

POLITIQUE QUALITÉ RÉGIONALE :

Restitution du Cycle d'Évaluation 2023-2025

ONCO
NORMANDIE

3C AVRANCHES
Centre de Coordination en Cancérologie



3C Caux
Maritime



3C
Centre de
Coordination
en Cancérologie
CHU CAEN

3C Cotentin

3C Estuaire



Guillaume
Centre de Coordination en Cancérologie



3C ROUEN • ELBEUF
Centre de Coordination en Cancérologie



Table des matières

Contexte et définition

4

Résultats

9

Identitovigilance

10

G8

13

Parcours

17

Présence RCP

25

Fiches incomplètes

29

PPAC

33

Conclusions et perspectives

38

Textes de référence

40



Glossaire

3C : Centre de Coordination en Cancérologie (organisation inter-établissements ayant pour missions la coordination des professionnels et l'appui à la démarche qualité des parcours en cancérologie)

ARS : Agence Régionale de Santé

CLCC : Centre de Lutte Contre le Cancer (le centre Baclesse pour Caen et le centre Becquerel pour Rouen)

CR : Compte Rendu

DCC : Dossier Communicant en Cancérologie (ici plateforme numérique régionale servant entre autres à la gestion des RCP)

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

DPI : Dossier Patient Informatisé

DSRC : Dispositif Spécifique Régional du Cancer (structure régionale d'appui à la coordination des acteurs de la cancérologie, ici OncoNormandie)

ES : Etablissement de Santé

FRCP : Fiche RCP

G8 : Outil de dépistage des fragilités oncogériatriques

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier/Infirmière Diplômé(e) d'Etat

INCa : Institut National du Cancer

Infocentre : Centre de traitement informatique des données du DCC

IPA : Infirmier/Infirmière en Pratique Avancée

PEC : Prise En Charge

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (recueil des données d'hospitalisation)

PPAC : Programme Personnalisé d'Après Cancer

PPS : Programme Personnalisé de Soins

PQR : Politique Qualité Régionale

R : Logiciel destiné au traitement statistique

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

01 Contexte et définition

CONTEXTE ET OBJECTIFS D'ORIGINE

CONTEXTE

- Hétérogénéité des pratiques entre 3C en matière de démarche qualité mais des évaluations, des outils et des bases de données existantes dans chaque 3C
- Démarche régionale initiée par le passé mais abandonnée en 2018 => arrivée d'une chargée de mission qualité au DSRC en 2021

OBJECTIFS

- Améliorer la qualité de la prise en charge du cancer en Normandie en ciblant les étapes clés du parcours de soins
- Fédérer les 3C pour les redynamiser dans leur mission première : la coordination de la qualité des parcours dans leurs établissements
- Favoriser les échanges et harmoniser les pratiques et les outils en région et entre les territoires

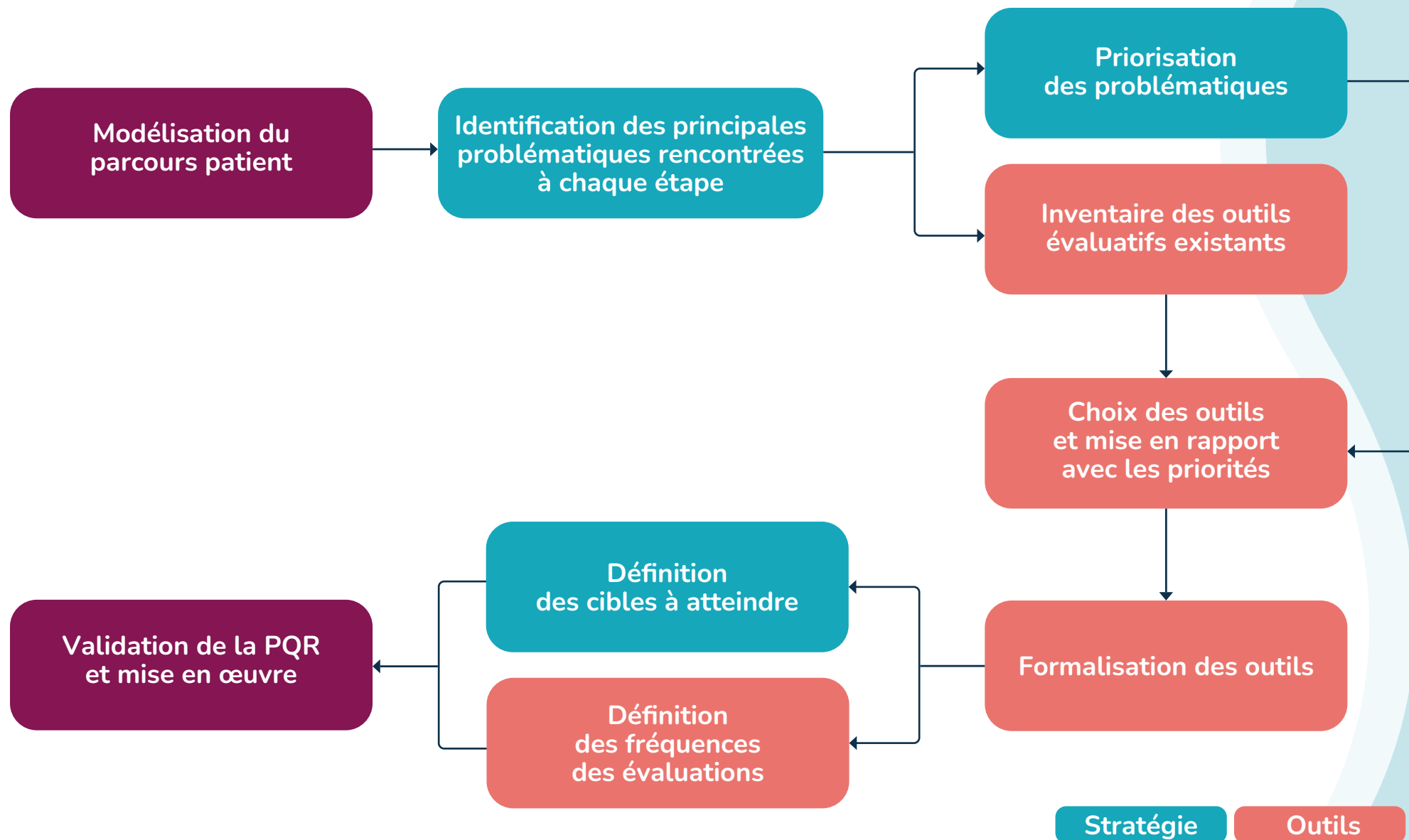
MÉTHODE

- Définition d'une stratégie commune = socle minimal d'évaluations des critères transversaux de la qualité des parcours
- Définitions des outils = méthodologies, fréquences, suivi

MISE EN OEUVRE

- 1er cycle d'évaluation : état des lieux régional
- Taux de participation des établissements normands : entre 60% et 80% selon l'évaluation
- Restitution anonymisée : confidentialité des données

ÉTAPES DE CONSTRUCTION DE LA PQR



SOCLE MINIMAL D'ÉVALUATION

Etapes du parcours	Critère évalué	Date ou période 1 ^{ère} évaluation	Fréquence	Période évaluée	Pilote
Pré-RCP	Identitovigilance (doublons de patients dans le DCC)	Septembre 2023	Tous les mois	Instant T	DSRC
RCP	Complétion du G8 dans les FRCP	Juillet 2023	Tous les ans	2022-23-24	DSRC
RCP	Présence régulière des médecins spécialistes en RCP	Janvier à mars 2024	Tous les 2 ans	2023	3C
Entre diagnostic et traitement	Exhaustivité passage en RCP/ Annonce paramédicale / Quorum / Remise PPS	Mars à septembre 2024	Tous les 2 ans à 4 ans	2 ^{ème} semestre 2022	3C/Établissements
RCP	Report pour motif de fiches RCP incomplètes	Janvier 2025	Tous les ans	2024	3C
Post-traitement	Déploiement du PPAC	Mai à juillet 2025	Tous les 2 ans	Instant T	3C/Établissements

02 Résultats

IDENTITOVIGILANCE

Taux de doublons dans le DCC

OBJECTIF

Vérifier l'impact des actions de prévention mises en place dans les structures utilisatrices du DCC par le suivi du taux de doublon régional.

