

**THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

**Soutenue publiquement le 13 mai 2014
Par Mlle Van-Gucht Audrey**

**EVALUATION DE L'ADEQUATION ENTRE LA PROPOSITION THERAPEUTIQUE
DEFINIE EN REUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE ET
LE TRAITEMENT DE CHIMIOTHERAPIE PRESCRIT
AU GHICL**

Membres du jury :

Président : Pr Duthilleul Patrick, Professeur d'hématologie

Assesseur(s) : Pr Rose Christian, Professeur d'oncohématologie à l'hôpital St Vincent de Paul de Lille

Membre(s) extérieur(s) : Mlle Dessaud Julie, Qualificienne au 3C
Mr Decroos Stéphane, titulaire à la pharmacie Decroos d'Aniche



Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Lille



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE LILLE 2 – DROIT ET SANTE

PRESIDENT :	Professeur Christian SERGHERAERT
VICE- PRESIDENTS :	Professeur Véronique DEMARS
	Professeur Marie-Hélène FOSSE-GOMEZ
	Professeur Régis MATRAN
	Professeur Salem KACET
	Professeur Paul FRIMAT
	Professeur Xavier VANDENDRIESSCHE
	Professeur Patrick PELAYO
	Madame Claire DAVAL
	Madame Irène LAUTIER
	Monsieur Thibaut COLICHE
SECRETAIRE GENERAL :	Monsieur Guy BAILLIEUL

FACULTE DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUE

DOYEN :	Professeur Luc DUBREUIL
VICE-DOYEN, 1^{ER} ASSESSEUR :	Professeur Damien CUNY
ASSESSEURS :	Mme Nadine ROGER
	Professeur Philippe CHAVATTE
CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS :	Monsieur André GENY

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M.	ALIOUAT	El Moukhtar	Parasitologie
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Biophysique
M.	BAILLEUL	François	Pharmacognosie
M.	BERTHELOT	Pascal	Chimie Thérapeutique
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie
M	BRUNET	Claude	Pharmacologie
Mme	CAPRON	Monique	Immunologie
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie – Pharmacie clinique
M.	CHAVATTE	Philippe	Chimie Thérapeutique
M.	COURTECUISSÉ	Régis	Botanique
M.	CUNY	Damien	Botanique
M.	DEPREZ	Benoît	Chimie Générale
M.	DINE	Thierry	Pharmacie clinique
M.	DUBREUIL	Luc	Bactériologie
M.	DUPONT	Frédéric	Botanique
M.	DURIEZ	Patrick	Physiologie
M.	DUTHILLEUL	Patrick	Hématologie
M.	GAMOT	André	Chimie Analytique
Mlle	GAYOT	Anne	Pharmacotechnie Industrielle
M.	GESQUIERE	Jean-Claude	Chimie Organique
M.	GOOSSENS	Jean François	Chimie Analytique

Mme	GRAS	Hélène	Chimie Thérapeutique
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie
M.	IMBENOTTE	Michel	Toxicologie
M.	LE CURIEUX	Franck	Toxicologie
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie Cellulaire et Moléculaire
M.	LHERMITTE	Michel	Toxicologie
M.	LUC	Gerald	Physiologie
M.	LUYCKX	Michel	Pharmacie clinique
Mme	MARCINCAL	Annie	Chimie Organique
M.	MARZIN	Daniel	Toxicologie
Mme	MELNYK	Patricia	Chimie Générale
Mme	MUHR – TAILLEUX	Anne	Biochimie générale et Clinique
M.	ODOU	Pascal	Pharmacie Galénique
Mme	PAUMELLE-LESTRELIN	Réjane	Biologie Cellulaire et Moléculaire
Mme	PERROY – MAILLOLS	Anne Catherine	Droit et Economie de la Santé
Mlle	ROMOND	Marie Bénédicte	Bactériologie
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie Industrielle
M.	STAELS	Bart	Biologie Cellulaire et Moléculaire
M	TARTAR	André	Chimie Organique
M.	VACCHER	Claude	Chimie Analytique
M.	VERMEERSCH	Gaston	Biophysique
M.	VION	Daniel	Droit et Economie de la Santé

M.	DEPREUX	Patrick	Chimie Organique (ICPAL)
M.	BONTE	Jean-Paul	Chimie Analytique et (ICPAL)

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme	ALIOUAT	Cécile Marie	Parasitologie (à 80%)
Mme	AUMERCIER	Pierrette	Biochimie
Mme	BARTHELEMY	Christine	Pharmacie Galénique
M.	BEGHYN	Terence	Chimie Thérapeutique
Mme	BEHRA	Josette	Bactériologie
M.	BERTHET	Jérôme	Biophysique
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie Industrielle
M.	BOCHU	Christophe	Biophysique
M.	BOUTILLON	Christophe	Chimie Organique
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie
Mme	CACHERA	Claude	Biochimie
M.	CARATO	Pascal	Chimie Thérapeutique
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie
Mme	CARON	Sandrine	Biochimie et Biologie moléculaire
Mlle	CHABÉ	Magali	Parasitologie
Mlle	CHARTON	Julie	Chimie Organique
M	CHEVALIER	Dany	Toxicologie
M.	COCHELARD	Dominique	Biomathématiques
Mlle	DANEL	Cécile	Chimie Analytique
M.	DE FOUCAULT	Bruno	Botanique
M.	DECAUDIN	Bertrand	Pharmacie Clinique
Mlle	DELBAERE	Stéphanie	Biophysique
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie
Mlle	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques
Mme	DEPREZ	Rebecca	Chimie Générale
Mme	DUMONT	Julie	Biologie Cellulaire et Moléculaire

M.	FARCE	Amaury	Chimie Thérapeutique
Mlle	FLAMENT	Marie-Pierre	Pharmacotechnie Industrielle
Mlle	FLIPO	Marion	Chimie Organique
Mme	FOULON	Catherine	Chimie Analytique
M.	GELEZ	Philippe	Biomathématiques
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie Virologie
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie Hydrologie
Mme	GROSS	Barbara	Biochimie et Biologie moléculaire
Mme	HANNOThIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie Hygiène
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie (80%)
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie
M.	KAMBIA	Kpakpaga Nicolas	Pharmacologie
Mlle	LALLOYER	Fanny	Biochimie
M.	LEBEGUE	Nicolas	Chimie thérapeutique
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie Analytique
Mme	LORIN – LECOEUR	Marie	Chimie Analytique
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie
M.	MOREAU	Pierre Arthur	Botanique
Mme	MUSCHERT	Suzanne	Pharmacotechnie Industrielle
Mme	NEUT	Christel	Bactériologie et Virologie
Mme	ODOU	Marie Françoise	Bactériologie
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques
M.	PIVA	Frank	Pharmacie Galénique
M.	POMMERY	Jean	Toxicologie
Mme	POMMERY	Nicole	Toxicologie
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques
Mme	ROGER	Nadine	Immunologie
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie
M.	SERGHeraERT	Eric	Droit Pharmaceutique
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie Industrielle
Mlle	SINGER	Elisabeth	Bactériologie et Virologie
Mme	THUILLIER	Pascale	Hématologie
Mme	VANACKER	Françoise	Pharmacie Galénique
Mme	VANHOUTTE	Geneviève	Biochimie
Mme	VITSE	Annie	Parasitologie
M.	WILLAND	Nicolas	Chimie organique
M.	YOUS	Saïd	Chimie Thérapeutique

M.	FURMAN	Christophe	Pharmacobiochimie (ICPAL)
Mme	GOOSSENS	Laurence	Chimie Organique (ICPAL)
M.	MILLET	Régis	Chimie Thérapeutique (ICPAL)

PROFESSEUR AGREGÉ

Mme	MAYES	Martine	Anglais
M.	MORGENROTH	Thomas	Economie et Gestion

PROFESSEURS CERTIFIÉS

M.	HUGES	Dominique	Anglais
Mlle	FAUQUANT	Soline	Anglais

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	ABADIE	Eric	Economie et gestion pharmaceutique
----	---------------	------	------------------------------------

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

M.	CAZALET	Jean Bernard	Pharmacie Clinique
M.	CREN	Yves	Gestion
M.	FIEVET	Pierre	Gestion
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacie Clinique
M.	WATRELOS	Michel	Economie et gestion pharmaceutique
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques



**Faculté des Sciences Pharmaceutiques
et Biologiques de Lille**



**Université Lille 2
Droit et Santé**

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX
☎ 03.20.96.40.40 - Télécopie : 03.20.96.43.64
<http://pharmacie.univ-lille2.fr/>

**L'Université n'entend donner aucune approbation aux
opinions émises dans les thèses ; celles-ci sont propres à
leurs auteurs.**

REMERCIEMENTS

Je voudrais tout d'abord remercier les membres du jury : le Professeur Dutilleul, professeur d'hématologie à la faculté de pharmacie, le Professeur Rose, médecin en onco-hématologie à l'hôpital St Vincent de Paul de Lille et Madame Julie Dessaud, membre du Centre de Coordination (3C) Lille-Flandre-Cambrésis. Vous faites l'honneur de le présider et de juger mon travail. Je vous exprime mes sincères salutations et mon profond respect.

Monsieur le Pr Dutilleul, je vous remercie d'avoir accepté de présider le jury.

Monsieur le Pr Rose, vous m'avez suivi tout au long de mon travail en étant très disponible et patient.

Madame Julie Dessaud, vous avez accepté de m'accompagner dans ma thèse en me faisant part de votre expérience en tant que qualitiicienne.

Monsieur Fabrice Annyckre, pharmacien spécialisé en oncologie, m'a guidé et m'a aidé dans l'audit.

L'hôpital St Vincent de Paul de Lille en particulier, la pharmacie, le service d'onco-hématologie a accepté de m'accueillir dans ses locaux pour que j'entreprenne mes recherches.

Le secrétariat d'onco-hématologie et de Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) a été très disponible face à mes questions et mes recherches.

Je remercie le concepteur *d'e-novelan* qui m'a donné le droit d'accès aux fiches de RCP.

Benoit Moreau et Mr Decroos ont résolu mes problèmes informatiques rencontrés durant la rédaction de ma thèse.

Je remercie également toute ma famille, mes parents, mon frère, mon conjoint qui m'ont soutenu et encouragé tout au long de mon travail.

Table des matières

INTRODUCTION	10
LA CANCEROLOGIE EN FRANCE	12
INDICATEURS PRIMAIRES DE LA CANCEROLOGIE EN FRANCE	12
EVOLUTION DE LA CANCEROLOGIE	14
L'ORGANISATION DE LA CANCEROLOGIE EN FRANCE	15
Les pôles régionaux de cancérologie.....	15
1. Composition des pôles régionaux	
2. Ses missions	
Les Agences Régionales de Santé	16
Les réseaux de cancérologie.....	17
Le Centre de Coordination de Cancérologie	18
1. Ses objectifs	
2. Ses missions	
3. L'organisation	
OBJECTIFS DU PLAN CANCER POUR UNE PRISE EN CHARGE DE QUALITE	20
LES REUNIONS DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE.....	22
Les principes de fonctionnement des RCP	23
L'organisation des RCP	23
Le Programme Personnalisé de Soins (PPS)	24
LES CHIMIOETHERAPIES	24
LA CANCEROLOGIE AU GHICL.....	27
METHODOLOGIE.....	29
OBJECTIFS VISES PAR L'ETUDE	29
METHODES	30
Première partie de l'étude : La concordance des propositions de RCP dans le logiciel <i>WebDCR</i> avec les prescriptions de chimiothérapie dans le logiciel <i>Chimio</i>	30
Critères recueillis lors de l'enquête.....	31
Critères étudiés	32

Deuxième partie de l'étude : La concordance des prescriptions de chimiothérapie dans le logiciel <i>Chimio</i> avec les décisions de RCP	33
Critères recueillis	33
Critères étudiés	33
Troisième partie de l'étude: Les cas discordants	34
RESULTATS.....	35
PREMIERE PARTIE : étude des dossiers de RCP	35
Les fiches de RCP	35
1. Répartition par spécialité des fiches de RCP	
2. Les motifs et les types de proposition de RCP	
Cas concordants	38
Etude des cas sans prescription retrouvée dans <i>Chimio</i>	41
1. Justifications administratives	
2. Justifications liées au patient	
Cas discordants (8 cas)	43
1. Cas sans explication retrouvée	
2. Cas présentant un défaut de concordance	
Synthèse de la 1 ^{ère} partie de l'étude	45
DEUXIEME PARTIE : étude des prescriptions (314 cas).....	49
Les prescriptions.....	49
Etude des prescriptions retrouvées dans <i>WebDCR</i> (314 cas)	49
Prescriptions concordantes aux fiches de RCP.....	50
Etude des cas sans proposition de RCP retrouvée dans <i>WebDCR</i>	50
1. Justifications administratives	
2. Justifications liées au patient	
Cas dont l'absence de passage en RCP est justifié	52
Cas dont le passage en RCP est mentionné dans le dossier médical (18 cas sur 142).....	52
Cas sans décision de RCP retrouvée (16 cas)	53
Synthèse de la 2 ^{ème} partie de l'étude	53
TROISIEME PARTIE : Etude des cas discordants	55
Cas discordants de la 1 ^{ère} partie de l'étude.....	55
Cas discordants de la 2 ^{ème} partie de l'étude.....	56

Synthèse de l'étude	57
DISCUSSIONS	58
Précision des propositions de RCP	58
Temporalité entre l'établissement des prescriptions et le passage en RCP	59
Données.....	59
Comparaisons.....	59
La pluridisciplinarité des réunions.....	60
Passage en RCP lors des changements de protocole	61
La non-présence de passage en RCP	62
CONCLUSION	63
BIBLIOGRAPHIE.....	65
LEXIQUE	66
ANNEXES.....	67
ANNEXE 1 : Fiche de recueil des données.....	68
ANNEXE 2 : Grille Excel.....	72

INTRODUCTION

Aujourd'hui, la cancérologie a une place importante dans le monde hospitalier. En effet, on a noté une hausse d'environ 365500 nouveaux cas de cancer en 2011 dont une majorité déclarée chez l'homme (56,6% avec 207000 cas estimés en 2011).(1)

La cancérologie regroupe les domaines de la radiothérapie, chirurgie et de la chimiothérapie. Le budget consacré à cette spécialité a été plus attractif depuis l'arrivée de certains génériques de molécules ; notamment, celles qui sont sorties du budget T2A.

Les Centres de Coordination en Cancérologie, de véritables cellules opérationnelles, ont fait leur apparition suite à la mise en place du Plan Cancer par le gouvernement. Dans le Nord Pas-de-Calais, on en retrouve treize. Le 3C Lille Flandres Lys Cambrésis regroupe l'hôpital Saint Vincent de Paul, l'hôpital saint Philibert (les deux établissements composant le GHICL), le CH d'Armentières, le CH d'Hazebrouck, la clinique sainte Marie de Cambrai et le CH Cambrai. Le 3C, a pour but d'améliorer la coordination, la qualité des soins... Un des ces premiers objectifs était la mise en place de la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire. Il a notamment le rôle d'assurer la mise en œuvre de la pluridisciplinarité. Dans le Plan Cancer, c'est une action primordiale à instaurer au sein des établissements de santé pratiquant la cancérologie.

Une étude exhaustive à l'hôpital Saint Vincent de Paul de Lille a été menée. Elle vise une période s'étendant du 1^{er} janvier 2010 au 30 juin 2010. Elle comporte deux entrées d'analyse. Dans un premier temps, l'étude consiste à vérifier la concordance des propositions de RCP établies au sein du GHICL versus les propositions thérapeutiques envoyées à l'URCC. Les propositions ne concernent que les chimiothérapies reconstituées à l'URCC de cet établissement en vue d'un traitement anticancéreux. Le second temps a pour étude les prescriptions de chimiothérapie anti-cancéreuse versus les propositions de RCP.

Selon certains critères (qui seront détaillés ultérieurement), des dossiers entrent dans une analyse approfondie afin d'établir des statistiques. L'étude permettra de mettre en évidence les points de discordance.

LA CANCEROLOGIE EN FRANCE

INDICATEURS PRIMAIRES DE LA CANCEROLOGIE EN FRANCE

Une augmentation conjuguée et rapide de l'incidence des cancers et de la démographie (2) en 2010 a induit une augmentation du nombre de patients traités : 358 000 soit plus 12% par rapport à l'année 2005.

Il existe une disparité de l'incidence des cancers entre l'homme et la femme et notamment entre les différents types de cancers (poumon, intestin...). Chez la femme, le cancer le plus fréquent est le cancer du sein suivi du cancer colorectal puis celui du poumon. Chez l'homme, le cancer le plus diagnostiqué est le cancer de la prostate suivi par le cancer du poumon puis le cancer colorectal.

