

Personnalisation des soins : rôle réel de la réunion de concertation pluridisciplinaire

Dr Pierre Heudel
Oncologie médicale
Centre Léon Bérard, Lyon

Aucun conflit d'intérêt relié à cet thématique

Décision médicale en cancérologie

- A pour enjeu essentiel d'augmenter les chances de survie du patient.
- Processus décisionnel tenant compte des spécificités de la maladie et des modalités thérapeutiques.
- Les chances de guérison se font au prix de traitement souvent lourds et grâce à des projets thérapeutiques élaborés en concertation

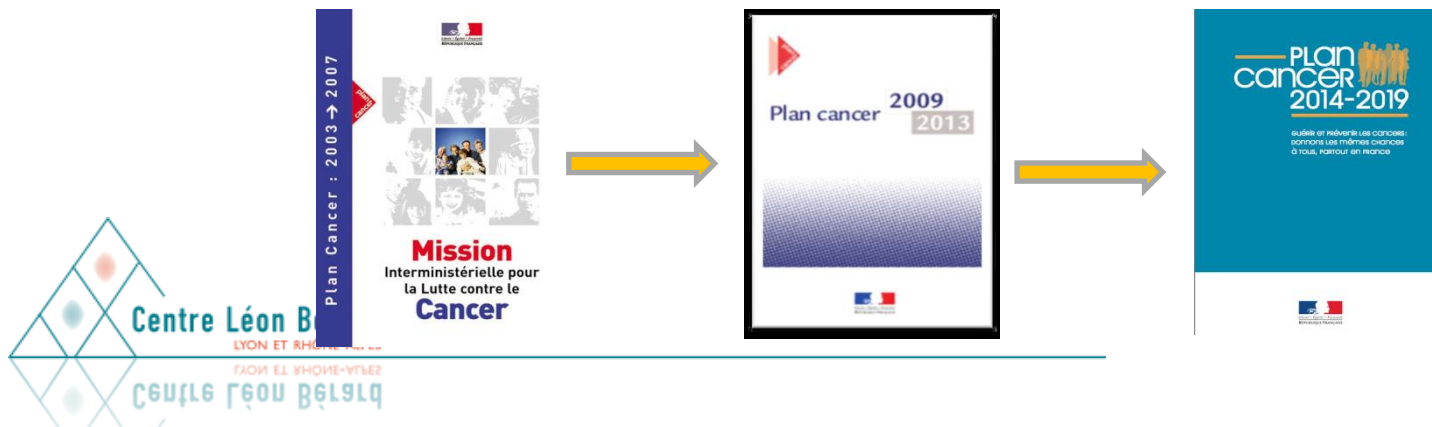
Outils d'aide à la décision médicale

- Formation médicale initiale
- Evidence based medicine
- Référentiels/guidelines
- Réunion de concertation pluridisciplinaire
- « Hyper expertise »

Contexte réglementaire important en cancérologie

- Plan cancer I et loi de santé publique
- Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Circulaire du 22 février 2005 et ses annexes sur l'organisation des soins en cancérologie
- Décret 2007 sur l'activité de soins de cancérologie
- Décret 2007 sur l'activité de soins de cancérologie applicables à
- Circulaire du 22 février 2005 et ses annexes sur l'organisation des soins en cancérologie régionaux de
- Manuel de cancérologie
- Loi HPST
- Rapport Grünfeld et Plan cancer II - Novembre 2009
- Plan cancer III

→ **HOMOGENEISATION DES PRATIQUES ET
AMELIORATION DES SOINS**



La réunion de concertation pluridisciplinaire

- Existe en France depuis la fin des années 80
- Plan cancer N°1
 - **Mesure 31:** 100% des patients atteints de cancer bénéficient d'un passage en RCP, appuyé sur la pluridisciplinarité et sur l'utilisation de référentiels validés.
 - **Mesures 31 et 40 sur les RCP et le dispositif d'annonce:** structurent le processus décisionnel et l'annonce de la maladie et des traitements auprès des patients.

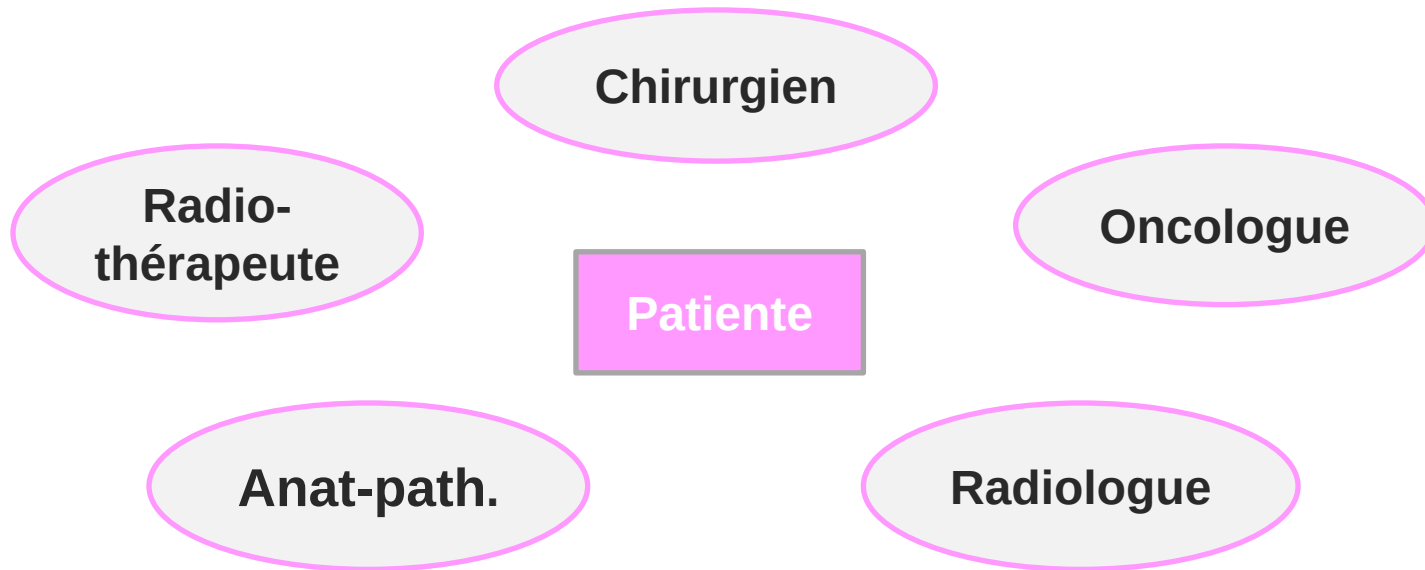
La réunion de concertation pluridisciplinaire