TYPE D'ÉVALUATION ET MÉTHODOLOGIE

Extractions de l'infocentre du DCC et calcul du taux.



INDICATEUR ET CIBLE

Indicateur

Taux de doublon régional (calculé sur la file active).

Cible

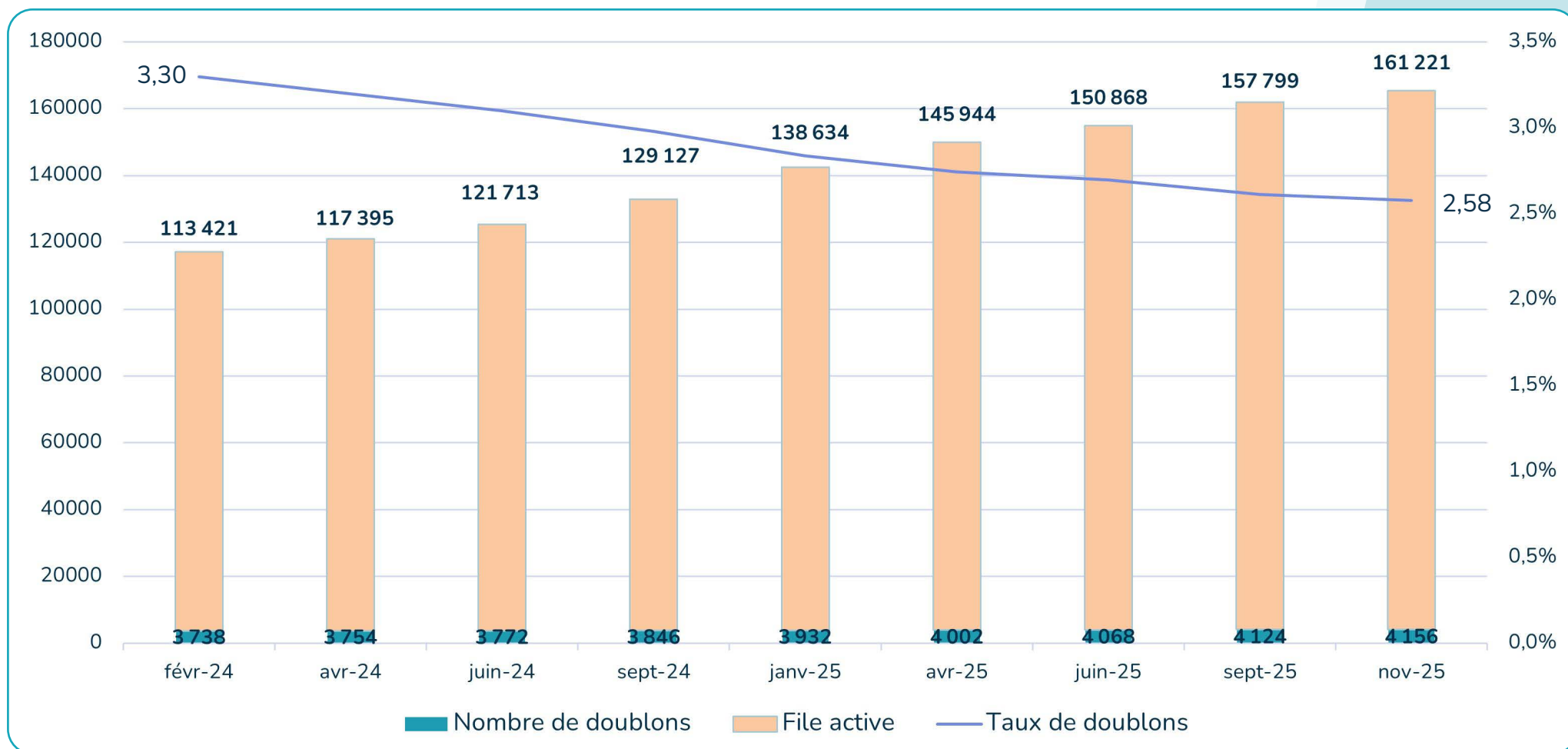
Maintien d'un taux $\leq 5\%$.

LIMITES

- Photographie à un instant T donc pas d'historique possible.
- Identification automatique des doublons selon 5 critères d'identité.

ÉVOLUTION DU TAUX DE DOUBLONS PATIENTS DANS LE DCC

IDENTITOVIGILANCE



ANALYSE

Le taux de doublons est maîtrisé car :

- Il est inférieur à 5% (cible de départ) ;
- Il est en constante diminution ;
- La file active augmente plus fortement (+46% en 23mois) que le nombre de doublons (+12% en 23mois).



G8

Taux de complétion du G8 dans les fiches RCP

OBJECTIF

Evaluer l'amélioration des pratiques professionnelles en cancérologie sur la prise en compte des fragilités gériatriques pendant la RCP pour les patients de plus de 75 ans.

TYPE D'ÉVALUATION ET MÉTHODOLOGIE

Extraction de l'infocentre du DCC puis analyse sur R.



INDICATEUR ET CIBLE

Indicateur 1

Taux de complétion du G8 dans les fiches RCP de tous les patients âgés de 75 ans et plus.

Indicateur 2

Taux de complétion du G8 dans les fiches RCP des patients âgés de 75 ans et plus selon l'OMS, le motif de la RCP, la nature de PEC, la spécialité et l'âge.

LIMITES

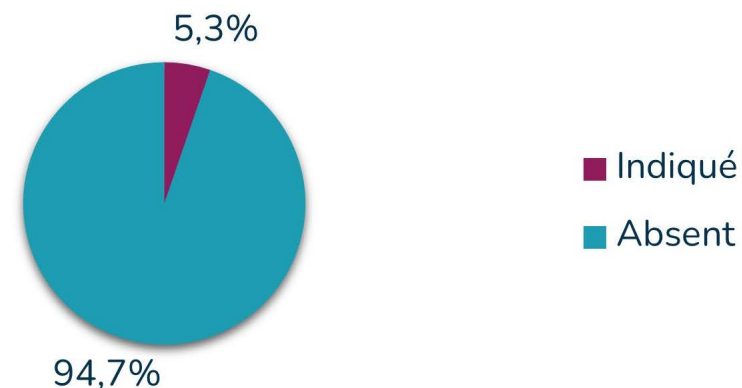
- L'indicateur dépend de la bonne complétion des champs structurés dans la fiche RCP.
- Le G8 n'est pas pris en compte s'il est indiqué ailleurs dans la fiche RCP.
- Il peut arriver qu'une évaluation oncogériatrique soit faite directement sans G8 au préalable.

