



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2019

Thèse N°055#

IMPACT SUR LA DECISION DE LA REUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE (RCP) EN ONCO _UROLOGIE

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 08/03/2019
PAR

MLLE : ASMA ENNAOUI

Née Le 10 MARS 1992 à Marrakech

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

RCP_ONCOUROLOGIE_DECISION_PERTINENCE

JURY

Mr K.SAIR

Professeur en chirurgie viscérale

Mr. O.GHOUNDALE

Professeur d'urologie du val de grâce paris

Mme. M.KHOUCHANI

Professeur de Radiothérapie-Oncologie

Mr. M.ZYANI

Professeur de Médecine Interne

PRESIDENT

RAPPORTEUR

JUGES



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

"رب أوزعني أن أشكر نعمتك
التي أنعمت عليّ وعلى والديّ
وأن أعمل صالحاً ترضاه
وأصلح لي في ذريّتي
إني تبت إليك وإني من المسلمين"
صدق الله العظيم





Serment d'hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

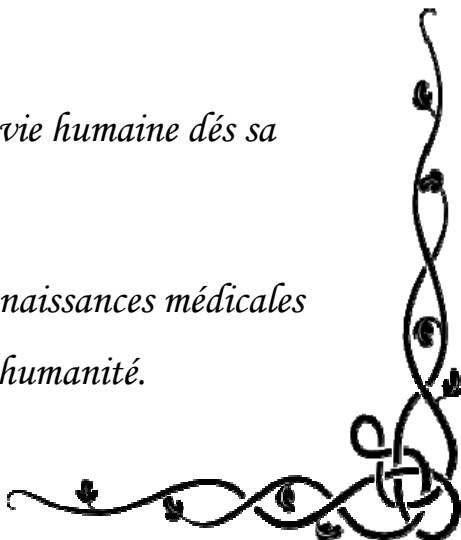
Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.





Liste des Professeurs



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires

: Pr. Badie Azzaman MEHADJI
: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la Coopération

: Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogiques

: Pr. Redouane EL FEZZAZI

Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato-orthopédie B	FINECH Benasser	Chirurgie - générale
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie-réanimation	FOURAJI Karima	Chirurgie pédiatrique B
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie-obstétrique	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
ADERDOUR Lahcen	Oto-rhino-laryngologie	HOCAR Ouafa	Dermatologie
ADMOU Brahim	Immunologie	JALAL Hicham	Radiologie
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique A	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie-réanimation
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie-obstétrique A	KHOUCANI Mouna	Radiothérapie
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KISSANI Najib	Neurologie
AKHDARI Nadia	Dermatologie	KOULALI IDRISSE Khalid	Traumato-orthopédie
AMAL Said	Dermatologie	KRATI Khadija	Gastro-entérologie
AMINE Mohamed	Epidémiologie-clinique	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
AMMAR Haddou	Oto-rhino-laryngologie	LAKMICH I Mohamed Amine	Urologie
AMRO Lamyae	Pneumo-phtisiologie	LAOUAD Inass	Néphrologie

ARSALANE Lamiae	Microbiologie – Virologie	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie – générale
ASMOUKI Hamid	Gynécologie– obstétrique B	MADHAR Si Mohamed	Traumato– orthopédie A
ASRI Fatima	Psychiatrie	MAHMAL Lahoucine	Hématologie – clinique
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BENELKHAIAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie – générale	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chiru maxillo faciale
BENJILALI Laila	Médecine interne	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BOUAITY Brahim	Oto–rhino– laryngologie	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUGHALEM Mohamed	Anesthésie – réanimation	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie – chimie	NAJEB Youssef	Traumato– orthopédie
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio– Vasculaire	NARJISS Youssef	Anesthésie– réanimation
BOURROUS Monir	Pédiatrie A	NEJMI Hicham	Rhumatologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie A	NIAMANE Radouane	Oto rhino laryngologie
CHAFIK Rachid	Traumato– orthopédie A	NOURI Hassan	Radiologie
CHAKOUR Mohamed	Hématologie	OUALI IDRISSE Mariem	Chirurgie pédiatrique
CHELLAK Saliha	Biochimie– chimie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie générale
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RABBANI Khalid	Oto–rhino– laryngologie
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RAJI Abdelaziz	Traumato– orthopédie
DAHAMI Zakaria	Urologie	SAIDI Halim	Anesthésie– réanimation
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie– réanimation	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Gastro– entérologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	SAMLANI Zouhour	Urologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SARF Ismail	Pédiatrie B

EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillo faciale	SBIHI Mohamed	Microbiologie – virologie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SORAA Nabila	Gynécologie–obstétrique A/B
EL HAOURY Hanane	Traumatologie–orthopédie A	SOUMMANI Abderraouf	Maladies infectieuses
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	TASSI Noura	Anesthésie–réanimation
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie B	YOUNOUS Said	Médecine interne
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZAHLANE Mouna	Microbiologie
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	ZOUHAIR Said	Chirurgie générale
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne		

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillo faciale	FADILI Wafaa	Néphrologie
ADALI Imane	Psychiatrie	FAKHIR Bouchra	Gynécologie–obstétrique A
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	FAKHRI Anass	Histologie–embryologie cytogénétique
AISSAOUI Younes	Anesthésie – réanimation	GHOUNDALE Omar	Urologie
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
AIT BATAHAR Salma	Pneumo–phtisiologie	HAROU Karam	Gynécologie–obstétrique B
ALAOUI Mustapha	Chirurgie–vasculaire périphérique	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie – Embryologie – Cytogénétique
ALJ Soumaya	Radiologie	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique B
ATMANE El Mehdi	Radiologie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BASRAOUI Dounia	Radiologie	LOUHAB Nisrine	Neurologie

BASSIR Ahlam	Gynécologie– obstétrique A	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Neonatalogie)
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BELKHOU Ahlam	Rhumatologie	MEJDANE Abdelhadi	Chirurgie Générale
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie – réanimation
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie – orthopédie B	MOUFID Kamal	Urologie
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo– phtisiologie	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BENLAI Abdeslam	Psychiatrie	OUBAHA Sofia	Physiologie
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	QACIF Hassan	Médecine interne
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo– phtisiologie	QAMOUSS Youssef	Anesthésie– réanimation
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie– obstétrique B	RADA Noureddine	Pédiatrie A
BOURRAHOUEAT Aicha	Pédiatrie B	RAFIK Redda	Neurologie
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
CHRAA Mohamed	Physiologie	RBAIBI Aziz	Cardiologie
DAROUASSI Youssef	Oto–Rhino – Laryngologie	ROCHDI Youssef	Oto–rhino– laryngologie
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	SAJIAI Hafsa	Pneumo– phtisiologie
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	SEDDIKI Rachid	Anesthésie – Réanimation
EL BARNI Rachid	Chirurgie– générale	TAZI Mohamed Illias	Hématologie– clinique
EL HAOUATI Rachid	Chiru Cardio vasculaire	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie – virologie
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZIADI Amra	Anesthésie – réanimation
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZYANI Mohammed	Médecine interne
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie		

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	JALLAL Hamid	Cardiologie
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio vasculaire	JANAH Hicham	Pneumo- phtisiologie
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	KADDOURI Said	Médecine interne
AKKA Rachid	Gastro - entérologie	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
ALAOUI Hassan	Anesthésie - Réanimation	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
AMINE Abdellah	Cardiologie	LALYA Issam	Radiothérapie
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	MAHFOUD Tarik	Oncologie médicale
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	MARGAD Omar	Traumatologie - orthopédie
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	MILOUDI Mohcine	Microbiologie - Virologie
BABA Hicham	Chirurgie générale	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-Rhino - Laryngologie
BELARBI Marouane	Néphrologie	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BELBACHIR Anass	Anatomie- pathologique	MOUNACH Aziza	Rhumatologie
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	MOUZARI Yassine	Ophtalmologie
BELGHMAIDI Sarah	OPhtalmologie	NADER Youssef	Traumatologie - orthopédie
BELHADJ Ayoub	Anesthésie - Réanimation	NADOUR Karim	Oto-Rhino - Laryngologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie (Neonatalogie)	NAOUI Hafida	Parasitologie Mycologie
BOUCHENTOUF Sidi Mohammed	Chirurgie générale	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
BOUKHRIS Jalal	Traumatologie - orthopédie	NYA Fouad	Chirurgie Cardio - Vasculaire

BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	OUEIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	REBAHI Houssam	Anesthésie – Réanimation
EL HARRECH Youness	Urologie	RHARRASSI Isam	Anatomie– patologique
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie	SAOUAB Rachida	Radiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
ELQATNI Mohamed	Médecine interne	SERGHINI Issam	Anesthésie – Réanimation
ESSADI Ismail	Oncologie Médicale	TAMZAOURTE Mouna	Gastro – entérologie
FDIL Naima	Chimie de Coordination Bio– organique	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique	YASSIR Zakaria	Pneumo– phtisiologie
GHAZI Mirieme	Rhumatologie	ZARROUKI Youssef	Anesthésie – Réanimation
GHOZLANI Imad	Rhumatologie	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie Thoracique
HAMMI Salah Eddine	Médecine interne	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio– Vasculaire
Hammoune Nabil	Radiologie		



Dédicaces



« Soyons reconnaissants aux personnes qui nous donnent du bonheur ; elles sont les charmants jardiniers par qui nos âmes sont fleuries »

Marcel Proust.



Je me dois d'avouer pleinement ma reconnaissance à toutes les personnes qui m'ont soutenue durant mon parcours, qui ont su me hisser vers le haut pour atteindre mon objectif. C'est avec amour, respect et gratitude que

Je dédie cette thèse ... 

الله أكبر

*Louange à Dieu tout puissant,
qui m'a permis de voir ce jour tant attendu.*

A MA MERE

*Je ne trouve pas les mots pour traduire tout ce que je ressens envers une
mère exceptionnelle dont j'ai la fierté d'être sa fille.*

Ta noblesse et ta bonté sont sans limites.

*Que ce travail soit un hommage aux énormes sacrifices que tu t'es
imposées afin d'assurer mon bien être, et que Dieu tout puissant,*

préserve

ton sourire et t'assure une bonne santé et une longue vie afin que je

puisse

te combler à mon amour .

A MON PERE

*Tu as rempli ton devoir envers tes enfants, tu nous as mis dans le droit
chemin. Tu nous as appris la simplicité, la politesse, le respect des autres
et l'honnêteté. Tu nous as offert les plus belles chances dans la vie dont
celle d'étudier, Nous sommes fiers de toi. Reçoit à ton tour le témoignage
de notre respect et de notre reconnaissance infinis*

وَقُلْ رَبِّ ارْحَمْهُمَا
كَمَا رَّبَّنَا نِي صَغِيرًا

سورة الاسراء، 24





*A mes Frères: AYOUB ET NADIR ET SON EPOUSE JOUMALA
Et ma sœur: YOUSRA ET SON MARI YOUNES*

*Vous savez que l'affection et l'amour fraternel que je vous porte sont
sans*

limite. Je remercie en vous les frères et les amies.

*J'implore Dieu qu'il vous apporte bonheur et vous aide à réaliser vos
vœux.*

Je vous souhaite une vie pleine de joie. Restons unis et solidaires.

A toute la famille ENNAOUI,

A toute la famille KRIBIL,

*Vous m'avez soutenu et comblé tout au long de mon parcours. Que ce
travail soit témoignage mes sentiments les plus sincères et les plus
affectueux. Puisse dieu vous procurer bonheur et prospérité.*

A mes très chères amies yasmine loubna.....

