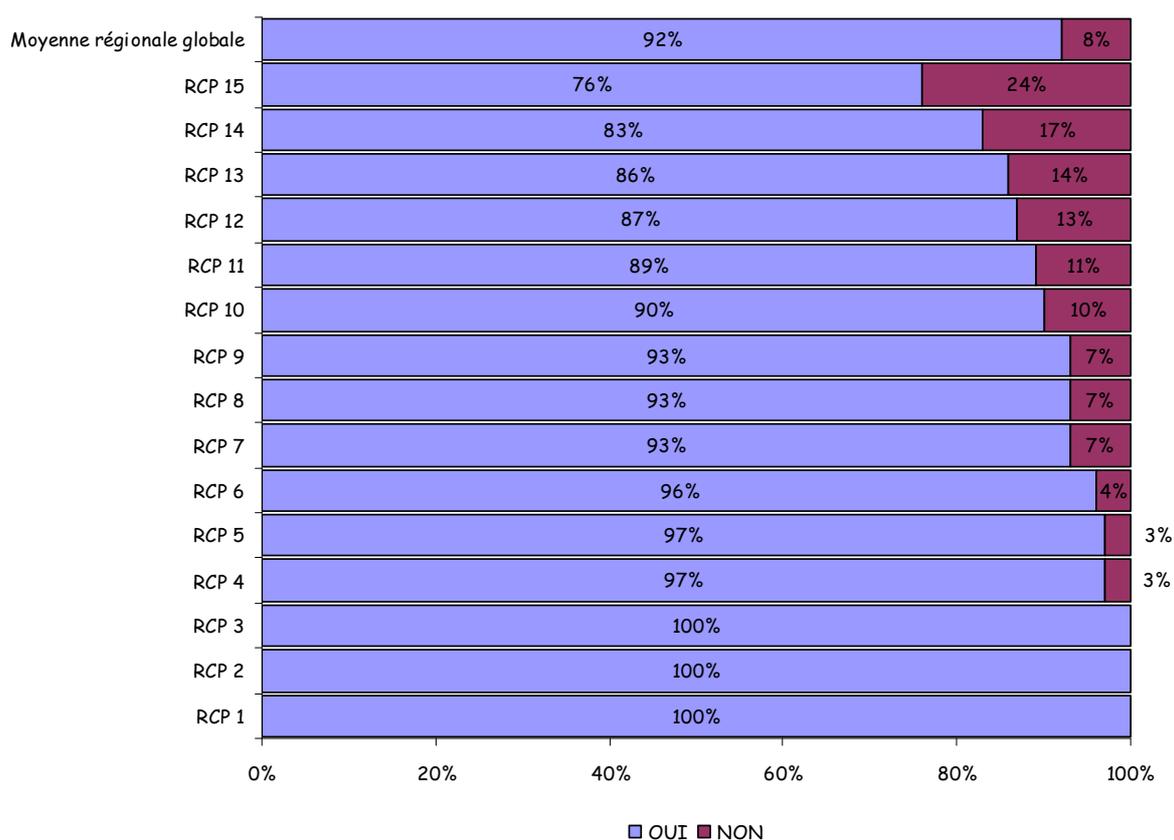
Pour mémoire, en 2009, la répartition était la suivante :

- dossier ne relevant pas d'un référentiel, avis d'expert :
24%, soit 4 dossiers ;
- référentiel jugé non adéquat ou obsolète :
29%, soit 5 dossiers dont :
 - 2 : dossiers de gériatrie
 - 1 : tumeur très agressive
- autre :
47%, soit 8 dossiers pour lesquels les précisions étaient les suivantes :
 - 4 : co-morbidités
 - 2 : état physique du patient
 - 2 : préférence du patient

INDICATEUR N°2 ADÉQUATION DE LA PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE AVEC LA PROPOSITION FAITE EN RCP

Question posée « La prise en charge thérapeutique est-elle en adéquation avec la proposition faite en RCP ? »

Données régionales globales toutes RCP confondues
Numérotation aléatoire des RCP et variable d'un graphique à l'autre

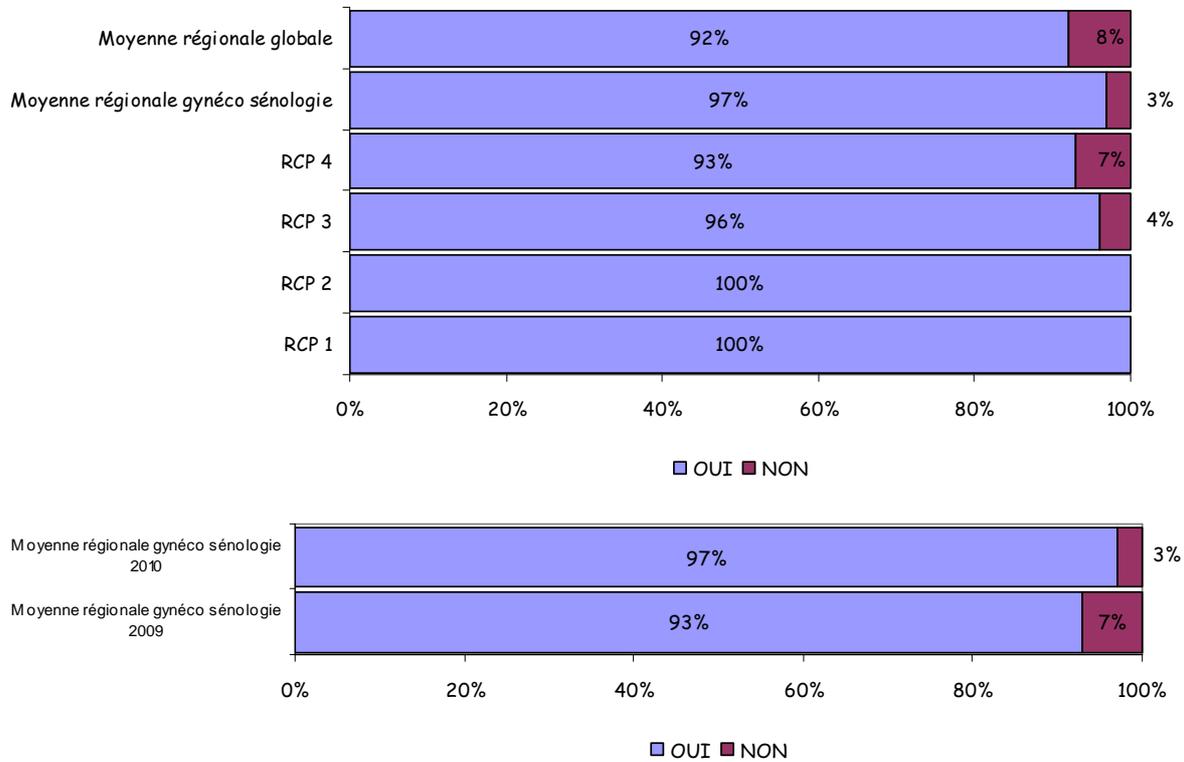


Commentaires : les propositions faites en RCP sont majoritairement suivies.

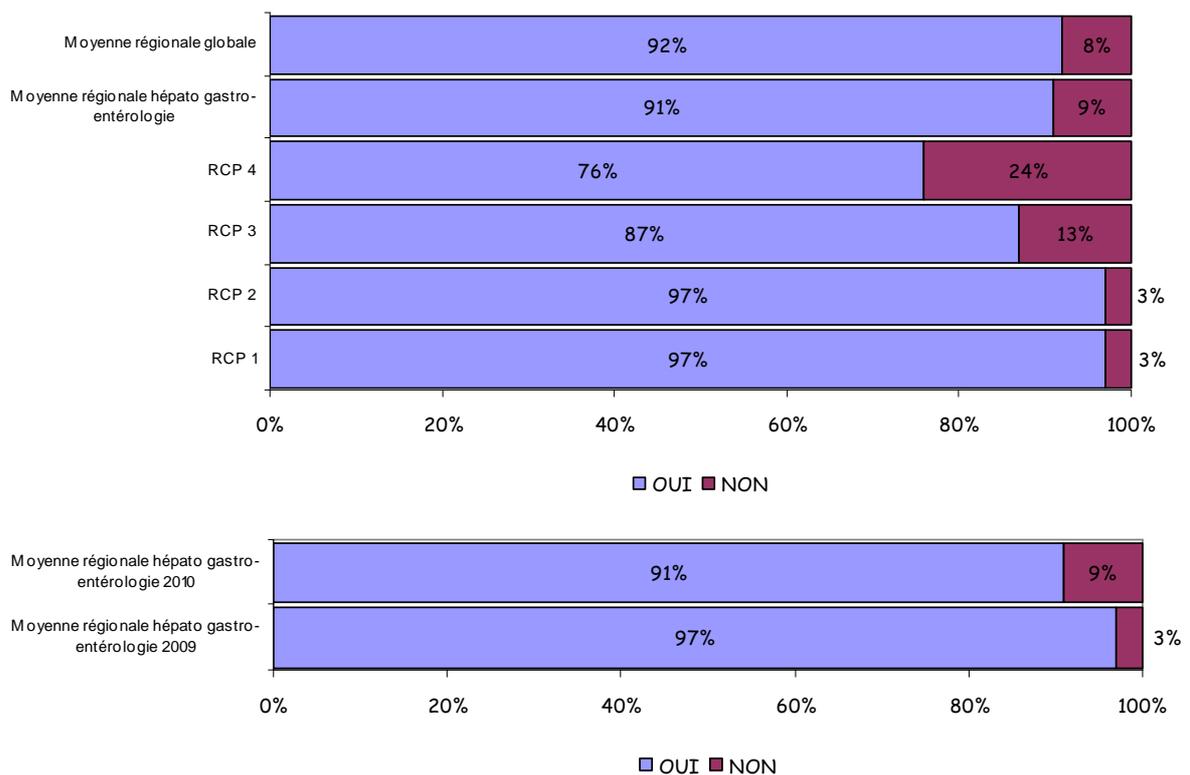
Données régionales par spécialité :

Numérotation aléatoire des RCP et variable d'un graphique à l'autre

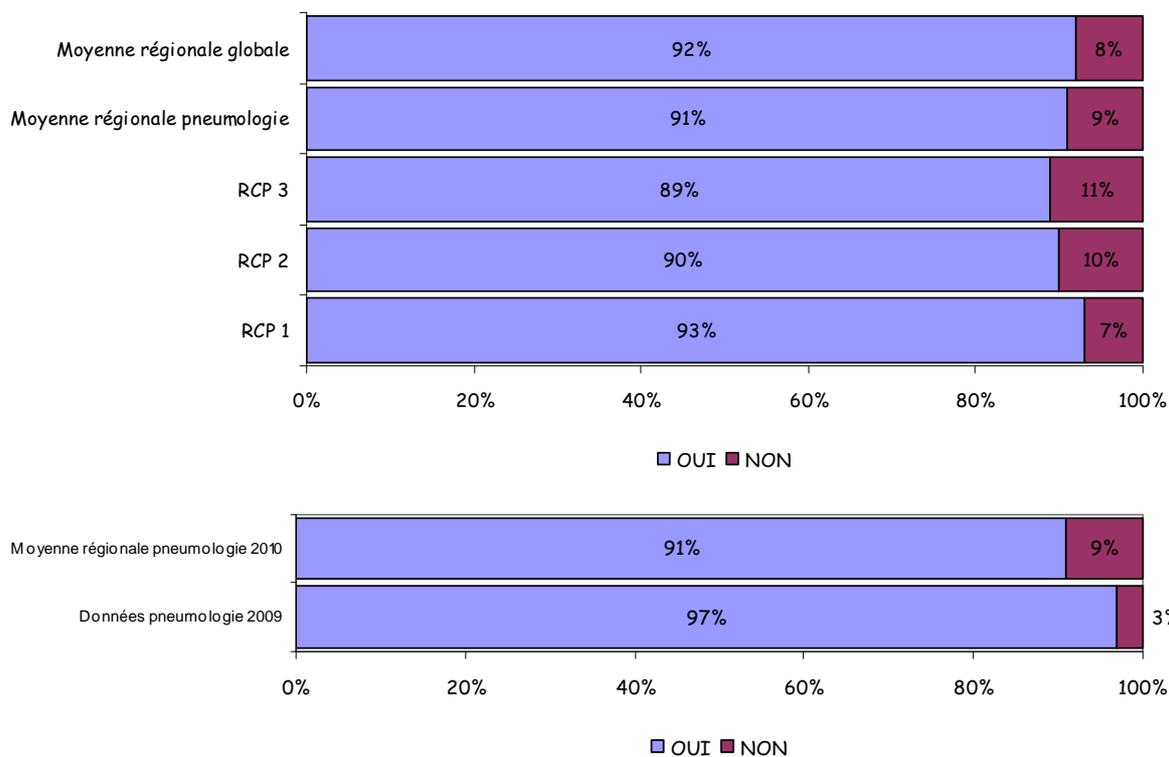
RCP de gynéco-sénologie :



