



RAPPORT RÉGIONAL D'AUDIT CLINIQUE CIBLÉ  
RÉUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE

- 2009 -

## 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

---

L'étude se base sur l'analyse de 2 indicateurs :

- Adéquation de la proposition thérapeutique faite en RCP avec le référentiel régional ;
- Adéquation de la prise en charge thérapeutique avec la proposition faite en RCP.

Ces 2 indicateurs font partis de ceux pour lesquels l'INCa souhaite la réalisation d'actions d'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 composé de 2 coordonnateurs de 3 C, le coordonnateur médical du réseau et la coordinatrice administrative (protocole de l'audit joint en annexe).
- 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 :
  - Patient pour lequel il s'agit d'une prise en charge initiale ;
  - Patient traité dans le 3 C ;
  - Patient non inclus dans un essai thérapeutique ;
  - Primitif connu ;
  - Décision thérapeutique à l'issue de la RCP.
- L'organisation de l'audit, sur la base de l'auto-évaluation était la suivante :
  - Outils de l'audit élaborés par le réseau ;
  - Sélection des dossiers et recueil des données par les 3 C ;
  - Analyse des données et restitution des résultats par le réseau.

## Planning de réalisation

---

- Élaboration du protocole : juin – septembre 2009
- Test : réalisé le 9 octobre 2009 au CHR d'Orléans
- Envoi aux 3 C : 15 octobre 2009
- Réponse des participants : 15 novembre 2009
- Retour des audits : à partir du 15 décembre 2009
- Restitution des résultats au conseil de réseau : 24 mars 2010
- Envoi des rapports aux 3 C : avril 2010

## Participation régionale

---

Six 3 C de la région ont participé à cet audit, soit la moitié des 3 C :

- 3 C du Centre Hospitalier de Bourges ;
- 3 C du Centre Hospitalier de Chartres ;
- 3 C de Dreux ;
- 3 C de Châteauroux
- 3 C du Centre Hospitalier de Blois ;
- 3 C du Centre Hospitalier Régional d'Orléans.

Chaque 3 C a évalué entre une et 4 RCP et au total, 12 RCP ont été auditées.

Les spécialités ayant fait l'objet de ces évaluations sont les suivantes :

- 5 RCP de gynéco sénologie ;
- 5 RCP d'hépatogastro-entérologie ;
- 1 RCP d'ORL ;
- 1 RCP de thoracique.

Au total, ce sont 344 dossiers qui ont été évalués.

Taux de participation des 3 C : 50% ;

Taux de participation par spécialité :

- Gynéco sénologie : 28% ;
- Hépatogastro-entérologie : 28% ;
- Urologie : 0%
- Pneumologie : 8% ;
- ORL : 8%.

## 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 : ce 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.

⇒ Données par spécialités : ce paragraphe comprend un graphique pour les RCP de gynéco sénologie et un graphique pour les RCP d'hépatogastro-entérologie. Chacun de ces graphiques reprend :

- les résultats de chaque RCP de la spécialité ;
- la moyenne de la spécialité ;
- la moyenne régionale globale.

Concernant les RCP thoraciques et ORL, étant données qu'il n'y a qu'une RCP de chacune de ces spécialités qui ont fait l'objet d'un audit, les données de ces 2 RCP sont regroupées sur un même graphique avec la moyenne régionale globale.

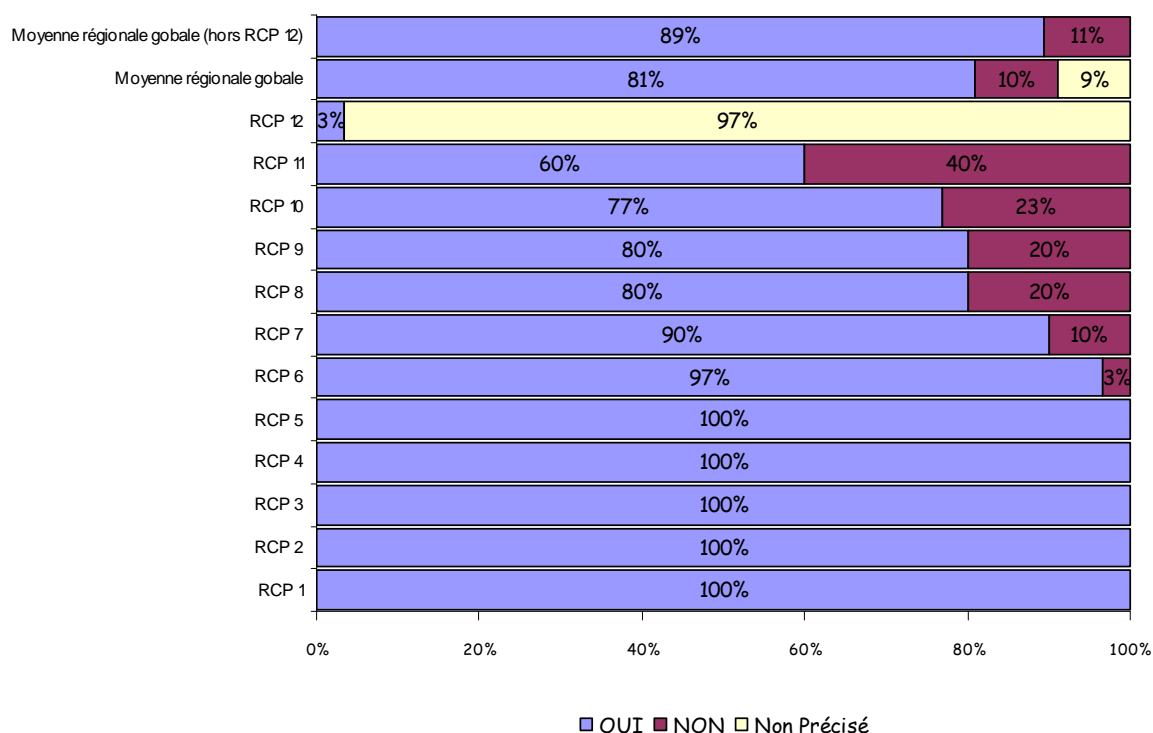
## DONNÉES RÉGIONALES PAR INDICATEUR

### INFORMATION SUR LE QUORUM

#### Question posée « Le quorum est-il atteint ? »

#### Données 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 pour l'année 2009 et sur lequel chacun des 3 C s'est engagé.

Il y a une grande homogénéité dans ces résultats puisque strictement, seules 3 RCP n'atteignent pas cette moyenne :

- la RCP 10 pour laquelle on peut néanmoins considérer que l'objectif est atteint,
- les RCP 11 et 12.

C'est donc 80% des RCP qui atteignent cet objectif de respect du quorum pour 80% des réunions.

