

F. Colombani<sup>1</sup>, F. Saillour<sup>2</sup>, S. Bekadar<sup>1,2</sup>, A. Ravaud<sup>1,3</sup>, G. Robert<sup>4</sup>, et le groupe d'experts régional<sup>5</sup>

- Centre de coordination en cancérologie (3C) CHU de Bordeaux
- Unité Méthodes d'Évaluation en Santé, Service d'information médicale, Pôle de santé publique, CHU de Bordeaux
- Service d'oncologie médicale, Pôle oncologie, radiothérapie, dermatologie, hématologie, et soins palliatifs, CHU de Bordeaux
- Service urologie, andrologie et transplantation rénale, Pôle chirurgie, CHU de Bordeaux

- MS. Bordier (anatomocytopathologie, Centre hospitalier [CH] Libourne), V. Bourgade (urologie, CH Dax), M. Brègue (urologie, CH Mont-De-Marsan), B. Cipolla (urologie, CH Mont-De-Marsan), H. De Clermont (médecine nucléaire, CHU Bordeaux), A. Douard (urologie, CH Bayonne), T. Haaser (Radiothérapie, CHU Bordeaux), M. Garcia-Ramirez (radiothérapie, CH Libourne), T. Gateau (urologie, CH Libourne), N. Grenier (imagerie, CHU Bordeaux), J. Guillet (Imagerie, CH Agen), L. Lagoarde-Ségot (imagerie CH Bayonne), O. Martin (urologie, CH Périgueux), L. Mascle (urologie, CH Bayonne), K. Massaloux (médecine nucléaire, CH Pau), N. Pontier (radiothérapie, CH Dax), M. Yacoub (anatomocytopathologie, CHU Bordeaux), N. Zirganos (anatomocytopathologie, CH Mont-De-Marsan)