*Vous êtes pour moi plus que des amies! Je ne saurais trouver une
expression témoignant de ma reconnaissance et des sentiments de
fraternité que je vous porte. Je vous dédie ce travail en témoignage de
notre amitié que j'espère durera toute la vie.*

*A TOUS CEUX QUE J'AIME, A TOUS MES ENSEIGNANTS DU
PRIMAIRE,
SECONDAIRE ET DE LA FACULTÉ DE MEDECINE DE
MARRAKECH.*



Remerciements





A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE Pr. K.SAIR

Vous nous avez accordé un grand honneur en acceptant de présider le jury de notre thèse. Nous avons eu la chance et le privilège de travailler sous votre direction, de profiter de votre culture scientifique, vos compétences professionnelles incontestables ainsi que vos qualités humaines qui vous valent l'admiration et le respect. Puissent des générations et des générations avoir la chance de profiter de votre savoir qui n'a d'égal que votre sagesse et votre bonté. Veuillez, Cher Maître, trouver dans ce modeste travail l'expression de notre haute considération et notre profond respect pour avoir guidé les premiers pas de ma carrière.

A NOTRE MAÎTRE, PROFESSEUR D'UROLOGIE DU VAL-DE-GRACE PARIS ET RAPPORTEUR DE THÈSE : Pr. O.GOUNDALÉ

Nous sommes très touchés par l'honneur que vous nous faites en acceptant de nous confier ce travail.

Nous avons, avant tout le privilège d'être formé sous votre direction. Nous sommes très fières d'avoir appris auprès de vous et espérons avoir été à la hauteur de votre attente.

Permettez-nous de vous exprimer notre sincère gratitude et nos remerciements pour nous avoir dirigés et conseillés tout au long de l'élaboration de cette thèse.

Trouvez ici cher Maître, le témoignage de notre estime, de notre profonde reconnaissance et profond respect .



A NOTRE MAÎTRE ET JUGE: Pr. KHOUCHANI

Nous sommes très honorés de vous compter dans notre Jury et de bénéficier de votre expérience.

Nous avons été impressionnés par votre simplicité, votre rigueur, et votre facilité à transmettre.

Qu'il nous soit permis, cher Maître, de vous exprimer notre profonde estime et reconnaissance.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE : PR. ZIANI

Nous vous remercions de la spontanéité et la gentillesse avec lesquelles vous avez bien voulu accepter de juger ce travail. Veuillez trouver ici, cher Maître, le témoignage de notre profonde reconnaissance et de notre grand respect.

AU PROFESSEUR I.ESSADI

PROFESSEUR ASSISTANT D'ONCOLOGIE MEDICALE A L'HOPITAL AVICENNE

Nous somme très reconnaissant pour l'aide que vous nous avez procuré tout au long de la réalisation de ce travail.

Veuillez trouver ici, le témoignage de notre profonde reconnaissance

A tous ceux qui ont participé à l'élaboration de ce projet de près ou de loin



Liste d'abreviation



Liste d'abreviation

RCP	:	Reunion de Concertation Pluridisciplinaire
HMA	:	Hopital Militaire Avicenne
PNPCC	:	Plan National de Prévention Contre le Cancer
FMC	:	Formation Médicale Continue
AMM	:	Autorisation de Mise sur le Marché
TNM	:	stade défini par les mesures de la Tumeur , la présence de Ganglions , et la présence des Métastases
ESMO	:	la Société Européenne d Oncologie Médicale
ASCO	:	Société Américaine d Oncologie Clinique
AFU	:	Association Francaise d Urologie
RTT	:	Radiotherapie
CHIM	:	chimiothérapie



Plans



INTRODUCTION	1
CADRE CONCEPTUEL DE L'ETUDE	3
MATRIELS ET METHODES	4
1. Type de l'étude	5
2. Population de l'étude	6
3. Critères d'inclusion	6
4. Critères d'exclusion	6
5. Le questionnaire	7
6. Déroulement de l'étude	7
7. L'analyse statistique	7
RESULTATS	9
1. L'étude qualitative	10
2. L'étude quantitative	33
a) L'âge	36
b) le sexe :	37
c) La localisaion	38
d) Autre localisation	39
e) Le traitement	40
f) Evolution	41
DISCUSSION	40
1. Participation à la RCP	43
2. RCP et besoin de collégialité	43
3. RCP et support de présentation	44
4. RCP : Présenter ou pas son dossier	46
5. En RCP, Qui présente les dossiers	48
6. RCP et référentiels ; deux faces pour une seule médaille	49
7. RCP et besoin de légitimation de la décision	50
8. RCP : une légitimation médico-économique	51
9. RCP et dispositif d'annonce	51
10. RCP : lieu de responsabilité	52
11. Points forts et limites de notre RCP	53
CONCLUSION	54
ANNEXES	56
RESUME	62
BIBLIOGRAPHIE	66



Introduction



Le cancer est un problème de santé publique au Maroc. Il s'agit d'une pathologie complexe dont la prise en charge implique une équipe multidisciplinaire qualifiée. Le patient et son entourage sont soumis à la diversité des modalités thérapeutiques, mais aussi aux contraintes administratives inhérentes aux déplacements entre différentes consultations spécialisées, ce qui risque d'avoir un impact négatif aussi bien sur le retard du traitement ainsi que sur la qualité de vie et sur le plan psychologique déjà fragilisé dans ce contexte. La réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) représente une véritable plaque tournante dans la prise en charge des patients cancéreux. C'est l'occasion pour rassembler les différents acteurs impliqués dans la prise en charge du cancer (chirurgiens, oncologues, radiothérapeutes, anatomopathologistes, radiologues et urologues...) autour des dossiers des patients pour une discussion globale et multiparamétriques afin de régler toutes les problématiques, d'ordre diagnostic et /ou thérapeutiques. La RCP est même intégrée dans le processus de remboursement des médicaments anticancéreux dans de nombreux pays. Ainsi toute prescription d'un médicament anticancéreux hors AMM, devra faire l'objet d'une validation préalable de la RCP. C'est ainsi qu'en occident la RCP est actuellement considérée comme une véritable institution, au service du patient et du praticien, permettant à l'un de bénéficier d'une prise en charge multimodale planifiée et à l'autre de s'affranchir de toutes les difficultés générées par la complexité des dossiers de cancérologie. Dans notre contexte marocain, le cadre législatif pouvant fixer les prérogatives de ce genre de réunions peine à voir le jour. Toutefois la majorité des centres de lutte contre le cancer, et les services d'oncologie dans les centres hospitalo-universitaires, s'appuient sur un effort local voire individuel pour instituer et maintenir la tenue régulière des RCP. Ces expériences jeunes, bien que souffrant un manque de l'appui logistique et institutionnel, constituent un véritable vecteur permettant de canaliser les prises en charges des patients vers les recommandations des sociétés savantes.

Ce travail a l'ambition de dresser une évaluation ponctuelle de la RCP d'Onco-urologie à l'hôpital militaire Avicenne (HMA), à travers l'appréciation des participants à cette réunion, et d'un aperçu sur l'activité de cette RCP sur une période d'une année, étalée entre Décembre 2016 et Décembre 2017.



Cadre conceptuel de l'étude



I. Cadre conceptuel de l'étude :

La pratique de la cancérologie ne peut se concevoir en dehors d'un cadre multidisciplinaire. Actuellement cette concertation est obligatoire dans plusieurs pays. Devant le vide législatif ainsi que l'absence d'un référentiel national de réunion de concertation pluridisciplinaire au Maroc, chaque structure est appelée à formaliser cette activité par l'élaboration d'une procédure spécifique, relative à l'organisation de la RCP qui devrait tenir compte des recommandations internationales.

La RCP de cancérologie à l'hôpital militaire Avicenne a été instituée en janvier 2016. Elle est organisée régulièrement chaque jeudi à 13 heures au sein des locaux de l'HMA. Cette RCP regroupe différents acteurs impliqués dans la prise en charge de la pathologie cancéreuse. Les dossiers d'onco-urologie, constituent une fraction importante des cas discutés lors de cette RCP. Ainsi la RCP d'onco-urologie se tient chaque jeudi en parallèle avec la RCP de cancérologie digestive. Une charte RCP est en cours de rédaction et de validation par les médecins seniors des disciplines concernées par cette réunion. Le nombre de dossiers discutés est en croissance exponentielle depuis l'institution de cette RCP. Ces réunions sont réalisées en présence des médecins seniors oncologues, urologues, chirurgiens, radiologues et anatomopathologistes. Les médecins présents pouvaient différer d'une réunion à l'autre. Les médecins en formation (internes et résidents) desservices précédemment cités participent régulièrement à ces réunions



Matériels et méthodes



1. Type de l'étude

Il s'agit d'une étude transversale et descriptive visant à évaluer la RCP en onco-urologie à l'HMA, en se penchant sur deux volets :

- Une appréciation qualitative des praticiens participants à cette réunion à travers un questionnaire électronique adressé par mail.
- Une évaluation analytique rétrospective quantitative couvrant une période de 12 mois de Décembre 2016 à Décembre 2017 au cours de laquelle ont été répertoriés les patients présentés en RCP

2. Population de l'étude

Le premier volet de cette étude s'est penché sur une appréciation des participants à la RCP d'onco-urologie à l'HMA. Tous les médecins participants régulièrement ou occasionnellement à cette réunion ont reçu un questionnaire envoyé par mail. Les adresses mail ont été recueillies sur le registre de la RCP tenu par le secrétariat du service d'oncologie médicale à l'HMA.

Le deuxième volet s'est intéressé aux dossiers des patients d'onco-urologie présentés lors de cette réunion. Il n'y a pas eu de recours à la sélection des patients selon leur âge, sexe, pathologie ou statut carcinologique. Un même patient peut être présenté plusieurs fois en RCP si un événement nécessite une modification de la stratégie thérapeutique et par conséquent de son traitement cytotoxique. Une fiche d'exploitation a permis de regrouper les données relatives aux patients à travers le registre informatisé de la RCP.

3. Critères d'inclusion :

- Patients ayant plus de 18 ans
- Confirmation anatomopathologique du cancer
- Localisation tumorale au niveau du tractus uro-génital
- Dossier présenté au moins une seule fois à la RCP

4. Critères d'exclusion :

- Absence de confirmation anatomopathologique
- Dossier non présenté à la RCP
- Localisation tumorale n'intéressant pas l'appareil uro-génital

5. Le questionnaire (Voir Annexe 1)

Le questionnaire recueille l'opinion des médecins sur la RCP et la façon dont ils intègrent l'avis de la RCP à leur décision. Il s'agit d'un questionnaire qui a été élaboré et validé par le comité de la RCP d'onco-urologie se basant sur une revue de la littérature. Ce questionnaire comprend 23 questions sous formes de questions à choix unique ou multiples, réparties en plusieurs sections permettant de réaliser une évaluation globale et objective de la RCP. Ainsi, ont été analysés : l'avis des médecins sur la décision de la RCP, les points forts et les points faibles de la RCP, la présence ou non de désaccords avec la décision de la RCP et la gestion de ces désaccords.

Ce questionnaire s'est d'abord intéressé au statut et à la spécialité de chaque participant, puis à la régularité de participation aux RCP et l'intérêt porté à ces réunions.

Ensuite il s'est penché sur les détails concernant la préparation et la présentation des dossiers.

Ce questionnaire s'est intéressé ensuite à la phase de délibération et l'application de la décision en passant par l'information du patient.

