



**UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET DES  
TECHNOLOGIES DE BAMAKO**

*Faculté de Médecine*

**FMOS**

**MEMOIRE**

**IMPACT DE LA RCP DANS LA PRISE EN CHARGE DES  
MALADES EN ONCOLOGIE CHIRURGICALE au CHU du PointG**

Présenté et soutenu le 30 /12/ 2022 devant la faculté de Médecine et  
d'Odonto-Stomatologie.

Par

**Dr. Baba TRAORE**

Pour obtention du Diplôme d'Etudes Spécialisées en Chirurgie  
générale

**Jury**

Président : **Pr. Bakary T DEMBELE**

Membres : **Pr. Drissa TRAORE**

Directeur : **Pr. Soumaila Keita**

## Sigles et abréviations

<b>RCP</b>	: Réunion de concertation pluridisciplinaire
<b>POMR</b>	: Problem oriented medical record
<b>PNPCC</b>	: Plan national de prévention et de contrôle du cancer
<b>ESMO</b>	: European Society Medical Oncology
<b>NCCN</b>	: National comprehensive cancer network
<b>Chu</b>	: Centre hospitalier universitaire
<b>DPC</b>	: Développement professionnel Continu
<b>SOR</b>	: Standards options et recommandations
<b>FMC</b>	: formation médicale continue
<b>CNT</b>	: Compétences non techniques
<b>CRM</b>	: Enseignement des situations de crise
<b>CF</b>	: Facteur humain
<b>AMM</b>	: Autorisation de mise sur le marché

## Liste des figures

**Figure 1** : Répartition des médecins selon la fréquence de participation à la RCP ..... 10

**Figure 2** : Répartition des médecins selon le but de présentation de dossier à la RCP..... 11

## Liste des tableaux

**Tableau I** : Répartition des médecins selon leur spécialité ..... 9

**Tableau II** : Répartition des médecins selon le statut ..... 9

**Tableau III** : Répartition des médecins selon les composantes ..... 10

**Tableau IV** : Répartition des médecins selon les dossiers des présenté par le médecin même ..... 11

**Tableau V** : Répartition des médecins selon le fait de demander à un collègue de présenter son dossier ..... 12

**Tableau VI** : Répartition des médecins selon le support de présentation ..... 12

**Tableau VII** : Répartition des médecins selon la priorité de présentation de dossiers ..... 12

**Tableau VIII** : Répartition des médecins selon la proportion de dossiers présentés à la RCP12

**Tableau IX** : Répartition des médecins selon l'issu des dossiers non présentés..... 13

**Tableau X** : Répartition des médecins selon la préconisation de l'utilisation de certains référentiels à la RCP pour éviter la discussion des cas non complexes ..... 13

**Tableau XI** : Répartition des médecins selon la position défendue lors de la présentation.... 13

**Tableau XII** : Répartition des médecins selon le RCP à l'origine de changement de diagnostic ..... 13

**Tableau XIII** : Répartition des médecins selon la raison de changement de diagnostic ..... 14

**Tableau XIV** : Répartition des médecins selon la demande d'examens paracliniques supplémentaires en prévision d'une RCP..... 14

**Tableau XV** : Répartition des médecins selon le RCP à l'origine de changement de la PEC initiale..... 14

**Tableau XVI** : Répartition des médecins selon certains cas rediscutés au niveau de la RCP 15

**Tableau XVII** : Répartition des médecins selon la délibération satisfaisante de la RCP ..... 15

**Tableau XVIII** : Répartition des médecins selon le désaccord avec la décision de la RCP... 15

**Tableau XIX** : Répartition des médecins selon le cas où ils seraient en désaccord..... 15

**Tableau XX** : Répartition des médecins selon la décision appliquée ..... 16

**Tableau XXI** : Répartition des médecins selon les informations du patient..... 16

<b><u>Tableau XXII</u></b> : Répartition des médecins selon le délai entre la RCP et l’instauration du traitement.....	16
<b><u>Tableau XXIII</u></b> : Répartition des médecins selon la proposition d’amélioration de la RCP d’oncologie digestive .....	16
<b><u>Tableau XXIV</u></b> : Répartition des patients selon la tranche d’âge.....	17
<b><u>Tableau XXV</u></b> : Répartition des patients selon le sexe .....	17
<b><u>Tableau XXVI</u></b> : Répartition des patients selon les antécédents médicaux.....	18
<b><u>Tableau XXVII</u></b> : Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux .....	18
<b><u>Tableau XXVIII</u></b> : Répartition des patients selon les localisations tumorales .....	19
<b><u>Tableau XXIX</u></b> : Répartition des patients selon l’anatomopathologie .....	20
<b><u>Tableau XXX</u></b> : Répartition des patients selon la classification TNM .....	20

## TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	1
OBJECTIFS .....	5
Objectif général .....	5
Objectifs spécifiques .....	5
PATIENTS ET METHODE.....	6
RESULTATS .....	9
1. Données sur les médecins.....	9
Caractéristiques de la population.....	9
Participation à la RCP .....	10
Buts de participation à la RCP .....	11
Déroulement de la RCP .....	13
2. Données sur les malades.....	17
Données sociodémographiques .....	17
Antécédents .....	18
Diagnostic final .....	19
COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	21
RÉFÉRENCES.....	45
ANNEXES .....	52

## INTRODUCTION

La réunion de concertation pluridisciplinaire ou RCP est un concept développé à des fins d'organisation et de validation de certaines prises de décisions notamment diagnostiques et thérapeutiques jugées comme complexes et surtout contraignantes pour un praticien unique [1].

La RCP est définie comme une rencontre permettant aux professionnels de diverses disciplines de travailler ensemble pour offrir des soins complets qui répondent autant que possible aux besoins du patient. Cela peut être assuré par un éventail de professionnels fonctionnant en équipe sous un même parapluie organisationnel ou par des professionnels d'un éventail d'organisation [1].

À mesure que l'état d'un patient change au fil du temps, la composition de l'équipe peut changer pour refléter l'évolution des besoins cliniques et psychosociaux du patient [1]. La RCP permet également de prendre une décision accordant aux patients la meilleure prise en charge selon la science [2].

L'historique de la RCP peut être retracé jusqu'au milieu des années 1970.

- En 1975 on discutait l'introduction du POMR (Problem Oriented Medical Record) en psychiatrie et son évaluation hebdomadaire par une équipe multidisciplinaire [3].
- En 1987 on s'essayait à l'appréciation de la prise en charge gériatrique multidisciplinaire [4].
- Et en 1998 on évaluait l'impact des RCP sur la diminution de la prescription de psychotropes en Suède [5].

Durant les années 1980 les conférences téléphoniques faisant office de réunions multidisciplinaires ont également été évaluées [6].

Les utilisations de la RCP sont donc multiples et applicables à un nombre incalculable de pathologies, toutefois la pathologie cancéreuse demeure sans

équivoque une des plus discutée. Dès 1975, la RCP s'est vue attribuée une place de choix en oncologie quand elle a été désignée 4ème De nos jours, les cancers continuent d'être un problème majeur de santé publique et l'intérêt des réunions pluridisciplinaires est plus que jamais avéré.

Dans notre contexte malien plus qu'ailleurs, la pathologie cancéreuse se caractérise par sa complexité du fait du retard de consultation et donc de prise en charge. Ces RCP font office de consultations pluridisciplinaires régulières évitant au patient les errances autant administratives que médicales et instaurant une modalité de prise en charge après la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie [7].

De nos jours, les cancers continuent d'être un problème majeur de santé publique et l'intérêt des réunions pluridisciplinaires est plus que jamais avéré.

Impact de la RCP dans la prise en charge des malades en cancérologie digestive - 3 - équivalent de « guichet unique » centralisant à la fois la décision ainsi que la prise en charge. L'itinéraire du patient à son admission se voit dès lors raccourci. La RCP sert de plateforme pour la prestation coordonnée de soins grâce à la consultation entre différents professionnels dans un cadre unique [8]. Différents spécialistes impliqués dans la prise en charge du cancer sont appelés à converser : chirurgiens, oncologues, radiothérapeutes, pathologistes... [8] constituant un quorum dont les membres doivent être présélectionnés. La discussion se doit être globale et multiparamétrique et la décision collégiale pour régler les problématiques souvent diagnostiques et thérapeutiques [2]. En occident la RCP est actuellement considérée comme une véritable institution. Elle a été implémentée dans la prise en charge oncologique un peu partout en Europe, aux États-Unis et en Australie [9]. En 2003, les pouvoirs publics français ont institutionnalisé la tenue de la RCP dans le cadre du plan cancer 2003 arguant une amélioration de la qualité de la prise en charge et un accès facilité aux innovations thérapeutiques [2]. Ainsi toute prescription d'un traitement anti cancéreux hors

AMM fera l'objet d'une validation préalable de la RCP. Au Mali, le cadre législatif pouvant règlementer la tenue de ce genre de réunions est inexistant et les lignes directrices nationales mises en place lors de l'établissement du Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer (PNPCC) demeurent floues. Cependant la majorité des centres de lutte contre le cancer, et les services d'oncologie des centres hospitalo-universitaires s'attèlent à des expérimentations locales parfois individuelles dans l'espoir d'une tenue régulière et effective des RCP. Ces tentatives bien que souffrant d'un défaut logistique et institutionnel, constituent un véritable vecteur permettant de canaliser les prises en charge des patients vers les recommandations des sociétés savantes en l'absence de référentiel thérapeutique national. Les études ont généralement indiqué que les équipes multidisciplinaires étaient associées à des changements de stadification ou de diagnostic, des changements de plans de prise en charge initiaux, à des taux de traitement plus élevés, des délais de traitement plus courts après le diagnostic, à une meilleure survie et au respect des recommandations cliniques [8].

Le but de ce travail est d'évaluer l'impact de la RCP dans la qualité de prise en charge des patients en oncologie digestive au CHU du Point G.

### **Cadre conceptuel de l'étude :**

La prise en charge des cancers dans les structures de soins requiert une approche pluri professionnelle et multidisciplinaire [10]. La cancérologie est une discipline complexe nécessitant une prise en charge codifiée dans le respect de référentiels thérapeutiques clairs. L'oncologie digestive est encore plus compliquée du fait de la prise en charge lourde et psychologiquement contraignante qu'elle génère. L'organisation des soins en oncologie doit être primordiale et la RCP constitue l'un des garants de leur qualité et une pierre angulaire assurant la conformité aux normes de prise en charge internationales. Malgré le vide législatif malien, un nombre considérable de structures hospitalières s'essaie à formaliser ces réunions dans le cadre de tentatives jeunes et prometteuses. Leurs décisions sont basées sur l'application adaptée de référentiels internationaux notamment (National Comprehensive Cancer Network, NCCN et European Society for Medical Oncology, ESMO) et sur la concertation du quorum [11]. La RCP de cancérologie au CHU du Point g a été instituée en 2012. Elle est organisée de façon hebdomadaire chaque Lundi à 13 heures dans les locaux de service de l'Hématologie et oncologie médicale. Ce comité pluridisciplinaire est ouvert à la totalité des services de l'établissement jugeant le cas d'un patient nécessitant entretien. Certains intervenants sont cependant constants notamment les chirurgiens viscéraux, les oncologues, les radiothérapeutes et les pathologistes. Le coordinateur de la séance joue à lui seul un rôle clé dans le maintien et l'organisation de ces réunions tout en assurant la traçabilité de la décision et sa diffusion. Différentes spécialités siègent à cette RCP. Les critères de sélection des dossiers relèvent souvent d'une problématique diagnostique et plus fréquemment d'une problématique thérapeutique requérant soit une décision ou un complément de traitement. Les médecins seniors présents chaperonnent les médecins internes et DES toujours aux abonnés présents à la RCP.

## **OBJECTIFS**

### **Objectif général**

Etudier l'impact de la RCP dans la prise en charge des malades en oncologie-chirurgicale

### **Objectifs spécifiques**

1. Décrire le fonctionnement de la RCP au CHU du Point G.
2. Evaluer la valeur pédagogique de la RCP auprès des acteurs médicaux.
3. Préciser les avantages et les limites.
4. Décrire les aspects médico-légaux de la RCP.

## PATIENTS ET METHODE

### Cadre d'étude :

Notre étude a été réalisée dans le service de chirurgie viscérale du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) du Point « G » au Mali.

### Type d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive visant à évaluer la RCP dans le cadre de la gestion des cancers en chirurgie « A »

#### a) Situation géographique :

Le CHU du Point « G » est un centre de troisième niveau de référence. Il est situé à environ 8 kilomètres du centre-ville sur la colline du Point « G ».

#### b) Locaux :

Présentement l'hôpital regroupe 19 services dont deux services de chirurgie Viscérale. Les activités chirurgicales du service de chirurgie « A » sont dominées par la chirurgie digestive, endoscopique. Le service comprend deux pavillons : pavillon Tidiani Faganda Traoré avec 22 lits et pavillon Chirurgie II avec 18 lits

#### c) Personnel :

Le service comprend deux professeurs dont un professeur titulaire (**chef de service**), sept chirurgiens attachés de recherche dont deux maîtres assistants, un chirurgien praticien hospitalier, des techniciens de santé, une secrétaire avec des techniciens de surface.

### Période d'étude :

L'étude s'est déroulée sur une période de 2 ans allant de juin 2020 en juillet 2022.

Deux volets :

- Volets qualitatifs : évaluer l'appréciation des éléments participants à ces réunions via un questionnaire électronique(annexe1)
- Volet quantitatif étayé au travers d'une évaluation analytique rétrospectives couvrant les dossiers de la RCP sur 24 mois soit de juin 2020 à juillet 2022 (annexes2)

### **Population d'étude :**

Le volet qualitatif de notre étude cherche à mettre en évidence l'appréciation des participants, tous les médecins et leur implication dans la tenue de la RCP. Tout praticien, toute qualité comprise, ayant assisté au moins une fois à une RCP organisée au sein du CHU.

Volet quantitatif explore les données relatives aux données relevant de la chirurgie générale (onco digestives présenté à la RCP).