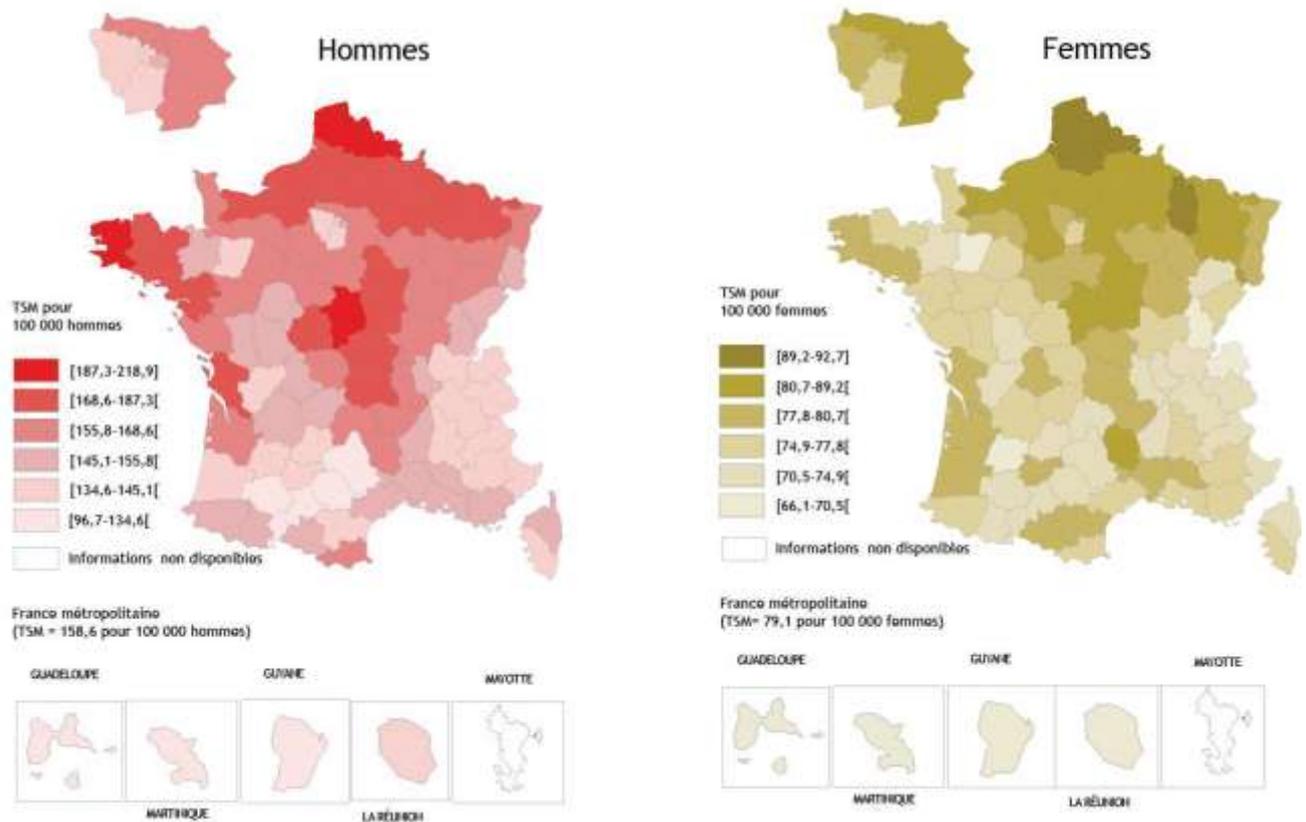
Le cancer colorectal, tous sexes confondus, est classé au 3^{ème} rang des cancers les plus répandus après celui de la prostate et le cancer du sein. Cependant, le taux de mortalité est le plus élevé dans le cancer du poumon (classé 4^{ème} dans l'incidence des cancers) suivi du cancer colorectal et le cancer du sein.

Suite à cette hausse d'incidence, on relève une hausse de l'activité depuis ces dernières années.

Le nombre de patients décédés en 2011 s'estime à 147 500 (+0.5% par rapport à l'année 2005).(3) La baisse du taux de mortalité pour 100 000 habitants s'accélère depuis dix ans (soit -16% pour les hommes et -8% pour les femmes). Cette baisse peut être expliquée par la diminution de l'incidence de certains cancers, d'un meilleur accès global au diagnostic et au progrès médical dont les chimiothérapies.

Le taux d'incidence des cancers en 2011 est de 382.7 pour 100000 personnes-année chez l'homme et de 268.5 chez la femme. Le cancer reste la première cause de décès prématuré chez les personnes de moins de 65 ans (38% des décès chez l'homme et 47% des décès chez la femme).

Taux standardisés à la population mondiale (TSM) de mortalité par cancer a l'échelle régionale en France métropolitaine et dom tom (2004-2008)



Une augmentation du nombre de patients à traiter a impliqué une hausse de consommation « en volume » des soins. En 2009, 270 000 patients ont reçu une chimiothérapie (soit +24% ces 5 dernières années). Le nombre de malades traités croît (deux fois) plus vite que le nombre de nouveaux malades.

EVOLUTION DE LA CANCEROLOGIE

Le Plan Cancer 2003-2007(4) lancé par le Président de la République, Jacques Chirac, le 24 mars 2003 a été l'un des principaux projets nationaux au sein de la cancérologie. La circulaire N°DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 le résume.

L'organisation des soins en cancérologie se faisait jusqu'alors selon la circulaire du 24 mars 1998 (parue dans les SROS (Schéma Régional d'Organisation sanitaire) de 2^{ème} génération). Les objectifs de 2003 énoncés par le Président de la République veulent faire évoluer les mesures de soin et la prise en charge des patients. En application de l'ordonnance du 4 septembre 2003, l'arrêté de 27 avril 2004 inscrit « la prise en charge des personnes atteintes de cancer » comme thématique du schéma régional d'organisation sanitaire. Ceci doit permettre d'élaborer les SROS de 3^{ème} génération fondés sur une équité d'accès aux soins, de s'assurer de la coordination des acteurs et de la qualité des pratiques professionnelles, centrée sur l'écoute et l'information des patients et de leurs familles. L'un des principaux objectifs du Plan Cancer est de garantir à tous les patients une prise en charge de qualité.

LES SROS (5):

Les SROS de 2^{ème} génération ont identifié des sites de référence, des sites orientés en cancérologie et des moyens de proximité pour traiter les patients atteints de cancer.

Les SROS de 3^{ème} génération ont défini :

- Des établissements de santé et des centres privés de radiothérapie autorisés pour le traitement du cancer. Ils assurent une offre diagnostique et thérapeutique au sein du territoire de santé. Ils peuvent se regrouper et créer un site de cancérologie, appuyé sur une coopération inter hospitalière.
- Des établissements de santé associés pour participer à la prise en charge de proximité des patients.

L'ORGANISATION DE LA CANCEROLOGIE EN FRANCE

Les établissements de santé et les centres privés de radiothérapie qui traitent des patients atteints de cancer sont soumis à une procédure d'autorisation spécifique pour leurs activités de soins. Les délivrances d'autorisation d'activité de soins de « traitement du cancer » sont soumises à des critères d'agrément et des seuils d'activité définis par l'Institut National du Cancer.

Le Plan Cancer vise une coordination entre les acteurs de soin de l'hôpital et ceux de la ville afin d'assurer une qualité et une égalité d'accès aux soins. Il prévoit que chaque établissement de santé prenant en charge des patients atteints de Cancer adhère à un réseau régional de cancérologie et appartient à un centre de coordination en cancérologie (3C).

L'augmentation des soins en cancérologie, prévue par la circulaire du 24 mars 1998, a contribué à structurer l'offre de soins et à favoriser une dynamique entre les établissements de santé.

Les pôles régionaux de cancérologie

1. La composition des pôles régionaux

Le pôle régional est constitué d'établissements de santé qui exercent, en plus de leurs activités de soins standards, des missions régionales hautement spécialisées, de recours et d'expertise, de recherche clinique et d'innovation.

Leurs créations visent, pour tous les patients qui le nécessitent, l'accès aux ressources de recours disponibles en cancérologie au niveau régional, quel que soit le lieu de leur prise en charge initiale.

Les critères qui justifient un recours régional doivent être précisés. Les modalités d'accès, selon le cas, à un avis spécialisé, à un second avis ou encore à une équipe ou à un plateau technique spécifique, à un essai clinique ou à des thérapies innovantes sont formalisées soit par la pathologie soit par équipement.

Pour un établissement, l'inclusion à un pôle régional de cancérologie est une responsabilité qui se traduit par des engagements et des modes d'organisation concrets.

2. Ses missions

- Réunir des compétences d'expertise, de recherche clinique, d'innovation pour disposer de l'ensemble des ressources de recours identifiés, voire d'un recours interrégional. Le pôle régional facilite l'accès à la recherche clinique pour l'ensemble des équipes régionales,
- Augmenter de manière significative l'inclusion des malades dans les essais cliniques quel que soit le lieu de soin (sans une délocalisation obligatoire du malade),
- Garantir une organisation coordonnée pour l'accès aux diagnostics, aux soins et aux traitements. L'organisation des recours mise en place au niveau régional est formalisée,
- L'enseignement, recherche et innovation : cette mission se déroule dans le cadre des UFR de médecine.

Au sein des pôles régionaux, les modes de coopération entre les membres ont un aspect juridique qui correspond en une convention ou groupement sanitaire concernant les CHU et les CLCC. Le Plan Cancer prévoit qu'ils formalisent leurs complémentarités, partagent leurs moyens, mettent en cohérence leurs stratégies médicales et établissent à terme un projet médical commun. L'accord-cadre signé en septembre 2004 entre la fédération de cancérologie des CHU et la Fédération Nationale des CLCC constitue à cet effet un outil structurant, sur le lequel les agences pourront s'appuyer sur la mise en place des pôles.

Les Agences Régionales de Santé

En fonction des répartitions géographiques et démographiques, selon les SROS, plusieurs pôles régionaux de cancérologie sont identifiés. Pour leur constitution, l'ARS doit identifier les établissements ou les sites qui disposent des compétences et des ressources régionales de recours. Cette démarche a pour

perspective une accessibilité à tous les patients. Elle est révisable en fonction de l'évolution des soins et techniques. Elle peut s'appuyer sur un appel à projet régional.

L'organisation de la concertation sur l'offre régionale de recours, en ce qui concerne des techniques complexes, la chirurgie lourde ou les essais clinique. Cela doit aboutir à un schéma définitif validé par l'agence en précisant l'interface avec le réseau régional de cancérologie.

L'ARS suit la mise en œuvre de l'organisation et fixe les indicateurs spécifiques.

Les réseaux de cancérologie

Selon le Plan Cancer (6) , un réseau régional de cancérologie doit être opérationnel dans chaque région depuis 2007.

Ce réseau a pour rôle une coordination de tous les opérateurs. Il vise à harmoniser, améliorer la qualité des pratiques, favoriser le partage d'expérience et la communication des données médicales du patient.

Le réseau régional de cancérologie assure :

- La promotion et l'amélioration de la qualité en cancérologie. Il établit, à partir des recommandations nationales, des référentiels régionaux qui répertorient ce qui ne relève pas de discussion en RCP et ce qui relève de RCP régionales de recours. Cette publication actualisée est diffusée à tous les membres du réseau et fait l'objet d'audit de qualité.
- La promotion d'outils de communication communs au sein de la région et la mise en place d'échanges sécurisés concernant les données de patient.
- L'aide à la formation continue
- Le recueil et l'analyse régionale de données relatives à l'activité de soins. Le 3C est chargé de cette analyse. Un tableau de bord est rempli par chaque 3C et synthétisé dans un tableau de bord régional.

Un cahier des charges spécifique au réseau régional de cancérologie a été proposé en 2005 par l'INCa. Il a permis d'instaurer une procédure de labellisation des réseaux régionaux de cancérologie.

Le Centre de Coordination de Cancérologie

Le 3C est une cellule qualité opérationnelle. Le Plan Cancer a appuyé leur création.

1. Ses objectifs

- Engager les structures de soins dans une démarche d'assurance qualité en cancérologie pour assurer à tous les patients atteints de cancer la qualité et la sécurité des actes réalisés. Cette mesure garantit en particulier le fonctionnement des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire. La mise en œuvre de cette pluridisciplinarité est un point essentiel visé par le Plan Cancer. Chaque patient doit pouvoir en bénéficier.

- Rendre plus lisible l'organisation interne en cancérologie au sein des établissements. Ce critère est un indicateur de mobilisation des acteurs de soins.

- Mettre en place une traçabilité des pratiques

- Permettre le développement d'un suivi plus individualisé pour chaque patient.

La réalisation des missions du 3C est obligatoire et fait l'objet d'un suivi par les ARS (Agences Régionales d'Hospitalisation), aujourd'hui ARS (Agence Régionale de Santé), notamment dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

2. Ses missions

– Mettre à disposition des médecins et soignants des référentiels, thésaurus et protocoles validés, actualisés par le Réseau Régional de Cancérologie et mettre en place l'audit interne de leur utilisation

– S'assurer de la mise en œuvre effective de la pluridisciplinarité au sein des RCP. Il permet la mise à disposition des fiches de RCP, leur gestion par l'enregistrement et/ou présentation des dossiers des patients en RCP, la circulation de l'information médicale qui génère des échanges de données et l'intégration des décisions de RCP au dossier communiquant de cancérologie, la réalisation d'audits internes afin de vérifier l'enregistrement des dossiers et leur adéquation aux décisions de RCP.

– S'assurer de la mise en place d'un système d'annonce, de la remise à chaque patient du Programme Personnalisé de Soins.

- Informer et orienter les patients, les aider dans la prise de rendez-vous et leur permettre d'obtenir des informations sur leur dossier médical
- Produire des informations sur les activités médico-chirurgicales et pharmaceutiques en cancérologie des établissements en s'appuyant sur les données d'activité PMSI, les délais d'attente, le suivi de l'utilisation des anticancéreux dans le cadre de bonnes pratiques, l'accès aux soins de support, l'accès aux essais cliniques et à l'innovation, l'évaluation de la satisfaction des patients et des équipes soignantes.

Ces différents points sont formalisés par l'établissement de santé sous forme d'objectifs. Les chiffres permettent de suivre leurs évolutions. Un rapport d'activité annuel standardisé permet d'analyser les principaux paramètres de cancérologie dans l'établissement. Il est alors transmis au Réseau Régional de Cancérologie et est intégré dans le tableau de bord régional de suivi du Plan Cancer.

3. L'organisation

L'organisation du 3C relève de l'initiative de chaque établissement.

Le 3C, comme prévu par la circulaire, peut être spécifique à un établissement, commun à plusieurs ou même partagé au sein d'un réseau territorial.

Sa mise en œuvre s'effectue dans des locaux dédiés ou être porté par une cellule. Ceci dépend de la taille de l'établissement. Son organisation et la réalisation des missions doivent être validées par la commission médicale.

La composition du 3C est variable en fonction de la taille et de l'implication des établissements dans la lutte contre le cancer.

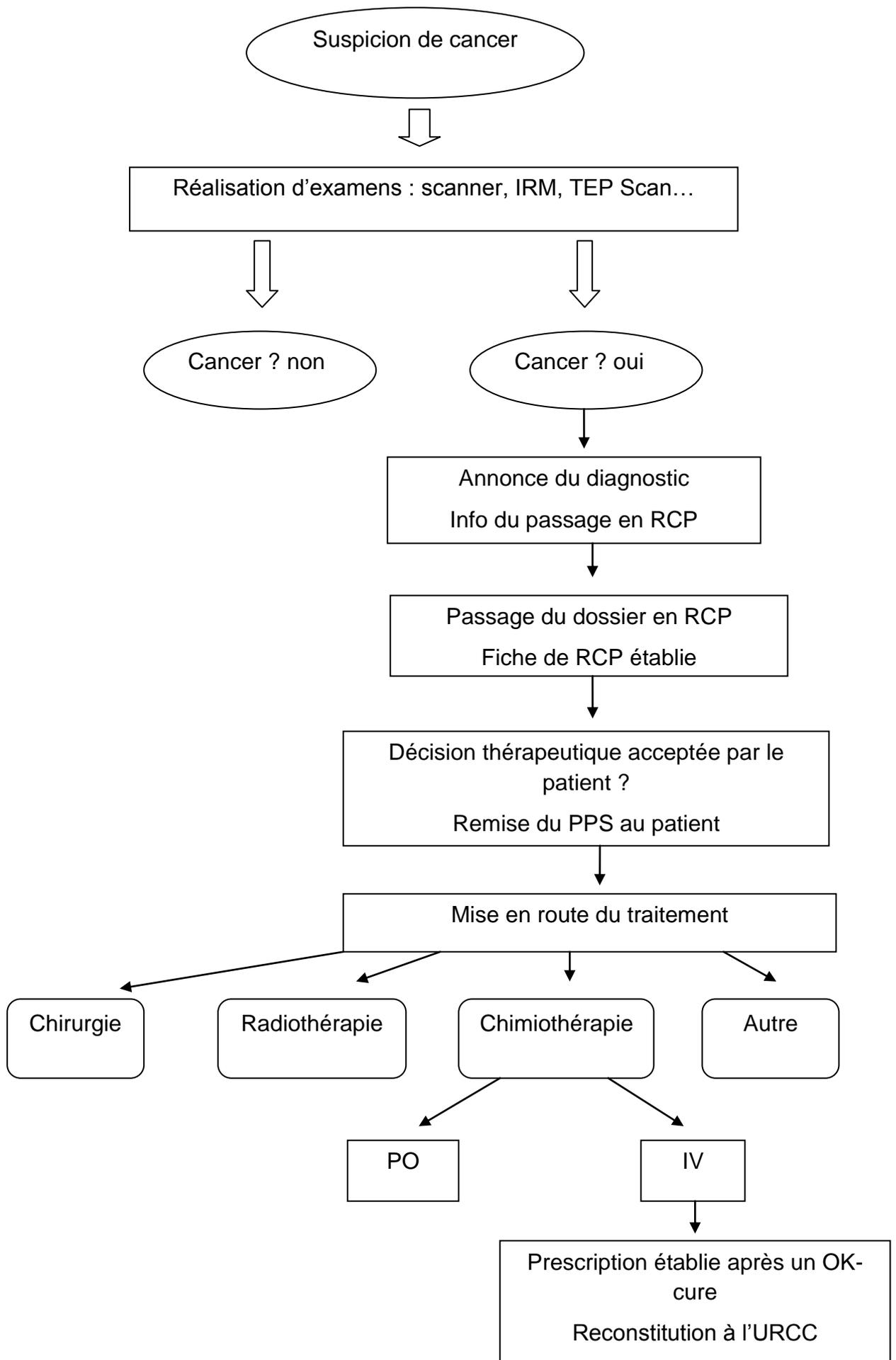
Le 3C concerné par notre étude est le 3C Lille Flandres Lys Cambrésis. Six établissements y sont rattachés :

- L'hôpital St Vincent de Paul de Lille : autorisé pour les chimiothérapies, chirurgie sénologique et gynécologique
- L'hôpital St Philibert de Lomme : autorisé pour la chirurgie digestive et urologique
- La clinique Ste Marie à Cambrai : autorisé pour les chimiothérapies, la chirurgie digestive, ORL, sénologique, gynécologique et urologique
- Le CH de Cambrai : associé à la clinique Ste Marie pour les chimiothérapies

- Le CH d'Armentières : autorisé pour les chimiothérapies, la chirurgie digestive et gynécologique
- Le CH d'Hazebrouck : autorisé pour les chimiothérapies et la chirurgie mammaire

OBJECTIFS DU PLAN CANCER POUR UNE PRISE EN CHARGE DE QUALITE

Circuit général de la prise en charge d'un patient atteint d'un cancer



Plusieurs points sont visés pour atteindre l'objectif d'une prise en charge de qualité :

➤ Le dispositif d'annonce :

En cas de suspicion de cancer, l'entrée dans le parcours de diagnostic et soins est très importante, aussi bien pour le patient que pour la famille.

