




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL



Évaluation des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) en cancérologie dans la région Rhône-Alpes : une enquête de terrain[☆]

Assessment of cancer RCP meetings in Rhône-Alpes: A survey on the ground

J.-L. Descotes^{a,*}, P. Guillem^b, P. Bondil^c,
M. Colombel^d, C. Chabloz^e

^a Clinique d'urologie, CHU de Grenoble, boulevard de la Chantourne,
38043 Grenoble cedex 9, France

^b Clinique d'urologie, CHU de Grenoble-Michallon, boulevard de la Chantourne, 38043
Grenoble cedex 9, France

^c Chirurgie urologique et générale, centre hospitalier de Chambéry, 7, square Massalaz,
73011 Chambéry cedex, France

^d Urologie et chirurgie de la transplantation, pavillon V, CHU Lyon—hôpital Édouard-Herriot,
5, place d'Arsonval, 69437 Lyon cedex 03, France

^e Coordination pour l'évaluation des pratiques professionnelles en santé Rhône-Alpes
(Cepral), 1, place de l'hôpital, 69288 Lyon cedex 02, France

Reçu le 29 décembre 2009 ; accepté le 14 mars 2010

Disponible sur Internet le 12 août 2010

MOTS CLÉS

Reunion concertation
multidisciplinaire ;
Enquête ;
Annuaire ;
Rhône-Alpes

Résumé La mise en place avec le plan cancer 2002–2007 du caractère systématique des réunions de concertation pluridisciplinaire en cancérologie est considéré dans le rapport de l'Inspection générale des Affaires sociales publié en juin 2009 comme l'une des mesures les plus avancées de ce plan.

But de cette enquête. — Nous avons voulu évaluer « le vécu » des réunions de concertation pluridisciplinaire en urologie au niveau de la région Rhône-Alpes.

Patients et méthode. — Nous avons adressé une enquête « déclarative » à nos collègues oncologues, radiothérapeutes et urologues, du secteur public et du secteur privé qui a évalué les modalités de réalisation de ces réunions de concertation et l'intérêt de ces réunions pour le patient et pour le praticien. Cent cinquante questionnaires sous format Excel ont été envoyés ; chaque questionnaire comportait 39 questions, évaluant l'organisation pratique des réunions de concertation, les éléments présentés dans chaque dossier, la question posée en RCP, les supports d'enregistrement des dossiers, les raisons de présentation d'un dossier (enregistrement systématique ou dossier complexe), l'organisation de la mise en application de la décision de la RCP, et « l'intérêt » de cette RCP, évalué de manière subjective par le praticien.

[☆] Niveau de preuve : 3.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : JLDescotes@chu-grenoble.fr (J.-L. Descotes).

Résultats. — Le taux de réponse au questionnaire a été de 65 % avec la participation de 73 urologues. Les urologues présentaient plus de dix dossiers par RCP dans 80 % des cas. La préparation des dossiers avec création d'un nouveau support était réalisée huit fois sur dix. Le référentiel du Comité cancérologie de l'Association française d'urologie était largement utilisé par les urologues les radiothérapeutes et les oncologues. Les difficultés en rapport avec le caractère chronophage de ces réunions étaient soulignées, en particulier pour les dossiers « simples » relevant d'une décision thérapeutique clairement établie dans le référentiel. Tous ces résultats ont été discutés lors d'une réunion régionale multidisciplinaire très interactive qui a permis de finaliser un annuaire régional des RCP qui sera proposé sous format papier et électronique sur le site Urofrance de l'Association française d'urologie et sur le site du réseau régional.

Conclusion. — L'intérêt majeur des RCP repose sur la mise en commun de compétences individuelles au sein d'une réunion pluridisciplinaire lors de la discussion de dossiers complexes ; il paraît moins net pour les patients relevant de conduites à tenir simples et bien établies par les référentiels édités par les sociétés savantes.

© 2010 Publié par Elsevier Masson SAS.

KEYWORDS

RCP;
Survey;
Directory;
Rhône-Alpes

Summary The results of a local survey sent to urologists, oncologists and radiotherapists working in Rhône-Alpes have been reported to assess the value of multidisciplinary oncological meetings (RCP) in Urology. The results of this short study have been analyzed and compared to the national results published by the Inspection Générale des Affaires Sociales report. Meanwhile, we have created a professional electronic directory collecting all RCP of Rhône-Alpes, which will be accessible soon.