### **Echantillonnage**

#### **Critères d'inclusion :**

- Patients de plus de 17 ans admis dans le service pour cancer
- Preuve histologique de malignité ou suspicion radiologique (cancer de la tête du pancréas).
- Présence au moins une fois à la RCP
- Accessible du registre informatisé de la RCP
- CHC diagnostiqué radiologiquement

#### **Critères de non inclusion :**

- Absence de preuve anatomopathologique de malignité
- Dossier non présenté à la RCP
- Dossier incomplet

### **Recueil des données :**

Le recueil des données a été effectué à partir du dossier médical des malades ayant consultés dans le service de chirurgie « A ». Les registres d'examen anatomopathologique du service de chirurgie A, du service d'anatomie-cytopathologie, le registre de compte rendu opératoire, du service d'oncologie et du registre d'hospitalisation des malades du service ont également servi comme support de données

### **Analyse des données :**

Toutes les données de cette étude recueillie de manière anonyme, puis colligées sur une base Excel, l'analyse des résultats est faite avec le logiciel IBM SPSS Advanced Statistics et les statistiques sont de type descriptif.

Pour l'étude qualitative : L'analyse des données recueillies sur les Questionnaires a été réalisée de manière anonyme par saisie dans une base Excel, et les résultats sont exprimés en nombres et en pourcentages.

Concernant l'étude quantitative : Les données ont été recueillies de manière rétrospective sur les fiches d'exploitation sous forme d'un tableau Excel regroupant les données contenues sur registre de la RCP. Les résultats sont là aussi exprimés en nombres et en pourcentages. La confidentialité a été respectée à travers l'anonymat des dossiers.

## RESULTATS

### 1. Données sur les médecins

#### Caractéristiques de la population

**Tableau I** : Répartition des agents selon leur spécialité

Spécialité	Effectif	Pourcentage
Chirurgie viscérale	2	22,2
Oncologie	2	22,2
Gynécologie	1	11,1
Anatomie pathologie	1	11,1
Hématologue	1	11,1
Médecin soins palliatifs	1	11,1
Pharmacien	1	11,1
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>

La chirurgie viscérale et l'oncologie étaient les spécialités les mieux représentées à des taux de 22,2% chacune.

**Tableau II** : Répartition des agents selon la qualification.

Statut	Effectif	Pourcentage
Médecin spécialiste	5	55,6
Médecin résident	2	22,2
Médecin interne	1	11,1
Pharmacien	1	11,1
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>

Les médecins spécialistes étaient représentés dans 55,6%

### **Participation à la RCP**

Tous nos médecins interrogés ont affirmé être convaincu de l'intérêt de ces réunions pluridisciplinaires et y avoir participées.

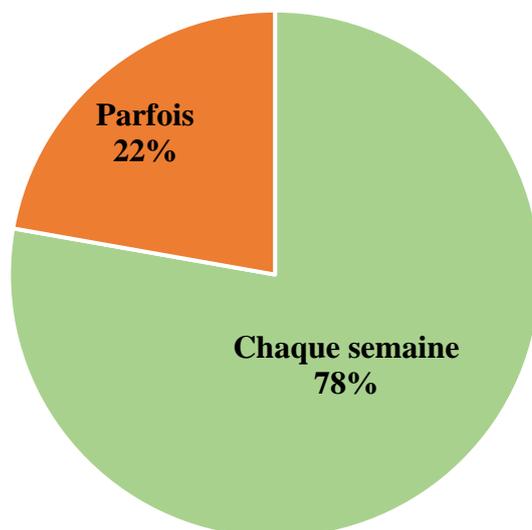
Tous les médecins ont affirmé avoir une RCP institutionnalisée dans leur structure.

Le rythme de participation était hebdomadaire pour tous les médecins.

**Tableau III** : Répartition des agents selon les composantes

<b>Composantes</b>	<b>Effectif (n = 9)</b>	<b>Pourcentage</b>
Oncologue	7	77,8
Chirurgien	5	55,6
Radiologue	1	11,1
Radiothérapeute	1	11,1
Gynécologue	1	11,1
Anapath	1	11,1
Psychothérapeute	1	11,1

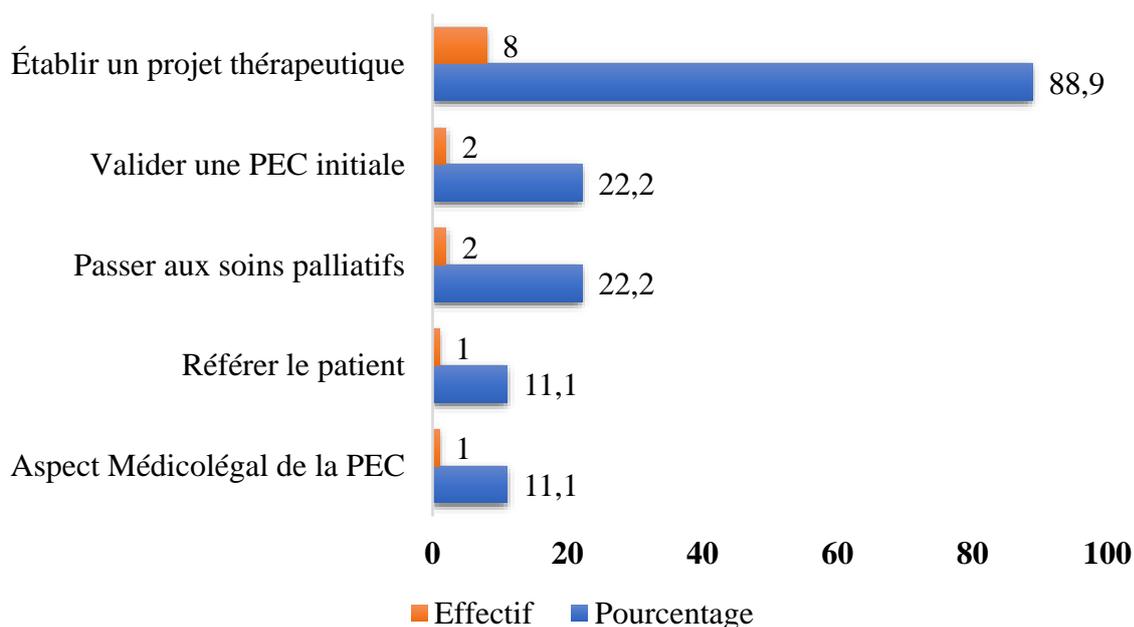
Les composantes les plus utilisés ont été l'oncologue et le chirurgien avec respectivement 77,8 et 55,6%.



**Figure 1** : Répartition des médecins selon la fréquence de participation à la RCP

Pour 77,8% des médecins, la fréquence de participation à la RCP se faisait chaque semaine

### Buts de participation à la RCP



**Figure 2** : Répartition des médecins selon le but de présentation de dossier à la RCP

Dans 88,9% des cas La raison de présentation de dossier à la RCP était l'établissement d'un projet thérapeutique.

**Tableau IV** : Répartition des médecins selon les dossiers présentés par les agents même

Dossiers de vos patients présentez vous-même	Effectif	Pourcentage
Toujours	5	55,6
Souvent	2	22,2
Jamais	2	22,2
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>

Plus de la moitié des agents soit 55,6% présentaient toujours leur dossier.

**Tableau V** : Répartition des médecins selon le fait de demander à un collègue de présenter son dossier

<b>Demande à un collègue de présenter vos dossiers</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Toujours	2	22,2
Souvent	1	11,1
Parfois	5	55,6
Jamais	1	11,1
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>

Les médecins ont confié parfois leurs dossiers à un collègue dans 55,6% des cas

**Tableau VI** : Répartition des médecins selon le support de présentation

<b>Support de présentation</b>	<b>Effectif (n = 9)</b>	<b>Pourcentage</b>
Oralement	9	100,0
Dossier clinique	4	44,4
Powerpoint	3	33,3

Dans 100% des cas le support de présentation se faisait oralement

**Tableau VII** : Répartition des médecins selon la priorité de présentation de dossiers

<b>Priorité de présentation de dossiers</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Ordre d'envoi	7	77,8
Stade avancé	1	11,1
Localisation	1	11,1
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>

La priorité de présentation des dossiers était fonction de l'ordre de l'envoi dans 77,8%.

**Tableau VIII** : Répartition des médecins selon la proportion de dossiers présentés à la RCP

<b>Proportion de dossiers présentée à la RCP</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
1/3	4	44,4
Totalité	5	55,6
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>

Les médecins ont affirmé présenter les dossiers dans leur totalité dans 55% des cas.

**Tableau IX** : Répartition des médecins selon l'issu des dossiers non présentés

<b>Issu de dossiers non présentés</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Vous les discutez avec l'équipe du service	8	88,9
Vous en parlez au patient et à la famille	1	11,1
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>

L'issu de dossiers non présentés étaient pour 88,9% des cas discuter avec l'équipe du service

**Tableau X** : Répartition des médecins selon la préconisation de l'utilisation de certains référentiels à la RCP pour éviter la discussion des cas non complexes

<b>Préconisation de l'utilisation de certains référentiels à la RCP pour éviter la discussion des cas non complexes</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	5	55,6
Non	4	44,4
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>

Dans 55,6% des cas, les médecins préconisaient l'utilisation des référentiels pour des cas complexes

### Déroulement de la RCP

**Tableau XI** : Répartition des médecins selon la position défendue lors de la présentation

<b>Position défendue lors de la présentation</b>	<b>Effectif (n = 9)</b>	<b>Pourcentage</b>
Proposition de prise en charge	9	100,0
Souhait du patient	1	11,1

Tous les médecins affirmaient que la position défendue lors de la présentation était la proposition de prise en charge

**Tableau XII** : Répartition des médecins selon le RCP à l'origine de changement de diagnostic

<b>RCP à l'origine de changement de diagnostic</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	7	77,8
Non	2	22,2
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>

77,8% des médecins trouvaient que la RCP était a l'origine du changement de diagnostic

**Tableau XIII** : Répartition des médecins selon la raison de changement de diagnostic

<b>Raison du changement de diagnostic</b>	<b>Effectif (n = 7)</b>	<b>Pourcentage</b>
Classification TNM	4	57,1
Grade histopathologique	3	42,9
Radiologique	3	42,9
Point de départ tumoral	1	14,3
Refaire le bilan ou compléter le dossier	1	14,3

La raison de changement de diagnostic était dans 57,1% des cas du a la classification TNM

**Tableau XIV** : Répartition des médecins selon la demande d'examens paracliniques supplémentaires en prévision d'une RCP

<b>Demande d'examens paracliniques supplémentaires en prévision d'une RCP</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Toujours	6	66,7
Parfois	2	22,2
Souvent	1	11,1
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>

66,7% c'est le pourcentage de médecins qui demandaient toujours d'examens paracliniques en provision d'une RCP

**Tableau XV** : Répartition des médecins selon la RCP à l'origine de changement de la PEC initiale

<b>RCP à l'origine de changement de la PEC initiale</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Souvent	6	66,7
Parfois	3	33,3
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>

Dans 66,7% des cas la RCP était souvent à l'origine de changement de la PEC initiale

**Tableau XVI** : Répartition des médecins selon certains cas rediscutés au niveau de la RCP

<b>Certains cas rediscutés au niveau de la RCP</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Toujours	1	11,1
Souvent	4	44,4
Parfois	4	44,4
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>

**Tableau XVII** : Répartition des médecins selon la délibération satisfaisante de la RCP

<b>Délibération satisfaisante de la RCP</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Toujours	8	88,9
Souvent	1	11,1
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>

**Tableau XVIII** : Répartition des médecins selon le désaccord avec la décision de la RCP

<b>Désaccord avec la décision de la RCP</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Souvent	1	11,1
Parfois	3	33,3
Jamais	5	55,6
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>

56,6% des médecins n'étaient jamais en désaccord avec les décisions de la RCP

**Tableau XIX** : Répartition des médecins selon les raisons du désaccord.

<b>En cas de désaccord</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Discussion avec un collègue	2	50,0
Présentation du dossier avec des nouveaux éléments et arguments	1	25,0
Discussion avec le patient	1	25,0
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>

Dans 50% des cas en désaccord avec un collègue les médecins préconisent le dialogue entre collègue

**Tableau XX** : Répartition des médecins selon la décision appliquée

Décision appliquée	Effectif	Pourcentage
Celle de la RCP	9	100,0
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>

La décision appliquée est toujours celle de la RCP.

**Tableau XXI** : Répartition des médecins selon les informations du patient

Information du patient	Effectif (n = 9)	Pourcentage
Moi-même	4	44,4
Consultation	4	44,4
Téléphone	2	22,2
Résident ou l'interne	1	11,1
<b>Psychologue</b>	<b>1</b>	<b>11,1</b>

**Tableau XXII** : Répartition des médecins selon le délai entre la RCP et l'instauration du traitement

Délai entre la RCP et l'instauration du traitement	Effectif	Pourcentage
< 1 mois	9	100,0
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>

Le délai entre la RCP et l'instauration du traitement était de moins de 1 mois

**Tableau XXIII** : Répartition des médecins selon la proposition d'amélioration de la RCP d'oncologie chirurgicale

Proposition d'amélioration de la RCP d'oncologie digestive	Effectif	Pourcentage
Présence de tous les acteurs	8	88,9
RCP avant tout acte chirurgical	8	88,9
Extemporane	5	55,6

La proposition d'amélioration de la RCP d'oncologie digestive se faisait dans pour 88,9% des médecins en présence de tous les acteurs

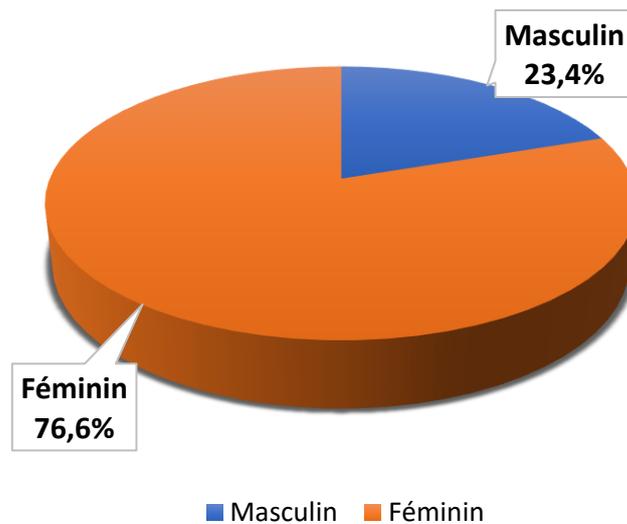
2. Données sur les malades

Données sociodémographiques

**Tableau XXIV** : Répartition des patients selon la tranche d'âge

Tranche d'âge en année	Effectif	Pourcentage
< 20	3	2,4
20 - 29	7	5,6
30 - 39	19	15,3
40 - 49	26	21,0
50 - 59	27	21,8
60 - 69	27	21,8
70 - 79	13	10,5
> 79	2	1,6
<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100,0</b>

Age moyen a été de  $51,35 \pm 15,244$  ans avec des extrêmes de 15 et 90 ans.