➤ Un accès rapide au diagnostic :

Dès qu'il y a suspicion de cancer, les acteurs de soins (libéraux et hospitaliers) doivent se coordonner afin de réduire les délais et d'orienter au mieux le patient dans le dispositif de soin.

➤ Les conditions d'annonce de la maladie :

Le Plan Cancer insiste sur l'importance de l'annonce de la maladie. Elle doit se faire dans les meilleures conditions envers le malade et sa famille. En 2004, une expérimentation a été réalisée dans 58 établissements de santé dont 8 réseaux de cancérologie, en vue d'une généralisation pour 2005. Le dispositif d'annonce prend en compte le temps médical nécessaire à l'annonce du cancer et à la mise à disposition de personnels soignant pour le patient et son entourage, afin de les soutenir et de les accompagner durant cette période.

Le 3^{ème} Plan Cancer (2014-2019) (7) a été lancé le 4 février 2014. Ses grands points visent à guérir plus de malades, favoriser des diagnostics précoces afin d'augmenter les chances de survivre face au cancer, préserver la continuité et la qualité de vie, optimiser les organisations face à la lutte contre le cancer.

LES REUNIONS DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE

Un avis pluridisciplinaire de traitement est basé sur des critères de référentiels validés et régulièrement actualisés.

La pluridisciplinarité est un élément important dans la mise en place du traitement. Cela repose sur les Réunions de Concertation Pluridisciplinaire. Elles permettent d'échanger sur un plan diagnostic et thérapeutique mais également pédagogique. Lors de cet échange, le rapport bénéfice risque du patient est mesuré. La présentation du dossier du patient est réalisée avant la mise en route du traitement.

Les principes de fonctionnement des RCP

Tous les dossiers de patients atteints de cancer doivent être présentés en RCP.(8)

Quelque soit le traitement initial envisagé, les dossiers qui ne relèvent pas des référentiels validés et actualisés standards ou qui nécessitent d'un réexamen dès qu'il y a un changement significatif d'orientation thérapeutique doivent être discutés avant la mise en route du traitement.

Les dossiers qui répondent à une procédure standard de prise en charge, après un accord pluridisciplinaire, traduite par un référentiel de pratique clinique validé et actualisé, peuvent être exempt de discussion initial de RCP afin de ne pas retarder la mise en route du traitement. Ces situations sont définies par le réseau régional de cancérologie.

En cas d'acte de radiologie interventionnelle à visée diagnostique ou de chirurgie réalisée en urgence, la discussion peut être faite après l'intervention. Le dossier n'est enregistré qu'après l'acte et devra alors donner lieu à une réelle discussion en RCP. Si le traitement effectivement délivré diffère de la proposition de RCP, les raisons doivent être argumentées par le médecin.

Les soins de support sont intégrés dans l'organisation des RCP.

L'évaluation régulière des RCP permet une amélioration de leur qualité et du service rendu aux patients. Les procédures de contrôles internes et externes font parties des missions du 3C. Elles permettent de vérifier l'adéquation et le respect du processus pour chaque dossier discuté en RCP. Le taux d'adéquation et son évolution sont des marqueurs de qualité du rapport d'activité demandé aux centres de coordination en cancérologie.

L'organisation des RCP

La fréquence des réunions par spécialité est programmée, établie selon un calendrier. Les fiches de RCP sont pré-remplies par la secrétaire de RCP pour la partie administrative et par le médecin pour ceux qui concernent les données médicales.

Un quorum de base prévoit au minimum trois spécialités différentes dont un oncologue, un chirurgien et un radiologue.

Dans le cas où le médecin décide de ne pas appliquer la décision de la RCP, il propose sa thérapeutique au patient. Celle-ci doit pouvoir être justifiée et est mentionnée dans le dossier patient. La portée des décisions individuelles des médecins dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire s'analyse au regard de l'article 64 du code de déontologie médicale.

Le Programme Personnalisé de Soins (PPS)

Après discussion du traitement et acceptation par le patient, un programme de soin est établi. Il est personnalisé pour chaque cas. Il est remis au malade et lui est expliqué. C'est un lien entre l'annonce de la maladie et la mise en route du traitement. Il doit expliquer la coordination des soins mise en place autour du patient. Le PPS constitue l'une des conditions de qualité rendues obligatoire dans le cadre du dispositif d'autorisation des établissements de santé pour la pratique de la cancérologie. Sa remise aux malades fait l'étude d'un suivi spécifique au sein des établissements autorisés.

Le Plan Cancer visait à obtenir au moins 80% de patients bénéficiant du PPS d'ici 2013.

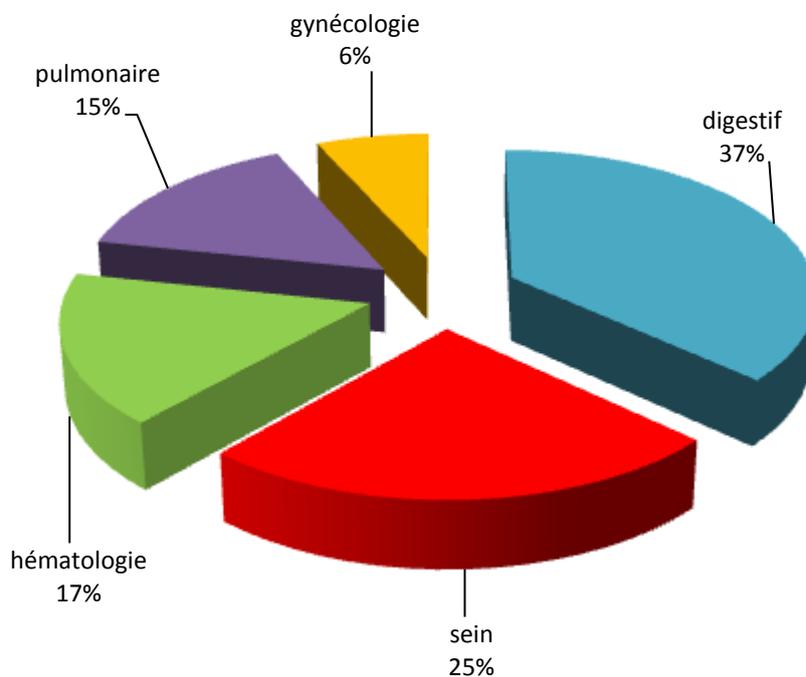
LES CHIMIOThERAPIES

Depuis 2009, la pratique en cancérologie est concentrée dans 473 établissements de santé autorisés par les ARS (Agence Régionale de Santé) sur des critères d'agrément et des seuils d'activité (9).

En 2009, plus de 2 000 000 séances/séjours pour des chimiothérapies dans les établissements de santé pratiquant la cancérologie ont été recensés (soit +4.7% par rapport à l'année 2008). Cinq grandes pathologies cancéreuses représentent à elles seules 77.8% des chimiothérapies :

SPECIALITES	POURCENTAGE DE CHIMIOOTHERAPIES ETABLIES
Digestif	28%
Gynécologie (sein)	19.5%
Hématologie	13.2%
Pulmonaire	11.8%
Gynécologie	5.3%

Répartition des chimiothérapies délivrées en fonction des spécialités au GHICL en 2010



La chimiothérapie fait partie, de façon croissante, des traitements de référence dans de nombreux cancers et de façon croissante. Les cancers ont un pouvoir de dissémination supérieure à la tumeur primitive. C'est une caractéristique de gravité. Ceci induit l'utilisation de traitement systémique dans un protocole initial ou en complément de traitement loco-régional (=adjuvant), de façon prédominante ou exclusive.

La chimiothérapie a élargi ses indications grâce aux recherches entreprises, permettant d'améliorer la survie des patients traités et le taux de guérison.

Elle est le traitement de référence notamment dans certaines spécialités hématologie en cas de récurrence ou de métastases. Dans ce contexte défavorable sur le plan pronostic, on observe une augmentation de la survie, une chronicisation de la maladie, une augmentation de l'espérance de vie. Ces résultats ont été observés sur des cancers métastatiques tels que les cancers du poumon, du sein, colorectaux, moyennant des traitements prolongés, itératifs ou continus. Ce traitement a été validé par les Agences d'évaluation, dans les maladies « avancées ». Il correspond à un « standard » dans ce cas de prise en charge.

De nouvelles molécules sont entrées dans le domaine de l'oncologie en raison du dynamisme de la recherche dans la mise au point, le développement et la mise sur le marché de nouveaux médicaments. A travers des études, une accélération de l'utilisation de ces nouvelles molécules par rapport aux « anciennes » a été constatée dans l'Europe.

Entre 2004 et juillet 2010, plus de trente nouvelles molécules ont reçu leur première Autorisation de Mise sur le Marché (AMM). La plupart d'entre elles sont des molécules ciblées issues des biotechnologies, notamment des anticorps monoclonaux.

Le niveau de preuves d'efficacité et le ratio coût/bénéfice sont régulièrement documentés par les Agences. La pratique de la chimiothérapie dans le traitement des cancers se déploie dans un contexte validé et harmonisé par la publication récente de recommandations nationales sous la direction de la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Institut National de lutte contre le Cancer (INCa). Ces recommandations soutiennent d'autres mesures majeures du Plan Cancer 2003-2007 tel que l'obligation de RCP avant la prise en charge de malade et l'obligation de traitements fondés sur des référentiels de bonnes pratiques (RBP) dans les établissements de santé autorisés à pratiquer les traitements anticancéreux dont les chimiothérapies.

En raison de l'évolution quantitative de la pratique de la chimiothérapie, les référentiels de bonnes pratiques sont mis en place et des évaluations sont réalisés dans les établissements de santé pratiquant la cancérologie.

LA CANCEROLOGIE AU GHICL

L'hôpital dispose des autorisations en chirurgie urologique et digestive sur le site de l'hôpital saint Philibert et en chirurgie mammaire et gynécologique et en chimiothérapie sur le site de l'hôpital Saint Vincent où est également localisée le service d'onco-hématologie.

Le calendrier des RCP :

<u>Spécialité</u>	<u>Site</u>	<u>Jour</u>	<u>Horaire- fréquence</u>	<u>président</u>
<u>digestif</u>	<u>St Philibert</u>	<u>Mercredi</u>	<u>18h hebdomadaire</u>	<u>Pr Lucidarme</u>
<u>dermatologie</u>	<u>St Vincent</u>	<u>mardi</u>	<u>14h hebdomadaire</u>	<u>Pr Modiano</u>
<u>hématologie</u>	<u>St Vincent</u>	<u>lundi</u>	<u>14h hebdomadaire</u>	<u>Pr Rose</u>
<u>gynécologie/sénologie</u>	<u>St Vincent</u>	<u>mardi</u>	<u>14h hebdomadaire</u>	<u>Dr Detchev</u>
<u>urologie</u>	<u>St Philibert</u>	<u>vendredi</u>	<u>13h hebdomadaire</u>	<u>Dr Bonnal</u>

Une secrétaire est chargée de prendre note de ce qui est décidé et l'enregistre dans le logiciel de RCP, *WebDCR*, mis au point par la société *Inovelan*. La validation de la proposition thérapeutique est faite en réunion par les médecins présents. Le logiciel *WebDCR* a été retenu en juin 2012 comme outil régional de RCP et sera déployé dans l'ensemble des établissements du Nord Pas de Calais dans les années à venir.

Selon le traitement du patient et de son état clinique, le médecin délivre une prescription.

Au niveau de la pharmacie de l'hôpital Saint Vincent, les prescriptions sont préenregistrées quelques jours à l'avance dans le logiciel *Chimio* afin de prévoir les

stocks nécessaires à la reconstitution des chimiothérapies. Le logiciel *Chimio* est un outil de traçabilité et de sécurisation du circuit des prescriptions des chimiothérapies. Le jour J de la chimiothérapie, le médecin en fonction de l'état clinique du patient valide le « OK-cure » et le traitement à la pharmacie.

Un pharmacien spécialisé en oncologie (Mr Fabrice Annycke remplacé par Mr Andre Pascal en 2010 puis Fabien Vigne en Fin 2011 secondé par Madame Balenghien responsable pharmacienne de site.) est chargé à son tour de valider la prescription en vérifiant les molécules prescrites selon la prescription initiale, les doses prescrites en fonction du poids et de la taille du patient.

A partir de cela, deux préparateurs réalisent la reconstitution des chimiothérapies (sous le contrôle effectif du pharmacien) dans l'URCC. Les flacons sont, dans un premier temps, stérilisés pour permettre la reconstitution. Elle se déroulait sous hotte à flux laminaire puis récemment sous isolateur.

La chimiothérapie est contenue soit dans des poches, des seringues ou des diffuseurs.

Chaque unité est scellée, après vérification par le pharmacien, dans un film plastique où est apposée une étiquette avec le nom, prénom, numéro d'identification du patient. Les chimiothérapies rejoignent les services grâce à une infirmière qui les retire à l'URCC ou par une navette pour rejoindre l'hôpital Saint Philibert.

METHODOLOGIE

Les propositions thérapeutiques émergeant des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire sont soumises au patient. Le malade peut en refuser l'application. Suite à son accord, le médecin prescrit le traitement de chimiothérapie proposée par la RCP. Afin de permettre la délivrance, la validation médicale est nécessaire, elle correspond à un « OK cure » établi par un médecin ou interne en fonction de l'état du patient, résultat d'examen clinique et paraclinique (ex : électrocardiogramme pour écarter une insuffisance cardiaque) ou de prise de sang (ex : numération formule sanguine pour écarter une aplasie). La validation pharmaceutique est réalisée par un pharmacien (souvent spécialisé en oncologie) qui vérifie la conformité du traitement par rapport à la prescription du médecin, l'adéquation entre les molécules et la maladie à traiter, la justesse des doses en fonction du poids du patient (les doses sont en mg/m² de surface corporelle). Après validation médicale et pharmaceutique, la reconstitution des cytotoxiques s'effectue à l'U.R.C.C.

OBJECTIFS VISES PAR L'ETUDE

L'étude a deux entrées : les décisions de RCP et les prescriptions. Le travail est d'évaluer, dans un premier temps, l'adéquation entre la proposition thérapeutique de chimiothérapie émise en RCP et la prescription de chimiothérapie reçue à l'URCC et, dans un second temps, l'adéquation entre le traitement anticancéreux prescrit et le traitement effectivement reçu par le patient. Puis, dans un troisième temps, les cas discordants (RCP vs prescription ou prescription vs RCP) sont analysés. Ce travail permettra d'apprécier l'application des recommandations du Plan Cancer sont bien respectées au sein de l'hôpital Saint Vincent de Paul de Lille et de dégager d'éventuelles causes de dysfonctionnement et d'éventuelles pistes d'amélioration.

METHODES

Une évaluation exhaustive a été menée à l'hôpital Saint Vincent de Paul de Lille sur une période de 6 mois : du 1^{er} janvier 2010 au 30 juin 2010. Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au sein du GHICL (Groupe Hospitalier de l'Institut catholique de Lille) (qui regroupe l'hôpital Saint de Paul et l'hôpital Saint Philibert de Lille) comportant deux volets.

Dans la première partie, toutes les décisions thérapeutiques de chimiothérapie émises lors des 6 mois étudiés sont recueillies grâce au logiciel de *WebDCR*. Les cas concordants sont écartés et les autres cas entrent dans une étude approfondie. Dans la deuxième partie, ce sont toutes les prescriptions de chimiothérapie reçues à l'URCC durant les 6 mois étudiés qui sont étudiées grâce au logiciel *Chimio*. La troisième partie de l'étude consiste à analyser tous les cas de discordance. Dans l'étude, les prescriptions ou les décisions de RCP sont nommées des cas.

Les données sont transcrites dans une grille de recueil (ANNEXE 1). Un numéro a été attribué à chaque cas. Les données concernant les propositions de RCP et les prescriptions effectives ont été rassemblées dans un tableau pour permettre de les comparer (ANNEXE 2).

Les cas de l'étude sont toutes les prescriptions et les fiches de RCP établies durant la même période d'étude.

Première partie de l'étude : La concordance des propositions de RCP dans le logiciel *WebDCR* avec les prescriptions de chimiothérapie dans le logiciel *Chimio*

La première partie de l'étude vise l'évaluation des propositions de RCP faites sur la période des 6 mois. Toutes les décisions de RCP sont recueillies durant la période analysée. L'étude a consisté à vérifier si une prescription correspondait à la décision de RCP.

Ces fiches de RCP sont enregistrées dans le logiciel *WebDCR*, mis en place au GHICL depuis début 2010. L'accès à ces fiches est sécurisé. Ce logiciel est utilisé dans plusieurs organisations de RCP : GHICL, Oncocambrésis, Oncobéthunois, 3C Roza+ et Oncomel.

Un profil d'accès temporairement autorisé par le prestataire/éditeur d'*Inovelan* m'a permis de les consulter. Seules les fiches ayant comme plan thérapeutique une chimiothérapie anticancéreuse relevant de l'URCC ont été analysées ; la radiothérapie, la chirurgie n'en font pas partie. Les molécules *per os*, de rétrocession, d'essais cliniques en sont exclues également.

Au sein du GHICL, les RCP de six spécialités sont référencées. Les spécialités de digestif, hématologie, gynécologie, dermatologie, urologie sont enregistrées via *WebDCR*. En ce qui concerne la spécialité de pneumologie, le recueil des propositions de RCP ne se pas fait par l'intermédiaire du logiciel *WebDCR* mais par l'intermédiaire d'*Excel*. Ces RCP se déroulent au Centre Oscar Lambret.