- RCP = révolution de la pratique médicale
- La stratégie thérapeutique ne dépend pas d'un seul médecin mais d'une décision collégiale

Organisation de la RCP

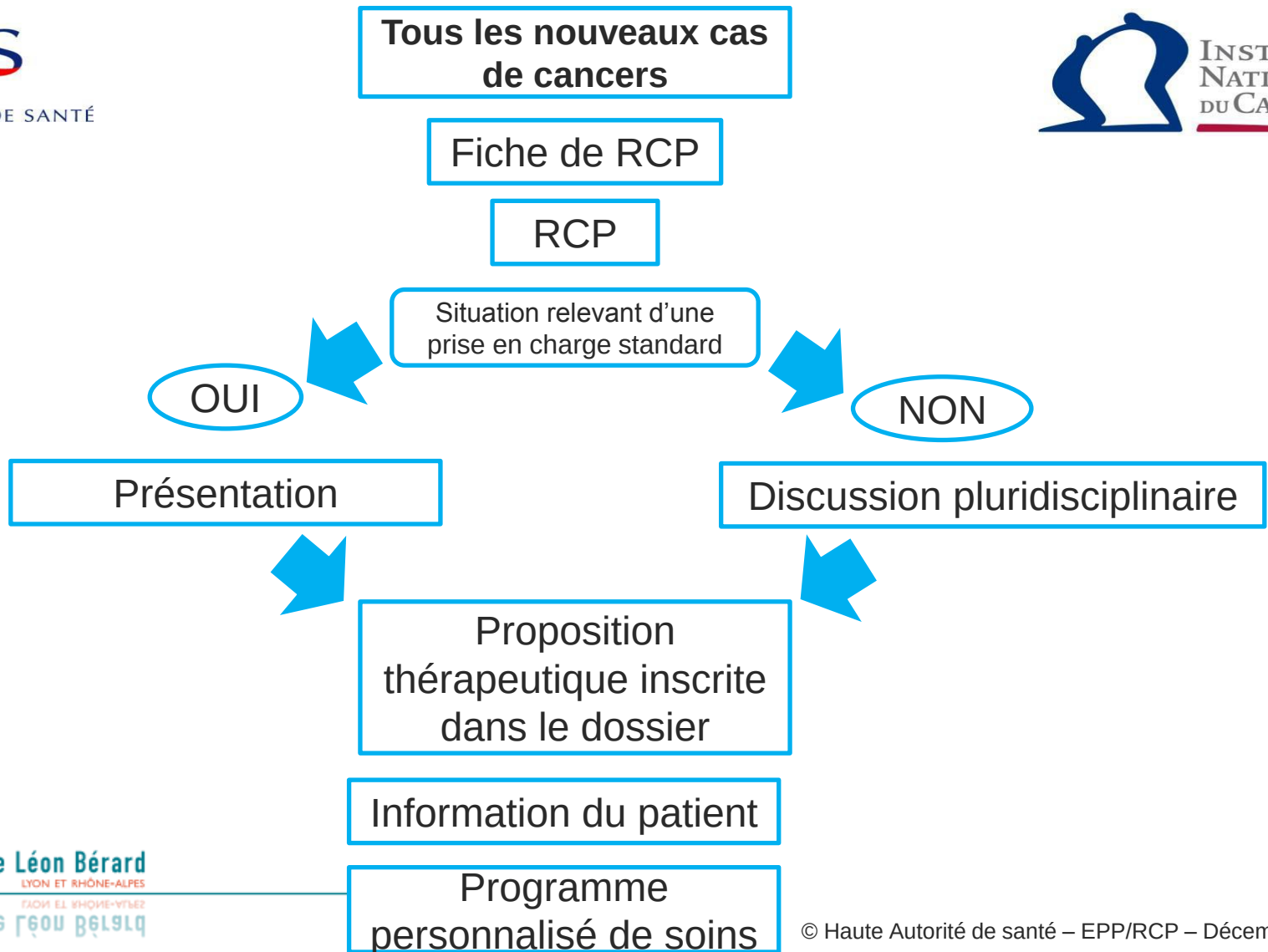
- L'organisation de la RCP doit être formalisée avec un rythme clairement établi d'au moins 2 fois par mois en oncologie et doit comprendre :
 - **un coordonnateur**. Son rôle est d'établir la liste des patients dont le dossier doit être analysé à la prochaine réunion, d'en avertir les professionnels 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 malade;
 - **l'indication des références scientifiques** utilisées ou de l'essai thérapeutique qui serait proposé au patient ;
 - le **nom du médecin/professionnel référent** qui doit assurer le suivi de la décision

Exemple de composition d'une RCP



La HAS considère qu'un médecin qui participe activement et régulièrement (8 à 10 fois par an) à des RCP, remplit son obligation d'évaluation des pratiques professionnelles (décret n° 2005-346 du 14 avril 2005).