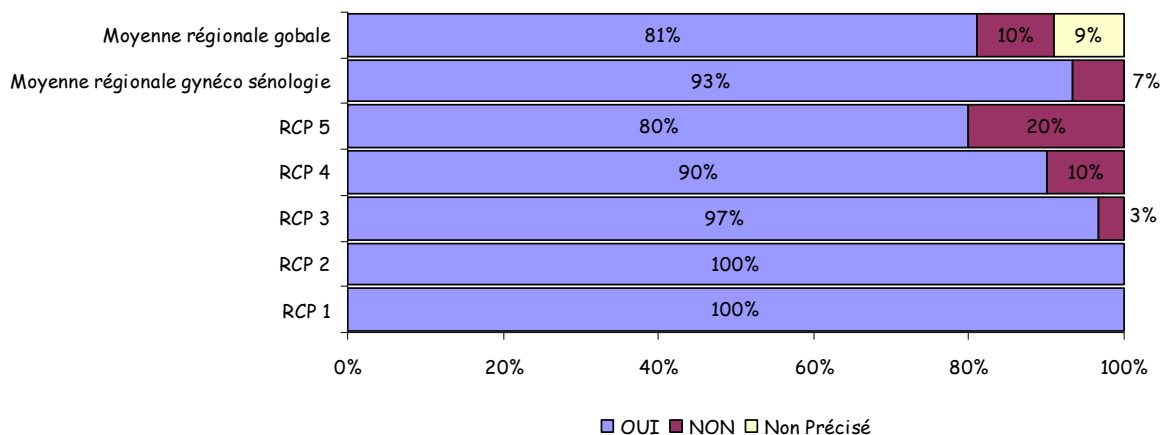
Eu égard au résultat très spécifique de la RCP 12, il est apparu intéressant de calculer ce que serait la moyenne régionale sans tenir compte de ce résultat. Cette moyenne passe alors de 82% à près de 90% (cf. 1<sup>ère</sup> ligne du graphique).

A noter que dans les graphiques par spécialité (page suivante), la moyenne régionale qui est reportée est la moyenne globale (RCP 12 inclus).

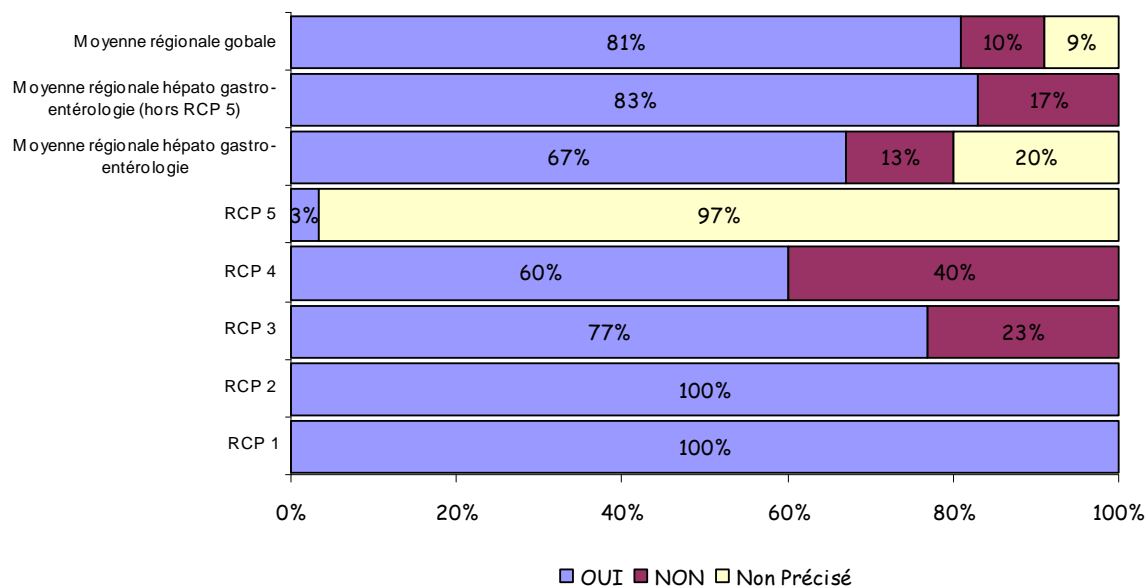
## Données régionales par spécialité :

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

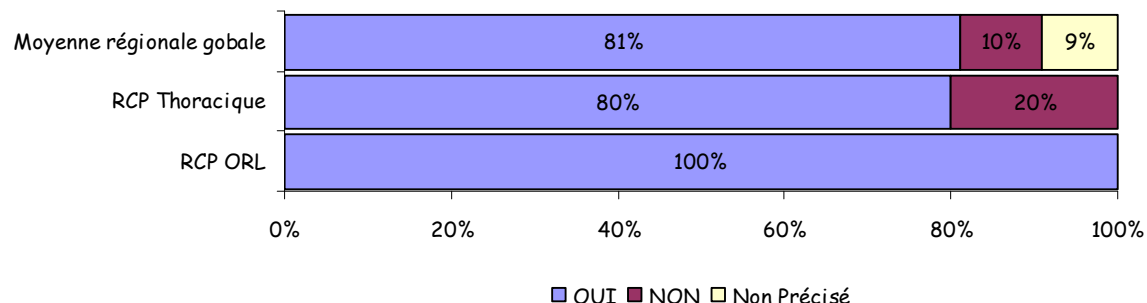
### RCP de gynéco sénologie :



### RCP d'hépatogastro-entérologie :



### RCP thoracique et ORL :



#### **Commentaires :**

RCP de gynéco sénologie : les résultats sont homogènes et toutes les RCP sont à plus de 80% d'atteinte de quorum.

RCP d'hépatogastro-entérologie : les résultats sont plus hétérogènes avec une moyenne pour cette spécialité de 67%. Néanmoins, si on calcule cette moyenne en exceptant la RCP 5 qui a un résultat très spécifique, la moyenne est supérieure à 80%.

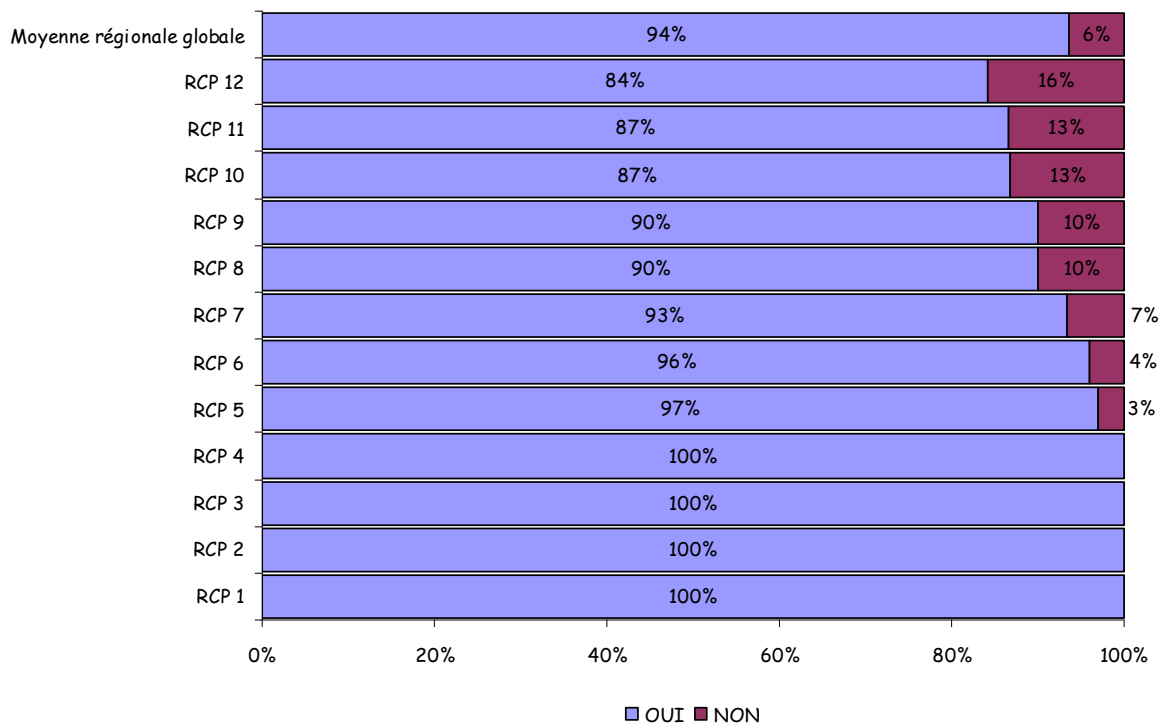
RCP ORL et thoraciques : elles sont toutes les 2 au dessus des 80%.