**Figure 2** : Répartition des patients RCP et Sexe.

Sexe-ratio = 0,31

## Antécédents

**Tableau XXV** : Patients RCP et antécédents médicaux

ATCD médical	Effectif (n = 124)	Pourcentage
HTA	17	13,7
Diabète	7	5,6
Alcool	2	1,6
Tabac	2	1,6
Ulcère gastrique	4	3,2
Epigastralgie	2	1,6
Autre*	9	7,2
Aucun	90	72,6

\* : Carcinome Canalaire Infiltrant du sein gauche non métastatique (1), chimiothérapie (1), Epilepsie (1), gastrite (1), Hépatite (1), Hypercholesteremie (1), COVID-19 (1), hyperglycémie intermittente (1), artérioveineuse fémorale (1).

**Tableau XXVI** : Patients RCP et antécédents chirurgicaux

ATCD chirurgical	Effectif (n = 124)	Pourcentage
Césarienne	5	4,0
Colostomie	4	2,4
Mastectomie	3	2,4
Appendicectomie	3	2,4
Biopsie exérèse	3	2,4
Hemicolectomie	3	2,4
Herniorraphie	2	1,6
Hystérectomie	2	1,6
Autre*	14	11,3
<b>Aucun</b>	<b>89</b>	<b>71,8</b>

\* : Chirurgie ophtalmologique (1), dérivation biliodigestive (1), gastrectomie (1), gastro-entero-anastomose (1), résection jéjunale (1), résection pariétal (1), hémorroïdectomie (1), mise à plat d'un abcès fessier (1), néphrectomie (1), polypectomie anale (1), réduction tumorale (1), salpingectomie (1), thyroïdectomie (1), tumorectomie (1),

## Diagnostic final

**Tableau XXVII** : Répartition des patients selon les localisations tumorales

Localisation tumorale	Effectif (n = 124)	Pourcentage
Sein gauche	30	24,2
Sein droit	27	21,8
Estomac	19	15,3
Pancréas	6	4,8
Rectum	4	3,2
Tête du pancréas	3	2,4
Caecum	3	2,4
Colon gauche	3	2,4
Œsophage	2	1,6
Jonction recto-sigmoïdienne	2	1,6
Sigmoïde	2	1,6
Angle colique droit	2	1,6
Sein droit + gauche	2	1,6
Colon	2	1,6
Autre*	17	13,7

\* : Anal (1), Marge anale (1), paroi abdominale (1), parotide (1), pied droit (1), ovaires (1), pan gastrique (1), région inguinale (1), rénale (1), angré gastrique (1), colon sigmoïde (1), cuisse (1), épaule droite (1), thyroïde (1), uretère (1), utérus (1), voies biliaires (1),

**Tableau XXVIII** : Répartition des patients selon l'anatomopathologie

<b>Anatomopathologie</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Carcinome canalaire infiltrant	49	39,5
Adénocarcinome	36	29,0
Adénocarcinome dictulaire	9	7,3
Adénocarcinome lieberkhunien	6	4,8
Carcinome	3	2,4
Adénocarcinome à cellules indépendantes	4	3,2
Carcinome épidermoïde	3	2,4
Autre*	14	11,3
<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100,0</b>

\* : Aspect d'un adénofibrome (1), Carcinome de type lieberkhunien (1), carcinome intracanalair (1), Carcinome mammaire (1), Carcinome papillaire (1), Carcinome sécrétoire du sein (1), Cystadénocarcinome (1), Extension cutanée d'un adénocarcinome (1), lymphome à petites cellules (1), mélanome (1), rhabdomyosarcome (1), rhabdomyosarcome pléomorphe (1), tissu mammaire inflammatoire sans signe histologique de malignité (1), Tumeur phyllode maligne (1),

**Tableau XXIX** : Répartition des patients selon la classification TNM

<b>Classification</b>	<b>Stade</b>	<b>Effectif (n = 124)</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>T</b>	Tx	5	4,0
	T1	6	4,8
	T2	9	7,3
	T3	17	13,7
	T4	87	70,2
<b>N</b>	Nx	9	7,3
	N0	28	22,6
	N1	46	37,1
	N2	23	18,5
	N3	18	14,5
<b>M</b>	Mx	17	13,7
	M0	68	54,8
	M1	39	31,5

## COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Durant une période de 2 ans (juin 2020 en juillet 2022) nous avons récolté des données pour la réalisation d'une étude descriptive visant à évaluer la RCP soit de mettre en évidence l'appréciation des médecins et leur implication dans la tenue de la RCP dans le cadre de la gestion des cancers en chirurgie « A » et d'explorer les données relatives aux données relevant de la chirurgie générale (onco digestives présenté à la RCP) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) du Point « G » au Mali. C'est ainsi qu'au cours de ladite étude, nous avons pu enrôler 9 médecins et les données onco digestives présenté à la RCP de 124 patients.

### 1. Caractéristiques de la population et ses opinions sur la RCP

L'oncologie est sans doute le domaine de médecine le plus multidisciplinaire, car la plupart des patients atteints de cancer reçoivent un traitement avec de multiples modalités au cours de leur maladie [12].

#### Caractéristiques de la population

Dans notre étude, la chirurgie viscérale et l'oncologie étaient les spécialités les mieux représentées à des taux de 77,8% et une proportion plus importante pour les médecins spécialistes et DES. La gynécologie et l'oncologie à des taux respectifs de 62 et 29% ont été rapportées dans l'étude d'Ettalibi F [12] auprès de 100 médecins donc 62% rapportait un taux de participation de 80% pour les DES et 10% pour les médecins internes.

#### Participation à la RCP

Concernant l'intérêt de participer à la RCP, tous nos médecins interrogés ont affirmé être convaincu de façon unanime par l'intérêt de ces réunions pluridisciplinaires et y avoir déjà tous participées, une fréquence de participation hebdomadaire de 78% a été rapporté dans notre série. Dans la série d'Ettalibi F [12], tous les médecins étaient aussi convaincus de l'intérêt des RCP et ont déclaré y avoir participé. La moitié de ces participants assistait chaque semaine à la RCP de façon régulière et 39 % des médecins y assistent quand ils ont un dossier à présenter.

En effet, les réunions de concertation pluridisciplinaire regroupent des professionnels de santé de différentes disciplines (oncologues, chirurgiens, anatomopathologiste, radiologues, radiothérapeutes, infirmiers, kinésithérapeutes, psychologues, responsable des protocoles en cours...) pour discuter chaque semaine tous les dossiers de cancérologie nécessitant de faire un point sur le diagnostic, le traitement ou le suivi [13], afin d'optimiser la prise en charge et de

garantir au patient les soins les plus adaptés à son état tout en tenant compte des possibilités médicales locales, les souhaits du patient et de sa famille.

### **Buts de participation à la RCP**

Selon les médecins interrogés dans notre série, la prise d'une décision thérapeutique représentait le premier but soit 88,9% pour lequel la RCP est organisée alors que la validation d'une prise en charge et la décision de passer aux soins palliatifs ont représenté 22,2% chacun. La prise d'une décision thérapeutique avec 43% des cas représenté aussi le premier but soit pour lequel la RCP est organisée dans la série d'Ettalibi F [12], alors que le but pédagogique derrière la réalisation de cette RCP n'a été mentionné que par 20% des participants.

La RCP permet de favoriser l'intégration des patients aux protocoles médicaux en cours [14], accélérant la recherche tout en mettant à leur disposition les dernières découvertes dans le domaine du diagnostic ou du traitement [15]. Si le mode de fonctionnement des RCP est identique quelle que soit la spécialité, il existe une grande variabilité dans les dossiers présentés et le type de décision à prendre, les intervenants ou ce qui est l'objet de la discussion sont aussi variables [14]. Ainsi la RCP recouvre à partir d'un même mode de fonctionnement une grande variabilité liée à la discipline et ses impératifs et aux hommes qui la composent et l'animent [15,16].

### **Présentation des dossiers et déroulement de la délibération de la RCP**

La RCP est également reconnue comme un moment de formation privilégié : pour les médecins confirmés, mais également pour les juniors, avec une mise en commun des connaissances et un partage d'expérience [17]. Si certaines études ont tenté d'établir une corrélation entre la concertation pluridisciplinaire et la formation médicale spécialisée des jeunes médecins [8,9,18] ce lien n'est pas suffisamment élucidé, d'autant plus que la littérature médicale est plus concentrée sur l'étude de l'apport de ces réunions en termes de la prise en charge des patients cancéreux.

Plus de la moitié de nos médecins soit 55,6% ont affirmé présenter toujours eux-mêmes leurs dossiers et 22% ne les présentaient toujours et jamais eux-mêmes. Ettalibi F [12] dans son étude rapportait des taux de présentation des dossiers par les médecins eux-mêmes de souvent (39%), toujours (35%) et parfois (14%).

Nos médecins ont affirmé confier parfois leurs dossiers à un collègue dans 55,6% des cas, tandis que 11,1% d'entre eux n'ont jamais donné leurs dossiers à un collègue pour les présenter à leur place. Ettalibi F [12] rapportait des taux respectifs de 50 et 40% des cas.

Une approche multidisciplinaire des soins consiste à prendre soin d'un patient grâce au travail de plusieurs praticiens et à créer un plan consolidé qui comprend les recommandations de tous. Théoriquement, les RCP devraient assurer une coordination efficace, la meilleure qualité et une bonne continuité des soins aux patients en réunissant des spécialistes possédant toutes les connaissances, les compétences et l'expérience nécessaire. Le travail interdisciplinaire garantirait ainsi un diagnostic de haute qualité, une prise de décision fondée sur les données probantes « l'Evidence-Based Medicine » (EBM) [15] et une planification optimale du traitement et la prestation des soins. Selon Horvath et al, les objectifs essentiels des comités de concertation pluridisciplinaire sont comme suit [6] :

- Réduire le temps entre le diagnostic et le traitement.
- Diminuer le nombre de procédures nécessaires pour poser un diagnostic.
- Diminuer la fragmentation, avec une meilleure communication, une diminution des erreurs et des tests en double et un plan de traitement clarifié.
- Diminuer la variabilité entre les médecins, garantissant l'application de bonnes pratiques cliniques.
- Augmenter la satisfaction des patients grâce à moins de visites et une communication cohérente.
- Permettre aux médecins de se concentrer sur plusieurs aspects des soins aux patients cancéreux (socio- émotionnel, nutrition, etc.).
- Diminuer le risque médico-légal.
- Favoriser le cadre dans lequel des plans de traitement complexes peuvent être créés et maintenus.
- Augmenter l'inclusion dans les essais cliniques.
- L'amélioration la formation médicale des diplômés en offrant une expérience unique que l'on ne voit pas dans les programmes typiques de résidanat et d'internat.

Les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) regroupent des professionnels de santé de différentes disciplines dont les compétences sont indispensables pour prendre une décision accordant aux patients la meilleure prise en charge en fonction de l'état de la science.

Le dossier de tout nouveau patient atteint de cancer doit bénéficier d'un avis émis lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire. Au cours des RCP, les dossiers des patients sont discutés de façon collégiale. La décision prise est tracée, puis est soumise et expliquée au patient [19].

La RCP s'impose pour la prise de décision concernant tous les malades et se déroule dans un établissement de santé, un groupement d'établissements de santé ou un réseau de cancérologie [19].

Une RCP à visée diagnostique ou thérapeutique doit se faire en présence d'au moins 3 médecins de spécialités différentes intervenant auprès des patients atteints de cancer, permettant d'avoir un avis pertinent sur toutes les procédures envisagées. Dans le cas contraire, le dossier doit être représenté avec le spécialiste manquant dans les plus brefs délais. La présence du médecin traitant du patient est sollicitée, mais n'est pas obligatoire. En cas de situation clinique faisant l'objet d'une prise en charge standard de validité incontestable, celle-ci peut être mise en route sans attendre une réunion de concertation. Le projet thérapeutique est alors enregistré et archivé [19].

Selon la haute autorité de la santé en France, les RCP sont organisées selon les principes suivants [20] :

- **L'organisation de la RCP**

L'organisation de la RCP doit être formalisée avec un rythme clairement établi adapté à la spécialité et à l'activité (doit être d'au moins 2 fois par mois en oncologie) et repose sur :

- Un coordinateur : son rôle est d'établir la liste des patients dont le dossier doit être analysé à la prochaine réunion, d'en avertir les professionnels membres « permanents » de la RCP ainsi que le médecin référent des patients, et de convoquer le cas échéant des représentants de disciplines utiles pour les discussions envisagées
- Un secrétariat
- La traçabilité systématique : de toutes les décisions, dont au moins un exemplaire doit être placé dans le dossier du patient (papier ou électronique), de l'indication des références scientifiques utilisées, de l'essai thérapeutique qui serait proposé au patient, du nom du médecin/professionnel référent qui doit assurer le suivi de la décision (explication au patient et organisation de la prise en charge).

