

Mise en œuvre des autorisations de traitement du cancer État des lieux en juin 2010

COLLECTION
Rapports & synthèses

PARTICIPATION DES
ÉTABLISSEMENTS ET DES RÉGIONS

REPRÉSENTATIVITÉ
ET PERTINENCE DES RÉSULTATS :
POINTS FORTS ET LIMITES

MISE EN ŒUVRE DES MESURES
TRANSVERSALES DE QUALITÉ

MISE EN ŒUVRE DES CRITÈRES
D'AGRÈMENT

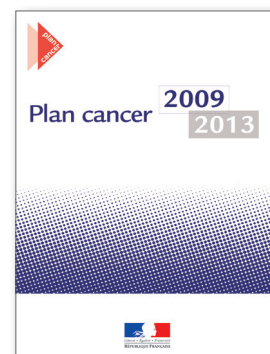
ONT PARTICIPÉ À L'ÉLABORATION DE CE RAPPORT

- **Christophe Chaignot**, Ingénieur statisticien
Direction des soins et de la vie des malades, Institut National du Cancer
- **Jamila Marghadi**, Statisticienne
Direction des soins et de la vie des malades, Institut National du Cancer
- **Mélanie Samson**, Chargée de projet
Direction des soins et de la vie des malades, Institut National du Cancer
- **Dr Marie-Hélène Rodde-Dunet**, Responsable du département des parcours de soins et de la vie des malades
Direction des soins et de la vie des malades, Institut National du Cancer
- **Dr Christine Bara**, Directrice des soins et de la vie des malades
Institut National du Cancer

CE DOCUMENT S'INSCRIT DANS LA MISE EN ŒUVRE
DU PLAN CANCER 2009-2013

Mesure 19 : Renforcer la qualité des prises en charge pour tous les malades atteints de cancer.

action 19.3 : Accompagner la mise en place des critères d'agrément et des autorisations du cancer et clarifier le positionnement et le rôle des organisations existantes.



Ce document doit être cité comme suit : © *Autorisations de traitement du cancer, état des lieux en juin 2010*
Collection Rapports & synthèses, ouvrage collectif édité par l'INCa, Boulogne-Billancourt, décembre 2010.

Il peut être reproduit ou diffusé librement pour un usage personnel et non destiné à des fins commerciales ou pour de courtes citations. Pour tout autre usage, il convient de demander l'autorisation auprès de l'INCa en remplissant le formulaire de demande de reproduction disponible sur le site Internet www.e-cancer.fr ou auprès du département de communication institutionnelle de l'INCa à l'adresse suivante : diffusion@institutcancer.fr.

SOMMAIRE

1	Introduction.....	4
1.1	Contexte.....	4
1.2	Objectifs.....	4
1.3	Méthodologie.....	4
2	Participation des établissements et des régions	6
3	Représentativité et pertinence des résultats : points forts et limites	8
3.1	Représentativité	8
3.2	Pertinence	9
4	Mise en œuvre des mesures transversales de qualité.....	10
4.1	Détail de la mise en œuvre des mesures transversales.....	10
4.2	Répartition des établissements en fonction de leur taux global de réalisation des 8 mesures transversales.....	11
4.3	Focus sur 3 mesures transversales : l'organisation de l'accès aux essais cliniques, au dispositif d'annonce et remise du PPS ...	13
5	Mise en œuvre des critères d'agrément de chirurgie.....	18
5.1	Détail de la mise en œuvre des critères d'agrément de chirurgie	20
5.2	Répartition des établissements en fonction de leur taux global de réalisation des critères d'agrément généraux de chirurgie.....	21
5.3	Focus sur 2 critères d'agrément généraux de chirurgie	23
5.4	Détail des critères d'agrément pour les différentes spécialités de chirurgie.....	26
5.5	Focus sur 2 critères d'agrément liés aux différentes spécialités de chirurgie.....	27
6	Mise en œuvre des critères d'agrément de chimiothérapie	29
6.1	Détail de la mise en œuvre des critères d'agrément de chimiothérapie	31
6.2	Répartition des établissements en fonction de leur taux de réalisation des critères d'agrément de chimiothérapie.....	32
6.3	Focus sur 2 critères d'agrément de chimiothérapie.....	34
7	Mise en œuvre des critères d'agrément de radiothérapie.....	37
7.1	Détail de la mise en œuvre des critères d'agrément de radiothérapie.....	39
7.2	Répartition des établissements en fonction de leur taux de réalisation des critères d'agrément de radiothérapie	40
7.3	Focus sur 2 critères d'agrément de radiothérapie	42
8	Mise en œuvre des critères d'agrément de pédiatrie.....	46
8.1	Détail des critères d'agrément de pédiatrie	48
8.2	Répartition des établissements en fonction de leur taux de réalisation des critères d'agrément de pédiatrie	49

Nous remercions les établissements de santé et les Agences régionales de santé qui se sont mobilisés pour participer à cette synthèse nationale.

1. INTRODUCTION

1.1 Contexte

Pour traiter les malades atteints de cancer, les établissements de santé doivent disposer depuis fin 2009 d'une autorisation spécifique délivrée par leur agence régionale de santé.

Le dispositif d'autorisation repose sur un cadre juridique spécifique dont la mise en œuvre progressive comporte plusieurs étapes, qui seront finalisées en 2011.

Ce dispositif repose sur trois piliers :

- des conditions transversales de qualité quel que soit le type de prise en charge et de thérapeutique (annonce, pluridisciplinarité, application de référentiels...) ;
- des critères d'agrément définis par l'INCa pour les principales thérapeutiques du cancer ;
- des seuils d'activité minimale à atteindre pour certains traitements.

Les autorisations sont confirmées définitivement à l'issue d'une période de mise en conformité de 18 mois. Pendant cette période charnière, les établissements devront progressivement répondre aux critères d'agrément, mettre en place les mesures transversales de qualité, et pour certains, atteindre et maintenir l'activité minimale requise.

Un accompagnement des établissements de santé pendant cette phase est prévu au sein même du Plan cancer 2009-2013 (Mesure 19 - Action 19.3).



Mesure 19

Renforcer la qualité des prises en charge pour tous les malades atteints de cancer.

Action 19.3

Accompagner la mise en place des critères d'agrément et des décrets d'autorisation du cancer et clarifier le positionnement et le rôle des organisations existantes.

Dans le cadre de cet accompagnement, l'INCa a établi une check-list permettant aux établissements d'autoévaluer la réalisation des critères d'autorisation. Cet outil a été mis à disposition des établissements de santé sur le site internet de l'INCa (www.e-cancer.fr). Il ne s'agit pas d'une grille de conformité.

1.2 Objectifs

Le premier objectif est de permettre aux établissements autorisés d'évaluer à un temps donné leur situation au regard de la réalisation des critères d'autorisation, c'est-à-dire les huit mesures transversales de qualité et des critères d'agrément définis pour chaque type de traitement (chirurgie des cancers, chimiothérapie, radiothérapie externe).

Le second objectif est de pouvoir disposer d'une vision nationale de la mise en œuvre du dispositif d'autorisation grâce à l'ensemble des check-lists anonymisées et renvoyées à l'INCa par les établissements volontaires. Les mesures transversales de qualité et les critères d'agrément nécessitant un suivi et un soutien particuliers peuvent ainsi être identifiés pour se préparer aux visites de conformité qui seront réalisées par les agences régionales de santé, au plus tard fin 2011, suivant les régions.

1.3 Méthodologie

La mesure de l'atteinte des critères qualité se fait grâce aux réponses déclaratives que les établissements de santé ont transmises via leur check-list.

Deux types de réponse ont été demandés :

- Des réponses binaires où il s'agit d'indiquer si les modalités organisationnelles ou les procédures appropriées ont été mises en place.
À ces réponses a été associé un score : 0 % pour la réponse « non », et 100 % pour la réponse « oui ».
- Des réponses identifiant un pourcentage de mise en œuvre :
 - soit une estimation du pourcentage de patients ayant bénéficié de la mesure ;
 - soit un pourcentage réel de patients qui en ont bénéficié basé sur un tirage au sort de dossiers patients.

Pour ce type de réponse, le pourcentage renseigné représente le score associé à la réalisation de la mesure.

La réalisation d'une mesure ou d'un critère au niveau national ou régional est la moyenne de tous les scores associés à cette mesure ou à ce critère, et renseignés par les établissements répondants.

Pour les mesures transversales de qualité, les critères d'agrément de chirurgie, de chimiothérapie, de radiothérapie externe et de pédiatrie, un score global de réalisation reprend l'ensemble des réponses renseignées pour toutes les mesures ou tous les critères, en donnant une égale importance à chaque mesure ou critère.

Cette synthèse permet de faire un premier état des lieux national au 30 juin 2010 de la situation des établissements autorisés.

2. PARTICIPATION DES ÉTABLISSEMENTS ET DES RÉGIONS

- Sur un total de 885 établissements ayant reçu une autorisation de traitement du cancer, 499 établissements ont retourné leur check-list renseignée, soit plus de 56 %. Les établissements de 25 régions sur 26 ont participé à cette enquête et tous les statuts d'établissements sont représentés.

Les établissements publics de santé (CHU-R et CH) ont pris part à cette enquête à hauteur de 63 %, les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC : CLCC et ESPIC non CLCC) à hauteur de 79 % et les établissements de santé privés et cabinets libéraux de radiothérapie à hauteur de 50 %.

Tableau 1. Participation des établissements titulaires d'autorisations selon leur statut

Statuts	Check-lists reçues	Nb autorisés	% check-list / nb autorisés
ESPIC : CLCC *	19	20	95 %
ESPIC non CLCC *	37	50	74 %
CHU-R	38	52	73 %
CH	151	250	60 %
Clinique privée	224	437	51 %
Cabinet libéral radiothérapie	25	62	40 %
GCS **	5	14	36 %
Total des établissements	499	885	56 %

* Dans la suite de ce document, les ESPIC CLCC sont nommés CLCC et les ESPIC non CLCC sont nommés ESPIC.

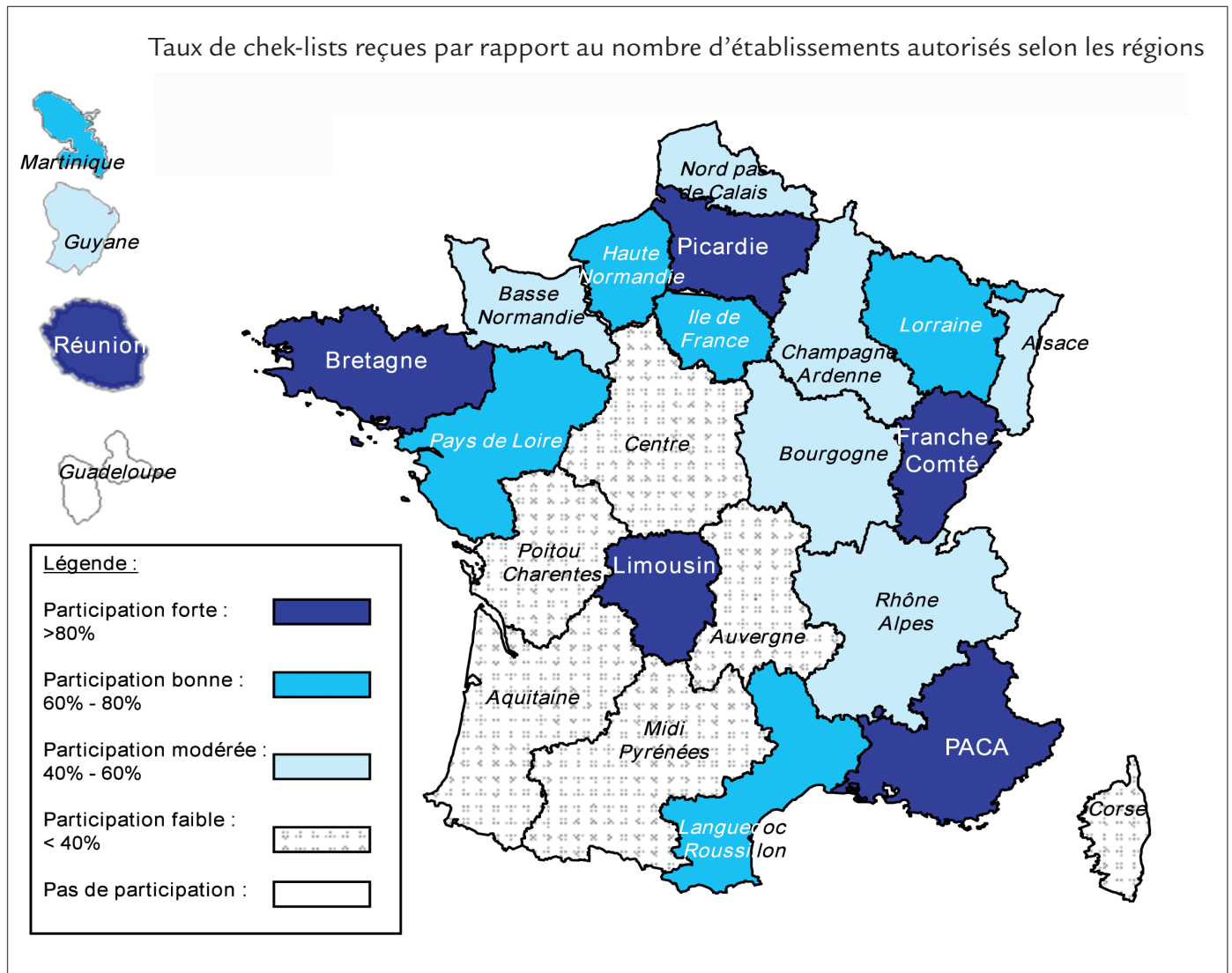
** Les groupements de coopération sanitaire comptabilisés se sont vu délivrer en 2009 directement les autorisations de traitement du cancer. Il s'agit d'entités titulaires d'une ou plusieurs autorisations. Les statuts d'établissement sont classés en fonction du taux check-list / nb autorisés

- Le pourcentage de check-lists reçues par rapport au nombre d'établissements autorisés diffère peu selon les différentes pratiques thérapeutiques.

Tableau 2. Participation des établissements titulaires d'autorisations par pratique thérapeutique

Pratiques thérapeutiques		Check-lists reçues	Nb autorisés	% check-list / nb autorisés
Chirurgie	Mammaire	26	527	62 %
	Digestif	387	652	59 %
	Urologie	279	469	59 %
	Thoracique	107	154	69 %
	Gynécologie	260	401	65 %
	ORL	212	326	65 %
	Total chirurgie	445	770	58 %
Chimiothérapie		303	471	64 %
Radiothérapie		94	169	56 %

- Parmi les établissements autorisés à traiter les patients atteints de cancer, 32 établissements prenant en charge des adolescents de moins de 18 ans et des enfants ont envoyé leur check-list renseignée.
- La participation des établissements varie grandement selon les régions : de 0 % à plus de 90 % de retours.



3. REPRÉSENTATIVITÉ ET PERTINENCE DES RÉSULTATS : POINTS FORTS ET LIMITES

3.1 Représentativité

Deux types d'analyse doivent être distingués :

1. les analyses par pratique thérapeutique nationales ;
2. les analyses par pratique thérapeutique selon un axe d'étude, la région ou le statut.

Dans le premier cas, afin de s'assurer de la représentativité des résultats pour chaque pratique thérapeutique, deux conditions doivent être respectées :

- une participation suffisante des établissements, c'est-à-dire un nombre conséquent de check-lists renvoyées ;
- une répartition des check-lists proche de la répartition des établissements autorisés, selon la région et le statut d'établissement. Ceci, afin qu'une région ou un statut ne soit pas sur ou sous-représenté ce qui apporterait un biais dans l'analyse nationale.

La participation des établissements est importante : 56 % de retours globalement. De plus, la répartition des check-lists est très similaire à la répartition des établissements autorisés, ceci selon les statuts et selon les régions. Les analyses nationales sont à ce titre représentatives.

