

**Classifications, thésaurus, recommandations,  
référentiels, RCP et sites en ligne :  
entraînent-ils des dysfonctionnements de prise en charge ?**

**Elisabeth Luporsi  
Pascal Bonnier  
Jean-Pierre Bellocq**

**SFSPM Marseille 10 novembre 2011**

# Plan

- **Préambule**
- **Identification des causes de dysfonctionnements**
- **Comment faire face aux difficultés au quotidien ?**
- **Pistes de réflexion**
- **Conclusion**

# Préambule

**Classifications, thésaurus (outil documentaire),  
recommandations, référentiels, RCP et sites en ligne**

→ **RCP : une démarche basée sur un principe d'amélioration de la qualité, de l'efficacité et de la sécurité des soins, réunissant compétence, rationalité, multidisciplinarité, démocratie sanitaire (égalité des chances)**

→ **source de progrès :**

- la *mission première* est l'optimisation de la prise en charge de la patiente

- les *finalités secondaires* possibles :

  - RCP, lieu de formation

  - RCP, source d'actualisation des référentiels en notifiant des questions non résolues ou des points ambigus

## **Entraînent-ils des dysfonctionnements de prise en charge ?**

**Pourquoi cette question?**

**Car les dysfonctionnements peuvent être sources de sous-traitements ou de sur-traitements**

**2 types d'approches selon l'origine et selon la visibilité**

***Selon l'origine :***

- l'organisation
- le dossier de la patiente
- le référentiel
- le praticien

***Selon la visibilité :***

- de 1er ordre (bien visibles)
- de 2ème ordre (vices cachés)

## Exemples de dysfonctionnements

### bien visibles

- organisation non optimale (spécialiste non représenté, manque de temps)
- connaissance incomplète des référentiels
- non application du référentiel
- données incomplètes du dossier de la patiente

### vices cachés

- médecin présent mais plus ou moins passif
- modulations personnelles du référentiel
- conflits d'intérêts
- instrumentalisation de la prise de décision et contrôles possibles
- mal vécu non exprimé

# **Identification des causes de dysfonctionnements**

## **Selon le cheminement de la RCP**

- 1 - Que se passe-t-il avant la RCP ?**
- 2 - Quelles sont les personnes présentes à la RCP ?**
- 3 - Comment est présenté le dossier de la patiente ?**
- 4 - Comment est utilisé le référentiel ?**
- 5 - Comment est prise la décision médicale ?**
- 6 - Que se passe-t-il après la RCP ?**



## **1- Avant la RCP**

### **Cause organisationnelle :**

- **la préparation de la RCP n'est pas suffisamment structurée**
- **la RCP est structurée mais il manque des éléments**

## **2- Personnes présentes à la RCP**

### **Cause organisationnelle**

- **personnes non prévenues d'un changement de dates ou de lieu de RCP**

### **Causes liées au praticien**

- **il manque le quorum de médecins**
- **il manque la représentativité des spécialités**
- **le médecin référent de la patiente est absent**

### **3- Présentation du dossier de la patiente**

#### **Causes liées au praticien**

**Manque de concentration des médecins :**

- non prise en compte de toutes les data
- non détection des incohérences

**→ la présentation du dossier en RCP est un moment privilégié pour déceler d'éventuelles incohérences**

#### **Cause organisationnelle**

**Leadership insuffisant pour mener la RCP ou trop marqué pour laisser discuter**

## **4- Utilisation du référentiel**

### **Causes liées au référentiel**

**2 possibilités :**

- le référentiel est bon**
- le référentiel n'est pas optimal**

## **4- Utilisation du référentiel**

**Le référentiel est bon**

**mais non ou mal appliqué par le praticien car refus de la contrainte**

**→ Défaut d'acceptation des recommandations considérées comme trop abstraites ou trop simplistes, ou trop rigides gênant l'autonomie de la décision médicale**

## 4- Utilisation du référentiel

**Le référentiel n'est pas optimal :**

- trop général,
- non adapté au cas de la patiente, car pas de sous catégories (patiente âgée, marges non précisées, classes de décision pour les biomarqueurs mal définies, classes de taille tumorale trop large 11-20 mm)
- beaucoup d'options différentes; finalement on peut tout faire

#### **4- Utilisation du référentiel**

- **les référentiels qui restreignent les conduites cliniques sont plus difficiles à faire appliquer que ceux qui implémentent en positif : la désescalade est plus difficile**
- **la complexité du référentiel est un frein à l'application**
- **le temps d'actualisation des référentiels est long, des médecins pouvant avoir tendance à vouloir utiliser des innovations et sortir ainsi du référentiel**

## **5- Prise de la décision médicale**

### **Causes liées au praticien**

- un collègue dans le groupe peut avoir un comportement dominant qui peut conduire à des décisions mal documentées
- l'indépendance vis à vis de l'industrie est difficile à évaluer : lien d'intérêt positif ou négatif
- le jugement médical est perturbé par l'emprise médicolégale
- il manque des informations (cliniques, en particulier comorbidités, radiologiques, anatomo-pathologiques) dans le compte rendu pour la prise de décision