La décision thérapeutique en cancérologie selon l'INCA et l'HAS



Critères de qualité d'une RCP

- La pluridisciplinarité : Minimum 3 spécialités différentes adaptées au type de la RCP.
- Fonctionnement **formalisé** : rythme (au moins 2 fois par mois), coordonnateur, secrétariat, référentiels utilisés. Avant la réunion, une fiche standardisée remplie par le médecin qui inscrit le dossier à la RCP.
- Tous les nouveaux cas doivent être présentés avant mise en route du primo-traitement. Les dossiers des patients nécessitant une modification substantielle du traitement (reprise évolutive, toxicité...) sont également présentés.
- Propositions thérapeutiques fondées sur des référentiels de pratique élaborés à un niveau régional à partir de guidelines nationales ou internationales. Régulièrement actualisés. Définir les possibilités d'inclusion dans des essais thérapeutiques.
- L'avis de la RCP comporte la **proposition thérapeutique** ainsi que les noms et qualifications des participants. Il est intégré dans le dossier du patient. Si le traitement délivré diffère de la proposition de RCP, les raisons doivent être argumentées par le médecin.
- **L'évaluation régulière des RCP** (fonctionnement, pluridisciplinarité...) permet une amélioration continue de leur qualité et, in fine, du service rendu aux patients.

La RCP : Indicateur de suivi qualité en cancérologie

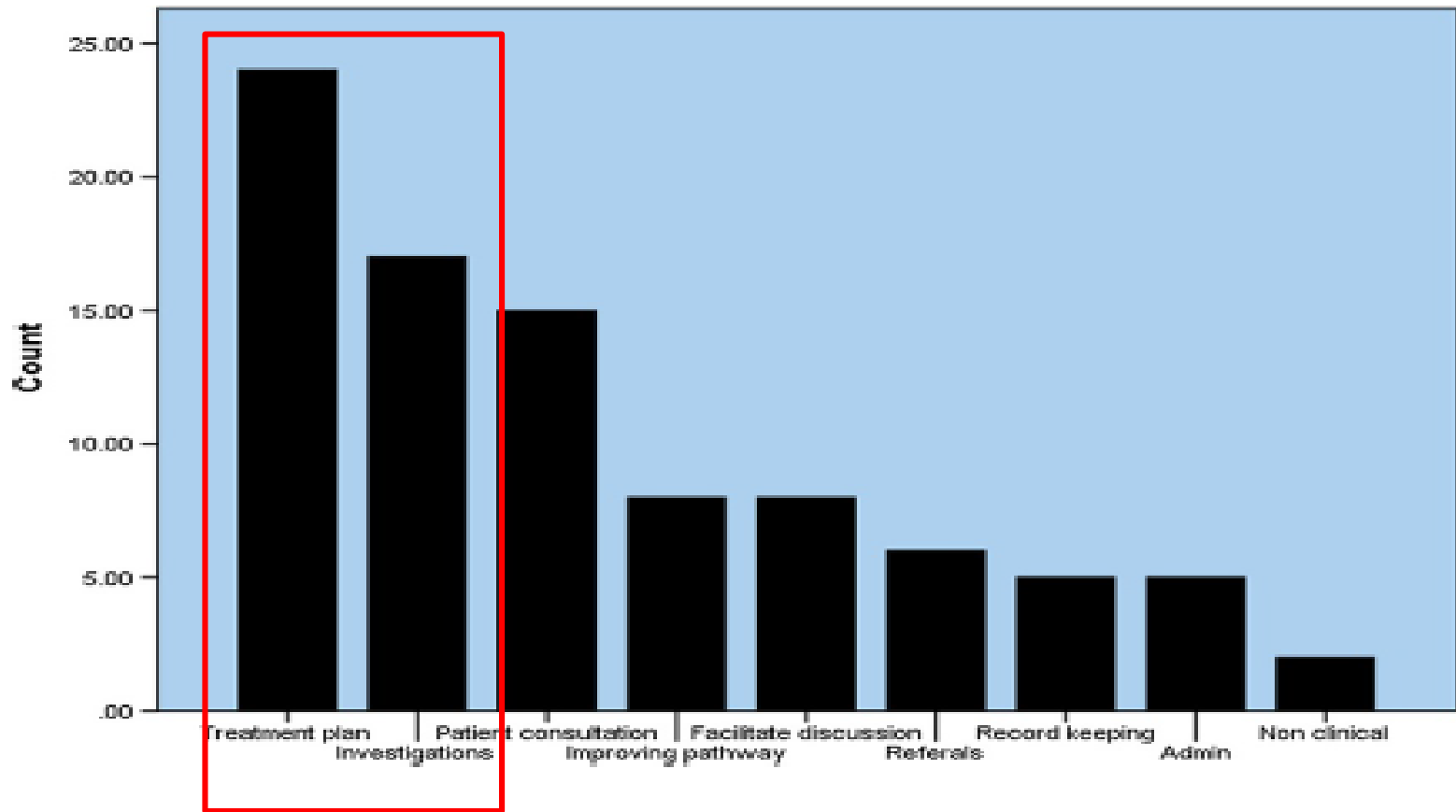
■ La Haute Autorité de Santé : Recueil annuel d'indicateurs de qualité IPAQSS (Indicateur pour l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins) dont l'indicateur RCP. Les données sont