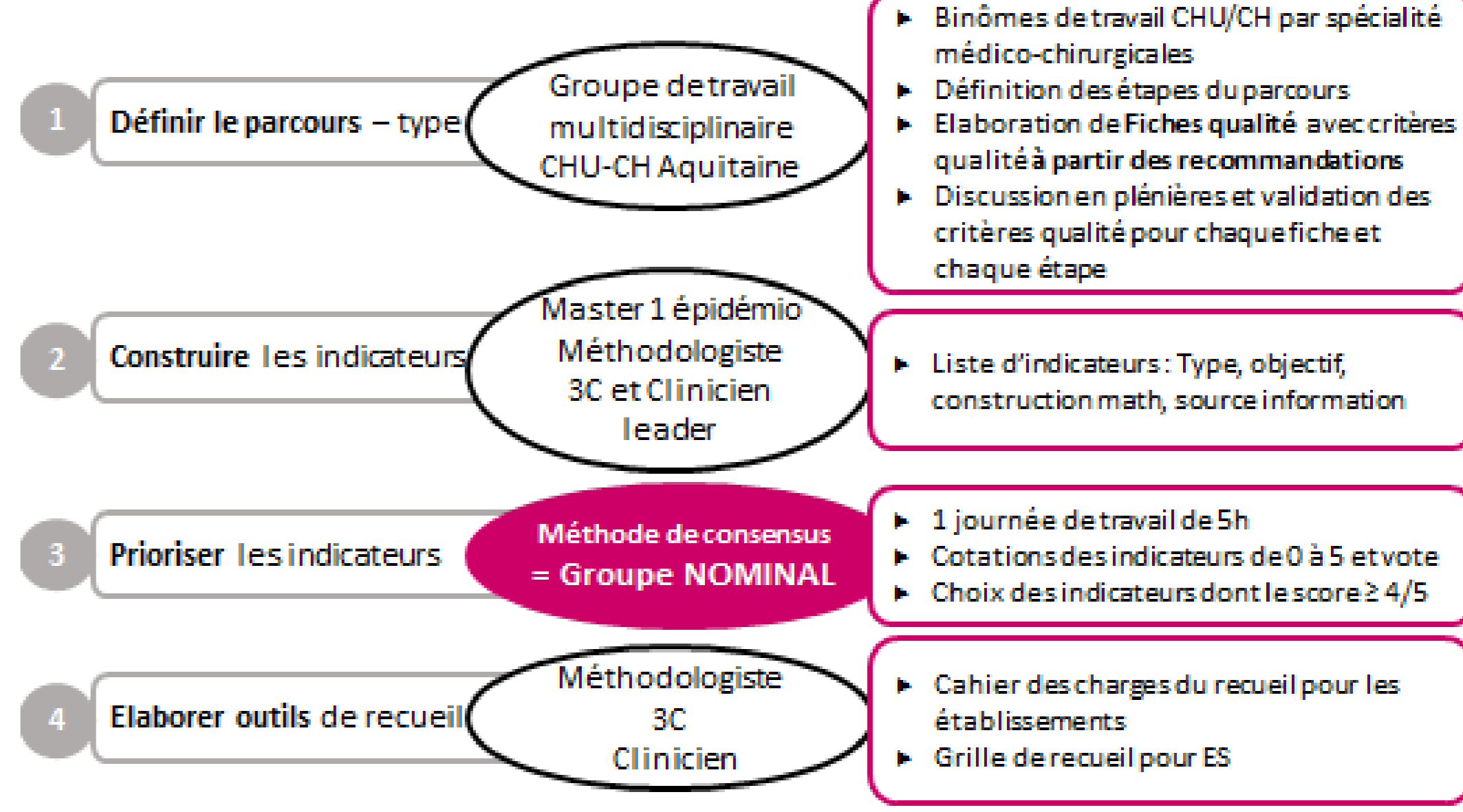
### Contexte

- Un des objectifs prioritaires de la FHF cancer est l'**accessibilité pour tous les patients à des prises en charge de qualité quelque soit leur porte d'entrée** dans le système de santé
- Requiert de s'appuyer sur des stratégies de coopération entre établissements
  - étape initiale : description des parcours-type et élaboration d'outils d'évaluation
- Pour permettre aux acteurs des différents établissements
  - de déterminer leurs contributions aux étapes du parcours
  - opportunité de progresser en interne, de coopérer ou de confier la réalisation à d'autres acteurs
- 1<sup>er</sup> parcours-type choisi : cancer localisé de prostate sur le GHT et Supra-GHT en Aquitaine
  - Définir le parcours de soins en s'appuyant sur les recommandations existantes
  - Fournir des indicateurs de qualité du parcours

### Objectifs

- Définir le parcours type « cancers localisés de prostate »  
Définir les critères qualité pour chaque étape
- Construire les indicateurs en fonction des recommandations nationales
- Prioriser les indicateurs
- Organiser le recueil des indicateurs