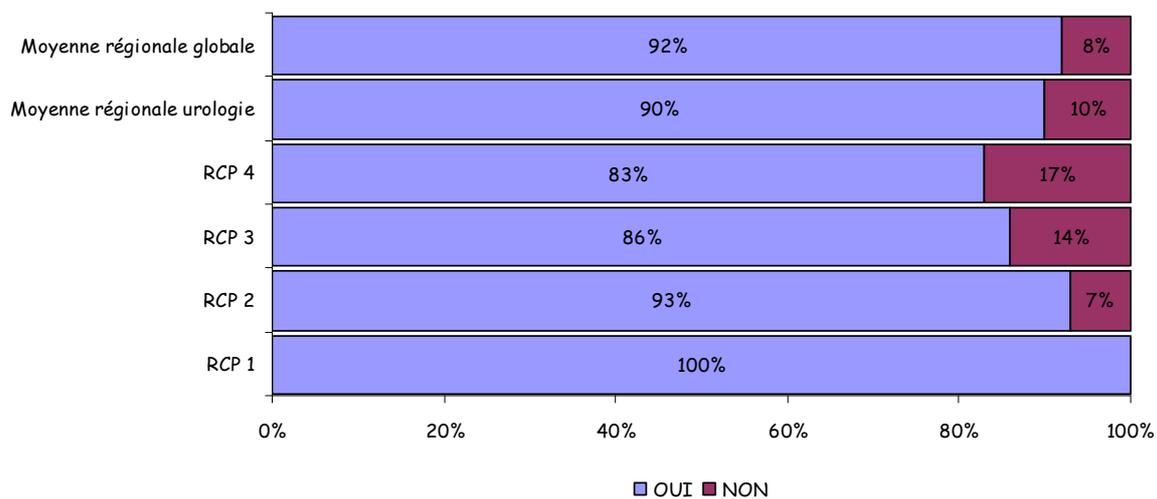
RCP d'hépto-gastro-entérologie :



RCP de pneumologie :



RCP d'urologie :

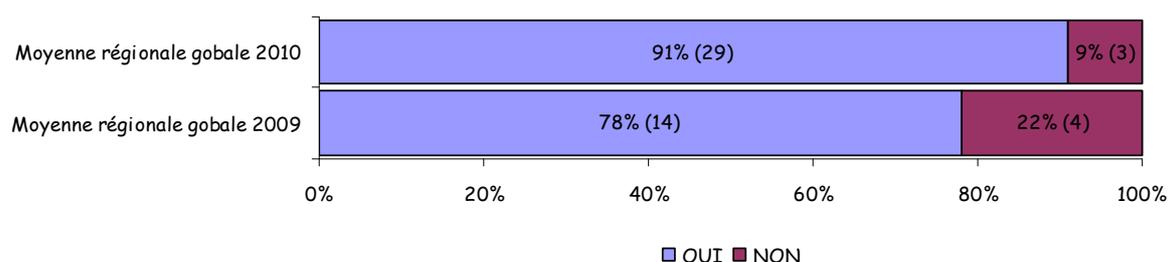
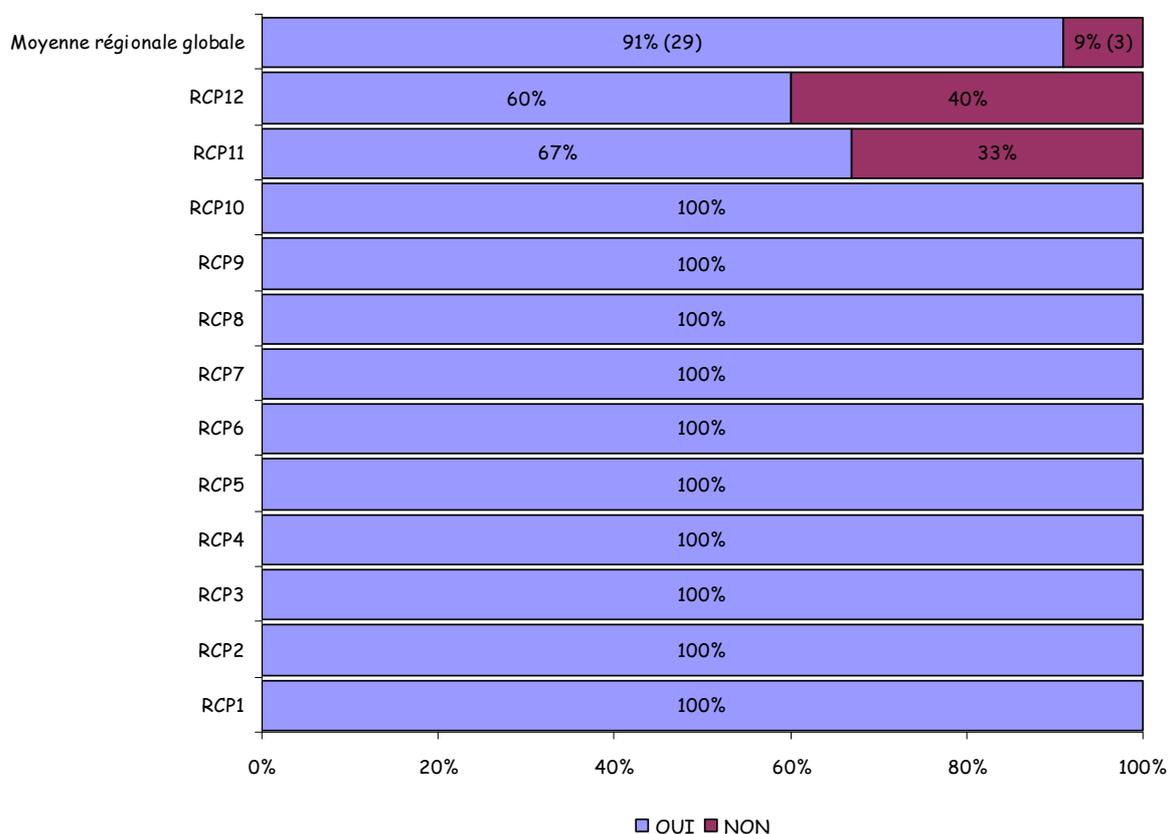


Commentaires : pas de différences notables selon les spécialités.

Question posée « La justification de la non adéquation entre la proposition faite en RCP et la prise charge thérapeutique est colligée en clair dans le dossier »

Données régionales globales toutes RCP confondues

Numérotation aléatoire des RCP et variable d'un graphique à l'autre



Commentaires : les résultats précédents indiquent que 8% (7.6% exactement) des prises en charge thérapeutiques ne sont pas en adéquation avec la proposition faite en RCP, ce qui représente 32 dossiers sur les 421 évalués.

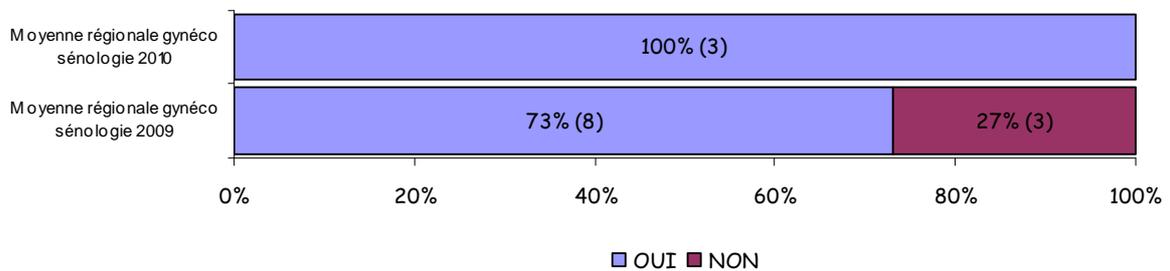
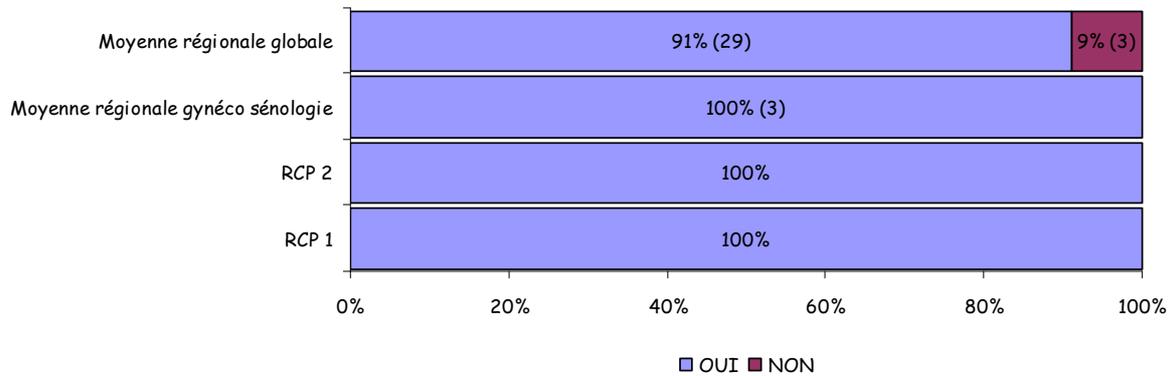
La justification, dans le dossier du patient, du non suivi de la proposition faite en RCP est présente pour 91% d'entre eux (soit 29 dossiers). Les cas où il n'y a pas d'explication sont donc minoritaires (3).

Évolution 2009-2010 : forte progression => + 13 points. Cette progression est importante puisque cette justification est une obligation médico-légale.

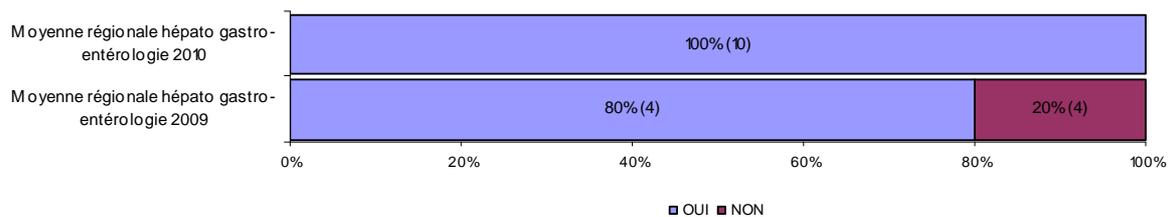
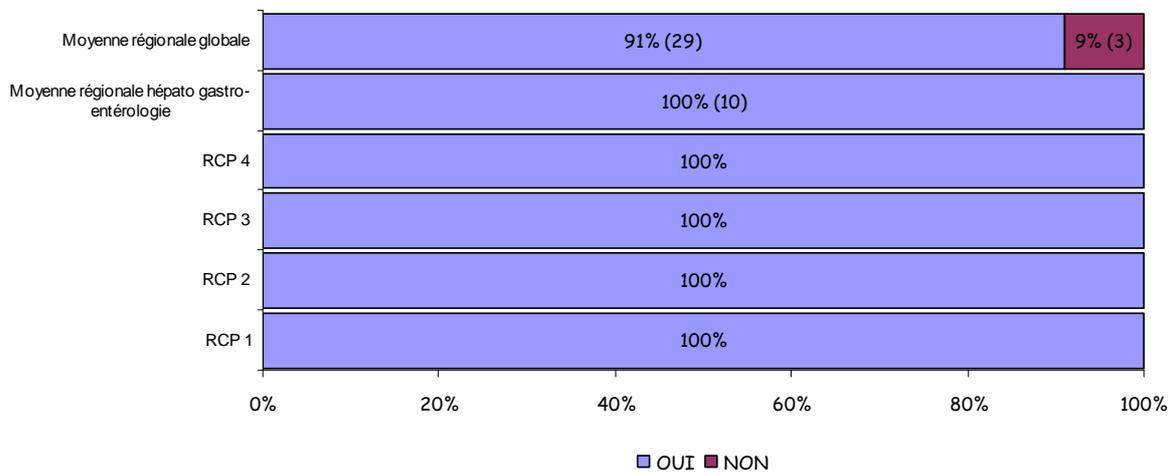
Données régionales par spécialité :