© 2010 Published by Elsevier Masson SAS.

Introduction : le contexte légal des RCP

Parmi les nombreuses mesures du plan cancer 2002–2007, l'une d'elle, la mesure 31, mise en application par la circulaire du 22 février 2005 correspond à l'une des missions essentielles des centres de coordination en cancérologie (3C), qui sont des « cellules qualité opérationnelles » organisées autour de la cancérologie. Ce plan a positionné les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) comme le lieu de référence de la prise de décision médicale dans le domaine de l'oncologie.

L'objectif de cette mesure est : « de faire bénéficier 100 % des nouveaux patients atteints de cancer d'une concertation pluridisciplinaire autour de leur dossier, de synthétiser le parcours thérapeutique prévisionnel issu de cette concertation sous la forme d'un programme personnalisé de soins remis aux patients ».

Les centres de coordination en cancérologie doivent, par ailleurs, s'assurer de la qualité de la prise en charge des patients telle que définie par le plan cancer, tout au long de leur parcours de soins dans les établissements qui y sont associés.

Les 3C organisent leur travail sur la transversalité des pratiques et sont générateurs de dynamiques d'établissements autour de la qualité en cancérologie. Les autres missions des 3C sont :

- de mettre à disposition des professionnels les recommandations de bonnes pratiques, les référentiels, les protocoles de prise en charge actualisés ;
- de garantir le bon fonctionnement des RCP ;
- de garantir qu'une organisation et des moyens existent pour assurer aux patients l'accès au programme personnalisé de soins, au dispositif d'annonce, aux

soins de support, à l'innovation et à la recherche clinique ;

- de favoriser l'information des patients atteints de cancer au sein d'un établissement mais aussi faire évoluer la prise en charge vers un suivi plus individualisé des parcours de soin en intégrant les soins à domicile et la coordination avec les acteurs du réseau territorial ;
- de développer des relations avec le pôle régional de cancérologie pour les soins de recours ;
- de produire des informations sur l'activité en cancérologie en s'appuyant sur différents indicateurs.

La caractéristique et le bénéfice le plus important des RCP repose sur la mise en œuvre de la pluridisciplinarité, la production et la diffusion d'un compte rendu après chaque discussion de dossiers.

Les décisions prises en réunions de concertation s'appuient sur un référentiel réactualisé, le 3C se portant garant de l'application des différents standards par le biais des thésaurus.

Outre cette activité régulièrement répartie tout au long de l'année, les 3C enregistrent toutes les données des dossiers présentés en RCP et comparent le nombre de dossiers présentés en RCP avec le nombre de dossiers « ouverts » en cancérologie de l'établissement. L'ensemble de ces données est transmis à nos tutelles.

Objectifs de cette étude

Les urologues participent de manière variable à ces réunions de concertation et nous avons voulu évaluer dans la région Rhône-Alpes à la fois la charge de travail que représentent ces réunions et leur

intérêt grâce à une enquête déclarative « de terrain ».

En effet, l'augmentation du nombre de dossiers d'urologie à traiter et la nécessité d'expertiser 100 % de ces dossiers rend cette pratique extrêmement chronophage pour les médecins et génère des problèmes logistiques, d'informatiques et de secrétariat.

Être présent à une RCP implique bien sûr une participation active à cette procédure de discussion, d'enregistrement, et d'information des patients des propositions thérapeutiques retenues.

Participer à cette démarche pluridisciplinaire nécessite aussi un investissement des urologues dans l'organisation des RCP, pour les faire évoluer et les coordonner en améliorant leur fonctionnement ; cela d'autant plus que ces RCP permettent aux praticiens de valider le plus souvent leur démarche d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) [1].

Bien conscient de ces notions théoriques, nous avons aussi voulu évaluer le vécu « au quotidien » de ces RCP.

Cette évaluation de la pratique des RCP dans des structures différentes (CHU, CHR, cliniques privées) nous semblait particulièrement importante alors que le développement des RCP au sein de l'ensemble du territoire français est considéré dans le rapport de l'IGAS [2] comme un objectif atteint et que la mise en place de ces RCP est identifiée comme une avancée majeure dans l'évolution des pratiques médicales grâce à la pluridisciplinarité qui optimise la qualité du diagnostic et le choix des traitements.