■ L'Institut National du Cancer : Indicateur RCP avec un tableau de bord

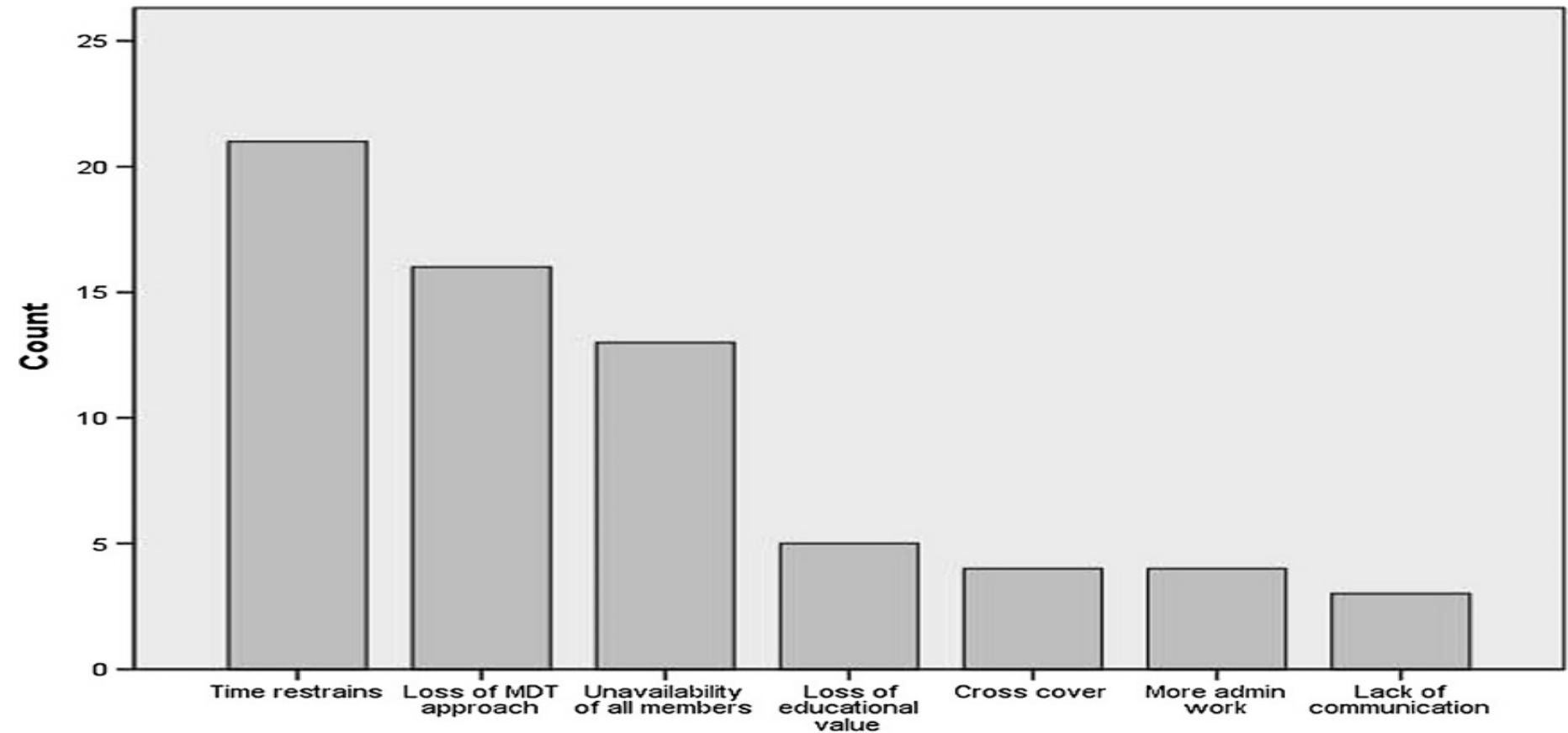
■ L'ARS : Recueil des RCP pour les procédures de renouvellement des autorisations de cancérologie des établissements de santé (tous les ans)

Cette présentation va-t-elle rester aussi ennuyeuse que certaines de mes RCP hebdomadaires ???

Qu'attendons nous d'une RCP?



Inconvénients des RCP?



Voie d'amélioration : Mieux cibler les cas à faible risque de discussions

Cout de la RCP

MDM	Cost (£ per month)
Breast	38 327
Colorectal	31 309
Upper gastrointestinal	17 231
Gynaecology	14 430
Total	101 297
Abbreviation: MDM = multidisciplinary team meeting.	

- 550 dossiers discutés pendant 1 mois dans 4 RCP d'un seul établissement

Vision de la RCP pour le patient

- 75% à 90% des patients font confiance à leur médecin référent en cancérologie
- Néanmoins, 80% d'entre eux se disent rassurés par la fait que la décision soit collégiale

RCP et décision thérapeutique: Juste un enregistrement?

- Changement dans la décision thérapeutique dans:
2 à 52% des cas
- Ce changement s'accompagne d'une **amélioration significative de la conformité aux référentiels.**

RCP et décision thérapeutique: Juste un enregistrement?

Nombre de participant à la discussion	194 dossiers
1	26 (13%)
2	79 (41%)
3	55 (28%)
4 et +	34 (18%)

Spécialité participant à la discussion	194 dossiers
Au moins 1 chirurgien	187 (96%)
Au moins 1 oncologue médical	139 (72%)
Au moins 1 radiothérapeute	15 (8%)
Au moins 1 anat-path.	4 (2%)
Au moins 1 radiologue	8 (4%)

RCP et décision thérapeutique: Juste un enregistrement?

