



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Indicateurs pour l'amélioration de la
qualité et de la sécurité des soins

Réunion de Concertation pluridisciplinaire en cancérologie

Résultats nationaux de la campagne
2016 – Données 2015

4^e campagne nationale

Décembre 2016

Ce document présente les résultats, issus du recueil 2016 – données 2015, de l'indicateur du thème « Réunion de Concertation pluridisciplinaire en cancérologie », réalisé par tous les établissements titulaires d'une autorisation de cancérologie sous la coordination de la Haute Autorité de Santé.

Cet indicateur donne une image du niveau de qualité de la prise en charge au sein de chacune des structures concernées. Il est aussi, au niveau national et sous forme agrégée, un observatoire de la qualité des soins dans les établissements de santé français.

Rapport rédigé sans prise en compte des résultats du contrôle qualité du recueil réalisé par les agences régionales de santé (ARS)

Les résultats nationaux présentés dans ce rapport ne prennent pas en compte les résultats du contrôle qualité réalisé par les ARS dans le cadre de l'orientation nationale de contrôle (ONC) demandée par l'Inspection générale des Affaires sociales (IGAS).

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

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

Où retrouver les résultats de votre établissement ?

Les résultats complets individuels et comparatifs de chaque établissement ainsi que l'analyse complémentaire sont accessibles sur la plate-forme Qualhas. Pour y accéder, contacter le service DIM de votre établissement.

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



Pour en savoir plus

Le descriptif des indicateurs est disponible sur le site Internet : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_970481/ipaqss-recueils-des-indicateurs

Pour nous contacter

Pour toutes questions relatives aux indicateurs, le service IPAQSS (Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins) vous répondra par e-mail : ipaqss@has-sante.fr

Ce rapport a été rédigé par Marie Erbaul, chef de projet et Mélanie Couralet, statisticienne, sous la coordination de Rose Derenne, adjointe, et sous la responsabilité de Laetitia May-Michelangeli, chef du service « Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins » (SIPAQSS).

Ce document a été validé par le Collège de la Haute Autorité de Santé en décembre 2016.

© Haute Autorité de Santé - décembre 2016

Sommaire

Abréviations et acronymes	4
Avant-propos	5
Introduction	6
Contexte	6
L'indicateur	6
La campagne de recueil en 2016	6
Descriptif de la campagne nationale 2016.....	8
Établissements de santé participants.....	8
Population analysée	9
Informatisation des fiches RCP analysées.....	10
Calcul et présentation des résultats	10
Indicateur « Réunion de concertation pluridisciplinaire »	12
Fiche descriptive de l'indicateur	12
Analyse nationale des informations recueillies	13
Distribution des établissements en fonction de leur résultats	18
Classement des établissements	19
Bilan et perspectives	20
Résultats 2016 du contrôle qualité du recueil des indicateurs du thème « Réunion de Concertation Pluridisciplinaire en cancérologie » dans le cadre de l'orientation nationale d'inspection contrôle (ONIC)	22
Résultats du contrôle qualité du recueil	22
Impact du contrôle qualité du recueil sur la diffusion publique	22
Table des illustrations	23
Annexes	24
Annexe I. Méthodes de recueil et d'analyse	24
Annexe II. Résultats complémentaires.....	28
Références bibliographiques.....	34

Abréviations et acronymes

CME	Commission médicale d'établissement pour les ES publics, Conférence médicale d'établissement pour les ES privés
CNAM-TS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CPOM	Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyen
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
INCa	Institut National du Cancer
IQSS	Indicateurs de qualité et de sécurité des soins
RCP	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

Avant-propos

Depuis 2006, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et la Haute Autorité de Santé (HAS) ont mis en œuvre un recueil national d'indicateurs afin de disposer, pour l'ensemble des établissements de santé, de tableaux de bord de pilotage de la qualité et de la sécurité des soins. Ceci s'inscrit dans l'approche globale de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements de santé.

Ce suivi d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) produisant des données comparatives, est utilisé à des fins de pilotage interne, de régulation aux niveaux régional et national, et de transparence vers les usagers (diffusion publique¹). Ce programme de déploiement national des indicateurs est discuté par un comité de pilotage, co-animé par la DGOS et la HAS, et regroupant l'ensemble des parties prenantes dont les fédérations d'établissements de santé, les représentants des directeurs et des présidents de CME, les directeurs généraux des agences régionales de santé, la CNAM-TS et des représentants des usagers. Ce comité discute également de la nature des indicateurs à développer, des modalités de leur utilisation et de leur diffusion publique en fonction du cadre réglementaire en vigueur.

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires renforce l'utilisation des indicateurs de qualité au sein des établissements de santé. Elle constitue un progrès pour le droit à l'information collective de l'utilisateur en rendant obligatoire la publication, par chaque établissement de santé, d'indicateurs sur la qualité des soins. Dans ce cadre, la liste des IQSS mis à la disposition du public est fixée, chaque année, par arrêté ministériel. Ceci concerne certains IQSS obligatoires, imputables aux établissements de santé et ayant fait l'objet de plus d'une campagne nationale de recueil. Cette diffusion de leur résultat par les établissements de santé est accompagnée par la diffusion publique nationale sur le site Scope Santé (www.scopesante.fr). Les résultats des établissements pour ces indicateurs y sont présentés avec un code couleur et leur classe A, B, C, selon qu'ils sont supérieurs (A), égaux (B) ou inférieurs (C) à l'objectif national de performance. Cet objectif national de performance correspond à une valeur fixée pour plusieurs années et pour chaque indicateur diffusé publiquement. Il permet aux établissements de santé de disposer d'un repère correspondant au seuil minimum de qualité à atteindre. L'objectif est défini en concertation avec le comité de pilotage des indicateurs de qualité et de sécurité des soins en établissements de santé et les structures professionnelles concernées par le thème.

Du fait de l'utilisation croissante des indicateurs (diffusion publique aux usagers, tableaux de bord de pilotage, contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), dispositifs d'incitation financière à la qualité (IFAQ), etc.), un contrôle qualité de leur recueil est effectué. Depuis 2013, la qualité du recueil des indicateurs nationaux de qualité et de sécurité des soins diffusés publiquement fait l'objet d'une orientation nationale d'inspection-contrôle de l'IGAS. Le principe de ce contrôle est de s'assurer de la fiabilité de l'autoévaluation réalisée lors des campagnes nationales de mesure, par l'utilisation d'une procédure aléatoire. Le champ de cette inspection vise chaque année environ 10 % des établissements de santé concernés au niveau national : la moitié des établissements de santé concernés peut être tirée au sort aléatoirement parmi la liste des établissements de santé concernés par le recueil et l'autre est au choix de l'ARS. Le recueil des indicateurs peut être non validé par le contrôle : dans ce cas, le résultat n'est plus utilisable. Il est indiqué comme non validé sur le site Scope Santé.

Ce dispositif complet permet d'objectiver les progrès réalisés par les établissements de santé concernant la qualité et la sécurité des soins.

A ces indicateurs obligatoires et diffusés publiquement, s'ajoutent des indicateurs optionnels. Ils sont destinés uniquement aux établissements de santé pour leur pilotage interne de la qualité.