### Méthode (1)



### Méthode (2) : fiche qualité

**Fiche Qualité**

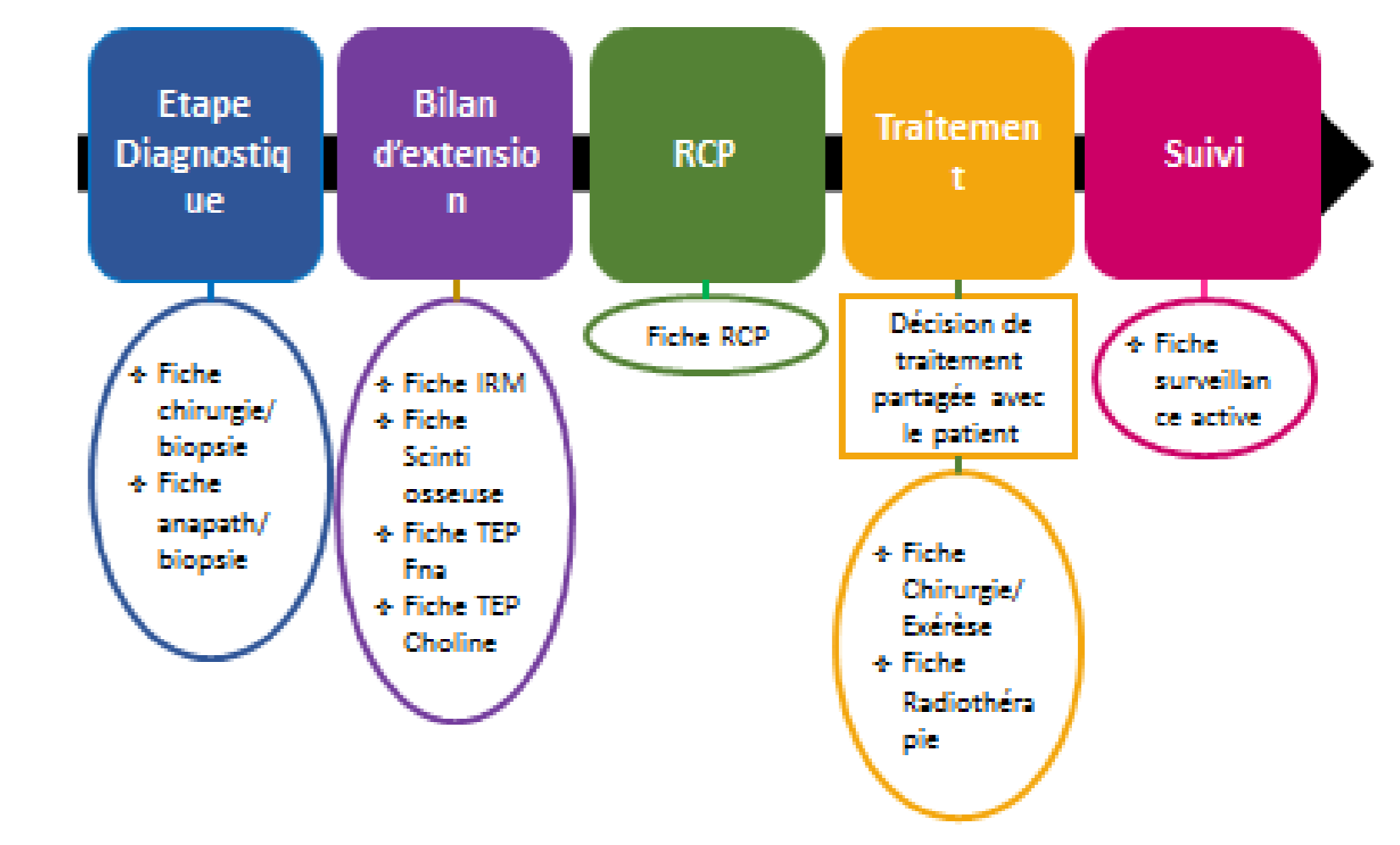
- Délai de prise en charge (avant examen ou traitement)
- Spécifications techniques minimales (matériel nécessaire, équipement)
- Protocole à mettre en œuvre (technique de l'examen ou du traitement à réaliser)
- Volume d'activité minimal (par structure et/ou par médecin)
- Organisation pratique de la prise en charge médicale (combien de médecins ?, comment ?)

Fiche qualité = grille de travail des binômes médicaux CHU /CH

### Méthode (3) : Groupe NOMINAL

- Inclusion des experts**
  - Représentativité de toutes les spécialités impliquées dans la prise en charge de ce type de cancer
  - Représentativité de tous les centres hospitaliers publics de la région Aquitaine prenant en charge des patients atteints de ce cancer
- Critères et échelle de cotation**
  - « optimisation du pronostic fonctionnel et carcinologique » des patients
  - Cotation de chaque indicateur en fonction du critère retenu
    - échelle de 0 à 5
    - 0 = indicateur n'est pas pertinent dans un but d'optimisation du pronostic fonctionnel et carcinologique des patients
    - 5 = indicateur très pertinent dans cet objectif
- Déroulement de la journée**
  - Présentation du projet et de la méthode aux experts
  - Pour chaque fiche-qualité : séances de
    - Discussion (suppression/modification)
    - Cotation (0 à 5)
    - Hiérarchisation des indicateurs en fonction de la moyenne de cotation
    - Discussion (priorisation)

### Résultats (1) Parcours de soin-type



### Résultats (2) Fiche qualité

**Exemple : fiche « Biopsie prostatique »**

**Charges qualité pour les biopsies prostatiques**

1. Délai de prise en charge (avant examen ou traitement)

Dans les 2 mois qui suivent la consultation ou cours de laquelle l'indication a été posée (délai entre date du compte-rendu opératoire de la biopsie et le jour de l'indication de cette biopsie posée par l'urologue).