RÉSULTATS RÉGIONAUX

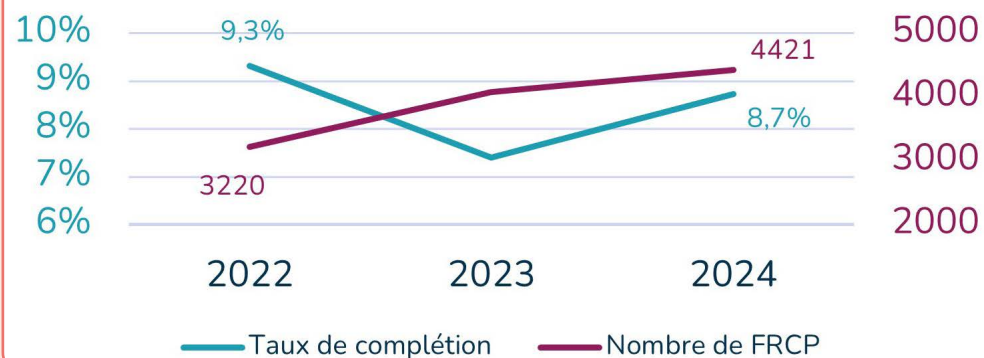
Indicateur 1 : évolution du taux



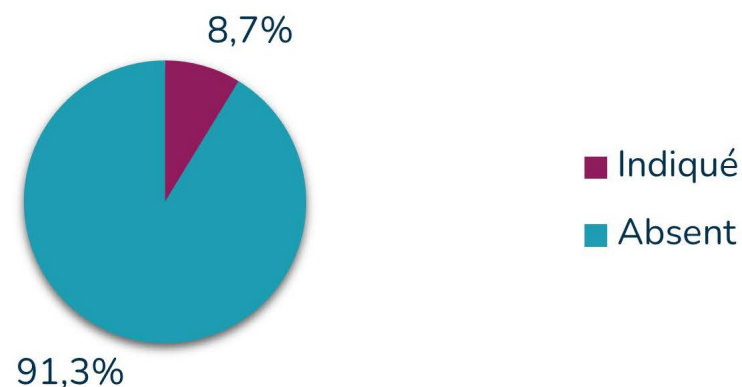
Indicateur 1 : année 2024



Indicateur 2 : évolution du taux



Indicateur 2 : année 2024



Indicateur 1 Taux de complétion du G8 dans les fiches RCP de tous les patients âgés de 75 ans et plus.

Indicateur 2 Taux de complétion du G8 dans les fiches RCP des patients âgés de 75 ans et plus selon l'OMS, le motif de la RCP, la nature de PEC, la spécialité et l'âge.

RÉSULTATS PAR 3C SUR LES 3 ANNÉES ÉVALUÉES

G8

Evolution par 3C du taux de complétion du G8 dans les
fiches RCP des patients âgés de 75ans et plus.



Evolution par 3C du taux de complétion du G8 dans les
fiches RCP des patients âgés de 75ans et plus selon l'OMS,
le motif de RCP, la nature de prise en charge, la spécialité et
l'âge.



ANALYSE

- Résultats globalement stables d'une année sur l'autre avec une particularité inexplicquée pour 2023.
- Taux régional de complétion du G8 dans la fiche RCP faible quel que soit l'indicateur choisi.
- Hétérogénéité constatée entre les 3C (rapport de 1 à 12 entre les 3C).
- Meilleurs taux constatés avec l'indicateur 2.
- Vu les limites identifiées, le taux de complétion du G8 dans la fiche RCP n'est pas strictement représentatif de la réalité du terrain.



PARCOURS

Annonce paramédicale ;
Passage en RCP ; Quorum ; PPS

OBJECTIF

Évaluer les pratiques sur :

- L'exhaustivité de présentation en RCP des nouveaux patients atteints de cancer.
- La mise en œuvre du temps d'annonce paramédical.
- Le respect de la pluridisciplinarité en RCP.
- Sur le déploiement du PPS dans les établissements autorisés à traiter le cancer.

TYPE D'ÉVALUATION ET MÉTHODOLOGIE

Extraction du PMSI puis retour aux dossiers.



INDICATEURS ET CIBLES

Indicateur 1 Taux de patient dont le dossier comporte la trace d'un passage en RCP datée (cible : 100%).

Indicateur 2 Taux de dossiers où la fiche RCP est présente (cible : 100%).

Indicateur 3 Taux de dossiers comportant la trace d'un temps d'annonce paramédicale effectif (cible : 50%).

Indicateur 4 Taux de fiches validées où le quorum HAS* est atteint (cible : 80%).

Indicateur 5 Taux de dossiers comportant la trace de la remise d'un PPS (cible : 80%).

Indicateur 6 Taux de dossiers où le PPS est présent (cible : 50%).

*Quorum évalué : 3 médecins de 3 spécialités différentes

LIMITES

Des difficultés peuvent être rencontrées pour extraire les informations lorsqu'un établissement accueille des professionnels libéraux utilisant leur propre logiciel de suivi du patient.