Numérotation aléatoire des RCP et variable d'un graphique à l'autre

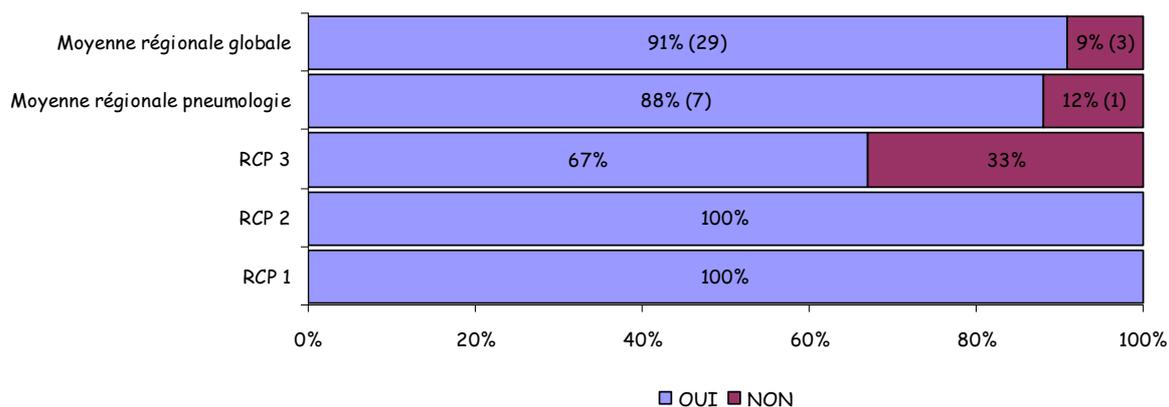
RCP de gynéco-sénologie :



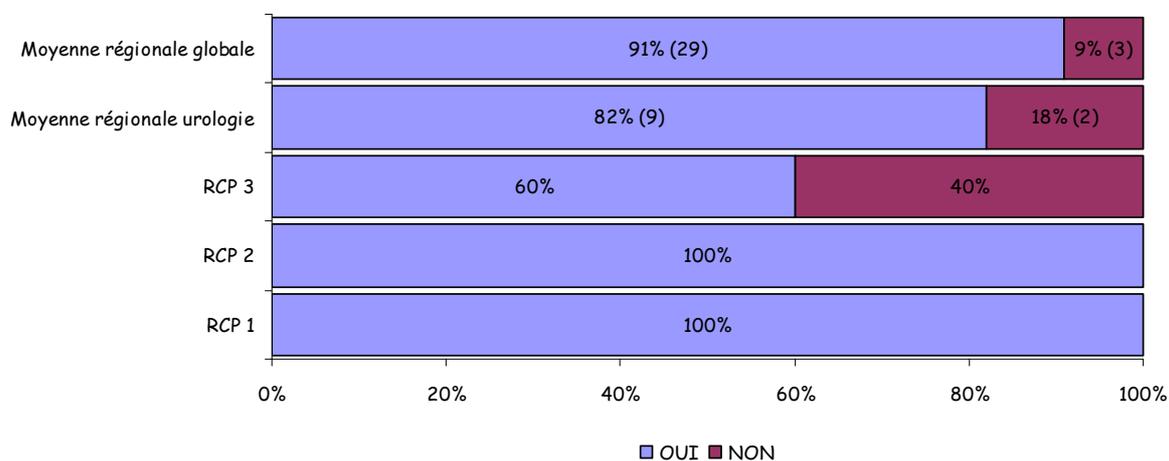
RCP d'hépto-gastro-entérologie :



RCP de pneumologie :



RCP d'urologie :



Commentaires

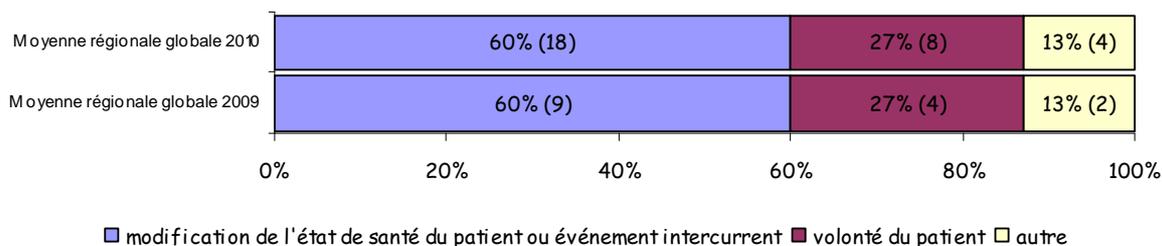
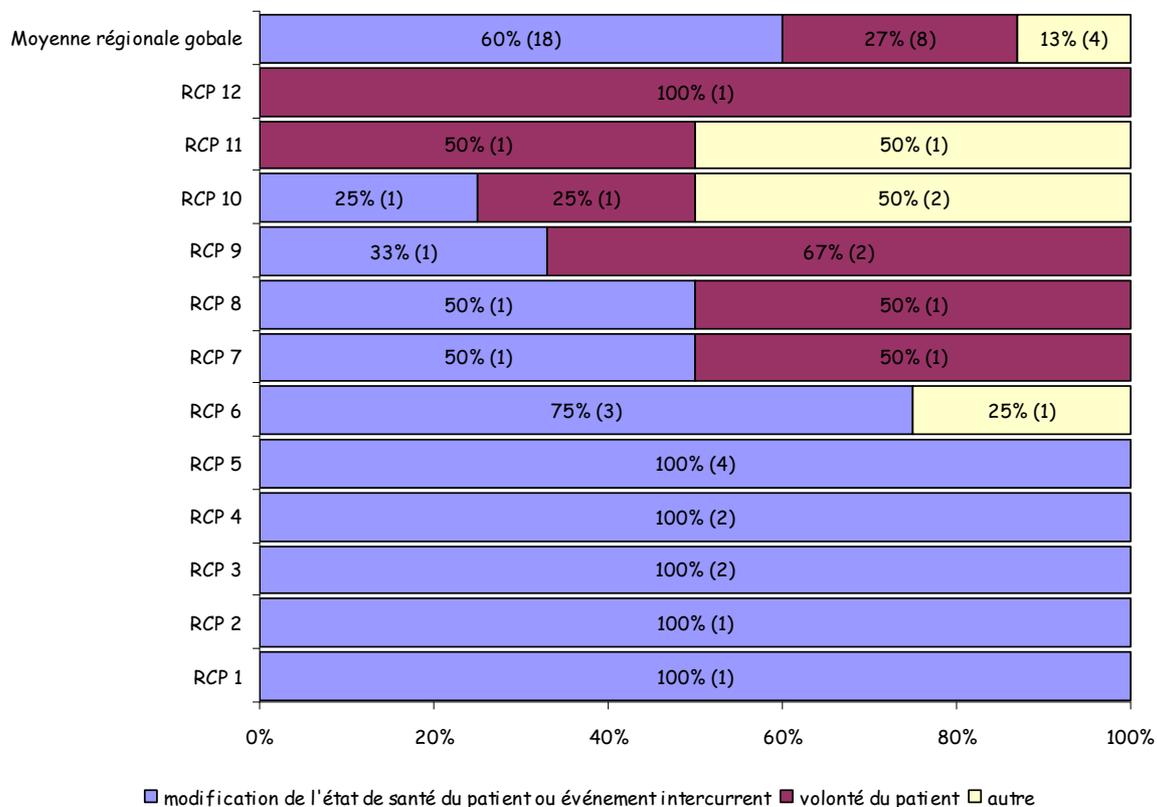
Gynéco-sénologie et hépato-gastro-entérologie : motifs du non suivi de la proposition de RCP systématiquement colligée en clair dans le dossier.

Pneumologie et urologie : motifs du non suivi non colligé respectivement pour 1 et 2 dossiers.

Question posée « Quels sont les motifs de la non adéquation entre la prise en charge thérapeutique et la proposition faite en RCP ? »

Données régionales globales toutes RCP confondues

Numérotation aléatoire des RCP et variable d'un graphique à l'autre



Commentaires : d'après les résultats de la question précédente, 3 dossiers (sur 32) ne mentionnaient pas en clair les raisons du non suivi de la proposition thérapeutique faite en RCP. Malgré cela, les motifs ont pu être retrouvés pour l'un de ces 3 dossiers.

La répartition des motifs pour les 30 est donc la suivante :

- 60% : modification de l'état de santé du patient ou événement intercurrent ;
- 27% : volonté du patient ;
- 13% : autre motif :

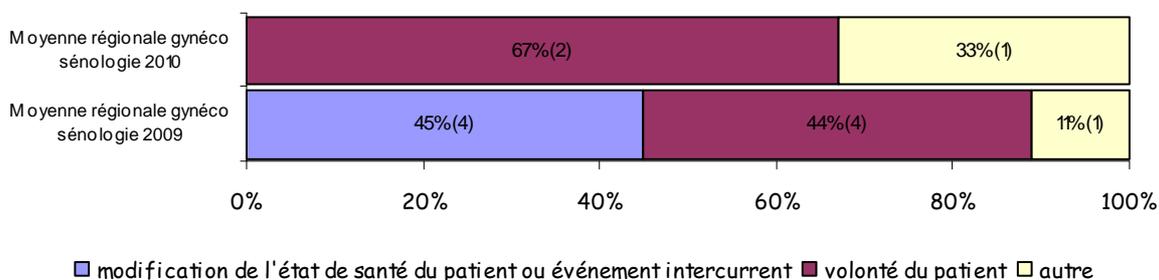
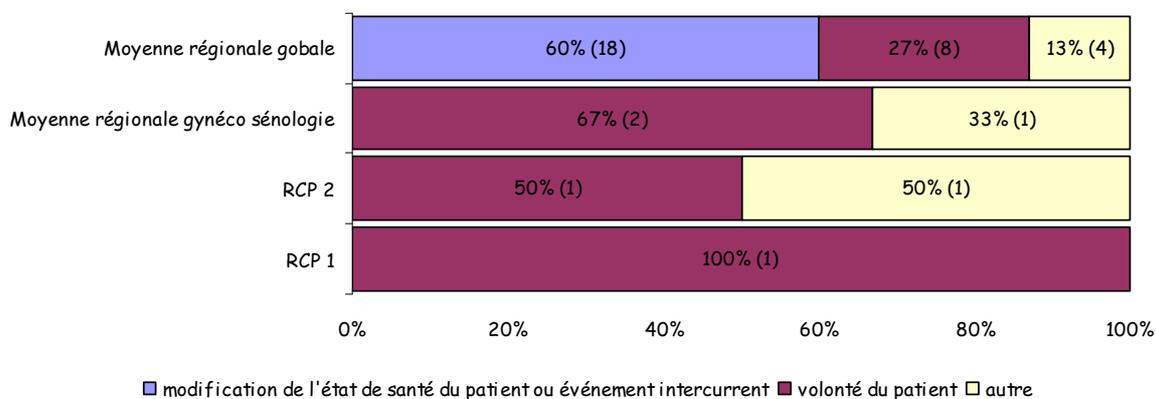
Globalement, les motifs de non suivi de la proposition de RCP sont majoritairement liés au patient (changement de son état de santé, choix du patient).

Évolution 2009-2010 : les résultats sont strictement identiques, sur un nombre total de dossier qui a doublé (15 en 2009 vs 30 en 2010).