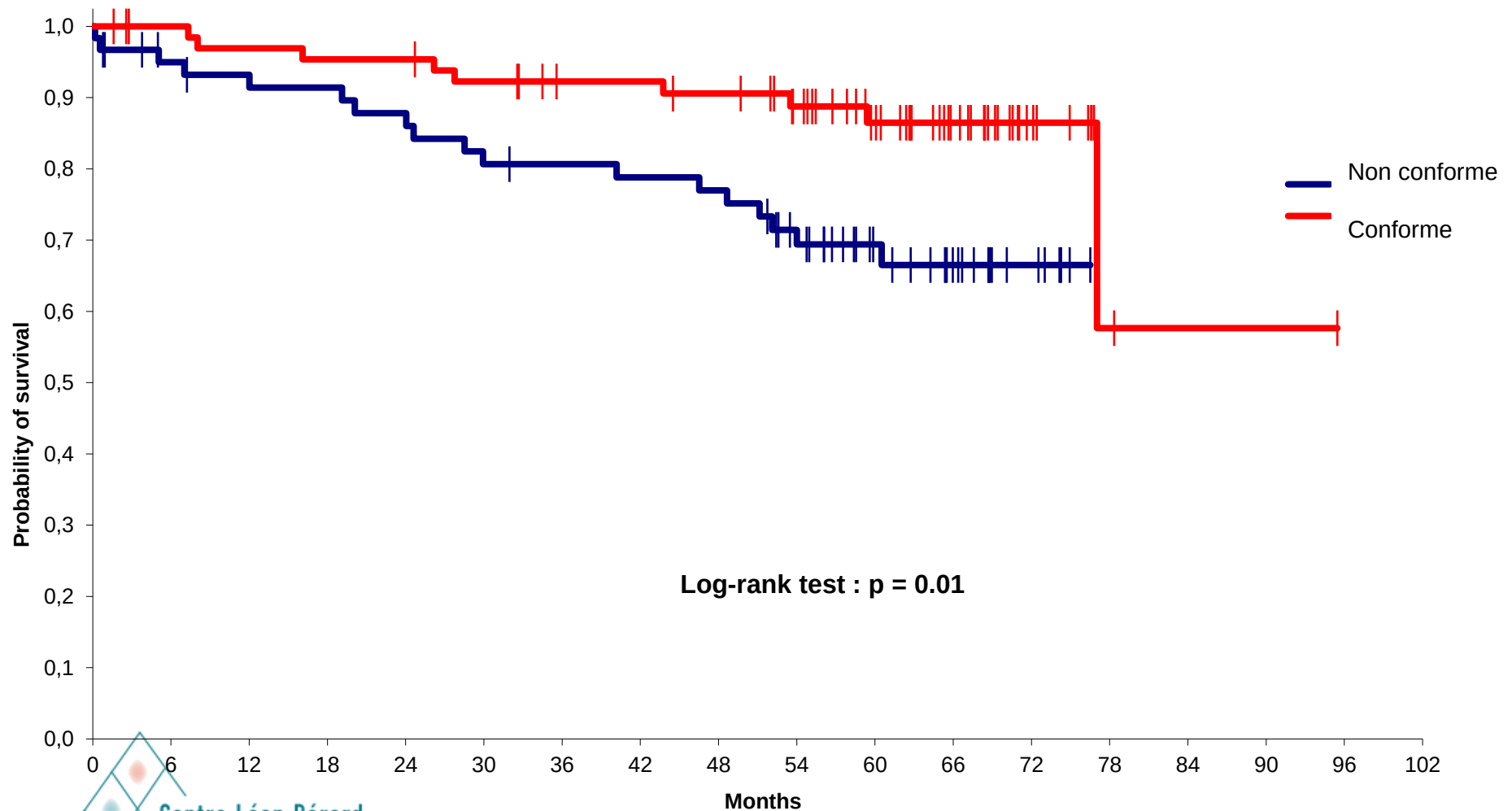
Source des désaccords	Discussions en désaccord N = 65 (33%)
Stratégie thérapeutique globale	6 (9%)
Traitement adjuvant	46 (71%)
Chimiothérapie	10 (15%)
Radiothérapie	7 (11%)
Essai clinique	10 (15%)
Stratégie adjuvante globale	19 (30%)
Chirurgie	2 (3%)
Diagnostic et/ou stade	7 (11%)
Autre	4 (6%)

RCP et décision thérapeutique: Juste un enregistrement?