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 globales toutes RCP confondues

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

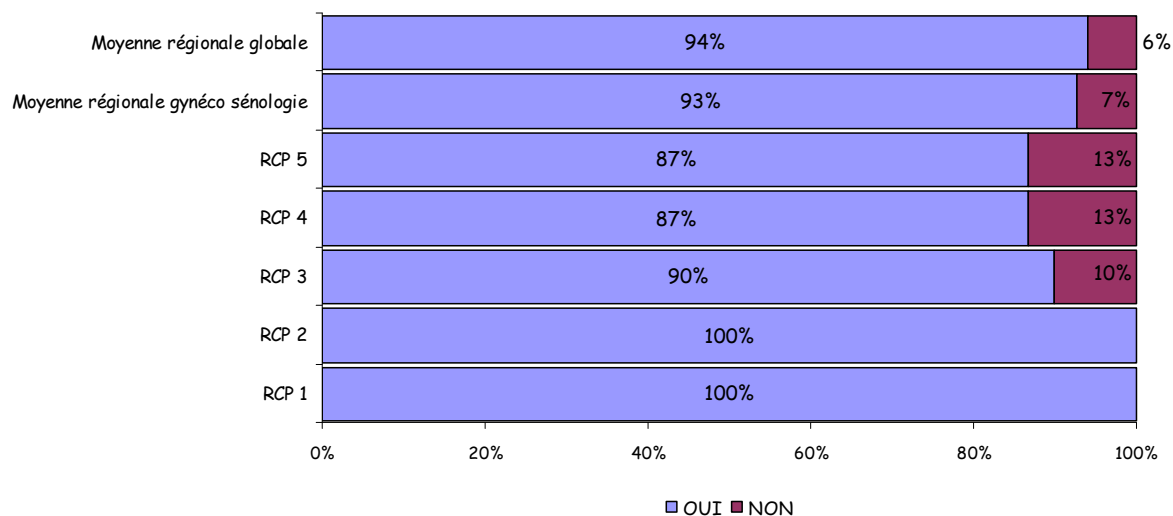


**Commentaires :** les propositions de RCP sont très majoritairement conformes aux référentiels régionaux. Les résultats sont homogènes.

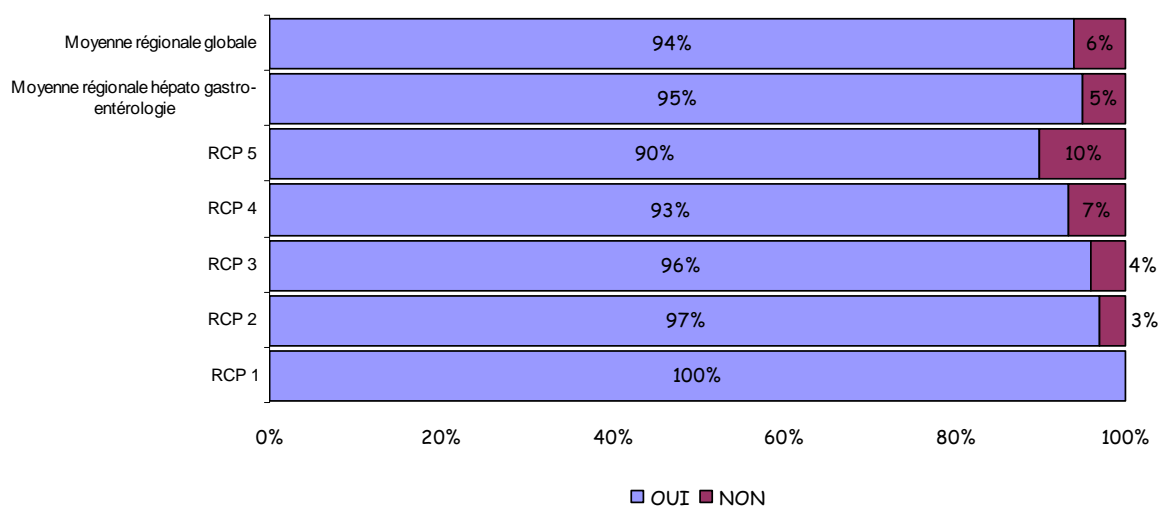
## Données régionales par spécialité :

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

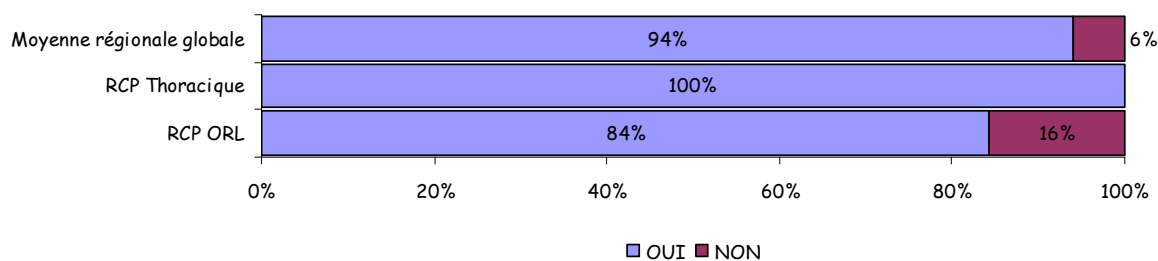
### RCP de gynéco sénologie :