Critères recueillis lors de l'enquête

Plusieurs critères sont relevés :

Nom – prénom - date de naissance de patients ayant reçu une proposition de R.C.P
Spécialité
Date de R.C.P
Dossier discuté ou non ?
Motif de la R.C.P
Type de proposition faite
Plan thérapeutique proposé
Proposition précise ou non
Fiche validée ou non ?
Commentaire éventuel

Lors de ces réunions, les praticiens proposent un plan thérapeutique, mettant à profit leurs expériences respectives. Dans le cas où il relève d'une thérapeutique par l'administration d'une chimiothérapie anticancéreuse, la notion « chimiothérapie » est cochée de manière obligatoire dans la fiche de RCP.

Seules les fiches RCP validées définitivement ont été analysées (apparaissent en rouge dans le logiciel *WebDCR*).

Suite au recueil des propositions de RCP, une correspondance avec une prescription a été recherchée dans le logiciel *Chimio*. Des statistiques sur la précision des propositions de RCP et sur la temporalité des RCP par rapport à l'établissement des prescriptions pourront être établies.

Critères étudiés

Les dossiers qui ont bénéficié d'une analyse sont les suivants:

- RCP sans prescription
- Manque de précision de la proposition de RCP (ex : « chimiothérapie »). Lors des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire, pour un traitement par chimiothérapie, les praticiens doivent évoquer précisément les molécules dont le patient bénéficiera. Une proposition « chimiothérapie » est imprécise. La concordance entre la proposition et la prescription ne peut être établie.
- Non concordance proposition de RCP – prescription
- Chronologie entre le passage en RCP et la date de prescription :

La RCP ne précède pas la prescription. Ce critère n'est pas un critère d'exclusion. Le passage en RCP d'un dossier de cancérologie ne doit pas faire obstacle et freiner la mise en place un protocole de chimiothérapie. Il se fera dans les meilleurs délais.

Les lettres de sortie et courrier *Clinicom* ont été consultés pour les dossiers en analyse.

Les dossiers sont considérés comme discordants lorsque la proposition de RCP ne correspond pas à la prescription établie dans le logiciel *Chimio* et ceux dont une prescription n'a pu être recueillie via ce logiciel. Ces cas ont fait l'objet d'une analyse spécifique (voir la 3^{ème} partie).

Deuxième partie de l'étude : La concordance des prescriptions de chimiothérapie dans le logiciel *Chimio* avec les décisions de RCP

Le travail consiste à comparer toutes les prescriptions de chimiothérapie dans le logiciel *Chimio* à la proposition de RCP recueillie via *WebDCR* ou informatiquement pour la pneumologie, durant cette même période de six mois (du 1^{er} janvier 2010 au 30 juin 2010). L'étude a visé à vérifier si une décision de RCP correspondait à ces prescriptions.

Lors de traitement en cancérologie, après le passage en RCP, une prescription est établie sur papier et tracée après délivrance par une préparatrice de l'U.R.C.C dans le logiciel *Chimio* sauf celles concernant les traitements faits à l'hôpital Saint Philibert (Améticine en urologie, cytotoxiques utilisés en neurologie pour leurs propriétés immunosuppressives). Dans ce cas, la traçabilité des délivrances n'est pas informatisée.

Critères recueillis

Le recueil des prescriptions est réalisé à partir du logiciel *Chimio* et des prescriptions papier hiérarchisées alphabétiquement et par spécialité dans des classeurs. Les critères relevés sont les suivants :

- Présence d'une prescription pour les patients ayant reçu une proposition de R.C.P
- Date de C1J1
- Protocole établi
- Molécules

Toutes les données recueillies durant cette analyse sont inscrites dans un tableau *Excel*. Des statistiques ont été établies soulignant les différents motifs d'absence de RCP.

Critères étudiés

Suite au recueil des prescriptions, les données ont été incorporées dans un tableau *Excel*.

La correspondance avec une proposition de RCP a été recherchée dans le logiciel *WebDCR* ou les fiches de RCP en pneumologie.

Les dossiers qui ont bénéficié d'une analyse sont les suivants :

- Absence de proposition de RCP
- Non concordance prescription-proposition de RCP
- Problème chronologique entre l'établissement de la prescription et le déroulement de la RCP

Troisième partie de l'étude: Les cas discordants

En croisant les données des deux premières parties, les cas concordants ont été écartés. Les autres cas présentant un défaut de concordance ont été analysés.

Un certain nombre de dossiers ont été identifiés pour une étude approfondie. Ces dossiers ont été repris : les lettres de sortie, les courriers *Clinicom*, les dossiers patients.

Trois points ont été étudiés :

- L'absence de prescription en cas de passage en RCP
- la concordance entre la proposition de RCP et la prescription
- l'absence de passage en RCP en cas d'établissement de prescription de chimiothérapie

Cet axe de l'étude vise à comprendre les points discordants. Les lettres de sortie et les courriers des patients ont été analysés. Dans ces courriers, des informations ont pu être retrouvées expliquant l'absence de prescription ou de RCP.

Les informations recueillies ont permis d'établir des statistiques soulignant les différents motifs d'absence de prescription ou de RCP ou les cas discordants.

Ceci a permis de ressortir des graphiques mettant en relief les points positifs et négatifs de l'application des RCP.

RESULTATS

PREMIERE PARTIE : étude des dossiers de RCP

Les fiches de RCP établies entre le 1er janvier 2010 et le 30 juin 2010 ont été recueillies à partir du logiciel *WebDCR* et du logiciel Excel pour les fiches de pneumologie.

279 fiches de RCP ont été consultées :

12 ont été exclues :

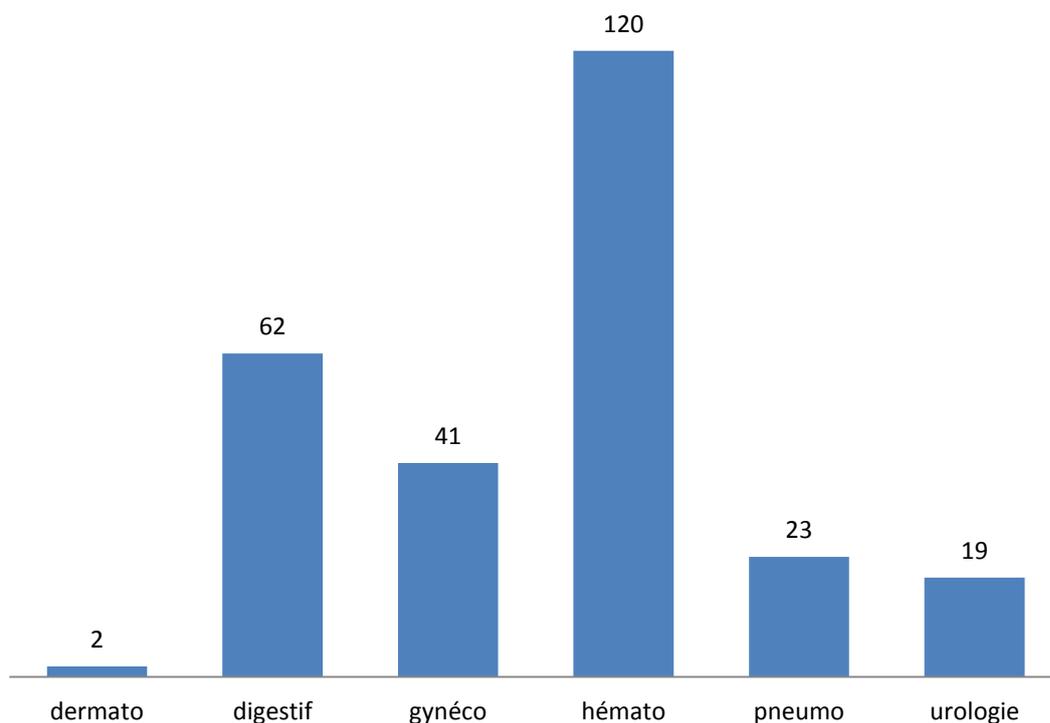
- 11 fiches de RCP ne sont validées que partiellement. Il s'agit de dossiers non validés par un médecin. La majorité des cas correspondent à des RCP de pneumologie (10 cas). L'autre cas est d'hématologie.
- [1 cas correspond à une RCP de neurologie dont l'administration de cytotoxique est à visée de maladie neuroinflammatoire.](#)

Par conséquent, 267 fiches de RCP ont été incluses à notre étude.

Les fiches de RCP

1. Répartition par spécialités des fiches de RCP

Le recueil des fiches s'est fait parmi six spécialités.

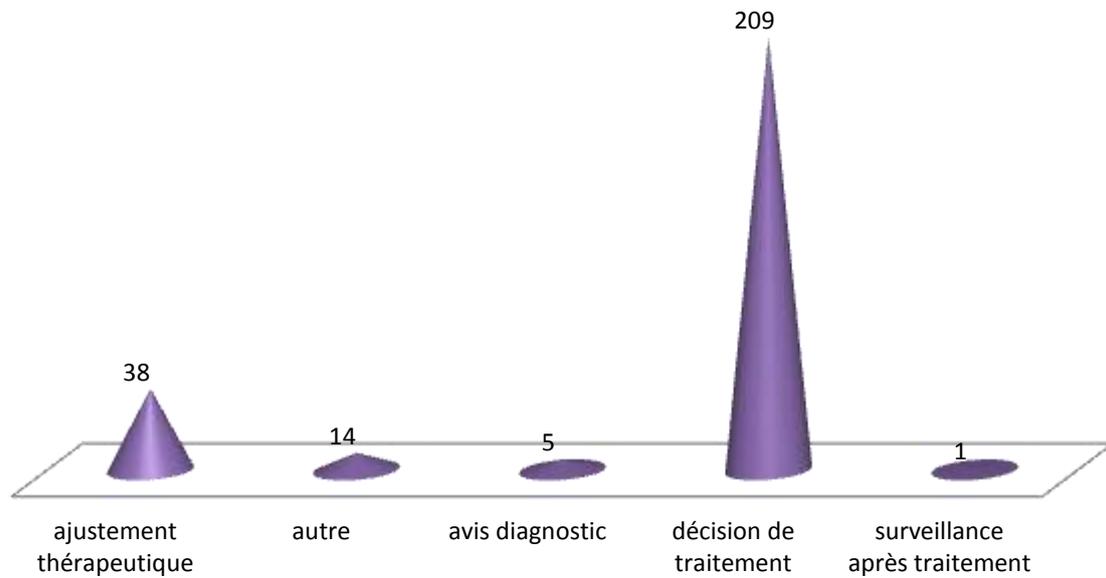


2. Les motifs et les types de propositions de RCP

Lors des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire, le motif de la RCP et un type de proposition sont définis. Le motif peut être : décision thérapeutique, ajustement thérapeutique, avis diagnostic, surveillance après traitement ou autre. Le type de proposition correspond à : l'application au référentiel, traitement hors référentiel, essai thérapeutique randomisé, recours à une RCP régionale. Ce dernier cas se déroule lorsqu' un choix de thérapeutique est complexe. L'expérience et les connaissances des médecins à l'échelle régionale est alors nécessaire.

❖ Les motifs :

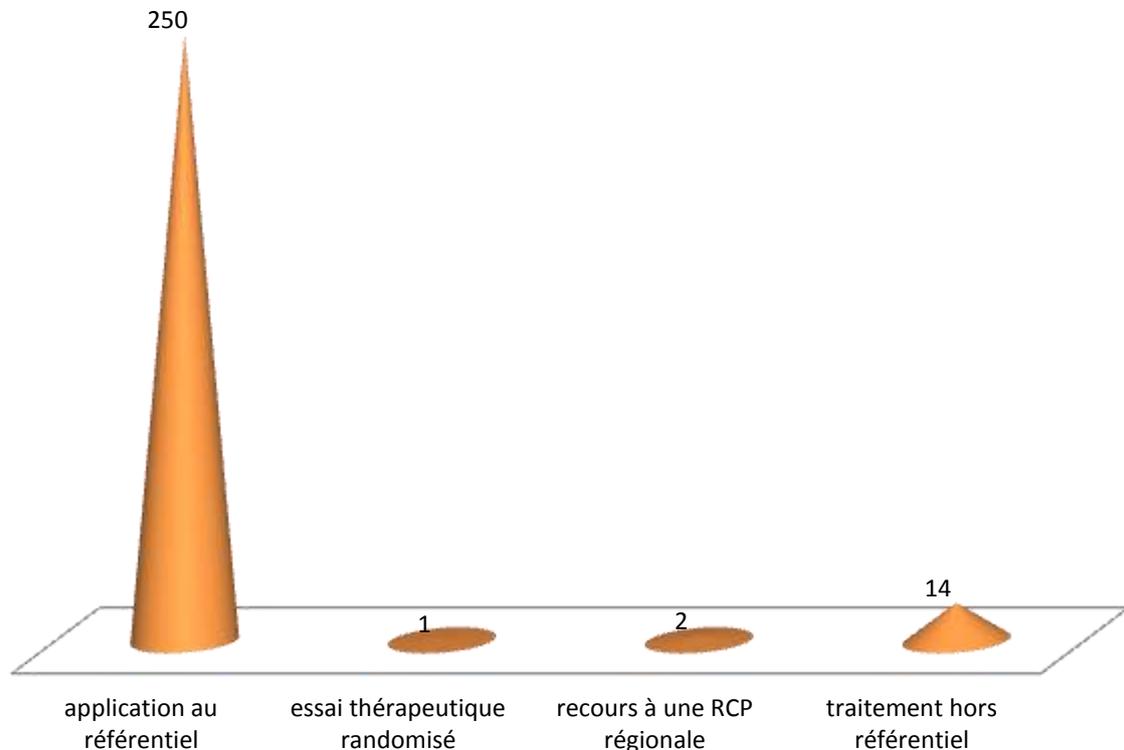
motifs des RCP



Les décisions de traitement sont majoritaires (78.3%). C'est justifié par les faits qu'elles sont amont de chaque début de traitement anti-cancéreux.

❖ Les types de propositions de RCP :

Types de proposition de RCP



Les décisions se font majoritairement en application au référentiel. Les thérapeutiques sont en accord avec les protocoles établis par le thésaurus.

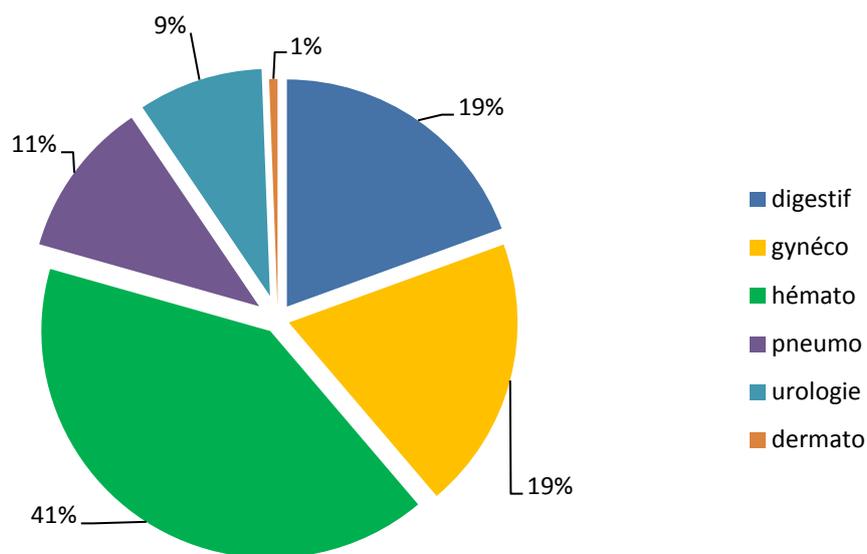
Cas concordants

Parmi ces 267 fiches RCP, il a été retrouvé une prescription de chimiothérapie correspondante dans le logiciel [Chimio](#) dans 172 cas, soit 63,7%. Ces cas sont considérés comme concordants.

Ci-dessous la répartition des cas concordants par spécialité :

SPECIALITES	NOMBRE DE CAS CONCORDANTS	POURCENTAGE DE RCP CONCORDANTES PAR SPECIALITE
Digestif	<u>34</u>	53.2%
Gynécologie	33	80.5%
Hématologie	<u>70</u>	57.5%
Pneumologie	19	82.6%
Urologie	15	78.9%
Dermatologie	1	50%

Répartition des dossiers concordants en fonction des spécialités



Remarques

- Précision des propositions de RCP :

Parmi les 172 cas concordants, 55 cas, pour lesquels une chimiothérapie était décidée, l'ont effectivement reçue mais la proposition thérapeutique n'était pas

précise. Cependant, la proposition thérapeutique de la fiche de RCP ne précisait pas les molécules à visée anti-cancéreuse à utiliser.