¹ La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires renforce l'utilisation des indicateurs de qualité au sein des établissements de santé et constitue un progrès pour le droit à l'information collective de l'utilisateur en rendant obligatoire la publication, par chaque établissement de santé, d'indicateurs sur la qualité des soins.

Introduction

Contexte

Tout établissement bénéficiant d'une autorisation de cancérologie a l'obligation de mettre en œuvre une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) pour tous les patients pris en charge pour le traitement d'un cancer. Cette RCP doit être pluridisciplinaire représentant l'équipe médicale intervenant auprès des patients atteints de cancer (Article D6124-131 du code de la santé publique).

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

L'indicateur

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

Entre mars et juin 2016, la HAS a coordonné la quatrième campagne de recueil de l'indicateur du thème « Réunion de Concertation Pluridisciplinaire en cancérologie » dans les établissements MCO ayant une autorisation de cancérologie.

- 1 indicateur obligatoire présentant 2 niveaux de conformité :
 - Réunion de concertation pluridisciplinaire – Exhaustivité de la RCP ;
 - Réunion de concertation pluridisciplinaire – Pluridisciplinarité de la concertation.

Seul le second niveau est diffusé publiquement dans les établissements de santé et sur le site Scope Santé. Il a fait l'objet d'un contrôle qualité de son recueil par les ARS de juillet à fin octobre 2016. Les résultats du contrôle sont présentés en fin de rapport.

La campagne de recueil en 2016

Le recueil consiste en une enquête rétrospective d'un maximum de 60 séjours de patients hospitalisés en établissement MCO, titulaire d'une autorisation de cancérologie, entre le 1er juin et le 30 novembre 2015.

Le recueil est réalisé sur la plate-forme sécurisée Qualhas. Dès la clôture nationale de la campagne, elle fournit une information structurée et comparative qui permet aux établissements de se positionner par rapport aux autres établissements participants et à leur politique qualité conduite ou à engager. Sur cette plate-forme, la présentation des résultats individuels permet d'identifier les voies d'amélioration et, grâce à l'évolution dans le temps, les établissements peuvent valoriser le résultat des actions d'amélioration mises en œuvre.

Ce rapport présente :

- Un descriptif de la campagne 2016, établissements participants et dossiers analysés.
- Les résultats nationaux 2016 par niveau d'indicateur sur des données 2015 avec des analyses complémentaires et des résultats comparatifs, positionnement des établissements de santé par rapport à l'objectif de performance.
- Le bilan et les perspectives.

Les annexes présentent la méthode de recueil et d'analyse, les moyennes par région et par type d'établissements.

Une analyse régionale des indicateurs sous forme de cartographie dynamique est disponible sur le site Scope Santé : www.scopesante.fr/?selected=region

Descriptif de la campagne nationale 2016

Au niveau national, 757 établissements de santé ont participé à la campagne 2016 et 36 785 dossiers de patient ont été analysés.

Établissements de santé participants

Chaque établissement MCO ayant une autorisation de cancérologie est tenu de mesurer les indicateurs du thème « Réunion de concertation en cancérologie ».

Le recueil des indicateurs était obligatoire pour 740 établissements, le taux de participation est de 100 %, 17 établissements n'ayant pas cette obligation ont participé au recueil, ce qui donne le nombre de 757 établissements participants. Sur les 757 établissements ayant réalisé le recueil, 727 ont analysé plus de 10 dossiers, 3 n'ont pu analyser aucun dossier et 27 ont analysé entre 1 et 9 dossiers.

► Répartition des dossiers en fonction du volume d'activité des établissements

Nombre de dossiers éligibles sur 6 mois d'activité	Nombre d'établissements	Nombre de dossiers analysés	Pourcentage de dossiers analysés
1 - 50	190	4 271	11,61 %
51 - 100	165	8 957	24,35 %
101 - 200	186	10 971	29,82 %
201 - 500	156	9 147	24,87 %
501 - 1000	47	2 719	7,39 %
> 1000	13	720	1,96 %
Total	757	36 785	100 %

Près de 55 % des dossiers analysés sont issus d'établissements ayant une activité de cancérologie comprise entre 100 et 500 cas sur 6 mois.

► Répartition des dossiers en fonction de la catégorie d'établissement

Catégorie d'établissement	Nombre d'établissements	Nombre de dossiers analysés	Pourcentage de dossiers analysés
CHU	58	2 914	7,92 %
CH	246	11 575	31,47 %
CLCC	19	1 140	3,10 %
ESPIC / EBNL	52	2 420	6,58 %
Établissements privés	382	18 736	50,93 %
Total	757	36 785	100 %

Les dossiers analysés sont en grande majorité issus des établissements privés à but lucratif, près de 51 %, reflet du nombre important d'établissements de cette catégorie impliqués dans la prise en charge des cancers en France.

Population analysée

Parmi les séjours étudiés, 53 % sont des séjours d'hommes ce qui est proche des données de l'INCa² (55 % d'hommes, 45 % de femmes atteints d'un nouveau cancer).

► Répartition des dossiers en fonction de l'âge

Pour les dossiers analysés l'âge médian est de 67 ans (moyenne 66 ans) :

- 1 % des dossiers (249) concernent des patients âgés de moins de 18 ans versus 239 (1 %) en 2014 ;
- 1 % des dossiers (194) concernent des patients âgés de 18 à 25 ans versus 219 (1 %) en 2014 ;
- 10 % des dossiers (3 744) concernent des patients âgés de 26 à 49 ans versus 11 % des dossiers (4 096) en 2014 ;
- 30 % des dossiers (11 105) concernent des patients âgés de 50 à 64 ans versus 32 % des dossiers (11 856) en 2014 ;
- 58 % des dossiers (21 785) concernent des patients de plus de 65 ans versus 56 % des dossiers (21 152).

Entre les 2 campagnes, la population analysée est assez comparable en termes d'âge.

La population analysée est représentative de la population nationale selon les données d'incidence publiées par l'INCa.

► Répartition des dossiers en fonction de la spécialité

Les dossiers analysés concernent, pour près de 73 %, des patients atteints de cancers de l'appareil digestif, de cancers uro-néphrologiques ou de cancers du sein.

- Uro-néphrologie : 30,2 % (11 110 dossiers) versus 28,9 % (10 856 dossiers) en 2014 ;
- Appareil digestif : 24,6 % (9 046 dossiers) versus 25,05 % (9 409 dossiers) en 2014 ;
- Sénologie : 17,9 % (6 585 dossiers) versus 18,72 % (7 033 dossiers) en 2014 ;
- Pneumologie : 7,2 % (2 645 dossiers) versus 7,31 % (2 744 des dossiers) en 2014 ;
- Gynécologie basse : 6,4 % (2 353 dossiers) versus 6,41 % (2 406 dossiers) en 2014 ;
- Sphères ORL, stomatologie ou maxillo facial : 5,4 % (1 987 dossiers) versus 5,47 % (2 054 dossiers) en 2014 ;
- Hématologie : 3,65 % (1 343 dossiers) versus 3,46 % (1 301 dossiers) en 2014 ;
- Endocrinologie : 2 % (751 dossiers) versus 2,12 % (795 dossiers) en 2014 ;
- Système nerveux central : 1 % (371 dossiers) versus 0,95 % (357 dossiers) en 2014 ;
- Dermatologie : 0,91 % (335 dossiers) versus 0,98 % (369 dossiers) en 2014 ;
- Os et parties molles : 0,59 % (218 dossiers) versus 0,59 % (220 dossiers) en 2014 ;
- Ophtalmologie : 0,11 % (41 dossiers) versus 0,05 % (18 dossiers) en 2014.