Dans le second cas, les deux conditions suivantes doivent être respectées :

- une participation suffisante des établissements pour chaque région et chaque statut ;
- cette participation tenant compte du fait que plus une région ou un statut a un nombre faible d'établissements autorisés, plus leur participation doit être élevée pour que l'analyse des check-lists renvoyées soit représentative de toute une région ou de tout un statut.

Concernant les statuts, à l'exception des GCS dont la participation est faible, chacun des statuts a un nombre d'établissements autorisés conséquent et un taux de participation élevé, permettant d'obtenir des résultats représentatifs de chaque statut.

Concernant les régions, leur participation varie fortement ainsi que leur nombre d'établissements autorisés. Les régions avec une participation de moins de 40 % ne sont pas décrites dans ce rapport. Chacune des autres régions présentées a un nombre suffisant d'établissements autorisés pour que leur participation permette une bonne représentativité de toute la région, ceci pour les mesures transversales, la chirurgie et la chimiothérapie.

3.2 Pertinence

L'enquête étant basée sur le volontariat et le déclaratif, il est légitime de supposer que les répondants, parce qu'ils sont motivés, déclarent de meilleurs résultats. Ces résultats déclaratifs peuvent aussi, pour certains, être optimistes par rapport à la réalité.

Cependant, l'analyse montre une variation dans la réalisation de différentes mesures et critères (la mise en œuvre du parcours personnalisé de soins, par exemple, est réalisée à hauteur de 50 %, tandis que de nombreux critères le sont à plus de 90 %). Cette variation donne du poids à la valeur de l'analyse dans la mesure où les établissements répondants ont su se montrer différenciés dans leur réponse.

La forte participation des établissements (56 % de retours sur une enquête basée sur le volontariat) et leur bonne répartition par statut et par région permettent d'avoir une photographie nationale représentative au 30 juin 2010 de la mise en œuvre des mesures transversales et des critères d'agrément.

4. MISE EN ŒUVRE DES MESURES TRANSVERSALES DE QUALITÉ

- Les mesures transversales de qualité s'appliquent à l'ensemble des pratiques thérapeutiques visées par le dispositif d'autorisation. Leur respect est donc obligatoire pour la pratique de la chirurgie des cancers, de la radiothérapie externe et de la chimiothérapie. Les 499 établissements ayant renvoyé leur checklist, sur les 885 établissements autorisés, sont tous concernés par ces mesures.

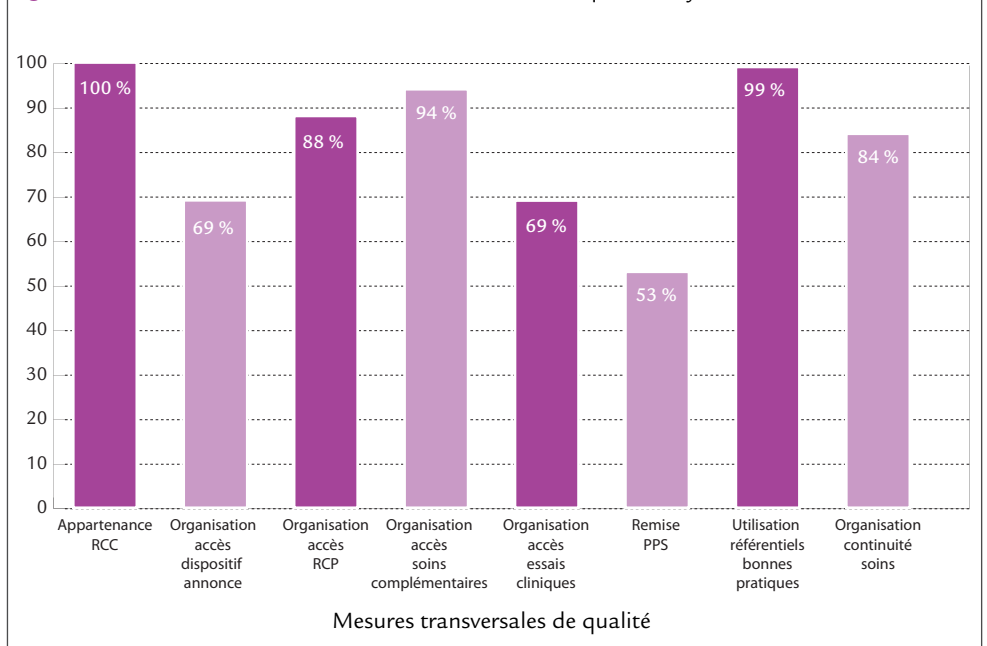
Mesures transversales de qualité

- Appartenance au réseau régional de cancérologie (RRC).
- Organisation de l'accès au dispositif d'annonce pour les nouveaux patients.
- Accès à une concertation pluridisciplinaire pour chaque patient.
- Organisation de l'accès aux soins complémentaires: prise en charge de la douleur, soutien psychologique, accompagnement social et soins palliatifs.
- Organisation de l'accès aux essais cliniques.
- Remise d'un programme personnalisé de soins (PPS) aux nouveaux patients.
- Utilisation des référentiels de bonnes pratiques INCa et/ou RRC.
- Organisation de la continuité des soins.

4.1 Détail de la mise en œuvre des mesures transversales

- Les établissements déclarent mettre en œuvre, en juin 2010, les mesures transversales de qualité à hauteur de 82 %.

Figure 1. Taux de réalisation des mesures transversales de qualité en juin 2010



Les huit mesures transversales présentent néanmoins des pourcentages de réalisation déclarés allant de 53 % à 100 %.

Les trois mesures présentant les meilleurs taux de réalisation sont :

- l'appartenance au réseau régional de cancérologie (RRC) réalisée à hauteur de 100 % ;
- l'utilisation de référentiels de bonnes pratiques INCa et/ou RRC réalisée à hauteur de 99 % ;
- l'organisation de l'accès aux soins complémentaires réalisée à hauteur de 94 %.

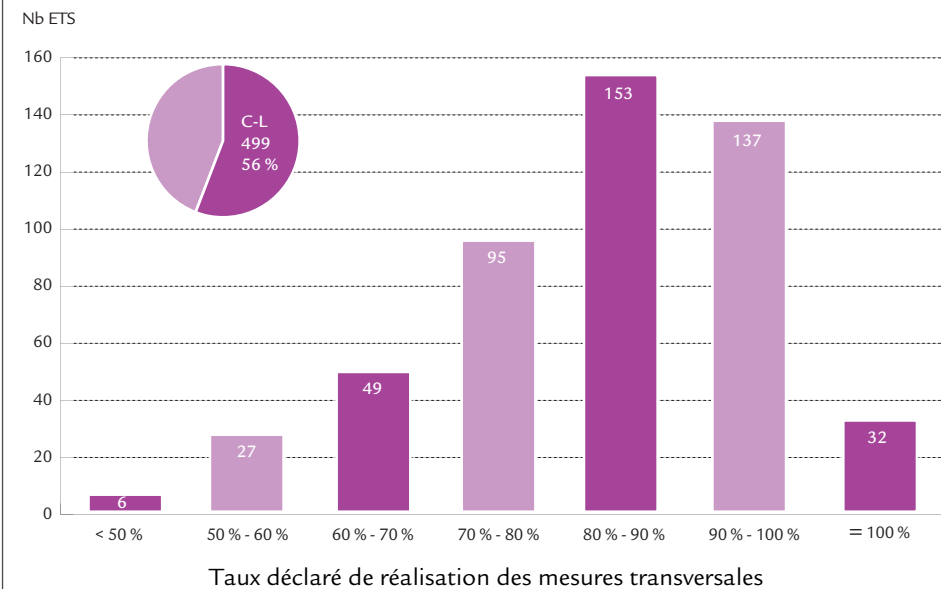
Les trois mesures présentant les taux de réalisation les plus faibles sont :

- l'organisation de l'accès aux essais cliniques avec 69 % ;
 - l'organisation de l'accès au dispositif d'annonce avec 69 % ;
 - la remise d'un programme personnalisé de soins (PPS) avec 53 %.
- Ces trois mesures nécessitent un suivi et un soutien aux établissements pour qu'elles soient mises en œuvre pleinement.

4.2 Répartition des établissements en fonction de leur taux global de réalisation des 8 mesures transversales

- Les établissements se répartissent en fonction de leur taux global de réalisation comme suit :

Figure 2. Répartition des établissements en fonction de leur taux de réalisation des mesures transversales en juin 2010



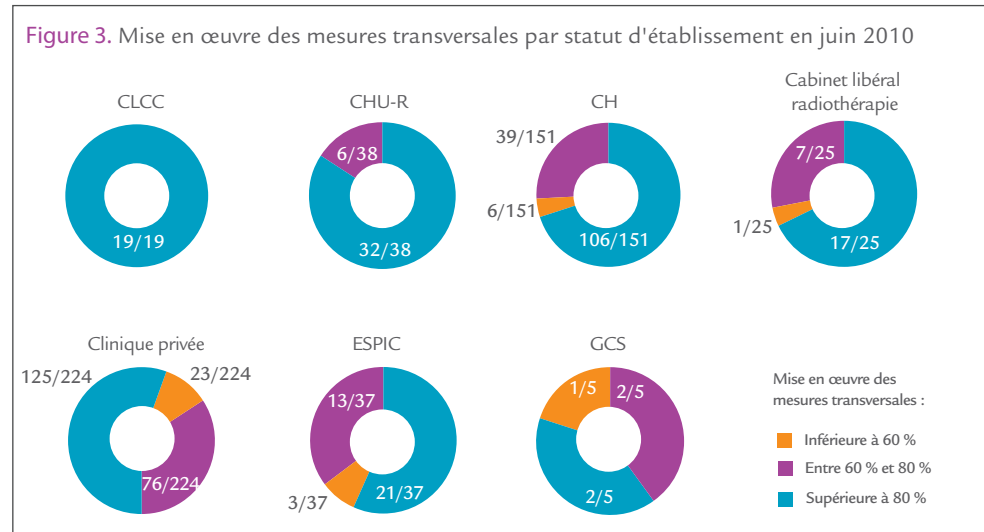
Le camembert précise le taux de check-lists retournées par rapport au nombre d'établissements autorisés

Parmi les établissements répondants, environ deux tiers déclarent que leurs mesures sont réalisées à plus de 80 %.

Et seulement 6 établissements estiment que la réalisation de ces mesures est inférieure à 50 %.

MISE EN ŒUVRE DES AUTORISATIONS
DE TRAITEMENT DU CANCER
ÉTAT DES LIEUX EN JUIN 2010

- La réalisation des mesures transversales diffère selon le statut de l'établissement.



Les statuts d'établissements sont classés en fonction du taux d'établissements réalisant les mesures transversales à hauteur de plus de 80 %

L'ensemble des CLCC et la grande majorité des CHU-R répondants déclarent une réalisation des mesures transversales supérieure à 80 %. Cent-six CH sur 151 répondants et 17 cabinets libéraux de radiothérapie sur 25 répondants déclarent une réalisation des mesures transversales supérieure à 80 %.

- La réalisation des mesures est peu impactée par la région où se situe l'établissement. Seize régions affichent une mise en place des mesures transversales supérieure à 80 %.

Tableau 3. Seize régions ont un taux de réalisation des mesures transversales supérieur à 80 % et dont la participation des établissements est supérieure à 40 %, en juin 2010

Régions	Taux de réalisation des mesures transversales	Participation des établissements
PAYS DE LA LOIRE	89 %	72 %
ALSACE	87 %	50 %
PICARDIE	87 %	91 %
HAUTE-NORMANDIE	86 %	61 %
FRANCHE-COMTÉ	85 %	91 %
MARTINIQUE	84 %	75 %
BOURGOGNE	83 %	43 %
BASSE-NORMANDIE	83 %	50 %
RÉUNION	82 %	88 %
RHÔNE-ALPES	82 %	57 %
LANGUEDOC-ROUSSILLON	81 %	65 %
ÎLE-DE-FRANCE	81 %	66 %
LORRAINE	81 %	68 %
PACA	80 %	90 %
CHAMPAGNE-ARDENNE	80 %	50 %
LIMOUSIN	80 %	85 %

MOYENNE NATIONALE DE TOUS LES ÉTABLISSEMENTS
Taux de réalisation des mesures transversales : 82 %
Participation : 56 %

Les régions sont classées en fonction de leur taux de réalisation

4.3 Focus sur 3 mesures transversales : l'organisation de accès aux essais cliniques, au dispositif d'annonce et remise du PPS

- Les établissements déclarent organiser l'accès aux essais cliniques à hauteur de 69 %.

Tableau 4. Organisation de l'accès aux essais cliniques selon le statut de l'établissement, en juin 2010

Établissements ayant organisé l'accès aux essais cliniques		Réalisé		Cumul par statut	Taux de réalisation de l'organisation de l'accès aux essais cliniques
		Non	Oui		
CLCC	en proportion	0 %	100 %	100 %	100 %
	nombre		19	19	
CHU-R	en proportion	0 %	100 %	100 %	100 %
	nombre		38	38	
Cabinet libéral de radiothérapie	en proportion	12 %	88 %	100 %	88 %
	nombre	3	22	25	
ESPIC	en proportion	30 %	70 %	100 %	70 %
	nombre	11	26	37	
CH	en proportion	28 %	72 %	100 %	72 %
	nombre	42	109	151	
GCS	en proportion	40 %	60 %	100 %	60 %
	nombre	2	3	5	
Clinique privée	en proportion	42 %	58 %	100 %	58 %
	nombre	95	129	224	
Tous les établissements	en proportion	31 %	69 %	100 %	69 %
	nombre	153	346	499	

Tous les CLCC et les CHU-R répondants déclarent organiser l'accès aux essais cliniques.

Les CH déclarent mettre en œuvre l'organisation de l'accès aux essais cliniques à hauteur de 72 %, les cabinets libéraux de radiothérapie à 88 % et les cliniques privées à 58 %.

MISE EN ŒUVRE DES AUTORISATIONS
DE TRAITEMENT DU CANCER
ÉTAT DES LIEUX EN JUIN 2010

Tableau 5. Organisation de l'accès aux essais cliniques dans les régions où la participation des établissements est supérieure à 40 %, en juin 2010

Régions	Taux de réalisation de l'organisation de l'accès aux essais cliniques	Participation des établissements
ALSACE	100 %	50 %
HAUTE-NORMANDIE	86 %	61 %
PICARDIE	85 %	91 %
RHÔNE-ALPES	84 %	57 %
PAYS DE LA LOIRE	81 %	72 %
BOURGOGNE	75 %	43 %
CHAMPAGNE-ARDENNE	75 %	50 %
BRETAGNE	70 %	80 %
FRANCHE-COMTÉ	70 %	91 %
LANGUEDOC-ROUSSILLON	69 %	65 %
MARTINIQUE	67 %	75 %
ÎLE-DE-FRANCE	66 %	66 %
PACA	65 %	90 %
NORD-PAS-DE-CALAIS	63 %	51 %
LORRAINE	57 %	68 %
RÉUNION	57 %	88 %
LIMOUSIN	45 %	85 %
BASSE-NORMANDIE	33 %	50 %
GUYANE	0 %	50 %

Les régions sont classées en fonction de leur taux de réalisation

L'organisation de l'accès aux essais cliniques varie de 33 % à 100 %.

MOYENNE NATIONALE DE
TOUS LES ÉTABLISSEMENTS
Taux de réalisation de
l'organisation de l'accès aux
essais cliniques : 69 %
Participation : 56 %

- L'organisation de l'accès au dispositif d'annonce pour les nouveaux patients est déclarée mise en œuvre à hauteur de 70 % en juin 2010.