Cette imprécision concerne :

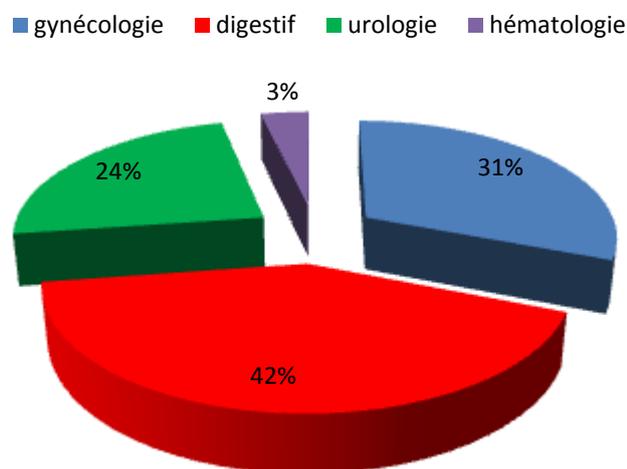
Gynécologie : 17 cas

Digestif : 23 cas

Urologie : 13 cas

Hématologie : 2 cas

Cas de propositions de RCP imprécises en fonction des spécialités



- Réunion pluridisciplinaire précédant ou non la proposition de RCP :

Selon la réglementation, tout traitement anti-cancéreux doit être précédé d'une RCP. En général, le dossier d'un patient doit être présenté en Réunion de concertation Pluridisciplinaire avant de recevoir une thérapeutique. Parmi les 172 cas concordants de notre étude, on retrouve 23 cas dont la thérapeutique a précédé le passage en RCP :

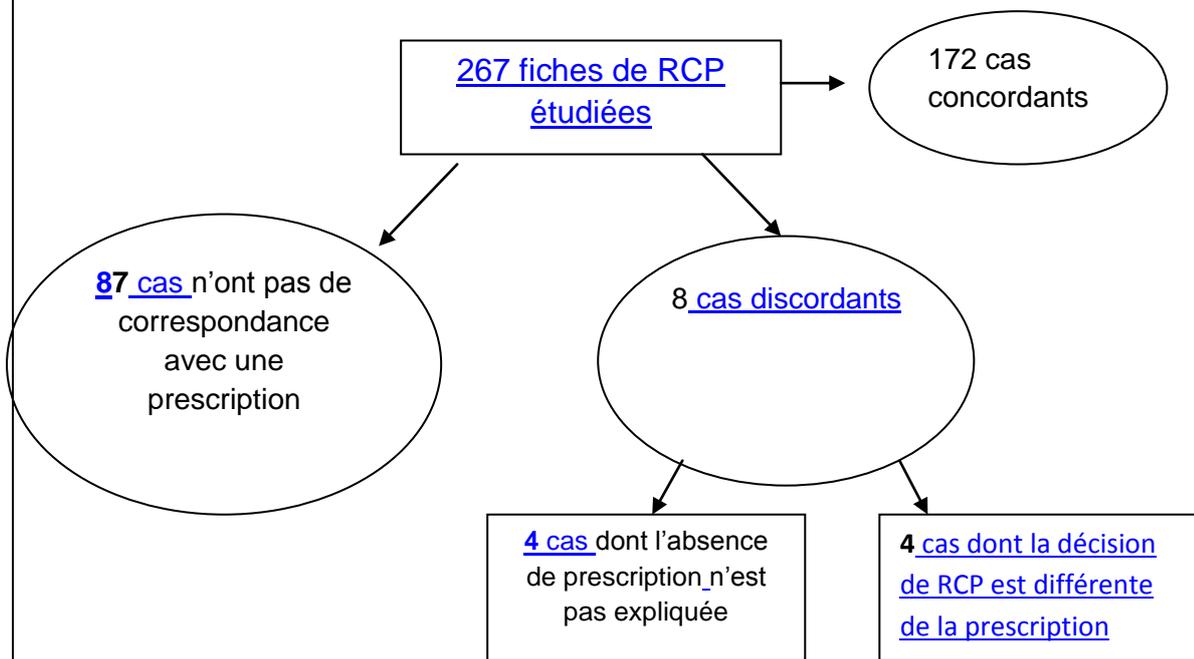
3 en gynécologie

20 en hématologie

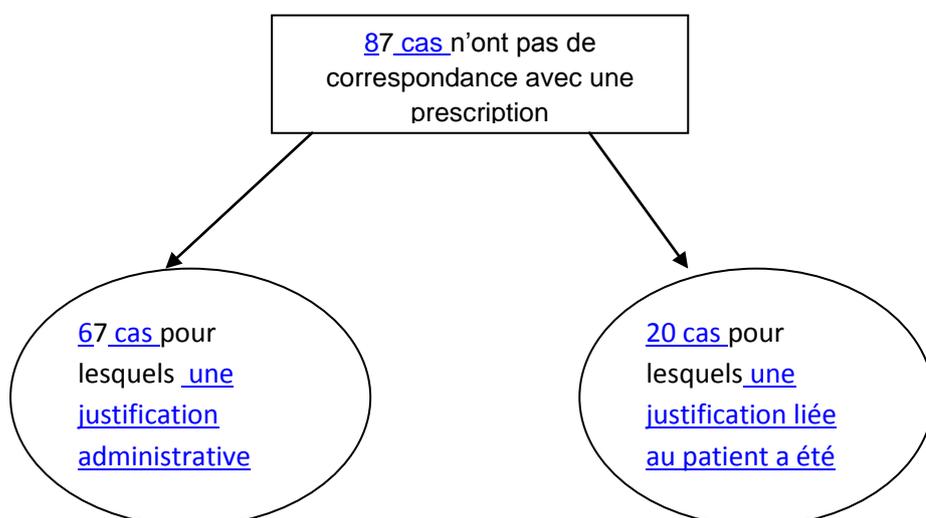
Etude des cas sans prescription retrouvée dans *Chimio* :

Parmi les 267 fiches RCP étudiées :

- 87 n'ont pas de correspondance avec une prescription de chimiothérapie dans le logiciel *Chimio*.
- pour 4 cas, une prescription a été retrouvée mais elle ne correspond pas à la proposition effectuée en RCP.
- pour 4 cas, aucune RCP n'a été retrouvée à travers les dossiers



Pour les 87 cas sans correspondance avec une prescription, une justification a été recherchée et trouvée dans les dossiers médicaux des patients.



1. Justification [administrative](#) :

Une première catégorie administrative est identifiée dans 67 cas/87 :

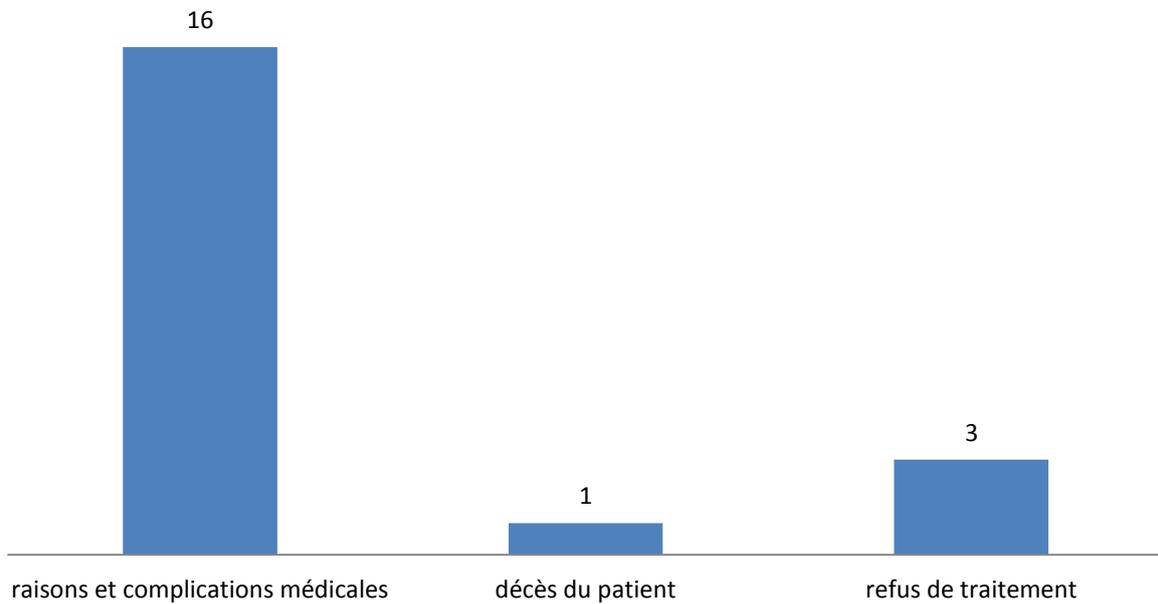
- 14 prescriptions en dehors de la période
- 2 dossiers ne sont pas repassés en RCP vu qu'il s'agissait d'une poursuite de traitement
- 8 dossiers correspondent à des RCP pour une administration de molécules de rétrocession ou *per os*. Dans ce cas, il n'y a pas de traçabilité dans le logiciel Chimio à l'URCC et les prescriptions sont gérées directement par la pharmacie de l'hôpital
- 1 essai clinique
- 37 traitements effectués en dehors du GHICL
- 3 traitements sont confirmés dans les lettres de sortie ou courrier *Clinicom*
- 2 RCP d'hématologie proposent un traitement de chimiothérapie par ponction lombaire. Celle-ci ne figure pas dans les prescriptions reçues à l'URCC. Les ponctions lombaires sont une modalité de traitement et ne paraissent pas dans les prescriptions dans *Chimio*.

2. Justification [liée au patient](#)

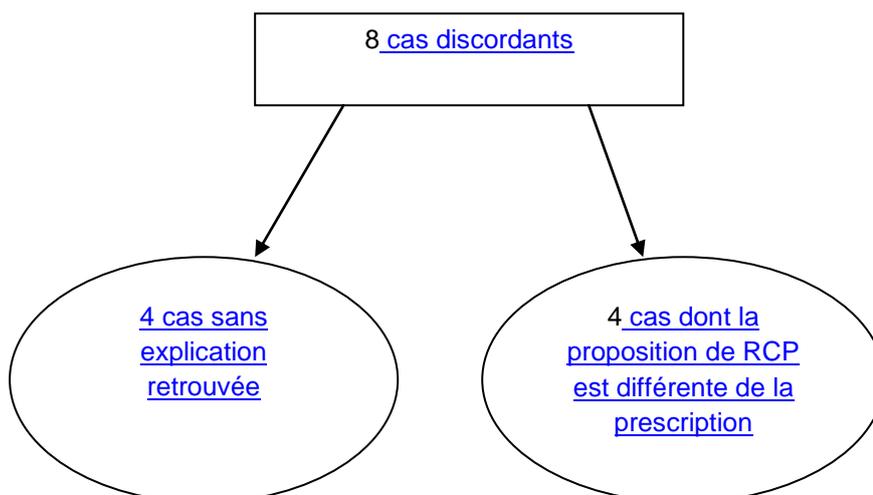
Dans 20 cas/87, il s'agissait d'une raison liée au patient :

- 16 pour des raisons médicales ou paramédicales, complications : hypersensibilité, incapacité à tolérer le traitement prévues, recherche de K-ras, ...
- 1 décès de patient (n'a pas pu recevoir la chimiothérapie)
- 3 refus de traitement

Répartition des dossiers dont l'absence de passage en RCP est justifiée par une raison liée au patient



Cas discordants (8 cas)



1. Cas sans explication retrouvée

Dans 4 cas sur 267 les recherches n'ont pas permis d'expliquer l'absence de prescription.

2. Cas présentant un défaut de concordance

4 cas sur 267 présentent un défaut de concordance entre la décision de la RCP et le traitement effectivement reçu. Les molécules énoncées lors de la Réunion sont différentes à celles prescrites.

On retrouve :

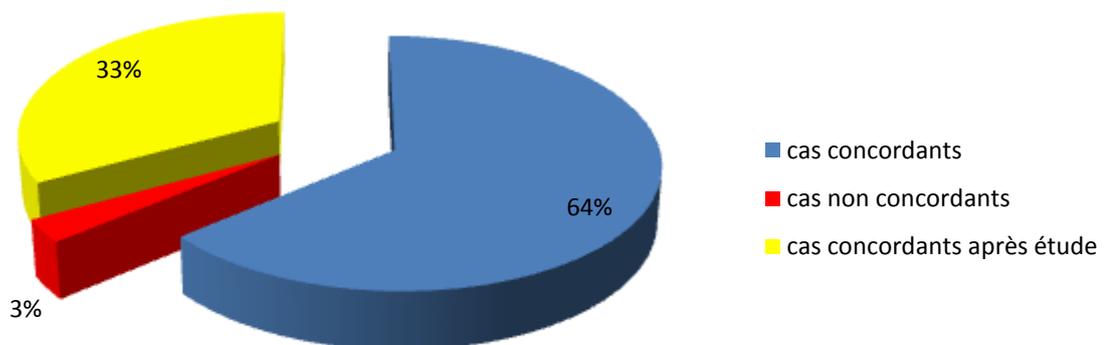
<u>SPECIALITES</u>	NOMBRE DE CAS <u>EN FONCTION DES SPECIALITES</u>
Gynécologie	1
Hématologie	1
Pneumologie	1
Digestif	<u>1</u>

Synthèse de la 1^{ère} partie de l'étude

Répartition des cas étudiés-

Cas concordants	172
Cas concordants après étude	87
Cas <u>discordants</u>	8

Répartition des cas étudiés

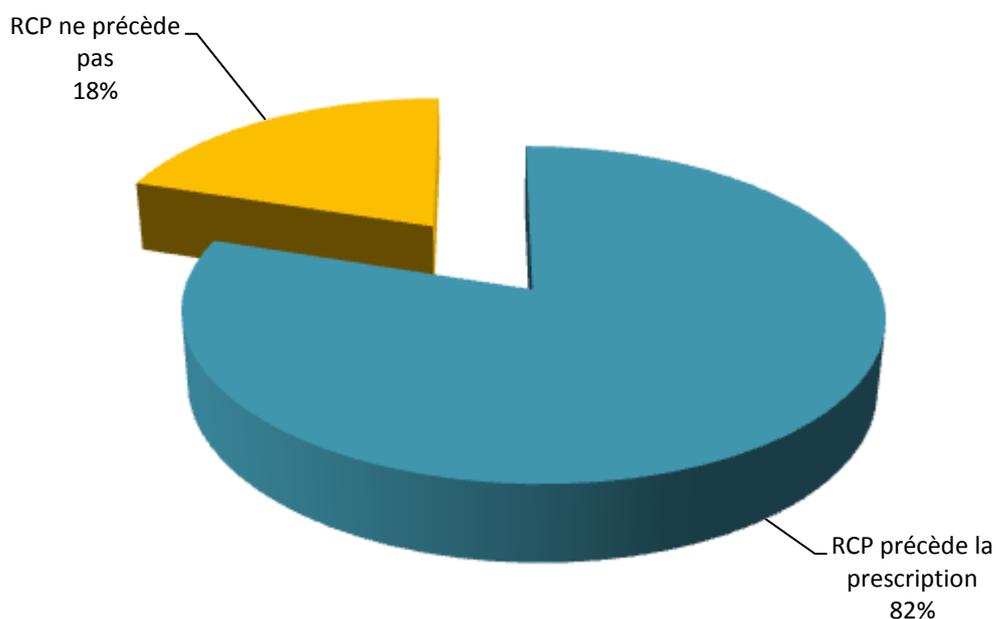


Remarques

- Propositions de RCP précédant ou non les prescriptions :

Tous les cas de cancers doivent être présentés lors des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire avant l'administration de traitements. Ici, on retrouve 31 cas sur les 267 dont la délivrance du traitement a précédé le passage du patient en RCP. Ces cas peuvent résulter d'une urgence thérapeutique.

Répartition des propositions de RCP précédant ou non la prescription

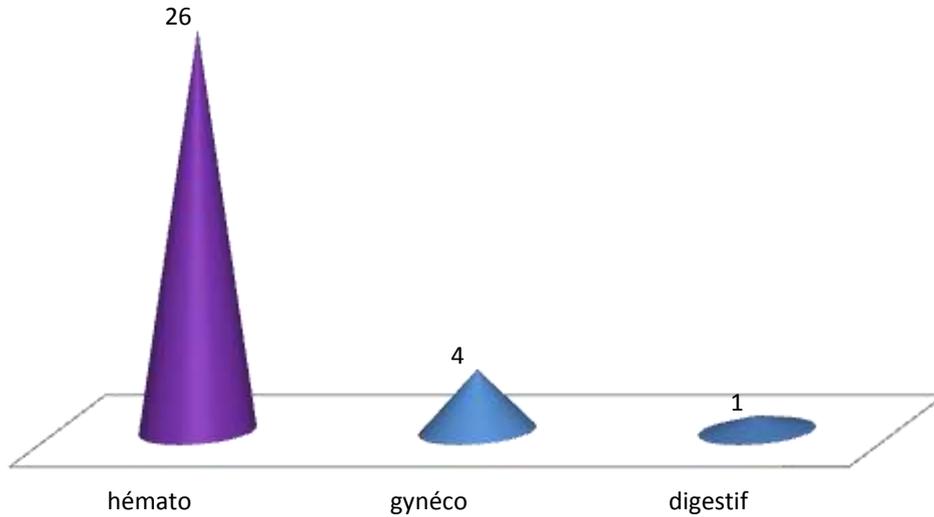


Cela représente 18.2% des dossiers qui font partie de la première partie de l'étude. Sur l'ensemble des dossiers recueillis, cela ne représente que 7.7%.