- **Analyse des dossiers de patients**

Au cours de la RCP, le dossier de chaque patient est présenté et la prise en charge est définie collectivement sur la base des référentiels retenus. Sur cette base, un avis de la RCP est rédigé.

- **La RCP doit procéder régulièrement à l'évaluation de :**

- La pertinence des classements entre simple présentation et demande de discussion
- L'adéquation des décisions avec les recommandations

- La concordance entre la proposition thérapeutique de la RCP et le traitement effectivement délivré.

- **Avis de la RCP :**

L'avis de la RCP comporte la date, la proposition thérapeutique et la ou les alternatives possibles ainsi que les noms et qualifications des participants. Il est intégré dans le dossier du patient. Si le traitement effectivement délivré diffère de la proposition de la RCP, les raisons doivent être argumentées par le médecin référent et inscrites dans le dossier du patient. Un recueil permettant de noter à chaque réunion le nom des participants, celui des patients dont les dossiers sont évalués, et la décision prise, est tenu à jour par le secrétariat.

- **Documentation de la RCP :**

Les documents requis pour une RCP sont :

- Document support
- Documents de traçabilité : Compte rendu de chaque réunion avec liste de présence des participants. Suivi d'indicateurs, résultats d'évaluation de la RCP, fiche de suivi d'action d'amélioration, nouvelle procédure de prise en charge, etc... [21].

La RCP est également le lieu d'échanges de grande valeur pédagogique entre les professionnels sous réserve une organisation préalable de la réunion (nombre de dossiers, vérification du quorum, critère de qualité ...) [8], ainsi la réflexion sur les conditions du bon fonctionnement de ces concertations pluridisciplinaires mérite d'être abordé par les travaux de recherche [16]. Par conséquent, une étude de l'activité de la RCP oncologie digestive portant sur les critères de jugement à la fois quantitatifs et qualitatifs (les critères de qualité) ainsi l'apport de ces réunions en termes de la prise en charge des patients est effectué au cours de notre travail.

### **Evaluation des critères quantitatifs de la RCP oncologie digestive :**

- ✓ **Le nombre de dossiers traités par RCP :**

Le nombre de dossiers traités par RCP reste variable [3], dépend du volume de la structure (taux de recrutement de patients). Le nombre de dossiers traité par mois et par année est aussi important à connaître pour les rapports d'activité et l'évaluation [22], s'inscrire dans la démarche de l'évaluation des pratiques professionnelles.

Dans notre étude, 596 dossiers ont été traités entre juin 2020 et juin 2022 repérés des registres dédiés à cette activité, dont 124 dossiers était exploitables pour notre étude. Le nombre de dossier discuté par séance de la RCP varie entre 7 et 20 dossiers.

Le bénéfice attendu de la généralisation d'une concertation pluridisciplinaire fait actuellement débat. Mais si tous les dossiers n'ont pas vocation d'être discutés, ils doivent cependant tous faire l'objet d'un enregistrement en RCP pour présentation simple permettant d'attester que l'on est dans une situation traduite dans un référentiel, et éventuellement de transformer une simple présentation en réelle discussion en cas d'information connue seulement au moment de la RCP [14].

✓ **Analyse des critères qualitatifs de la RCP oncologie digestive :**

L'organisation de la RCP en oncologie se fait de façon régulière chaque semaine à heure fixe (13h), la coordination de cette réunion se fait entre les médecins seniors.

Concernant le critère de multidisciplinarité, notre étude a montré que le quorum est valide à 100% des cas. Les réunions sont réalisées en présence des médecins séniors oncologues, des hématoncologues des chirurgiens oncologues, des chirurgiens généralistes, gynécologues, radiothérapeutes, avec la présence intermittente des radiologues et d'anatomopathologistes.

La traçabilité des décisions est assurée grâce au registre et fiche préétablie dédiés à cette activité. Les fiches de la RCP utilisées sont standards. Or, elles ne sont insérées que dans 51.47% des cas dans le dossier du patient. On note une absence d'archivage des autres fiches.

L'archivage des décisions doit se faire de manière automatique et numérique pour éviter tout défaut de traçabilité ainsi, il nous paraît utile de rappeler l'objectif premier de ces comptes rendus étant de permettre le suivi de la prise en charge du patient.

Les éléments nécessaires à la décision (âge, antécédents, localisation, type histologique, stade TNM et bilan d'extension) sont souvent mentionnés (plus 70% des cas) au moment de la décision, ce résultat concorde bien avec celui de Chaouki et al [2]. Il est important de noter que l'absence de traçabilité au sein de la fiche ou du registre de la RCP ne signifie pas que l'information n'était pas connue au moment de la RCP, dans ce cas, un évaluateur ne peut s'assurer a posteriori de la légitimité de la situation à la lecture seule du document de traçabilité de la RCP [14]. Néanmoins, ces comptes rendus devraient permettre un enregistrement systématique de données standardisées afin de réaliser des évaluations collectives en vue d'une amélioration des pratiques. Parallèlement, se posera la question de la place de ces comptes rendus comme source de données épidémiologiques dans la prise en charge des cancers gynécologiques dans notre structure [8].

Concernant le suivi des avis de la RCP, la décision de la RCP est appliquée dans 96.44 % des cas. Dans notre étude, la non application de la décision est liée principalement aux souhaits du

malade, à la non faisabilité du geste chirurgicale ou la non disponibilité d'un traitement systémique. L'étude de Fleissig et al ont montré qu'une absence de données sur les comorbidités et les préférences thérapeutiques du patient influe sur la non-application des avis de la RCP [15]. Guillemet al avançaient que la non application des décisions de la RCP est dû aux motifs liés à la gravité de la maladie ou son évolution péjorative ou au décès et au refus du patient d'une proposition de prise en charge [5]. En fin, la non-application de l'avis de la RCP ne peut pas être considérée comme un échec de fonctionnement de celle-ci, étant donné les difficultés réelles à prendre en compte et à connaître de façon exhaustive l'intégralité des paramètres qui entrent en compte dans cet avis. Il semble licite de penser que plus le cas du patient est complexe et plus l'avis émis en RCP a des chances de ne pas être applicable [5].

✓ **Apports de la RCP dans la prise en charge des patients :**

Au total, 124 dossiers ont été étudiés, dont 46% relèvent du cancer du sein suivie de 15.3 % du cancer gastrique et 4.8 % du cancer du pancréas.

Les discussions de la RCP couvrent les différentes étapes de la prise en charge des patients. Il serait intéressant d'étudier également en RCP les dossiers de rechute en cours de traitement ainsi que le suivi régulier des patients sous traitement.

Le traitement adopté est multimodal, il peut associer la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie en plus de l'hormonothérapie et la thérapie ciblée pour certaines localisations. Ses indications sont soumises à des paramètres bien définis : caractéristiques de la tumeur, de son siège, de l'extension locorégionale et à distance, mais aussi des caractéristiques du patient, de son âge physiologique, de ses comorbidités

**Impact de la RCP sur les médecins en formation spécialisée :**

Les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) sont aujourd'hui considérées non seulement comme le lieu de la discussion diagnostique et thérapeutique mais aussi comme un vecteur d'échanges de valeur pédagogique précieuse permettant l'amélioration du niveau de connaissance des professionnels [8,9,23]. Il a été démontré que les RCP en oncologie améliorent la formation médicale des diplômés en leur offrant une expérience unique qu'on ne retrouve pas dans un parcours typique de résidanat ou d'internat [18]. Cette valeur ajoutée de ces réunions en termes d'enseignement postuniversitaire a été constatée toute au long des étapes de réalisation de ces réunions.

✓ **La participation aux réunions de concertation pluridisciplinaire**

Les résultats de notre enquête montrent que tous les médecins praticiens et internes étaient convaincus de l'intérêt de la RCP, cependant la moitié des participants assistent à la RCP de façon régulière et la présence des praticiens semble parfois conditionnée au fait qu'ils aient ou non des dossiers à présenter. Ce résultat rejoint le travail de Fleissig et al qui souligne également la difficulté pour certains médecins (anatomopathologistes et radiologues) d'être présents et parfois certains d'entre eux sont présents seulement pour une partie de la séance

[15]. Macaskill et al avaient mentionné aussi que certains praticiens n'assistaient qu'à une partie de la réunion et que la participation à la totalité de la réunion était meilleure lorsque celle-ci avait lieu sur un créneau sphériquement dédié à cette concertation [24]. Dans notre contexte le caractère occasionnel de la participation à la RCP peut être expliqué par 2 hypothèses : le manque de disponibilité des jeunes praticiens vu que l'activité des médecins n'est pas exclusivement cancérologique (garde, consultation, bloc opératoire etc..) et un moindre intérêt pour des dossiers qui ne nécessitent pas une réelle discussion.

Quand on se penche sur les raisons de la non- participation des médecins radiologues à la RCP, Alcantara et al ont suggéré que la participation des radiologues aux réunions de concertation pluridisciplinaire est affectée par le type de réunion avec des niveaux de participation plus élevés et un rôle « valorisé » et plus dominant dans les réunions préinterventionnelles (réunions pré-thérapeutiques) en raison de la focalisation mise sur le diagnostic au cours de ces réunions. A l'inverse, lors des réunions post-interventionnelles la corrélation imagerie /pathologie /chirurgie avait été déjà établie et certains radiologues estiment que leur contribution est sous-estimée au cours de ces réunions [28]. L'horaire des réunions et la disponibilité ont été cités également comme des obstacles structurels à la participation des radiologues au RCP, en accord avec les résultats de Kane et al et Ranzcr et al [25,26].

Dans une étude sur 72 équipes multidisciplinaires prenant en charge les femmes porteuses d'un cancer du sein en Angleterre et qui a examiné la composition du comité de concertation pluridisciplinaire et le travail d'équipe de cette organisation, Haward et al ont montré que la diversité professionnelle et la pratique réflexive sont positivement liées. En effet, la richesse d'un comité de concertation en compétences favorise chez ses participants sans doute la participation, la réflexivité et l'auto-évaluation sur les décisions prises, l'innovation le souci de la qualité dans la prise en charge des patients. Ceci dit, qu'une plus grande gamme de connaissances et d'expériences médicales à la disposition des participants favoriseraient les possibilités apprentissage et conduiraient à de meilleurs services sanitaires [27].

✓ **La Présentation des dossiers méthode d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) :**

□ **Le rôle du support de présentation des dossiers :**

La présentation d'un dossier en RCP nécessite un document support [19]. En fait, ce qui est recherché pour la présentation des dossiers est la cohérence des éléments, leur utilité et leur exhaustivité dans le cadre de la décision à prendre [28]. Selon plusieurs études, l'utilisation de standardisées augmente la qualité de remplissage (29,30,31). La nécessité d'une présentation standardisée pour une efficacité du processus décisionnel est soulignée par Ruhstaller et al [31]. Dans notre contexte, la fiche de la RCP est devenue un document de référence pour la présentation des dossiers, qui a été réalisée et validée par les professeurs coordonnateurs, et mise à la disposition des participants à la RCP. Elle mène à la clarification de l'ensemble des éléments du dossier, le relevé des informations manquantes et la prise en compte des éléments objectifs de la décision avec la rigueur nécessaire. Elle rassemble des informations sur la maladie, le stade TNM, les facteurs pronostiques ; elle définit un cadre prenant en compte les possibilités thérapeutiques selon des critères précis essentiellement liés à la maladie, pour une finalité essentielle de proposer une action diagnostique ou thérapeutique dans un cadre balisé par les référentiels. En fin, le fait de retranscrire les différentes étapes des décisions prises en RCP dans un compte rendu (fiche de la RCP) aide les médecins à s'en souvenir quand ils rencontrent de nouveau un cas similaire [32].

□ **La diversité des dossiers discutés en RCP :**

Dans notre étude, les cas présentés à la RCP étaient essentiellement les cas diagnostiqués avec un type de cancer (19%) et les cas difficiles [33], suivis des cas référés pour un deuxième avis (13%) ainsi que les cas de cancer avancés nouvellement diagnostiqués (13%).

En France, tous les cas sont discutés en RCP. Cette généralisation s'inscrit dans l'application de la mesure 31 du Plan cancer qui vise à l'égalité des chances de traitement, en fixant comme objectif que 100 % des patients bénéficient d'une expertise pluridisciplinaire [34].

Cependant, l'exhaustivité à 100 % se heurte à de nombreuses difficultés et risque de compromettre les bénéfices attendus de ces réunions [5]. Les auteurs jugent qu'aucun bénéfice n'est acquis concernant les dossiers discutés en RCP dont la situation relève d'une prise en charge thérapeutique initiale bien codifiée avec bon niveau de preuve et absence de comorbidités contre indiquant le traitement de référence [5,13,35]. Acher et Young ont montré, sur 124 dossiers de cancers du sein présentés systématiquement en RCP, que celle-ci ne modifiait la proposition thérapeutique que dans 2 % des cas. La RCP ne paraît pas à même de

modifier significativement une proposition thérapeutique qui serait formulée par un praticien isolé disposant d'un thésaurus bien rédigé et régulièrement mis à jour. Il est probable que seuls les dossiers relevant de situations hors thésaurus tirent pleinement partie de la discussion interdisciplinaire. Pour optimiser la valeur de RCP [35], les auteurs recommandent de donner la priorité à une amélioration du quorum pour les dossiers difficiles plutôt qu'une amélioration de l'exhaustivité pour les dossiers standards [14]. Ceci dit que, la RCP doit permettre la discussion de dossiers complexes sans être surchargée par les dossiers standards pour lesquels le bénéfice est loin d'être prouvé, en ménageant du temps pour qu'elle demeure un lieu de formation et d'échanges d'opinion [5,36].

Les discussions des dossiers lors des RCP peuvent concerner n'importe quelle phase de prise en charge du patient cancéreux :

- Établissement d'une stratégie diagnostique.
- Validation du diagnostic.
- Établissement d'une stratégie de prise en charge initiale ou secondaire.
- Décision de stratégie palliative.