Il a été clôturé par une requête de réaliser un commentaire libre de la part des participants.

6. Déroulement de l'étude

Le questionnaire a été rédigé sur le site Askabox.fr. Le lien généré par le site fut envoyé par mail aux participants le 23 Octobre 2018. Tous les participants ont été informés sur les

objectifs de l'étude, leur participation était volontaire avec respect de l'anonymat. Le temps de réponse moyen étant de 05 minutes. Il a été procédé à trois rappels à 15 jours d'intervalles. Le recueil des réponses a été clôturé le 23 Décembre 2018 soit 2 mois après le premier envoi.

Concernant la deuxième partie de l'étude, nous avons procédé à une étude rétrospective des dossiers présentés lors de la RCP d'onco-urologie sur une période étalée sur 12 mois entre Décembre 2016 et Décembre 2017. Une fiche d'exploitation a été remplie pour déterminer les données épidémiologiques ainsi que les aspects diagnostiques et thérapeutiques des patients présentés en RCP d'onco-urologie lors de la même période (Voir Annexe 2).

7. L'analyse statistique :

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 informatisé de la RCP. Les résultats sont là aussi exprimés en nombre et en pourcentages.



Résultats



1. L'ETUDE QUALITATIVE

Le questionnaire a été envoyé à 40 médecins dont les adresses mail ont été relevées sur le registre de la RCP géré par le secrétariat du service d'oncologie médicale à l'HMA.

Le taux de réponse était de 50% puisque 20 médecins ont répondu au questionnaire.

a) Répartition des participants selon leur spécialité

Ces 20 médecins se répartissent comme suit :

- 6 chirurgiens : 30 % des participants
- 3 Urologues soit 15% des participants
- 3 oncologues : 15% des participants
- 1 anatomopathologiste : 5% des participants
- 1 radiologue : 5% des participants
- 1 radiothérapeute : 5% des participants
- 5 médecins d'autres spécialités non précisés : 25% des participants

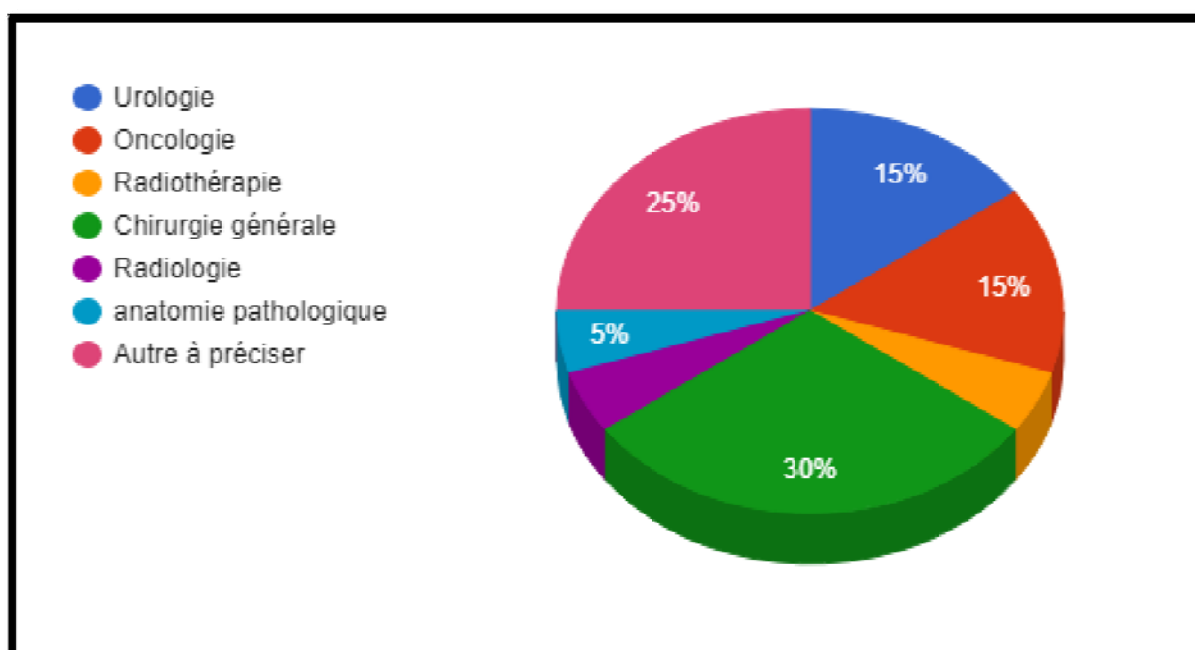


Figure 1 : Répartition des participants selon leur spécialité

b) Répartition des participants selon leur statut

La répartition de la population cible en fonction du statut était comme suit :

- 9 résidents soit 45%
- 6 enseignants soit 30 %,
- 3 médecins internes soit 15 %
- 2 médecins spécialistes soit 10 %

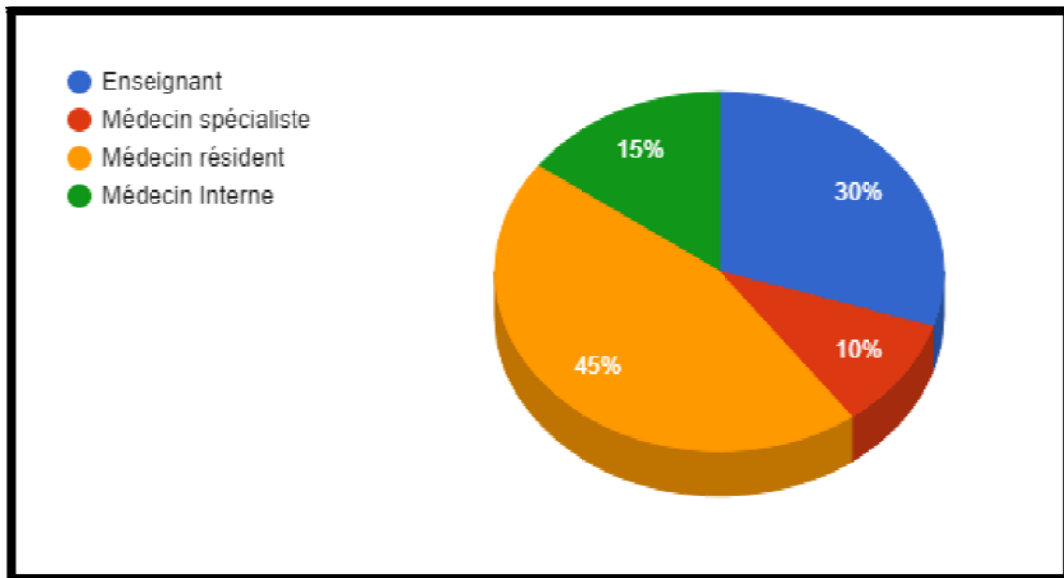


Figure 2 : Répartition des participants selon leur statut

c) Intérêt porté à la RCP

Tous les participants étaient convaincus par l'intérêt de la RCP

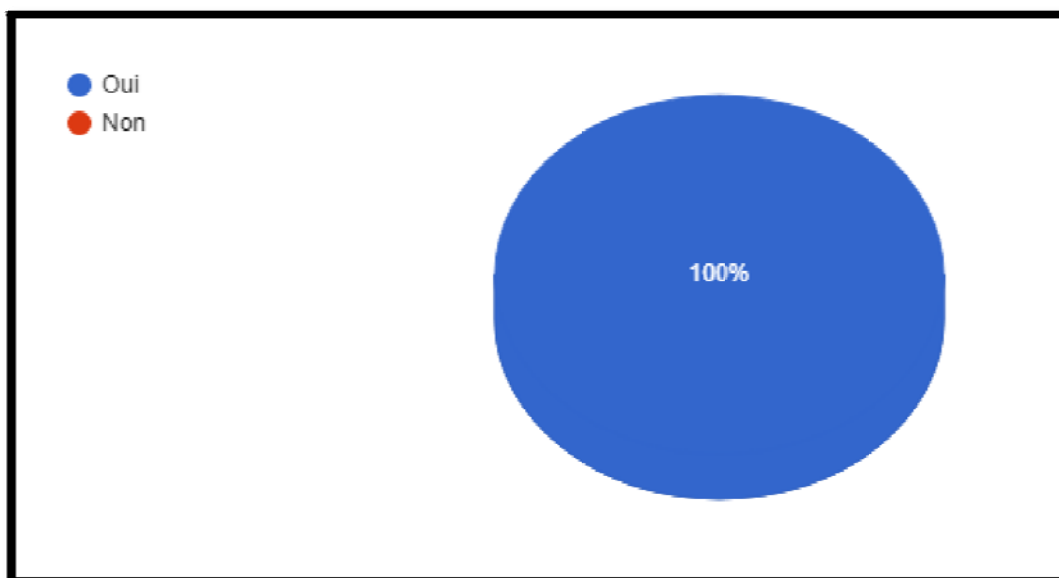


Figure 3 : Intérêt porté à la RCP

d) Participation à la RCP

- 19 Parmi les répondants participent aux RCP (95%)
- un seul n'y participe pas (5%)

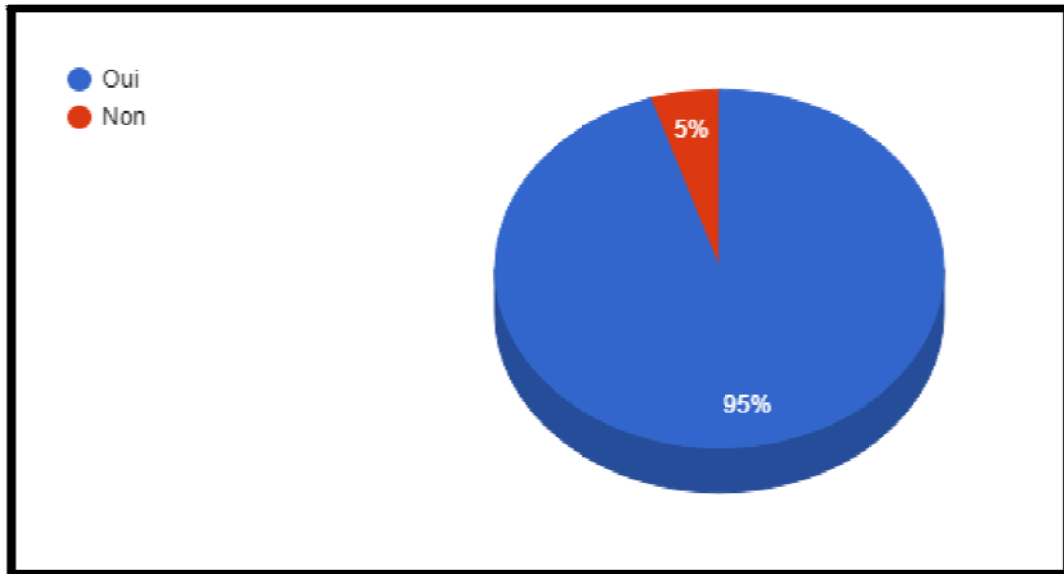


Figure 4 : participation à la RCP

e) Cadence de présentation des dossiers à la RCP

- 13 participants présentent les dossiers de façon régulière (65%)
- 6 participants présentent les dossiers de façon occasionnelle (30 %)
- Un seul participant (5%) déclare n'avoir jamais présenté de dossier pendant la RCP