### RCP d'hépatogastro-entérologie :



### RCP thoracique et ORL :

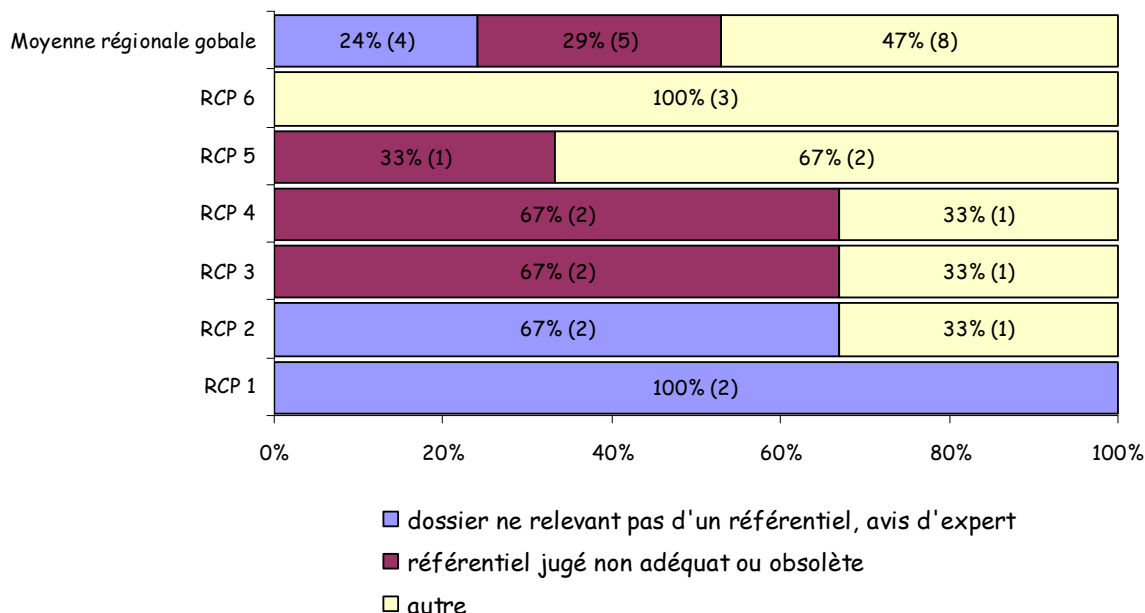


**Commentaires :** le niveau de conformité des propositions aux référentiels régionaux est homogène selon les spécialités.

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

Données globales toutes RCP confondues

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



**Commentaires** : les résultats précédents indiquent que 6% des propositions de RCP ne sont pas en adéquation avec le référentiel régional, ce qui représente 21 dossiers sur les 344 évalués. Les motifs de cette non adéquation ont été colligés pour 81% des dossiers (soit 17), ils sont répartis entre :

- 24% : dossiers ne relevant pas d'un référentiel, avis d'expert ;
- 29% : référentiel inadéquat ou obsolète, dont certaines raisons sont les suivantes :
  - \* dossiers de gériatrie (2),
  - \* tumeur très agressive (1),
- 47% : autre motif, qui sont les suivants :
  - \* co-morbidité nécessitant une adéquation du référentiel (4),
  - \* état physique du patient (2),
  - \* préférence du patient (2).

L' « inadéquation / obsolescence du référentiel régional » est une situation très rare : un tiers sur les 6% de propositions non conformes au référentiel.

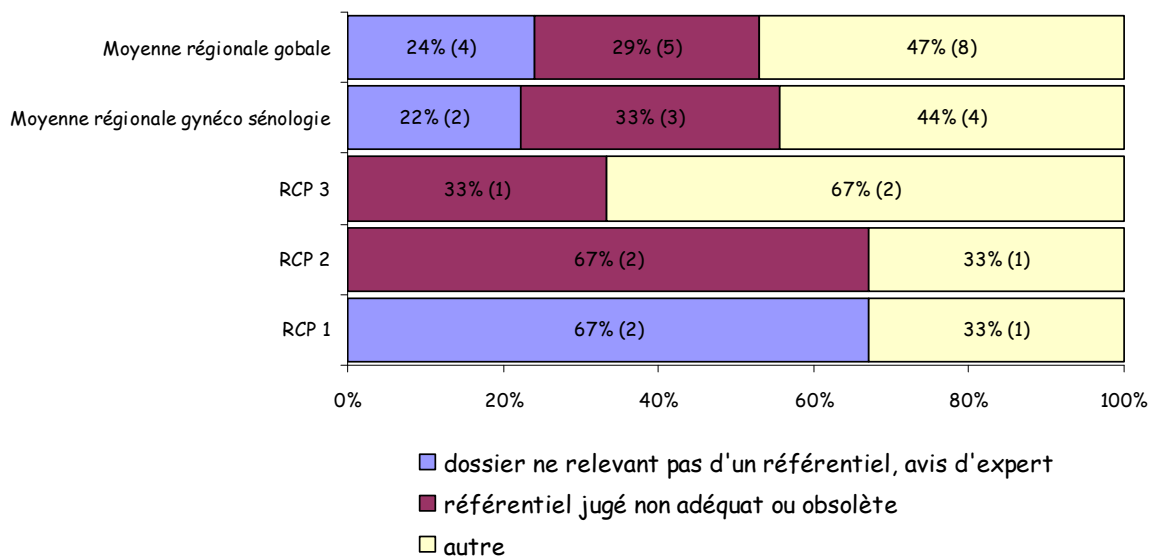
Les référentiels régionaux couvrent donc la quasi-totalité des situations cliniques et de la pathologie cancéreuse pour les spécialités évaluées dans cette étude, sous réserve des biais d'échantillonnage.



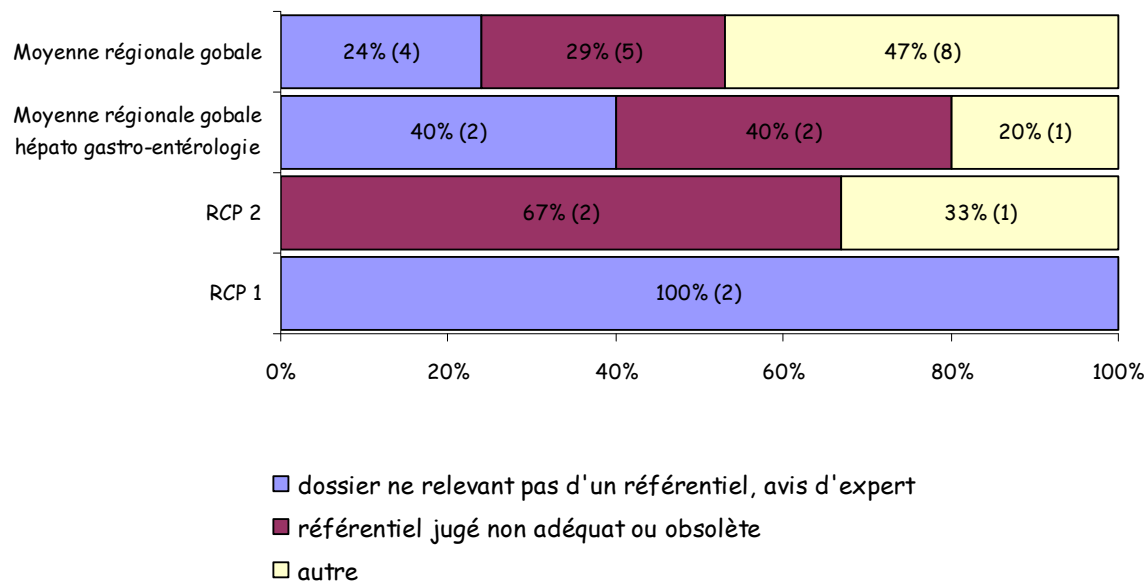
### Données régionales par spécialité :