Patients et méthode

Nous avons lancé en juin 2009 une enquête « déclarative » de terrain sur la région Rhône-Alpes sur le « vécu » des RCP.

Cent cinquante questionnaires créés en s'inspirant de la thèse de médecine du docteur Orgerie (Paris-V soutenue le 20 juin 2007) ont été envoyés aux urologues, aux onco-radiothérapeutes et aux oncologues de la région Rhône-Alpes. Le questionnaire regroupait de nombreuses questions pratiques correspondant au rythme des RCP, à la charte de celles-ci, au quorum, au temps passé à la préparation des dossiers... et des questions correspondant à l'évaluation des bénéfices de ces RCP en termes de stratégie diagnostique et thérapeutique pour le patient. Le **Matériel complémentaire**, **Annexe 1**, reprend en détail ce questionnaire.

La saisie des réponses a été faite sur un fichier Excel et analysée en octobre 2009.

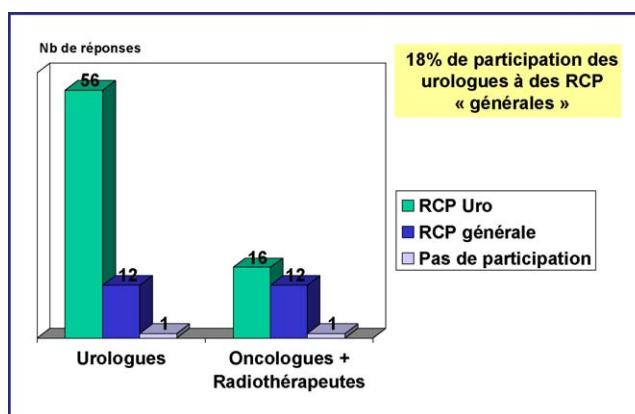


Figure 1. À quelle RCP participez-vous en fonction de votre spécialité ?

Résultats

Dans cette enquête, le taux de réponse a été de 65 % ; ce qui témoigne de l'intérêt des praticiens pour cette question.

Tous les participants à cette enquête pratiquaient régulièrement des RCP. La majorité des urologues participaient à des RCP spécifiques alors que les radiothérapeutes et oncologues étaient présents aux RCP de toutes les spécialités (Fig. 1).

Le plus souvent, ces réunions avaient lieu tous les 15 jours ; elles étaient, dans 35 % des cas, hebdomadaires.

Le quorum médical était présent quatre fois sur cinq ; deux fois sur trois des médecins extérieurs participaient à la RCP. Lorsque le quorum n'était pas atteint, la réunion de concertation était maintenue quatre fois sur dix.

Le nombre de dossiers présentés par RCP était supérieur à dix dans 80 % des cas (Tableau 1). Vingt-cinq des 73 urologues répondant au questionnaire évaluaient à plus de 20 le nombre de dossiers présentés à chaque réunion de concertation : ils ne représentaient cependant, pour les urologues que 30 % des dossiers de cancérologie vus au quotidien.

L'exhaustivité de présentation des dossiers de cancérologie n'était jamais atteinte pour les urologues, alors qu'elle pouvait l'être pour les oncologues et radiothérapeutes (Fig. 2).

La charge de travail pour chaque dossier concernait la préparation des dossiers, la présentation avec création d'un support de présentation huit fois sur dix et la transmission de l'information qui était faite soit à l'occasion d'une consultation spécifique, soit par téléphone dans 25 % des cas.

Très souvent, du matériel informatique était mis à disposition, avec utilisation de visioconférence une fois

Tableau 1 Nombre de dossiers présentés.