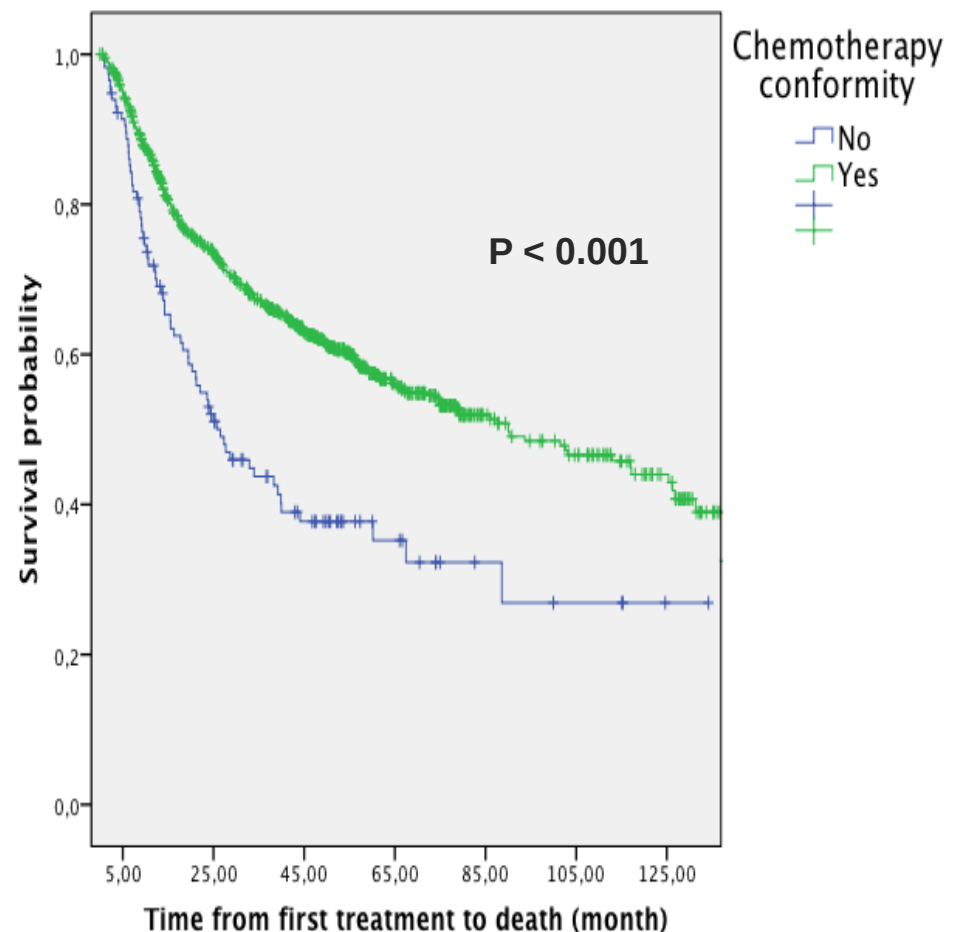
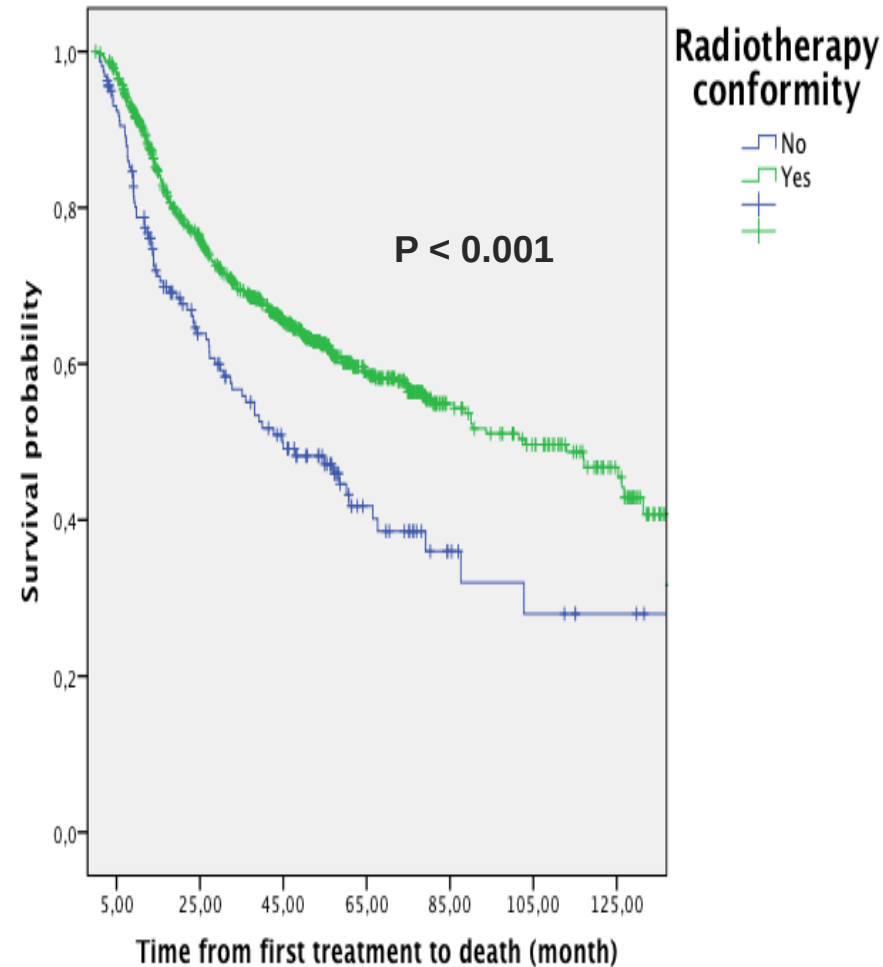
- Amélioration de la conformité aux référentiels
- En cas de discussion contradictoire, la clôture du débat se fait majoritairement par :
 - le respect du référentiel
 - la proposition d'inclusion dans un essai thérapeutique.

Conformité aux référentiels et survie globale:

Liposarcome non métastatique



Conformité aux référentiels et survie globale: Cancers ORL non métastatique



RCP et décision thérapeutique: Toujours appliquée?