L'échantillon analysé présente une stratification des localisations de cancer proche de celle de la population générale de patients atteints de cancer.

► Critères d'inclusion et d'exclusion des dossiers

Au niveau national, 44 928 dossiers ont été tirés au sort sur la période de juin à novembre 2015 via le LOTAS dans le PMSI. Parmi les dossiers tirés au sort, 18 % ont été exclus pour les raisons suivantes :

- 26 dossiers n'étaient pas mobilisables (patient ne souhaitant pas que les données le concernant soient exploitées à des fins autres que sa prise en charge) ;
- 183 dossiers pour lesquels la fiche RCP présente dans le dossier n'avait pas été validée ;
- 1 % de dossiers non retrouvés (655 dossiers) ;
- 2 % des dossiers comportaient une incohérence PMSI (846 dossiers) ;

² Les cancers en France / Edition 2015 - INCa

- 14% des dossiers pour lesquels le patient n'est pas pris en charge pour un primo-diagnostic de cancer (6433 dossiers).

Au total, l'analyse a porté sur 36 785 dossiers.

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"> • Séjours de patients hospitalisés dans l'établissement pour la prise en charge d'un primo-diagnostic de cancer ayant bénéficié d'un traitement par chirurgie, radiothérapie ou chimiothérapie au cours du second semestre 2015. 	<ul style="list-style-type: none"> • Séances. • Séjours pour traitement séquentiels ou prolongés.

Informatisation des fiches RCP analysées

Lorsqu'elle est retrouvée, la RCP est tracée sous forme de fiche dans plus de 99 % des cas (31 599 dossiers). Cette fiche est informatisée pour 28 498 dossiers, soit plus de 90 % des fiches RCP analysées.

Calcul et présentation des résultats

Les résultats nationaux sont des moyennes pondérées sur l'activité de l'établissement. Ce choix a été fait pour assurer la représentativité des résultats nationaux. Il permet de prendre en compte l'importance relative de chacun des établissements concernés.

Pour l'indicateur « Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie », la moyenne nationale pondérée est calculée pour les établissements ayant inclus plus de 10 dossiers patient (727 établissements).

Les autres résultats sont calculés à partir de l'ensemble des dossiers inclus dans le recueil, que l'établissement ait plus ou moins de 10 dossiers.

Présentation des résultats
<p>Pour chaque indicateur sont présentés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La fiche descriptive de l'indicateur (définition, numérateur, dénominateur...); • La moyenne nationale inter-établissements pondérée par l'activité des établissements de santé ; • Le nombre d'établissements entrant dans le calcul de la moyenne inter-établissements de l'indicateur ; • Le nombre total de dossiers évalués par l'ensemble des établissements entrant dans le calcul ; • Les éléments manquants dans les dossiers, et sources de non-conformité ; • Les résultats minimum, maximum obtenus par les établissements ayant inclus le minimum de dossiers, la médiane, le premier quartile (où se situent 25 % des établissements de santé) et le troisième quartile (où se situent 75 % des établissements de santé) ; • La représentation graphique de la répartition des résultats (intervalle de confiance) des établissements de santé. Elle permet de visualiser la variabilité inter-établissements, quand une comparaison inter-établissements est possible ; • Le classement des établissements (nombre et pourcentage) par rapport à l'objectif de performance pour les indicateurs diffusés publiquement quand une comparaison inter-établissements est possible. Elle renseigne le nombre et le pourcentage des ES dont le résultat est supérieur (classe A), égal (classe B) ou inférieur (classe C) à la référence nationale et permet d'objectiver le nombre et le pourcentage d'établissements de santé pour lesquels une marge d'amélioration existe ; • Le classement des établissements (nombre et pourcentage) en fonction de l'évolution de leurs résultats entre les deux dernières campagnes (2014-2016).

Présentation des résultats

Les principaux constats tirés de ces différents résultats.

La distribution des résultats des indicateurs par région et par catégorie d'établissements de santé est rapportée pour information en annexe II.

Indicateur « Réunion de concertation pluridisciplinaire »

Fiche descriptive de l'indicateur

Lors de la prise en charge initiale d'un primo-diagnostic de cancer, taux de dossiers patients comportant la trace d'une réunion de concertation pluridisciplinaire datée, avec proposition de prise en charge et réalisée avec au moins trois professionnels de spécialités différentes.

<p>Définition</p>	<p>Cet indicateur évalue l'exhaustivité et les modalités d'organisation de la RCP lors de la prise en charge initiale d'un patient atteint de cancer. Il est composé de deux niveaux donnant lieu au calcul de deux mesures distinctes, présentées sous la forme d'un taux.</p>
<p>Références</p>	<p>La concertation pluridisciplinaire dans la prise en charge initiale d'un patient atteint d'un cancer est un élément spécifique, garant de la qualité de la prise en charge ultérieure. Cet indicateur répond à l'un des objectifs du plan cancer initié dès 2003 qui était de faire bénéficier 100 % des nouveaux patients atteints de cancer d'une concertation pluridisciplinaire autour de leur dossier. Les modalités d'organisation de RCP sont précisées dans le code de la santé publique, à l'article D 6124-131^{i,ii,iii}. Dans le cadre du dispositif d'autorisation des établissements de santé pour le traitement des cancers, la concertation pluridisciplinaire est une des conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de traitement du cancer^{i,ii,iii}. Conformément aux critères d'agrément définis par l'Institut National du Cancer en 2007, la RCP fait partie des critères de qualité transversale exigibles pour recevoir une autorisation pour le traitement du cancer^{iv}. Depuis 2009, le plan cancer met l'accent sur le partage des données médicales entre professionnels de santé (hospitaliers et libéraux).</p> <p>Une fiche RCP générique est disponible et comporte l'ensemble des informations recueillies pour le calcul des indicateurs RCP. Cette fiche informatisée devrait permettre de faciliter le recueil, les systèmes étant interoperables à terme (dernière version fiche 2.0 publiée sur le site de l'ASIP et de l'INCa : http://www.e-cancer.fr/Actualites-et-evenements/Actualites/RCP-les-informations-minimales-requises-reunies-dans-une-fiche-informatisee)</p>
<p>Diffusion publique</p>	<p>Niveau 1 : indicateur non diffusé publiquement.</p> <p>Niveau 2 : indicateur diffusé publiquement avec un objectif de performance à atteindre pour les établissements fixé à 80 %, soit 8 dossiers sur 10 comportant les informations demandées.</p> <p>Diffusion publique des résultats par établissement sur www.scopesante.fr</p>
<p>Type d'indicateur</p>	<p>Indicateur de processus permettant la comparaison inter-établissements.</p> <p>Pas d'ajustement sur le risque.</p>
<p>Numérateur</p>	<p>Nombre de séjours pour lesquels est retrouvée lors de la prise en charge initiale d'un primo-diagnostic de cancer :</p> <p>Niveau 1 : Exhaustivité des RCP : trace d'une RCP datée et comportant la proposition de prise en charge.</p> <p>Niveau 2 : Pluridisciplinarité de la concertation : trace d'une RCP datée, comportant la proposition de prise en charge et réalisée avec au moins trois médecins de spécialités différentes.</p>

Dénominateur	Nombre de séjours évalués.
Critères d'exclusion secondaires	Lorsque l'établissement utilise une fiche comportant les critères minimaux définis par l'INCa, exclusion du dossier si la fiche n'est pas validée.