	< 5	Entre 5 et 10	Entre 10 et 20	> 20	% > 10
Urologues	3	11	34	25	80
Radiothérapeutes		1	5	7	92
Oncologues		1	2	5	87

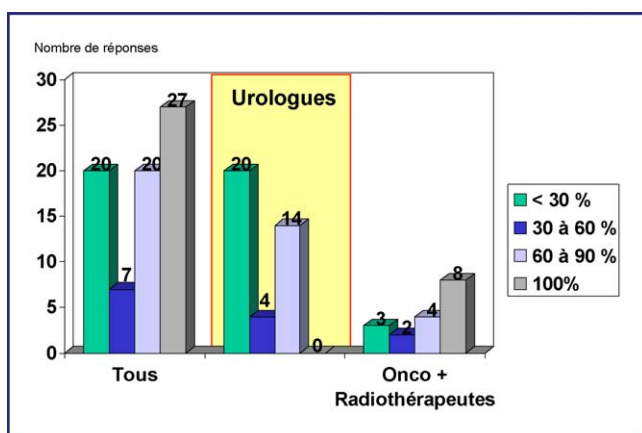


Figure 2. Pourcentage de dossiers enregistrés % votre activité de cancérologie.

sur deux. Le dossier était informatisé sept fois sur dix.

Le référentiel utilisé était, dans la grande majorité des cas, celui du Comité cancérologie de l'Association française d'urologie (CCAFU) [3].

Les informations enregistrées en RCP concernaient le stade TNM dans 100% des cas, l'âge, le sexe, la localisation tumorale et le résultat anatomopathologique de manière systématique.

Interrogés par questionnaire écrit, les médecins estimaient insuffisant l'enregistrement des antécédents du patient, de l'environnement social et familial et de la tolérance des traitements.

Au total, à l'issue de cette enquête, les RCP apparaissaient comme une avancée importante permettant de prendre du recul par rapport à la décision thérapeutique et donnant du poids à cette décision huit fois sur dix (Fig. 3).

Les médecins interrogés témoignaient de leur satisfaction, en particulier pour les dossiers complexes. Les critiques exprimées parfois vivement, reflétaient le caractère chronophage des RCP, en particulier, lié à l'enregistrement systématique de dossiers « simples » relevant du référentiel. Enfin, étaient soulignées, les difficultés d'adapter la décision thérapeutique lorsque que le réfé-

rent médical déléguait la présentation de ses dossiers, et l'existence de décisions inadaptées lorsque les comorbidités n'étaient pas retrouvées dans le dossier, avec des comptes rendus souvent incomplets et stéréotypés. Enfin, l'absence de valorisation financière de cette activité était fréquemment mentionnée.

Une réunion régionale organisée pour discuter les résultats de cette enquête a fait apparaître de nombreuses réserves des participants face aux exigences d'exhaustivité de présentation des dossiers et a mis en avant de grandes variations dans la qualité des comptes rendus de ces RCP.

Discussion

Les résultats de ce travail peuvent être rapprochés de ceux de l'enquête nationale effectuée à la demande de la Haute Autorité de santé et publiée le 13 décembre 2009 (<http://www.has-sante.fr/>). Cette enquête nationale sur 82 établissements de santé (centres hospitalo-universitaires, centres hospitaliers, établissements privés, centres de cancérologie, participant au service publique hospitalier) s'est déroulée de juin à septembre 2009.

Dans cette enquête nationale, deux indicateurs ont été évalués :

- le nombre de patients ayant bénéficié lors de la prise en charge initiale d'une RCP datée comportant la prise en charge (niveau 1) : indicateur de traçabilité ;
- le nombre de patients ayant bénéficié lors de la prise en charge initiale d'une RCP datée comportant la proposition de prise en charge et réalisée avec au moins trois professionnels de spécialités différentes (niveau 2) : indicateur de traçabilité et d'organisation.

L'évaluation des 7657 dossiers saisis montrait qu'en moyenne 65% des dossiers atteignaient le niveau 1 et que 27% des dossiers atteignaient le niveau 2.

Dans ce rapport, les dossiers d'urologie représentaient 15% des dossiers analysés : un tiers des dossiers présentait une RCP tracée avec tous les éléments demandés, un autre tiers présentait une RCP tracée avec des éléments manquants et, pour le dernier tiers, il n'existait pas de RCP où celle-ci ne concernait pas la prise en charge initiale.