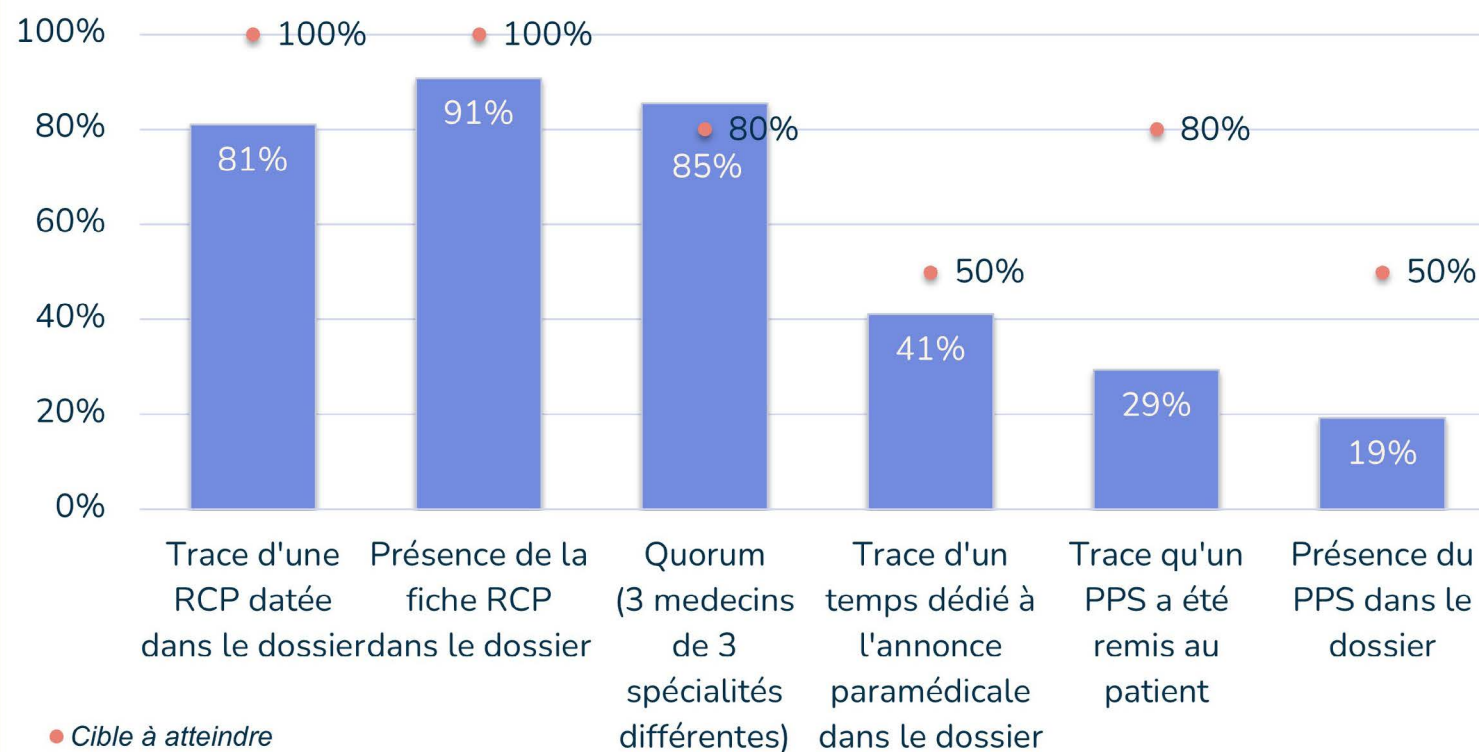
RÉSULTATS RÉGIONAUX

27 établissements
répondants

7 3C

804 dossiers
évalués

Taux de dossiers conformes à la cible par indicateur



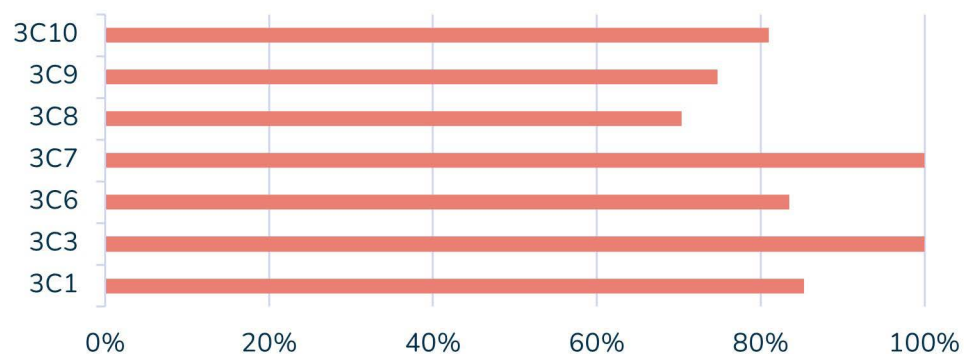
ANALYSE

- Une RCP datée est tracée dans plus de 80% des dossiers évalués et la fiche RCP est retrouvée dans 91% de ces dossiers. Le quorum est atteint dans 85% des FRCP.
- La trace d'une consultation d'annonce paramédicale (CR, refus) est retrouvée dans 41% des dossiers évalués.
- Le PPS remis au patient est tracé dans 29% des dossiers évalués. Il est retrouvé dans 19% de ces dossiers.
- L'organisation des RCP constitue un point fort ; l'annonce paramédicale et la remise du PPS sont des points à améliorer, notamment du fait d'un manque de traçabilité.

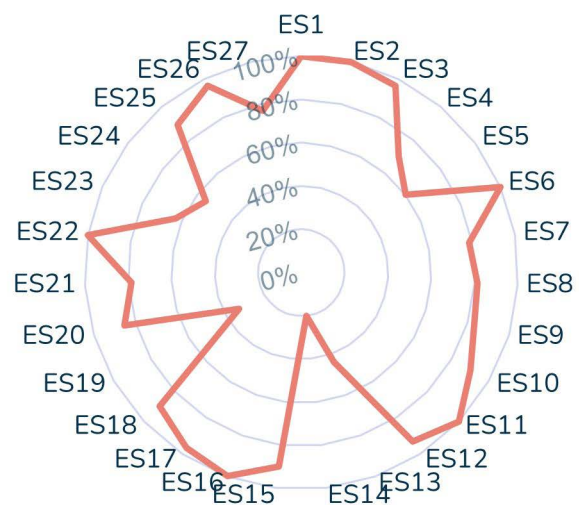
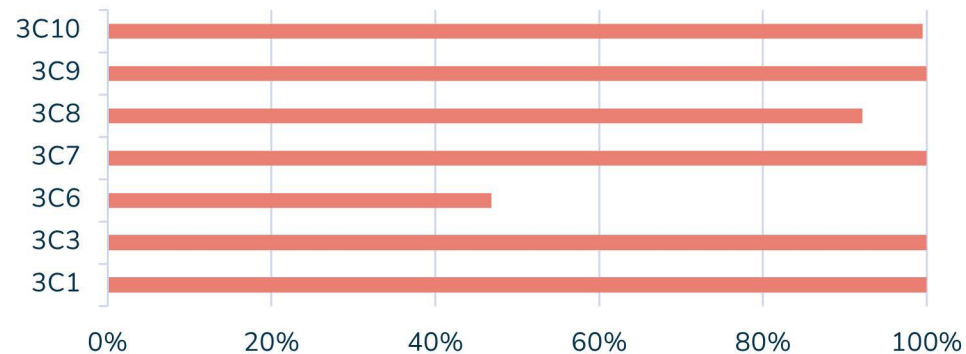