Tableau 6. Accès au dispositif d'annonce pour les nouveaux patients selon le statut de l'établissement, en juin 2010

Établissements ayant mis en place l'accès au dispositif d'annonce		Pour						Cumul par statut	Taux de réalisation de l'accès dispositif d'annonce
		Aucun patient	< 25 % des patients	25 % à 50 % des patients	50 à 75 % des patients	75 % à 100 % des patients	Tous les patients		
Cabinet libéral radiothérapie	en proportion	0 %	4 %	4 %	16 %	40 %	36 %	100 %	80 %
	nombre	0	1	1	4	10	9	25	
CLCC	en proportion	0 %	0 %	16 %	26 %	32 %	26 %	100 %	74 %
	nombre	0	0	3	5	6	5	19	
CH	en proportion	4 %	5 %	11 %	17 %	34 %	30 %	100 %	72 %
	nombre	6	7	16	25	52	45	151	
GCS	en proportion	0 %	0 %	0 %	60 %	20 %	20 %	100 %	72 %
	nombre	0	0	0	3	1	1	5	
CHU-R	en proportion	0 %	5 %	13 %	24 %	50 %	8 %	100 %	70 %
	nombre	0	2	5	9	19	3	38	
Clinique privée	en proportion	8 %	12 %	7 %	18 %	21 %	34 %	100 %	67 %
	nombre	17	27	16	40	47	77	224	
ESPIC	en proportion	8 %	19 %	3 %	30 %	22 %	19 %	100 %	59 %
	nombre	3	7	1	11	8	7	37	
Tous les établissements	en proportion	5 %	9 %	8 %	19 %	29 %	29 %	100 %	69 %
	nombre	26	44	42	97	143	147	499	

Les statuts d'établissements sont classés en fonction du taux de réalisation du dispositif d'annonce

Les cabinets libéraux de radiothérapie répondants ont le meilleur pourcentage de déclaration de réalisation de l'accès au dispositif d'annonce avec 80 %. Les CLCC, CH, CHU-R et les cliniques privées atteignent un pourcentage de l'ordre de 70 %. Les ESPIC ont un pourcentage de l'ordre de 60 %.

Tableau 7. Accès au dispositif d'annonce dans les régions où la participation des établissements est supérieure à 40 %, en juin 2010

Régions	Taux de réalisation de l'accès au dispositif d'annonce	Participation des établissements
BASSE-NORMANDIE	85 %	50 %
ALSACE	80 %	50 %
BOURGOGNE	80 %	43 %
RÉUNION	80 %	88 %
PAYS DE LA LOIRE	77 %	72 %
PICARDIE	75 %	91 %
HAUTE-NORMANDIE	73 %	61 %
LORRAINE	72 %	68 %
ÎLE-DE-FRANCE	70 %	66 %
PACA	69 %	90 %
LANGUEDOC-ROUSSILLON	68 %	65 %
FRANCHE-COMTÉ	68 %	91 %
RHÔNE-ALPES	68 %	57 %
CHAMPAGNE-ARDENNE	68 %	50 %
LIMOUSIN	67 %	85 %
MARTINIQUE	67 %	75 %
NORD-PAS-DE-CALAIS	61 %	51 %
BRETAGNE	56 %	80 %
GUYANE	0 %	50 %

Les régions sont classées en fonction de leur taux de réalisation

MOYENNE NATIONALE DE TOUS LES ÉTABLISSEMENTS
Taux de réalisation de l'accès au dispositif d'annonce : 69 %
Participation : 56 %

La Guyane, dont un seul établissement a retourné sa check-list sur les deux autorisés, déclare ne pas avoir mis en place une organisation pour l'accès au dispositif d'annonce. Pour les autres régions où la participation des établissements est supérieure à 40 %, l'accès au dispositif d'annonce est déclaré mis en œuvre entre environ 60 % et plus de 80 %.

- La remise à chaque nouveau patient d'un PPS est déclarée effective en juin 2010 à hauteur de 53 %.

Tableau 8. Remise d'un PPS aux nouveaux patients selon le statut de l'établissement, en juin 2010

Établissements remettant un PPS		Pour						Cumul par statut	Taux de réalisation de la remise du PPS
		Aucun patient	< 25 % des patients	25 % à 50 % des patients	50 à 75 % des patients	75 % à 100 % des patients	Tous les patients		
Cabinet libéral radiothérapie	en proportion	12 %	16 %	4 %	12 %	20 %	35 %	100 %	64 %
	nombre	3	4	1	3	5	9	25	
GCS	en proportion	20 %	0 %	20 %	0 %	40 %	20 %	100 %	60 %
	nombre	1		1		2	1	5	
CH	en proportion	13 %	14 %	11 %	21 %	21 %	20 %	100 %	56 %
	nombre	20	21	17	32	31	30	151	
Clinique privée	en proportion	19 %	15 %	12 %	13 %	21 %	21 %	100 %	53 %
	nombre	42	33	26	30	46	47	224	
CLCC	en proportion	0 %	26 %	32 %	21 %	16 %	5 %	100 %	48 %
	nombre		5	6	4	3	1	19	
CHU-R	en proportion	8 %	18 %	29 %	24 %	18 %	3 %	100 %	47 %
	nombre	3	7	11	9	7	1	38	
ESPIC	en proportion	27 %	16 %	8 %	19 %	11 %	19 %	100 %	45 %
	nombre	10	6	3	7	4	7	37	
Tous les établissements	en proportion	16 %	15 %	13 %	17 %	20 %	19 %	100 %	53 %
	nombre	79	76	64	85	98	96	498	

Les statuts d'établissements sont classés en fonction du taux de réalisation de la remise du PPS

Les cabinets libéraux de radiothérapie répondants ont le meilleur pourcentage de déclaration de réalisation de la remise d'un PPS avec 64 %. Les CH, cliniques privées, CLCC, CHU-R et ESPIC atteignent un pourcentage de l'ordre de 50 %.

Tableau 9. Remise d'un PPS aux nouveaux patients dans les régions où la participation des établissements est supérieure à 40 %, en juin 2010

Régions	Taux de réalisation de la remise du PPS	Participation des établissements
BASSE-NORMANDIE	75 %	50 %
PAYS DE LA LOIRE	72 %	72 %
PICARDIE	70 %	91 %
HAUTE-NORMANDIE	61 %	61 %
PACA	56 %	90 %
BOURGOGNE	55 %	43 %
LIMOUSIN	55 %	85 %
ÎLE-DE-FRANCE	55 %	66 %
MARTINIQUE	53 %	75 %
FRANCHE-COMTÉ	52 %	91 %
RHÔNE-ALPES	48 %	57 %
LANGUEDOC-ROUSSILLON	46 %	65 %
LORRAINE	44 %	68 %
NORD-PAS-DE-CALAIS	44 %	51 %
CHAMPAGNE-ARDENNE	43 %	50 %
BRETAGNE	42 %	80 %
RÉUNION	37 %	88 %
ALSACE	36 %	50 %
GUYANE	0 %	50 %

**MOYENNE NATIONALE DE
TOUS LES ÉTABLISSEMENTS**
Taux de réalisation de la remise
du PPS : 53 %
Participation : 56 %

Les régions sont classées en fonction de leur taux de réalisation

La remise d'un PPS aux nouveaux patients varie fortement selon la région :

- 3 régions déclarent une mise en œuvre inférieure à 40 % ;
- 3 régions déclarent une mise en œuvre supérieure à 70 %.

5. MISE EN ŒUVRE DES CRITÈRES D'AGRÉMENT DE CHIRURGIE

- 445 établissements autorisés en chirurgie ont renvoyé leur check-list, soit 58 % des 770 établissements autorisés en chirurgie.

La participation des établissements autorisés en chirurgie des cancers est très bonne pour les différents statuts d'établissement, en dehors des GCS.

Tableau 10. Participation des établissements autorisés en chirurgie selon leur statut

Statuts	Check-lists reçues	Nb autorisés	% check-list / nb autorisés
CLCC	19	20	95 %
ESPIC	32	42	76 %
CHU-R	38	51	75 %
CH	140	234	60 %
Clinique privée	214	412	52 %
GCS	2	11	18 %
Total des établissements	445	770	58 %

Critères d'agrément généraux en chirurgie des cancers

1. Qualification des chirurgiens dans la spécialité d'intervention et justification d'une activité régulière.
2. Présentation du dossier patient en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) en présence (physique ou par visioconférence) de l'un des chirurgiens qui participent au traitement du patient.
3. Contenu minimum attendu du dossier patient : compte rendu de la RCP, compte rendu anatomopathologique et compte rendu opératoire.
4. Organisation permettant de réaliser des examens histologiques extemporanés.
5. En cas de besoin, accès organisé à une tumorothèque.
6. Plan de formation des personnels soignants.
7. Démarche qualité (réunions régulières de morbi-mortalité).
8. Autoévaluation des pratiques en chirurgie carcinologique (critère non demandé dans la check-list).

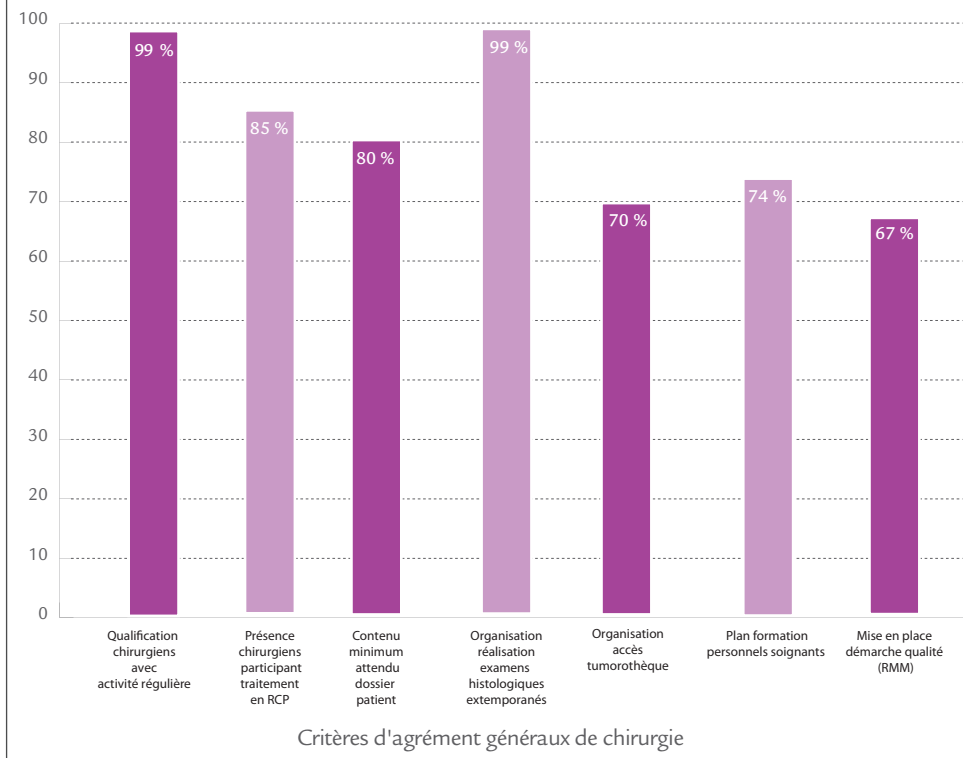
Critères spécifiques à chacune des spécialités de chirurgie soumises à seuils :

1. Chirurgie carcinologique mammaire :
 - accès aux techniques de plastie mammaire et aux techniques permettant la détection du ganglion sentinelle ;
 - radiographie de la pièce opératoire peut être réalisée sur place ;
 - accès aux techniques de repérage mammaire et à un service de médecine nucléaire.
 2. Chirurgie carcinologique digestive :
 - pour les cancers de l'œsophage, du foie, du pancréas et du rectum sous péritonéal, lors de la RCP réalisée en présence du chirurgien qui opérera le patient, le dossier du patient fait l'objet d'une discussion qui valide l'indication opératoire et apprécie l'adéquation du plateau technique à l'intervention prévue et à la continuité des soins ;
 - accès organisé à l'endoscopie digestive opératoire et à la radiologie interventionnelle.
 3. Chirurgie carcinologique urologique :
 - accès à la radiologie interventionnelle urologique.
 4. Chirurgie carcinologique thoracique :
 - accès à une unité d'endoscopie trachéo-bronchique, à la chirurgie thoracoscopique et à l'imagerie par IRM et TEP.
 5. Chirurgie carcinologique gynécologique :
 - pour les cancers de l'ovaire, lors de la RCP réalisée en présence du chirurgien qui opérera le patient, le dossier du patient fait l'objet d'une discussion qui valide l'indication opératoire et apprécie l'adéquation du plateau technique à l'intervention prévue et à la continuité des soins ;
 - accès organisé à la cœliochirurgie.
 6. Chirurgie carcinologique ORL et cervico-faciale et chirurgie maxillo-faciale :
 - accès à l'endoscopie ;
 - accès à un laboratoire de prothèse maxillo-faciale pour la chirurgie maxillo-faciale
-

5.1 Détail de la mise en œuvre des critères d'agrément de chirurgie

- Les établissements déclarent que les critères d'agrément généraux de chirurgie étaient globalement mis en œuvre à hauteur de 82 %, en juin 2010.

Figure 4. Taux déclaré de réalisation des critères d'agrément généraux de chirurgie en juin 2010



La réalisation de chacun des critères d'agrément généraux de chirurgie est comprise en juin 2010 entre 67 % et 99 %.

Les 5 critères présentant les meilleurs taux de réalisation sont :

- la qualification ainsi qu'une activité régulière des chirurgiens réalisée à hauteur de 99 % ;
- l'organisation pour la réalisation des examens histologiques extemporanés réalisée à hauteur de 99 % ;
- la participation à la RCP où est présenté le dossier du patient d'au moins un des chirurgiens participant à son traitement réalisée à hauteur de 85 %.

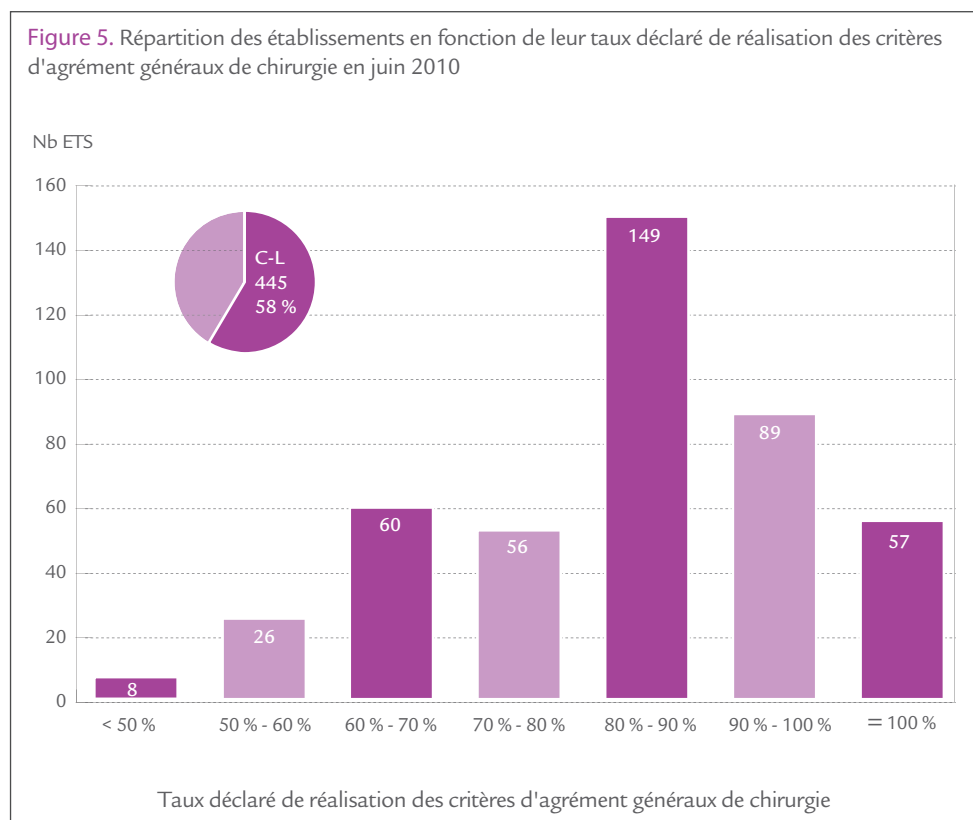
Les 3 mesures présentant les taux de réalisation les plus faibles sont :

- l'organisation de l'accès à une tumorothèque avec 70 % ;
- le plan de formation de l'établissement avec 74 % ;
- une démarche qualité, comportant notamment des réunions de morbi-mortalité avec 67 %.