Analyse nationale des informations recueillies

Tableau 1. Indicateur « Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie » – Résultats de la campagne 2016 – données 2015

Campagne 2016 – données 2015			
		Niveau 1 : Exhaustivité des RCP	Niveau 2 : Pluridisciplinarité de la concertation
Moyenne nationale pondérée La moyenne pondérée prend en compte le poids de chaque établissement		88 %	82 %
Structures avec plus de 10 dossiers	Nombre de structures	727	727
	Nombre de dossiers	36 654	36 654

Entre les 2 recueils les résultats des moyennes pondérées des 2 niveaux ont progressé. Pour le niveau 1, la moyenne nationale pondérée en 2016 a progressé de 2 points par rapport à 2014 passant de 86 % à 88 %. Pour le niveau 2, la moyenne nationale pondérée en 2016 a progressé de 3 points par rapport à 2014 passant de 79 % à 82 %.

Résultats complémentaires

Tableau 2. Indicateur « Réunion de concertation pluridisciplinaire » – Détail des causes de non-conformité à l'indicateur – Campagne 2016 – données 2015

TOTAL des dossiers patients non conformes à l'indicateur	14 617 dossiers	
Absence de RCP dans le dossier	4 239 dossiers	11 %
RCP retrouvée ne concerne pas la prise en charge initiale	682 dossiers	2 %
Absence de date sur la RCP	247 dossiers	1 %
Absence de proposition de prise en charge notée	181 dossiers	0,57 %
Participation de moins de 3 médecins différents à la réunion	1 051 dossiers	3 %
Participation de moins de 3 spécialités différentes à la réunion	2 324 dossiers	7 %

Résultats en fonction des spécialités

► Exhaustivité des RCP par spécialité (RCP datée et comportant la proposition de prise en charge) – Évolution entre les recueils 2014 et 2016

Tableau 3. Indicateur « Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie » – Exhaustivité des RCP par spécialité – Évolution entre les recueils 2014 et 2016

Spécialités	Campagne 2014		Campagne 2016	
	Nombre dossiers analysés	Pourcentage de dossiers de la spécialité avec RCP datée et proposition de prise en charge	Nombre dossiers analysés	Pourcentage de dossiers de la spécialité avec RCP datée et proposition de prise en charge
Uro néphrologie	10 856	77 %	11 110	78 %
Appareil digestif	9 409	87 %	9 046	88 %
Sénologie	7 033	93 %	6 585	95 %
Pneumologie	2 744	87 %	2 645	88 %
Gynécologie basse	2 406	88 %	2 353	90 %
ORL, Stomatologie ou Maxillo facial	2 054	82 %	1 987	82 %
Hématologie	1 301	84 %	1 343	85 %
Endocrinologie	795	77 %	751	74 %
Système Nerveux Central	357	85 %	371	87 %
Dermatologie	369	69 %	335	71 %
Os et Parties molles	220	78 %	218	80 %
Ophtalmologie	18	67 %	41	100 %

Entre les 2 recueils, pour 10 des 12 spécialités le taux de RCP retrouvées dans le dossier comportant la date et la proposition de prise en charge a augmenté de 1 à 2 points. En endocrinologie, le taux a baissé de 3 points et est à 74 %. En ORL, stomatologie ou maxillo-facial, le taux de 82 % est resté stable.

Dans 3 spécialités (uro-néphrologie, endocrinologie et dermatologie), le taux de RCP exhaustive n'atteint pas la moyenne nationale pondérée de 82 %. Dans toutes les autres spécialités, ce taux atteint ou dépasse ce seuil. Trois spécialités atteignent ou dépassent le taux de 90 %, la gynécologie basse (90 %), la sénologie (95 %) et l'ophtalmologie (100 %).

► **Pluridisciplinarité de la concertation par spécialité (Trace d'une RCP datée, comportant la proposition de prise en charge et réalisée avec au moins trois professionnels de spécialités différentes) – Évolution entre les recueils 2014 et 2016**

Tableau 4. Indicateur « Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie » – Pluridisciplinarité de la concertation par spécialité – Évolution entre les recueils 2014 et 2016

Spécialités	Campagne 2014		Campagne 2016	
	Nombre dossiers analysés	Parmi les RCP datée avec proposition de prise en charge, pourcentage de RCP pluridisciplinaires	Nombre dossiers analysés	Parmi les RCP datée avec proposition de prise en charge, pourcentage de RCP pluridisciplinaires
Uro néphrologie	10 856	70 %	11 110	91 %
Appareil digestif	9 409	82 %	9 046	96 %
Sénologie	7 033	88 %	6 585	95 %
Pneumologie	2 744	80 %	2 645	94 %
Gynécologie basse	2 406	82 %	2 353	96 %
ORL, Stomatologie ou Maxillo facial	2 054	73 %	1 987	92 %
Hématologie	1 301	62 %	1 343	82 %
Endocrinologie	795	70 %	751	91 %
Système Nerveux Central	357	77 %	371	95 %
Dermatologie	369	56 %	335	79 %
Os et Parties molles	220	73 %	218	96 %
Ophtalmologie	18	55 %	41	78 %

Pour 10 des 12 spécialités, le taux de pluridisciplinarité de la concertation dépasse 90 %.

En hématologie, le taux est de 82 %, ce qui représente une augmentation de 20 points par rapport aux résultats de 2014. La dermatologie et l'ophtalmologie présentent une augmentation de 23 points entre les 2 recueils mais restent encore en dessous de la moyenne nationale pondérée.

► Réalisation des RCP après le 1er acte thérapeutique par spécialité en 2016

Tableau 5. Indicateur « Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie » – Réalisation des RCP après le 1er acte thérapeutique par spécialité – Résultats de la campagne 2016 – données 2015

Spécialités	Campagne 2016		RCP réalisées après le 1er acte thérapeutique	
	Nombre de dossiers analysés	Nombre de dossiers comportant une RCP	Nombre de dossiers	Pourcentage des dossiers de la spécialité avec RCP
Uro néphrologie	11 110	8 842	3 132	35 %
Appareil digestif	9 046	8 038	3 481	43 %
Sénologie	6 585	6 297	3 001	48 %
Pneumologie	2 645	2 370	379	16 %
Gynécologie basse	2 353	2 133	767	36 %
ORL, Stomatologie ou Maxillo facial	1 987	1 672	412	25 %
Hématologie	1 343	1 156	210	18 %
Endocrinologie	751	572	363	63 %
Système Nerveux Central	371	330	103	31 %
Dermatologie	335	244	94	39 %
Os et Parties molles	218	176	42	24 %
Ophtalmologie	41	34	17	50 %

Pour l'ensemble des spécialités, en 2016, dans près de 38 % des dossiers, la RCP retrouvée s'est déroulée après le premier acte thérapeutique. En 2014, le taux était de 44 % des dossiers.