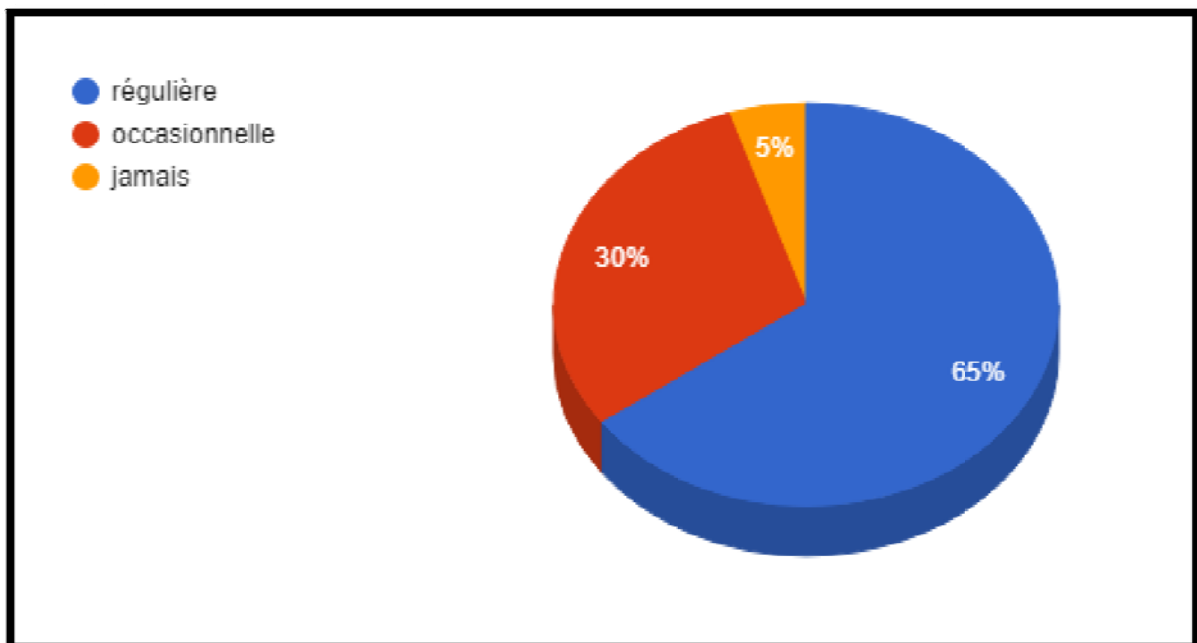


Figure 5 : Cadence de présentation des dossiers à la RCP

f) Les dossiers non présentés

Concernant les dossiers non présentés pendant la RCP :

- 13 Participants préfèrent les discuter avec leur équipe (65.5 %)
- 3 en discutent avec un collègue d'une autre spécialité (17.2%)
- 3 en discutent avec le patient et sa famille (13.8%)
- 1 participant n'a pas précisé sa démarche de prise de décision
- Aucun participant ne préfère prendre la décision tout seul.

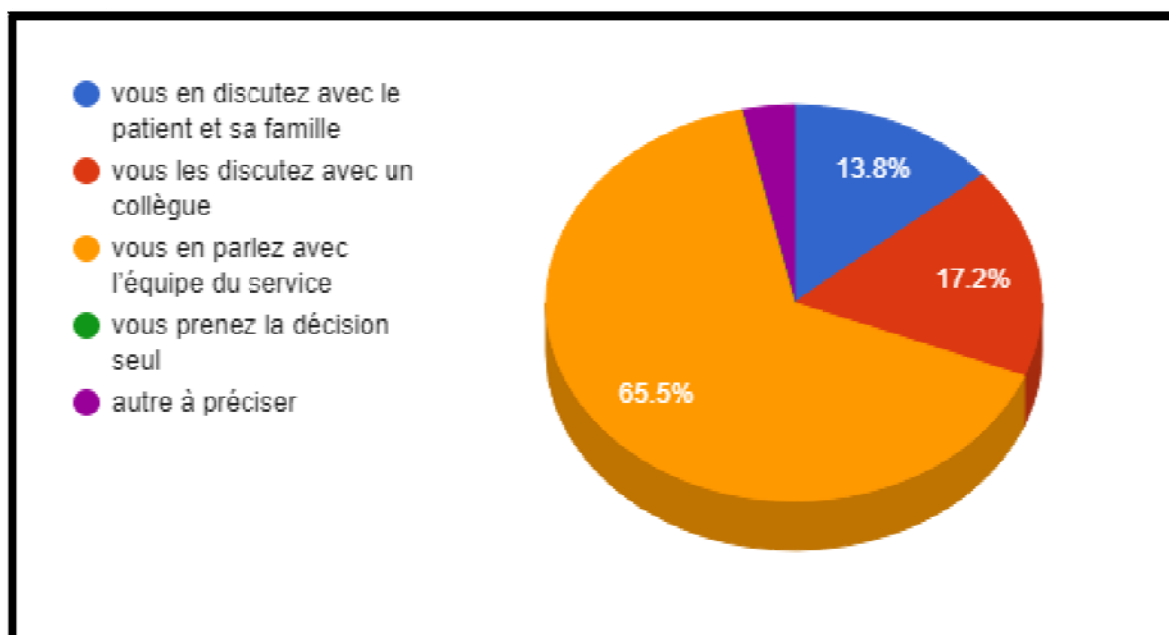


Figure 6 : Les dossiers non présentés

g) régularité de participation

- 13 participants déclarent assister à la RCP de façon hebdomadaire (66.7%)
- 4 d'entre eux assistent lorsqu'ils ont un dossier à présenter (23.8)
- Un seul participant assiste 3 semaines/4 (9.5%)

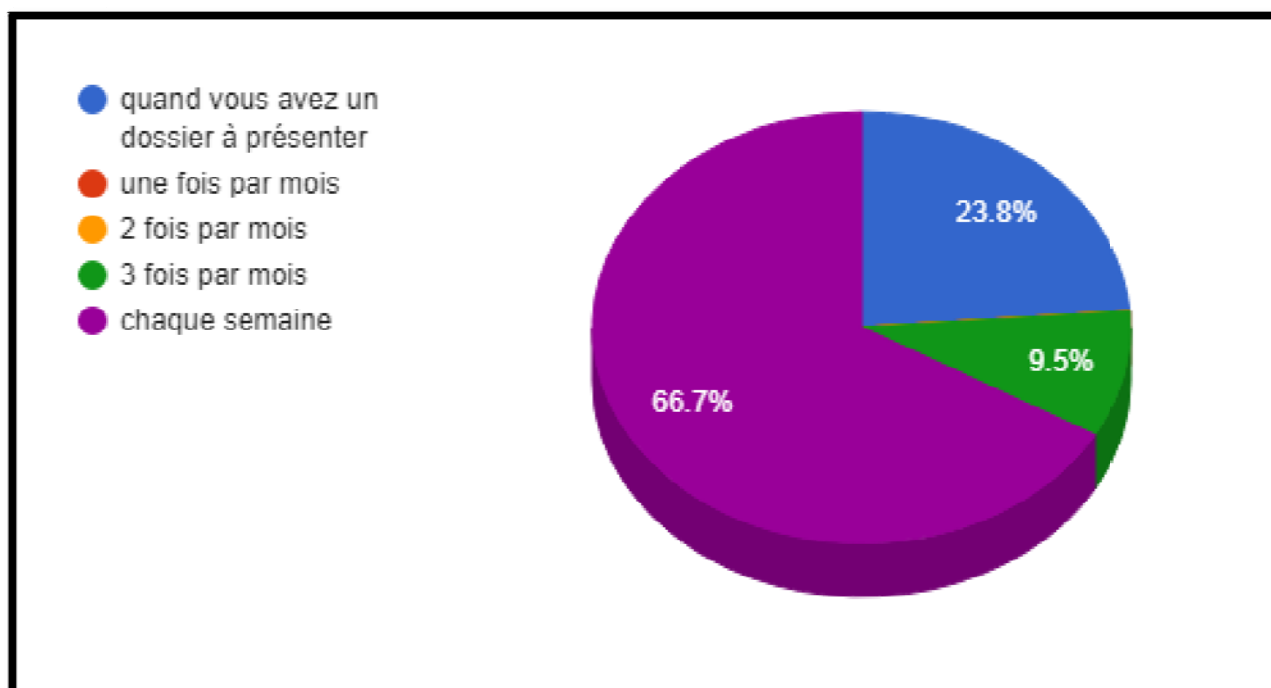


Figure 7 : régularité de participation

h) Raisons motivant la présentation des dossiers

- 8 participants (42.1%) déclarent présenter leurs dossiers à la RCP pour la prise de décision thérapeutique
- 5 participants (26.3%) présentent leurs dossiers pour établir un projet thérapeutique,
- 4 participants (21.1%) les présentent pour confier les patients a des collègues d'une autre spécialité
- 2 participants (7,9%) le font pour arrêter toute prise en charge et déclarer le passage aux soins palliatifs
- Un seul participant (5%) présente ses dossiers en vue de valider une décision personnelle

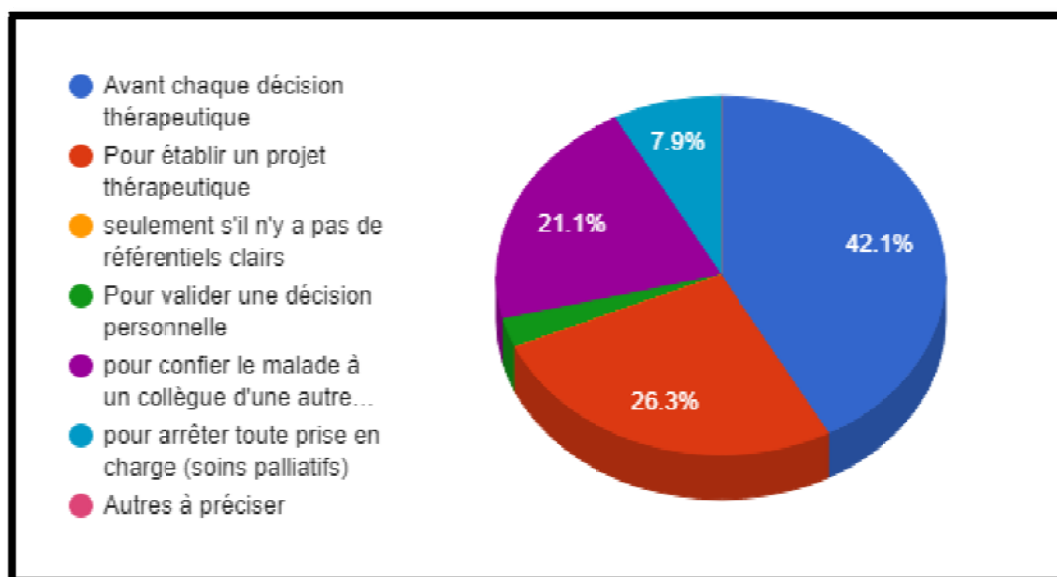


Figure 8 : raisons motivant la présentation des dossiers

i) Proportion des dossiers présentés à la RCP par rapport à l'ensemble de l'activité des participants

- Dix parmi les participants (50%) au questionnaire ont répondu avoir présenté tous les dossiers de leurs patients à la RCP
- Les 10 restants (50%) ont répondu ne pas présenter tous les dossiers de leurs patients à la RCP