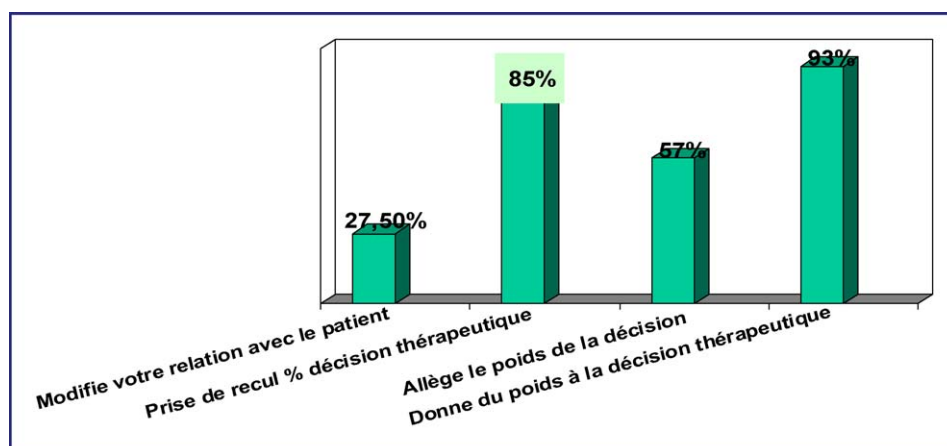


Figure 3. Intérêt de la RCP.

L'Inca doit analyser ces résultats et donnera, début 2010, son avis concernant le maintien des composants de cet indicateur RCP en vue de la généralisation de son recueil au second semestre 2010. Les perspectives évoquées sont de rendre obligatoire cet indicateur pour tous les établissements de santé titulaires de l'autorisation de soins pour l'activité cancérologie.

Notre enquête confirme les aspects positifs de ces RCP lié aux échanges entre spécialistes d'horizons et de formation différentes. La transversalité et l'interactivité inhérente à ce travail d'équipe est source d'enrichissement et d'une meilleure prise en charge des patients [4].

Nul ne semble remettre en question ces bénéfices qui s'accompagnent d'efforts pendant les réunions pour optimiser une démarche « qualité » de prise en charge des patients (respect des référentiels, sensibilisation aux essais cliniques, mise en forme du plan personnalisé de soins, transparence des choix thérapeutiques, lieu de formation pour les étudiants en médecine. . .) [5,6].

Cependant, certains auteurs ont montré que, dans 98 % des cas de nouveaux cancers en urologie, la discussion en RCP aboutit dans la plupart des cas à une conduite à tenir similaire à celle que le chirurgien aurait tenue en l'absence de RCP [7]. D'autres soulignent que l'existence d'une RCP ne constitue pas une condition suffisante à l'amélioration des décisions thérapeutiques [8].

Malgré ces aspects positifs, de nombreuses réserves ont été exprimées dans notre enquête sur le caractère chronophage des RCP, en particulier, face aux perspectives annoncées d'un enregistrement systématique des dossiers.

En effet, il s'agit d'une activité qui se répète fréquemment pour les oncologues, les radiothérapeutes qui sont présents aux RCP de nombreuses spécialités, mais aussi pour médecins spécialistes (médecins anatomopathologistes). Or l'essence même de ces réunions est de traduire dans un compte rendu exhaustif et détaillé les données carcinologiques précises mais aussi les nuances du dossier rapportées par le médecin référent qui doit faire état de la sensibilité et des « préférences » de son patient si plusieurs choix thérapeutiques sont possibles.

Pour certains participants, l'absence de valorisation financière de ces RCP et la multiplication des dossiers à traiter pousseraient à une dynamique de « rentabilité » et d'enregistrement systématique au détriment de la qualité de la discussion. Enfin, le caractère trop formalisé des RCP risquerait d'entraîner des difficultés à traduire ces nuances dans les comptes rendus des RCP qui aujourd'hui restent hétérogènes et parfois dictés en différé.

Ainsi, il nous paraît utile de rappeler que les secrétaires des RCP devraient apporter toute leur attention lors de la dictée des comptes rendus, l'objectif premier des ces comptes rendus étant de permettre le suivi de la prise en charge du patient. Par leur exhaustivité, 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 du cancer sur un territoire, alors même que le plan cancer 2 renforce le positionnement des registres du cancer et qu'il existe un projet de bases de données nationale des cancers à partir d'un croisement des données de

l'affection de longue durée, des programmes de médicalisation des systèmes d'information et des comptes rendus d'anatomopathologie.