Cela concerne 50 % et plus des dossiers en endocrinologie (63 %) et en ophtalmologie (50 %). On constate également que dans de nombreuses spécialités, cela concerne plus de 30 % des dossiers.

Résultats en fonction du type d'établissement

► Répartition des RCP en fonction des catégories d'établissements

Tableau 6. Indicateur « Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie » – Répartition des dossiers en fonction de la catégorie d'établissement – Résultats de la campagne 2016 – données 2015

Catégorie d'établissement	Nombre de dossiers analysés	RCP retrouvées avec date et proposition de prise en charge	3 spécialités représentées dans les RCP retrouvées avec date et proposition de prise en charge
CHU	2 914	90,36 %	92,82 %
CH	11 575	86,13 %	92,65 %
CLCC	1 140	94,56 %	94,62 %
ESPIC / EBNL	2 420	82,89 %	93,37 %
Établissements privés	18 736	84,39 %	93,81 %

Les CHU et les CLCC présentent un taux de RCP, comportant la date et la proposition de prise en charge, supérieur à 90 %. Les ESPIC et les établissements privés ont des résultats supérieurs à 80 %. Lorsque la RCP est retrouvée dans le dossier, elle est pluridisciplinaire dans plus de 90 % des cas quelle que soit la catégorie d'établissement.

Résultats en fonction du volume d'activité de l'établissement

► Répartition des dossiers en fonction de l'activité des établissements

Tableau 7. Indicateur « Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie » – Répartition des dossiers en fonction de l'activité des établissements – Résultats de la campagne 2016 – données 2015

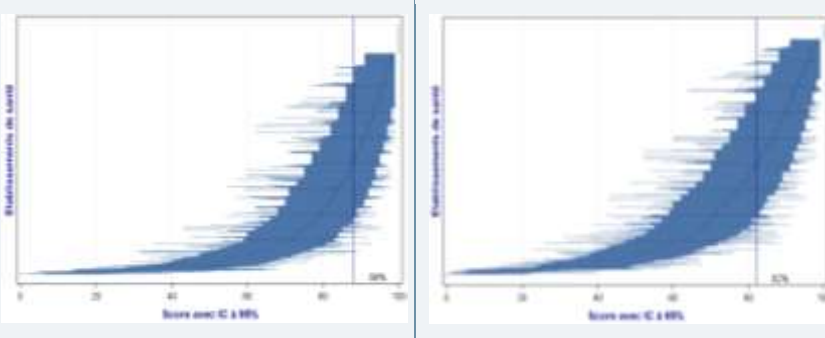
Nombre de dossiers éligibles sur 6 mois d'activité	RCP retrouvées avec date et proposition de prise en charge	3 spécialités représentées dans les RCP retrouvées avec date et proposition de prise en charge
≤ 50 dossiers	80,29 %	93,76 %
51 à 100 dossiers	85,37 %	93,47 %
101 à 200 dossiers	85,37 %	92,69 %
201 à 500 dossiers	86,97 %	93,90 %
501 à 1000 dossiers	89,85 %	93,25 %
> 1000 dossiers	91,39 %	93,31 %

Le taux de RCP, comportant la date et la proposition de prise en charge, progresse avec le volume d'activités des établissements passant de 80 % pour les établissements ayant moins de 50 dossiers éligibles sur 6 mois d'activités à plus de 91 % pour ceux en ayant plus de 1000. Lorsque la RCP est retrouvée dans le dossier, elle est pluridisciplinaire dans plus de 90 % des cas quel que soit le volume d'activités de l'établissement.

Distribution des établissements en fonction de leur résultats

La moyenne nationale pondérée de 88 % pour le niveau 1 et 82 % pour le niveau 2 prend en compte le poids de chaque établissement dans la prise en charge des cancers. La médiane à 91 % indique que dans la moitié des établissements plus de 9 dossiers sur 10 comportent une RCP datée avec une proposition de prise en charge et la médiane à 87 % indique que dans la moitié des établissements, pour près de 9 dossiers sur 10, cette réunion a été réalisée avec au moins trois médecins de spécialités différentes.

Tableau 8 et Graphique 1. Indicateur « Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie » – Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2016 – données 2015

ES avec plus de 10 dossiers éligibles au calcul de l'indicateur	Niveau 1 : Exhaustivité de la RCP	Niveau 2 : Pluridisciplinarité de la concertation
Nombre d'ES	727	727
Nombre de dossiers	36 654	36 654
Min d'ES	0 %	0 %
1er quartile	82 %	75 %
Médiane	91 %	87 %
3e quartile	97 %	92 %
Max d'ES	100 %	100 %
	 <p>Chaque barre horizontale représente, pour chaque établissement, la valeur de l'indicateur et son intervalle de confiance à 95 %. La barre verticale est la moyenne nationale pondérée.</p>	

Au vu des graphiques, la variabilité inter-établissements persiste, elle s'étend de 0 à 100 %, le résultat des 3/4 des établissements est supérieur à 82 % pour le niveau 1 et à 75% pour le niveau 2.

Classement des établissements

Classement des établissements en fonction de l'objectif de performance

Tableau 9. Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 %

	Indicateur : « Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie » Niveau 2						Total
	Classe A (+)		Classe B (=)		Classe C (-)		
Données	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	N
2013	169	22,9 %	414	56,2 %	154	20,9 %	737
2015	201	27,6 %	403	55,4 %	123	16,9 %	727

Entre les 2 recueils, le nombre d'établissements ayant atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 % est passé de 79,1 % à 83 %.

Classement des établissements en fonction de l'évolution de leurs résultats

Tableau 10. Positionnement par rapport à l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes (2014-2016)

	Indicateur : « Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie »						Total
	↗		→		↘		
Données	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	N
2015	90	12,9 %	545	78,2 %	62	8,9 %	697

Parmi les 697 établissements qui ont réalisé les deux dernières campagnes, 12,9 % ont augmenté significativement leurs résultats entre les deux campagnes. Ce nombre semble peu important mais il est à analyser au regard des résultats de 2014 qui présentaient un taux de plus de 79 % des établissements ayant déjà atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 % de dossiers conformes aux exigences de l'indicateur. En 2016, 62 établissements (8,9 %) présentent de moins bons résultats qu'en 2014.

Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie »

- Pour les patients hospitalisés pour la prise en charge d'un primo-diagnostic de cancer, le taux moyen national pondéré de traçabilité de la RCP, comportant la proposition de prise en charge et réalisée avec au moins trois professionnels de spécialités différentes, est de 82 % en 2016.
- La médiane est de 87 %, ce qui implique que dans un établissement sur deux, près de 9 dossiers sur 10 comportent une RCP conforme.
- Plus de 83 % des établissements ont atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 % des dossiers conformes.
- Près de 13 % des établissements ont amélioré significativement leurs résultats entre les 2 dernières campagnes.