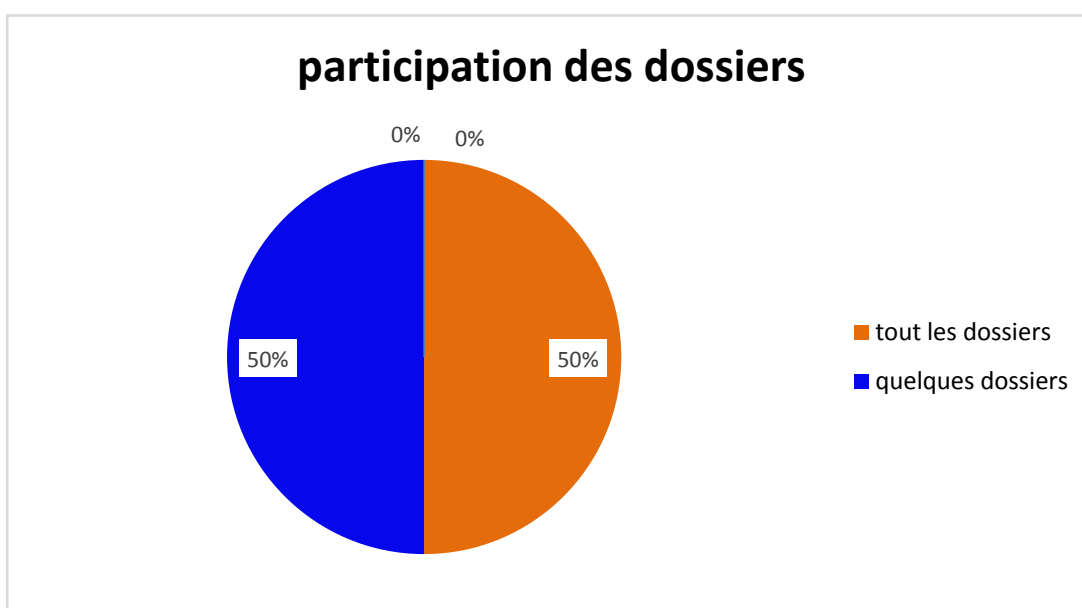


Figure 9 : Proportion des dossiers présentés à la RCP par rapport à l'ensemble de l'activité des participants

j) Cadence de présentation des participants de leurs propres dossiers

- 8 participants (40%) ont déclaré présenter *parfois* leurs dossiers eux-mêmes
- 6 participants (30%) ont déclaré présenter *souvent* leurs dossiers eux-mêmes
- 6 participants (30%) ont déclaré présenter *toujours* leurs dossiers eux-mêmes
- Aucun participant n'a déclaré n'avoir *jamais* présenté lui-même ses dossiers.

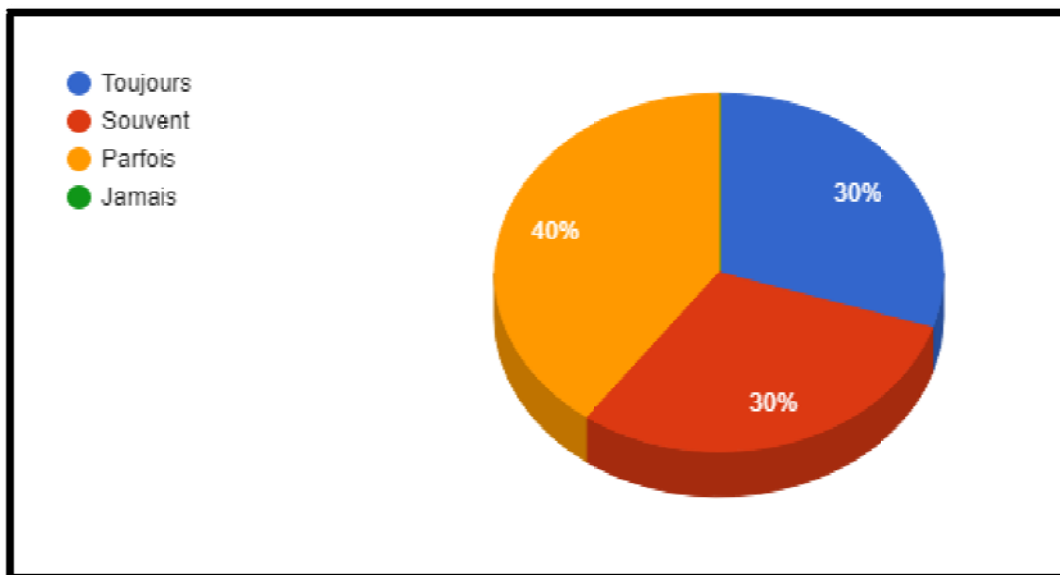


Figure 10 : Cadence de présentation des participants de leurs propres dossiers

k) Confier la présentation des dossiers à un collègue

- 8 participants (40 %) ont affirmé confier *parfois* à un collègue de présenter leurs dossiers
- 8 participants (40 %) ont affirmé n'avoir *jamais* demandé à un collègue de présenter leurs dossiers
- 4 participants (20 %) ont affirmé avoir *souvent* demandé à un collègue de présenter leurs dossiers

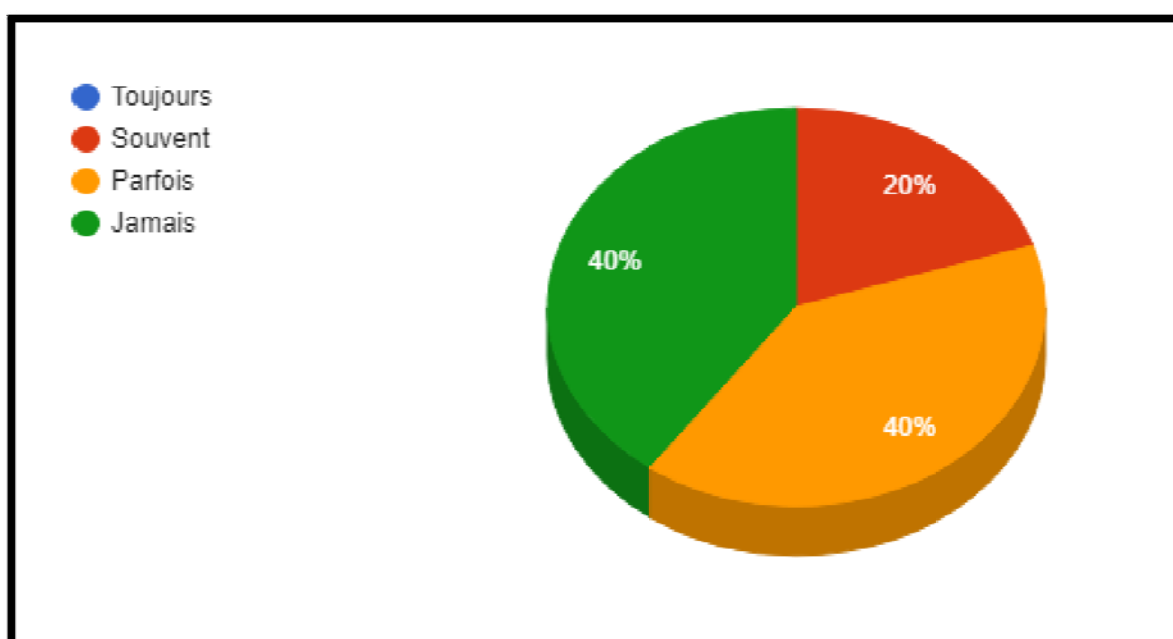


Figure 11 : Confier la présentation des dossiers à un collègue

l) Support de présentation des dossiers

- 16 participants (80%) ont utilisé le PowerPoint comme support pour présenter leurs dossiers
- 2 participants (10%) ont utilisé le dossier clinique du patient comme support
- 2 participants (10%) ont présenté le dossier oralement.

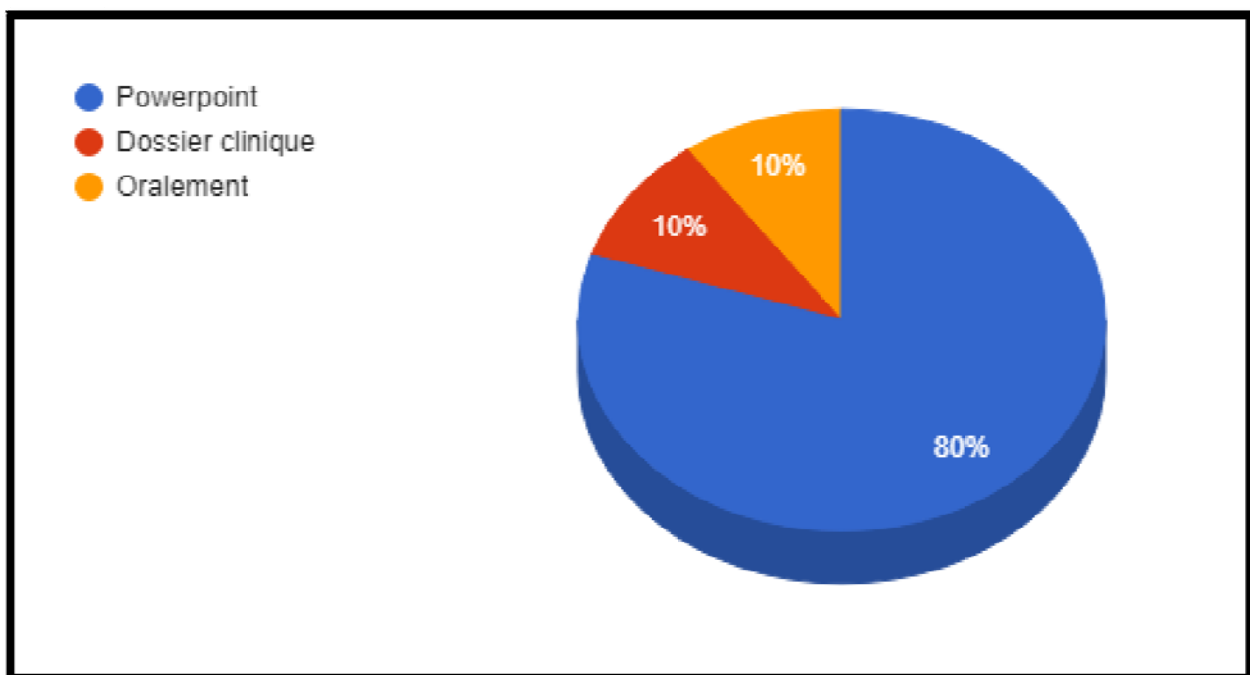


Figure 12 : Support de présentation des dossiers

m) Attitude adoptée lors de la présentation des dossiers

- 14 participants (70,4%) ont déclaré défendre leur proposition de prise en charge
- 4 d'entre eux (22,2%) ont défendu le souhait du patient
- Les 2 restants (7,4%) ont défendu le souhait de la famille