Les responsables régionaux et nationaux de la cancérologie devraient proposer aux acteurs de terrain des approches structurées et coordonnées afin d'accompagner les changements organisationnels et culturels des professionnels tout en s'inspirant des dynamiques déjà en place [9].

Conclusion

Les RCP ont changé notre approche de la cancérologie et des protocoles de soins.

Les RCP intègrent maintenant dans notre pratique en cancérologie une culture pluridisciplinaire (chirurgiens urologues, radiothérapeutes, oncologues médicaux, voire médecin anatomopathologistes, radiologues) et cette confrontation de spécialités médicales n'ayant ni le même regard sur la maladie ni les mêmes armes thérapeutiques est sans aucun doute une source d'enrichissements pour les praticiens et de qualité des soins pour les patients.

Cette enquête a mis l'accent sur les nombreux bénéfices de ces RCP sous réserve d'un enregistrement précis homogène et exhaustif justifiant une préparation en amont des dossiers et une organisation préalable de la réunion (nombre de dossiers, vérification du quorum. . .).

Elle a permis de souligner les possibilités offertes par ces réunions en termes d'enseignement et d'inclusion de patients dans des essais cliniques car il s'agit d'un lieu d'échanges privilégié entre les professionnels de la santé et de mise à jour des connaissances.

À l'issue de ce travail, il semblait néanmoins nécessaire de trouver rapidement les moyens d'équilibrer la charge médicale de travail représentée par ces réunions en limitant les contraintes administratives qu'elles représentaient et en privilégiant la discussion sur les dossiers « difficiles ».

Conflit d'intérêt

Pas de conflits d'intérêt.

Remerciements

À tous les oncologues, radiothérapeutes et urologues de la région Rhône-Alpes qui ont accepté de répondre à cette enquête réunion régionale réalisée grâce au soutien des laboratoires Sanofi-Aventis.

Annexe 1. Matériel complémentaire

Le matériel complémentaire (Questionnaire) accompagnant la version en ligne de cet article est disponible sur <http://www.sciencedirect.com> et [doi:10.1016/j.purol.2010.03.012](https://doi.org/10.1016/j.purol.2010.03.012).

Références

- [1] Nguyen TD, Legrand P, Devie I, Cauchois A, Eymard JC. Évaluation qualitative de la réunion de concertation pluridisciplinaire de cancérologie mammaire. *Bull Cancer* 2008;95(2): 247–51.
- [2] Bas Theron F, Gresy B, Guillermo V, Chambaud L. Évaluation des mesures du plan cancer 2003–2007 relatives au dépistage et à l'organisation des soins. Inspection générale des affaires sociales, Rapport juin 2009.
- [3] Rebillard X, Davin JL, Moreau JL, Soulié M, Irani J, DeFromont M, et al. Recommandations 2007 en oncurologie, AFU, SFRO, GETUG, SFP. *Prog Urol* 2007;17(6): 1013–230.
- [4] Haward R, Amir Z, Borrill C, Dawson J, Scully J, West M, et al. Breast cancer teams: the impact of constitution, new cancer workload, and methods of operation on their effectiveness. *Br J Cancer* 2003;89:15–22.
- [5] Whelan JM, Griffith CDM, Archer T. Breast cancer multidisciplinary teams in England: much achieved but still more to be done. *The Breast* 2006;15:119–22.
- [6] Sharma RA, Shah K, Glatstein E. Multidisciplinary team meetings: what does the future hold for flies raised in Wittgenstein's bottle? *The Lancet* 2009;10:98–9.
- [7] Acher PL, Young AJ, Etherington-Foy R, McCahy PJ, Deane AM. Improving outcomes in urological cancers: the impact of "multidisciplinary team meetings". *Int J Surg* 2005;3: 121–3.
- [8] Castel P, Blay JY, Meeus P, Sunyach MP, Ranchère-Vince D, Thiesse P, et al. Fonctionnement et impact d'un comité pluridisciplinaire en cancérologie. *Bull Cancer* 2004;91(10):799–804.
- [9] Sullivan T, Dobrow MJ, Schneider E, Newcomer L, Richards M, Wilkinson L, et al. Améliorer la responsabilité clinique et la performance en cancérologie. *Prat Organ Soins* 2008;39(3): 207–15.