Bilan et perspectives

La HAS a piloté au 1er semestre 2016, la quatrième campagne nationale de recueil des indicateurs sur le thème « Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie ». Ce recueil permet aux établissements participants d'analyser leurs résultats individuels et comparatifs et de mesurer l'impact des actions d'améliorations mises en œuvre suite aux précédents recueils.

Les résultats de cette quatrième campagne présentés dans ce rapport sont issus d'une analyse de dossiers de patients pris en charge pour un primo-diagnostic de cancer entre juin et novembre 2015.

Le taux d'établissements ayant réalisé le recueil est optimal puisque 100 % des établissements ayant cette obligation ont participé à cette campagne.

Les données présentées dans ce rapport ont été recueillies dans 36785 dossiers issus de 757 établissements.

Tous les établissements ayant l'obligation de réaliser le recueil, des établissements ayant une autorisation de cancérologie, ont participé à la campagne 2016.

L'échantillon analysé est représentatif de la population nationale tant en termes d'âge (âge médian 67 ans) qu'en termes de localisation. Les cancers les plus fréquents, appareil digestif, uro-néphrologique ou sein, sont les plus représentés dans notre échantillon comme dans les données d'incidence de l'INCa.

Le compte rendu de RCP est réalisé sous forme de fiche dans 99 % des dossiers, et cette fiche est informatisée dans 90 % des cas.

Le taux de RCP s'étant déroulé après le premier acte thérapeutique a diminué de 6 points entre les 2 recueils, il reste cependant élevé à 38 %.

Près de 96 % des RCP retrouvées sont pluridisciplinaires (au moins 3 médecins de spécialité différentes ont assisté à la réunion).

Parmi les 12 spécialités, 10 présentent un taux de pluridisciplinarité de la concertation dépassant les 90 %, et 6 d'entre elles ont un taux de 95 % et plus. Au regard de ces résultats, il apparaît fondamental d'insister sur la généralisation des RCP pour tous les patients.

Résultats de l'indicateur RCP en cancérologie

Le thème « Réunion de concertation en cancérologie » ne comporte qu'un indicateur diffusé publiquement. Il mesure le taux de dossiers de patients pour prise en charge initiale d'un primo-diagnostic de cancer comportant la trace d'une RCP datée, avec la proposition de prise en charge, et réalisée avec au moins trois médecins de spécialités différentes. Cet indicateur est recueilli depuis 2010.

Les résultats de l'indicateur ont continué à progresser pour atteindre une moyenne nationale pondérée à 82 % en 2016, elle était de 79 % en 2014.

Depuis que cet indicateur est recueilli, la moyenne³ brute a progressé de 42 points (38 % en 2010, 80 % en 2016) et la médiane de 52 points (35 % en 2010, 87 % en 2016).

Il reste, cependant, 15 % des dossiers pour lesquels la RCP concernant la prise en charge initiale n'est pas retrouvée.

³ Il s'agit de la moyenne brute calculée sur l'ensemble des dossiers, la moyenne pondérée n'est calculée que depuis le recueil 2014.

Résultats par spécialités

Dans toutes les spécialités le taux de RCP retrouvées dans le dossier est peu différent du taux de 2014. Pour la majorité d'entre elles, il a augmenté de 1 à 2 points entre les 2 recueils. Pour 8 des 12 spécialités, le taux atteint ou dépasse les 80 % (appareil digestif 88 %, pneumologie 88 %, ORL/stomatologie/maxillo-facial 82 %, hématologie 85 %, système nerveux central 87 %, os et parties molles 80 % et ophtalmologie 80 %). Pour 2 d'entre elles, le taux dépasse les 90 % (sénologie 95 %, gynécologie basse 90 %). Trois spécialités n'atteignent pas encore le seuil des 80 % (uro-néphrologie 78 %, endocrinologie 74 %, dermatologie 71 %).

En revanche, lorsque la RCP est retrouvée, elle est le plus souvent pluridisciplinaire. Pour 10 des 12 spécialités, le taux de pluridisciplinarité de la concertation dépasse 90 % (uro-néphrologie 91 %, appareil digestif 96 %, sénologie 95 %, pneumologie 94 %, gynécologie basse 96 %, ORL/stomatologie/maxillo-facial 92 %, endocrinologie 91 %, système nerveux central 95 %, os et parties molles 96 % et ophtalmologie 97 %). Ce taux a beaucoup augmenté entre les 2 recueils de 7 à 23 points, selon les spécialités. En hématologie, le taux a atteint 82 %, soit une augmentation de 20 points entre les 2 recueils. En dermatologie et en ophtalmologie, le taux a progressé de 23 points depuis la campagne 2014 mais il reste en dessous de la moyenne nationale à 79 % et 78 %.

Résultats par catégorie d'établissement et volume d'activité

Toutes les catégories d'établissements présentent un taux de RCP datée avec proposition de prise en charge supérieur à 80 %, les CLCC ont un taux proche des 95 % et les CHU un taux supérieur à 90 %.

Les établissements avec le plus gros volume d'activités de cancérologie ont le taux de RCP retrouvé le plus élevé.

83 % des établissements ont atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 %, ce taux a progressé de près de 4 points entre les 2 recueils. Et plus de 91 % des établissements ont maintenu ou amélioré leurs résultats entre 2014 et 2016.

En 2016, 131 établissements ayant une autorisation de cancérologie ont analysé moins de 30 dossiers et 30 en ont analysé moins de 10.

Quelle que soit la catégorie d'établissement, plus de 80 % des établissements ont atteint l'objectif de performance de 80 % des dossiers comportant une RCP datée avec proposition de prise en charge.

Les améliorations devraient porter :

- Sur la mise en place de fiche RCP, car elle favorise la traçabilité, 99 % des RCP retrouvées sont présentées sous forme de fiches.
- Sur l'organisation de RCP pour tous les patients, car lorsqu'elle est organisée dans la plupart des cas elle est pluridisciplinaire.
- Sur l'analyse des dossiers en RCP avant le 1er acte thérapeutique, la RCP ayant pour objectif de proposer aux patients la meilleure stratégie thérapeutique dès le début de sa prise en charge. La réalisation de la RCP après le 1er acte thérapeutique peut s'expliquer dans certains cas lorsque le diagnostic de cancer est posé après une chirurgie. Cependant, le taux élevé devrait inciter les professionnels à analyser les dossiers pour s'assurer que la RCP ne pouvait pas être réalisée avant le 1er acte thérapeutique.

Résultats 2016 du contrôle qualité du recueil des indicateurs du thème « Réunion de Concertation pluridisciplinaire en cancérologie » dans le cadre de l'orientation nationale d'inspection contrôle (ONIC)

Résultats du contrôle qualité du recueil

20 ARS sur les 26 ARS (77 %) ont participé à l'ONIC 2015.

Au total, 757 établissements ont participé à la campagne nationale de recueil des indicateurs du thème « Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie » : parmi elles, 36 ont été contrôlées par une ARS (4,7 %).