Ces trois mesures nécessitent un suivi et un soutien aux établissements pour qu'elles soient mises en œuvre pleinement.

5.2 Répartition des établissements en fonction de leur taux global de réalisation des critères d'agrément généraux de chirurgie

- Les établissements se répartissent en fonction de leur taux global de réalisation comme suit :

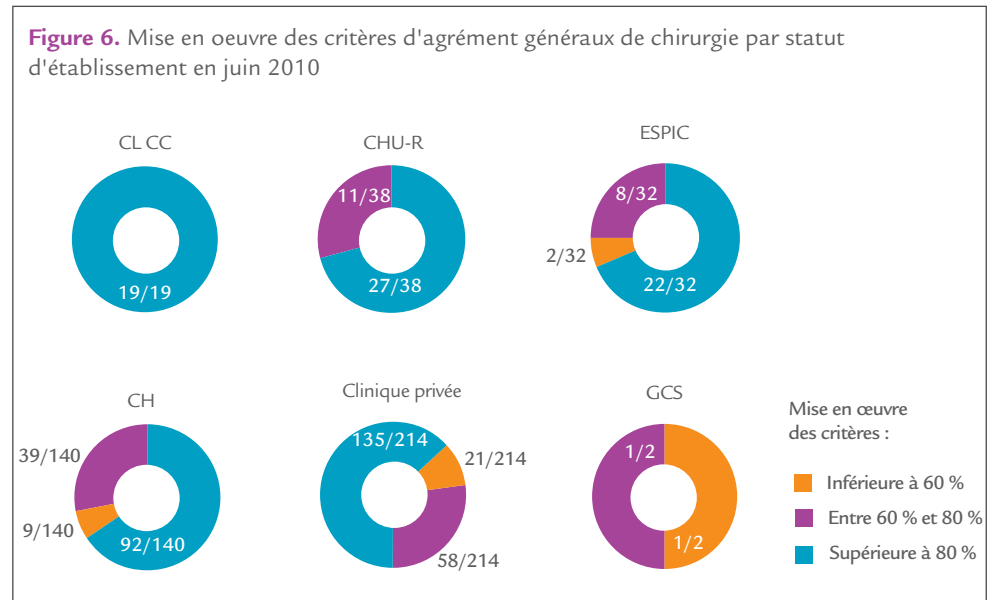


Deux-tiers des établissements répondants déclarent mettre en œuvre ces critères à plus de 80 %.

Et parmi eux, 57 établissements estiment remplir ces critères à 100 %.

Seulement 8 établissements estiment les mettre en œuvre à moins de 50 %.

- La réalisation des critères d'agrément généraux de chirurgie diffère selon le statut de l'établissement.



Les statuts d'établissements sont classés en fonction du taux d'établissements réalisant les critères d'agrément généraux de chirurgie à hauteur de plus de 80 %

L'ensemble des CLCC répondants déclarent un taux de réalisation de ces critères de plus de 80 %. Plus de 70 % des CHU-R (27/38) déclarent mettre en œuvre plus de 80 % des critères. Quant aux ESPIC, CH et cliniques privées, environ 65 % mettent en œuvre plus de 80 % des critères.

- La réalisation des critères d'agrément généraux de chirurgie diffère peu selon les régions. Elle est de l'ordre de 80 %.

Tableau 11. Treize régions ont un taux de réalisation des critères d'agrément généraux de chirurgie supérieur à 80 %, pour les régions où la participation des établissements est supérieure à 40 %, en juin 2010

Régions	Taux de réalisation des critères d'agrément généraux de chirurgie	Participation des établissements
PAYS DE LA LOIRE	88 %	68 %
ALSACE	86 %	53 %
MARTINIQUE	86 %	75 %
HAUTE-NORMANDIE	85 %	65 %
PICARDIE	85 %	89 %
BOURGOGNE	84 %	41 %
FRANCHE-COMTÉ	83 %	91 %
RHÔNE-ALPES	83 %	59 %
ÎLE-DE-FRANCE	82 %	67 %
LIMOUSIN	82 %	92 %
PACA	82 %	89 %
LORRAINE	81 %	68 %
LANGUEDOC-ROUSSILLON	80 %	73 %

Les régions sont classées en fonction de leur taux de réalisation.

MOYENNE NATIONALE DE
TOUS LES ÉTABLISSEMENTS
Taux de réalisation des critères
d'agrément généraux de
chirurgie : 82 %
Participation : 58 %

5.3 Focus sur 2 critères d'agrément généraux de chirurgie

- La mise en œuvre de dossiers patients complets (compte rendu RCP, compte rendu d'anatomopathologie et compte rendu opératoire est déclarée effective à plus de 80 %, en juin 2010).

Tableau 12. Contenu minimum des dossiers patients selon le statut de l'établissement, en juin 2010

Établissements ayant mis en place le contenu minimum des dossiers patients		Pour					Tous les patients	Cumul par statut	Taux de réalisation du contenu minimum des dossiers patients
		Aucun patient	< 25 % des patients	25 % à 50 % des patients	50 à 75 % des patients	75 % à 100 % des patients			
CLCC	en proportion	0 %	0 %	0 %	0 %	26 %	74 %	100 %	95 %
	nombre					5	14	19	
CHU-R	en proportion	0 %	3 %	0 %	3 %	42 %	53 %	100 %	88 %
	nombre		1		1	16	20	38	
CH	en proportion	1 %	1 %	2 %	10 %	33 %	54 %	100 %	87 %
	nombre	1	1	3	14	46	75	140	
ESPIC	en proportion	0 %	3 %	3 %	10 %	50 %	34 %	100 %	82 %
	nombre		1	1	3	16	11	34	
Clinique privée	en proportion	5 %	7 %	6 %	13 %	42 %	27 %	100 %	72 %
	nombre	10	15	14	27	90	58	210	
GCS	en proportion	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %	100 %	60 %
	nombre				2			2	
Tous les établissements	en proportion	2 %	4 %	4 %	11 %	39 %	40 %	100 %	80 %
	nombre	11	18	18	47	173	178	445	

Les statuts d'établissements sont classés en fonction du taux de réalisation du contenu minimum des dossiers patients

Ce critère d'agrément est déjà largement mis en œuvre par les établissements.

Les CLCC déclarent que ce critère est réalisé à hauteur de 95 %, les CHU-R et CH à presque 90 %, les ESPIC à 80 % et les cliniques privées à 70 %.

MISE EN ŒUVRE DES AUTORISATIONS
DE TRAITEMENT DU CANCER
ÉTAT DES LIEUX EN JUIN 2010

Tableau 13. Contenu minimum des dossiers patients dans les régions, en juin 2010, où la participation des établissements est supérieure à 40 %

Régions	Taux de réalisation du contenu minimum des dossiers patients	Participation des établissements
GUYANE	100 %	50 %
MARTINIQUE	100 %	75 %
RÉUNION	94 %	88 %
PICARDIE	90 %	89 %
FRANCHE-COMTÉ	88 %	91 %
LORRAINE	85 %	68 %
ÎLE-DE-FRANCE	85 %	67 %
PACA	80 %	89 %
BASSE-NORMANDIE	80 %	52 %
PAYS DE LA LOIRE	80 %	68 %
HAUTE-NORMANDIE	80 %	65 %
BRETAGNE	79 %	82 %
RHÔNE-ALPES	79 %	59 %
BOURGOGNE	76 %	41 %
LANGUEDOC-ROUSSILLON	74 %	73 %
NORD-PAS-DE-CALAIS	73 %	60 %
CHAMPAGNE-ARDENNE	63 %	50 %
LIMOUSIN	60 %	92 %
ALSACE	52 %	53 %

MOYENNE NATIONALE DE
TOUS LES ÉTABLISSEMENTS
Taux de réalisation du contenu
minimum des dossiers
patients : 80 %
Participation : 58 %

Les régions sont classées en fonction de leur taux de réalisation

Trois régions déclarent mettre partiellement en œuvre ce critère avec environ 60 % de réalisation, voire moins pour l'Alsace. Dans les autres régions, le contenu minimum des dossiers patients est largement mis en œuvre, avec en particulier 4 régions affichant un pourcentage de réalisation de ce critère supérieur à 90 %.

- L'organisation de l'accès à une tumorothèque est déclarée effective à hauteur de 70 %, en juin 2010.

Tableau 14. Organisation de l'accès d'une tumorothèque selon le statut de l'établissement, en juin 2010

Établissements avec accès à une tumorothèque		Organisé		Cumul par statut	Taux de réalisation de l'accès à une tumorothèque
		Non	Oui		
CLCC	en proportion	0 %	100 %	100 %	100 %
	nombre		19	19	
GCS	en proportion	0 %	100 %	100 %	100 %
	nombre		2	2	
CHU-R	en proportion	5 %	95 %	100 %	95 %
	nombre	2	36	38	
CH	en proportion	24 %	76 %	100 %	76 %
	nombre	34	106	140	
Clinique privée	en proportion	40 %	60 %	100 %	60 %
	nombre	86	128	214	
ESPIC	en proportion	46 %	54 %	100 %	59 %
	nombre	13	19	32	
Tous les établissements	en proportion	30 %	70 %	100 %	70 %
	nombre	135	310	445	

Les statuts d'établissements sont classés en fonction du taux de réalisation de l'accès à une tumorothèque

Tous les CLCC et 95 % des CHU-R répondants déclarent organiser l'accès à une tumorothèque. Les CH déclarent mettre en œuvre ce critère à hauteur de 76 % et les ESPIC et les cliniques privées à hauteur de 60 %.

Tableau 15. Organisation de l'accès à une tumorothèque dans les régions où la participation des établissements est supérieure à 40 %, en juin 2010

Régions	Taux de réalisation du contenu minimum des dossiers patients	Participation des établissements
ALSACE	100 %	53 %
CHAMPAGNE-ARDENNE	100 %	50 %
MARTINIQUE	100 %	75 %
HAUTE -NORMANDIE	92 %	65 %
LIMOUSIN	91 %	92 %
NORD-PAS-DE-CALAIS	90 %	60 %
PAYS DE LA LOIRE	84 %	65 %
BOURGOGNE	78 %	41 %
FRANCHE-COMTÉ	70 %	91 %
ÎLE-DE-FRANCE	67 %	67 %
BASSE-NORMANDIE	64 %	52 %
PACA	63 %	89 %
BRETAGNE	61 %	82 %
RHÔNE-ALPES	60 %	59 %
LANGUEDOC-ROUSSILLON	58 %	73 %
LORRAINE	53 %	68 %
PICARDIE	50 %	89 %
RÉUNION	43 %	88 %
GUYANE	0 %	50 %

**MOYENNE NATIONALE DE
TOUS LES ÉTABLISSEMENTS**
Taux de réalisation de l'accès à
une tumorothèque : 70 %
Participation : 58 %

Les régions sont classées en fonction de leur taux de réalisation

L'organisation de l'accès à une tumorothèque, en cas de besoin pour la prise en charge d'un malade, est très variable selon les régions :

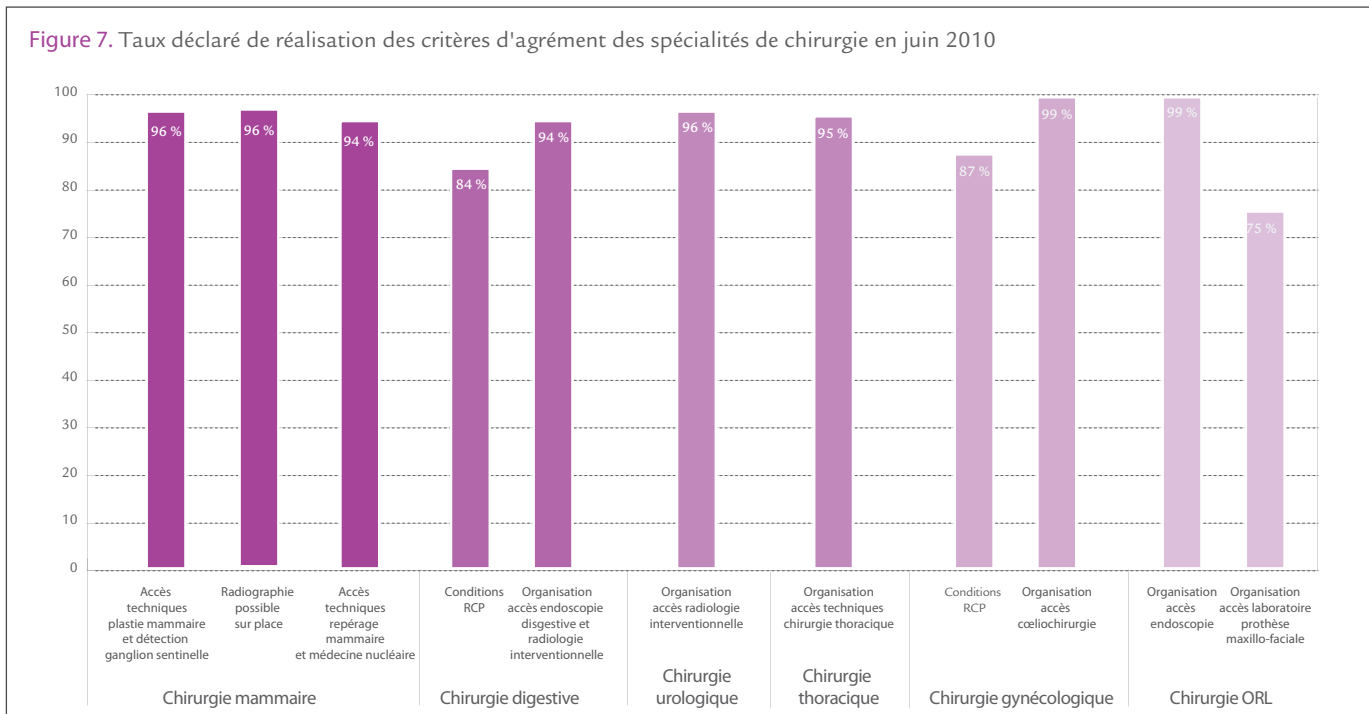
- 4 régions déclarent un pourcentage de réalisation de 60 % et moins ;
- 3 régions déclarent une réalisation complète de ce critère.

5.4. Détail des critères d'agrément pour les différentes spécialités de chirurgie

- En plus des critères d'agrément généraux de chirurgie, des critères d'agrément spécifiques à chacune des spécialités de chirurgie soumises à seuil doivent être respectés.

Quelle que soit la spécialité de chirurgie, la mise en œuvre des critères d'agrément est réalisée à plus de 80 %, en juin 2010, à l'exception d'un critère.

Figure 7. Taux déclaré de réalisation des critères d'agrément des spécialités de chirurgie en juin 2010



En chirurgie mammaire, urologique et thoracique, tous les critères sont déclarés réalisés à plus de 90 %.

À NOTER : L'organisation de l'accès, sur place ou par convention, à un laboratoire de prothèse maxillo-faciale pour la pratique de la chirurgie carcinologique maxillo-faciale est réalisée à hauteur de 75 %. Cette réalisation relativement faible par rapport aux autres critères peut s'expliquer par le fait que certains établissements ne pratiquant que la chirurgie ORL ne sont pas concernés par ce critère.

5.5. Focus sur 2 critères d'agrément liés aux différentes spécialités de chirurgie

- En chirurgie digestive, le respect des conditions de la RCP est mis en œuvre à hauteur de 84 %.