PASSAGE EN RCP

Passage en RCP : RCP datée dans le dossier

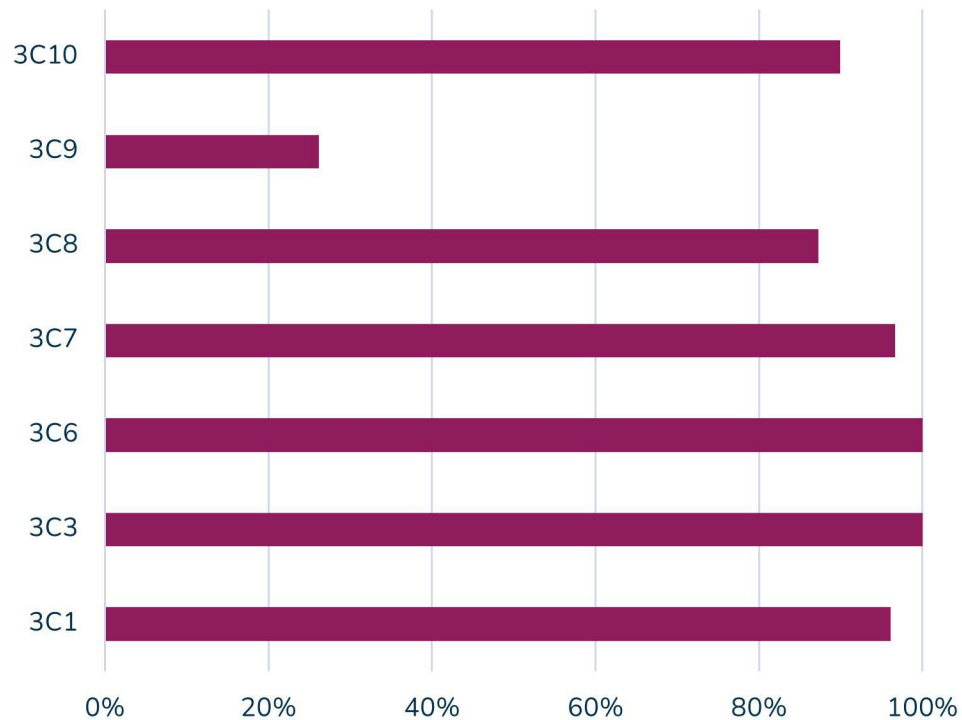


Passage en RCP : présence fiche RCP dans le dossier



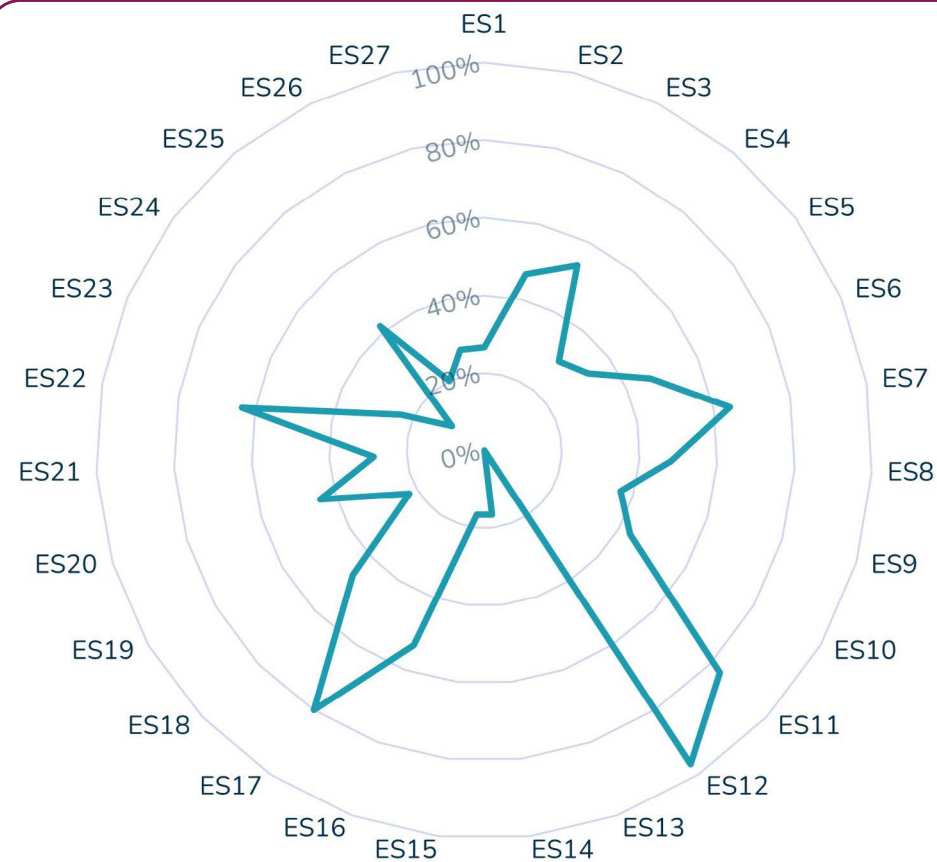
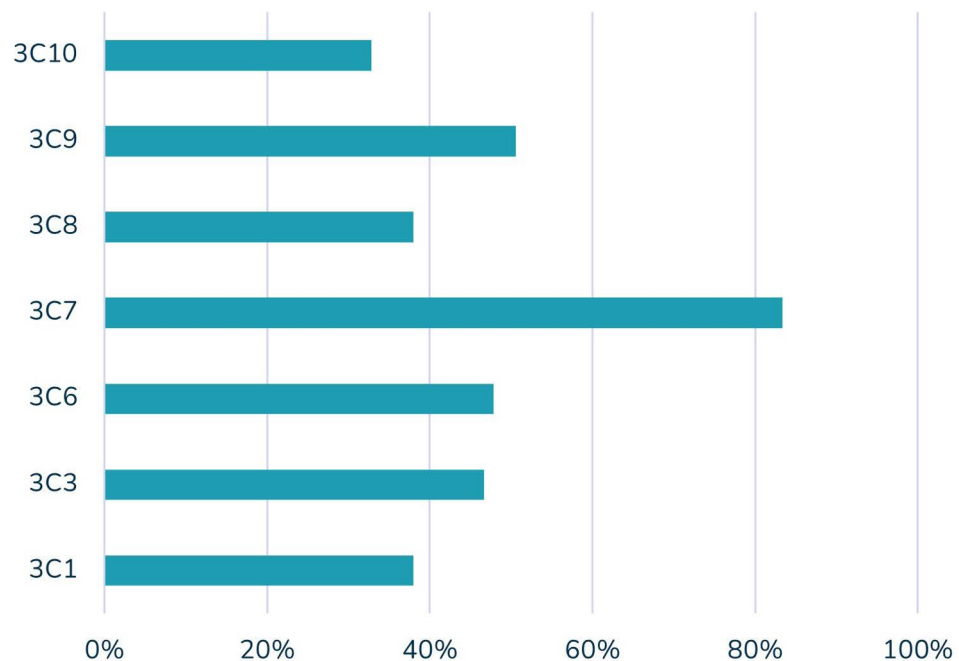
QUORUM EN RCP

Quorum : 3 professionnels de 3 spécialités différentes dans la fiche RCP

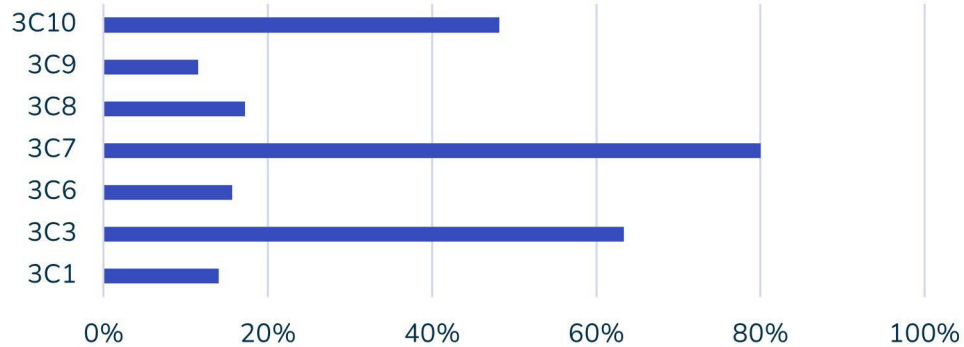


ANNONCE PARAMÉDICALE

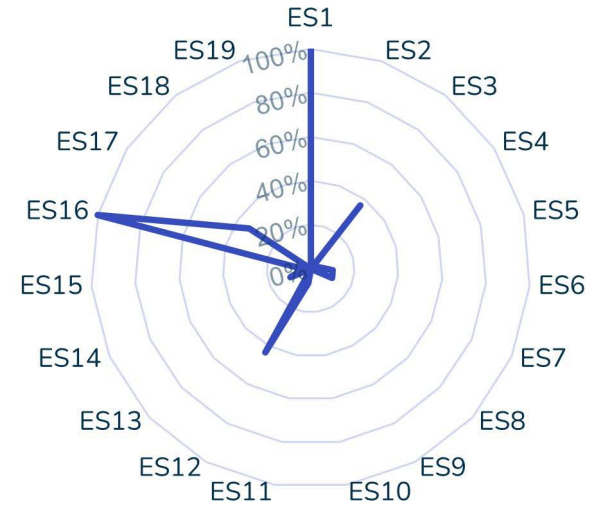
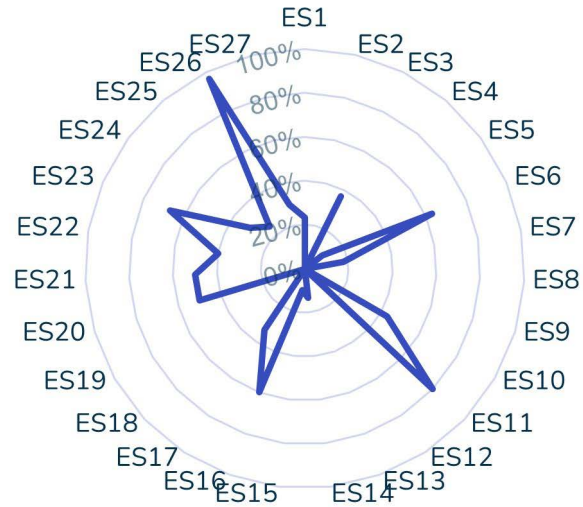
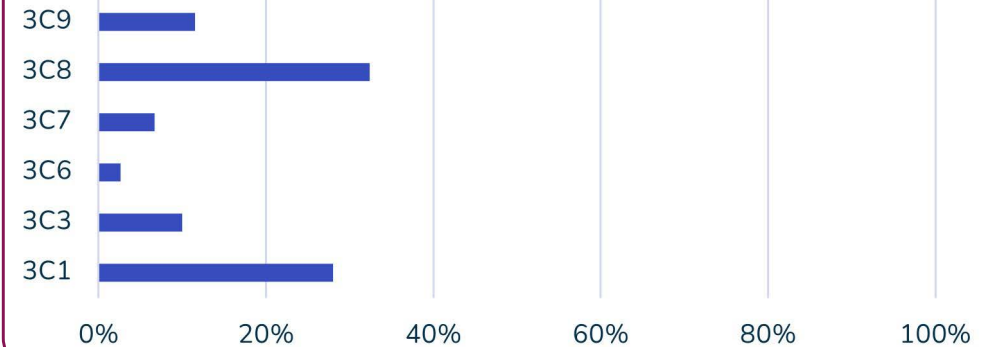
Annnonce paramédicale : trace d'un temps dédié à l'annonce paramédicale dans le dossier



PPS : trace qu'un PPS a été remis au patient



PPS : présence du PPS dans le dossier



ANALYSE

- Disparités constatées entre les établissements avec cependant une certaine cohérence régionale.
- Les établissements spécialisés en cancérologie (CLCC, centre de radiothérapie) ont de meilleurs résultats que les établissements polyvalents.
- Biais d'interprétation de certains critères définis dans les méthodologies (à retravailler pour les futures évaluations).