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

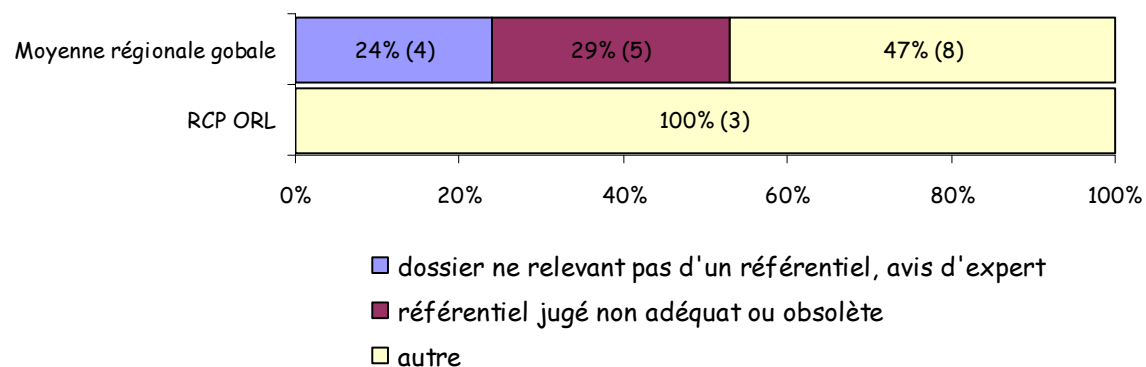
#### RCP de gynéco sénologie :



#### RCP d'hépatogastro-entérologie :



#### RCP d'ORL :



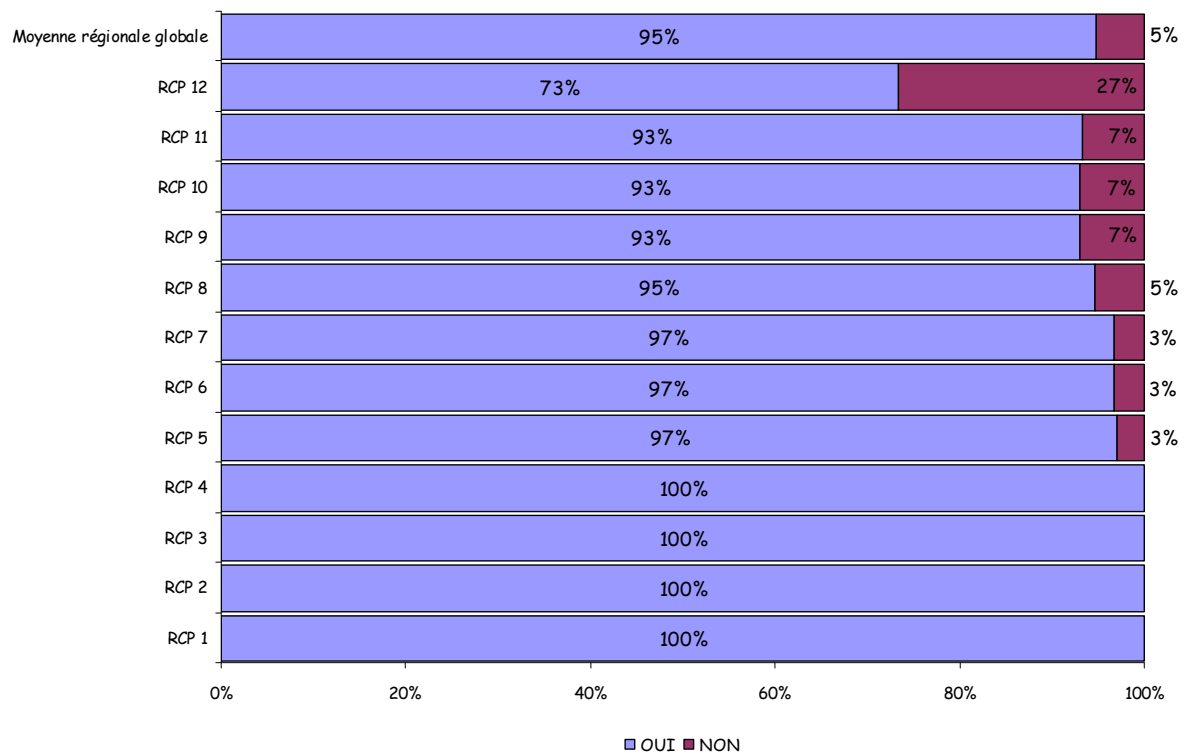
**Commentaires :** il n'y a aucun motif prédominant en fonction des spécialités.

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 globales toutes RCP confondues

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

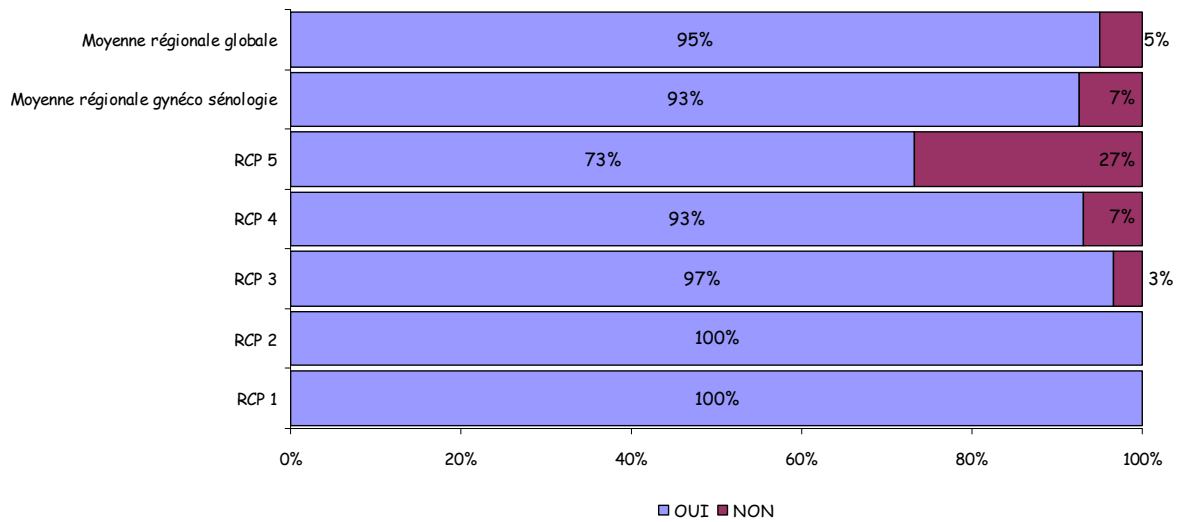


**Commentaires** : les propositions faites en RCP sont suivies dans une très large majorité de cas. Les résultats sont homogènes.