Tableau 16. Respect des conditions de la RCP en chirurgie digestive selon les statuts d'établissements, en juin 2010

Établissements respectant les conditions de la RCP		Pour						Cumul par statut	Taux de réalisation du respect des conditions de la RCP
		Aucun patient	< 25 % des patients	25 % à 50 % des patients	50 à 75 % des patients	75 % à 100 % des patients	Tous les patients		
CLCC	en proportion	0 %	0 %	0 %	7 %	21 %	71 %	100 %	95 %
	nombre				1	3	10	14	
CHU-R	en proportion	3 %	0 %	3 %	6 %	33 %	56 %	100 %	88 %
	nombre	1		1	2	12	20	36	
Clinique privée	en proportion	1 %	2 %	2 %	10 %	38 %	47 %	100 %	86 %
	nombre	2	3	4	18	68	83	178	
CH	en proportion	4 %	4 %	2 %	19 %	33 %	38 %	100 %	80 %
	nombre	5	5	3	24	43	49	129	
ESPIC	en proportion	7 %	3 %	0 %	3 %	59 %	28 %	100 %	80 %
	nombre	2	1		1	17	8	29	
GCS	en proportion	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %	100 %	70 %
	nombre				1			1	
Tous les établissements	en proportion	3 %	2 %	2 %	12 %	37 %	44 %	100 %	84 %
	nombre	10	9	8	47	141	170	387	

Les CLCC et les CHU-R déclarent mettre en œuvre ce critère à hauteur de 90 % environ. Les cliniques privées, les CH et les ESPIC déclarent une réalisation de 80 % environ.

Tableau 17. Respect des conditions de la RCP en chirurgie digestive selon les régions, en juin 2010, où la participation des établissements est supérieure à 40 %»

Régions	Taux de réalisation du respect des conditions de la RCP	Participation des établissements
MARTINIQUE	100 %	50 %
RÉUNION	100 %	100 %
BOURGOGNE	96 %	41 %
BASSE-NORMANDIE	95 %	52 %
PICARDIE	94 %	93 %
HAUTE-NORMANDIE	90 %	65 %
LANGUEDOC-ROUSSILLON	89 %	72 %
ÎLE-DE-FRANCE	87 %	74 %
LORRAINE	85 %	71 %
PAYS DE LA LOIRE	84 %	76 %
FRANCHE-COMTÉ	83 %	100 %
RHÔNE-ALPES	83 %	62 %
PACA	82 %	95 %
BRETAGNE	80 %	81 %
LIMOUSIN	78 %	92 %
CHAMPAGNE-ARDENNE	73 %	50 %
ALSACE	70 %	50 %
NORD-PAS-DE-CALAIS	67 %	64 %

Les régions sont classées en fonction de leur taux de réalisation

**MOYENNE NATIONALE DE
TOUS LES ÉTABLISSEMENTS**
Taux de réalisation du respect des
conditions de la RCP en chirurgie
digestive : 84 %
Participation : 57 %

Les conditions de la RCP en chirurgie digestive sont mises en œuvre à hauteur de plus de 80 % dans 14 régions.

- En chirurgie gynécologique, les conditions de participation à la RCP sont déclarées mises en œuvre à hauteur de 87 %.

Tableau 18. Respect des conditions de la RCP en chirurgie gynécologique selon les statuts d'établissements, en juin 2010

Établissements respectant les conditions de la RCP		Pour						Cumul par statut	Taux de réalisation du respect des conditions de la RCP
		Aucun patient	< 25 % des patients	25 % à 50 % des patients	50 à 75 % des patients	75 % à 100 % des patients	Tous les patients		
CLCC	en proportion	0 %	0 %	0 %	11 %	33 %	56 %	100 %	91 %
	nombre				2	6	10	18	
CHU-R	en proportion	0 %	0 %	0 %	10 %	27 %	63 %	100 %	90 %
	nombre				3	8	19	30	
GCS	en proportion	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	100 %	90 %
	nombre					1		1	
Clinique privée	en proportion	0 %	2 %	3 %	13 %	26 %	57 %	100 %	88 %
	nombre		2	3	15	30	66	116	
CH	en proportion	1 %	0 %	3 %	14 %	26 %	56 %	100 %	88 %
	nombre	1		2	11	20	43	77	
ESPIC	en proportion	0 %	6 %	0 %	22 %	44 %	22 %	100 %	77 %
	nombre		1		5	8	4	18	
Tous les établissements	en proportion	1 %	1 %	2 %	14 %	28 %	55 %	100 %	87 %
	nombre	1	3	5	36	73	142	260	

Les CLCC, les CHU-R, les cliniques privées et les CH déclarent mettre en œuvre ce critère à hauteur de 90 % environ. Les ESPIC déclarent une réalisation de 80 % environ.

Tableau 19. Respect des conditions de la RCP en chirurgie gynécologique selon les régions, en juin 2010, pour les régions où la participation des établissements est supérieure à 40 %

Régions	Taux de réalisation du respect des conditions de la RCP	Participation des établissements
FRANCHE-COMTÉ	100 %	80 %
RÉUNION	100 %	100 %
BOURGOGNE	99 %	47 %
PICARDIE	98 %	100 %
BASSE-NORMANDIE	93 %	89 %
HAUTE-NORMANDIE	93 %	85 %
ÎLE-DE-FRANCE	90 %	78 %
PACA	87 %	97 %
CHAMPAGNE-ARDENNE	85 %	60 %
LANGUEDOC-ROUSSILLON	85 %	68 %
RHÔNE-ALPES	85 %	73 %
PAYS DE LA LOIRE	84 %	80 %
LORRAINE	83 %	70 %
LIMOUSIN	82 %	100 %
NORD-PAS-DE-CALAIS	82 %	68 %
ALSACE	80 %	50 %
BRETAGNE	78 %	83 %

Les régions sont classées en fonction de leur taux de réalisation

MOYENNE NATIONALE DE TOUS LES ÉTABLISSEMENTS
Taux de réalisation du respect des conditions de la RCP en chirurgie gynécologique : 87 %
Participation : 65 %

Sur une base déclarative, les conditions de participation à la RCP en chirurgie gynécologique sont mises en œuvre dans presque toutes les régions à hauteur de plus de 80 %.

6. MISE EN ŒUVRE DES CRITÈRES D'AGRÈMENT DE CHIMIOTHÉRAPIE

- Parmi les 471 établissements autorisés à traiter les patients par chimiothérapie, 303 établissements ont renvoyé leur check-list, soit 64 %.

La participation des établissements autorisés en chimiothérapie est importante pour les différents statuts d'établissements. Seuls les GCS ont un pourcentage de participation relativement faible.

Statuts	Check-lists reçues	Nb autorisés	% check-list / nb autorisés
CLCC	19	20	95 %
ESPIC	24	31	77 %
CHU-R	36	52	69 %
Clinique privée	103	166	62 %
CH	119	195	61 %
GCS	2	7	29 %
Total des établissements	303	471	64 %

Dans tout établissement titulaire de l'autorisation de traitement du cancer par la modalité de chimiothérapie, 15 critères d'agrément doivent être respectés.

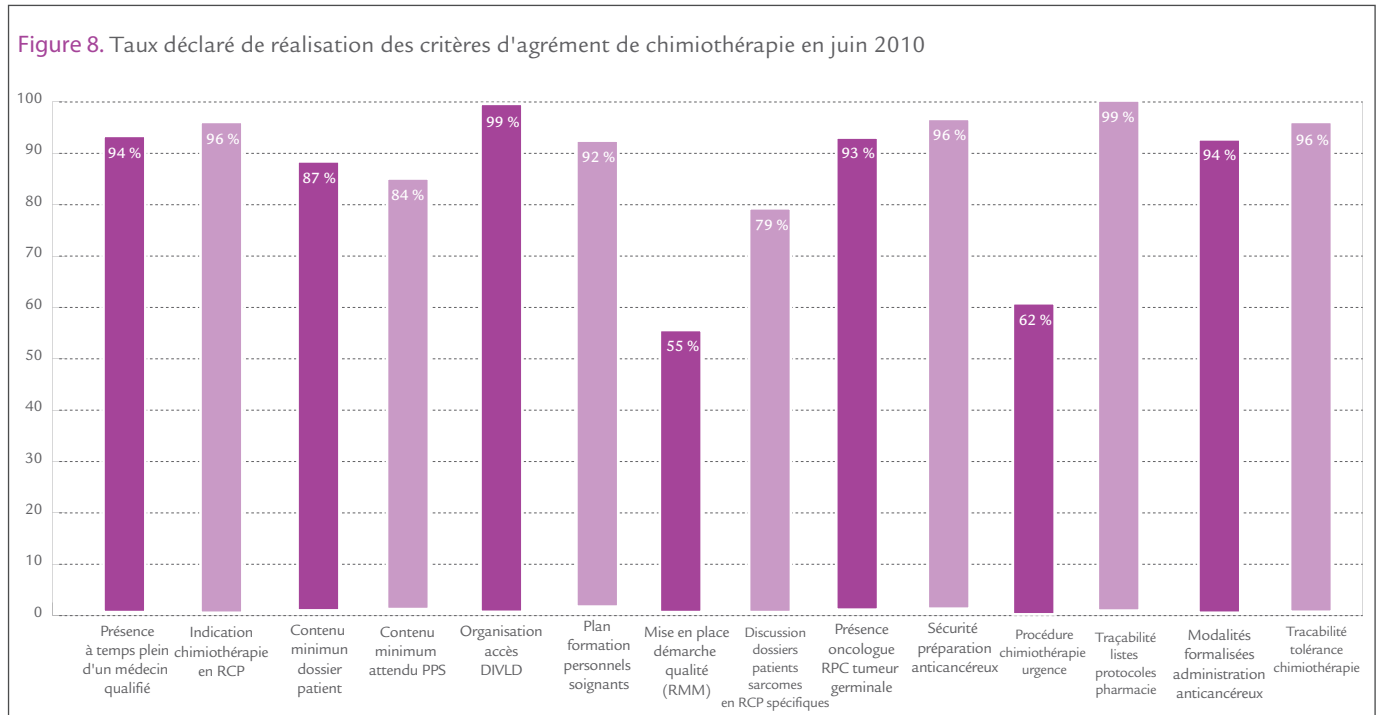
La pratique de la chimiothérapie anticancéreuse correspond aux traitements médicaux utilisant l'ensemble des médicaments anticancéreux et des biothérapies, quel que soit leur mode d'administration par voie générale, y compris la voie orale. Sont également concernés les traitements administrés par voie intrathécale, intrapéritonéale, intraartérielle et intrapleurale.

Critères d'agrément en chimiothérapie

1. Compétence médicale (art. D. 6124-34) à temps plein dans l'établissement.
2. Indication de chimiothérapie posée en RCP en présence d'un médecin répondant aux titres et qualifications requis (art. D. 6124-34).
3. Contenu minimum attendu du dossier patient.
4. Contenu minimum attendu du programme personnalisé de soins.
5. Accès aux dispositifs intraveineux en longue durée (DIVLD).
6. Plan de formation des personnels soignants.
7. Démarche qualité (réunions pluriprofessionnelles de morbi-mortalité sur évènements sentinelles).
8. Autoévaluation des pratiques en chimiothérapie (critère non demandé dans la check-list).
9. Discussion des dossiers patients atteints de sarcomes et de tumeurs germinales en RCP régionale ou interrégionale spécifique avec la présence d'un oncologue médical.
10. Mise en œuvre d'un traitement de chimiothérapie pour une tumeur germinale prise par un oncologue médical lors de la RCP.
11. Sécurité de la préparation des anticancéreux.
12. Procédure formalisée pour réaliser une chimiothérapie en urgence.
13. Présence des protocoles de chimiothérapie au niveau de la pharmacie et traçabilité de la chaîne (préparation- dispensation -transport).
14. Formalisation précise des modalités d'application et d'administration des médicaments anticancéreux (incluant surveillance et complications).
15. Traçabilité dans le dossier patient de la prescription, l'administration et les observations sur la tolérance immédiate de la chimiothérapie.

6.1 Détail de la mise en œuvre des critères d'agrément de chimiothérapie

- Les établissements déclarent remplir les critères d'agrément de chimiothérapie mis en œuvre, en juin 2010, à hauteur de 88 %.



La réalisation des différents critères d'agrément de chimiothérapie en juin 2010 varie entre 55 % et 99 %.

Les 5 critères présentant les meilleurs taux de réalisation sont :

- la mise en place des dispositifs intraveineux de longue durée (DIVLD) réalisée à hauteur de 99 % ;
- la traçabilité à la pharmacie de la préparation, la dispensation et le transport de la chimiothérapie réalisée à hauteur de 99 % ;
- la participation d'un médecin qualifié à la RCP où est présenté le dossier patient susceptible de recevoir une chimiothérapie, la préparation en toute sécurité des anticancéreux, la traçabilité dans le dossier patient de la prescription, de l'administration et les observations sur la tolérance immédiate de la chimiothérapie sont tous trois réalisées à hauteur de 96 %.

Les trois mesures présentant les taux de réalisation les plus faibles sont :

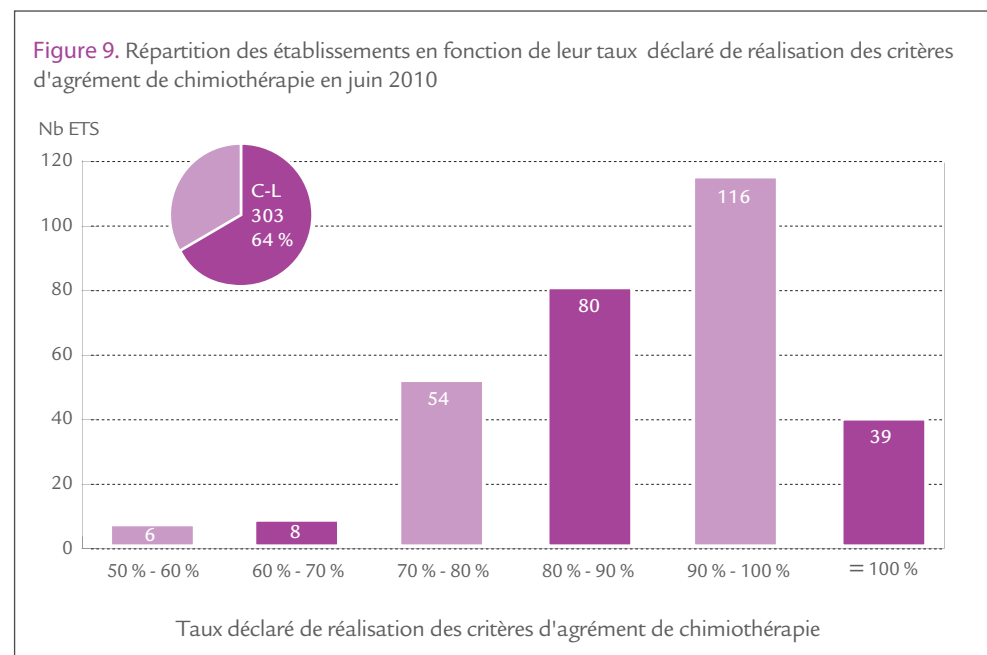
- la mise en place d'une démarche qualité, comportant notamment des réunions de morbi-mortalité avec 55 % ;
- la discussion des dossiers patients atteints de sarcomes des os et des parties molles en RCP régionale ou interrégionale, en présence d'au moins un médecin qualifié spécialiste en oncologie médicale avec 79 % ;
- une procédure permettant de réaliser une chimiothérapie en urgence avec 62 %.

La mise en place des réunions de morbi-mortalité ainsi qu'une procédure permettant de réaliser une chimiothérapie en urgence nécessitent des actions spécifiques.