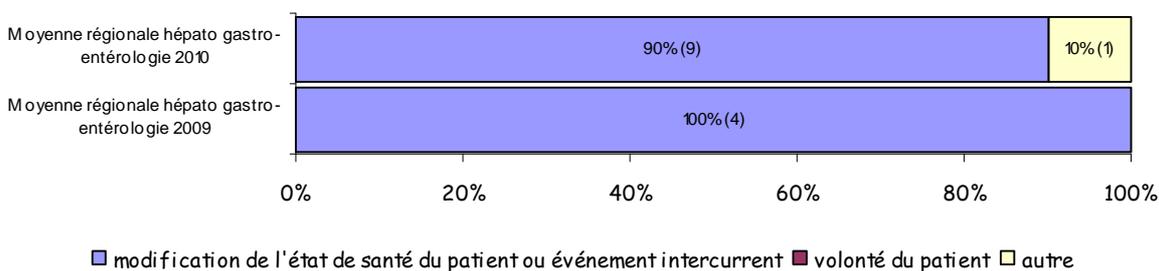
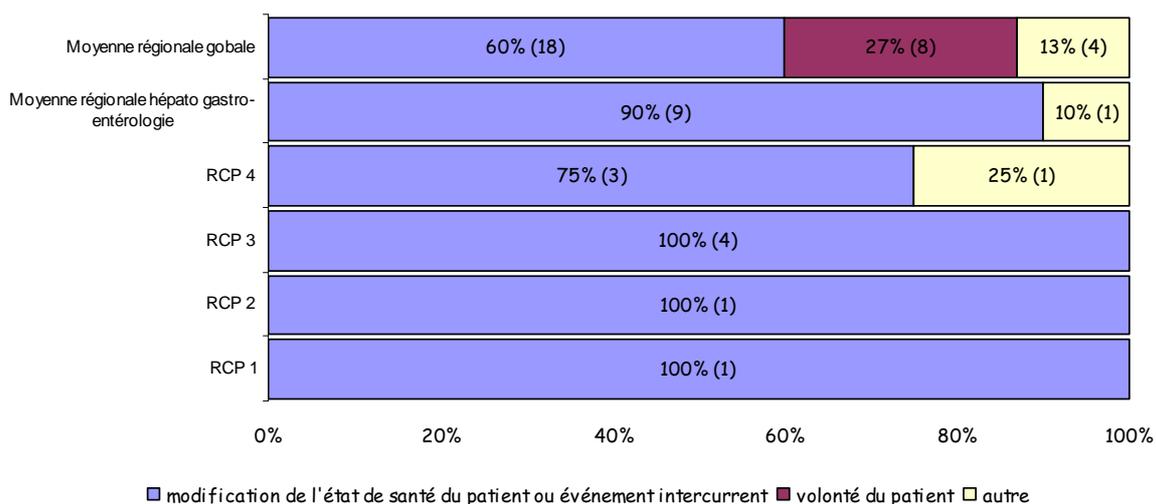
Données régionales par spécialité :

Numérotation aléatoire des RCP et variable d'un graphique à l'autre

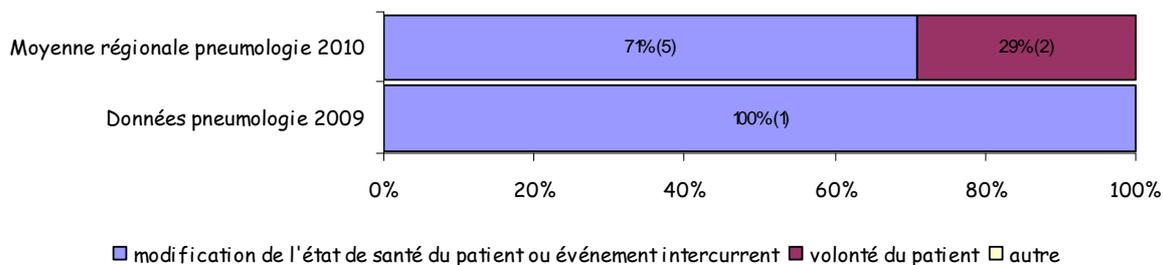
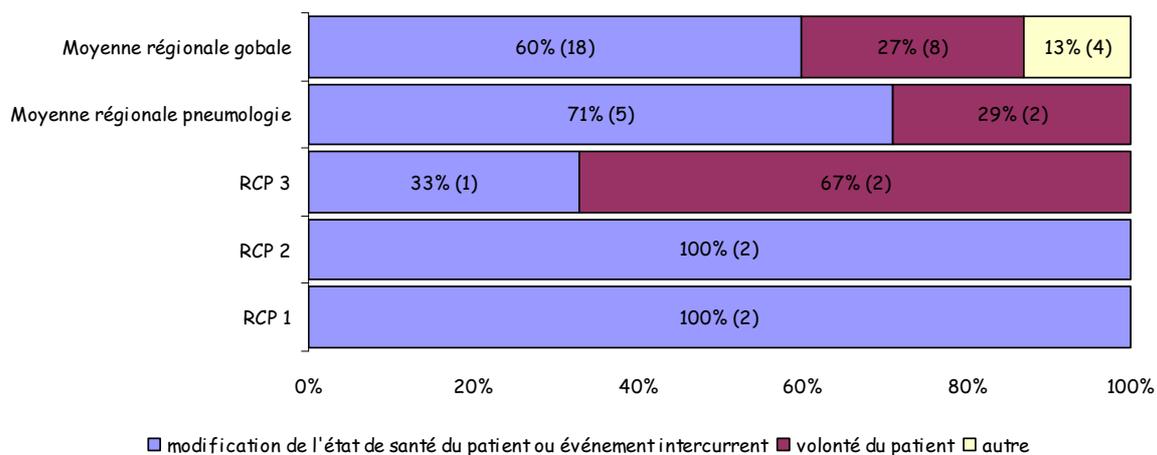
RCP de gynéco-sénologie :



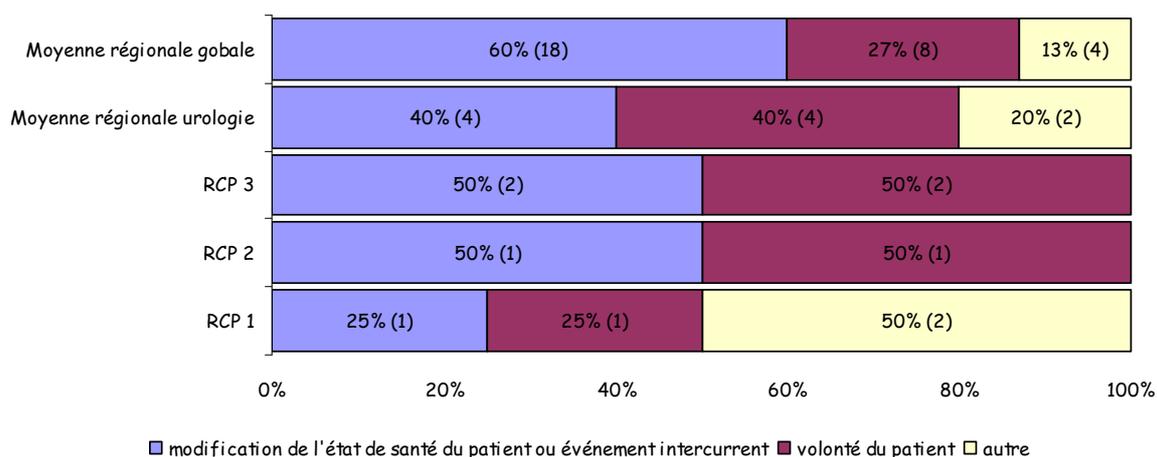
RCP d'hépto-gastro-entérologie :



RCP de pneumologie :



RCP d'urologie :



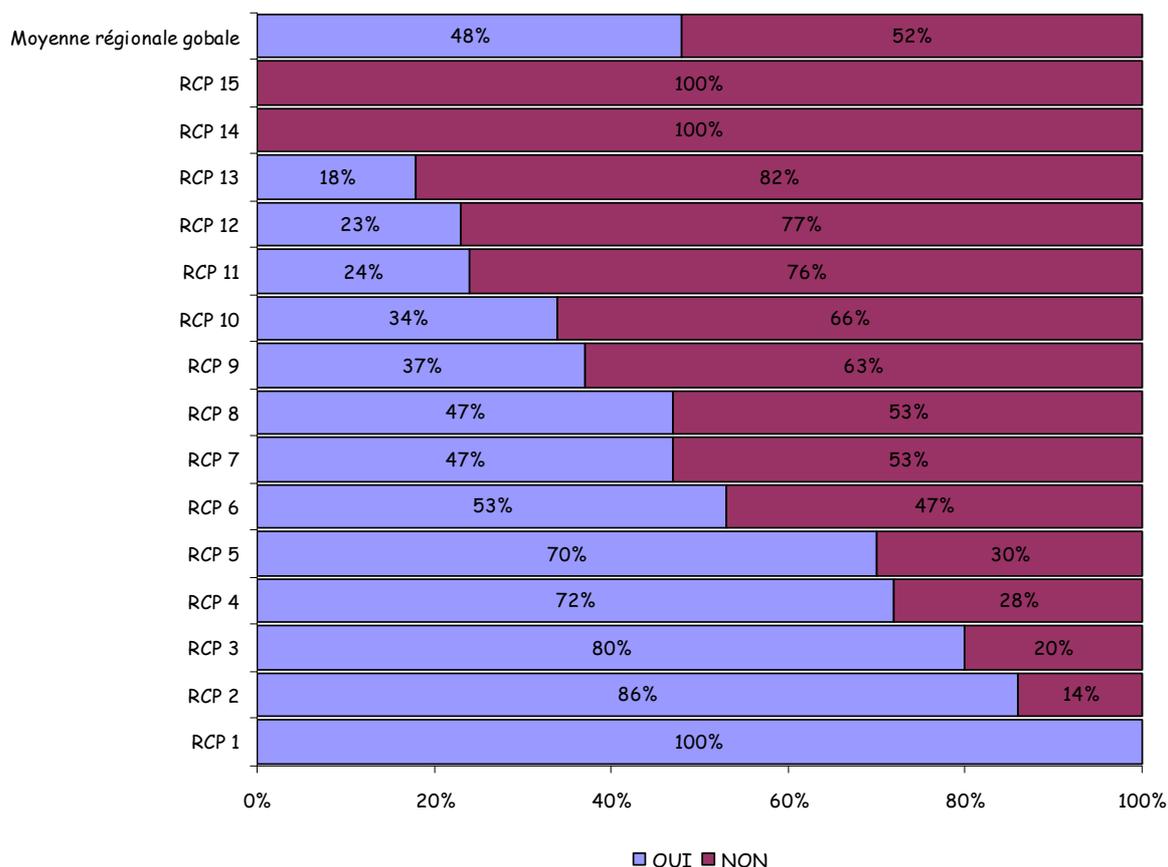
Commentaires : aucun motif prédominant en fonction des spécialités. Pour chacune, les motifs liés au patient sont majoritaires.

TRAÇABILITÉ DU DISPOSITIF D'ANNONCE

Question posée « le dossier du patient contient-il la trace d'un entretien spécifique avec un soignant ? »

Données régionales globales toutes RCP confondues

Numérotation aléatoire des RCP et variable d'un graphique à l'autre



Commentaires : moins de la moitié des dossiers évalués contiennent la trace d'un entretien spécifique avec un soignant, soit 221 sur 421.

100% des dossiers de 2 RCP n'ont aucune trace d'un tel entretien, 1 seule RCP en a une trace pour 100% des dossiers.

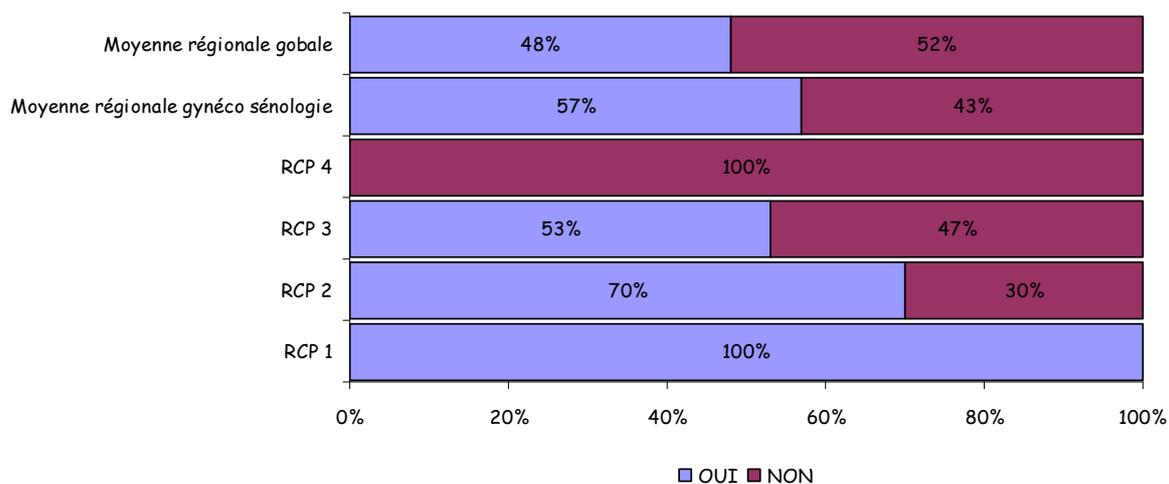
Attention : il convient de rappeler que 100% des patients doivent se voir proposer un tel entretien, mais en aucun cas cet entretien n'est une obligation, le patient peut le refuser. Cette possibilité du refus du patient a été omise dans le questionnaire de l'audit ; toutefois, à 4 reprises, il a été spécifié sur les grilles que le patient avait refusé un tel entretien.