\* date de l'indication posée dans le courrier posant l'indication

2. Spécifications techniques minimales (matériel nécessaire, équipement)

- Sous contrôle échographique
- Existence d'une Sonde endorectale de 7 Meq/10 de fréquence minimale
- Existence d'une Guide de ponction rétractable ou à usage unique
- Reposée possible du trajet de ponction sur l'écran de l'échographe

3. Protocole à mettre en œuvre (technique de l'examen ou du traitement à réaliser)

- Respect des recommandations sur l'antibioprophylaxie (administration d'une dose unique de fluoroquinolone ou de CCG dans les 2 heures avant la biopsie)
- Sous contrôle échographique endorectal
- Au minimum sous anesthésie locale mais pas d'AG systématique (proportion de biopsies sous anesthésie générale par rapport au nombre de biopsies faites par centre (50%)
- Au minimum 12 biopsies réalisées dans les différents quadrants et séparées pour l'analyse (indiqué dans le compte-rendu opératoire et anatomocytopathologique)
- En cas de re-biopsie : proposition d'IRM prélabiale pour biopsies ciblées (technique de repérage au filin de centre) ou biopsies de saturation

4. Volume d'activité minimal (par structure et/ou par médecin)

- Minimum de 30 biopsies par an dans la structure

5. Organisation pratique de la prise en charge médicale (combien de médecins ?, comment ?)

- Dans une salle dédiée (salle propre séparée du bureau de consultation) ou bloc opératoire
- Consultation prévue pour l'annonce des résultats dans un délai de 30 jours maximum après la date de la biopsie
- Disponibilité d'un médecin en place dans la structure

10 fiches qualité

### Résultats (3) Construction indicateurs

- 76 indicateurs construits à partir des fiches qualité**
  - 22 pour l'étape diagnostique
    - 16 pour la fiche biopsie prostatique et 6 pour la fiche biopsie/anatomopathologie
  - 24 pour le bilan d'extension
    - 4 pour la fiche scintigraphie osseuse, 7 pour la TEP FNa, 7 pour la TEP Choline et 8 pour la fiche IRM
  - 2 pour l'étape RCP
  - 26 pour l'étape traitement
    - 11 pour la prostatectomie – chirurgie, 5 pour la prostatectomie – anatomopathologie et 10 pour la radiothérapie
  - 2 pour l'étape surveillance active

### Résultats (4) Construction indicateurs

Exemple : description d'un indicateur de délai pour la fiche biopsie prostatique

Etape du parcours	Type d'examen	Libellé de l'indicateur	Construction mathématique	Objectif	Source d'information	Type d'indicateur
Etape diagnostique	Biopsie prostatique	Taux de biopsies prostatiques réalisées dans les deux mois qui suivent le courrier posant l'indication	<p><b>Numérateur</b> = Nombre de biopsies prostatiques réalisées dans le délai recommandé.</p> <p><b>Dénominateur</b> = Nombre de biopsies prostatiques réalisées.</p> <p><b>Délai recommandé</b> : différence entre la date du CRDP de la biopsie et la date présente dans le courrier posant l'indication inférieur ou égale à deux mois</p>	Evaluer le respect des recommandations concernant le délai de réalisation des biopsies prostatiques	Date de l'indication ; sur le courrier posant l'indication ; Date de l'intervention	Processus

### Résultats (5) Méthode de consensus 1 jour donné

- 14 experts ont participé à la cotation
- 46 indicateurs ont été hiérarchisés à l'issue des 10 phases de discussion-cotation-discussion
- 14 indicateurs ont été retenus avec une moyenne de cotation  $\geq 4/5$

### Résultats (6)

Exemple : hiérarchisation des indicateurs qualité de biopsie – chirurgie

Projet qualité du parcours de soins du cancer de prostate localisé, FHF Cancer

Classement	Libellé de l'indicateur	Moyenne (cart-type)	Min - Q2 -Max	Nombre de votants
1	Taux de réalisation de biopsies prostatiques conformes au protocole clinique recommandé	4,43 (0,94)	2 - 5 - 5	14
2	Pour les re-biopsies : taux de biopsies réalisées après proposition d'IRM prélabiale pour les biopsies ciblées (technique de repérage au choix du centre), ou les biopsies de saturation.	3,62 (0,87)	2 - 4 - 5	14
3	Proportion d'annonce des résultats de la biopsie prostatique dans un délai de 30 jours maximum après la date de la biopsie.	3,54 (0,88)	2 - 3 - 5	14
4	Taux de biopsies prostatiques réalisées dans les deux mois qui suivent le courrier posant l'indication.	2,62 (1,26)	1 - 3 - 5	14
5	Taux de biopsies prostatiques réalisées dans une salle dédiée ou dans un bloc opératoire.	2,62 (0,96)	1 - 2 - 4	14
6	Réalisation d'au moins 30 biopsies prostatiques par an dans l'établissement	2,57 (0,94)	1 - 3 - 4	14