La majorité des dossiers sont des cas d'hématologie. [Cela peut être justifié par la nécessité d'une instauration rapide de traitement dans ce type de cancer.](#)

Répartition des dossiers avec une RCP ne précédant pas la prescription en fonction des spécialités

■ hémato ■ gynéco ■ digestif



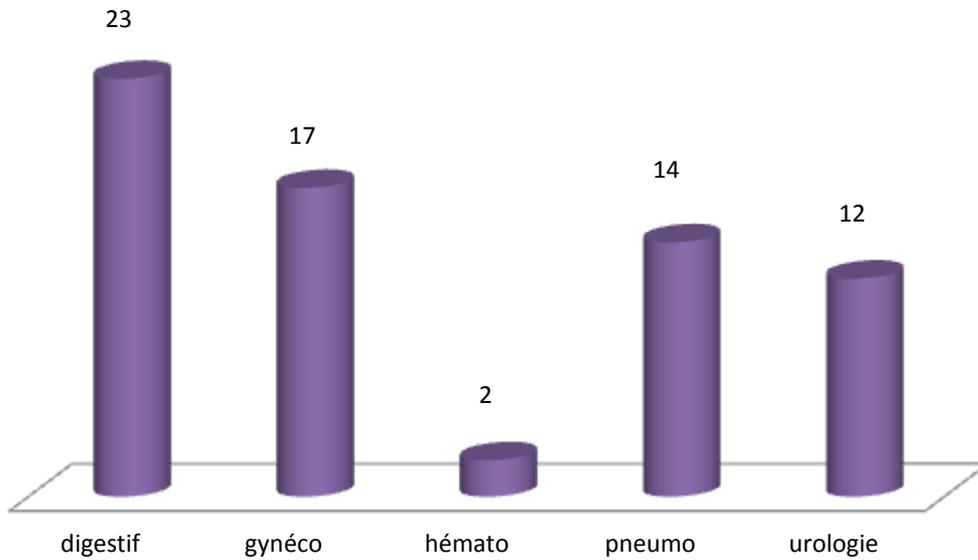
- Précision des propositions de RCP :

Lors de Réunion de Concertation Pluridisciplinaire, les médecins doivent proposer un plan thérapeutique précis. Sans cette notion, la corrélation entre les propositions faites et les prescriptions établies ne peut être faite. Cela regroupe 68 cas sur 267 la proposition est imprécise, correspondant sur les fiches de RCP à « plan thérapeutique : chimiothérapie ». La répartition selon les spécialités est la suivante :

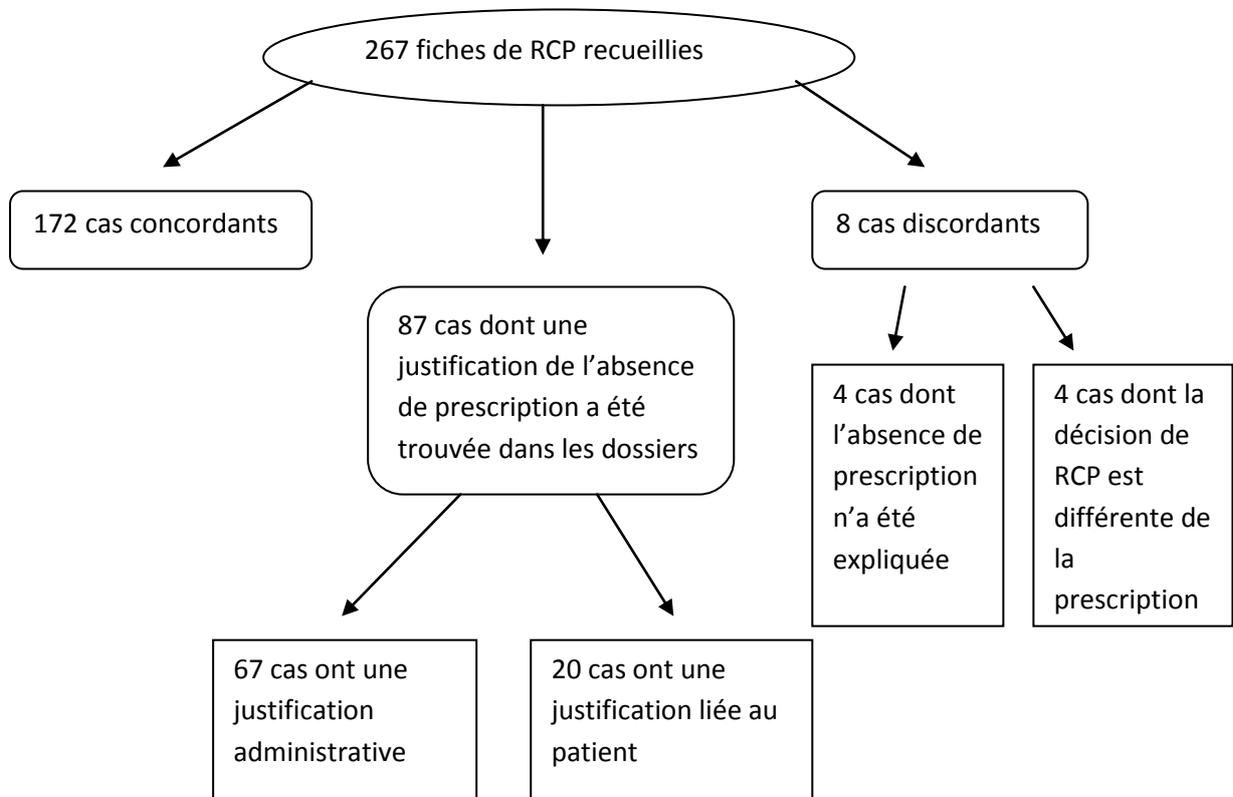
- 23 cas en digestif
- 17 cas en gynécologie
- 2 en hématologie
- 14 en pneumologie
- 12 en urologie

soit 3% en hématologie et 97% en oncologie

Répartition des propositions de RCP non précises en fonction des spécialités



Synthèse



DEUXIEME PARTIE : étude des prescriptions ([314 cas](#))

Les prescriptions

Les prescriptions entre le 1er janvier 2010 et le 30 juin 2010 ont été recueillies à partir du logiciel *Chimio*. [314](#) prescriptions ont pu être retrouvées.

Etude des prescriptions retrouvées dans *WebDCR* (314 cas)

La répartition selon les spécialités s'effectue comme suit :

[74](#) en digestif

56 en gynécologie

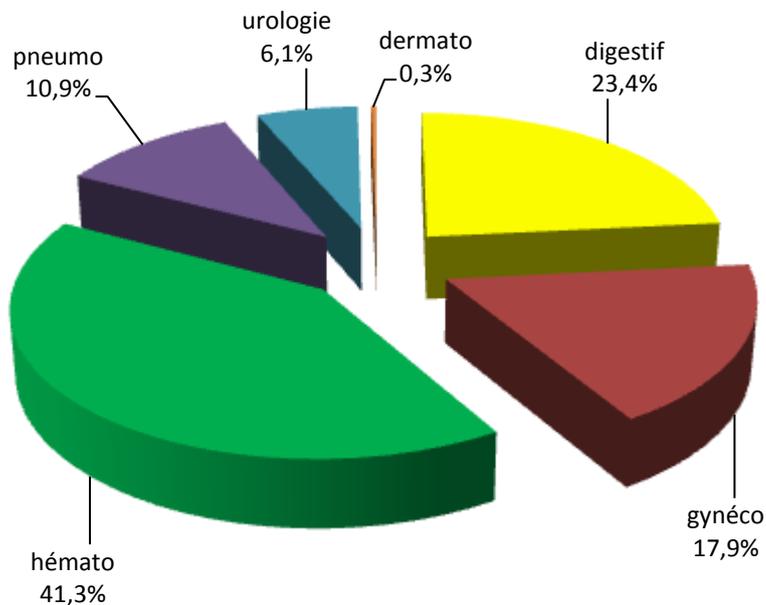
[130](#) en hématologie

34 en pneumologie

19 en urologie

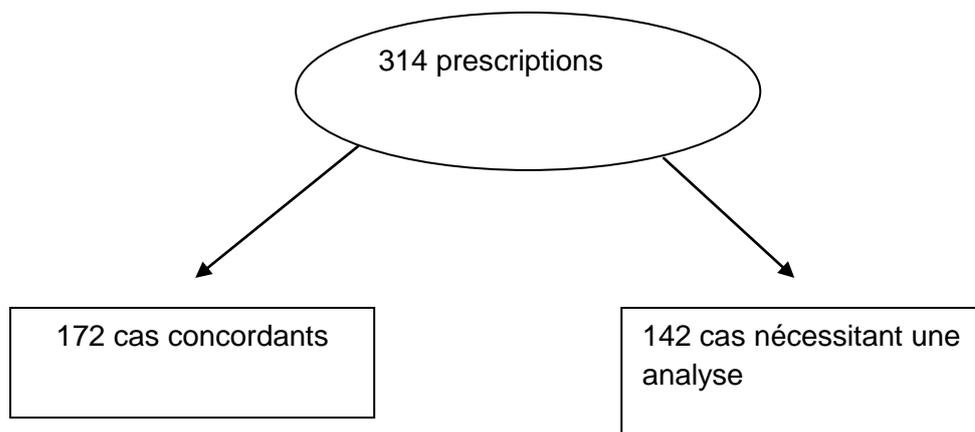
4 en dermatologie

Répartition des cas ayant reçu une analyse en fonction des spécialités



Prescriptions concordantes aux fiches de RCP

172 sur 314 prescriptions étaient concordantes aux fiches de RCP, comme indiquée dans la première partie de l'étude.



Etude des cas sans proposition de RCP retrouvée dans *WebDCR*

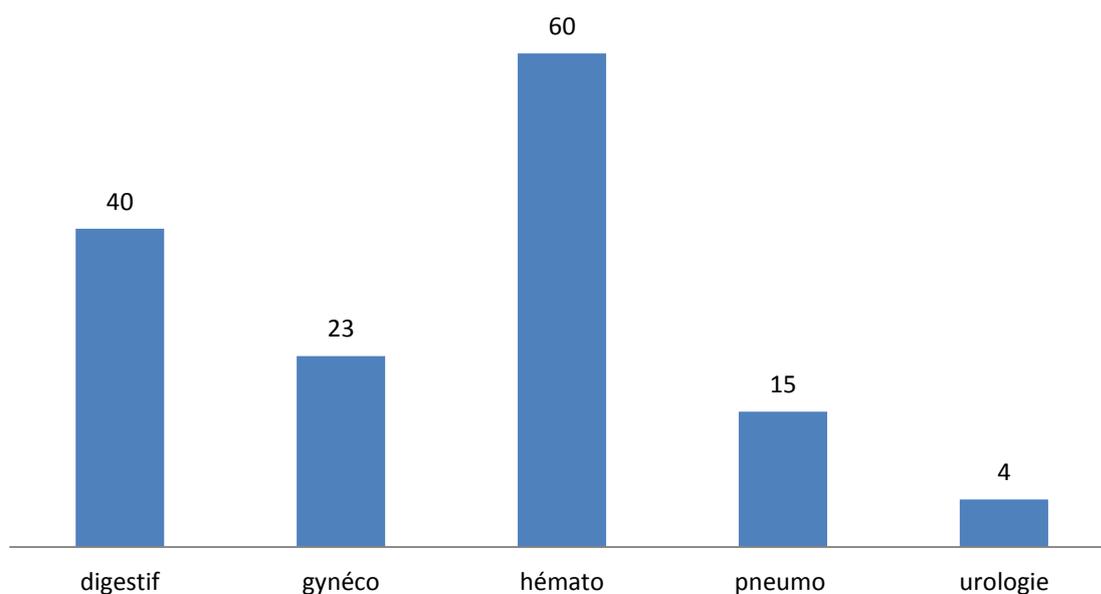
142 cas sur 314 ont bénéficié d'une analyse complète du dossier médical informatisé.

La répartition selon les spécialités s'effectue comme suit :

- ✓ 40 en digestif
- ✓ 23 en gynécologie
- ✓ 60 en hématologie
- ✓ 15 en pneumologie
- ✓ 4 en urologie

SPECIALITES	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE PARMILLES CAS DE LA 2éme PARTIE SELON LA SPECIALTE
Digestif	40	54.1 %
Gynécologie	23	41.0 %
Hématologie	60	46.2 %
Pneumologie	15	44.1 %
Urologie	4	21.1 %

Répartition des dossiers ayant reçu une analyse en fonction des spécialité



Parmi ces [142](#) cas, une explication a été retrouvée pour [108](#) d'entre eux, grâce à la consultation des lettres de sorties, des courriers *Clinicom* et des dossiers cliniques des patients.

Cas dont l'absence de passage en RCP est justifié

1. Justifications administratives (102 cas sur 108)

- Pour 90 cas sur 108, une décision de RCP a été retrouvée dans les dossiers. La date de la RCP était antérieure à la période étudiée
- 67 sur 108 prescriptions correspondent à une délivrance de molécule à visée cytotoxique pour des maladies non cancéreuses
- Pour 6 cas sur 108, différents motifs ont été évoqués dans les courriers afin de justifier l'absence de passage en RCP. Le protocole de chimiothérapie est non clairement explicité dans la RCP mais appartient à un schéma thérapeutique indiqué dans la RCP :
 - Ne correspond pas à un C1J1 (3 cas). Dans certains protocoles, les molécules anti-cancéreuses sont administrées de façon alternative. Par exemple : dans le cancer du sein, FEC 100 et Taxotère®. Dans ces cas, il s'agit d'une poursuite de traitement.
 - Protocole d'autogreffe (3 cas) comme BEAM qui alterne selon les séances de chimiothérapie Mathera-BEAM

2. Justifications liées au patient (6 cas sur 108)

- Décès du patient (2 cas)
- Traitement initié en dehors du GHICL (4 cas)

Cas dont le passage en RCP est mentionné dans le dossier médical (18 cas sur 142)

18 cas correspondent aux cas où une prescription de molécules anti cancéreuses a été délivrée, une décision de RCP a été notifiée dans le dossier du patient mais n'a pu être vérifiée. Dans ces cas, un passage en RCP a pu avoir eu lieu dans un autre établissement de cancérologie.

On retrouve :

2 cas en digestif

5 cas en hématologie

4 cas en gynécologie

3 en pneumologie

4 en urologie

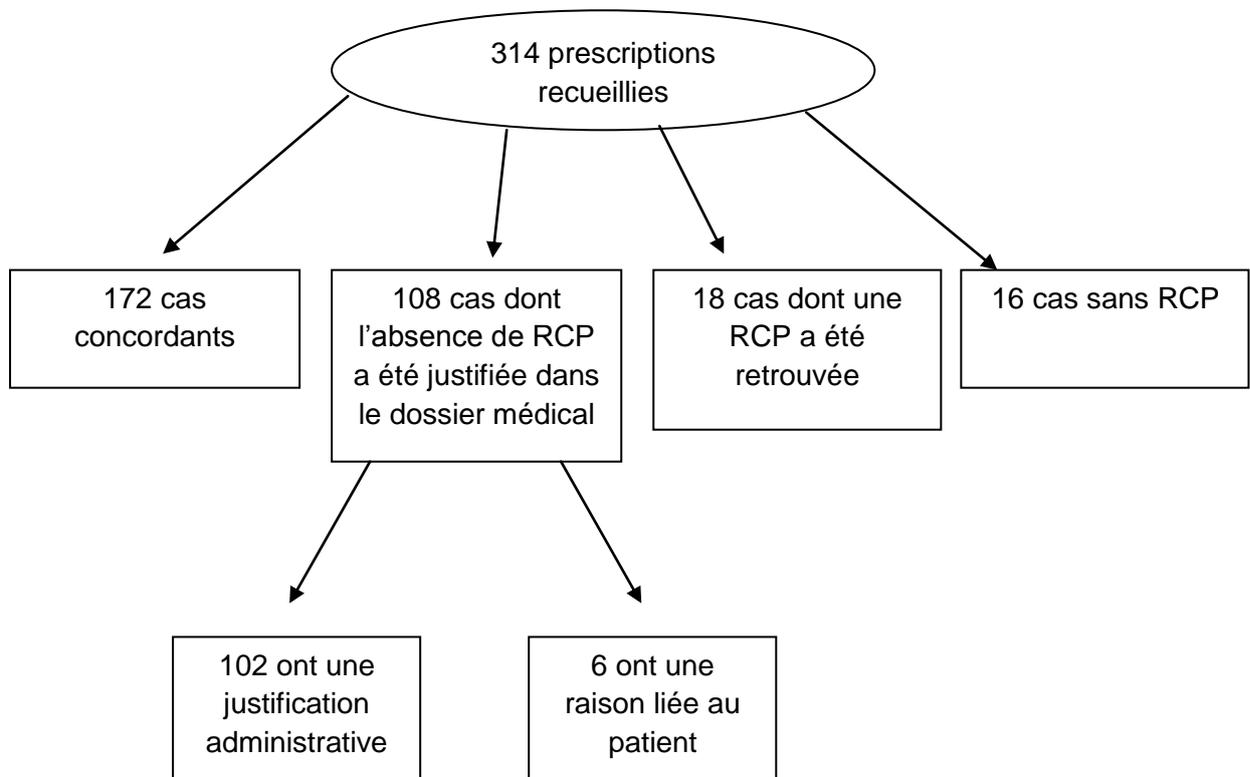
SPECIALITES	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE SELON LA SPECIALITE
Digestif	<u>2</u>	<u>2.7 %</u>
Hématologie	<u>5</u>	<u>3.8 %</u>
Gynécologie	<u>4</u>	<u>7.1 %</u>
Pneumologie	<u>3</u>	<u>8.8 %</u>
Urologie	4	<u>21.1 %</u>

Cas sans décision de RCP retrouvée (16 cas)

Après analyse des dossiers médicaux, aucune trace de décision de RCP n'a pu être retrouvée pour 16 cas.

Synthèse de la 2^{ème} partie de l'étude

Cas concordants	<u>172</u>
Cas concordants après étude	<u>108</u>
Cas avec une RCP confirmée dans le dossier médical	18
Cas sans RCP retrouvée	16



TROISIEME PARTIE : Etude des cas discordants

Cas discordants de la 1^{ère} partie de l'étude

L'étude a permis de mettre en évidence 4 cas de non concordance :

- ❖ Un cas de digestif correspond à un changement de protocole. Le patient n'est pas repassé en RCP afin que les médecins se concertent et décident du nouveau traitement.
- ❖ Les 3 autres cas correspondent à une variante de protocole :
 - *Folfiri* > *Folfiri avastin*
 - *Cisplatine Alimta* > *Cisplatine Navelbine*
 - *Rituximab Endoxan* > *Rituximab*

Pour 4 fiches de RCP, les recherches dans les dossiers-patients n'ont pu expliquer l'absence de prescription de chimiothérapie. Cela représente 1.5% des fiches de RCP étudiées. Plusieurs motifs pourraient le justifier : une initiation de traitement hors du GHICL, des raisons médicales...

La lourdeur des procédures de RCP, les contraintes de temps et l'urgence de certaines situations ne sont parfois pas compatibles avec la mise en place d'une RCP. Dans ces cas, le médecin référent doit exercer son autonomie de choix. Ici, il s'agit surtout de variante de protocole. Il faut souligner que dans ces situations l'argumentaire du médecin dans le dossier patient est très important compte tenu de la mise en jeu de la responsabilité professionnelle.

Une étude menée en 2011(10) montre que 56.2% des patients ont bénéficié d'une RCP pré-thérapeutique. Le taux de passage en RCP chez les patients de plus de 85 ans diminue de 90% par rapport aux patients de 70-74 ans.

90% des traitements effectués correspondaient au traitement proposé en RCP.

L'une des missions principales du Plan Cancer est la mise en place des RCP avant chaque début de traitement anti-cancéreux. L'étude montre que le taux de passage n'est pas encore de 100% et celui diminue chez les patients les plus âgés.