PRÉSENCE RCP

Participation des médecins en RCP

OBJECTIF

Évaluer les pratiques professionnelles en termes de présence en RCP des médecins intervenant dans la prise en charge de patients atteint de cancer.

TYPE D'ÉVALUATION ET MÉTHODOLOGIE

Extraction de l'infocentre DCC puis tri des professionnels et comptage du nombre de professionnels concernés par chaque classe.



INDICATEUR

Taux de médecins participants en RCP selon les classes* de présence en réunion suivantes :

- $n \leq 5$: les médecins ont participé à 5 réunions et moins au cours de l'année.
- $5 > n < 10$: les médecins ont participé entre 5 et 10 réunions au cours de l'année.
- $n \geq 10$: les médecins ont participé à 10 réunions et plus au cours de l'année.

* Classes déterminées selon un projet d'EPP de l'HAS datant de 2006 dans le cadre du DPC.

LIMITES

- La fréquence des RCP n'est pas prise en compte dans l'évaluation.
- Les professionnels participants mais non cochés dans la fiche RCP ou non enregistrés dans le DCC ne peuvent pas être pris en compte.

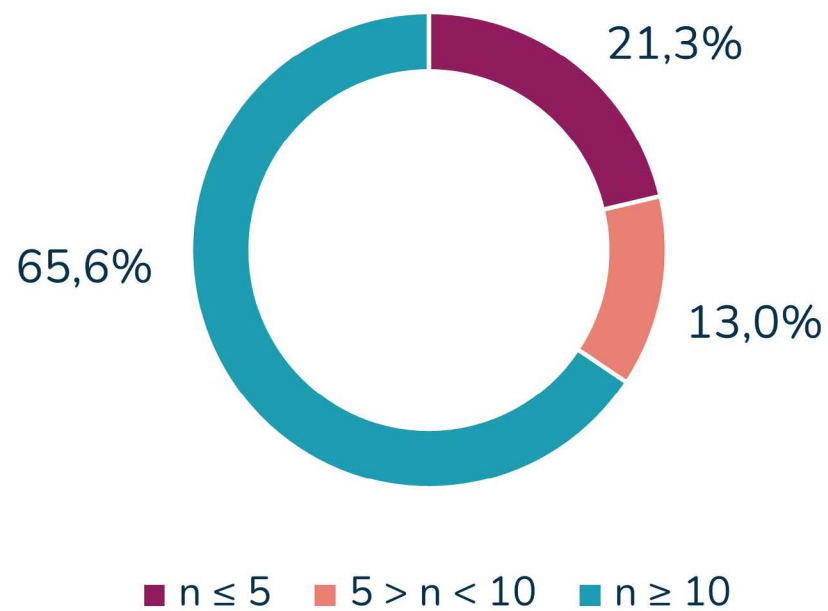
RÉSULTATS RÉGIONAUX

7 3C répondants

684
professionnels
évalués

2423
RCP concernées

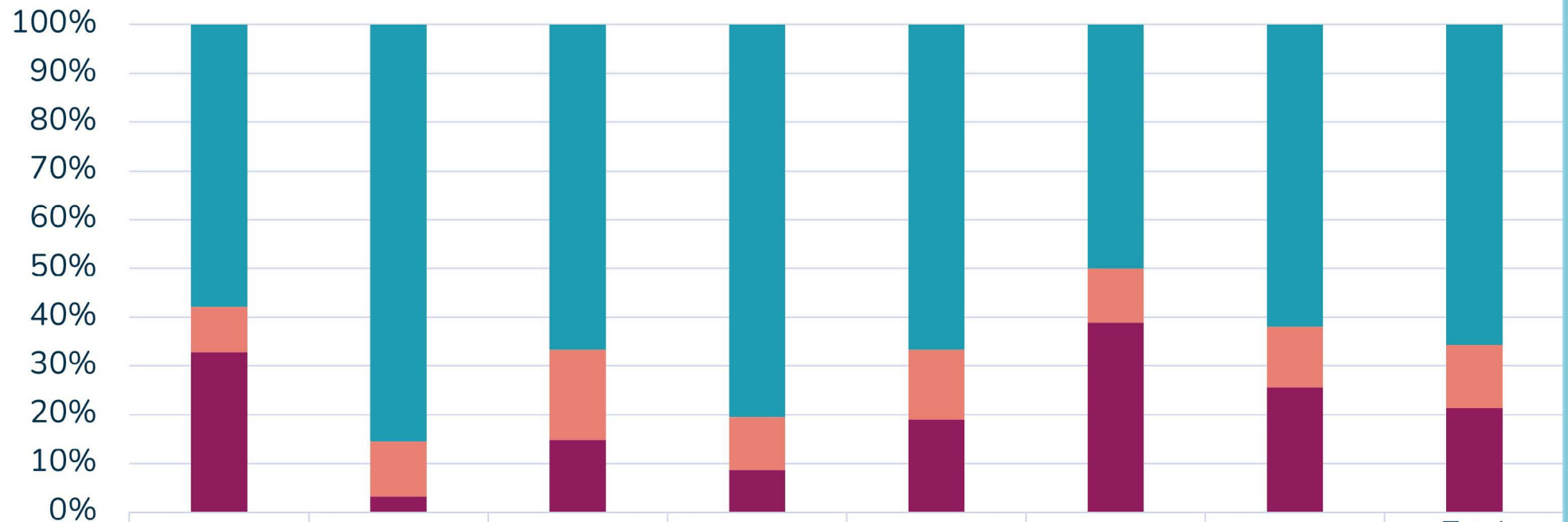
Taux régionaux de participation des médecins en RCP
en 2023



RÉSULTATS PAR 3C

PRÉSENCE RCP

Taux de participation des médecins en RCP par 3C en 2023



■ n ≥ 10	57,8%	85,5%	66,7%	80,4%	66,7%	50,0%	61,9%	65,6%
■ 5 > n < 10	9,4%	11,3%	18,5%	10,9%	14,3%	11,1%	12,5%	13,0%
■ n ≤ 5	32,8%	3,2%	14,8%	8,7%	19,0%	38,9%	25,6%	21,3%

ANALYSE

- Environ 80% des médecins participent plus de 5x/an en RCP dont 65% plus de 10x/an.
- Disparités constatées entre les 3C.



FICHES INCOMPLÈTES

Taux de report pour motif de fiche incomplète en RCP

OBJECTIF

Évaluer l'amélioration des pratiques professionnelles en cancérologie sur la complétion des dossiers avant le passage en RCP.

TYPE D'ÉVALUATION ET MÉTHODOLOGIE

Extraction de l'infocentre du DCC puis analyse au cas par cas.



INDICATEURS

Indicateur 1

Taux de report des dossiers pour motif de fiche incomplète par rapport au nombre total de fiches reportées.

Indicateur 2

Taux de report des dossiers pour motif de fiche incomplète par rapport au nombre total de fiches validées.

LIMITES

- L'indicateur dépend de la bonne complétion du motif lorsque le dossier est reporté.
- L'indicateur dépend des pratiques des professionnels. Par exemple, certains professionnels inscrivent systématiquement des patients en RCP, quelque que soit l'état d'avancement du diagnostic, donc les dossiers sont reportés en nombre pendant la RCP parce qu'ils ne sont pas prêts.