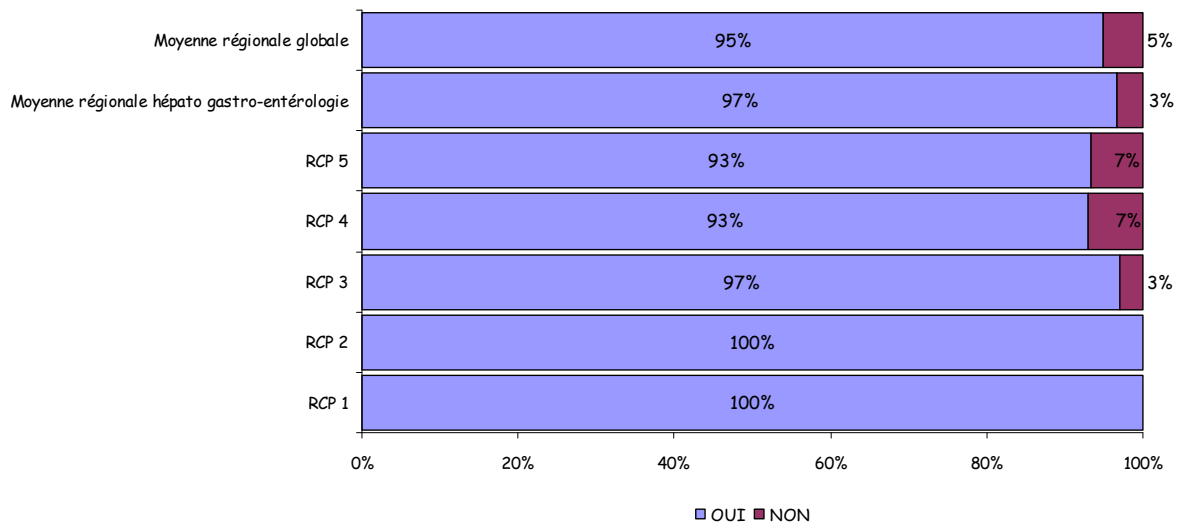
## Données régionales par spécialité :

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

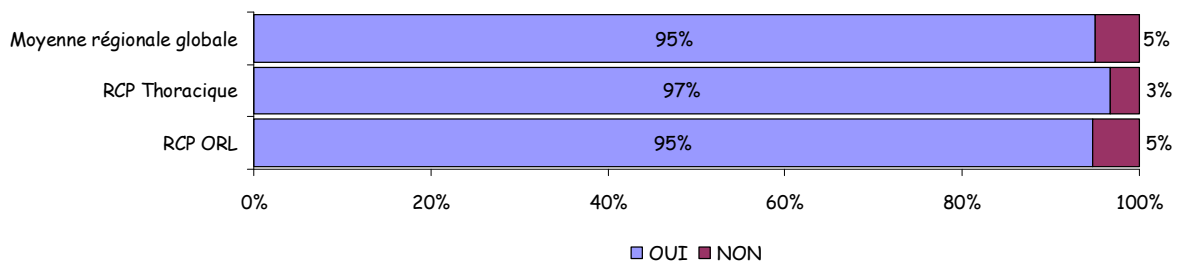
### RCP de gynéco sénologie :



### RCP d'hépatogastro-entérologie :



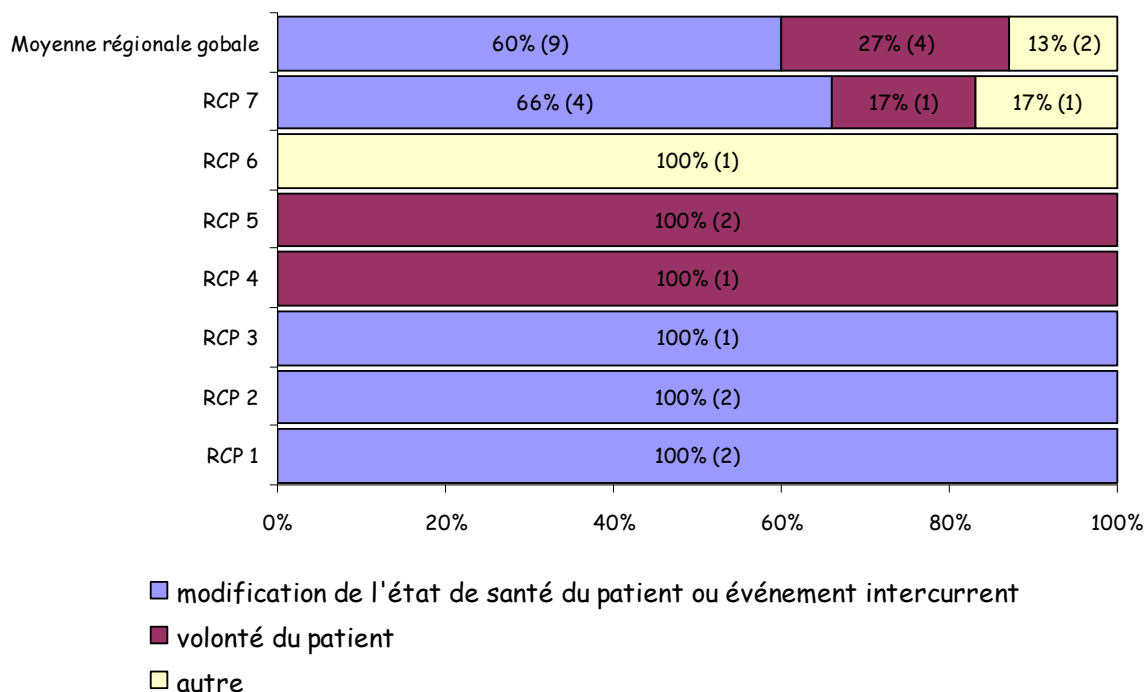
### RCP thoracique et ORL :



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

### Données globales toutes RCP confondues

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



**Commentaires :** les résultats précédents indiquent que 5% des prises en charge thérapeutique ne sont pas en adéquation avec la proposition faite en RCP, ce qui représente 18 dossiers sur les 344 évalués. Les motifs ont pu être recueillis pour 83% d'entre eux (soit 15 dossiers). Les cas où il n'y a pas d'explication sont donc minoritaires. Il convient néanmoins de rappeler qu'il résulte d'une obligation médico-légale de motiver les raisons d'une prise en charge thérapeutique différente de celle proposée lors de la RCP.

Lorsque l'inadéquation est motivée, la répartition des motifs est la suivante :