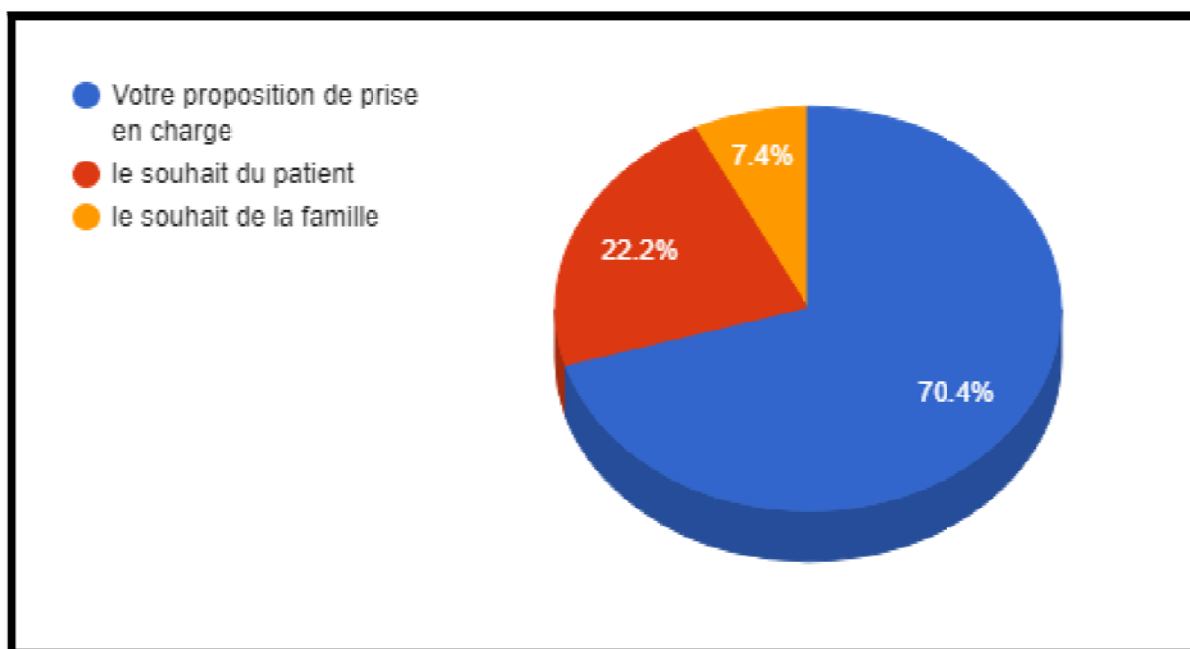


Figure 13 : Attitude adoptée lors de la présentation des dossiers

n) impact de la présentation des dossiers en RCP

- La présentation des dossiers à la RCP a permis selon 8 participants (43.6%) de donner du poids à la décision proposée au patient
- Elle a permis d'alléger le poids de la décision selon 5 autres participants (23.1%)
- Selon 5 autres participants (23.1%) de prendre du recul pour la décision
- Et selon les 2 participants restants (10%) de modifier la relation avec le patient

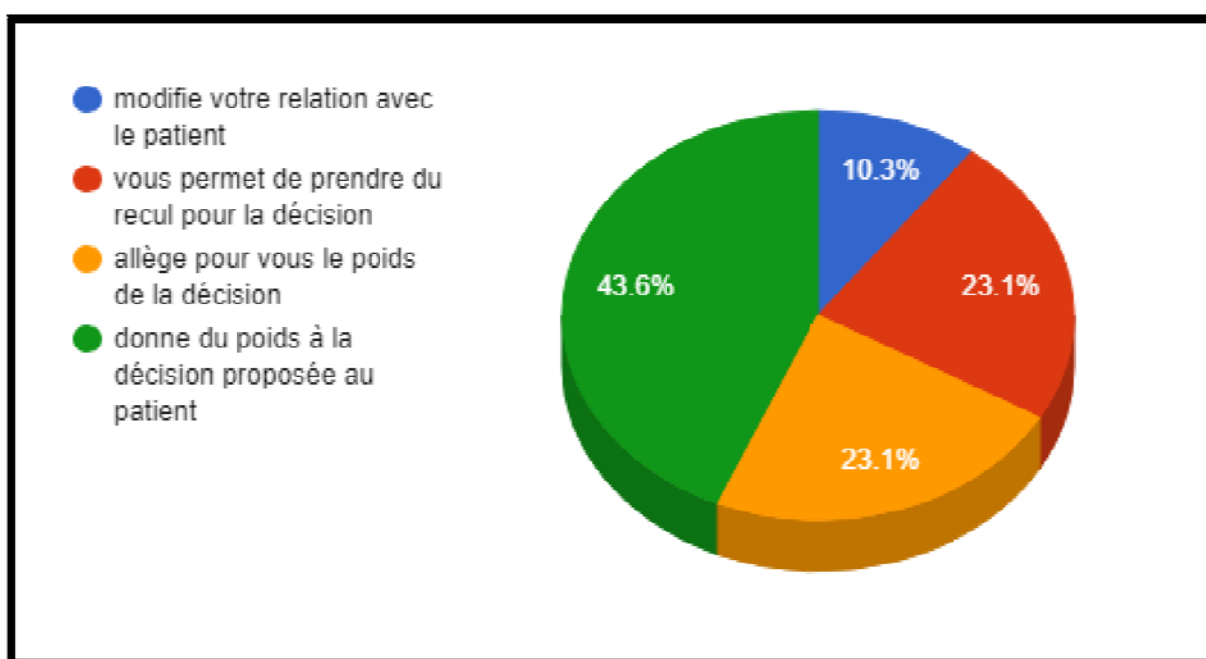


Figure 14 : impact de la présentation des dossiers en RCP

o) satisfaction après la délibération

- La délibération a été *toujours* satisfaisante pour 10 participants (50%)
- Elle a été *souvent* satisfaisante pour 9 participants (45%)
- Et parfois satisfaisante pour un participant soit (5%)
- Aucun participant ne déclare qu'elle n'a *jamais* été satisfaisante.

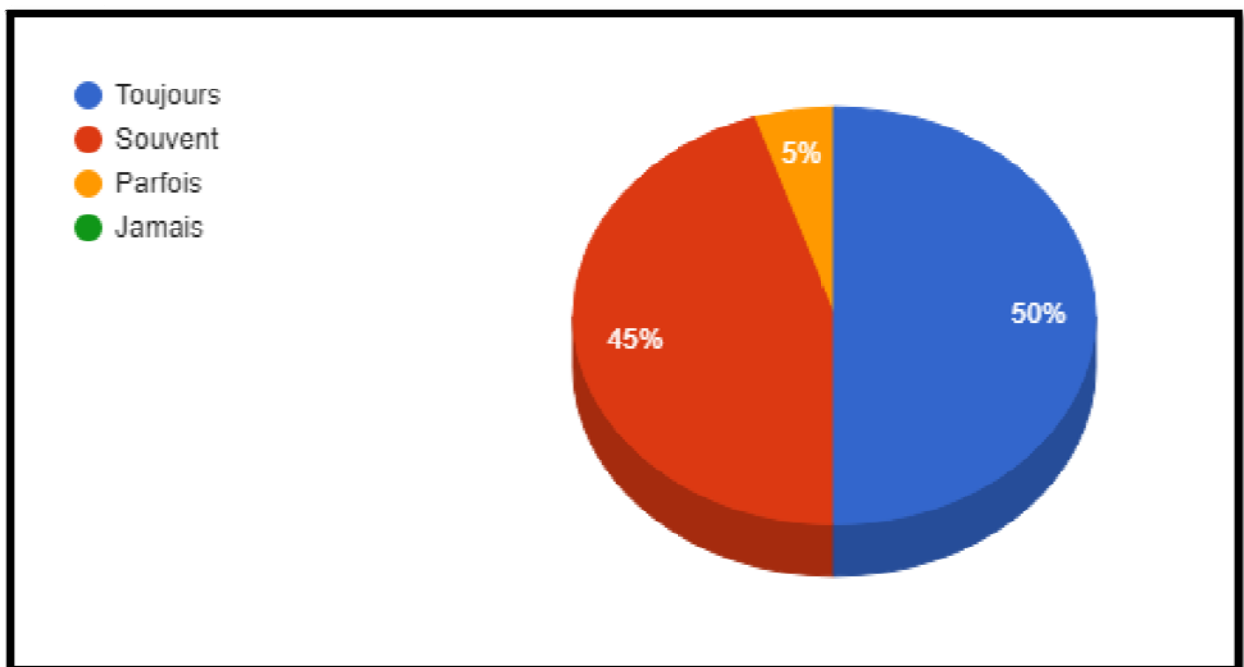


Figure 15 : satisfaction après la délibération

p) Raisons de satisfaction par rapport à la RCP

- La RCP a permis selon 10 participants (48.6%) une confrontation permettant de trouver la meilleure solution pour le patient
- Selon 5 participants (24.3%) elle a procuré la capacité d'exprimer les difficultés par rapport à chaque patient
- Selon 4 participants (18.9%) elle a assuré la vérification de l'ensemble des dossiers, Et selon 1 participant (8.1%) elle a offert la capacité de défendre sa propre décision

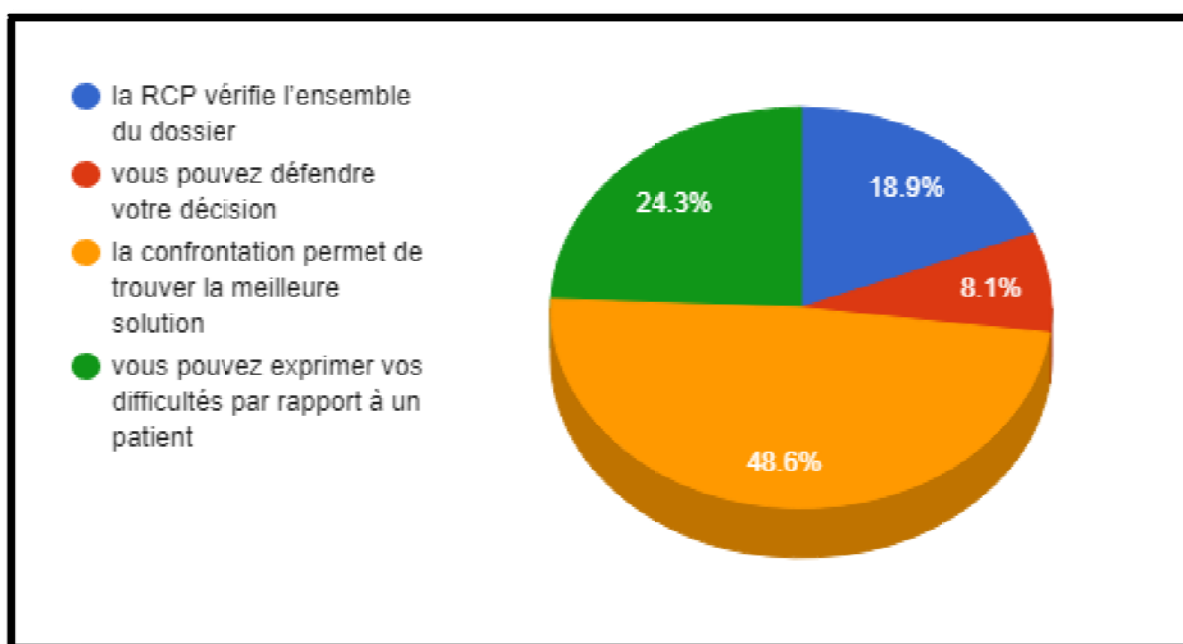


Figure 16 : Raisons de satisfaction par rapport à la RCP

q) raisons d'insatisfaction par rapport à la RCP

- La RCP a été incriminée selon 6 participants (29.2%) dans le retard de mise en traitement des patients
 - Selon 4 participants (20.8%) les locaux n'ont pas été propices à la discussion
 - Selon 4 autres participants (20.8%) les RCP n'ont pas été satisfaisantes car seuls les aspects thérapeutiques ont été discutés
 - Selon 3 participants (16.7%) l'organisation n'a pas répondu à leurs attentes
- Selon les 2 participants restants (12.5%) les décisions ont été prévisibles

