

# 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

S. Huo Yung Kai 1, C. Delpierre 4, C. Gaudin3, J. Goddard 2, L. Daubisse-Marliac 1, E. Bauvin 2, P. Grosclaude 1

1 Registre des Cancers du Tarn - BP 37 81001 Albi cedex, Tarn, France, registre81@orange.fr

2 Réseau régional de cancérologie de Midi-Pyrénées Oncomp - 20-24, rue du Pont Saint-Pierre - 31052 Toulouse cedex, secretariat@oncomp.fr

3 CHU Purpan - Place du Docteur Baylac - 31059 Toulouse cedex 9 ; 4 Inserm U558 – 31000 Toulouse

## Contexte et Objectif

Un des objectifs du Plan cancer 2003-2007 était d'offrir à chaque patient atteint de cancer une prise en charge pluridisciplinaire de sa maladie. Cette pluridisciplinarité fait notamment référence à la mise en place des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) au cours desquelles le dossier de tous les nouveaux patients est présenté et éventuellement discuté. L'organisation des soins en France permet qu'un patient, diagnostiqué dans une structure de soins, complète son bilan diagnostique dans une seconde et soit traité dans une troisième. Il est donc difficile de savoir à qui incombe la responsabilité d'organiser le passage de son dossier en RCP. La mesure de l'exhaustivité sur un territoire ne peut être la somme des exhaustivités des Centres de Coordination en Cancérologie (3C) présents sur ce territoire.

Elle devrait être abordée de façon plus globale en se basant sur un recensement de l'ensemble des cas diagnostiqués dans la population et en confrontant ce recensement à l'ensemble des dossiers vus en RCP ce qui n'est possible que dans les zones couvertes par un registre. Nous avons choisi de travailler sur le cancer de la prostate, ce choix s'explique par la fréquence importante de ce cancer en France.

- Evaluer l'exhaustivité de la présentation en RCP des cas de cancer de la prostate diagnostiqués chez les résidents du Tarn
- Etudier les facteurs modulant cette présentation
- Evaluer la qualité des RCP

## Matériel et méthodes

Tous les cas de cancers prostatiques diagnostiqués dans la population du Tarn en 2007 ont été recensés par le registre des cancers. La liste ainsi constituée a été confrontée à l'ensemble des cas passés en RCP dans la région Midi-Pyrénées. Nous avons calculé l'exhaustivité du taux de passage en RCP (un cas devait passer en RCP dans les 3 mois après son diagnostic et avant tout traitement). Différentes informations collectées par le registre sur les caractéristiques des cas (âge, extension initiale de la tumeur, score de Gleason, taux de PSA initial, traitement réalisé) ont permis d'étudier les facteurs associés à la présentation (ou non présentation) en RCP. Une analyse univariée (Chi2) puis multivariée (régression logistique) ont été réalisées.

La qualité des RCP a été évaluée à partir des critères suivants: délai entre le diagnostic et la RCP, temporalité (RCP pré ou post-thérapeutique), présence d'éléments de conformité d'une RCP (date et lieu de la RCP, noms des médecins présents, présence du médecin prenant en charge le patient, validité du quorum –présence d'au moins trois médecins de spécialités différentes), présence des éléments médicaux nécessaires à l'élaboration d'une proposition de prise en charge initiale (âge, OMS, PSA, score de Gleason, TNM), conformité du traitement proposé par rapport au référentiel et adéquation entre les traitements proposés en RCP et les traitements réalisés.

## Résultats

### Passage en RCP

Parmi les 459 cas de cancers prostatiques diagnostiqués dans la population du Tarn en 2007 59% sont passés en RCP dans les 3 mois qui ont suivi le diagnostic et 56% avant tout traitement (cf figure 1). Les facteurs associés au passage en RCP sont l'âge, le taux de PSA, et le traitement par radiothérapie (tableau 1 présentant les résultats de l'analyse univariée). En analyse multivariée (non présentée ici) la probabilité de passage en RCP était moindre pour les plus de 85 ans (OR de 0.10, p=0.009) et lorsque les patients n'avaient pas eu de radiothérapie (OR de 0.27, p=0.000). Elle augmentait pour les stades avancés N+M+ (OR de 4.23, p=0.019).

### Qualité des RCP

Les éléments de conformité d'une RCP sont assez bien respectés, mais le médecin du patient était absent dans 35 % des cas. Dans la moitié des cas, au moins un des éléments médicaux était absent dans la fiche RCP (cf Tableau 2). La conformité du traitement proposé en RCP par rapport au référentiel ainsi que l'adéquation entre les traitements effectués et la proposition RCP étaient très élevés. Le non respect de la proposition faite par la RCP était justifiée soit par l'évolution rapide de la tumeur, soit par le refus du patient (cf Tableau 3).