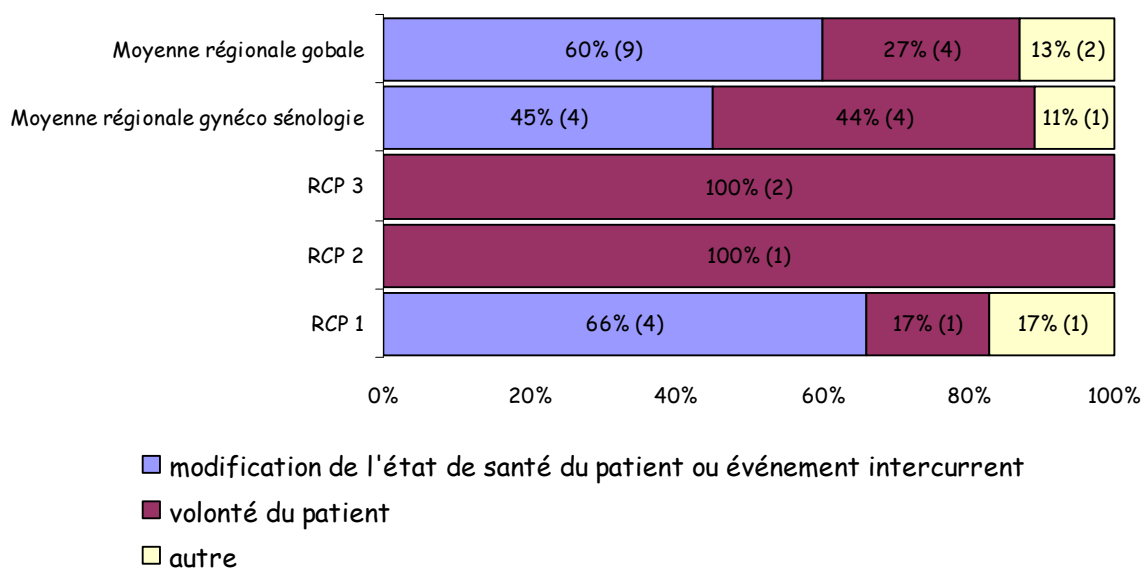
- 60% : modification de l'état de santé du patient ou événement intercurrent ;
- 27% : volonté du patient ;
- 13% : autre motif :
  - \* un des traitement non réalisé : problème organisationnel (1),
  - \* second avis (1).

Globalement, les motifs de non suivi de la proposition de RCP semblent, sous réserve d'effectifs faibles et d'un biais d'échantillonnage possible, majoritairement liées au patient (changement de son état de santé, choix du patient). Ces données seront à confirmer sur un plus large effectif de RCP, de spécialités oncologiques et de patients.

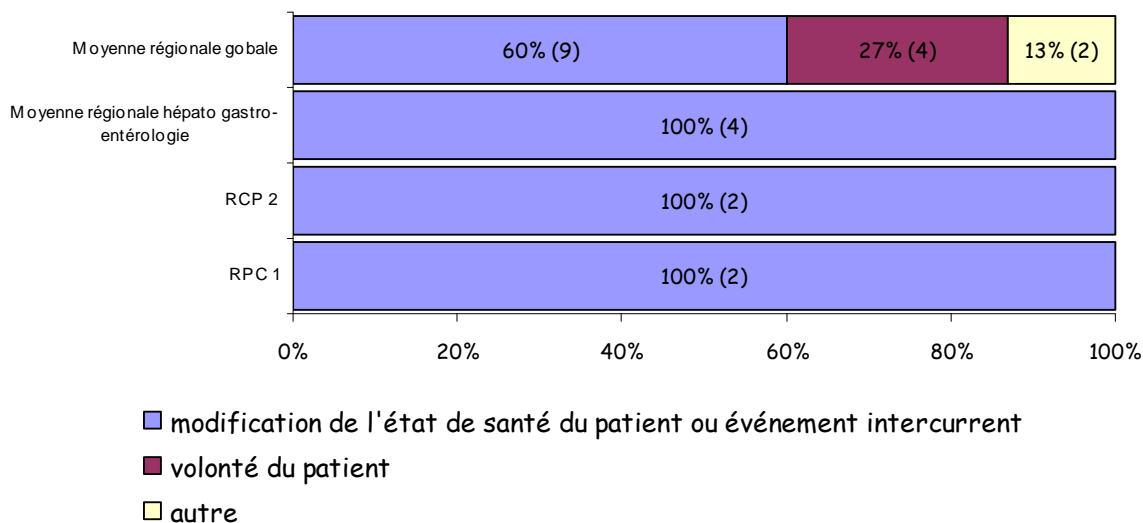
### Données régionales par spécialité :

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

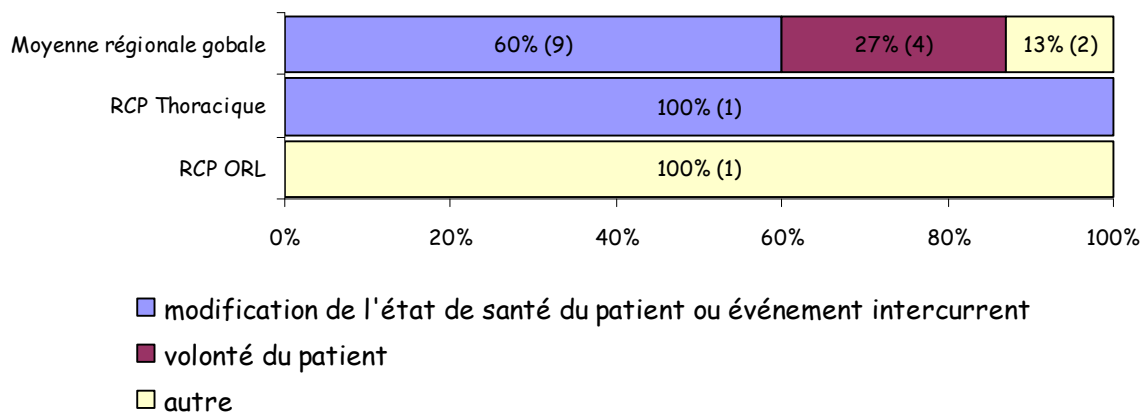
#### RCP de gynéco sénologie :



#### RCP d'hépto gastro-entérologie :



#### RCP thoracique et ORL :



## SYNTHÈSE GÉNÉRALE

### ↳ Synthèse des commentaires par item

**Quorum** : Chaque 3 C de la région Centre s'était engagé en 2009 à respecter le quorum dans une proportion de 80%. Cet objectif d'atteinte du quorum défini par OncoCentre est effectif en moyenne régionale et de façon plutôt homogène parmi les RCP évaluées..

**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. Les motifs de non adéquation semblent majoritairement liés aux patients.

### ↳ Synthèse globale

Cet audit permet de souligner l'efficacité de mise en oeuvre des mesures qualité régionales de prise en charge des patients atteints de cancer. Il constitue un modèle de coopération entre le réseau régional et les 3 C dans la mise en oeuvre des évaluations et des programmes qualité en cancérologie.

Il a permis d'ébaucher une tendance pour chacun des items qui seront à confirmer lors d'un prochain audit sur un plus large effectif de RCP, de spécialités oncologiques et de patients. En effet, le nombre de RCP auditées globalement et par spécialité ne permet pas de tirer de réelles conclusions régionales en raison d'un effectif de patients exposant aux biais d'échantillonnage, notamment sur les motifs des inadéquations (de la proposition de RCP au référentiel et de la prise en charge thérapeutique à la proposition de RCP).

### ↳ Bilan et objectifs

Ce premier audit initié par le réseau régional avait pour objectifs de :

- Lancer une démarche régionale d'évaluation
- Soutenir les 3 C dans cette démarche en leur apportant des outils
- Évaluer l'utilisation des référentiels régionaux

Les objectifs sont atteints et le bilan est très positif, notamment sur les points suivants :

- Participation des 3 C
- Pas de difficulté particulière de mise en oeuvre
- Peu chronophage
- Un certain nombre de 3 C ont déjà manifesté leur volonté de renouveler cet audit

Les objectifs pour 2010 sont de :

- consolider cette dynamique et d'en poursuivre le développement ;
- poursuivre l'accompagnement des 3 C dans leur démarche d'évaluation afin d'être en conformité avec leurs missions et les critères d'agrément ;
- atteindre l'exhaustivité de la participation des 3 C et des RCP auditées pour l'audit clinique ciblé de 2010.