Indicateurs du thème « Réunion de Concertation pluridisciplinaire en cancérologie »	Nombre d'établissements de santé dont le recueil est non validé par le contrôle*
Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie	1 établissement (2,7% total ES contrôlés)

Conclusion : Pour 1 établissement, le contrôle réalisé par l'ARS n'a pas validé le recueil réalisé par l'établissement pour l'indicateur « Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie ».

Impact du contrôle qualité du recueil sur la diffusion publique

La liste des indicateurs soumis à recueil obligatoire avec ou sans diffusion publique fait l'objet d'un arrêté annuel (Arrêté du 3 mai 2016 fixant la liste des indicateurs obligatoires pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et les conditions de mise à disposition du public de certains résultats par l'établissement de santé). Le nombre et le type d'indicateurs à contrôler diffèrent d'une année à l'autre.

Les résultats des indicateurs nationaux diffusés publiquement sont disponibles à partir du mois de novembre sur le site internet « Scope Santé » (www.scopesante.fr). Ces résultats tiennent compte du contrôle.

Les résultats des indicateurs dont le recueil est issu des dossiers patients ne sont pas recalculés lorsque le recueil est « non validé » suite au contrôle réalisé par l'ARS. Le résultat est donc supprimé et la mention recueil « non validé » apparaît sur Scope Santé. L'annulation du résultat a des conséquences sur la diffusion publique, la certification, l'incitation financière à la qualité et autres utilisations aux niveaux national et régional.

Pour en savoir plus :

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1637882/fr/controle-qualite-du-recueil-des-indicateurs-nationaux

Table des illustrations

Tableau 1. Indicateur « Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie » - Résultats de la campagne 2016 - données 2015	13
Tableau 2. Indicateur « Réunion de concertation pluridisciplinaire » - Détail des causes de non-conformité à l'indicateur – Campagne 2016 - données 2015	13
Tableau 3. Indicateur « Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie » - Exhaustivité des RCP par spécialité - Évolution entre les recueils 2014 et 2016.....	14
Tableau 4. Indicateur « Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie » - Pluridisciplinarité de la concertation par spécialité - Évolution entre les recueils 2014 et 2016.....	15
Tableau 5. Indicateur « Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie » - Réalisation des RCP après le 1er acte thérapeutique par spécialité - Résultats de la campagne 2016 - données 2015	16
Tableau 6. Indicateur « Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie » - Répartition des dossiers en fonction de la catégorie d'établissement - Résultats de la campagne 2016 - données 2015	17
Tableau 7. Indicateur « Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie » - Répartition des dossiers en fonction de l'activité des établissements - Résultats de la campagne 2016 - données 2015	17
Tableau 8 et Graphique 1. Indicateur « Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2016 - données 2015.....	18
Tableau 9. Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 %.....	19
Tableau 10. Positionnement par rapport à l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes (2014-2016).....	19
Graphique 2. Répartition de l'âge des patients – Campagne 2016 – données 2015.....	28
Graphique 3. Sexe du patient – Campagne 2016 – données 2015.....	28
Graphique 4. Informatisation de la fiche RCP – Campagne 2016 – données 2015	28
Tableau 11: Effectifs.....	29
Tableau 12. Distribution par rapport à la moyenne nationale pondérée – Campagne 2016 - données 2015.....	29
Tableau 13. Indicateur "Réunion de concertation pluridisciplinaire - Exhaustivité" – Campagne 2016 – données 2015 - Moyennes régionales (en %).....	30
Tableau 14. Indicateur "Réunion de concertation pluridisciplinaire - Pluridisciplinarité de la concertation" – Campagne 2016 – données 2015 - Moyennes régionales (en %).....	31
Tableau 15. Indicateur "Réunion de concertation pluridisciplinaire - Exhaustivité" – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2016 (en %)	32
Tableau 16. Indicateur "Réunion de concertation pluridisciplinaire - Pluridisciplinarité de la concertation" – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2016 (en %).....	32

Annexes

Annexe I. Méthodes de recueil et d'analyse

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

► Recueil et restitution des données

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

Outils

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

- LOTAS : logiciel de tirage au sort des séjours analysés qui servent au calcul des indicateurs - les spécifications du logiciel sont construits à partir des données du PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) ;
- Qualhas : plate-forme Internet sécurisée à laquelle chaque établissement se connecte à l'aide d'un identifiant et d'un mot de passe afin de saisir les informations. Ce système permet de restituer aux ES des résultats individuels dès la fin de la saisie, et des résultats comparatifs.

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

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

Modalités de recueil

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

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

Le recueil des IQSS, réalisé par l'ES, consiste en un audit rétrospectif portant sur un échantillon aléatoire de séjours (dossiers) :

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

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

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

► Mode de présentation des IQSS par ES

Les résultats des indicateurs de qualité par ES se présentent :

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

► Méthodes de comparaison

Estimation des références

Deux types de mesure de valeurs centrales sont produits comme références :

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

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

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

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

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

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

Types de référence

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

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

► Méthodes de présentation des résultats

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

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

Positionnement par rapport à la moyenne pondérée

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

Indicateurs de type score ou proportion

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

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



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



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



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

Indicateurs de type délai

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

Positionnement par rapport à l'objectif national de performance

Indicateurs de type score ou proportion

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

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

Classe « + » ES dont la borne basse de l'IC à 95 % est supérieure à l'objectif national de performance, on dit que la position de l'ES est « **significativement supérieure à l'objectif national de performance** »

Classe « = » ES dont l'IC à 95 % coupe l'objectif national de performance, on dit que la position de l'ES est « **non significativement différente de l'objectif national de performance** ».

Classe « - » ES dont la borne haute de l'IC à 95 % est inférieure à l'objectif national de performance, on dit que la position de l'ES « **est significativement inférieure à l'objectif national de performance** ».

Indicateurs de type délai

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

Calcul des évolutions des indicateurs - campagnes 2015

Pour les indicateurs dont les calculs sont identiques par rapport à la campagne précédente, une information sur leur évolution est fournie dans la fiche de résultats. Il s'agit de mesurer si le résultat de l'indicateur s'est amélioré de façon statistiquement significative par rapport au recueil précédent.

Pour cela, deux tests statistiques sont mobilisés en fonction du nombre de dossiers à partir desquels sont calculés les indicateurs :

- pour les ES ayant évalué entre 10 et 30 dossiers sur au moins une des deux années : test exact de Fisher ;
- pour les ES ayant évalué plus de 30 dossiers sur les 2 années : test de Student.