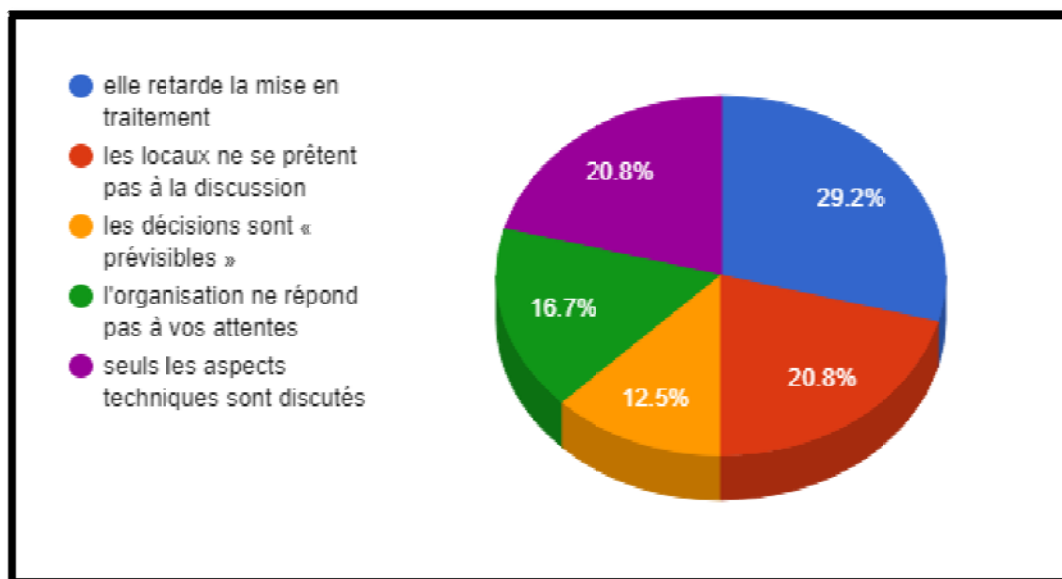


Figure 17 : raisons d'insatisfaction par rapport à la RCP:

r) désaccord avec la décision de la RCP

- 15 des participants (75%) ont déclaré avoir été parfois en désaccord avec la décision de la RCP
- Les 5 participants restants (25%) ont déclaré ne jamais être en désaccord avec la décision de la RCP
- Aucun participant n'a déclaré avoir été souvent ou toujours en désaccord avec la décision de la RCP

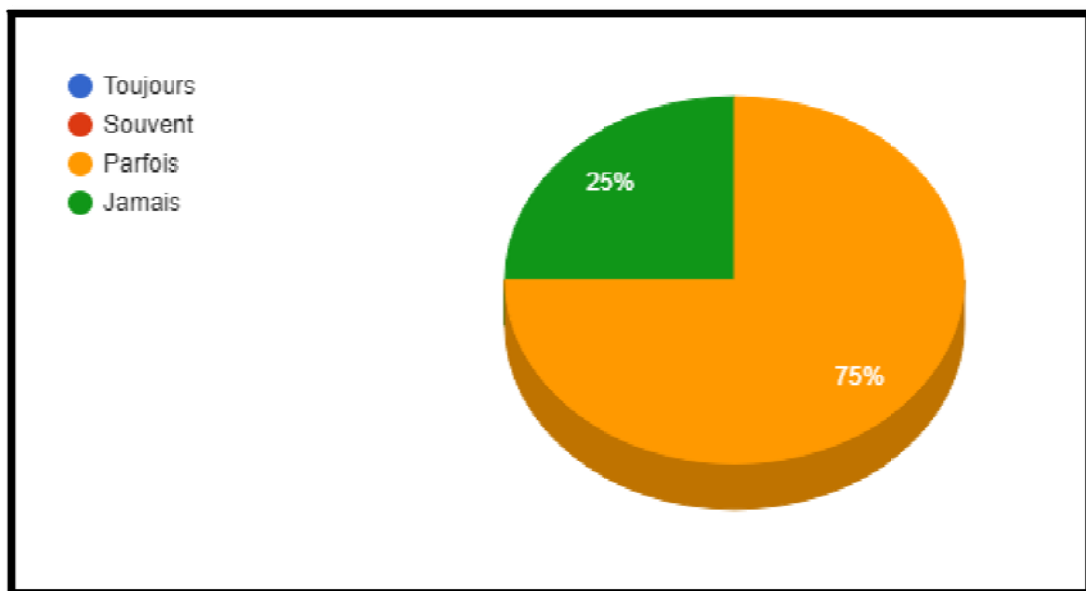


Figure 18 : désaccord avec la décision de la RCP

s) Attitude en cas de désaccord

- 11 participants (55%) ont représenté leurs dossiers avec de nouveaux éléments ou arguments
- 8 participants (40%) ont discuté leurs dossiers avec un expert,
- 1 participant restant n'a pas précisé sa démarche en cas de désaccord

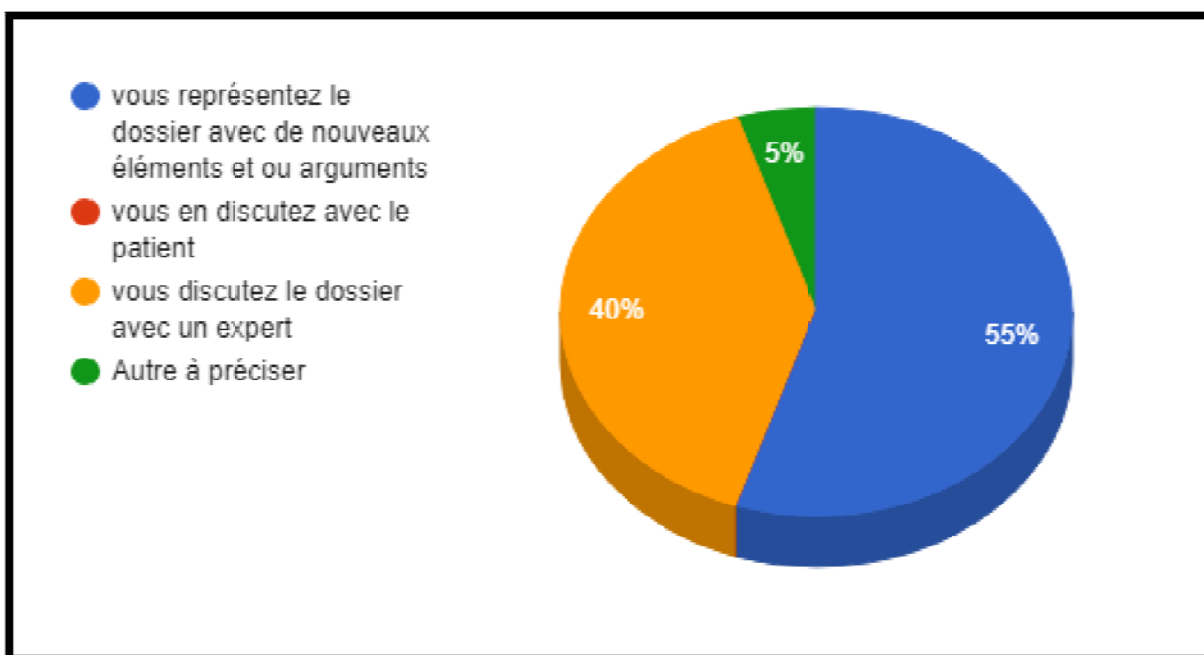


Figure 19 : Attitude en cas de désaccord

t) La décision appliquée

- La décision appliquée a été selon 18 participants (90%) celle de la RCP
- Tandis qu'elle a suivi le souhait du patient selon 2 participants (10%)

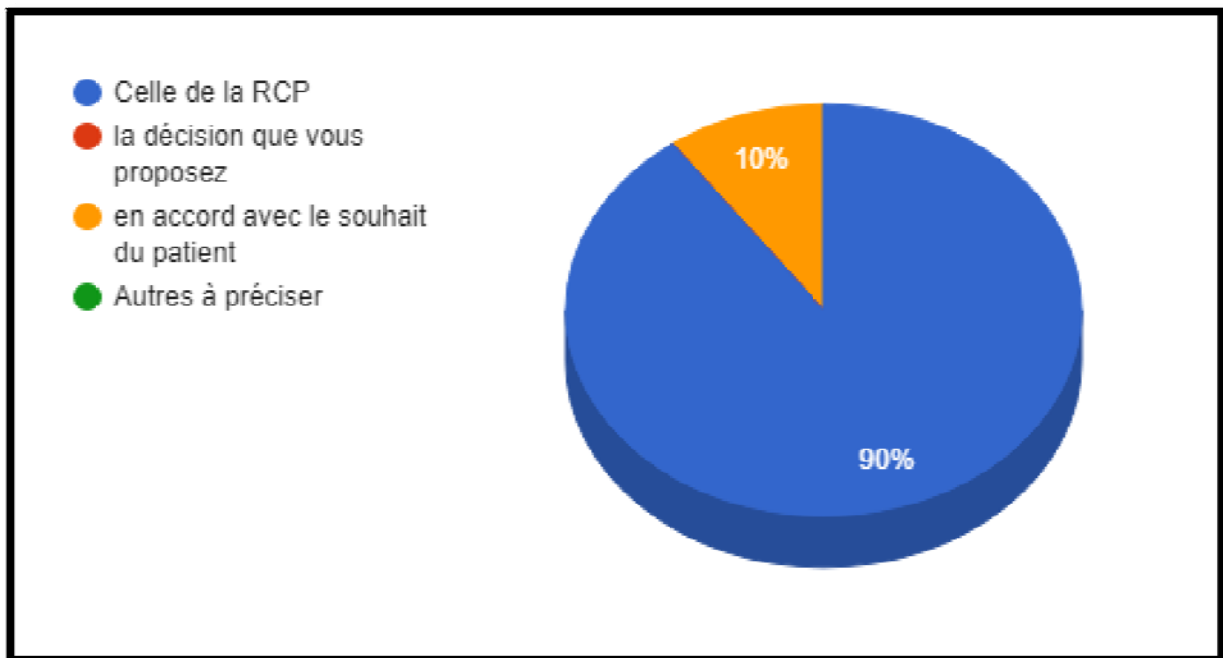


Figure 20 : La décision appliquée

u) si désaccord; La décision proposée par la RCP vous paraît meilleure ?