Catégorie	Concordant N (%)	Discordant N (%)	Décisions totales
Biopsie	27 (96,4%)	1 (3,6%)	28
Imagerie	230 (92,4%)	19 (7,6%)	249
Chirurgie mammaire	822 (93,6%)	37 (4,2%)	878
Chirurgie axillaire	608 (85,6%)	38 (5,4%)	710
Chimiothérapie	259 (89%)	25 (8,6%)	291
Radiothérapie	557 (93,5%)	13 (2,2%)	596
Hormonothérapie	453 (94,8%)	13 (2,7%)	478
Total	2956	146 (4,5%)	3230

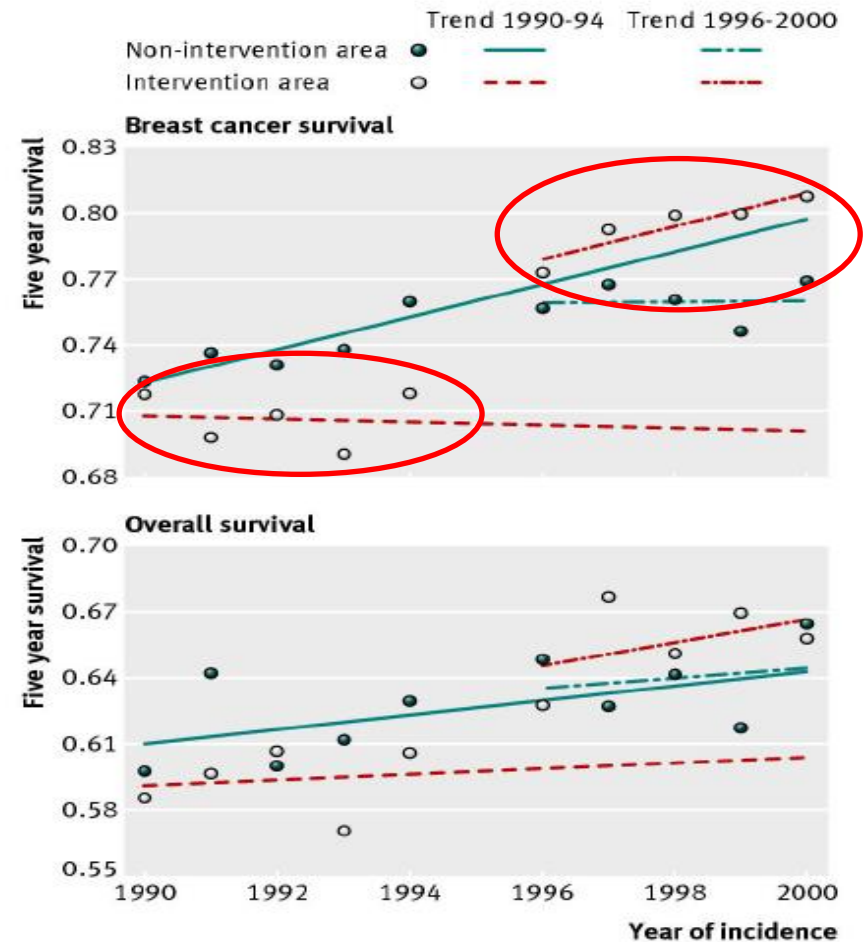
RCP et décision thérapeutique: Toujours appliquée?

- Décision de RCP non appliquée dans **1 à 16% des cas**
 - Facteurs:
 - Choix du patient
 - Comorbidités rendant inappropriées la décision de RCP
 - Éléments manquants lors de la RCP
- Dans la grande majorité des cas, la décision de RCP est suivie

RCP et décision thérapeutique: Bénéfice en survie?

- Cohorte rétrospective avant-après
- 13 722 patientes cancer du sein localisé
- Registre cancer écossais
 - Glasgow (900 000 personnes)
 - Ouest Ecosse (1 600 000 pers.)
- 1995: Introduction RCP à Glasgow

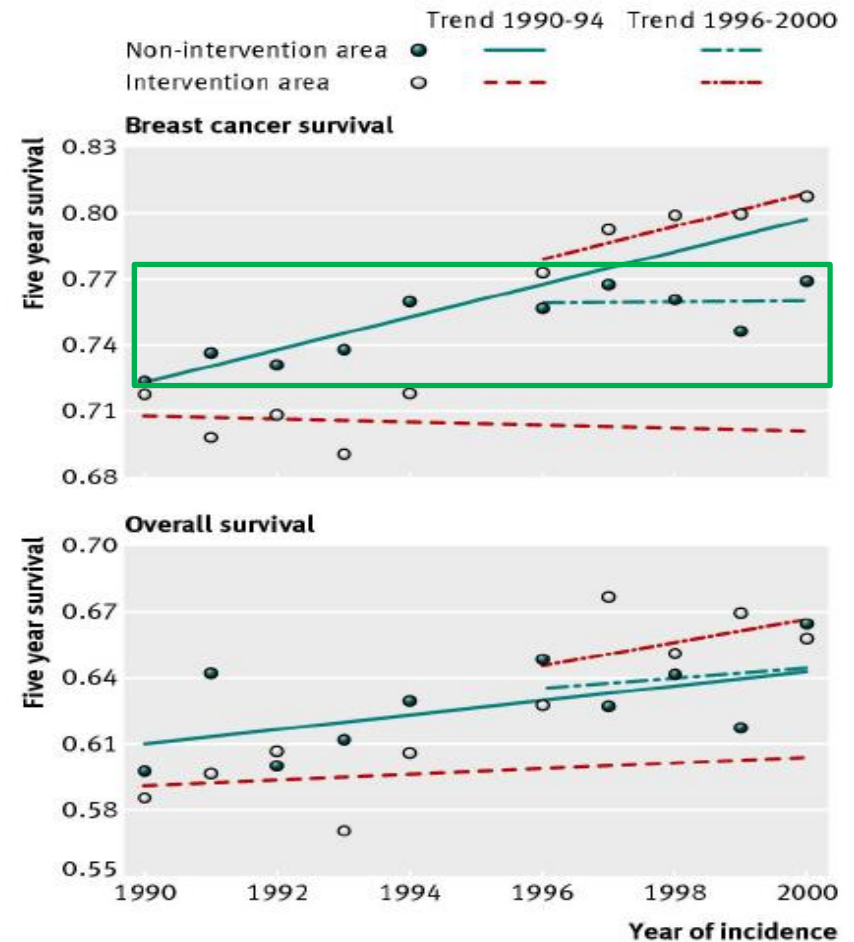
Survie à 5 ans	Période	Glasgow	Ouest Ecosse
Spécifique	1990-1995	71,3%	73,6%
	1996-2000	79,2%	75,9%
Globale	1990-1995	59,9%	65,6%
	1996-2000	61,5%	63,8%



RCP et décision thérapeutique: Bénéfice en survie?