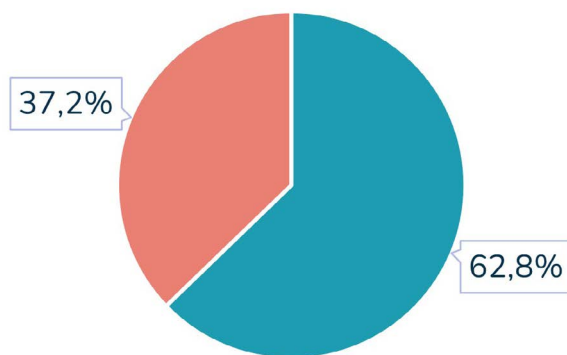
RÉSULTATS RÉGIONAUX POUR 2024

8 3C répondants

4 976
fiches reportées

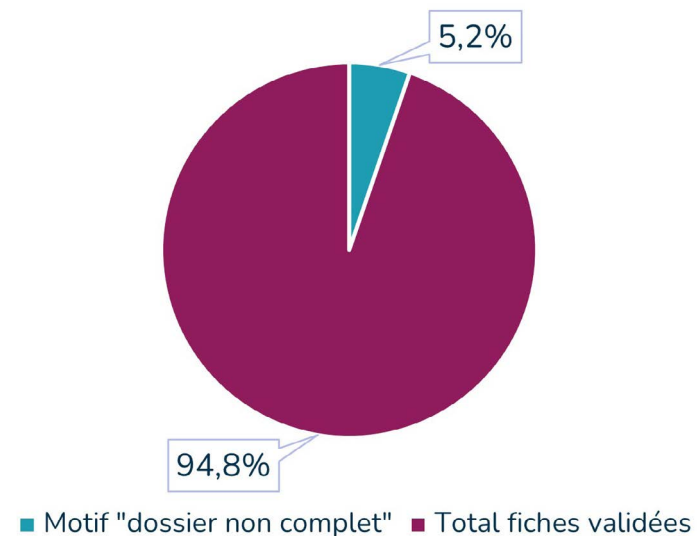
56 396
fiches validées

Répartition régionale des motifs
de report en 2024



■ Motif "dossier non complet"
■ Autres motifs

Répartition des fiches reportées pour
motif « dossier non complet » sur le total
régional des fiches validées en 2024

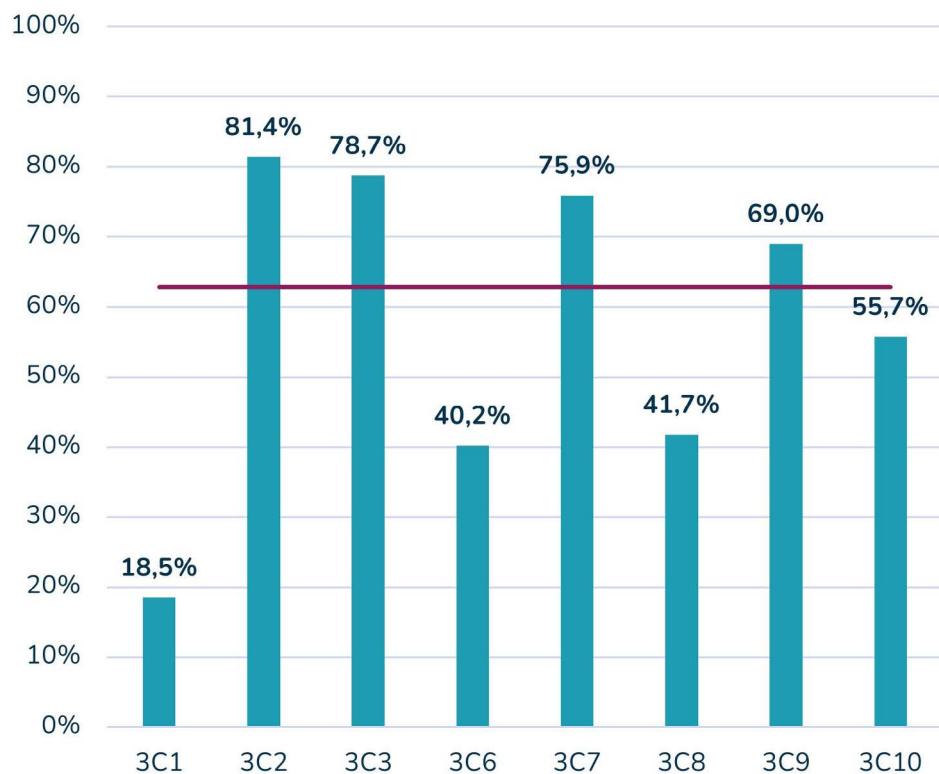


■ Motif "dossier non complet" ■ Total fiches validées

RÉSULTATS PAR 3C POUR 2024

FICHES INCOMPLÈTES

Taux de report pour motif de fiches incomplètes sur le total de fiches reportées et moyenne régionale



Taux de report pour motif de fiches incomplètes sur le total de fiches validées et moyenne régionale



ANALYSE

- Environ 62% des reports en RCP le sont pour motif de fiches incomplètes.
- Hétérogénéité selon le 3C et les pratiques locales.
- Biais identifié : il n'y a pas de distinction entre un report pour dossier incomplet et un report dû à l'attente d'éléments nécessaires à la discussion (imagerie, histologie, ...).



PPAC

Déploiement du PPAC

OBJECTIF

Évaluer le déploiement du PPAC dans les établissements autorisés au traitement du cancer.

TYPE D'ÉVALUATION ET MÉTHODOLOGIE

Enquête via un questionnaire en ligne.



INDICATEUR

Taux d'établissements ayant déployé un PPAC formalisé.

LIMITES

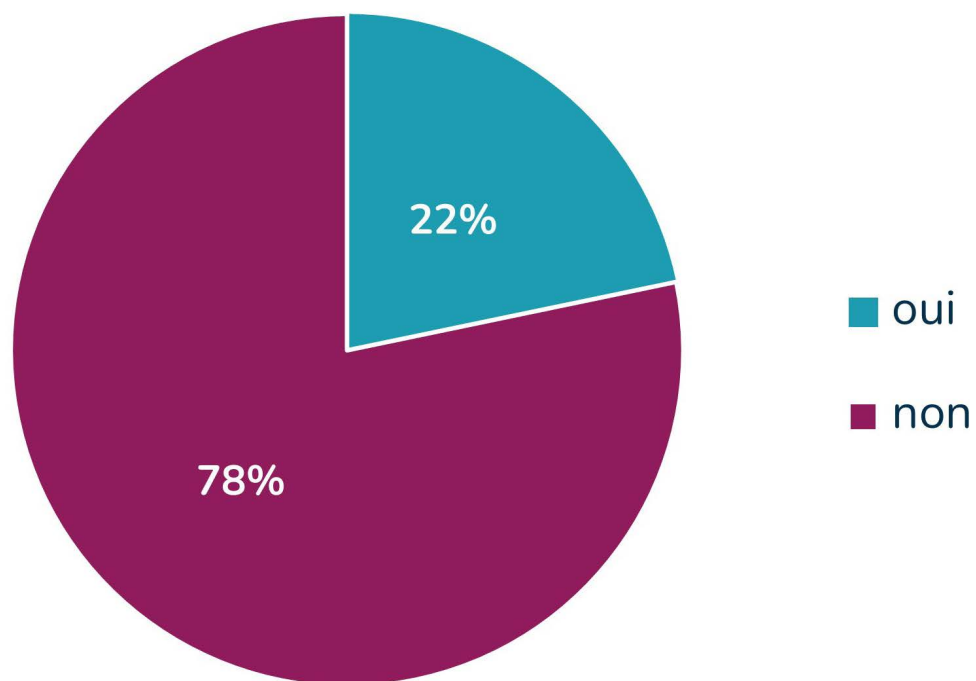
L'évaluation est déclarative.