Dans notre étude, les dossiers amenés à la discussion par les praticiens sont divers. Ils recouvrent tous les stades de la maladie, du projet thérapeutique (88,9%), mais aussi au moment du diagnostic initial (22,2%), du changement de traitement (15%), après la chirurgie mais avant tout autre traitement (7%), en cours du suivi d'un traitement (9%) et en phase palliative (11%).

Ceci prouve que le comité n'est pas seulement une instance de décision, il est aussi un outil de coordination [15,16]. À côté des discussions de dossiers, la RCP est un lieu où les médecins peuvent attirer l'attention de leurs collègues sur des tâches qu'ils aimeraient voir réaliser rapidement pour certains de leurs patients : des examens, le début d'un traitement, etc. Le comité est aussi un moment où un médecin peut tenter de convaincre un de ses collègues de prendre en charge un de ses patients pour la suite du traitement. C'est enfin un lieu d'échanges d'information. Les médecins peuvent s'informer sur l'évolution de l'état d'un patient qu'ils ont confié à un collègue. Ils peuvent aussi informer et s'informer sur les nouveaux traitements et techniques mis en œuvre. Un exemple type concerne l'information sur les protocoles de recherche clinique nouvellement ouverts [16].

Du fait du nombre et de la variété des dossiers présentés au cours de la RCP, les médecins y trouvent une aide précieuse face à la difficulté de prendre certaines décisions, que cette difficulté soit due à l'état avancé de la maladie, à la rareté d'un cas ou à la complexité des

paramètres à intégrer. Le recours aux RCP peut l'aider à vérifier qu'il n'oublie pas certains paramètres lorsqu'il estime qu'une décision est complexe [16]. Cela rejoint les conclusions d'autres études. L'une d'elles a mis en évidence l'intérêt des comités pluridisciplinaires pour adapter les protocoles aux variabilités individuelles [37]. Une autre étude a souligné que certains médecins considèrent les comités comme un outil rassurant d'aide à la décision face à l'évolution rapide des données actuelles de la science et comme une source de légitimation de leurs pratiques vis-à-vis des tiers [32].

✓ **L'intérêt de présenter son dossier en RCP :**

Dans notre contexte, les médecins présentent souvent leurs propres dossiers en RCP.

Cependant 55.6% d'entre eux ont confié parfois leurs dossiers à un collègue. La préparation du dossier en amont de la RCP, quand elle est possible, est souvent un moment essentiel d'approfondissement et de réappropriation des données du dossier médical [17]. Une étude minutieuse du dossier avant la présentation est nécessaire pour parvenir à formuler précisément le problème posé par le cas examiné. Par conséquent, confier à un médecin la présentation d'un dossier qui n'est pas préparé entraîne une déviation du sens de la RCP notamment en termes de formation pour les jeunes médecins, ceci doit être prévenu par le rôle fédérateur conféré au coordonnateur de la RCP.

Par la présentation des dossiers à la RCP, les médecins s'engagent à l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles selon le modèle de la roue de Deming, décrite dans les années 50 par William Edwards Deming. Elle revient à analyser une pratique clinique en référence à une démarche optimale résumée dans un référentiel de pratique.

Cette méthode d'amélioration continue des pratiques comporte quatre étapes, chacune entraînant l'autre, et vise à établir un cercle vertueux [38].

Etape de planification : le médecin programme sa participation régulière aux RCP et y présente des nouveaux cas de cancer.

Etape de réalisation : le médecin participe aux RCP de manière effective et régulière ; il contribue aux adaptations continues des référentiels de pratiques.

Etape d'analyse : le médecin participe à l'évaluation périodique, de la pertinence des classements entre simple présentation de dossier et demande de discussion pluridisciplinaire ; de l'adéquation des décisions avec les recommandations de bonne pratique ; de la concordance entre la proposition thérapeutique de la RCP et le traitement délivré.

Dernière étape d'amélioration : par le biais de l'étape d'analyse, il tire une amélioration continue de ses pratiques.

En 2010 au CHU de Grenoble, 102 praticiens hospitaliers ont validé leurs EPP par le biais de leur participation aux RCP. Cette démarche qualité sera poursuivie et étendue à l'ensemble des RCP [5].

### **La discussion collégiale et la gestion des désaccords**

En cancérologie, une approche plus collective de la médecine gagne en légitimité par rapport à la figure traditionnelle du médecin décidant seul de façon autonome et accordant une primauté à son expérience personnelle. Celle-ci consiste à privilégier le recours aux recommandations pour la pratique clinique et à l'avis des pairs pour prendre des décisions thérapeutiques [37]. Selon R. Mornex: « La collégialité est nécessaire pour bénéficier du maximum de compétences, pour confronter les positions en face d'une décision à tonalité éthique et parfois, pour partager les responsabilités, en multipliant les avis on peut arriver à des positions contradictoires » [38].

Dans une structure essentiellement universitaire, il est attendu que la hiérarchie hospitalière tienne une place particulièrement importante dans la discussion. Cette discussion devrait pouvoir se tenir dans un contexte de respect mutuel dans le cadre de « l'éthique de la discussion ». Respecter la parole d'autrui libre de s'exprimer, sans pression hiérarchique ou d'autorité. Une autre règle consiste à toute prise de position devra être argumentée autant que possible quand il s'agit de prendre une décision aussi complexe qu'un choix thérapeutique pour une personne donnée ainsi l'argument de l'évidence ne saurait être recevable [17,39].

L'observation des RCP onco-gynécologique montre que ces principes semblent respectés, selon les participants, la RCP procure la capacité d'exprimer leurs difficultés par rapport à un patient, offre la capacité de défendre leur propre décision et seulement 5% des participants rapportent leur insatisfaction en raison d'inhibition ressentis compte à leur contribution aux discussions. Ce sentiment des médecins de pouvoir s'exprimer particulièrement sur leurs difficultés et défendre leurs opinions sans inhibition rejoint l'idée d'une liberté de parole dans le groupe.

Il existe souvent une répartition des compétences entre les membres d'une même RCP, en fonction des expertises plus ou moins marquées par pathologie et en fonction des disponibilités des uns et des autres pour se rendre aux réunions des groupes coopérateurs et suivre l'actualité médicale [17]. Les jeunes médecins reconnaîtront souvent une compétence particulière à l'expert de la pathologie à qui ils vont se référer en cas de désaccord avec la décision de la RCP

[17]. Parvenir à une décision médicale argumentée sans désaccord n'est pas la seule option lors d'une RCP.

Il est toujours possible qu'après une discussion franche, il y ait encore des opinions différentes concernant la meilleure prise en charge des patients et probablement deux ou plusieurs propositions sembleraient raisonnables [35]. Les participants de notre enquête confirment parfois avoir été en désaccord avec la décision de la RCP. Dans une étude réalisée au centre Léon Bérard (Castel et al, 2004), l'expression d'une contradiction est présente dans 33% des dossiers discutés [16].

Ruhstaller et al ont interrogé les modes de résolution possible des controverses et ont conclu que la médecine n'est pas une science exacte et que de différentes options thérapeutiques peuvent être proposées pour un seul cas individuel. Par conséquent, en cas de désaccord, il pourrait être nécessaire de revoir la littérature ou de mobiliser l'avis d'un expert dans le domaine en dehors de la RCP et d'en discuter à nouveau [31]. Ces conclusions rejoignent les résultats de Castel et al qui ont déclaré que lorsque le désaccord est persistant entre les membres du comité autour de l'opportunité d'utiliser une arme thérapeutique en l'absence de littérature claire, les auteurs ont pu observer le recours à l'expert de l'arme thérapeutique en question pour trancher entre les différents avis [16]. Dans notre enquête, 43% des participants déclarent soumettre le dossier après désaccord encore une fois à la RCP avec de nouveaux éléments et arguments et 28% d'entre eux ont eu recours à un avis expert du comité de concertation qui était absent afin de revoir la décision de la RCP.

Le comité de concertation sert à rappeler les règles de bonnes pratiques, fondées sur les données actuelles de la science qui, par définition, ne sont pas individuelles mais collectives. Ainsi, tout médecin qui souhaite s'en écarter doit le justifier face au groupe. Plus généralement, le comité est un espace de discussion où la contradiction existe et où les arguments jouent un rôle. C'est là une caractéristique générale de tels comités de délibération que de donner une place à l'argumentation [16].

4. L'appropriation des référentiels par les équipes médicales de la RCP : L'utilisation des référentiels, des Standards, Options et Recommandations (SOR) et des niveaux de preuve en RCP est systématique [40], ils soutiennent la décision thérapeutique. L'application des référentiels en RCP est considérée comme un critère qualitatif de cette dernière [41]. Les SOR et les niveaux de preuve, sont élaborés à l'échelle internationale [40]. Les référentiels sont élaborés sur le plan national et régional. On note par exemple en France qu'il y a autant de référentiels que de régions.

Dans notre contexte, il n'y a pas encore de référentiel national pour les cancers gynécomammaires, ce qui conduit les cliniciens à suivre les référentiels internationaux adaptés à notre contexte socio-économique et technique. Selon les participants à notre enquête, la décision de la RCP est basée, dans la majorité des cas, sur des référentiels mais avec adaptation aux caractéristiques de nos patients et à notre contexte (disponibilité des traitements, faisabilité des gestes, les moyens financiers du patient, etc).

La discussion en RCP permet une adaptation des référentiels ou de proposer d'autres alternatives dès lors que la situation clinique l'exige [3]. Il s'agit de décisions hors référentiel.

Dans la majorité des cas, les avis pris hors référentiel correspondent à des situations cliniques complexes non référencées (deuxième ligne de chimiothérapie, cancer synchrone, cas cliniques en dehors de toute catégorie par exemple), ce qui souligne les difficultés de prise de décision dont la qualité ne dépend pas uniquement de l'application ou l'adaptation des référentiels, car elle doit également prendre en compte l'existence de situations cliniques spécifiques. Le reste des avis hors référentiel sont des décisions thérapeutiques hors AMM (essais cliniques, publication à bon niveau de preuve) [5].

La RCP permet de guider et de légitimer ces décisions hors référentiel [3]. Dans notre étude, celles-ci représentent 1% des décisions selon les participants. Cela est fondamental pour ne pas bloquer la démarche thérapeutique et ne pas enfermer la médecine dans des normes inadaptées, pour des patients présentant une poly pathologie ou lorsqu'il n'y a pas d'études disponibles [36]. La collégialité favorise cette liberté de jugement essentielle pour les décisions face à des situations singulières [3].

### **La valeur pédagogique de la RCP oncologie digestive**

#### **✓ La formation médicale et le développement professionnel continu**

##### **• La RCP et le besoin de collégialité**

Loi de SOUDOPLATOFF formulée en 1984 stipule que « lorsqu'on partage un bien matériel, on le divise, mais lorsqu'on partage un bien immatériel (connaissance) on le multiplie » [42]. En se basant sur ce concept riche, deux grandes propriétés fondamentales de la connaissance ont pu être identifiées [43] :

- La connaissance étant prolifique, elle se reproduit vite, et sa quantité mondiale double rapidement, mais sa qualité ne suit pas la même cadence malheureusement.
- La connaissance est collégiale : la vérité est un miroir brisé dont chacun possède un petit morceau. Comme nous avons un ego, nous avons tous tendance à croire que notre

morceau de vérité représente le tout, ou du moins qu'il est plus gros que celui du voisin, et que si nous donnons ce morceau de vérité nous allons perdre en statut social.

Les échanges de savoirs, quant à eux obéissent au moins à 3 règles :

- D'abord ils sont à somme positive (principe de multiplication du bien immatériel) [42].
- Ensuite les échanges de connaissances prennent du temps.
- Enfin les combinaisons de savoirs ne sont pas linéaires, mais exponentielles.

Lorsqu'on met 2 savoirs ensemble cela crée un troisième savoir, lorsqu'on en met plusieurs ensembles le résultat est encore plus impressionnant [42].

C'est ainsi que la RCP serait pour tous les praticiens engagés dans la RCP d'un grand apport en termes de satisfaction du besoin de collégialité [43].

- **La formation médicale continue (FMC)**

Comme le souligne notre travail, un aspect clé de la RCP est de fournir une formation à tous les participants qui assistent à cette réunion. Il a été demandé aux participants leur niveau d'accord à travers une sélection de déclarations concernant l'impact de la RCP sur la formation médicale avec un accord significatif auprès des médecins en formation. En plus 66 % des médecins ont jugé ce travail pluridisciplinaire intéressant en termes de formation médicale. Ces résultats concordent bien avec les conclusions de l'enquête de Steele et al et de Bharathan et al [10,11].

Le développement immense des connaissances en est le principal levier, obligeant les praticiens concernés à s'engager plus que jamais sur la voie de la formation médicale continue (FMC) [36]. En effet, le problème principal (consommateur de temps médical) à qui se heurtent les médecins c'est la mise à jour régulière des référentiels. L'irruption de nouvelles techniques ou de nouveaux traitements (par exemple, les thérapies ciblées et leur association avec les chimiothérapies cytotoxiques classiques) modifie parfois profondément des schémas ou des arbres décisionnels de prise en charge élaborés et validés de manière fiable, quelque mois auparavant. Cela implique qu'ils participent aux RCP des professionnels qui réussissent à se former très régulièrement et de façon très spécialisée [5].

La capacité de diffuser de nouveaux résultats de recherche médicale et stratégies de traitement au cours de la RCP, inclut non seulement les nouvelles thérapies et schémas systémiques, mais également les nouvelles techniques chirurgicales. La technique du ganglion sentinelle pour la stadification chirurgicale, le traitement conservateur du cancer du sein après une chimiothérapie néo adjuvante et la reconstruction immédiate après une mastectomie avec conservation de l'étui

cutanée, sont des concepts chirurgicaux relativement récents [28]. Les nouvelles techniques diagnostiques sont d'avantage incluses dans FMC qu'offre la RCP. Une étude qualitative menée en Amérique qui vise à évaluer l'impact de la RCP en oto-rhino-laryngologie (ORL), ce travail a révélé que l'inclusion de l'imagerie clinique dans les discussions de la

RCP permet aux cliniciens de s'informer sur les innovations radiologiques, le « weighted imaging (DWI) and computed tomography/DWI fusion » en ORL cité comme exemple [9].