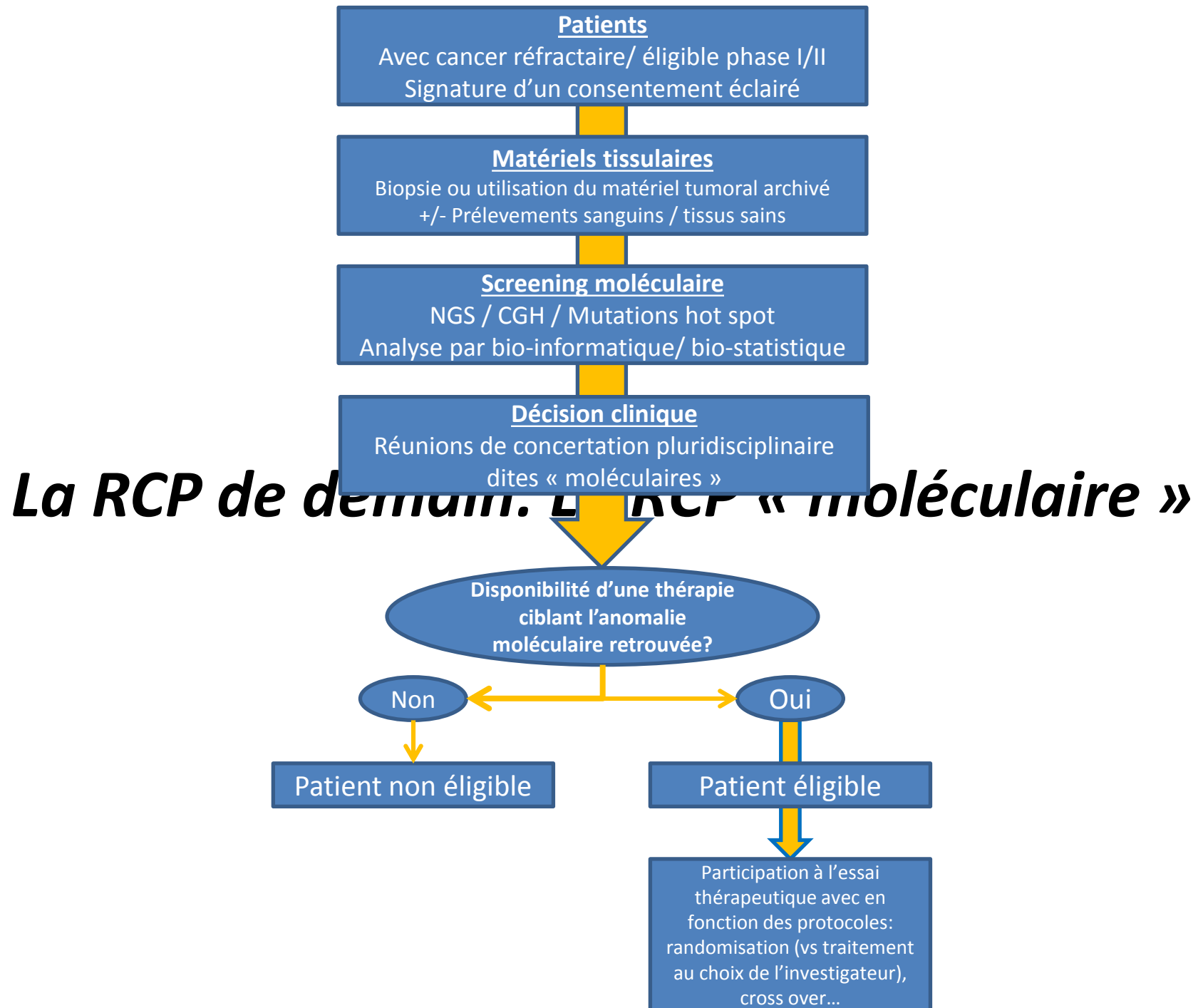
- Cohorte rétrospective avant-après
- 13 722 patientes cancer du sein localisé
- Registre cancer écossais
 - Glasgow (900 000 personnes)
 - Ouest Ecosse (1 600 000 pers.)
- 1995: Introduction RCP à Glasgow

Survie à 5 ans	Période	Glasgow	Ouest Ecosse
Spécifique	1990-1995	71,3%	73,6%
	1996-2000	79,2%	75,9%
Globale	1990-1995	59,9%	65,6%
	1996-2000	61,5%	63,8%



Personnalisation des soins : rôle réel de la réunion de concertation pluridisciplinaire

- La RCP améliore la prise en charge globale du cancer?
→ Oui évidemment
- La RCP permet une prise en charge thérapeutique personnalisée ?
→ Oui dans un grand nombre de cas
- Dans un futur proche, la RCP va devenir le principal décisionnaire d'une approche thérapeutique personnalisée?
→ Oui probablement



***Il n'y a pas un cancer mais des cancers,
Il n'y a pas des patientes mais une patiente...***

Merci pour votre attention