À NOTER: Plusieurs établissements ont fait part de leur difficulté à renseigner les deux critères concernant la discussion des dossiers patients atteints de sarcomes des os et des parties molles et la procédure permettant de réaliser une chimiothérapie en urgence. Cette difficulté peut expliquer ces taux de réalisation relativement faibles par rapport aux autres critères. Pour la prochaine autoévaluation des établissements, ces deux critères seront plus explicités.

6.2 Répartition des établissements en fonction de leur taux de réalisation des critères d'agrément de chimiothérapie

- Les établissements se répartissent en fonction de leur taux de réalisation déclaré comme suit :



Le camembert précise le taux de check-lists retournées par rapport au nombre d'établissements ayant reçu une autorisation en chimiothérapie

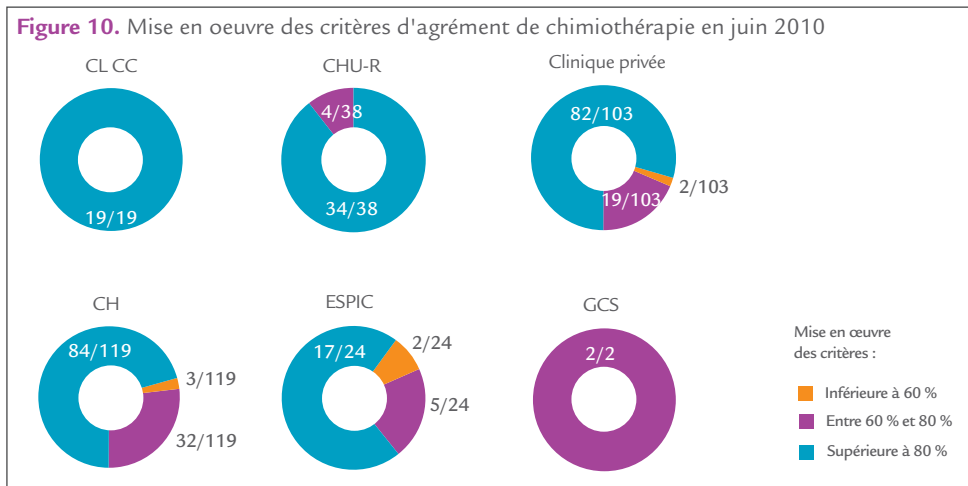
Parmi les 303 établissements autorisés en chimiothérapie ayant renvoyé leur check-list, 74 % déclarent mettre en œuvre ces critères à plus de 80 %.

Parmi eux, 39 établissements sur 303 déclarent mettre pleinement en œuvre ces critères.

Et seulement 14 établissements déclarent cette réalisation inférieure à 70 %.

- La réalisation des critères en chimiothérapie diffère selon le statut de l'établissement.

Les statuts d'établissements sont classés en fonction du taux d'établissements réalisant les critères d'agrément de chimiothérapie à hauteur de plus de 80 %.



Le camembert précise le taux de check-lists retournées par rapport au nombre d'établissements ayant reçu une autorisation en chimiothérapie

Tous les CLCC répondants mettent ces critères en œuvre à plus de 80 %. Quarante-vingt-dix pour cent des CHU-R (34/38) et 80 % des cliniques privées (82/108) déclarent mettre en œuvre ces critères à plus de 80 %. Les ESPIC et les CH font également état de bons résultats : environ 70 % de ces établissements déclarent mettre en œuvre les critères d'agrément à hauteur de plus de 80 %.

La réalisation des critères d'agrément de chimiothérapie diffère peu selon les régions. Elle avoisine les 90 %.

Tableau 21. Seize régions ont un taux de réalisation des critères d'agrément de chimiothérapie supérieure à 80 %, en juin 2010, où la participation des établissements est supérieure à 40 %

Régions	Taux de réalisation des critères d'agrément de chimiothérapie	Participation des établissements
PACA	92 %	97 %
PAYS DE LA LOIRE	92 %	88 %
RÉUNION	92 %	100 %
LORRAINE	91 %	80 %
HAUTE-NORMANDIE	89 %	79 %
PICARDIE	89 %	93 %
ALSACE	88 %	60 %
FRANCHE-COMTÉ	88 %	83 %
CHAMPAGNE-ARDENNE	87 %	55 %
RHÔNE-ALPES	87 %	66 %
BOURGOGNE	86 %	47 %
LANGUEDOC-ROUSSILLON	86 %	77 %
LIMOUSIN	86 %	100 %
ÎLE-DE-FRANCE	85 %	73 %
NORD-PAS-DE-CALAIS	82 %	67 %
BASSE-NORMANDIE	80 %	62 %

**MOYENNE NATIONALE DE
TOUS LES ÉTABLISSEMENTS**
Taux de réalisation des critères
d'agrément de chimiothérapie : 87 %
Participation : 65 %

Les régions sont classées en fonction de leur taux de réalisation

6.3 Focus sur 2 critères d'agrément de chimiothérapie

- Sur une base déclarative, la mise en place d'une démarche qualité est réalisée à hauteur de 55 %, en juin 2010.

Tableau 22. Mise en place d'une démarche qualité selon le statut de l'établissement, en juin 2010

Établissements ayant mis en place une démarche qualité		Démarche qualité mise en place		Cumul par statut	Taux de réalisation de la mise en place d'une démarche qualité
		Non	Oui		
CLCC	en proportion	11 %	89 %	100 %	89 %
	nombre	2	17	19	
ESPIC	en proportion	29 %	71 %	100 %	71 %
	nombre	7	17	24	
CHU-R	en proportion	44 %	56 %	100 %	56 %
	nombre	16	20	36	
Clinique privée	en proportion	46 %	54 %	100 %	54 %
	nombre	47	56	103	
CH	en proportion	52 %	48 %	100 %	48 %
	nombre	62	57	119	
GCS	en proportion	100 %	0 %	100 %	0 %
	nombre	2		2	
Tous les établissements	en proportion	45 %	55 %	100 %	55 %
	nombre	136	167	303	

Les statuts d'établissements sont classés en fonction du taux de réalisation de la mise en place d'une démarche qualité

Tableau 23. Mise en place d'une démarche qualité dans les régions, en juin 2010, où la participation des établissements est supérieure à 40 %

Régions	Taux de réalisation de la mise en place d'une démarche qualité	Participation des établissements
LIMOUSIN	100 %	100 %
LORRAINE	75 %	80 %
PAYS DE LA LOIRE	71 %	88 %
PACA	69 %	97 %
PICARDIE	69 %	93 %
ALSACE	67 %	60 %
RÉUNION	67 %	100 %
RHÔNE-ALPES	61 %	66 %
FRANCHE-COMTÉ	60 %	83 %
ÎLE-DE-FRANCE	51 %	73 %
CHAMPAGNE-ARDENNE	50 %	55 %
LANGUEDOC-ROUSSILLON	47 %	77 %
NORD-PAS-DE-CALAIS	42 %	67 %
BRETAGNE	41 %	94 %
BASSE-NORMANDIE	38 %	62 %
HAUTE-NORMANDIE	36 %	79 %
BOURGOGNE	25 %	47 %

MOYENNE NATIONALE DE TOUS LES ÉTABLISSEMENTS

Taux de réalisation d'une démarche qualité : 55 %
Participation : 64 %

Les régions sont classées en fonction de leur taux de réalisation

Près de 90 % des CLCC répondants et 70 % des ESPIC déclarent mettre en place une démarche qualité, comprenant notamment des réunions de morbi-mortalité.

La mise en œuvre de ce critère varie de 25 % à 100 % selon les régions :

- dans 6 régions, ce critère est déclaré mis en œuvre à hauteur de moins de 50 % ;
- dans 4 régions, ce critère est déclaré mis en place à hauteur de plus de 70 %, dont le Limousin qui atteint 100 %.

- Les établissements estiment que la formalisation d'une procédure pour la réalisation d'une chimiothérapie en urgence est mise en œuvre à hauteur de 62 %, en juin 2010.

Tableau 24. Formalisation d'une procédure pour la réalisation d'une chimiothérapie en urgence selon le statut de l'établissement, en juin 2010

Établissements ayant formalisé une procédure d'urgence		Procédure formalisée		Cumul par statut	Taux de réalisation de la formalisation d'une la procédure d'urgence
		Non	Oui		
CLCC	en proportion	0 %	100 %	100 %	100 %
	nombre		19	19	
CHU-R	en proportion	6 %	94 %	100 %	94 %
	nombre	2	34	36	
ESPIC	en proportion	37 %	63 %	100 %	63 %
	nombre	9	15	24	
CH	en proportion	43 %	57 %	100 %	57 %
	nombre	51	68	119	
Clinique privée	en proportion	50 %	50 %	100 %	50 %
	nombre	51	52	103	
GCS		50 %	50 %	100 %	50 %
	nombre	1	1	2	
Tous les établissements	en proportion	38 %	62 %	100 %	62 %
	nombre	114	189	303	

Les statuts d'établissements sont classés en fonction du taux de réalisation de la formalisation d'une procédure

Tous les CLCC et 94 % des CHU-R déclarent avoir formalisé une procédure pour la réalisation d'une chimiothérapie en urgence.

Environ 60 % des ESPIC et des CH ainsi que 50 % des cliniques privées font état de la mise en œuvre ce critère.

Tableau 25. Formalisation d'une procédure pour la réalisation d'une chimiothérapie en urgence dans les régions, en juin 2010, où la participation des établissements est supérieure à 40 %

Régions	Taux de réalisation de la formalisation d'une procédure d'urgence	Participation des établissements
PAYS DE LA LOIRE	86 %	88 %
ALSACE	83 %	60 %
PACA	78 %	97 %
BASSE-NORMANDIE	75 %	62 %
LORRAINE	75 %	80 %
HAUTE-NORMANDIE	73 %	79 %
CHAMPAGNE-ARDENNE	67 %	55 %
NORD-PAS-DE-CALAIS	67 %	67 %
RÉUNION	67 %	100 %
BRETAGNE	65 %	94 %
LANGUEDOC ROUSSILLON	59 %	77 %
RHÔNE-ALPES	55 %	66 %
PICARDIE	54 %	93 %
ÎLE-DE-FRANCE	53 %	73 %
LIMOUSIN	50 %	100 %
BOURGOGNE	38 %	47 %
FRANCHE-COMTÉ	20 %	83 %

**MOYENNE NATIONALE DE
TOUS LES ÉTABLISSEMENTS**
 Taux de réalisation de la
 formalisation d'une procédure
 d'urgence : 62 %
 Participation : 64 %

Les régions sont classées en fonction de leur taux de réalisation

La mise en œuvre de ce critère varie de 20 % à 86 % selon les régions :

- 2 régions mettent ce critère en œuvre à hauteur de moins de 50 % ;
- 6 régions mettent ce critère en œuvre à hauteur de plus de 70 %.

7. MISE EN ŒUVRE DES CRITÈRES D'AGRÉMENT DE RADIOTHÉRAPIE

- Sur 176 centres de radiothérapie autorisés, correspondant à 169 établissements juridiques, 94 check-lists ont été renvoyées, soit 56 %.

Tableau 26. Participation des établissements autorisés en radiothérapie selon leur statut

Statuts des établissements	Check-lists reçues	Nb autorisés	% check-list / nb autorisés
ESPIC	3	3	100 %
GCS	3	3	100 %
CLCC	18	19*	95 %
CHU-R	14	20	70 %
CH	19	34	56 %
Clinique privée	12	28	43 %
Cabinet libéral radiothérapie	25	62	40 %
Total des établissements	94	169	56 %

* 20 CLCC sont autorisés en radiothérapie, dont 1 dans le cadre d'un GCS

La participation des établissements autorisés en radiothérapie est bonne, voire très bonne, pour les différents statuts d'établissement. Ainsi, l'analyse par statut des check-lists des établissements autorisés en radiothérapie est représentative de la réalité.

Tableau 27. Participation des établissements autorisés en radiothérapie selon leur région

Régions	Check-lists reçues	Nb autorisés	% check-list / nb autorisés
FRANCHE-COMTÉ	2	2	100 %
LIMOUSIN	3	3	100 %
PAYS DE LA LOIRE	7	7	100 %
PICARDIE	6	6	100 %
RÉUNION	2	2	100 %
PACA	10	11	91 %
BRETAGNE	8	10	80 %
ALSACE	3	4	75 %
CHAMPAGNE-ARDENNE	3	4	75 %
RHÔNE-ALPES	11	17	65 %
ÎLE-DE-FRANCE	17	26	65 %
LORRAINE	3	5	60 %
BASSE-NORMANDIE	2	4	50 %
BOURGOGNE	3	6	50 %
CORSE	1	2	50 %
HAUTE-NORMANDIE	2	4	50 %
LANGUEDOC-ROUSSILLON	4	9	44 %
AUVERGNE	1	4	25 %
CENTRE	2	8	25 %
NORD-PAS-DE-CALAIS	3	12	25 %
MIDI-PYRÉNÉES	1	6	17 %
AQUITAINE	0	10	0 %
GUADELOUPE	0	1	0 %
MARTINIQUE	0	1	0 %
POITOU-CHARENTES	0	5	0 %
Total général	94	169	56 %

Les régions sont classées en fonction de leur taux de check-lists renvoyées par rapport au nombre d'établissements autorisés

La répartition des établissements autorisés en radiothérapie et ayant renvoyé leur check-list selon leur statut est correcte. Ainsi, une analyse nationale des établissements autorisés en radiothérapie est possible et représentative de la réalité.

La participation des établissements autorisés en radiothérapie est très variable selon les régions.

Cette importante variation s'explique principalement par le fait que, pour certaines régions, le nombre d'établissements autorisés en radiothérapie est faible. La participation ou non d'un établissement peut donc grandement influencer la participation globale d'une région. Par conséquent, les résultats régionaux des check-lists pour la radiothérapie présentés ici doivent être pris avec précaution.

Par contre, la répartition au sein des régions des établissements autorisés en radiothérapie et ayant renvoyé leur check-list est bonne. Une analyse de ces check-lists au niveau national est donc tout à fait correcte et représentative de la réalité.

À NOTER: Afin de s'assurer, statistiquement parlant, de la représentativité nationale des check-lists renvoyées, selon chacun des deux axes d'analyse que sont le statut des établissements et leur région, un test de Kolmogorov-Smirnov (vérifie si deux séries de valeurs proviennent d'une même distribution ou non) a été effectué et permet de conclure sans équivoque à la bonne représentativité nationale.

Dans tout établissement titulaire de l'autorisation de traitement du cancer par la radiothérapie, 18 critères de qualité de la prise en charge sont respectés.