Plus généralement, la RCP est reconnue comme un moment de formation privilégié pour les médecins confirmés, mais également pour les médecins juniors, avec une mise en commun des connaissances et un partage d'expérience. Cet aspect est institutionnellement valorisé à travers la validation de la démarche de formation continue [17]. De manière indirecte, ces réunions sont une incitation pour les médecins à se plonger dans la littérature scientifique et à se l'approprier, de manière à apparaître comme compétents aux yeux des autres participants [37].

- **Le développement professionnel continu (DPC)**

Tout professionnel de santé, et en particulier tout médecin, quel que soit son statut ou son mode d'exercice, est concerné par l'obligation de développement professionnel continu (DPC). Le DPC a pour objectif de favoriser le rapprochement entre le savoir et la pratique, dans une démarche pluridisciplinaire et une dynamique d'équipe [44], c'est « Une démarche individuelle qui s'organise dans un contexte collectif » [44].

Selon la HAS, en plus de l'acquisition ou le perfectionnement des connaissances ou des compétences, le DPC comporte une activité explicite d'autoanalyse des pratiques professionnelles selon des références actualisées (scientifiques, réglementaires, organisationnelles, éthiques, consensus d'experts,...) [45].

Une étude qualitative menée par Gagliardi et al qui vise à identifier la contribution de la RCP en étant un modèle d'interaction collégiale par excellence au DPC, les chirurgiens de cette enquête ont déclaré qu'en étant exposés au cours des RCP à un volume important de cas complexes pour la prise de décision et en comparant leurs connaissances et leurs approches cliniques avec celles de leurs collègues (oncologue médicale, pathologiste, radio-oncologue), ils ont développé une expertise clinique qui pourrait être appliquée à de futurs cas [46]. Les résultats de notre enquête concordent avec les conclusions de ce travail, 61% des participants jugent la RCP comme une méthode pédagogique qui augmente leur niveau d'expertise clinique et de spécialisation et 91% des participants estiment l'impact positif de ces réunions concernant l'amélioration de la pratique et la performance clinique.

- **La recherche et essais cliniques :**

La généralisation des concertations pluridisciplinaires favorise la recherche translationnelle en facilitant la prescription des protocoles expérimentaux [47]. En effet, la recherche médicale passe par des protocoles thérapeutiques qui permettent de répondre à une question médicale précise par conséquent l'établissement de référentiels [47], plus l'entrée des patients dans ces protocoles se fait rapidement, plus le protocole peut arriver à son terme et répondre à la question posée. De même, le fait de colliger en RCP tous les dossiers hors référentiel permet de définir les futurs axes de travaux pour lesquels l'élaboration de référentiels serait à construire [3]. La systématisation des RCP permettra par conséquent de favoriser la recherche translationnelle et les progrès thérapeutiques [47], ceci implique une étroite coopération entre chercheurs et cliniciens.

Les RCP devraient permettre l'accès des patients aux essais cliniques. Au cours de notre enquête seuls 1% des participants considère la responsabilité de la RCP en termes d'orienter les patients vers un protocole d'essai clinique. Il faut souligner la faiblesse de ce taux et proposer ces protocoles systématiquement à la discussion des

RCP. Ces résultats rejoignent le travail de Catt et al qui montre que certains membres de l'équipe multidisciplinaire ne considèrent même pas qu'une discussion opportuniste sur les essais cliniques dans le cadre de leur rôle [48].

### **5.3. Formation aux compétences non-techniques :**

#### **a. L'intérêt de l'enseignement des compétences non-techniques :**

La « National Cancer Action Team » au Royaume-Uni a identifié le travail d'équipe, la communication entre différents spécialistes, la prise de décision collaborative et les qualités de leadership, comme des caractéristiques essentielles d'une RCP effective [49]. Il est intéressant de noter que ces caractéristiques convergent le plus souvent avec les compétences non techniques des chirurgiens (NOTSS) identifiées par Yule et al. Parmi ces compétences figure la communication, le travail d'équipe et les compétences du leadership [50].

En effet, jusqu'à présent, la formation délivrée aux médecins était principalement axée sur les individus : savoir théorique, savoir procédural et savoir technique individuel.

Depuis quelques années, on parle de plus en plus de compétences non techniques (CNT) [51]. Ces dernières sont définies comme suit « un savoir agir complexe qui prend appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations » [52]. Ces CNT appliquées à la médecine seraient une

combinaison de savoirs cognitifs, sociaux et du savoir-faire procédural, qui contribuent à une performance efficiente et sûre [51].

L'intérêt de l'enseignement des CNT est lié à la prévention des erreurs médicales [51]. Des études observationnelles antérieures ont montré la relation entre CNT et la performance clinique et les variables modératrices potentielles de cette relation [53].

Une autre étude interventionnelle plus poussée a tenté d'évaluer l'impact de la formation aux CNT après la mise en oeuvre d'un programme de formation organisé autour des cinq dimensions d'équipe décrite par Risser, Simon et al [54]. Les résultats étaient excellents le nombre d'erreurs cliniques observés était considérablement réduits dans les services formés aux CNT [54].

**b. L'impact de la RCP sur le développement des compétences non-techniques :**

En formation initiale, une grande attention est portée aux connaissances théoriques pures, alors qu'il existe peu d'enseignement pratique (le plus souvent au chevet du patient) et peu ou pas d'enseignement des situations de crises « Crisis Resource Management » (CRM), de Facteur Humain (FH) ou des CNT [51].

Concernant la formation continue, Bien qu'il soit possible d'enseigner ces compétences avec diverses interventions, y compris des cours didactiques et des exercices simulés, il est recommandé que ces compétences soient incluses dans au-delà des programmes de formation de résidanat, en tant que « curriculum caché » sous la forme « d'apprentissage expérientiel » [55,56]. En effet, il a été montré que cet enseignement est présent, de facto lorsque plusieurs corps de métier se réunissent pour aborder un cas de patient. Cela peut avoir lieu en temps réel, lors d'une transmission ou d'un staff si ce temps d'échange est structuré ou encore lors d'action d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) [57].

Au cours de notre enquête, les médecins interrogés ont estimé l'impact positif des réunions de concertation régulières sur le développement des compétences d'équipe : 89% ont été d'accord sur le rôle RCP sur l'amélioration des compétences en termes de communication au sein de l'équipe multidisciplinaire et 87% reconnaissent la valeur de ce type de réunion concernant la coopération et la collaboration entre les différentes spécialités. Ces résultats rejoignent les conclusions de Dharmadev et al qui ont soulevé le rôle et l'efficacité de la RCP concernant la formation aux CNT pour les jeunes médecins. Selon les auteurs, 64,3% des médecins en formation participants à l'enquête ont estimé que les RCP étaient utiles pour l'enseignement des diverses composantes des CNT [10]. La formation aux CNT au cours de la RCP intègre 3

composantes : l'enseignement de la communication avec l'équipe du travail, la coopération et la collaboration entre les spécialités et les qualités de gestion et du leadership [10].

#### **5.4. Le rôle de la RCP dans l'enseignement de la prise de décision**

La RCP, d'une part facilite l'accès aux informations pour les médecins. En effet, elle concentre « dans une unité de lieu et de temps » toutes les informations qui doivent être mobilisées au cours du processus de décision thérapeutique et offre une synthèse des principales connaissances médico-scientifiques, parmi le flux d'informations que le médecin est supposé traiter [36]. De l'autre, elle répond à un travail d'analyse selon des critères bien déterminés pour savoir si le patient peut bénéficier d'un traitement selon un référentiel. Il s'agit d'une prise de décision centrée sur l'utilisation de critères explicites auxquels sont attribués des valeurs. L'approche explicite de ces comités permet d'acquérir un esprit critique, apprendre à transformer les problèmes en question et intégrer les résultats de la recherche clinique dans la décision médicale [58].

La présentation des dossiers aux RCP permet également aux jeunes médecins d'échapper à la subjectivité à laquelle ils sont soumis lors de la prise de décision médicale et rationaliser le processus décisionnel. Castel et al décrit « De nombreux médecins considèrent en effet que leur perception des problèmes et les solutions qu'ils proposent pour les résoudre sont nécessairement perturbées par de tels facteurs : leur relation avec le patient et leur spécialité sont par exemple des éléments qui peuvent avoir un impact direct sur la décision prise. À leurs yeux, les guides de pratiques et les réunions de concertation pluridisciplinaire sont des garde-fous qui les obligent à évacuer cette part de subjectivité pour choisir les traitements parfaitement conformes aux données de la science et adaptés aux patients » [36]. Dans le questionnaire adressé aux médecins, 72% d'entre eux étaient d'accord sur le fait que la RCP permet de prendre du recul par rapport à la décision et 19% étaient neutre par rapport à ce point.

Tous ont répondu à cette question.

Les résultats obtenus dans notre travail ont montré que le processus décisionnel était l'un des thèmes qui a obtenu les scores les plus élevés auprès de nos participants (4.19/5). Ce résultat rejoint les conclusions Andrew Hall et al, qui confirment que la RCP est un forum qui assure la discussion des cas en relation avec les preuves récentes et l'expertise des consultants, offre un enseignement et un apprentissage aux jeunes médecins sur les options de gestion et de prise de décision [9].

Bien qu'en bénéficiant d'une réunion de compétences, la RCP produit des décisions qui peuvent être questionnées [32]. La RCP est un outil d'aide à la décision proposé par le Plan cancer et s'inscrit dans l'obligation de moyens pour tout médecin en charge d'un patient [3]. La responsabilité des médecins participants aux RCP n'a pas encore été définie [3]. Considérant la question de la responsabilité, 76% des participants estiment que la RCP allège le poids de la décision. Le respect de la collégialité dans la prise de décision serait un facteur de légitimation des décisions à qui on ne trouve pas de réponses dans les règles de « l'Evidence-Based Medicine » [3]. C'est ainsi que la RCP apparaît pour les médecins comme un élément essentiel validant leur décision, et cela est confirmé par le fait qu'en cas de désaccord avec une première décision, ils soumettent à nouveau le dossier, témoignant ainsi d'une volonté de ne pas décider à l'encontre de l'avis collégial. Le comité de concertation est un outil organisationnel facilitant l'émergence de décisions collectives et légitimes, car il peut faciliter la formulation et la discussion des options alternatives et définir les futurs axes de travaux de recherche.

## **VI. La RCP onco-gynécologique : quels obstacles ? Pour quelles améliorations ?**

### **1. Les limites de la RCP oncologie digestive :**

L'équipe nationale de lutte contre le cancer de l'Angleterre (qui fait maintenant partie de la santé publique en Angleterre) a mené une enquête auprès de plus de 2000 membres de la RCP pour tous les sites tumoraux [59]. Les membres ont considéré que les facteurs les plus importants pour un travail effectif de la RCP étaient : la participation aux réunions, le travail d'équipe et le leadership, la préparation et l'organisation administrative des réunions, la disponibilité et l'utilisation de la technologie informatique dans ces réunions. Une revue de Helen A et al soutient ces résultats et souligne que la faible participation de certaines spécialités, une préparation inadéquate des réunions et un déficit en support technologique comme barrières au bon fonctionnement des réunions de concertation pluridisciplinaire [60]. Dans notre contexte, l'évaluation de la RCP effectuée au cours de ce travail nous a permis d'identifier quelques points faibles de cette organisation. Ainsi le manque de participation, défaut de support informatique, une faible activité de recherche clinique et les difficultés logistiques ont été signalés par les participants comme obstacles entravant l'amélioration de la valeur éducative de la RCP.

Ce chapitre de notre travail sera dédié à traiter les différentes interventions en vue d'améliorer la valeur de la RCP notamment en termes d'enseignement et de formation en se basant sur les propositions des médecins en formation et les données de la littérature.

## **2. Les interventions en vue de promouvoir la valeur pédagogique de la RCP**

### **2.1. Stimuler la participation à la RCP :**

La présence des médecins semble parfois conditionnée au fait qu'ils aient ou non des dossiers à présenter. Pour pallier à ce manque d'implication, il est proposé de rendre la participation obligatoire pour les médecins en formation, quel que soit leur niveau d'étude ou les tâches qui leur sont assignées la RCP doit figurer parmi leurs priorités.

La présence d'autres spécialités, notamment les radiologues et les pathologistes, de façon régulière est fortement souhaitable, d'où l'intérêt dans certaines situations, des visioconférences pour respecter ce quorum [13]. La télémédecine est un médium qui procure des bénéfices rapportés par plusieurs auteurs pour le fonctionnement adéquat des RCP [61,62,63].

### **2.2. Meilleure organisation logistique de la RCP :**

La RCP est une activité 'sacrée'. La rigueur de son organisation et de son suivi est la garantie de son succès et de sa pérennité. Un soutien au niveau organisationnel est nécessaire.

Le lieu et le temps consacrés à la RCP jouent un rôle important dans le bon déroulement de celle-ci. Le temps dédié à la RCP traduit le confort dans la discussion. Le temps attribué à la préparation doit être également suffisant. Pour cela nous recommandons :

- Une étude minutieuse du dossier par le médecin en formation avant la présentation pour parvenir à formuler précisément le problème posé par le cas examiné.
- L'horaire de la RCP doit être discuté avec les différentes spécialités notamment avec les radiologues et les anatomopathologistes si un éventuel changement s'avère nécessaire pour assurer l'implication de toutes les spécialités et les compétences.
- La durée de la RCP doit tenir compte de la présentation des dossiers, de la vérification des données en particulier les images radiologiques et des rapports anatomopathologiques ainsi que la durée de la discussion.
- Promouvoir les échanges lors de la délibération à travers des décisions argumentées (les référentiels doivent être prononcés lors de la décision) sur la plupart des dossiers.
- Proposer l'inclusion des patients dans des protocoles de recherche si le cas intègre les critères d'inclusion au moment de la discussion.
- Privilégier la discussion sur les cas complexes en procédant à une hiérarchisation des dossiers lors de la présentation : les dossiers qui nécessitent une discussion profonde seront traités à la première partie de la réunion, les dossiers relevant d'une prise en

charge standard seront laissés vers la fin de la réunion pour une simple vérification des données et enregistrement de la décision.