Dans notre étude, nous avons 97% des dossiers de RCP qui sont concordants avec les prescriptions reçues à l'URCC.

Cas discordants de la 2^{ème} partie de l'étude

Pour 16 cas, l'étude n'a pu mettre en évidence un passage en RCP. Cela représente 5.10% des prescriptions étudiées. Une décision a pu être prise dans un autre établissement, en dehors du GHICL.

On retrouve :

6 cas en gynécologie

4 en hématologie

5 en digestif

1 en pneumologie

SPECIALITES	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE SELON LA SPECIALITE
Gynécologie	6	10.7 %
Hématologie	4	3.1 %
Digestif	5	6.8 %
Pneumologie	1	2.9 %

Cependant, il existe une redondance pour un cas de digestif. Un patient a reçu 2 prescriptions durant la période étudiée mais la date du passage en RCP n'a pas été retrouvée.

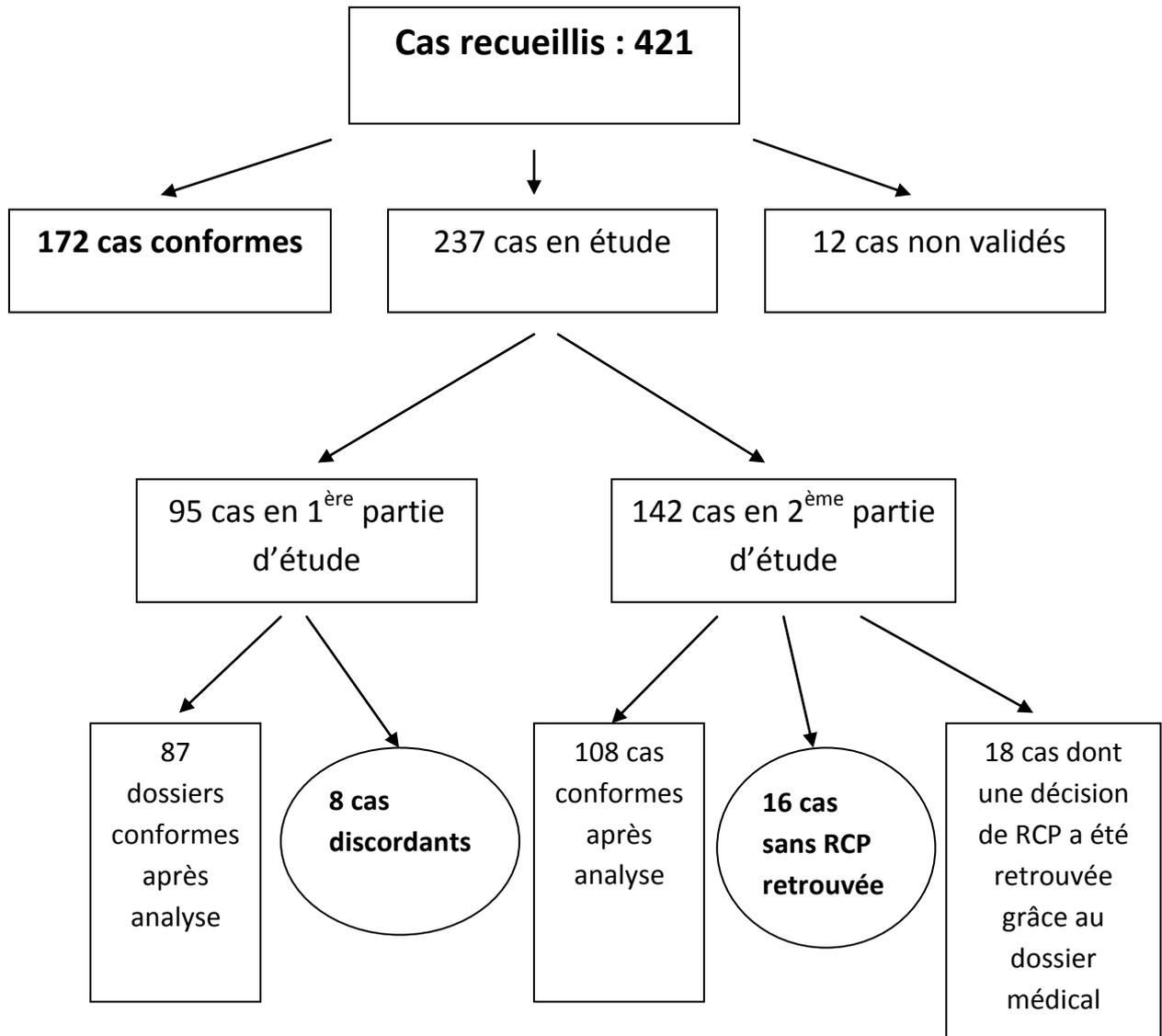
Parmi ces 16 cas, 4 d'entre eux présentent un changement de protocole mais ne sont pas repassés en RCP.

On retrouve en fonction des spécialités :

2 en digestif

2 en gynécologie

Synthèse de l'étude



DISCUSSIONS

Le recueil des données s'est fait du 1^{er} au 30 juin 2010. Les Réunions réalisées à la fin de la période ont eu dans certains cas des prescriptions correspondantes datées après le 30 juin 2010. Dans ces cas, les dossiers n'ont pu être étudiés. Et inversement, en ce qui concerne pour les prescriptions datées de début 2010.

L'étude a concerné les RCP et prescriptions visant les molécules de chimiothérapie anticancéreuses, reconstituées à l'URCC. Les molécules anticancéreuses per os, les molécules immunosuppressives ayant comme indication les maladies auto-immunes, les molécules sous ATU ont été écartées de l'étude.

Le logiciel *Chimio* a permis de recueillir les prescriptions pour l'étude. Les prescriptions provenant de l'hôpital St Philibert ne sont pas transmises par ce logiciel, elles sont encore transmises par papier. Par ce fait, elles n'ont pas fait parties du recueil dans l'étude menée.

Précision des propositions de RCP

L'étude a relevé 68 cas dont la proposition de RCP est imprécise : les molécules de chimiothérapie ne sont pas citées. Cela représente 25.5% des fiches de RCP recueillies. La majorité des cas relève de la spécialité de digestif (33.2%). Les RCP sont des procédures assez lourdes imposées par le Plan Cancer ressemblant des médecins de plusieurs spécialités. Notamment en digestif, le radiothérapeute, le chirurgien, l'oncologue évaluent selon leurs compétences la meilleure thérapeutique pour leurs patients. Mettant en scène plusieurs services, le type de thérapeutique est validé en RCP. Dans la plupart des cas, lorsqu'il s'agit de chimiothérapie, la proposition de RCP n'est pas précise. L'oncologue décidera du protocole anti-cancéreux à suivre lors de la consultation avec son patient.

Temporalité entre l'établissement des prescriptions et le passage en RCP

L'étude a relevé 31 cas dont la RCP s'est déroulée après l'établissement de la prescription à l'URCC. Cela représente 7.7% des fiches de RCP recueillies. La majorité correspond à des cas d'hématologie (83.9%). Dans certaines spécialités et dans certains cas, la rapidité d'instauration d'une thérapeutique est primordiale dans le pronostic de survie et dans le déroulement de la thérapeutique.

Une [étude menée dans un réseau de cancérologie en Aquitaine](#) (11), parue sur le site de l'Inserm, a consisté à évaluer l'exhaustivité des passages en RCP dans un département français. Ici, cela s'est produit dans le Tarn en 2007. Il s'agit d'un exemple de collaboration entre les registres de cancers et un réseau de cancérologie. L'étude s'est concentrée sur les cas de cancer de la prostate en raison de sa fréquence élevée d'incidence en France.

Données

- 56% RCP avant la mise en place de traitement
- 65% des cancers de la prostate sont passés en RCP
- Un taux élevé entre la conformité du traitement proposé en RCP et le référentiel et l'adéquation proposition/traitement effectué

Comparaisons

Dans un premier temps, l'étude est montrée un taux de 56% de RCP qui s'est déroulée avant la mise en place de traitement. Dans l'étude menée à l'hôpital St Vincent de Paul de Lille, on relève un taux 8.6% : 23 cas correspondent à un passage en RCP après la mise en route d'un traitement anticancéreux sur les 267 cas inclus à la première partie d' étude. Ici, plusieurs spécialités ont été intégrées à l'étude. Le principal motif qui peut justifier cette différence est l'instauration d'une thérapeutique dans l'urgence. D'autre part, la fréquence des Réunions au GHICL est hebdomadaire. En hématologie, digestif, les médecins, professeurs instaurent souvent un traitement rapidement, avant que le patient passe en RCP.

D'autre part, on a relevé un taux de non-conformité parmi les cas étudiés de 2.99%. Cela correspond à 8 cas sur les 267 fiches de RCP.

La mise en place des RCP au sein des établissements de santé exerçant la cancérologie est l'une des mesures « phares » proposées par le Plan Cancer. Pour toute instauration de protocole de chimiothérapie anticancéreuse ou de changement de protocole, le cas du malade doit passer en RCP. C'est un point vérifié par les cellules de qualité.

La pluridisciplinarité des réunions

Une étude a été menée à l'institut Jean-Godinot de Reims (12). Elle montre que, parmi les cas de non présentation des patients atteints de cancer du sein à une RCP au centre, 33% résultent d'une présentation à une autre RCP, 52% participent à d'autres soins (de support, palliatifs), 6% dont l'absence de raison est notifiée.

Le Plan Cancer met en avant l'importance d'une multidisciplinarité lors de ces réunions. Ainsi les échanges et les expériences des différents médecins contribuent à la légitimité de la décision médicale. 58% des cas présentés rassemblaient au moins deux spécialistes.

Les propositions thérapeutiques sont établies dans la majorité des cas selon des référentiels de cancérologie. 92% des décisions sont conformes au thésaurus. Dans les autres cas, une discussion entre les différents participants à la RCP a lieu afin d'aboutir à un consensus.

Dans notre étude, 94% sont conformes au référentiel, 1% requiert une RCP régionale ou à un essai thérapeutique randomisé, 5% correspond à une thérapeutique hors référentiel.

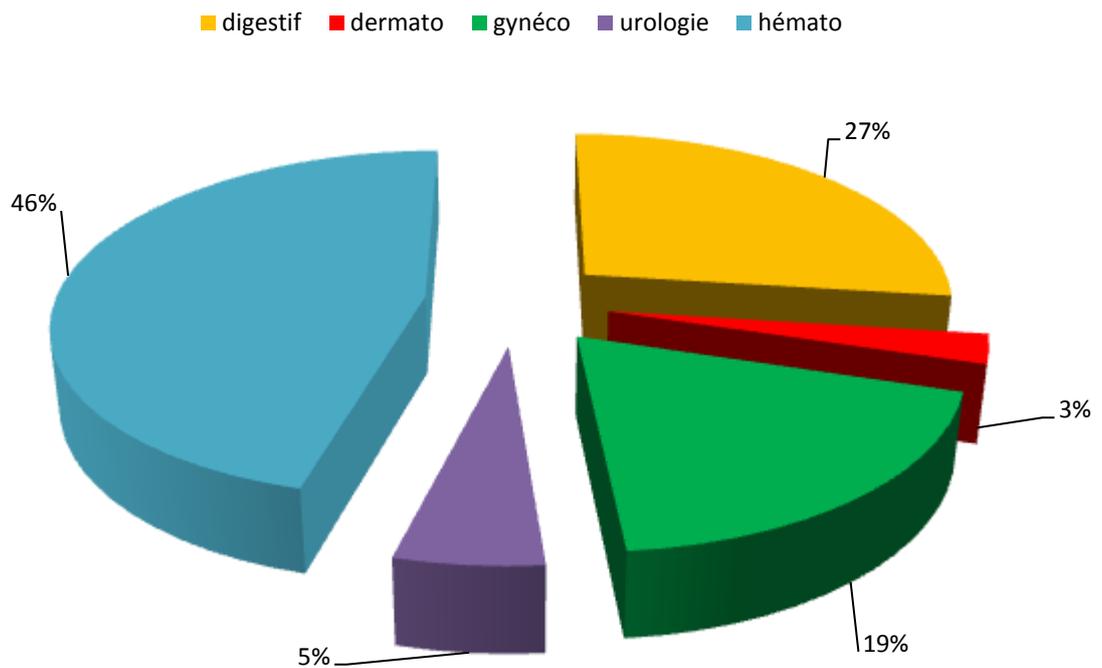
Cette pluridisciplinarité a une importance primordiale dans le déroulement des réunions en vue d'une thérapeutique la mieux adaptée à chaque patient.

Passage en RCP lors des changements de protocole

L'étude a mis en évidence 37 cas dont le passage en RCP correspond à un changement de protocole. Cela représente 13.9% des fiches de RCP recueillies.

Spécialité	Nombre de cas	Pourcentage selon la spécialité
Dermatologie	1	50%
Digestif	10	16.1%
Gynécologie	7	17.1%
Urologie	2	10.5%
Hématologie	17	14.2%

Répartition des changements de protocole en fonction des spécialités



La 2^{ème} partie d'étude a souligné 4 cas qui n'étaient pas repassés en RCP lors d'un changement de protocole.

La non-présence de passage en RCP

L'observation des RCP montre que, dans 22% des cas, la décision de la RCP n'a pas été appliquée. Les raisons sont diverses pour la plupart. Il s'agit de refus du patient, de raisons médicales ou paramédicales comme l'état clinique du patient, la tolérance aux molécules, traitements hors du GHICL. Nous retrouvons, parmi ces cas de non application de la RCP, 28% de comorbidités, 7% des cas liés au patient, 64% des cas dont l'application de la RCP s'est faite en dehors du GHICL et 1% suite à un essai clinique.

Dans l'étude menée en Angleterre sur les décisions de RCP de patients atteints de cancers colorectaux(13), 201 cas ont été analysés dont 9.95% dont la décision n'a pas été appliquée. Les raisons sont dans 40% des cas liées à une comorbidité, 35% au refus du patient. Un cas correspond au changement thérapeutique par un médecin et deux suite à des informations cliniques. Il en est conclu que la grande majorité des RCP est appliquée. Dans les cas échéants, les raisons sont principalement liées au patient.

L'étude menée par Blazeby vérifie l'application de la décision de RCP en oncologie digestive(14). Il évalue à 15% le taux de non application des décisions dont 44% pour comorbidité, 34% en raison du choix du patient, 19% pour une raison médicale autre. Il conclue à la nécessité de respecter le choix du patient et les comorbidités peuvent modifier les décisions thérapeutiques.

Dans notre étude, la majorité des décisions de RCP a été appliquée et faite en concordance avec la prescription émise à l'URCC. Les cas de non application de la RCP peuvent ils être retenus comme un facteur de qualité ?

CONCLUSION

L'étude développe le processus décisionnel existant à partir des décisions de RCP. Elle montre que la mise en place des RCP est une phase primordiale dans le déroulement de la thérapeutique anti-cancéreuse. Elle émerge de la multidisciplinarité des domaines de compétence sollicités sur la décision des thérapies à suivre. La finalité de ces réunions est une proposition active de soin qui se traduit par une prescription.

La qualité de ces procédures a été analysée. De nombreuses recherches entre les données du logiciel *Chimio*, *WebDCR*, les dossiers-patients, les courriers Clinicom ont montré une complexité des processus décisionnels médicaux et de leur application. Les critères de qualité de ces décisions doivent prendre compte de la réalité et de la spécificité de la démarche.

La RCP est un outil de rationalisation et de collégialité de la décision. Cet outil repose sur les technologies et les connaissances les plus adaptées et les spécificités de chaque patient. La réalité ne peut exclure que le déroulement des thérapeutiques ne peut se dérouler comme prévu et nécessite une modalité de traitement, pas toujours revu en RCP.

Bien que l'étude ait montré une concordance entre les décisions de RCP et les prescriptions retenues, le processus décisionnel met en scène tout de même quelques failles notamment en ce qui concerne la précision des propositions émises. La complexité de ce processus regroupant plusieurs acteurs et une rapidité nécessaire de mise en place impose dans quelques cas un défaut de précision des propositions.

Les limites de cette étude sont les poursuites de traitements et les Réunions de Concertation réalisées en dehors du GHICL. En dehors de cette structure, les recherches deviennent complexes et parfois ne peuvent aboutir. Ceci constitue un obstacle au processus décisionnel.

BIBLIOGRAPHIE

1. Blain J, Chasles V, Fervers B. Impact des facteurs environnementaux sur le risque de cancer : l'apport de la géographie. 2013 mai-juin;12(3).
2. Situation de la chimiothérapie des cancers en 2010. *Oncologie*. 2010;12(11):687–708.
3. Bossard N, Colonna M, Jouglu E, Schott A. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011. <https://www.e-cancer.fr/.../8079-projection-de-lincidence-et-de-la-mortalite>.
4. SANT4 - Bulletin Officiel N°2005-3: Annonce N°34 [Internet]. 2012 [cited 2012 Apr 9]. Available from: <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-03/a0030034.htm>
- 5.
6. Farsi F, Bey P, Serin D, Bugat R, Delaroche G, Philip T, et al. Actualité des réseaux de cancérologie. *Bulletin du cancer*. 2002;89(2):197–206.
7. Plan cancer 2014-2019. www.e-cancer.fr/le-Plan-cancer.
8. Le Plan Cancer 2003-2007 : apport du Plan cancer dans la lutte contre la maladie et approche de l'impact des réunions de concertation multidisciplinaire dans la prise en charge des patients.
9. Plan cancer 2003-2007 [Internet]. Available from: <http://www.plan-cancer.gouv.fr/historique/plan-cancer-2003-2007.html>
10. huo yung kai S, Delpierre C, Gaudin C, Goddard J. Exhaustivité et qualité des réunions de concertation pluridisciplinaire ; l'exemple des cancers prostatiques en Midi-Pyrénées.
11. S H, Delpierre C, Gaudin C, Goddard G, Daubisse L, Bauvin E, et al. Exemple de collaboration entre un réseau régional et un registre des cancers : Etude de l'exhaustivité du passage en RCP et des facteurs qui y sont associés dans un département français. *Inserm*.
12. Tan Dat Nguyen, Pascale Legrand, Isabelle Devie, Adéla Cauchois, Jean-Christophe Eymard. Evaluation qualitative de la réunion de concertation pluridisciplinaire de cancérologie mammaire *Bulletin du Cancer*. bulletin du cancer. 2008.
13. j.j wood, metcalfe, paes a, sylvester p. an evaluation of treatment decisions at a colorectal cancer multidisciplinary team. 2007;
14. Blazeby j.m, Wilson m., metcalfe c. Analysis of clinical decision-making in multidisciplinary cancer teams. 2006;17.