## **5- Prise de la décision médicale**

### **Causes liées au praticien**

- le médecin se rassure quand il peut mettre la patiente dans une case du référentiel
- le médecin se rassure en utilisant des logiciels d'aide à la décision, mais Adjuvantonline! pose problème (outil de performance clinique non validé, ce n'est pas un outil d'aide à la décision), peut donner un résultat erroné dans certains cas et peut conduire ainsi à du sur-traitement ou du sous-traitement
- le rapport bénéfice-risque n'est pas pris en compte

## **6- Après la RCP**

### **Cause organisationnelle**

- les conclusions de la RCP ne sont pas explicites

### **Causes liées au praticien**

- désaccord entre la décision de la RCP et celle du médecin référent absent
- propositions avec avantage et inconvénient sont à discuter avec la patiente et il est parfois difficile d'expliquer la notion de bénéfice-risque



**« Multidisciplinary teams can provide comprehensive cancer care, but doctors remain individually liable »**

*Sidhom, Lancet 2006*

**Comment faire face  
aux difficultés au quotidien ?**

## **Selon le cheminement de la RCP**

- 1 - Que se passe-t-il avant la RCP ?**
- 2 - Quelles sont les personnes présentes à la RCP ?**
- 3 - Comment est présenté le dossier de la patiente ?**
- 4 - Comment est utilisé le référentiel ?**
- 5 - Comment est prise la décision médicale ?**
- 6 - Que se passe-t-il après la RCP ?**

## **1- Avant la RCP**

- **se donner les moyens de préparer les RCP : temps de médecin et de secrétariat**
- **tous les dossiers doivent être enregistrés; un flou persiste sur ceux qui méritent d'être discutés en RCP**

## **2- Personnes présentes à la RCP**

- **le coordinateur doit être neutre et maintenir une certaine discipline lors de la discussion**
- **les 4 spécialités (chirurgien, anatomopathologiste, oncologue médical et radiothérapeute) doivent être présentes**

### **3- Présentation du dossier de la patiente**

- le médecin référent de la patiente doit présenter le dossier ou au moins avoir préparé un dossier complet
- les médecins participant à la décision doivent avoir un esprit critique dans la présentation du dossier; c'est le dernier filtre avant la décision (notion de data « gravées dans le marbre »)
- ne pas trop se focaliser sur le délai de présentation du dossier après l'intervention (15 jours, ce n'est pas trop tard), sauf urgence.



#### **4- Utilisation du référentiel**

**Les référentiels s'appuient sur des classifications, des thésaurus, des avis d'experts, des recommandations**

**Le référentiel doit préciser ce qu'on doit faire mais également ce qu'on ne doit pas faire**

**La formalisation doit être simple et courte dans un format facilitant la diffusion sur le terrain**

## **4- Utilisation du référentiel**

### **Les classifications :**

- **permettent la clarté et l'ordre dans nos connaissances; jugement et mémoire sont soulagés**
- **mais il existe des limites : tout classement est face à un compromis entre simplicité et traduction fidèle de la réalité**

### **Le référentiel :**

- **doit être un document « présent sous la main »**
- **il faut savoir s'en détacher et utiliser l'expertise dans les situations non**

## **5- Prise de la décision médicale**

- Le choix de la patiente doit apparaître dans la fiche**
- Il faut bien argumenter pourquoi on ne retient pas l'indication d'un traitement**
- La décision doit être rédigée de façon claire et affichée en séance de RCP**

## **6- Après la RCP**

- **relation entre le médecin et la patiente : temps essentiel de la décision qui donne la parole à la patiente et met en action la décision de la RCP**
- **aspect médico-légal : si traitement validé en RCP, le médecin se protège et protège la patiente, cependant le médecin est responsable de la décision (connaissance des comorbidités), seul le médecin est responsable devant la loi**

## **Pistes de réflexion**

**Décalage entre discours et réalité  
(dysfonctionnements et mal vécu)**

**Processus important ; cela impose des évaluations  
qualité**

**Soit on investit encore plus dans les RCP  
soit on réduit le nombre de cas présentés en RCP**

# Conclusion

**La RCP:**

- **guide**
- **protège**
- **mais complique et alourdit**

**Une réflexion nationale avec les organismes d'état  
devient urgente pour maîtriser l'outil.**

**Rôle de la SFSPM ?**



# **Merci de votre attention**

**Merci à  
C. Brunaud (Nancy), T. Darnaud (Bastia),  
S. Giard (Lille), C. Lemanski (Montpellier),  
D. Mayeur (Versailles), F. Farsi (Lyon), S. Taieb (Lille)  
pour leurs avis éclairés**