- Une salle disposée pour favoriser la discussion. Les salles de réunion doivent contenir l'équipement informatique adapté à la lecture et la comparaison des examens radiologiques et anatomopathologiques. Des installations de téléconférence pourraient être également nécessaires [15].

Ces diverses démarches conduiraient à un meilleur engagement des acteurs dans les RCP, avec notamment une augmentation de la participation des radiologues et des anatomopathologistes.

### **2.3. Documentation numérique des décisions médicales**

Dans notre étude quantitative, on a pu constater un défaut de traçabilité des décisions (fiches manquantes, registres incomplets), les participants de notre enquête ont également souligné la nécessité d'établir une documentation numérique de chaque décision, les éléments et les arguments de celle-ci. Pour ces raisons nous recommandons.

Un système informatique dédié à cette activité qui regroupe les fonctions suivantes :

- La documentation numérique des décisions médicales en direct lors de la réunion par le médecin responsable du patient, sous forme de dossiers électroniques, accessible à tous les membres de la RCP notamment pour communiquer le projet thérapeutique aux services impliqués, doit enregistrer.
- Les référentiels et les recommandations adoptés lors du choix d'un traitement.
- Les informations mobilisées au cours du processus décisionnel (Les critères de décisions) : résultats des différents examens (bilan, imagerie, anapath) et les données cliniques (l'état générale, l'âge, les comorbidités spécifiques, situation professionnelle et familiale, état psychologique ...).
- Support informatique pour la présentation de nouveaux cas à la RCP notamment pour afficher des images radiologiques et les comptes rendus anatomopathologiques.

## **Conclusion**

La réunion de concertation pluridisciplinaire dans notre contexte en cancérologie est une interdisciplinaire et cette confrontation de spécialités médicales n'ayant ni le regard sur la maladie ni les mêmes armes thérapeutiques demeure une source d'enrichissement pour les praticiens et de qualité de soins pour les patients.

Notre étude a introduit une nouvelle perspective pédagogique a cet engagement clinique et médicolégal bien établi.

## Recommandations

### Aux autorités sanitaires et politiques :

- ❖ L'élaboration d'un programme nationale de lutte contre le cancer
- ❖ La création d'un institut de prise en charge du cancer
- ❖ L'adoption d'un cadre règlementaires juridiques pour la prise en charge du cancer
- ❖ La redynamisation du service sociale pour la prise en charge des patients indulgents

### Aux personnels socio-sanitaires :

- ❖ L'évacuation de tous les patients cancéreux au service spécialisé
- ❖ La référence de tous les patients cancéreux après l'histologie pour La RCP

### Aux populations :

- ❖ Le dépistage le plus tôt possible pour certains types de cancer
- ❖ L'éviction de l'automédication
- ❖ L'adoption d'une bonne hygiène alimentaire

## RÉFÉRENCES

1. **Mitchell G.K., Tieman, J.J., and Shelby-James TM.** Multidisciplinary care planning and teamwork in primary care, *Medical Journal of Australia* 2008, Vol. 188, No. 8, p.S63.
2. **Solé G.** Mode d'emploi des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) - Objectifs et principe de fonctionnement [Multidisciplinary Concertation Meetings (RCP): objectives and operating procedures]. *Med Sci (Paris)*. 2018;34 Hors-série n°2:23-25. doi:10.1051/medsci/201834s207
3. **Scales JE, Johnson MS.** A psychiatric POMR for use by a multidisciplinary team. *Hosp Community Psychiatry*. 1975;26(6):371-373. doi:10.1176/ps.26.6.371
4. **Campbell LJ, Cole KD.** Geriatric assessment teams. *Clin Geriatr Med*. 1987;3(1):99-110.
5. **Schmidt I, Claesson CB, Westerholm B, Nilsson LG, Svarstad BL.** The impact of regular multidisciplinary team interventions on psychotropic prescribing in Swedish nursing homes. *J Am Geriatr Soc*. 1998;46(1):77-82. doi:10.1111/j.1532-5415.1998.tb01017.x
6. **Fonda D.** Telelink: the use of telephone conferences for multidisciplinary team meetings. *Age Ageing*. 1986;15(6):374-377. doi:10.1093/ageing/15.6.374
7. **Murphy ML.** The multidiscipline team in a cancer center. *Cancer*. 1975; 35(3 suppl):876-883. doi:10.1002/1097-0142(197503)35:3+<876:aid-cncr2820350705>3.0.co;2-8
8. **Pillay B, Wootten AC, Crowe H et al.** The impact of multidisciplinary team meetings on patient assessment, management and outcomes in oncology settings: A systematic review of the literature. *Cancer Treat Rev*. 2016;42:56-72. doi:10.1016/j.ctrv.2015.11.007
9. **Taylor C, Munro AJ, Glynne-Jones R et al.** Multidisciplinary team working in cancer: what is the evidence?. *BMJ*. 2010; 340:c951. Published 2010 Mar 23. doi:10.1136/bmj.c951
10. **Le Divenah Aude, David Stéphane, Bertrand Dominique et al.** « Réunion de concertation pluridisciplinaire : comment décider d'une chimiothérapie à visée palliative ? », *Santé Publique*, 2013/2 (Vol. 25), p. 129-135. DOI : 10.3917/spub.132.0129. URL : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-2-page-129.htm>

11. **Chaouki W, Mimouni M, Boutayeb S, Hachi H, Errihani H, Benjaafar N.** Évaluation des réunions de concertation pluridisciplinaire; l'exemple des cancers gynécomammaires dans un centre de référence tertiaire au Maroc [Evaluation of multidisciplinary team meeting; the example of gynecological mammary cancers in a tertiary referral center in Morocco]. *Bull Cancer*. 2017; 104(7-8):644-651. doi:10.1016/j.bulcan.2017.04.004
12. **Ettalibi F.** Impact de la réunion de concertation pluridisciplinaire sur les médecins en formation. [Thèse de médecine] Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech 2020. 138p. N°148.
13. **Soukup T, Lamb BW, Arora S, Darzi A, Sevdalis N, Green JS.** Successful strategies in implementing a multidisciplinary team working in the care of patients with cancer: an overview and synthesis of the available literature. *J Multidiscip Healthc*. 2018 Jan 19;11:49-61. doi: 10.2147/JMDH.S117945. Erratum in: *J Multidiscip*
14. **Shao J, Rodrigues M, Corter AL, Baxter NN.** Multidisciplinary care of breast cancer patients: a scoping review of multidisciplinary styles, processes, and outcomes. *CurrOncol*. 2019 Jun; 26(3):e385-e397. doi: 10.3747/co.26.4713. Epub 2019 Jun 1. PMID: 31285683; PMCID: PMC6588064.
15. **Contrelecancer.** Registre des cancers de la Région du Grand Casablanca pour la période 2008-2012 ; 2016 [https://www.contrelecancer.ma/site\\_media/uploaded\\_files/RCRGC.pdf](https://www.contrelecancer.ma/site_media/uploaded_files/RCRGC.pdf)
16. **Maamri A.** Données épidémiologiques sur le cancer dans le monde et au Maroc *Revue bibliographique* 2015.
17. Plan national de prévention et de contrôle du cancer 2010–2019; 2009, [http://www.sante.gov.ma/Documents/Synthese\\_PNPCC\\_2010-1019.pdf](http://www.sante.gov.ma/Documents/Synthese_PNPCC_2010-1019.pdf).
18. **Lamb BW, Jalil RT, Sevdalis N, Vincent C, Green JS.** Strategies to improve the efficiency and utility of multidisciplinary team meetings in urology cancer care: a survey study. *BMC Health Serv Res*. 2014 Sep 8;14:377. doi: 10.1186/1472-6963-14-377. PMID: 25196248; PMCID: PMC4162937.
19. **Kesson Eileen M, Allardice Gwen M, George W David, Burns Harry J G, Morrison David S.** Effects of multidisciplinary team working on breast cancer survival: retrospective, comparative, interventional cohort study of 13 722 women *BMJ* 2012; 344 :e2718
20. **Nasir S, Anwar S, Ahmed M.** Multidisciplinary team (MDT) meeting and Radiologist workload: A prospective review in a tertiary care hospital. *Pak J Med Sci*. 2017;33(6):1501-1506. doi: <https://doi.org/10.12669/pjms.336.12905>

21. **Jalil R, Akhter W, Lamb BW, Taylor C, Harris J, Green JSA et al.** Validation of team performance assessment for multidisciplinary tumor boards, *The Journal of Urology*® (2014), doi: 10.1016/j.juro.2014.03.002.
22. **Kehl KL, Landrum MB, Kahn KL, Gray SW, Chen AB, Keating NL.** Tumor board participation among physicians caring for patients with lung or colorectal cancer. *J OncolPract.* 2015 May;11(3):e267-78. doi: 10.1200/JOP.2015.003673. Epub 2015 Apr 28. PMID: 25922221; PMCID: PMC4438111.
23. **Goldwasser F, Nisenbaum N, Vinant P, Balladur E, Dauchy S, Farota-Romejko I et al.** La réunion de concertation pluridisciplinaire onco-palliative : objectifs et préconisations pratiques [Multidisciplinary oncopalliative meeting: Aims and practical recommendations]. *Bull Cancer.* 2018 May;105(5):458-464. French. doi: 10.1016/j.bulcan.2018.01.017. Epub 2018 Mar 19. PMID: 29567281.
24. **Oeppen RS, Davidson M, Scrimgeour DS, Rahimi S, Brennan PA.** Human factors awareness and recognition during multidisciplinary team meetings. *J Oral Pathol Med.* 2019 Sep;48(8):656-661. doi: 10.1111/jop.12853. Epub 2019 Apr 9. PMID: 30908725.
25. **Burge PS, Reynolds J, Trotter S, Burge GA, Walters G.** Histologist's original opinion compared with multidisciplinary team in determining diagnosis in interstitial lung disease. *Thorax.* 2017 Mar;72(3):280-281. doi: 10.1136/thoraxjnl-2016-208776. Epub 2016 Nov 4. PMID: 27815523.
26. **Orgerie MB.** La décision médicale en cancérologie. Rôle de la réunion de concertation pluridisciplinaire. Thèse d'université 2007. <http://www.ethique.inserm.fr>.
27. **Orgerie MB, Duchange N, Pélicier N, Rosset P, Lemarié E, Dorval E et al.** La réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie ne modifie pas la relation entre le médecin et son patient [Multidisciplinary meetings in oncology do not impact the physician-patient relationship]. *Presse Med.* 2012 Mar;41(3 Pt 1):e87-94. French. doi: 10.1016/j.lpm.2011.07.026. Epub 2011 Nov 12. PMID: 22079306.
28. **Kraetschmer N, Sharpe N, Urowitz S, Raisa B, Deber P.** How does trust affect patient preferences for participation in decision-making? *Health Expect* 2004;7:317-26.
29. **Lanceley A, Savage J, Menon U, Jacobs I.** Influences on multidisciplinary team decision-making. *Int J Gynecol Cancer.* 2008 MarApr;18(2):215-22. doi: 10.1111/j.1525-1438.2007.00991.x. Epub 2007 May 19. PMID: 17511801.
30. **Hollunder S, Herrlinger U, Zipfel M, Schmolders J, Janzen V, Thiesler T et al.** Cross-sectional increase of adherence to multidisciplinary tumor board decisions. *BMC Cancer.* 2018 Sep 29;18(1):936. doi: 10.1186/s12885-018-4841-4. PMID: 30268109; PMCID: PMC6162965.

31. **El Saghier NS, Keating NL, Carlson RW, Khoury KE, Fallowfield L.** Tumor boards: optimizing the structure and improving efficiency of multidisciplinary management of patients with cancer worldwide. *Am Soc Clin Oncol Educ Book*. 2014:e461-6. doi: 10.14694/EdBook\_AM.2014.34.e461. PMID: 24857140.
32. **Field KM, Rosenthal MA, Dimou J, Fleet M, Gibbs P, Drummond K.** Communication in and clinician satisfaction with multidisciplinary team meetings in neuro-oncology. *J Clin Neurosci*. 2010 Sep;17(9):1130-5. doi: 10.1016/j.jocn.2010.03.001. Epub 2010 Jun 8. PMID: 20570520.
33. **Bate J, Wingrove J, Donkin A, Taylor R, Whelan J.** Patient perspectives on a national multidisciplinary team meeting for a rare cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2019 Mar; 28(2):e12971. doi: 10.1111/ecc.12971. Epub 2018 Dec 3. PMID: 30507003.
34. **Kangasniemi M, Arala K, Becker E, Suutarla A, Haapa T, Korhonen A.** The development of ethical guidelines for nurses' collegiality using the Delphi method. *NursEthics*. 2017 Aug;24(5):538-555. doi: 10.1177/0969733015617342. Epub 2016 Jan 11. PMID: 26754970.
35. **Urquhart R, Porter GA, Grunfeld E.** Reflections on knowledge brokering within a multidisciplinary research team. *J ContinEducHealth Prof*. 2011 Fall;31(4):283-90. doi: 10.1002/chp.20128. PMID: 22189993.
36. **Juan C, Sanchez M, Miquel R et al.** Uncommon tumors and pseudotumoral lesions of the pancreas. *Current Problems in Diagnostic Radiology*. 2008 Jul-Aug;37(4):145-164. DOI: 10.1067/j.cpradiol.2007.08.004.
37. **Obayo S, Lukwago L, Orem J, Faulx AL, Probert CS.** Gastrointestinal malignancies at five regional referral hospitals in Uganda. *Afr Health Sci*. 2017 Dec;17(4):1051-1058. doi: 10.4314/ahs.v17i4.13. PMID: 29937876; PMCID: PMC5870283.
38. **Wo JY, Hong TS, Kachnic LA.** Impact of age and comorbidities on the treatment of gastrointestinal malignancies. *Semin Radiat Oncol*. 2012 Oct;22(4):311-20. doi: 10.1016/j.semradonc.2012.05.008. PMID: 22985814.
39. **Kapoor S.** Cholecystectomy and the risk of gastrointestinal carcinogenesis. *Scand J Gastroenterol*. 2013 Aug;48(8):991. doi: 10.3109/00365521.2013.805813. Epub 2013 Jun 19. PMID: 23782326.
40. **Schernhammer, ES, Leitzmann, MF, Michaud DS, Speizer, FE, Giovannucci E, Colditz, GA et al.** Cholecystectomy and the risk for developing colorectal cancer and distal colorectal adenomas. *British journal of cancer* 2003, 88(1), 79–83. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6600661>