**ANNEXE**  
-  
**PROTOCOLE DE L'AUDIT**



MISE EN PLACE D'AUDITS CLINIQUES CIBLÉS RELATIFS AUX  
RÉUNIONS DE CONCERTATIONS PLURIDISCIPLINAIRES DANS  
LA RÉGION CENTRE

- 2009 -



## 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'audits cliniques ciblés. Elle concerne les deux indicateurs suivants :

⑧ Nombre de propositions de RCP en adéquation avec le référentiel :

⇒ Analyse ou évaluation de l'adéquation des propositions de RCP avec les référentiels.

⑨ Nombre de prises en charge thérapeutiques conformes aux propositions thérapeutiques faites en RCP :

⇒ Analyse ou évaluation de la concordance entre la proposition thérapeutique de la RCP et le traitement effectivement délivré.

### I.2. L'objectif de l'audit

L'objectif principal et commun de ces audits est d'améliorer la qualité des RCP selon les critères précisés dans le plan cancer et la circulaire du 22.02.2005.

Ils permettront également de déterminer des standards pour ces deux indicateurs.

Il ne s'agit pas d'avoir une conformité aux référentiels ou une concordance vis à vis de la proposition thérapeutique qui soit totale puisqu'il y a, pour chacun de ces indicateurs, des variables d'ajustement.

### I.3. Les actions d'amélioration envisageables

⑧ :

- 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

⑨ :

- 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

Les deux audits sont mis en place en une seule enquête dans la mesure où leur thématique est commune : à savoir la prise en charge thérapeutique du patient. Cela permet également de limiter la charge de travail des professionnels qui seront en charge de ces audits.

### II.1. Champ d'application

L'évaluation peut concerner les RCP suivantes :

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

### II.2. Critères d'inclusion / exclusion

- 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<sup>er</sup> 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.

### II.3. Type d'étude

Rétrospective de cas consécutifs.

### II.4. Taille de l'échantillon

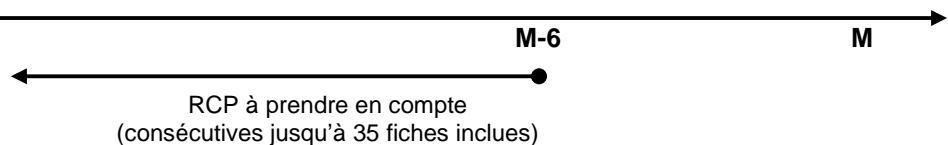
Pour être représentatif, l'échantillon doit être de 30 dossiers par RCP (20 pour l'ORL).

### 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 2009 avec comme hypothèse, une RCP qui se déroule tous les jeudis :

Mise en place de l'audit : novembre (prendre en compte le 1<sup>er</sup> du mois) ;

Fin de la période observée : 1<sup>er</sup> mai ;  
1<sup>ère</sup> RCP à prendre en compte : RCP du jeudi 30 avril ;  
2<sup>e</sup> RCP à prendre en compte (si la 1<sup>ère</sup> ne totalise pas les 35 inclusions) : RCP du jeudi 23 avril  
....et ainsi de suite.

#### II.6. Sources de données

- Fiches de RCP ;
- Dossiers patients ;
- Référentiels 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.

#### 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/exclusion ;
- Remplit, pour chaque fiche RCP dont le patient remplit les critères, la partie « renseignements généraux » de la grille de recueil ;
- 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, la fiche RCP et le dossier correspondant pour transmission aux auditeurs.

##### c. étape 3 : les auditeurs

- Vérifient que les critères d'inclusion/exclusion sont respectés ;
- Saisissent 30 grilles de recueil.

##### d. étape 4 : la secrétaire 3 C

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

#### III.2. Le traitement des données

OncoCentre sera chargé d'analyser toutes les grilles de recueil pour en faire une synthèse. Cette synthèse sera validée par le 3C.

# ANNEXES

**ANNEXE I**  
**LA GRILLE DE RECUEIL DE DONNÉES**

**GRILLE DE RECUEIL DE DONNÉES (RCP)  
Audit Clinique Ciblé - 2009**

**Objectif : Évaluation des RCP**

4<sup>ème</sup> trimestre 2009

**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) : \_\_\_\_\_

**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 : \_\_\_\_\_



**GRILLE DE RECUEIL DE DONNÉES (patients)  
Audit Clinique Ciblé - 2009**

**Objectif : Évaluation des RCP**

N° de grille :

**Renseignements généraux**

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

Organe précis : \_\_\_\_\_

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

Date de la RCP : \_\_\_ / \_\_\_ / 200\_\_\_

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

**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

**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**

**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) : \_\_\_\_\_

**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

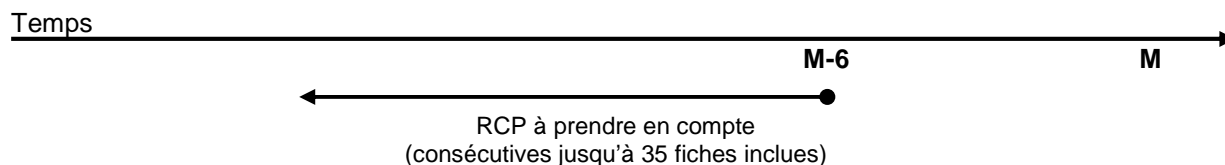
Date de fin de la période observée = le **1<sup>er</sup> jour du mois, 6 mois avant** la date de la mise en place de l'audit

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

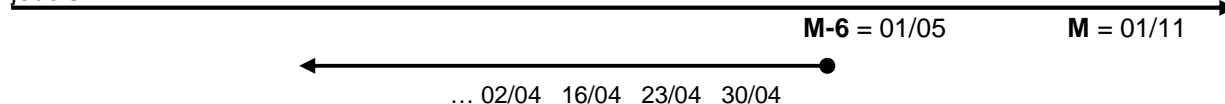
### Étape 2 : sélection des RCP

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 2009 avec comme hypothèse, une RCP qui se déroule tous les jeudis :



Mise en place de l'audit : novembre (prendre en compte le 1<sup>er</sup> du mois) ;

Fin de la période observée : 1<sup>er</sup> mai ;

1<sup>ère</sup> RCP à prendre en compte : RCP du jeudi 30 avril ;

2<sup>e</sup> RCP à prendre en compte (si la 1<sup>ère</sup> ne totalise pas les 35 inclusions) : RCP du jeudi 23 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/exclusion (*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<sup>ère</sup> grille) ; RCP 18-01 / 35 (pour la 35<sup>ème</sup>).

#### • 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 indicateurs N°1 et N°2
- Les auditeurs devront remplir 30 grilles de recueil (20 pour l'ORL), en éliminant éventuellement des erreurs sur les critères d'inclusion/exclusion.

### Étape 7 :

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

### Critères d'inclusion / exclusion

- 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<sup>er</sup> 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.

### 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