Réellement, 217 dossiers (et non 221) ne tracent pas cet entretien. Toutefois, cette question n'ayant pas été intégrée dans l'audit, les réponses ont été considérées comme des non.

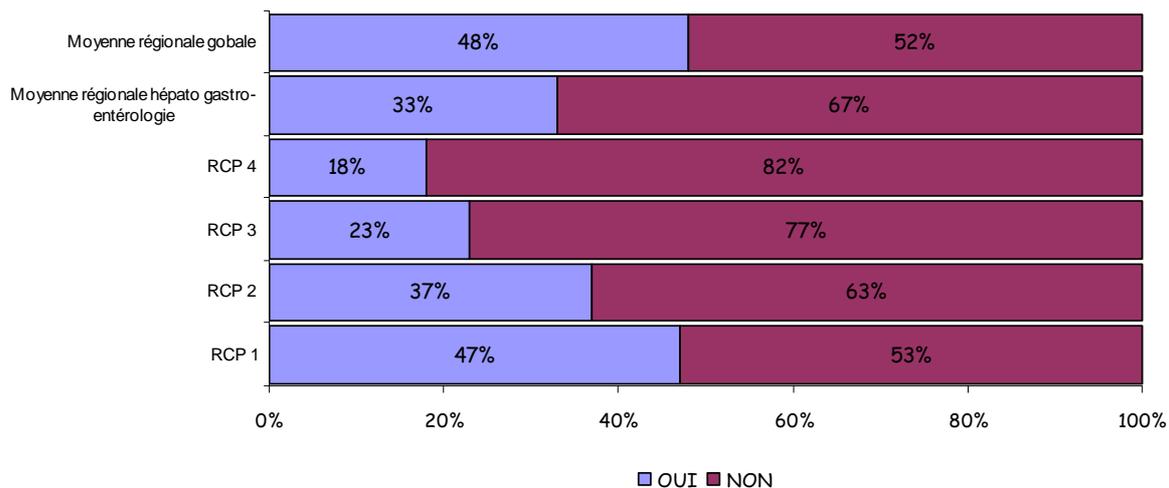
Données régionales par spécialité :

Numérotation aléatoire des RCP et variable d'un graphique à l'autre

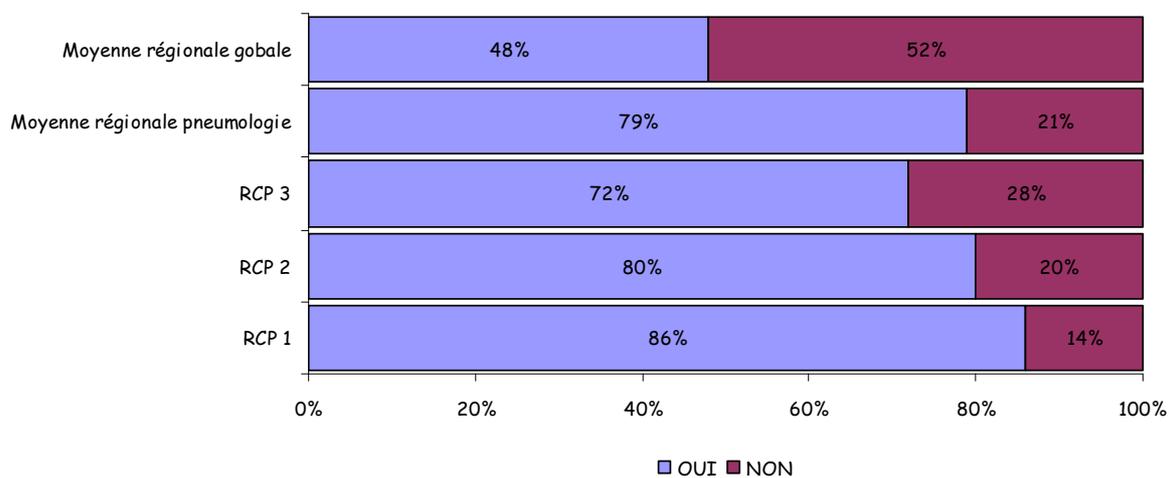
RCP de gynéco-sénologie :



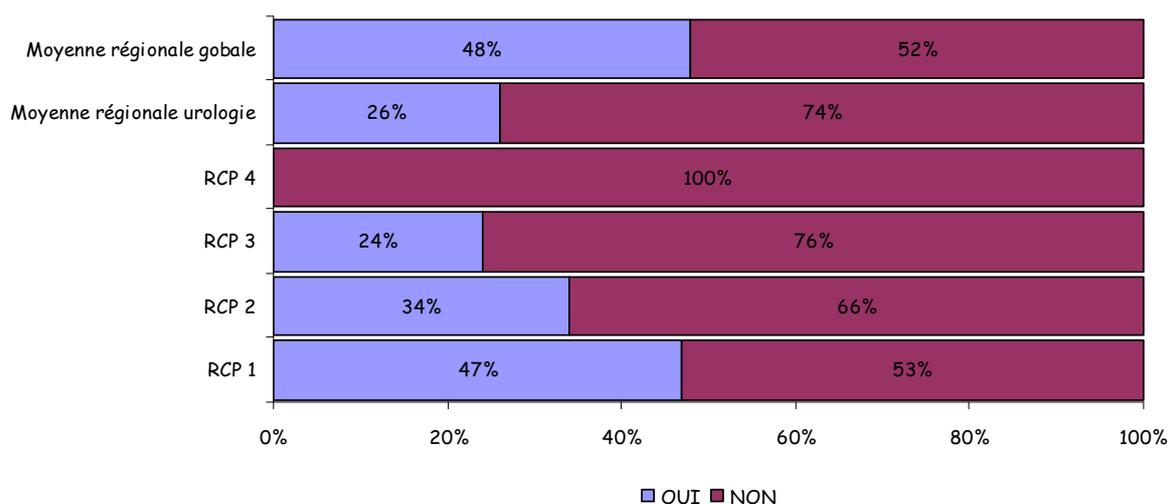
RCP d'hépatogastro-entérologie :



RCP de pneumologie :



RCP d'urologie :



Commentaires :

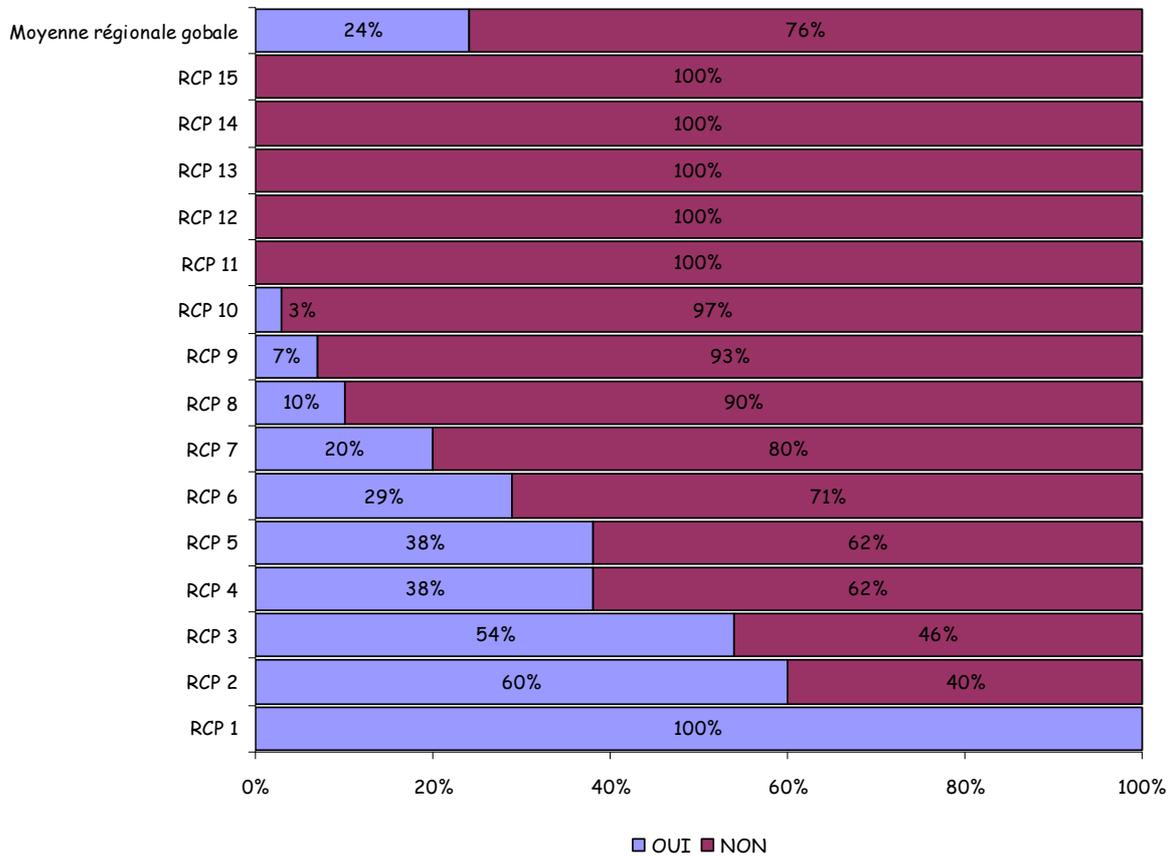
2 spécialités ont une moyenne supérieure à 50% : gynéco-sénologie (57%) avec une RCP à 0% et les autres supérieures à 50% et pneumologie (79%) avec toutes les RCP supérieures à 72%.
2 spécialités ont une moyenne inférieure à 35% : hépato-gastro-entérologie (33%) et urologie (26%) avec une RCP à 0%.

TRAÇABILITÉ DU PROGRAMME PERSONNALISÉ DE SOINS

Question posée « le dossier du patient mentionne-t-il qu'un PPS a été remis au patient ? »

Données régionales globales toutes RCP confondues

Numérotation aléatoire des RCP et variable d'un graphique à l'autre

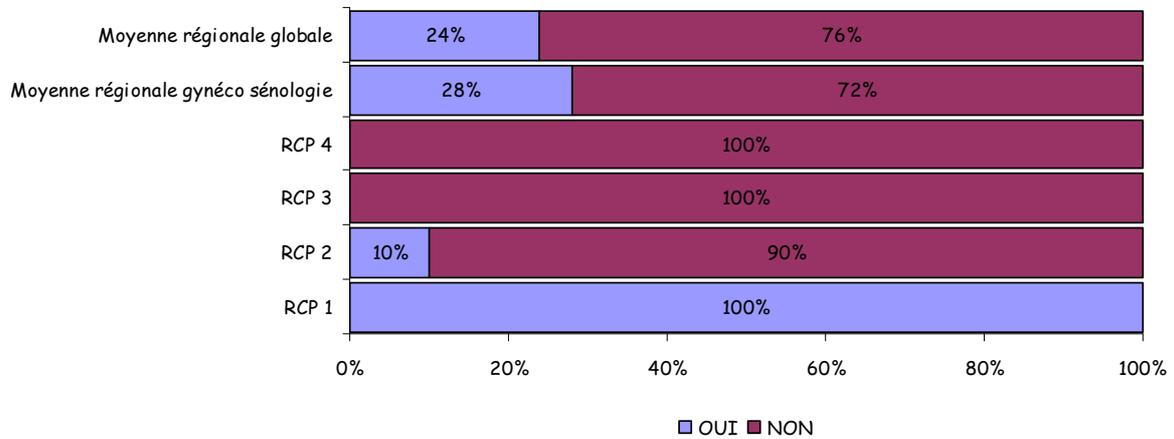


Commentaires : moins d'un quart des dossiers évalués (24%, soit 99 dossiers) mentionnent qu'un PPS a été remis au patient, avec 5 RCP (2/3) qui n'en ont aucune trace et une seule qui en a la trace pour l'ensemble des dossiers.