41. **LinG, ZengZ, WangX, WuZ, WangJ, Wang C et al.** Cholecystectomy and risk of pancreatic cancer: a meta-analysis of observational studies. *Cancer Causes Control* 2012;23:59–67.
42. **Sonnenberg WR.** Gastrointestinal Malignancies. *Prim Care*. 2017 Dec;44(4):721-732. doi: 10.1016/j.pop.2017.07.013. PMID: 29132531.
43. **Basta YL, Bolle S, Fockens P, Tytgat KMAJ.** The Value of Multidisciplinary Team Meetings for Patients with Gastrointestinal Malignancies: A Systematic Review. *Ann SurgOncol*. 2017 Sep;24(9):2669-2678. doi: 10.1245/s10434-017-5833-3. Epub 2017 Mar 23. PMID: 28337661; PMCID: PMC5539280.
44. **Munro MJ, Wickremesekera SK, Peng L, Tan ST, Itinteang T.** Cancer stem cells in colorectal cancer: areview. *J Clin Pathol*. 2018 Feb;71(2):110-116. doi: 10.1136/jclinpath-2017-204739. Epub 2017 Sep 23. PMID: 28942428.
45. **Gorez E, Staumont G.** Carcinome epidermoïde anal [Epidermoid anal carcinoma]. *Rev Prat*. 2008 Oct 31;58(16):1783-92. French. PMID: 19143150.
46. **Cives M, Strosberg JR.** Gastroenteropancreatic Neuroendocrine Tumors. *CA Cancer J Clin*. 2018 Nov;68(6):471-487. doi: 10.3322/caac.21493. Epub 2018 Oct 8. PMID: 30295930
47. **Mantese G.** Gastrointestinal stromal tumor: epidemiology, diagnosis, and treatment. *Curr Opin Gastroenterol*. 2019 Nov;35(6):555-559. doi: 10.1097/MOG.0000000000000584. PMID: 31577561.
48. **Diamantis A, Bouliaris K, Christodoulidis G, Vasdeki D, Perivoliotis K, Tepetes K.** Gastrointestinal stromal tumors and synchronous intra-abdominal malignancies: Review of the literature. *J BUON*. 2018 Nov-Dec;23(6):1573-1579. PMID: 30610779.
49. **Brodt P.** Role of the Microenvironment in Liver Metastasis: From Pre- to Prometastatic Niches. *Clin Cancer Res*. 2016 Dec 15; 22(24):5971-5982. doi: 10.1158/1078-0432.CCR-16-0460. Epub 2016 Oct 19. PMID: 27797969.
50. **Piñeros M, Parkin DM, Ward K, Chokunonga E, Ervik M, Farrugia H et al.** Essential TNM: a registry tool to reduce gaps in cancer staging information. *Lancet Oncol*. 2019 Feb;20(2):e103-e111. doi: 10.1016/S1470-2045(18)30897-0. PMID: 30712797.
51. **Scarà S, Bottoni P, Scatena R.** CA 19-9: Biochemical and Clinical Aspects. *AdvExp Med Biol*. 2015; 867:247-60. doi: 10.1007/978-94-017-7215-0\_15. PMID: 26530370.
52. **Miksad RA, Meropol NJ.** Carcinoembryonic Antigen-Still More to Learn From the Real World. *JAMA Oncol*. 2018 Mar 1;4(3):315-316. doi: 10.1001/jamaoncol.2017.4408. PMID: 29270625.

- 53. Marx GM, Boyce A, Goldstein D.** Elevated alpha-fetoprotein and hepatic metastases - it's not always what it seems! *Ann Oncol.* 2002 Jan;13(1):167-9. doi: 10.1093/annonc/mdf015. PMID: 11863100.
- 54. Zaanan A, Bouché O, Benhaim L, Buecher B, Chapelle N, Dubreuil O et al.** Gastric cancer: French intergroup clinical practice guidelines for diagnosis, treatments and follow-up (SNFGE, FFCD, GERCOR, UNICANCER, SFCD, SFED, SFRO). *Dig Liver Dis.* 2018 Aug;50(8):768-779. doi: 10.1016/j.dld.2018.04.025
- 55. Lawrence W Jr, Lopez MJ.** Radical surgery for cancer: a historical perspective. *Surg Oncol Clin N Am.* 2005 Jul; 14(3):441-6, v. doi: 10.1016/j.soc.2005.05.003. PMID: 15978422.
- 56. Johnston FM, Beckman M.** Updates on Management of Gastric Cancer. *Curr Oncol Rep.* 2019 Jun 24;21(8):67. doi: 10.1007/s11912-019-0820-4. PMID: 31236716.
- 57. Strobel O, Neoptolemos J, Jäger D, Büchler MW.** Optimizing the outcomes of pancreatic cancer surgery. *Nat Rev Clin Oncol.* 2019 Jan; 16(1):11-26. doi: 10.1038/s41571-018-0112-1. PMID: 30341417.
- 58. Minniti G, Goldsmith C, Brada M.** Radiotherapy. *Handb Clin Neurol.* 2012;104: 215-28. doi: 10.1016/B978-0-444-52138-5.00016-5. PMID: 22230446.
- 59. Cotte E, Artru P, Christou N, Conroy T, Doyen J, Fabre J, et al.** « Cancer du rectum ». *Thésaurus National de Cancérologie Digestive*, Mars 2019, [En ligne] [<http://www.tncd.org>]
- 60. Landi B, Blay JT, Bonvalot S, Brasseur M, Coindre JM, Emile JF, et al.** « Tumeurs stromales gastro-intestinales (GIST) ». *Thésaurus National de Cancérologie Digestive*, Décembre 2018, [En ligne] [<https://www.snfge.org/tncd> et <http://www.tncd.org> ]
- 61. Mehrling T.** Chemotherapy is getting 'smarter'. *Future Oncol.* 2015; 11(4):549-52. doi: 10.2217/fon.14.248. PMID: 25686110.
- 62. Ambe PC, Kurz NR, Nitschke C, Odeh SF, Möslein G, Zirngibl H.** Intestinal Ostomy. *DtschArztebl Int.* 2018 Mar 16;115(11):182-187. doi: 10.3238/arztebl.2018.0182. PMID: 29607805; PMCID: PMC5913578.
- 63. Okafor PN, Stobaugh DJ, Nnadi AK, Talwalkar JA.** Determinants of Palliative Care Utilization Among Patients Hospitalized With Metastatic Gastrointestinal Malignancies. *Am J Hosp Palliat Care.* 2017 Apr;34(3):269-274. doi: 10.1177/1049909115624373. Epub 2016 Jul 11. PMID: 26718956.

- 64. Janmaat VT, Steyerberg EW, van der Gaast A, Mathijssen RH, Bruno MJ, Peppelenbosch MP et al.** Palliative chemotherapy and targeted therapies for esophageal and gastroesophageal junction cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Nov 28;11(11):CD004063. doi: 10.1002/14651858.CD004063.pub4. PMID: 29182797; PMCID: PMC6486200.

## ANNEXES

### Annexe 1

#### Généralités

##### 1) Quelle est votre spécialité ?

- Chirurgie viscérale
- Oncologie
- Radiothérapie
- Urologie
- Radiologie
- Gynécologie
- Anatomie pathologie
- Autres :                   A           préciser

##### 2) Quel est votre statut ?

- Enseignant
- Médecin spécialiste
- Médecin résident
- Médecin interne

##### 3) Êtes-vous convaincu par l'intérêt de cette réunion de concertation pluridisciplinaire ?

Oui  Non

#### Participation à la RCP

##### 4) Participez-vous à des réunions de concertation pluridisciplinaire en oncologie ?

Oui  Non

La RCP est-elle institutionnalisée dans votre structure      

Le rythme   Bi hebdo    Hebdo    bimensuelle    Mensuel

Composantes :           oncologue    chirurgien    Gastro    Pneumo    Radiologue

Radiotherapeute

Psychotherapeute    Rééducateur    stomatherapeute

##### 5) A quelle fréquence participez-vous à la RCP ?

- Chaque semaine
- Parfois
- Quand vous avez un dossier à présenter
- Jamais

#### Présentation des dossiers à la RCP

##### 6) Les dossiers sont présentés de façon prioritaire en fonction :

- Du type tumoral
- Du stade avancé
- De la localisation
- .Priorité   Par ordre d'envoi
- Autre : A préciser

##### 7) Les dossiers que vous ne présentez pas :

- Vous prenez la décision seul
- Vous les discutez avec l'équipe du service
- Vous les discutez avec un collègue

- Vous en parlez au patient et à la famille
- Autre :

**8) Préconisez-vous l'utilisation de certains référentiels à la RCP pour éviter la discussion des cas non complexes ?** Oui  Non

- Si oui lesquels :

**9) Pourquoi présenter un dossier à la RCP ?**

- Avant chaque décision
- Valider une PEC initiale
- Établir un projet thérapeutique
- Si absence de référentiel clair
- Référer le patient
- Passer aux soins palliatifs

**Aspect Médicolégal de la PEC**

- Autre :

**10) Dans votre pratique quelle est la proportion de dossiers que vous présentez à la RCP Sur l'ensemble des décisions que vous prenez ?**

1/3  1/2  2/3  la totalité

**11) Vous présentez vous-même les dossiers de vos patients :**

Toujours  Souvent  Parfois  Jamais

**12) Vous demandez à un collègue de présenter vos dossiers :**

Toujours  Souvent  Parfois  Jamais

**13) Sur quel support :**

Powerpoint  Dossier clinique  Oralement

## **Déroulement de la RCP**

**14) Quand vous présentez le dossier vous défendez :**

- Votre proposition de prise en charge
- Le souhait du patient
- Le souhait de la famille

**15) La RCP a-t-elle été à l'origine parfois de changement de diagnostic ?**

Oui  Non

Si oui quel changement :

- Point de départ tumoral
- Classification TNM
- Grade histopathologique
- Radiologique
- Autre

**16) Demandez-vous des examens paracliniques supplémentaires en prévision d'une RCP ?**

Toujours  Souvent  Parfois  Jamais

**17) La RCP a-t-elle été à l'origine parfois de changement de la PEC initiale ?**

Toujours  Souvent  Parfois  Jamais

**18) Certains cas sont-ils rediscutés au niveau de la RCP ?**

Toujours  Souvent  Parfois  Jamais

## **Décision, délibération et information du patient**

**19) La délibération est-elle satisfaisante ?**

Toujours  Souvent  Parfois  Jamais

**20) Elle vous satisfait car :**

- la RCP vérifie l'ensemble du dossier
- la discussion permet de trouver la meilleure solution

- vous pouvez exprimer vos difficultés par rapport à un patient
- elle permet de gagner du temps
- Autre

**21) elle ne vous satisfait pas car :**

- elle retarde la mise en traitement
- les locaux ne se prêtent pas à la discussion
- les décisions sont prévisibles
- seuls les aspects techniques sont discutés
- Autre

**22) Il vous arrive d'être en désaccord avec la décision de la RCP :**

Toujours  Souvent  Parfois  Jamais

**23) Lorsque vous n'êtes pas d'accord, que faites-vous ?**

- Vous présentez le dossier avec des nouveaux éléments et arguments
- Vous en discutez avec le patient
- Vous discutez avec un collègue
- Autre :

**24) La décision appliquée :**

- Est celle de la RCP
- La décision que vous proposez
- Le souhait du patient
- Autre :

**25) L'information du patient se fait par :**

- Vous-même
- Le résident ou l'interne
- En consultation
- Au téléphone
- Autre

**26) Quel est le délai entre la RCP et l'instauration du traitement ?**

- < 1 mois
- De 1 à 3 mois
- De 3 à 6 mois
- > 6 mois

**27) Quelles sont vos propositions pour améliorer la RCP d'oncologie digestive ?**

Oui Non

La RCP avant tout acte chirurgical

L'extemporané

Présence de tous les acteurs

## **Annexe 2**

### **1) Année de découverte :**

### **2) Données épidémiologiques :**

Identité : Age : ..... Sexe : M  F

Terrain : .....

Médical : Toxique : alcool  tabac  autre :

- Chirurgical : .....
- Familial (predisposition) : .....

### **3) Diagnostic final :**

- Localisation tumorale : .....
- Anatomopathologie : .....
- Classification TNM : .....
- Sites métastatiques : .....
- GG métastatiques (nbre) : .....
- Marqueurs tumoraux : .....

### **4) Traitement :**

- Chirurgie

Type : 1-Résection –stomie    2-Biopsie    3-autres

Type :

- Chimiothérapie

Protocole : .....

Endoscopie interventionnelle : 1-Non    2- Non    Si Oui geste.....

Exclusive     Adjuvante     Néo adjuvante

Indication :    Radiothérapie     Externe     Curiethérapie

Protocole :    Exclusive     Adjuvante     Néo adjuvante

Indication :

RCC     Thérapie ciblée     Traitement palliatif

Chimiothérapie  Type : .....    Traitement endoscopique

Autre .....

### **5) Évolution :**

- Décès post opératoire : Oui  Non
- Survie à 1 an : Oui  Non
- Réponse : Complète  Partielle  Stabilité  Progression
- Récidive : Oui  Non  Si oui : .....

Délai : .....    Siège : .....

### **6) Décision :**

- Objectif de la RCP : .....
- Nombre de discussion à la RCP : .....
- Nature de la décision : .....