10 fiches qualifiées  
↓  
76 indicateurs construits  
↓  
46 ont été conservés par le groupe nominal  
↓  
14 indicateurs score  $\geq 4$

### Résultats (7) : Elaboration des outils de recueil

- Cahier des charges (modalités de recueil)**
  - Schéma d'étude
  - Construction de l'échantillon
  - Proposition du support de saisie
  - Identification des responsables du recueil
- Grille de recueil (100 questions)**

### Conclusion

- Projet s'inscrivant dans une démarche structurante d'amélioration et d'homogénéisation de la qualité des soins conformément aux objectifs de la FHF cancer en s'appuyant sur des recommandations validées.
- Démarche ayant apporté des outils permettant d'optimiser la qualité des soins sur l'ensemble du parcours de prise en charge ; favoriser l'accès à tout patient à des soins de qualité sur l'ensemble de son parcours
- Démarche très fédératrice pour les professionnels médicaux impliqués dans le groupe nominal
- Certains des critères retenus pourraient contribuer à tisser un véritable maillage territorial de qualité entre les établissements publics de santé
- Pour être applicable, une telle démarche doit s'appuyer sur des indicateurs en nombre peu important et acceptés par les professionnels prenant en charge les patients

### Limites et Perspectives

- Limites**
  - Les indicateurs n'ont pas été validés d'un point de vue métrologique et leur faisabilité n'a pas été encore testée
  - Même si la représentation de l'ensemble des spécialités et des établissements de santé a été respectée au cours du groupe nominal, la priorisation par la méthode du groupe nominal peut se révéler très spécifique du groupe réuni en Aquitaine et les conclusions de priorisation manquer de validité externe
- Perspectives**
  - Tester la faisabilité du recueil sur des dossiers médicaux : Disponibilité des sources, Acceptabilité de la mesure par les professionnels, Charge de travail
  - Évaluer la reproductibilité de la méthode de hiérarchisation utilisée
  - Proposer un modèle de développement et de déploiement d'indicateurs pour d'autres localisations de cancer

### Remerciements : Groupe de travail surpaGHT

- Participants fiches qualité :**
  - Dr Michel Brègue – Urologue – CH Mont de Marsan
  - Dr Bernard Cipolla – urologue – CH Mont de Marsan
  - Dr Antoine Douard – Urologue – CH Bayonne
  - Dr François Junès – Urologue – CH Libourne
  - Dr Nicolas Pontier – Radiothérapeute – CH Dax
  - Dr Thibaud Haaser – Radiothérapeute – CHU Bordeaux
  - Dr Laurent Lagoarde-Ségot – Radiologue – CH Bayonne
  - Dr Nicolas Grenier – Radiologue – CHU Bordeaux
  - Dr Marie-Sylvie Bordier – Anapath – CH Libourne
  - Dr Mokrane Yacoub – Anapath – CHU Bordeaux
  - Dr Karine Massaloux – Med Nucléaire – CH Pau
  - Dr Henri de Clermont – Med Nucléaire – CHU Bordeaux
- Coordination projet :**
  - Pr Grégoire Robert
    - Urologue, CHU de Bordeaux
  - Dr Florence Saillour
    - méthodologiste, Unité méthodes d'évaluation en santé (UMES), Service d'information médicale, Pôle de Santé Publique, CHU de Bordeaux
  - Dr Françoise Colombani
    - épidémiologiste, médecin délégué 3C, CHU de Bordeaux
  - Pr Alain Ravaud
    - oncologue médical, coordonnateur médical 3C et chef de département d'oncologie, CHU de Bordeaux

Participants Groupe nominal : 15 spécialistes (3 du CH de Pau, 6 du CH de Mont-de-Marsan, 1 du CH d'Agen, 2 du CHU de Libourne, 2 du CH de DAX, 1 du CH de Bayonne, 1 du CHU de Bordeaux et 1 du CH de Périgueux)