RÉSULTATS RÉGIONAUX

23 établissements
répondants

7 3C

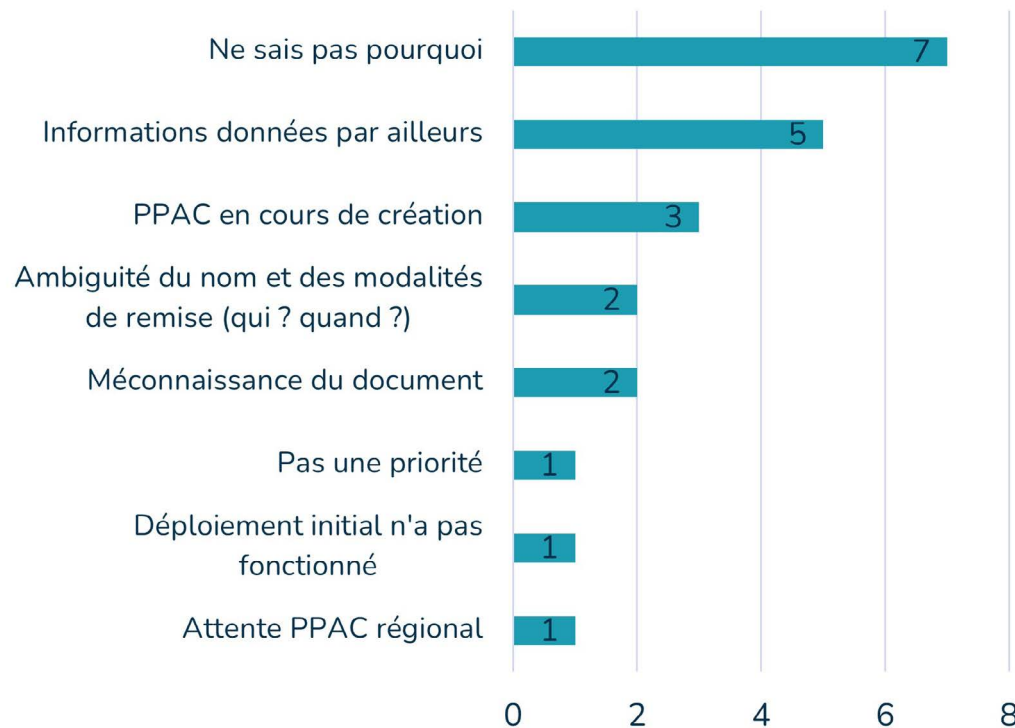
Existence d'un PPAC formalisé



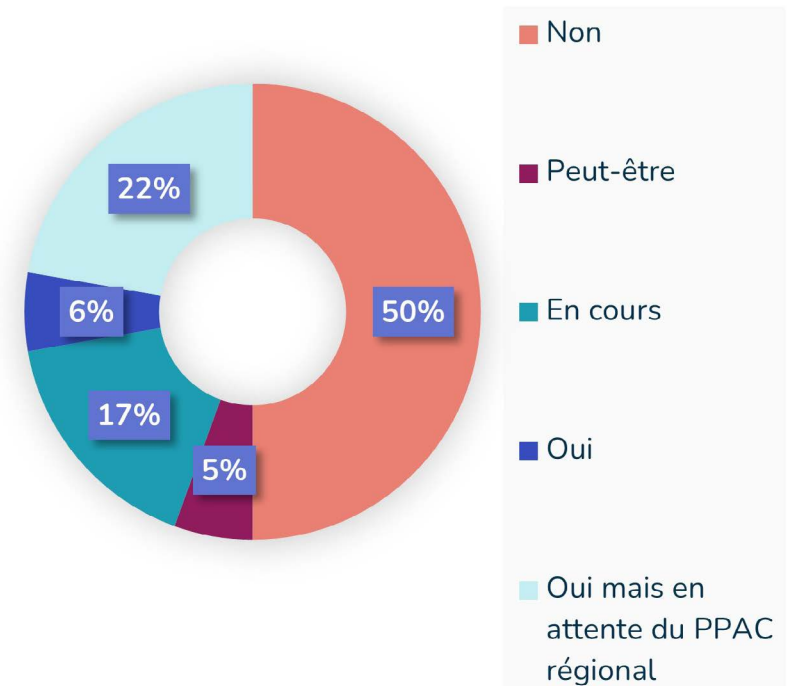
EN CAS D'ABSENCE DE DÉPLOIEMENT

PPAC

Raisons de l'absence de déploiement



Projet de mise en place ?



EN CAS DE DÉPLOIEMENT

TYPE DE PPAC

- PPAC personnalisé (4)
- PPAC de l'INCa (1)

SPÉCIALITÉS CONCERNÉES

- Sein (3)
- Digestif (2)
- Urologie (2)
- Gynécologie (2)

MODALITÉ DE REMISE

- Médecin référent-chirurgien et/ou IPA-IDE
- Pendant la consultation de fin de traitement ou consultation dédiée

TRAÇABILITÉ

- Copie dans le dossier patient (3)
- Pas copie (1)
- Case cochée dans le DPI ou le CR de consultation (2)

ANALYSE

- Faible déploiement du PPAC en région.
- Principales raisons évoquées : informations transmises mais pas dans un document formalisé, méconnaissance du document, ambiguïté du nom (après cancer).
- Absence de projet de déploiement dans la moitié des établissements interrogés.
- Quelques initiatives pour des spécialités spécifiques.



03 Conclusions et perspectives

CONCLUSIONS ET PROCHAINES ÉTAPES

Ce premier cycle d'évaluations régional a permis de **poser les bases d'une dynamique collective et régionale** autour de la qualité des parcours en cancérologie.

Les résultats ont permis d'établir un **état des lieux régional** avec une mise en avant de **marges de progression** sur certains critères clés : des priorités seront à poser !

Certaines méthodologies méritent d'être révisées pour limiter les biais d'interprétation.

Enfin, **cette démarche a renforcé le rôle des 3C comme acteurs de la coordination qualité** et a favorisé/ouvert le dialogue avec leurs établissements.

Elle souligne également la nécessité de **renforcer l'accompagnement local par les 3C** dans le déploiement et l'évaluation des dispositifs transversaux de la qualité.

Étape 1

Publication et présentation de la restitution régionale aux établissements par les 3C en lien avec le DSRC : projet de webinaire

Définition et mise en place d'actions d'amélioration au niveau territorial et/ou au niveau régional : repérer les critères prioritaires à améliorer

Étape 2

Étape 3

Réalisation d'un deuxième cycle d'évaluation complet pour mesurer l'efficacité des actions mises en place

04 Textes de référence

TEXTES DE RÉFÉRENCES

Feuille de route régionale :
déclinaison régionale de la
stratégie décennale de lutte
contre les cancers, ARS
Normandie, octobre 2022

Circulaire DHOS du
22/02/2005 relative à
l'organisation des soins en
cancérologie

Décret n° 2022-689 du 26 avril 2022
relatif aux conditions d'implantation de
l'activité de soins de traitement
du cancer

Décret n° 2022-693 du 26 avril 2022
relatif aux conditions techniques de
fonctionnement de l'activité de soins
de traitement du cancer

Arrêté du 26 avril 2022 portant
modification de l'arrêté
du 29 mars 2007 fixant les seuils
d'activité minimale annuelle applicables à
l'activité de soins de traitement
du cancer

Remerciements

OncoNormandie et les Centres de Coordination en Cancérologie remercient les établissements de santé et les centres de radiothérapie pour leur participation à ce premier cycle d'évaluation de la Politique Qualité Régionale.