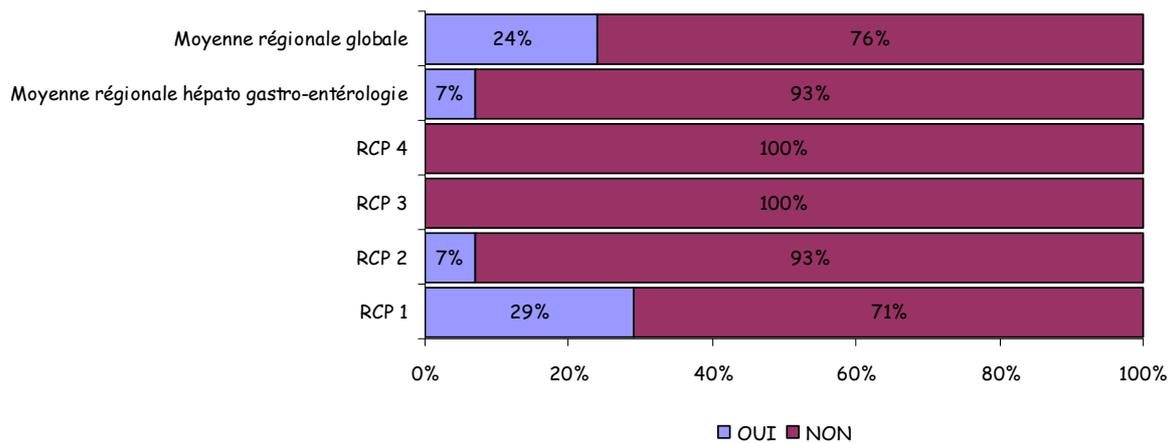
Données régionales par spécialité :

Numérotation aléatoire des RCP et variable d'un graphique à l'autre

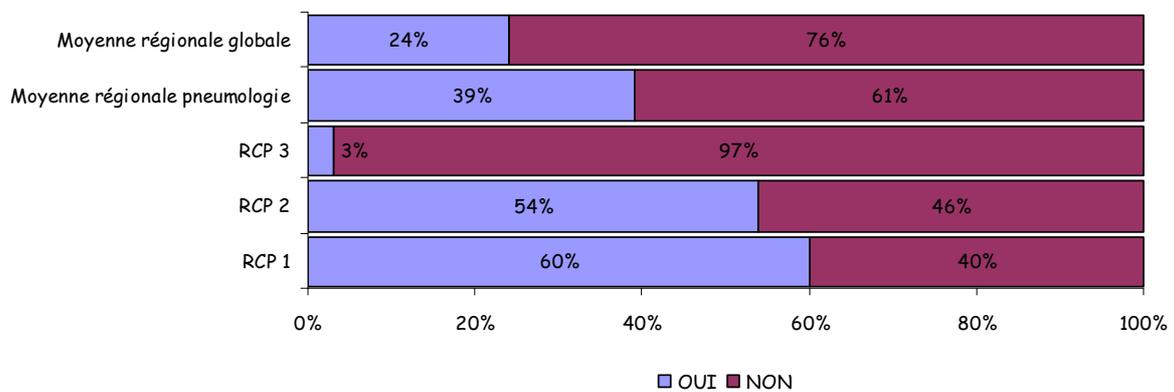
RCP de gynéco-sénologie :



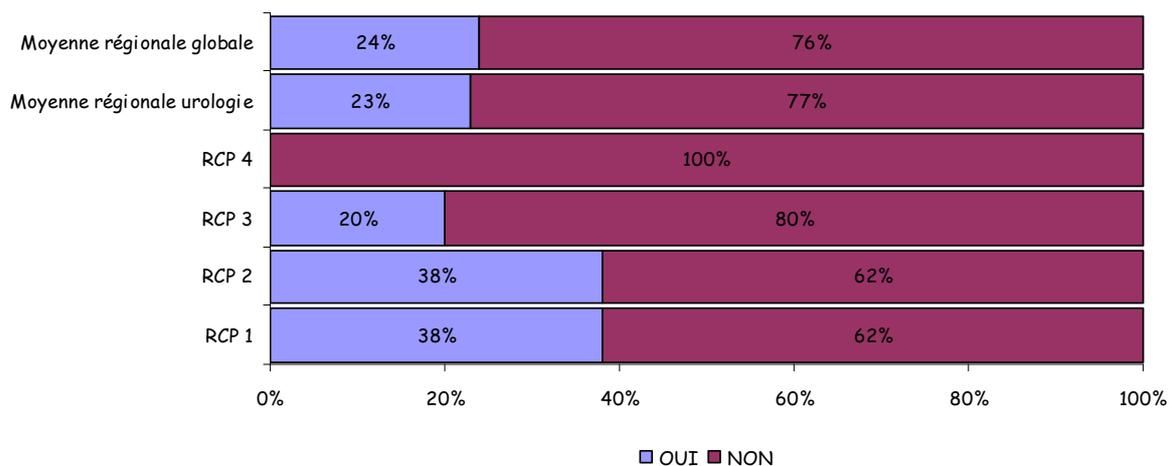
RCP d'hépto-gastro-entérologie :



RCP de pneumologie :



RCP d'urologie :



Commentaires : toutes les spécialités ont des RCP dans lesquelles aucun dossier ne mentionne la remise d'un PPS au patient.
Aucune spécialité ne dépasse une moyenne de 40%.

SYNTHÈSE GÉNÉRALE

Quorum

Très bon respect du quorum avec une moyenne supérieure à 80% (objectif sur lequel s'est engagé chaque 3C).

Bonne progression par rapport à 2009 (+8 points) avec notamment une diminution (-7 points) des dossiers dans lesquels le quorum n'est pas précisé.

Adéquation des référentiels régionaux

Les référentiels régionaux sont très majoritairement suivis et de manière homogène parmi les différentes spécialités.

Les référentiels régionaux couvrent la quasi-totalité des situations cliniques dans les spécialités représentées dans cette enquête.

Suivi des propositions de RCP

Les traitements mis en oeuvre sont très majoritairement conformes aux décisions de RCP dans toutes les spécialités évaluées.

Les inadéquations non justifiées restent l'exception (3 dossiers sur 29) et sont en diminution par rapport à 2009 (9% vs 24%).

Les motifs de ces non-adéquations sont majoritairement liés aux patients : modification de son état de santé ou volonté du patient.

Dispositif d'annonce – entretien spécifique avec un soignant

Il manquait à cet item la possibilité de répondre que le patient avait refusé l'entretien et que ce refus était tracé dans le dossier du patient. Cette trace de refus a néanmoins été signalée par 4 RCP : au total 4 refus tracés, ils ont néanmoins été comptabilisés comme un non.

Toutefois, plus de la moitié des dossiers ne contenait aucune trace d'entretien spécifique avec un soignant dans le cadre du dispositif d'annonce.

Programme Personnalisé de Soins

Cet item contient les plus mauvais résultats de l'audit. Il y a une très forte marge de progression : seuls 24% des dossiers audités ont la trace de la remise du PPS au patient.

Pour mémoire, le Plan Cancer 2 stipule dans sa mesure 18, action 18.1 « Faire bénéficier 80% des patients au moins d'un programme personnalisé de soins »

Classement par spécialités

Scores moyens régionaux pour les 10 principales questions de l'audit

Ne sont comptabilisées dans le tableau ci-dessous que les 10 questions principales de cet audit :

- atteinte du quorum
- inscription du nom des participants sur la fiche RCP
- inscription de la spécialité des participants sur la fiche RCP
- présence de la fiche RCP dans le dossier du patient
- adéquation de la proposition de RCP au référentiel régional
- la fiche RCP permet-elle de répondre à la question de l'adéquation au référentiel
- adéquation de la prise en charge thérapeutique à la proposition de RCP
- justification de la non adéquation colligée en clair dans le dossier
- traçabilité de l'entretien spécifique avec un soignant dans le cadre du dispositif d'annonce dans le dossier
- traçabilité de la remise du PPS au patient dans le dossier

Les chiffres ci-dessous correspondent au nombre de questions (parmi les 10 énumérées ci-dessus) pour lesquelles la moyenne régionale par spécialité se situe dans la tranche indiquée.

Spécialités / Scores	> 95%	> 90%	> 80%	entre 79 et 65%	entre 50 et 64%	entre 36 et 49%	< 35%	Total
Gynéco sénologie	8				1		1	10
Hépto-gastro-entérologie	3	2	2	1			2	10
Pneumologie	4	2	1	2		1		10
Urologie	1	4	2	1			2	10
Total par tranche	16	8	5	4	1	1	5	40
	29			5		6		
Taux	72,5%			12,5%		15%		100%

Pour chaque spécialité, 70% réponses ont une moyenne supérieure à 80% avec une mention spéciale pour la gynéco-sénologie pour qui ces 70% se situent au dessus de 95%.

Pour toutes les spécialités, les 2 moins bons résultats concernent toujours les items « dispositif d'annonce » et « PPS ».

Conclusion :

Ce 2^{ème} audit souligne à nouveau l'efficacité de mise en oeuvre des mesures qualité régionales de prise en charge des patients atteints de cancer. Un travail important de traçabilité doit néanmoins être mené dans les domaines du dispositif d'annonce et du PPS.

Le Groupe Régional d'Évaluation des Pratiques Professionnels (GREPP) a proposé en 2011 une fiche de suivi des différentes étapes jalonnant le parcours du patient. Cette fiche qui se conserve dans le dossier du patient permet également de tracer ces étapes.

Si le nombre de RCP auditées globalement et par spécialité ne permet toujours pas de tirer de réelles conclusions régionales, on constate néanmoins une progression positive sur chacun des items qui figuraient déjà dans l'audit 2009 et les tendances qui avaient été ébauchées se confirment.

ANNEXE
-
PROTOCOLE DE L'AUDIT



MISE EN PLACE D'UN AUDIT CLINIQUE CIBLÉ RELATIF AUX
RÉUNIONS DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE ET A LA
TRACABILITÉ DE L'INFORMATION DU PATIENT DANS LA
RÉGION CENTRE

- 2010 -

SOMMAIRE

I	LE RATIONNEL DE L'AUDIT_____	p. 3
II	LE PROTOCOLE D'AUDIT_____	p. 4
III	LES MODALITÉS DE RECUEIL ET DE TRAITEMENT DES DONNÉES _____	p. 6
	ANNEXES_____	p. 7
	ANNEXE I LA GRILLE DE RECUEIL DE DONNÉES_____	p. 8
	ANNEXE II LE GUIDE DE PRÉPARATION DES GRILLES DE RECUEIL_____	p. 11

I. LE RATIONNEL DE L'AUDIT

La RCP, lieu d'échanges entre spécialistes de plusieurs disciplines sur les stratégies diagnostiques et thérapeutiques, constitue un élément essentiel de l'organisation des soins en cancérologie. Son évaluation doit permettre de rendre compte d'une amélioration continue de la qualité des soins et, in fine, du service médical rendu au patient.

I.1. La forme et l'objet de l'audit

Cette évaluation est réalisée sous la forme d'un audit clinique ciblé. Elle comporte 2 niveaux :

- Le niveau 1 auquel chaque 3 C doit répondre reprend les 2 indicateurs évalués en 2009 auxquels s'ajoute une question concernant la traçabilité de la RCP. Les 2 indicateurs sont les suivants :

⇒ Adéquation entre la proposition thérapeutique faite en RCP et le référentiel régional

⇒ Adéquation entre la prise en charge thérapeutique et la proposition faite en RCP

- Le niveau 2 est facultatif. Il comporte uniquement 2 questions relatives au dispositif d'annonce et au programme personnalisé de soins (PPS). Ce niveau 2 reste peu chronophage et conçu pour ne pas avoir à sortir d'autres documents que ceux nécessaires pour le niveau 1.

I.2. L'objectif de l'audit

L'objectif principal de cette évaluation est d'améliorer la qualité des RCP selon les critères précisés dans le Plan cancer I et la circulaire du 22.02.2005 : notamment pour les indicateurs du niveau 1.