Critères d'agrément en radiothérapie

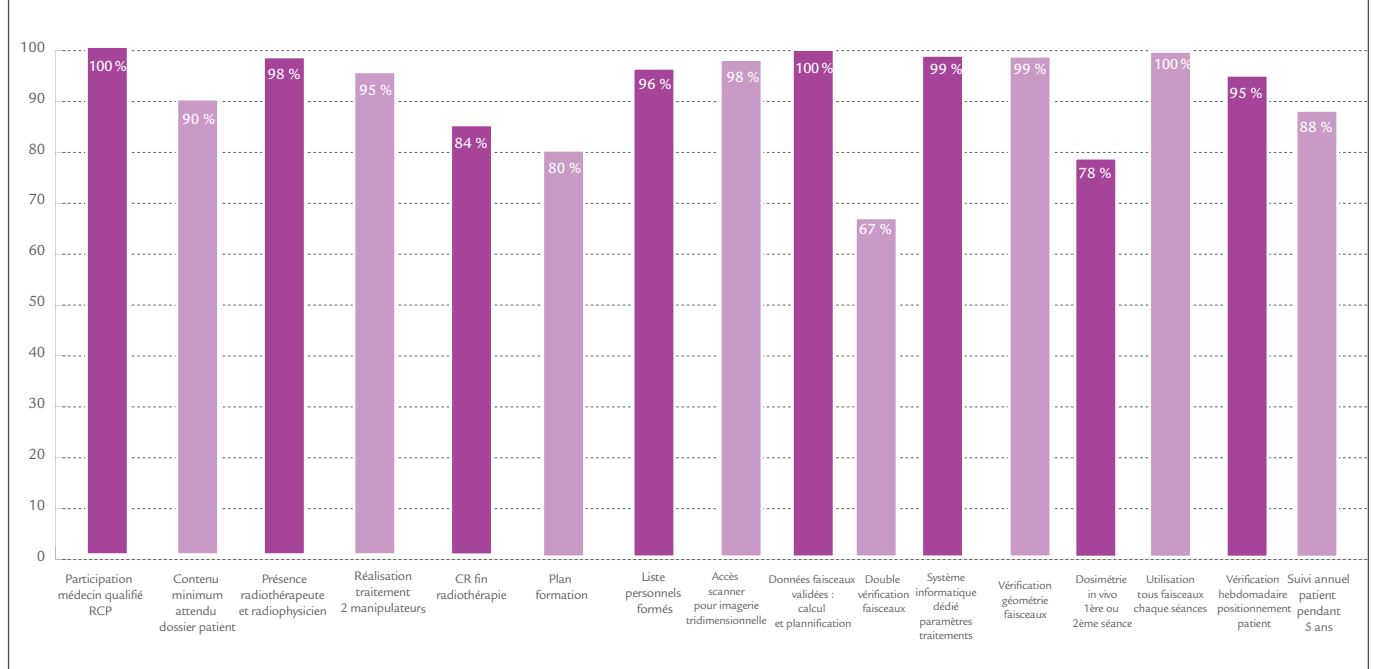
1. Décision d'irradiation prise lors d'une RCP à laquelle assiste un oncologue radiothérapeute.
2. En cas d'urgence, le dossier du patient peut être présenté en RCP après le traitement (critère non demandé dans la check-list).
3. Contenu minimum attendu du dossier patient avant la mise en traitement.
4. Présence d'un radiothérapeute et d'un radiophysicien dans le centre pendant les traitements.
5. Réalisation des traitements par deux manipulateurs.
6. Compte rendu minimum attendu de fin de radiothérapie.
7. Plans de formation pluriannuels à l'utilisation des équipements.
8. Liste des personnels formés à l'utilisation des appareils de radiothérapie tenue à jour.
9. Autoévaluation annuelle des pratiques (critère non demandé dans la check-list).
10. Utilisation d'un scanner pour la préparation du traitement.

11. Données des faisceaux, utilisées dans les logiciels de calcul et de planification des doses, validées dans le centre.
12. Double vérification des unités moniteur pour chaque patient par deux systèmes de calcul indépendants.
13. Paramètres de traitement enregistrés et vérifiés par un système informatique dédié.
14. Vérification des faisceaux avant la première utilisation pour chaque patient.
15. Dosimétrie *in vivo* pour chaque faisceau effectuée à la première ou deuxième séance.
16. Utilisation de tous les faisceaux planifiés lors de chaque séance de traitement.
17. Vérification au moins hebdomadaire par imagerie du positionnement du patient.
18. Suivi des patients traités avec au minimum une consultation annuelle pendant 5 ans.

7.1 Détail de la mise en œuvre des critères d'agrément de radiothérapie

- Les centres de radiothérapie déclarent mettre en œuvre les critères d'agrément de radiothérapie à hauteur de 92 %, en juin 2010.

Figure 11. Taux déclaré de réalisation des critères d'agrément de radiothérapie en juin 2010



La réalisation des différents critères d'agrément de radiothérapie varie entre 67 % et 100 % en juin 2010.

Les 3 critères présentant les meilleurs taux de réalisation sont :

- la participation d'un médecin qualifié exerçant la radiothérapie à la RCP où est présenté le dossier patient susceptible de recevoir une irradiation réalisée à hauteur de 100 % ;
- la prise en compte systématique des mesures des faisceaux validés dans le centre par les logiciels de calcul et de planification réalisée à hauteur de 100 % ;
- l'utilisation à chaque séance de tous les faisceaux pour une même séquence de traitement réalisée à hauteur de 100 %.

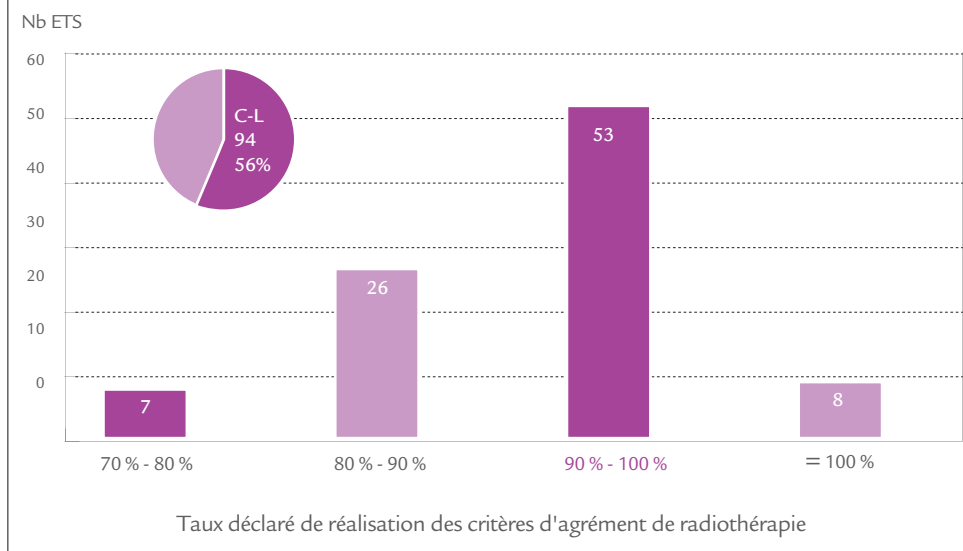
Les 3 critères présentant les taux de réalisation les plus faibles sont :

- la réalisation d'une dosimétrie *in vivo* pour chaque faisceau techniquement mesurable, lors de la première ou de la deuxième séance d'irradiation, ainsi qu'à chacune des modifications du traitement avec 78 % ;
- la vérification du nombre d'unités moniteur par un deuxième système de calcul pour chaque faisceau avant traitement avec 67 % ;
- la mise en place pour tous les professionnels des équipes de radiothérapie d'un plan de formation pluriannuel avec 80 %.

7.2 Répartition des établissements en fonction de leur taux de réalisation des critères d'agrément de radiothérapie

- Les établissements se répartissent en fonction de leur taux de réalisation comme suit :

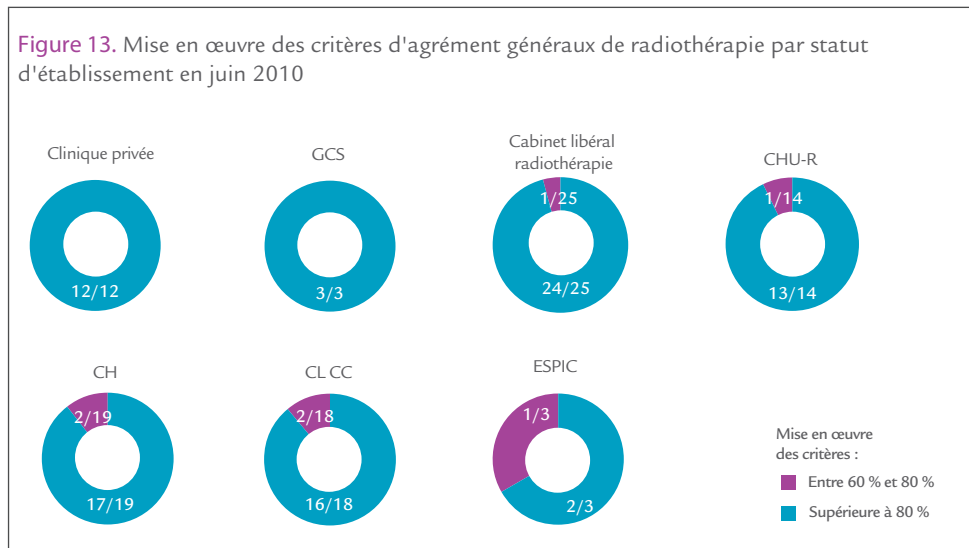
Figure 12. Répartition des établissements en fonction de leur taux déclaré de réalisation des critères d'agrément de radiothérapie en juin 2010



Le camembert précise le taux de check-lists retournées par rapport au nombre d'établissements ayant reçu une autorisation en radiothérapie

Selon les établissements répondants, les critères d'agrément associés à cette pratique thérapeutique sont majoritairement déjà mis en place.

- Parmi eux, 65 % déclarent mettre en œuvre les critères d'agrément de radiothérapie à hauteur de plus de 90 %.
 - Le taux de réalisation « le plus faible » de ces critères est supérieur à 70 %.
- La réalisation des critères en radiothérapie diffère peu selon le statut de l'établissement.



Les régions sont classées en fonction de leur taux de réalisation

Les statuts d'établissements sont classés en fonction du taux d'établissements réalisant les critères d'agrément de radiothérapie à hauteur de plus de 80 %

La grande majorité des établissements répondants, et ce quel que soit leur statut, déclare réaliser les critères d'agrément de radiothérapie à hauteur de plus de 80 %. Seuls les ESPIC ont, en comparaison, un taux de réalisation plus faible avec 67 % (2/3) déclarant réaliser ces critères à plus de 80 %.

MOYENNE NATIONALE DE
TOUS LES ÉTABLISSEMENTS
Taux de réalisation des critères
d'agrément de radiothérapie : 91 %
Participation : 55 %

- Parmi les régions dont la participation des établissements est supérieure à 40 %, la réalisation des critères en radiothérapie varie entre 80 % et 100 %.

Tableau 28. Dix-sept régions ont un taux de réalisation des critères d'agrément de radiothérapie supérieur à 80 % pour les régions où la participation des établissements est supérieure à 40 %

Régions	Taux de réalisation des critères d'agrément de radiothérapie	Participation des établissements
RÉUNION	100 %	100 %
PAYS DE LA LOIRE	96 %	100 %
ALSACE	94 %	75 %
PACA	92 %	91 %
PICARDIE	92 %	100 %
BRETAGNE	91 %	80 %
ÎLE-DE-FRANCE	91 %	65 %
RHÔNE-ALPES	90 %	65 %
CHAMPAGNE-ARDENNE	89 %	75 %
LORRAINE	89 %	60 %
BOURGOGNE	88 %	50 %
LANGUEDOC-ROUSSILLON	88 %	44 %
CORSE	87 %	50 %
HAUTE-NORMANDIE	87 %	50 %
LIMOUSIN	87 %	100 %
BASSE-NORMANDIE	85 %	50 %
FRANCHE-COMTÉ	80 %	100 %

Les régions sont classées en fonction de leur taux de réalisation

7.3 Focus sur 2 critères d'agrément de radiothérapie

- La vérification du nombre des unités moniteur effectuée par un deuxième système de calcul, réalisée à hauteur de 67 % en juin 2010, varie fortement selon les régions et selon les statuts des établissements.

Tableau 29. Double vérification des unités moniteur selon le statut de l'établissement, en juin 2010

Établissements ayant mis en place la double vérification des unités moniteur		Pour							Cumul par statut	Taux de réalisation de la double vérification
		Aucun patient	< 20 % des patients	20 % à 40 % des patients	40 à 60 % des patients	60 à 80 % des patients	80 à 100 % des patients	Tous les patients		
GCS	en proportion	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	100 %	100 %
	nombre							3	3	
CHU-R	en proportion	14 %	0 %	0 %	7 %	0 %	0 %	79 %	100 %	82 %
	nombre	2			1			11	14	
Clinique privée	en proportion	25 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	75 %	100 %	75 %
	nombre	3						9	12	
CLCC	en proportion	17 %	5 %	5 %	0 %	0 %	11 %	62 %	100 %	71 %
	nombre	3	1	1			2	11	18	
CH	en proportion	26 %	5 %	0 %	11 %	0 %	11 %	47 %	100 %	62 %
	nombre	5	1		2		2	9	19	
Cabinet libéral radiothérapie	en proportion	40 %	4 %	0 %	4 %	0 %	0 %	52 %	100 %	55 %
	nombre	10	1		1			13	25	
ESPIC	en proportion	67 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	33 %	100 %	33 %
	nombre	2						1	3	
Tous les établissements	en proportion	26 %	3 %	1 %	4 %	0 %	4 %	61 %	100 %	67 %
	nombre	25	3	1	4	0	4	57	94	

Les statuts d'établissements sont classés en fonction du taux de réalisation de la double vérification

Les CHU-R déclarent mettre ce critère en œuvre à hauteur de plus de 80 %. Les CLCC et les cliniques privées estiment mettre en œuvre ce critère à hauteur de 70 %, les CH à hauteur de 60 % et les cabinets libéraux à hauteur de 55 %.

MOYENNE NATIONALE DE
TOUS LES ÉTABLISSEMENTS
Taux de réalisation de la double
vérification : 67 %
Participation : 55 %

Tableau 30. Double vérification des unités moniteur dans les régions, en juin 2010, où la participation des établissements est supérieure à 40 %

Régions	Taux de réalisation de la double vérification	Participation des établissements		
		Nb check-lists	Nb autorisés	Participation des établissements
RÉUNION	100 %	2	2	100 %
PAYS DE LA LOIRE	86 %	7	7	100 %
PICARDIE	83 %	6	6	100 %
ÎLE-DE-FRANCE	70 %	17	26	65 %
ALSACE	70 %	3	4	75 %
PACA	70 %	10	11	91 %
LANGUEDOC-ROUSSILLON	64 %	4	9	44 %
RHÔNE-ALPES	64 %	11	17	65 %
BRETAGNE	63 %	8	10	80 %
CHAMPAGNE-ARDENNE	61 %	3	4	75 %
LORRAINE	61 %	3	5	60 %
HAUTE-NORMANDIE	50 %	2	4	50 %
BASSE-NORMANDIE	45 %	2	4	50 %
BOURGOGNE	42 %	3	6	50 %
FRANCHE-COMTÉ	23 %	2	2	100 %
CORSE	0 %	1	2	50 %
LIMOUSIN	0 %	3	3	100 %

Les régions sont classées en fonction de leur taux de réalisation

La double vérification des unités moniteur varie également beaucoup selon les régions avec un pourcentage de réalisation compris entre 0 % et 100 % :

- 3 régions ne mettent pas, ou peu, en place ce critère ;
- 3 régions mettent en place ce critère à plus de 80 %.

- La dosimétrie *in vivo* effectuée pour chaque faisceau techniquement mesurable, lors de la première ou de la deuxième séance d'irradiation, ainsi qu'à chacune des modifications du traitement est réalisée à hauteur de 78 %.

 Tableau 31. Dosimétrie *in vivo* selon le statut de l'établissement, en juin 2010

Établissements ayant mis en place la dosimétrie <i>in vivo</i>		Pour						Cumul par statut	Taux de réalisation de la dosimétrie <i>in vivo</i>	
		Aucun patient	< 20 % des patients	20 % à 40 % des patients	40 à 60 % des patients	60 à 80 % des patients	80 à 100 % des patients			Tous les patients
GCS	en proportion	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	100 %	100 %
	nombre							3	3	
Cabinet libéral radiothérapie	en proportion	4 %	0 %	0 %	4 %	4 %	24 %	64 %	100 %	87 %
	nombre	1			1	1	6	16	25	
Clinique privée	en proportion	8 %	0 %	0 %	8 %	0 %	17 %	67 %	100 %	86 %
	nombre	1			1		2	8	12	
CHU-R	en proportion	7 %	7 %	0 %	14 %	0 %	7 %	64 %	100 %	79 %
	nombre	1	1		2		1	9	14	
CH	en proportion	5 %	5 %	5 %	11 %	5 %	21 %	47 %	100 %	77 %
	nombre	1	1	1	2	1	4	9	19	
CLCC	en proportion	22 %	6 %	6 %	0 %	11 %	6 %	50 %	100 %	63 %
	nombre	4	1	1		2	1	9	18	
ESPIC	en proportion	67 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	33 %	100 %	33 %
	nombre	2						1	3	
Tous les établissements	en proportion	11 %	4 %	2 %	4 %	4 %	15 %	58 %	100 %	78 %
	nombre	10	4	2	4	4	14	55	94	

Les statuts d'établissements sont classés en fonction du % de réalisation de la dosimétrie *in vivo*

Les cabinets libéraux de radiothérapie et les cliniques privées déclarent mettre en œuvre la dosimétrie *in vivo* à hauteur de près de 90 %. Les CHU-R et les CH déclarent la mettre en œuvre à hauteur de 80 %, les CLCC à hauteur de 60 %.