LEXIQUE

3C : Centre de Coordination en Cancérologie

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation

ARS : Agence Régionale de Santé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLCC : Centre de Lutte Contre le Cancer

GHICL : Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille

HAS : Haute Autorité de Santé

InCa : Institut national du Cancer

Omedit : Observatoire régional du Médicament, des Dispositifs Médicaux et des Innovations Thérapeutique

PPS : Programme Personnalisé de Soins

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins

UCPO : Unité de Concertation Pluridisciplinaire en Oncologie

UFR : Unité de Formation et de Recherche

URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

ANNEXES

ANNEXE 1 : Fiche de recueil des données



Evaluation de l'adéquation entre la proposition thérapeutique définie par la RCP et le traitement de chimiothérapie prescrit

N° de la fiche :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Spécialité :

Gynécologie

Hématologie

Sénologie

Dermatologie

Urologie

Digestif

Pneumologie

Autre :

Réunion de concertation pluridisciplinaire :

Date :

Motif : ajustement thérapeutique

- avis diagnostic
- décision de traitement
- surveillance après traitement
- autres :

Proposition de prise en charge :

Nature : mise en traitement

- nécessité d'examen complémentaire
- surveillance

Type de proposition : application référentiel

- essai thérapeutique randomisé
- recours à une RCP régionale
- traitement hors référentiel
- étude non randomisée
- essai thérapeutique

Plan thérapeutique :

.....
.....
.....
.....

Prescription de chimiothérapie :

Date du C1 J1 :

Protocole :

Molécule(s) :

.....

.....

.....

Changement de protocole ? oui non

Date :

Protocole :

Molécule(s) :

.....

.....

.....

Concordance

Pour ce même patient retrouve-t-on :

Une RCP ? oui non

Une prescription de chimiothérapie ? oui non

La RCP a précédé la prescription de chimiothérapie ? oui non

La prescription de chimiothérapie correspond à la proposition thérapeutique ?

oui non

Dossier à analyser ? oui non

Commentaires :

.....

.....

.....

.....

ANNEXE 2 : Grille Excel

N° grille de recueil	date de naissance	hémato / onco	Spécialité	RCP ? (oui=1 / non=0)	Date RCP	Dossier discuté ?	Fiche RCP validée?	Motif de la RCP	Type proposition	décision de RCP précise?	Prescription dans Chimio?	Date de prescription	Changement de protocole?	si N1=1, RCP correspondante? (oui=1 / non=0)	Délai RCP/prescription	RCP précédente prescription?	Concordance RCP/préscriptio n?	Dossier à analyser (oui = 1/non = 0)
6	5/8/44	hématologie	hématologie	1	19/4	0	1	décision de traitement	application référentiel	1	1	26/4	0		1	1	1	0
8	18/11/60	o digestif		1	31/3	0	1	décision de traitement	application référentiel	1	1	9/4	0		1	1	1	0
13	9/4/35	hématologie	hématologie	1	1/3	0	1	décision de traitement	application référentiel	1	1	15/3	0		1	1	1	0
14	25/1/50	hématologie	hématologie	1	21/6	0	1	décision de traitement	application référentiel	1	1	23/6	0		1	1	1	0
16	19/7/61	hématologie	hématologie	1	1/3	0	1	décision de traitement	application référentiel	1	1	23/2	0		1	1	1	0
19	17/6/27	hématologie	hématologie	1	1/2	0	1	décision de traitement	application référentiel	1	1	8/2	0		1	1	1	0
23	25/7/36	hématologie	hématologie	1	8/2	0	1	décision de traitement	application référentiel	1	1	9/2	0		1	1	1	0
24	24/9/27	hématologie	hématologie	1	15/2	0	1	décision de traitement	application référentiel	1	1	22/3	1		1	1	1	0
25	28/2/40	hématologie	hématologie	1	1/2	1	1	décision de traitement	application référentiel	1	1	5/2	0		1	1	1	0
26	28/2/40	hématologie	hématologie	1	22/2	1	1	décision de traitement	application référentiel	1	1	22/2	1		1	1	1	0
29	27/2/60	hématologie	hématologie	1	1/2	1	1	décision de traitement	application référentiel	1	1	1/2	0		1	1	1	0
32	16/4/88	hématologie	hématologie	1	1/3	0	1	décision de traitement	application référentiel	1	1	8/3	0		1	1	1	0
38	17/11/45	o digestif		1	31/3	0	1	décision de traitement	application référentiel	1	1	20/4	0		1	1	1	0
43	29/5/47	hématologie	hématologie	1	25/3	0	1	décision de traitement	application référentiel	1	1	17/3	0		1	1	1	0
44	16/10/90	hématologie	hématologie	1	1/3	0	1	décision de traitement	application référentiel	1	1	10/3	0		1	1	1	0
52	3/4/37	hématologie	hématologie	1	15/2	0	1	décision de traitement	application référentiel	1	1	4/3	0		1	1	1	0
53	19/10/60	o gynécologie		1	1/6	0	1	décision de traitement	application référentiel	1	1	7/6	0		1	1	1	0
57	1/2/34	hématologie	hématologie	1	15/2	0	1	ajustement thérapeutique	application référentiel	1	1	12/4	0		1	1	1	0
58	5/6/52	hématologie	hématologie	1	14/6	0	1	décision de traitement	application référentiel	1	1	17/6	0		1	1	1	0
64	27/2/24	o digestif		1	24/2	0	1	décision de traitement	application référentiel	1	1	26/3	1		1	1	1	0
69	13/8/65	hématologie	hématologie	1	1/3	0	1	décision de traitement	application référentiel	1	1	13/4	0		1	1	1	0
77	24/9/51	hématologie	hématologie	1	12/4	0	1	avis diagnostic	application référentiel	1	1	9/4	0		1	1	1	0
86	22/12/33	o digestif		1	24/3	0	1	ajustement thérapeutique	traitement hors référentiel	1	1	13/4	1		1	1	1	0
89	15/6/44	hématologie	hématologie	1	22/2	0	1	décision de traitement	application référentiel	1	1	24/2	0		1	1	1	0
107	27/6/35	hématologie	hématologie	1	15/3	0	1	décision de traitement	application référentiel	1	1	19/3	0		1	1	1	0
108	10/8/62	hématologie	hématologie	1	7/6	0	1	décision de traitement	application référentiel	1	1	9/6	0		1	1	1	0
109	19/10/37	hématologie	hématologie	1	1/2	0	1	décision de traitement	application référentiel	1	1	8/2	0		1	1	1	0

110	11/8/39	hématologie	1	7/6	0	1	décision de traitement	application référentiel	1	1	10/6	0			1	1	0
113	23/11/51	hématologie	1	4/1	0	1	décision de traitement	application référentiel	1	1	7/1	0			1	1	0
115	9/8/38	hématologie	1	10/5	0	1	décision de traitement	application référentiel	1	1	7/6	0			1	1	0
122	19/6/50	hématologie	1	22/3	0	1	décision de traitement	application référentiel	1	1	21/4	0			1	1	0
123	21/2/56	hématologie	1	19/4	0	1	décision de traitement	application référentiel	1	1	20/4	0			1	1	0
140	6/11/55	o gynécologie	1	22/6	0	1	décision de traitement	application référentiel	1	1	23/6	1			1	1	0
146	29/3/78	hématologie	1	10/5	0	1	décision de traitement	application référentiel	1	1	18/5	0			1	1	0
160	26/8/62	o gynécologie	1	2/2	0	1	décision de traitement	application référentiel	1	1	4/2	0			1	1	0
161	2/8/62	o gynécologie	1	2/3	0	1	décision de traitement	application référentiel	1	1	4/2	0			1	1	0
176	15/8/30	hématologie	1	4/1	0	1	décision de traitement	application référentiel	1	1	11/1	0			1	1	0
179	26/3/34	hématologie	1	11/1	0	1	décision de traitement	application référentiel	1	1	26/1	0			1	1	0
180	17/12/26	hématologie	1	8/3	0	1	décision de traitement	application référentiel	1	1	9/3	0			1	1	0
185	6/6/75	hématologie	1	1/3	0	1	décision de traitement	application référentiel	1	1	26/4	0			1	1	0
187	12/12/40	o digestif	1	10/2	0	1	décision de traitement	application référentiel	1	1	13/4	0			1	1	0
190	29/3/63	hématologie	1	29/3	0	1	décision de traitement	application référentiel	1	1	15/4	0			1	1	0
193	8/2/52	o gynécologie	1	9/3	0	1	décision de traitement	application référentiel	1	1	10/3	0			1	1	0
198	19/9/49	hématologie	1	1/2	1	1	décision de traitement	application référentiel	1	1	4/2	0			1	1	0
199	18/9/87	hématologie	1	14/6	0	1	décision de traitement	application référentiel	1	1	25/6	0			1	1	0
200	30/3/89	hématologie	1	19/4	0	1	décision de traitement	application référentiel	1	1	22/4	0			1	1	0
201	13/10/42	hématologie	1	19/4	0	1	décision de traitement	application référentiel	1	1	21/4	0			1	1	0
212	26/8/39	hématologie	1	8/2	0	1	décision de traitement	application référentiel	1	1	22/2	0			1	1	0
215	3/7/54	hématologie	1	29/3	0	1	décision de traitement	traitement hors référentiel	1	1	29/3	0			1	1	0
216	14/9/44	hématologie	1	8/2	1	1	décision de traitement	application référentiel	1	1	10/2	0			1	1	0
217	17/3/32	hématologie	1	29/3	0	1	décision de traitement	application référentiel	1	1	19/4	0			1	1	0
218	17/3/32	hématologie	1	19/4	0	1	décision de traitement	application référentiel	1	1	19/4	0			1	1	0
223	14/6/30	hématologie	1	14/5	0	1	avis diagnostic	application référentiel	1	1	16/6	0			1	1	0
226	20/1/76	hématologie	1	27/5	0	1	décision de traitement	traitement hors référentiel	1	1	31/5	1			1	1	0
238	5/11/51	o gynécologie	1	2/2	0	1	décision de traitement	application référentiel	1	1	17/2	0			1	1	0
239	30/4/48	hématologie	1	15/3	0	1	ajustement thérapeutique	application référentiel	1	1	7/6	0			1	1	0
242	14/7/42	hématologie	1	4/1	0	1	décision de traitement	traitement hors référentiel	1	1	18/1	0			1	1	0
253	12/6/71	hématologie	1	21/6	0	1	décision de traitement	recours à une RCP région	1	1	21/6	0			1	1	0

254	29/11/43	h hématologie	1	22/2	0	1	1	1	15/3	0	1	1	0
268	20/3/94	h hématologie	1	29/3	0	1	1	1	9/4	0	1	1	0
272	27/7/58	h hématologie	1	29/3	0	1	1	1	30/3	0	1	1	0
280	22/7/52	h hématologie	1	10/5	0	1	1	1	29/5	0	1	1	0
281	28/10/60	o gynécologie	1	9/3	0	1	1	1	10/3	0	1	1	0
285	16/12/43	h hématologie	1	27/5	0	1	1	1	31/5	0	1	1	0
290	9/4/77	h hématologie	1	15/3	0	1	1	1	23/3	0	1	1	0
296	30/11/36	h hématologie	1	10/5	0	1	1	1	1/6	0	1	1	0
306	28/9/43	h hématologie	1	19/4	0	1	1	1	20/4	0	1	1	0
307	10/11/25	o gynécologie	1	30/3	0	1	1	1	2/4	0	1	1	0
309	31/12/45	o digestif	1	19/5	0	1	1	1	14/6	0	1	1	0
310	31/12/41	h hématologie	1	19/4	0	1	1	1	21/4	0	1	1	0
311	12/5/36	o urologie	1	7/5	0	1	1	1	14/5	0	1	1	0
318	11/6/33	h hématologie	1	22/3	0	1	1	1	25/3	0	1	1	0
324	13/5/30	h hématologie	1	27/5	0	1	1	1	29/5	0	1	1	0
325	2/2/44	o digestif	1	3/3	0	1	1	1	22/3	0	1	1	0
328	14/11/45	h hématologie	1	1/2	0	1	1	1	8/2	0	1	1	0
333	1/6/36	h hématologie	1	7/6	0	1	1	1	10/6	0	1	1	0
334	28/9/36	h hématologie	1	7/6	0	1	1	1	11/6	1	1	1	0
338	19/6/33	h hématologie	1	1/2	0	1	1	1	8/2	0	1	1	0
342	16/4/36	h hématologie	1	29/3	0	1	1	1	29/3	0	1	1	0
345	25/3/43	h hématologie	1	10/5	0	1	1	1	14/5	0	1	1	0
355	13/6/66	o digestif	1	19/5	0	1	1	1	4/6	0	1	1	0
357	28/1/32	o urologie	1	30/4	0	1	1	1	2/5	0	1	1	0
365	7/9/40	o gynécologie	1	13/4	0	1	1	1	20/4	0	1	1	0
379	22/11/34	o dermatologie	1	12/1	0	1	1	1	18/1	0	1	1	0
383	28/7/61	h hématologie	1	15/2	0	1	1	1	29/2	0	1	1	0
392	10/12/44	o gynécologie	1	1/6	0	1	1	1	22/6	1	1	1	0
393	20/11/31	o digestif	1	30/6	0	1	1	1	2/6	0	1	1	0
395	11/11/31	h hématologie	1	3/5	0	0	1	1	7/5	0	1	1	0
397	17/2/68	o digestif	1	12/5	0	1	1	1	27/5	0	1	1	0

45	2/7/27	o digestif	1	17/3	0	1 décision de traitement	application référentiel	0	0	1	3/6	0					1
46	18/5/49	o pneumologie	0							1	3/6	0					1
47	25/1/33	o gynécologie	0							1	26/4	0					1
48	25/1/33	o gynécologie	0							1	17/6	1					1
49	18/12/39	h hématologie	0							1	13/1	0					1
50	11/10/49	h hématologie	0							1	7/1	0					1
51	25/9/37	o pneumologie	0							1	30/3	0					1
54	29/12/37	o digestif	0							1	4/1	0					1
55	15/6/23	o digestif	1	10/3	0	1 décision de traitement	application référentiel	1	0	1	25/2	0					1
56	27/6/61	o digestif	0							1	27/1	0					1
59	19/5/42	h hématologie	0							1	27/1	0					1
60	12/1/59	o gynécologie	1	22/6	0	1 décision de traitement	application référentiel	0	1	1	21/6	0			1		1
61	22/5/35	o digestif	1	30/6	0	1 décision de traitement	application référentiel	1	0	1	22/2	0					1
62	4/7/52	h hématologie	0							1	6/1	0					1
63	16/2/58	h hématologie	0							1	12/1	0					1
65	29/6/53	h hématologie	0							1	3/5	0			1		1
66	3/7/60	o gynécologie	1	30/3	0	1 décision de traitement	application référentiel	0	1	1	7/1	0					1
67	28/7/26	o digestif	0							1	7/1	0					1
68	29/6/35	o digestif	0							1	7/1	0					1
70	22/7/49	o digestif	0							1	19/1	0					1
71	14/8/40	o pneumologie	0							1	7/1	0					1
72	10/2/53	o digestif	1	28/4	0	1 ajustement thérapeutique	application référentiel	1	0	1	1/6	0					1
73	6/2/50	o gynécologie	1	4/5	0	1 décision de traitement	application référentiel	0	1	1	13/1	0			1		1
74	23/2/66	o digestif	1	13/1	0	1 décision de traitement	application référentiel	1	0	1	27/1	1					1
75	9/3/56	o digestif	0							1	13/1	0					1
76	9/3/56	o digestif	0							1	18/6	0					1
78	8/5/21	h hématologie	0							1	5/1	0					1
79	6/1/145	h hématologie	0							1	6/1	0			0		1
80	15/2/54	h hématologie	1	18/1	0	1 décision de traitement	application référentiel	1	1	1	4/1	0					1
81	5/2/58	o gynécologie	0							1	16/3	1					1
82	5/2/58	o gynécologie	0							1	16/3	1					1

|

Université de Lille 2
FACULTE DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES DE LILLE
MEMOIRE de DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES
(tenant lieu de Thèse en vue du Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie)
Année Universitaire 2013/2014

Nom : Van-Gucht
Prénom : Audrey

Titre du mémoire / thèse :

Evaluation de l'adéquation entre la proposition thérapeutique définie en réunion de concertation pluridisciplinaire et le traitement de chimiothérapie prescrit au GHICL

Mots-clés : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire, chimiothérapie, cancer, prescription, concordance

Résumé :

La cancérologie de nos jours est une spécialité à part entière au sein de l'hôpital. Son activité ne fait que de croître depuis ces dernières années. Le gouvernement a mis en place les RCP afin d'améliorer la prise en charge des patients et la qualité des soins. Dans l'étude menée au sein du GHICL, plus de 400 cas ont été analysés sur une période de 6 mois. Elle a permis de montrer que malgré une activité importante, le passage en RCP des patients était primordial. Il assure une corrélation entre les décisions médicales et les délivrances médicamenteuses. Les RCP améliorent la prise en charge du patient. La mise en place de ce processus est complexe mettant en scène la réalité des thérapeutiques, les démarches administratives à suivre, les spécificités de chaque patient.

Membres du jury :

Président : Pr Duthilleul Patrick, Professeur d'hématologie

Assesseur(s) : Pr Rose Christian, Professeur d'oncohématologie à l'hôpital St Vincent de Paul de Lille

Mme Dessaud Julie, qualitiicienne au 3C

Mr Decroos Stéphane, titulaire de la pharmacie Decroos à Aniche