Les questions du niveau 2 permettent un début d'évaluation sur la traçabilité de l'information donnée au patient.

Ces audits s'inscrivent complètement dans le Plan cancer II et notamment :

=> mesure 19 : renforcer la qualité des prises en charge pour tous les malades atteints de cancer :

Action 19.1 : généraliser l'accès aux mesures transversales lancées par le Plan cancer précédent, améliorant la qualité de toute prise en charge en cancérologie.

Les résultats de cette évaluation établiront une vision régionale de la mise en oeuvre des mesures qualité en cancérologie et permettront de cibler les actions à entreprendre pour améliorer la qualité des pratiques professionnelles.

I.3. Les actions d'amélioration envisageables

⇒ Adéquation entre la proposition thérapeutique faite en RCP et le référentiel régional

- amélioration de la mise à disposition du référentiel

- amélioration de la mise à jour du référentiel

- amélioration de la connaissance du référentiel

- amélioration de la facilité d'utilisation du référentiel

⇒ Adéquation entre la prise en charge thérapeutique et la proposition faite en RCP

- amélioration de la mise à disposition des fiches de RCP

- amélioration de la qualité de la justification du changement de thérapeutique par rapport à la proposition de RCP (obligation légale)

I.4. La validation d'EPP et la réponse à l'un des critères de la V 2010

Hormis l'intérêt même que représente la participation à l'amélioration de la qualité des RCP et des pratiques professionnelles, la réalisation de ces audits, permet aux médecins participant régulièrement aux RCP (8 à 10 fois par an), de satisfaire à leur obligation d'EPP.

Cela permet également d'anticiper les futures obligations réglementaires et notamment dans le cadre de la certification V 2010 dont la référence 28 a pour objet l'évaluation des pratiques professionnelles et le critère 28a. mentionne les RCP.

II. LE PROTOCOLE D'AUDIT

II.1. Champ d'application

L'évaluation concerne les RCP suivantes :

- Gynéco-sénologie ;
- Digestif ;
- Thoracique ;
- ORL ;
- Urologie.

II.2. Critères d'inclusion

- Patient pour lequel il s'agit d'une prise en charge initiale – premier passage en RCP (recherche des éléments suivants dans la fiche de RCP) :
 - Date de 1^{er} examen d'anatomopathologie inférieure à 3 mois par rapport à la date de la RCP ;
 - Pas de traitement antérieur ;
 - Pas de notion de récurrence ;
- Patient traité dans le 3 C ;
- Patient non inclus dans un essai thérapeutique ;
- Primitif connu :
 - Si le TNM est renseigné : T ≠ 0 ;
 - Si le TNM n'est pas renseigné : la lésion objet de la RCP ne doit pas être qualifiée de lésion secondaire ou de métastase ;
- Décision thérapeutique (à l'exclusion des décisions suivantes : « abstention thérapeutique », « surveillance seule », « soins de support seuls »)

II.3. Type d'étude

Rétrospective de cas consécutifs.

II.4. Taille de l'échantillon

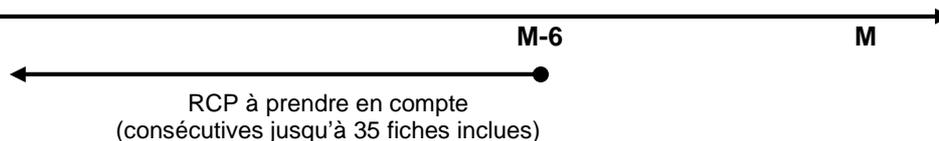
Pour être représentatif, l'échantillon doit être de 30 dossiers par RCP, excepté pour les RCP d'ORL pour lesquelles l'échantillon est de 20 dossiers.

II.5. Période observée

Mois de la mise en place de l'audit : M ;

Fin de la période observée : M – 6, en remontant ensuite dans le temps ;

Temps



Ex : en se basant sur le calendrier 2010 avec comme hypothèse, une RCP qui se déroule tous les jeudis :

Mise en place de l'audit : novembre (prendre en compte le 1^{er} du mois) ;

Fin de la période observée : 1^{er} mai ;

1^{ère} RCP à prendre en compte : RCP du jeudi 29 avril ;

2^e RCP à prendre en compte (si la 1^{ère} ne totalise pas les 35 inclusions) : RCP du jeudi 22 avril

....et ainsi de suite.

II.6. Sources de données

- Fiches de RCP ;
- Dossiers patients ;
- Référentiels OncoCentre, dont les référentiels nationaux utilisés par OncoCentre.

II.7. Auditeurs

- Nombre requis : 2 ;
- Qualification :
 - 1 élément du quorum ;
 - 1 de l'équipe d'EPP ou 1 médecin DIM ou médecin coordinateur du 3 C.

III. LES MODALITÉS DE RECUEIL ET DE TRAITEMENT DES DONNÉES

Les modalités de recueil des données qui sont précisées ci-dessous pourront être adaptées en fonction des moyens de chaque 3 C et de l'organisation des établissements.

III.1. Le recueil des données

a. étape 1 : la secrétaire 3 C (voir ANNEXE II)

- Sélectionne 35 fiches RCP selon les critères d'inclusion ;
- Remplit, pour chaque fiche RCP dont le patient répond aux critères, la partie « renseignements généraux » de la grille de recueil « patient » ;
- Remplit la partie « renseignements relatifs à la RCP » de la grille de recueil « RCP » (1 seule par RCP évaluée) ;
- Transmet les fiches RCP et les grilles correspondantes à qui de droit pour sortir les dossiers.

b. étape 2 : la secrétaire du service

- Sort les dossiers correspondant aux fiches RCP ;
- Rassemble la grille de recueil « patient », la fiche RCP et le dossier correspondant pour transmission aux auditeurs.

c. étape 3 : les auditeurs

- Vérifient que les critères d'inclusion sont respectés ;
- Saisissent 30 grilles de recueil « patient » niveau 1 et niveau 2, le cas échéant ;
- Remplissent la partie « renseignements relatifs aux auditeurs » de la grille de recueil « RCP ».

d. étape 4 : la secrétaire 3 C

- Récupère les grilles remplies et les transmet à la cellule de coordination d'OncoCentre.

Pour une RCP auditée, doivent donc être transmises au réseau :

- 1 grille de recueil « RCP » ;
- 30 grilles de recueil « patient » remplies pour le niveau 1 et pour le niveau 2, le cas échéant ;

III.2. Le traitement des données

OncoCentre sera chargé d'analyser toutes les grilles de recueil pour en faire une synthèse. Cette synthèse sera adressée au 3 C pour validation.

ANNEXES



MISE EN PLACE D'UN AUDIT CLINIQUE CIBLÉ RELATIF AUX
RÉUNIONS DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE ET A LA
TRACABILITÉ DE L'INFORMATION DU PATIENT DANS LA
RÉGION CENTRE

- 2010 -

SOMMAIRE

I	LE RATIONNEL DE L'AUDIT_____	p. 3
II	LE PROTOCOLE D'AUDIT_____	p. 4
III	LES MODALITÉS DE RECUEIL ET DE TRAITEMENT DES DONNÉES _____	p. 6
	ANNEXES_____	p. 7
	ANNEXE I LA GRILLE DE RECUEIL DE DONNÉES_____	p. 8
	ANNEXE II LE GUIDE DE PRÉPARATION DES GRILLES DE RECUEIL_____	p. 11

IV. LE RATIONNEL DE L'AUDIT

La RCP, lieu d'échanges entre spécialistes de plusieurs disciplines sur les stratégies diagnostiques et thérapeutiques, constitue un élément essentiel de l'organisation des soins en cancérologie. Son évaluation doit permettre de rendre compte d'une amélioration continue de la qualité des soins et, in fine, du service médical rendu au patient.

IV.1. La forme et l'objet de l'audit

Cette évaluation est réalisée sous la forme d'un audit clinique ciblé. Elle comporte 2 niveaux :

- Le niveau 1 auquel chaque 3 C doit répondre reprend les 2 indicateurs évalués en 2009 auxquels s'ajoute une question concernant la traçabilité de la RCP. Les 2 indicateurs sont les suivants :

⇒ Adéquation entre la proposition thérapeutique faite en RCP et le référentiel régional

⇒ Adéquation entre la prise en charge thérapeutique et la proposition faite en RCP

- Le niveau 2 est facultatif. Il comporte uniquement 2 questions relatives au dispositif d'annonce et au programme personnalisé de soins (PPS). Ce niveau 2 reste peu chronophage et conçu pour ne pas avoir à sortir d'autres documents que ceux nécessaires pour le niveau 1.

IV.2. L'objectif de l'audit

L'objectif principal de cette évaluation est d'améliorer la qualité des RCP selon les critères précisés dans le Plan cancer I et la circulaire du 22.02.2005 : notamment pour les indicateurs du niveau 1.

Les questions du niveau 2 permettent un début d'évaluation sur la traçabilité de l'information donnée au patient.

Ces audits s'inscrivent complètement dans le Plan cancer II et notamment :

=> mesure 19 : renforcer la qualité des prises en charge pour tous les malades atteints de cancer :

Action 19.1 : généraliser l'accès aux mesures transversales lancées par le Plan cancer précédent, améliorant la qualité de toute prise en charge en cancérologie.

Les résultats de cette évaluation établiront une vision régionale de la mise en oeuvre des mesures qualité en cancérologie et permettront de cibler les actions à entreprendre pour améliorer la qualité des pratiques professionnelles.

IV.3. Les actions d'amélioration envisageables

⇒ Adéquation entre la proposition thérapeutique faite en RCP et le référentiel régional

- amélioration de la mise à disposition du référentiel

- amélioration de la mise à jour du référentiel

- amélioration de la connaissance du référentiel

- amélioration de la facilité d'utilisation du référentiel

⇒ Adéquation entre la prise en charge thérapeutique et la proposition faite en RCP

- amélioration de la mise à disposition des fiches de RCP

- amélioration de la qualité de la justification du changement de thérapeutique par rapport à la proposition de RCP (obligation légale)

IV.4. La validation d'EPP et la réponse à l'un des critères de la V 2010

Hormis l'intérêt même que représente la participation à l'amélioration de la qualité des RCP et des pratiques professionnelles, la réalisation de ces audits, permet aux médecins participant régulièrement aux RCP (8 à 10 fois par an), de satisfaire à leur obligation d'EPP.

Cela permet également d'anticiper les futures obligations réglementaires et notamment dans le cadre de la certification V 2010 dont la référence 28 a pour objet l'évaluation des pratiques professionnelles et le critère 28a. mentionne les RCP.

V. LE PROTOCOLE D'AUDIT

V.1. Champ d'application

L'évaluation concerne les RCP suivantes :

- Gynéco sénologie ;
- Digestif ;
- Thoracique ;
- ORL ;
- Urologie.

V.2. Critères d'inclusion

- Patient pour lequel il s'agit d'une prise en charge initiale – premier passage en RCP (recherche des éléments suivants dans la fiche de RCP) :
 - Date de 1^{er} examen d'anatomopathologie inférieure à 3 mois par rapport à la date de la RCP ;
 - Pas de traitement antérieur ;
 - Pas de notion de récurrence ;
- Patient traité dans le 3 C ;
- Patient non inclus dans un essai thérapeutique ;
- Primitif connu :
 - Si le TNM est renseigné : T ≠ 0 ;
 - Si le TNM n'est pas renseigné : la lésion objet de la RCP ne doit pas être qualifiée de lésion secondaire ou de métastase ;
- Décision thérapeutique (à l'exclusion des décisions suivantes : « abstention thérapeutique », « surveillance seule », « soins de support seuls »)

V.3. Type d'étude

Rétrospective de cas consécutifs.

V.4. Taille de l'échantillon

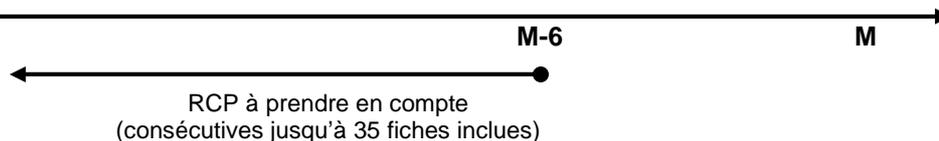
Pour être représentatif, l'échantillon doit être de 30 dossiers par RCP, excepté pour les RCP d'ORL pour lesquelles l'échantillon est de 20 dossiers.