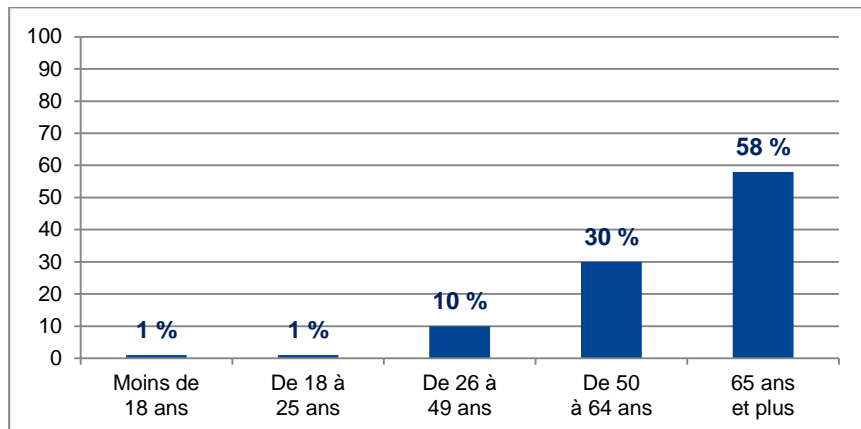
Les règles de notation sont les suivantes :

- si l'évolution est statistiquement significative et que le résultat de la nouvelle campagne est supérieur au résultat de la campagne précédente : l'évolution est positive. Ce résultat est visualisé par le pictogramme « ↗ »
- si l'évolution est statistiquement non significative : l'évolution est stable. Ce résultat est visualisé par le pictogramme « → »
- si l'évolution est statistiquement significative et que le résultat de la nouvelle campagne est inférieur au résultat de la campagne précédente : l'évolution est négative. Ce résultat est visualisé par le pictogramme « ↘ »

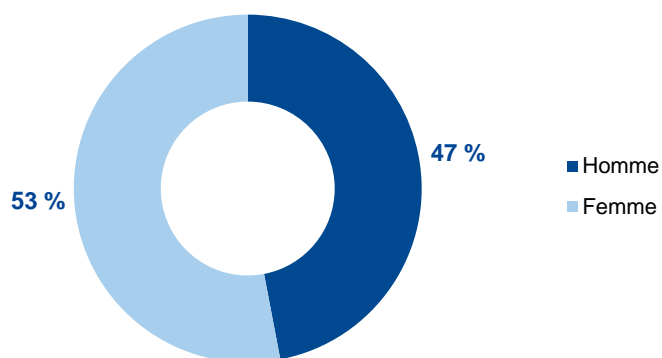
Annexe II. Résultats complémentaires

► Population de la base

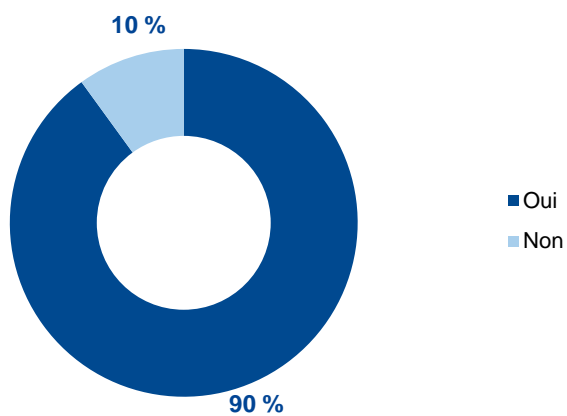
Graphique 2. Répartition de l'âge des patients – Campagne 2016 – données 2015



Graphique 3. Sexe du patient – Campagne 2016 – données 2015



Graphique 4. Informatisation de la fiche RCP – Campagne 2016 – données 2015






► Description des effectifs des établissements de santé

Tableau 11: Effectifs

Campagne	Nombre d'ES concernés par le recueil	Nb d'ES n'entrant pas dans la référence nationale		Référence nationale
		Nombre d'ES non répondant	Nombre d'ES avec effectif N < 10	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10
2016	757	0	30	727
2014	777	5	35	737

► Distribution des établissements par rapport à la moyenne nationale pondérée pour l'ensemble des indicateurs

Tableau 12. Distribution par rapport à la moyenne nationale pondérée – Campagne 2016 – données 2015

	Moyenne nationale pondérée (en %)				
Réunion de concertation pluridisciplinaire - Exhaustivité	88 %	Nombre de structures	122	469	136
		% de structures	16,8 %	64,5 %	18,7 %
Réunion de concertation pluridisciplinaire - Pluridisciplinarité de la concertation	82 %	Nombre de structures	164	417	146
		% de structures	22,6 %	57,4 %	20,1 %

► Informations régionales

Tableau 13. Indicateur "Réunion de concertation pluridisciplinaire – Exhaustivité" – Campagne 2016 – données 2015 – Moyennes régionales (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée
727	88 %

Régions	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par région (en %)
Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine	63	85
Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes	75	85
Auvergne-Rhône-Alpes	82	85
Bourgogne-Franche-Comté	31	84
Bretagne	33	92
Centre-Val de Loire	23	85
Corse	6	81
Guadeloupe	3	67
Guyane	2	96
Ile de France	119	91
Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées	66	87
Martinique	3	78
Nord-Pas-de-Calais-Picardie	64	91
Normandie	38	86
Océan Indien	7	88
PACA	68	92
Pays de la Loire	37	85
Service de santé des armées	7	91

Tableau 14. Indicateur « Réunion de concertation pluridisciplinaire – Pluridisciplinarité de la concertation » – Campagne 2016 – données 2015 – Moyennes régionales (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée et Objectif national de performance
727	82 % / Objectif à 80 %

Régions	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par région (en %)
Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine	63	78
Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes	75	79
Auvergne-Rhône-Alpes	82	80
Bourgogne-Franche-Comté	31	74
Bretagne	33	88
Centre-Val de Loire	23	79
Corse	6	79
Guadeloupe	3	41
Guyane	2	94
Ile de France	119	85
Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées	66	82
Martinique	3	59
Nord-Pas-de-Calais-Picardie	64	85
Normandie	38	80
Océan Indien	7	85
PACA	68	87
Pays de la Loire	37	77
Service de santé des armées	7	85

► Informations par catégorie d'établissement

Tableau 15. Indicateur « Réunion de concertation pluridisciplinaire - Exhaustivité » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2016 (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée
727	88 %

	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par catégorie
CH	238	88
CHU	58	90
CLCC	19	95
ESPIC/EBNL	49	83
Privé	363	84




Tableau 16. Indicateur « Réunion de concertation pluridisciplinaire - Pluridisciplinarité de la concertation » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2016 (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne par catégorie
727	82 %

	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par catégorie
CH	238	81
CHU	58	84
CLCC	19	89
ESPIC/EBNL	49	79
Privé	363	79

► **Distribution des établissements par rapport à la moyenne nationale pondérée pour l'ensemble des indicateurs**

Tableau 17. Distribution par rapport à la moyenne nationale pondérée – Campagne 2016 – données 2015

	Moyenne nationale pondérée (en %) ou score national pondéré				
Tenue du dossier patient	82 %	Nombre de structures	145	131	151
		% de structures	33,9	30,7	35,4
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation	55 %	Nombre de structures	148	149	141
		% de structures	33,8	34	32,2
Dépistage des troubles nutritionnels - Niveau 1	79 %	Nombre de structures	195	146	97
		% de structures	44,5	33,3	22,2
Dépistage des troubles nutritionnels - Niveau 2	67 %	Nombre de structures	174	140	124
		% de structures	39,7	32	28,3

Références bibliographiques

- I Code de la santé publique Article D6124-131.
- II Code de la santé publique Article R6123-88.
- III Code de la santé publique Article D6124-134.
- IV Critères d'agrément adoptés par le conseil d'administration de l'INCa le 20 décembre 2007 et publiés sur le site de l'INCa