## Discussion

L'existence d'un registre de cancer permet un recensement exhaustif des cas de cancer diagnostiqués pour au moins un département de la région. Le registre permet aussi de disposer assez facilement d'informations complémentaires, car il collecte des informations sur le stade de la maladie lors du diagnostic et aussi sur le traitement réalisé. Il est ainsi possible d'étudier l'exhaustivité du passage en RCP et les facteurs qui y sont associés. Cette approche sur une base populationnelle est plus naturelle et plus facile à mettre en œuvre au niveau d'un territoire que si l'on récupère les

informations via les 3C, car cela nécessite de mettre en place un chaînage complexe des dossiers pour éviter les doublons inter établissements. Dans les régions dans lesquelles existe un registre (les registres ne couvrent le plus souvent qu'un ou 2 départements de la région), cette technique qui nous donne une mesure exacte de l'exhaustivité peut servir à étalonner d'autres techniques de mesure applicables à l'ensemble de la région. Ce type d'étude peut être reproduit dans le temps, permettant de suivre l'évolution de l'exhaustivité et de la qualité de la prise en charge, et ainsi d'observer un impact éventuel de mesures (régionales ou nationales) visant à améliorer la qualité de la prise en charge.

Tableau 2. Qualité des RCP (N=220)

	Oui (%)
Lieu de la RCP renseigné	220 (100)
Date de la RCP renseignée	219 (99,55)
Noms des médecins précisés	217 (98,64)
Présence du médecin du patient	143 (65)
Validité du quorum	192 (87,27)
Eléments médicaux indispensables	
Age	217 (98,64)
OMS	151 (68,64)
PSA	207 (94,09)
Gleason	213 (96,82)
TNM	168 (76,36)
Absence d'au moins un élément	110 (50)

Tableau3. Qualité des traitements effectués (N=220)

	Oui (%)	Non (%)
Conformité de la proposition/ référentiel	214 (97)	6 (2,7)
Sinon Proposition thérapeutique justifiée	6 (100)	0
Adéquation du traitement effectué	199 (90,5)	19 (8,6)
Sinon traitement effectué justifié	17 (89,5)	2 (10,5)

Figure 1. Exhaustivité du passage en RCP

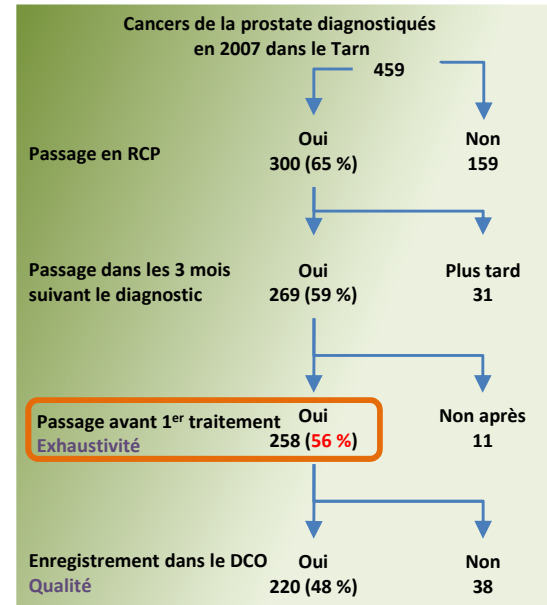


Tableau 1. Facteurs associés au passage en RCP (N=459)

	Total (%)	RCP	p
Age	0-54 ans	24 (5,23)	16 (66,67)
	55-59 ans	48 (10,46)	29 (60,42)
	60-64 ans	64 (13,94)	37 (57,81)
	65-69 ans	73 (15,90)	44 (60,27)
	70-74 ans	107 (23,31)	72 (67,29)
	75-79 ans	70 (15,25)	42 (60,00)
	80-84 ans	44 (9,59)	14 (31,82)
	85 et plus	29 (6,32)	4 (13,79)
Extension	T1 et 2	367 (79,96)	216 (58,86)
	T3 et 4	37 (8,06)	18 (48,65)
	N+ M+	35 (7,63)	20 (57,14)
	Inconnus	20 (4,36)	4 (20,00)
PSA (ng/ml)	<4	40 (8,71)	26 (65,00)
	[4 ; 10]	244 (53,16)	151 (61,89)
	10 ; 20]	75 (16,34)	42 (56,00)
	>20	85 (18,52)	38 (44,71)
	Inconnus	15 (3,27)	1 (6,67)
Gleason	2 à 6	200 (43,57)	126 (63,00)
	7	162 (35,29)	88 (54,32)
	8 à 10	71 (15,47)	37 (52,11)
Chirurgie	Inconnus	26 (5,66)	7 (26,92)
	Oui	182 (39,65)	95 (52,20)
	Non	268 (58,39)	160 (59,70)
	Inconnus	9 (1,96)	3 (33,33)
Radiothérapie	Classique	133 (28,98)	105 (78,95)
	Curieth	20 (4,36)	15 (75,00)
	Non	286 (62,31)	125 (43,71)
Hormonoth	Inconnus	20 (4,36)	13 (65,00)
	Classique	136 (29,63)	79 (58,09)
	Pulpectomie	2 (0,44)	2 (100)
	Non	305 (66,45)	172 (55,74)
Pulpectomie	Inconnus	16 (3,49)	7 (43,75)
	Non	305 (66,45)	172 (55,74)