V.5. Période observée

Mois de la mise en place de l'audit : M ;

Fin de la période observée : M – 6, en remontant ensuite dans le temps ;

Temps



Ex : en se basant sur le calendrier 2010 avec comme hypothèse, une RCP qui se déroule tous les jeudis :

Mise en place de l'audit : novembre (prendre en compte le 1^{er} du mois) ;

Fin de la période observée : 1^{er} mai ;

1^{ère} RCP à prendre en compte : RCP du jeudi 29 avril ;

2^e RCP à prendre en compte (si la 1^{ère} ne totalise pas les 35 inclusions) : RCP du jeudi 22 avril

....et ainsi de suite.

V.6. Sources de données

- Fiches de RCP ;
- Dossiers patients ;
- Référentiels OncoCentre, dont les référentiels nationaux utilisés par OncoCentre.

V.7. Auditeurs

- Nombre requis : 2 ;
- Qualification :
 - 1 élément du quorum ;
 - 1 de l'équipe d'EPP ou 1 médecin DIM ou médecin coordinateur du 3 C.

VI. LES MODALITÉS DE RECUEIL ET DE TRAITEMENT DES DONNÉES

Les modalités de recueil des données qui sont précisées ci-dessous pourront être adaptées en fonction des moyens de chaque 3 C et de l'organisation des établissements.

VI.1. Le recueil des données

a. étape 1 : la secrétaire 3 C (voir ANNEXE II)

- Sélectionne 35 fiches RCP selon les critères d'inclusion ;
- Remplit, pour chaque fiche RCP dont le patient répond aux critères, la partie « renseignements généraux » de la grille de recueil « patient » ;
- Remplit la partie « renseignements relatifs à la RCP » de la grille de recueil « RCP » (1 seule par RCP évaluée) ;
- Transmet les fiches RCP et les grilles correspondantes à qui de droit pour sortir les dossiers.

b. étape 2 : la secrétaire du service

- Sort les dossiers correspondant aux fiches RCP ;
- Rassemble la grille de recueil « patient », la fiche RCP et le dossier correspondant pour transmission aux auditeurs.

c. étape 3 : les auditeurs

- Vérifient que les critères d'inclusion sont respectés ;
- Saisissent 30 grilles de recueil « patient » niveau 1 et niveau 2, le cas échéant ;
- Remplissent la partie « renseignements relatifs aux auditeurs » de la grille de recueil « RCP ».

d. étape 4 : la secrétaire 3 C

- Récupère les grilles remplies et les transmet à la cellule de coordination d'OncoCentre.

Pour une RCP auditée, doivent donc être transmises au réseau :

- 1 grille de recueil « RCP » ;
- 30 grilles de recueil « patient » remplies pour le niveau 1 et pour le niveau 2, le cas échéant ;

VI.2. Le traitement des données

OncoCentre sera chargé d'analyser toutes les grilles de recueil pour en faire une synthèse. Cette synthèse sera adressée au 3 C pour validation.

ANNEXES

ANNEXE I
LA GRILLE DE RECUEIL DE DONNÉES

**GRILLE DE RECUEIL DE DONNÉES (RCP)
Audit Clinique Ciblé - 2010**

Objectifs : Évaluation des RCP (niveau 1) et de l'information du patient (niveau 2)

2^{ème} trimestre 2010

Renseignements relatifs à l'audit

3 C :

Date de mise en place de l'audit :

Date de fin de la période observée :

RCP observée :

Personne chargée de la sélection des fiches :

Nom : _____

Prénom : _____

Fonction : Secrétaire du 3 C Autre (préciser) : _____

Temps passé pour la sélection : _____

Renseignements relatifs aux auditeurs

Auditeur 1 : élément du quorum

Nom : _____

Signature :

Prénom : _____

Spécialité : _____

Auditeur 2 : membre de l'équipe EPP
 médecin DIM

coordinateur médical du 3 C
 autre (préciser) : _____

Nom : _____

Signature :

Prénom : _____

Spécialité : _____

Temps passé pour l'audit : _____

Évaluation des RCP (niveau 1) et de la traçabilité de l'information du patient (niveau 2)

N° de grille : RCP ___ - ___ / ___
n° de la RCP / n° grille (01 à 30)

Renseignements généraux

Identification du patient : _____ Année de naissance : _____
3 1ères lettres du nom 2 1ères lettres du prénom

Date de la RCP : ___ / ___ / 20___

La fiche RCP mentionne-t-elle le nom des participants ? O N

La fiche RCP mentionne-t-elle la spécialité des participants ? O N

Le quorum de la RCP est-il atteint O N NP

La fiche RCP est présente dans le dossier du patient (informatisé ou papier, hors DCC) O N

Indicateur n° 1 : Adéquation entre la proposition thérapeutique faite en RCP et le référentiel **NIVEAU 1**

C.1.1 La proposition thérapeutique faite en RCP est en adéquation avec le référentiel O N

C.1.2 Les informations mentionnées sur la fiche RCP sont suffisantes pour répondre à la question précédente O N

C.1.3 La non adéquation de la proposition thérapeutique avec le référentiel est justifiée (dans le dossier ou la fiche RCP) O N NA

C.1.4 Justification de la non adéquation (cocher la case correspondante) :

- C.1.4a** Dossier ne relevant pas d'un référentiel, avis d'expert
- C.1.4b** Référentiel jugé non adéquat ou obsolète
- C.1.4c** Autre (préciser) : _____

Indicateur n° 2 : Adéquation entre la prise en charge thérapeutique et la proposition faite en RCP **NIVEAU 1**

C.2.1 La prise en charge thérapeutique est en adéquation avec la proposition faite en RCP O N

C.2.2 Si non, la justification de la non adéquation est colligée en clair dans le dossier O N

C.2.3 Motif de la non adéquation (cocher la case correspondante) :

- C.2.3a** Modification de l'état de santé du patient ou événement intercurrent
- C.2.3b** Volonté du patient
- C.2.3c** Autre (préciser) : _____

Indicateur Dispositif d'Annonce (DA) **NIVEAU 2**

DA.1 Le dossier du patient contient-il la trace d'un entretien spécifique avec un soignant ? O N

Indicateur Programme Personnalisé de Soins (PPS) **NIVEAU 2**

PPS.1 Le dossier patient mentionne-t-il qu'un PPS a été remis au patient ? O N

ANNEXE II
LE GUIDE DE PRÉPARATION DES GRILLES DE RECUEIL
(Secrétariat)

Récapitulatif des différentes étapes

Étape 1 : remplir la GRILLE DE RECUEIL DE DONNÉES « RCP »

Date de mise en place de l'audit = date du jour de remplissage de la fiche

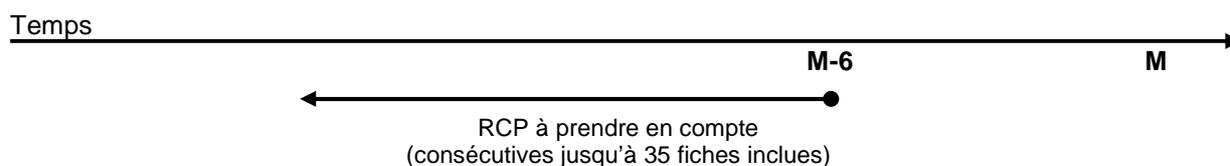
Date de fin de la période observée = le 1^{er} jour du mois, 6 mois avant la date de la mise en place de l'audit

RCP observée : Gynéco sénologie ou Digestif ou Thoracique ou ORL ou Urologie

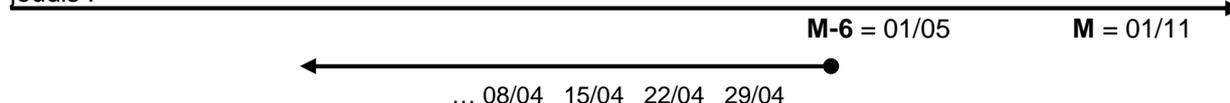
Étape 2 : sélection des RCP

Mois de la mise en place de l'audit : M ;

Fin de la période observée : M - 6, en remontant ensuite dans le temps :



Ex : en se basant sur le calendrier 2010 avec comme hypothèse, une RCP qui se déroule tous les jeudis :



Mise en place de l'audit : novembre (prendre en compte le 1^{er} du mois) ;

Fin de la période observée : 1^{er} mai ;

1^{ère} RCP à prendre en compte : RCP du jeudi 29 avril ;

2^e RCP à prendre en compte (si la 1^{ère} ne totalise pas les 35 inclusions) : RCP du jeudi 22 avril ...et ainsi de suite.

Étape 3 : sélection des fiches de RCP

- Visualiser les fiches de la première RCP à prendre en compte.
- Sélectionner et imprimer celles qui répondent aux critères d'inclusion (*voir ci-après les 5 points nécessaires pour sélectionner la fiche*).
- S'il y a moins de 35 fiches sélectionnées (25 pour l'ORL), continuer avec les fiches de la RCP précédente, et ainsi de suite jusqu'à sélectionner 35 fiches (25 pour l'ORL).

Étape 4 : pour chaque fiche de RCP sélectionnée, commencer à remplir la GRILLE DE RECUEIL DE DONNÉES « patients »

Joindre à chaque fiche de RCP une grille de recueil de données « patients »

• Numérotation des grilles

Le numéro de grille doit se présenter sous la forme suivante :

RCP (n° de référence de la RCP) / 01 à 35.

Ex : grille correspondant à une fiche de la RCP de gynéco-sénologie du 3C du CH de Bourges

⇒ RCP 18-01 / 01 (pour la 1^{ère} grille) ; RCP 18-01 / 35 (pour la 35^{ème}).

• Renseignements généraux

- Remplir, pour chaque fiche RCP dont le patient remplit les critères, la partie « renseignements généraux » de la grille de recueil ;
- Pour le quorum, voir ci-après le « Rappel du quorum par RCP »

Étape 5 :

Transmettre les fiches RCP et les grilles correspondantes à qui de droit pour sortir les dossiers.

Étape 6 :

- Les dossiers + fiches RCP + grilles sont transmis aux 2 auditeurs pour remplissage des différents items ;
- Les auditeurs devront remplir 30 grilles de recueil (20 pour l'ORL), en éliminant éventuellement des erreurs sur les critères d'inclusion.

Étape 7 :

Récupération des grilles remplies et transmission (uniquement de la grille de recueil « RCP » et des grilles de recueil « patients ») à la cellule de coordination d'OncoCentre.

Critères d'inclusion

- Patient pour lequel il s'agit d'une prise en charge initiale – premier passage en RCP (recherche des éléments suivants dans la fiche de RCP) :
 - Date de 1^{er} examen d'anatomopathologie inférieure à 3 mois par rapport à la date de la RCP ;
 - Pas de traitement antérieur ;
 - Pas de notion de récurrence ;
- Patient traité dans le 3 C ;
- Patient non inclus dans un essai thérapeutique ;
- Primitif connu :
 - Si le TNM est renseigné : T ≠ 0 ;
 - Si le TNM n'est pas renseigné : la lésion objet de la RCP ne doit pas être qualifiée de lésion secondaire ou de métastase ;
- Décision thérapeutique (à l'exclusion des décisions suivantes : « abstention thérapeutique », « surveillance seule », « soins de support seuls »)

Rappel du quorum par RCP :

Tumeurs thoraciques :

- 1 oncologue médical ou onco-radiothérapeute ;
- 1 pneumologue ;
- 1 radiologue ou médecin nucléaire.

Tumeurs urologiques :

- 1 urologue ;
- 1 oncologue médical ou onco-radiothérapeute ;
- 1 au choix : oncologue médical ou onco-radiothérapeute (non représenté ci-dessus) OU un radiologue OU un anatomopathologiste.

Tumeurs digestives :

- 1 hépato-gastro-entérologue ;
- 1 chirurgien viscéral ;
- 1 oncologue médical ou onco-radiothérapeute.

Gynéco-sénologie :

- 1 chirurgien gynécologue ;
- 1 un onco-radiothérapeute.

Tumeurs cervico-faciales :

- 1 un onco-radiothérapeute ;
- 1 un chirurgien spécialiste d'organe (ORL ou maxillo-facial).

Case à cocher : NP = non précisé
NA = non applicable