Tableau 32. Dosimétrie *in vivo* dans les régions, en juin 2010, où la participation des établissements est supérieure à 40 %

Régions	Taux de réalisation de la dosimétrie <i>in vivo</i>	Participation des établissements		
		Nb check-lists	Nb autorisés	Participation des établissements
BRETAGNE	100 %	8	10	80 %
CORSE	100 %	1	2	50 %
PAYS DE LA LOIRE	99 %	7	7	100 %
ALSACE	97 %	3	4	75 %
LORRAINE	97 %	3	5	60 %
RÉUNION	95 %	2	2	100 %
PICARDIE	85 %	6	6	100 %
BASSE-NORMANDIE	77 %	2	4	50 %
PACA	76 %	10	11	91 %
ÎLE-DE-FRANCE	74 %	17	26	65 %
RHÔNE-ALPES	73 %	11	17	65 %
BOURGOGNE	70 %	3	6	50 %
LIMOUSIN	67 %	3	3	100 %
FRANCHE-COMTÉ	50 %	2	2	100 %
LANGUEDOC-ROUSSILLON	50 %	4	9	44 %
CHAMPAGNE-ARDENNE	48 %	3	4	75 %
HAUTE-NORMANDIE	5 %	2	4	50 %

Les régions sont classées en fonction de leur taux de réalisation

La réalisation de ce critère varie grandement selon les régions :

- 2 régions mettent peu, voire très peu, en place ce critère ;
- 2 régions déclarent mettre en place ce critère totalement.

**MOYENNE NATIONALE DE
TOUS LES ÉTABLISSEMENTS**
Taux de réalisation de dosimétrie
in vivo : 78 %
Participation : 55 %

8. MISE EN ŒUVRE DES CRITÈRES D'AGRÈMENT DE PÉDIATRIE

- Trente-deux établissements ont renvoyé leur check-list.

Pédiatrie

1. Disposition de moyens d'imagerie pédiatrique, d'un secteur opératoire incluant le matériel, les dispositifs médicaux et les compétences adaptés à la prise en charge des enfants et d'une unité de réanimation pédiatrique.
2. Stratégie de préservation de la fertilité du patient incluant l'accès à une structure autorisée à effectuer la conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux.
3. Appartenance à une organisation hospitalière interrégionale de recours en oncologie pédiatrique identifiée par l'Institut National du Cancer (critère non demandé dans la check-list).
4. Respect des conditions de la RCP interrégionale pédiatrique pour un patient de moins de 18 ans : enregistrement et discussion de son dossier, et traitement assuré par le médecin présentant son dossier (critère non demandé dans la check-list).
5. Validation de l'indication thérapeutique de chirurgie, de chimiothérapie ou de radiothérapie et proposition du plateau technique par la RCP interrégionale pédiatrique (critère non demandé dans la check-list).
6. Proposition d'une prise en charge dans une structure traitant le cancer des patients adultes pour les adolescents âgés de 16 à 18 ans, lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) interrégionale pédiatrique. Tous les critères s'appliquent alors à cette structure à l'exception des critères n° 1, 3, 14, 15 et 17 (critère non demandé dans la check-list).
7. Organisation de l'accueil, la présence des parents et les visites de la fratrie, et formalisation de l'organisation assurant l'hébergement des parents.
8. Prise en charge psychologique du patient et, s'il y a lieu, de la famille et des proches.
9. Évaluation des besoins sociaux, l'information de la famille à cet égard et aide aux demandes de prestations sociales.
10. Mise en place des conditions permettant le maintien de la scolarité et la mise en place d'un projet éducatif.
11. Organisation et coordination de la continuité de la prise en charge du patient en relation avec les structures de proximité et les professionnels intervenant au domicile.

Pédiatrie : chirurgie

12. Les critères d'agrément généraux pour la pratique de la chirurgie des cancers n° 1 à 8 s'appliquent à la prise en charge des enfants et adolescents de moins de 18 ans.

Pédiatrie : chimiothérapie

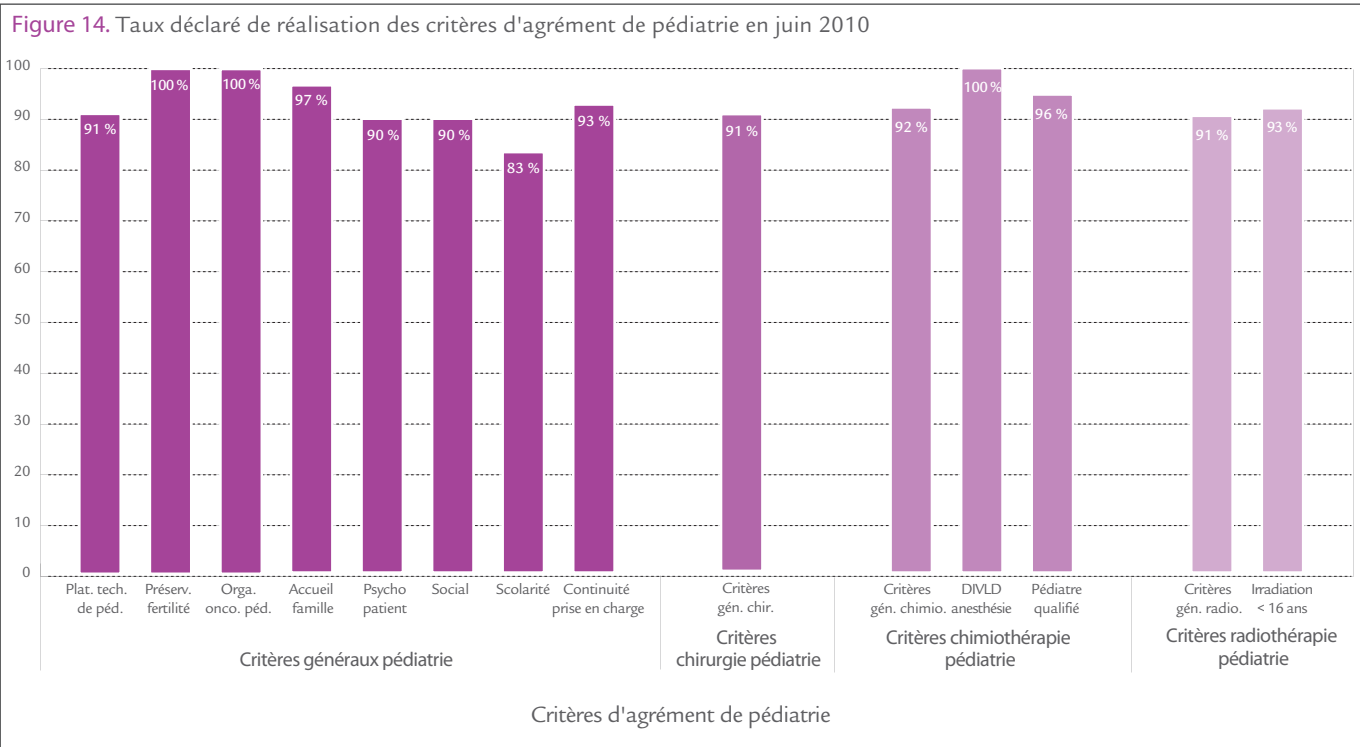
13. Les critères d'agrément généraux pour la pratique de la chimiothérapie n° 1 à 4, 6 à 8 et 10 à 15 s'appliquent à la prise en charge des enfants et adolescents de moins de 18 ans.
14. Disposition du concours d'un anesthésiste expérimenté en anesthésie pédiatrique pour la mise en place des dispositifs intraveineux de longue durée.
15. L'établissement dispose d'au moins un pédiatre justifiant de la formation ou de l'expérience prévue par la réglementation relative à l'activité de traitement du cancer.

Pédiatrie : radiothérapie

16. Les critères pour la pratique de la radiothérapie externe s'appliquent à la prise en charge des enfants et adolescents de moins de 18 ans.
 17. Traitements des patients de moins de 16 ans, à l'exception des irradiations corporelles totales, assurés dans des centres de radiothérapie comprenant au moins un radiothérapeute qui participe régulièrement à la RCP interrégionale pédiatrique et réalisant au moins 12 mises en traitement annuelles.
 18. Traitements à visée palliative pouvant être assurés dans tous les centres de radiothérapie, après avis de la RCP interrégionale pédiatrique (critère non demandé dans la check-list).
-

8.1 Détail des critères d’agrément de pédiatrie

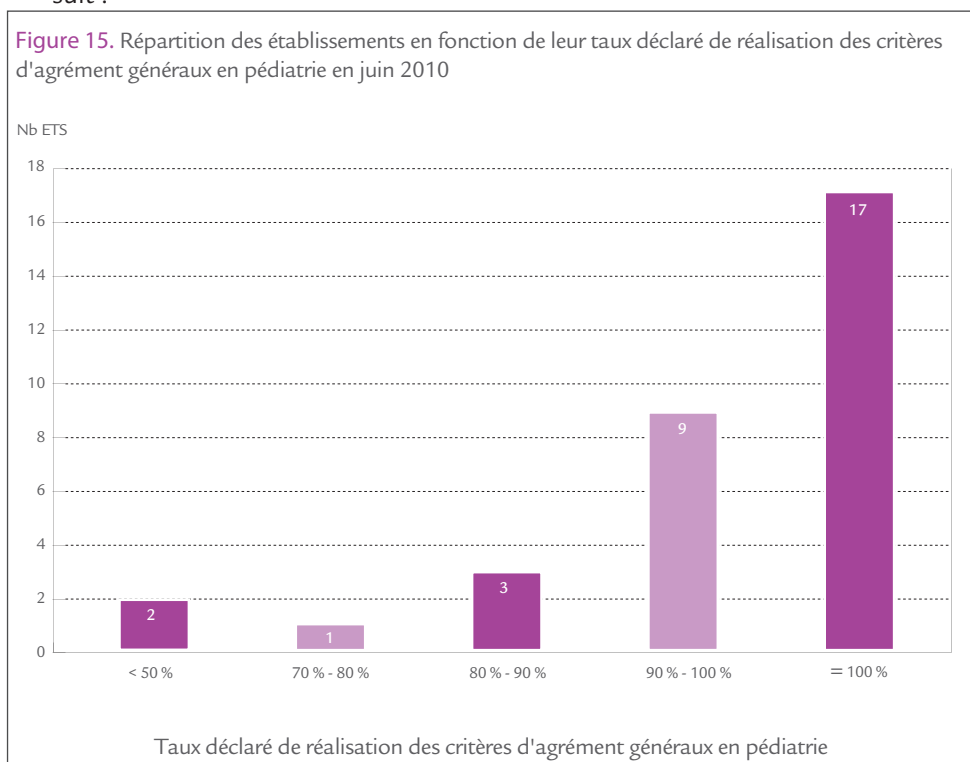
- La réalisation des critères d’agrément généraux de pédiatrie varie entre 83 % et 100 % en juin 2010.



Tous les critères sont déclarés déjà largement mis en place. Les établissements prenant en charge des enfants atteints de cancer sont des centres spécialisés, des centres de références. Cela peut expliquer cette très bonne réalisation de l’ensemble des critères.

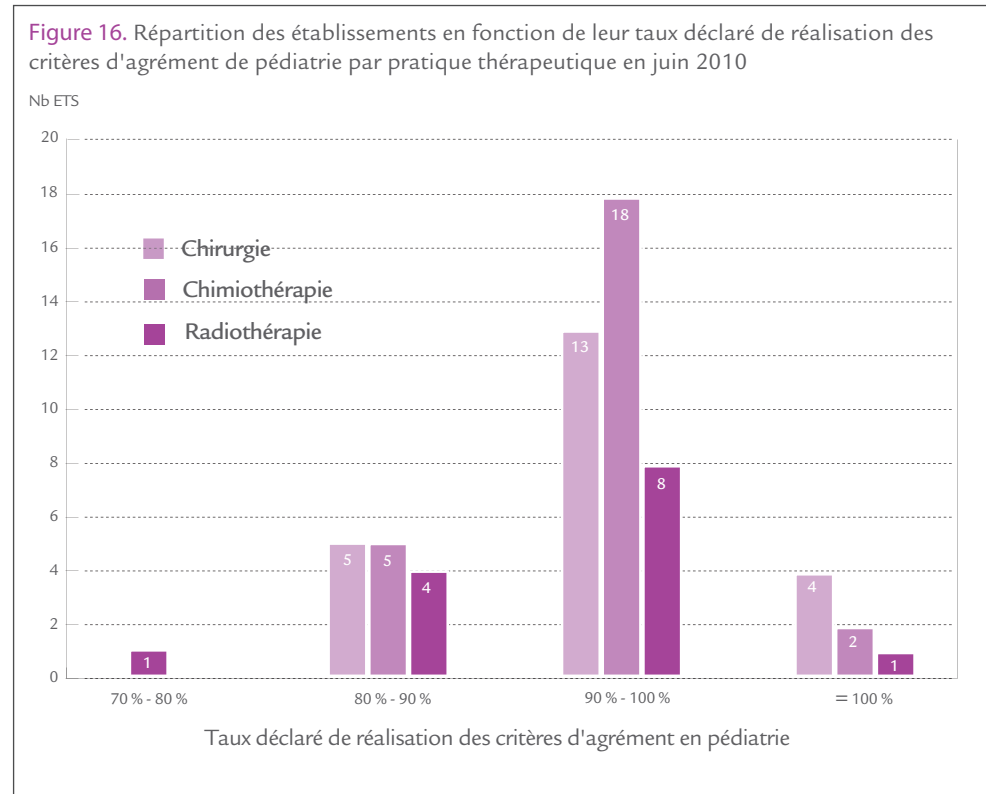
8.2 Répartition des établissements en fonction de leur taux de réalisation des critères d'agrément de pédiatrie

- Les établissements se répartissent en fonction de leur taux de réalisation comme suit :



Parmi ces 32 établissements répondants, plus de 50 % mettent en œuvre tous les critères généraux. Seuls 2 établissements déclarent mettre en œuvre ces critères à hauteur de moins de 50 %.

En sus des critères généraux de pédiatrie, s'appliquent des critères d'agrément spécifiques à la chirurgie des cancers, à la chimiothérapie et à la radiothérapie.



Les taux de réalisation des critères d'agrément prennent en compte les critères généraux de pédiatrie et les critères spécifiques à chaque pratique thérapeutique

À NOTER: un établissement autorisé en pédiatrie pour plusieurs pratiques thérapeutiques apparaîtra autant de fois que le nombre de pratiques thérapeutiques pour lesquelles il est autorisé.

À l'exception d'un établissement pratiquant la radiothérapie ayant un taux de réalisation des critères d'agrément de pédiatrie compris entre 70 % et 80 %, tous les autres établissements, et ce quelle que soit la pratique thérapeutique, affichent un taux de réalisation supérieur à 80 %.

Pour plus d'informations
www.e-cancer.fr

Toutes les informations sur le Plan cancer 2009-2013
www.plan-cancer.gouv.fr

Institut National du Cancer
52, avenue André Morizet
92100 Boulogne-Billancourt

Tel. +33(1) 41 10 50 00
Fax +33(1) 41 10 50 20
diffusion@institutcancer.fr