- 10 participants (50%) ont trouvé que la décision proposée par la RCP est souvent meilleure
- 7 participants (35%) l'ont trouvé toujours meilleure
- 3 participants (15%) l'ont jugé parfois meilleure
- Aucun participant n'a jugé la décision de la RCP jamais meilleure en cas de désaccord

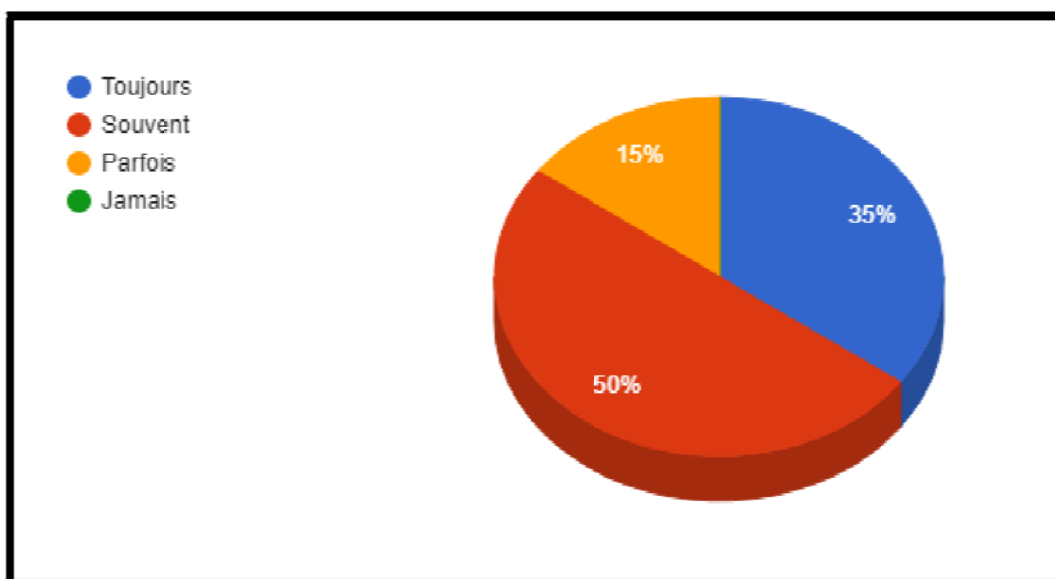


Figure 21 : si désaccord; La décision proposée par la RCP vous paraît meilleure ?

v) L'information du patient :

- L'information du patient s'est faite par le participant lui-même selon 11 participants (57.1%)
- Par l'interne ou le résident selon 5 participants (25%)
- En consultation selon 3 participants (14.5%)
- Au téléphone chez un seul participant (5 %).

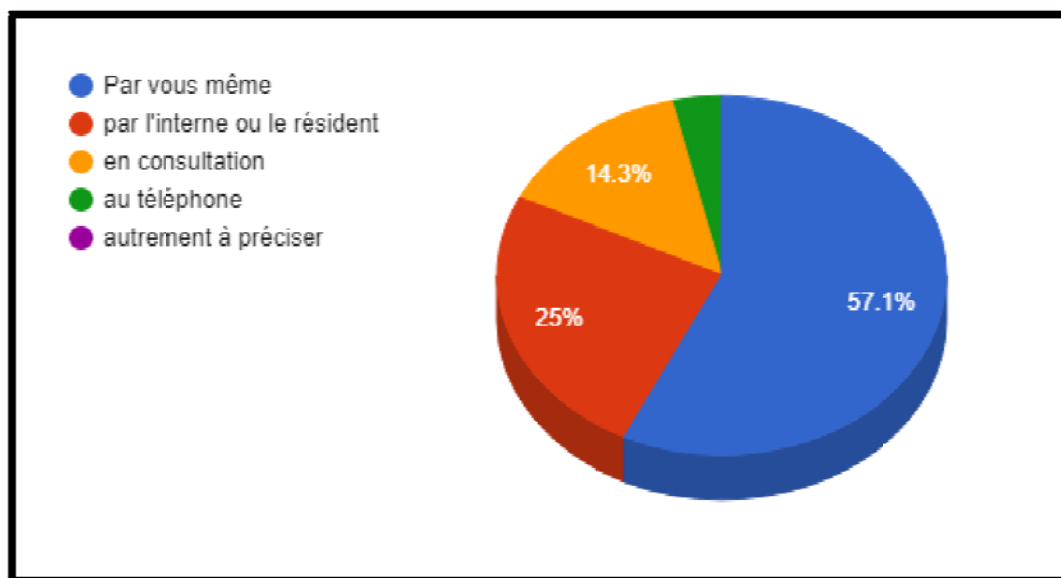


Figure 22 : L'information du patient

2. RESULTATS de l'étude quantitative (série des patients présentés en RCP d'onco-urologie)

Notre étude porte sur 39 cas , la majorité était des hommes , avec un pic d'âge entre 60 et 69 ans ,qui ont présenté différentes localisations tumorales ,la localisation vésicale est préférentielle chez la plupart des malades (51.28%) suivie de la localisation prostatique soit (28.82%) ,ainsi que les localisations testiculaire , rénale ,et surrénalienne. nous avons constaté la presence des metastases chez 23 malades soit (51.28%)

La décision thérapeutique dépend bien sûr des caractéristiques de la tumeur, de son siège, de l'extension loco-régionale et à distance, mais aussi des caractéristiques du patient, de son âge physiologique, de ses comorbidités et de ses souhaits. Elle dépend enfin, de la subjectivité de la décision médicale, inhérente à toute action non mécanique.

Le traitement est parfois multi-modal et peut associer chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie, nécessitant alors une collaboration étroite entre les différents spécialistes

la chirurgie seule ou associée représente le traitement le plus adopté soit 76.92 % ,ainsi que la radiochimiothérapie concomitante chez 3 malades soit 7.69%

Dans notre étude l'évolution était en général bonne, une réponse totale chez 17 malades soit 43.58%, une réponse partielle a été marquée chez 19 malades 48.71%

La progression a été faite chez 4 malades soit 10.25% , nous déplorons 3 cas de décès

a) L'âge

L'âge de nos patients est réparti entre 21 ans et 79 ans, avec un maximum de fréquence entre 60 ans et 69 ans, soit 35.89%. La moyenne d'âge a été de 49.5 ans.

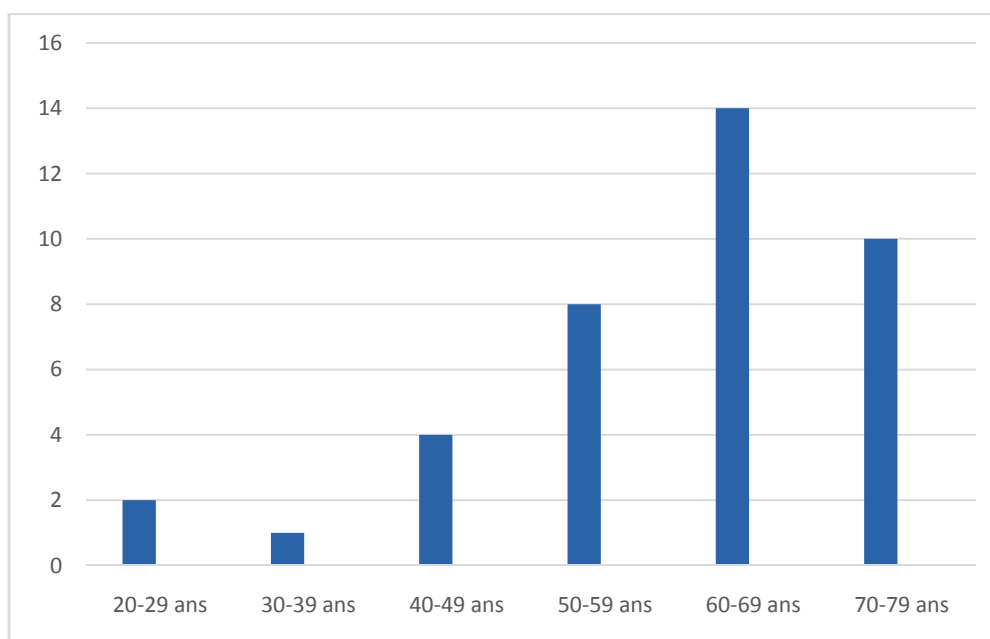


Figure 23 : répartition selon l'âge

b) le sexe :

Notre série contient 38 hommes soit 97.43% et une femme soit 2.56%

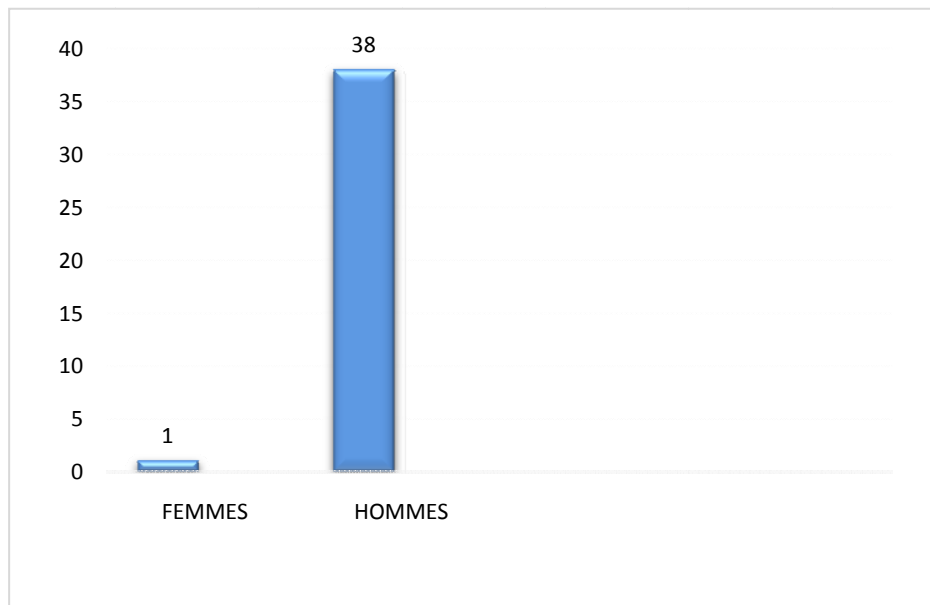


Figure 24 : répartition selon le sexe

c) **La localisation :**

Dans notre série, La localisation vésicale représente la localisation préférentielle chez 20 malades (51.28%) suivie respectivement par la localisation prostatique avec 11 malades ((51.28%) et la localisation testiculaire chez 4 malades (10.25%) , la localisation rénale chez 3 malades soit 7.69% alors que la localisation surrenalienne n'a été prouvée que chez 1 malade (2.56%)

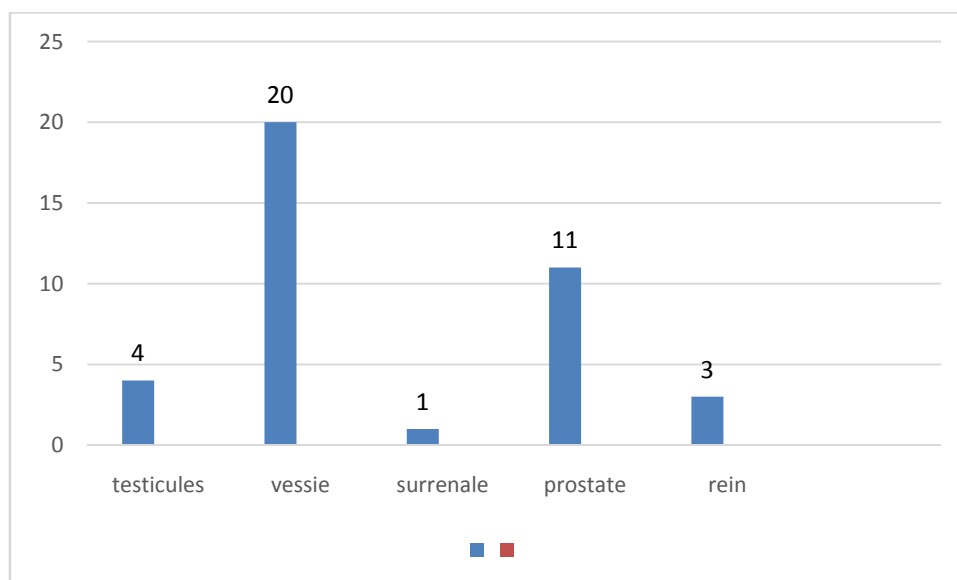


Figure 25 : localisation tumorale

d) Autre localisation :

On a noté la présence des métastases chez 23 malades soit (51.28%)

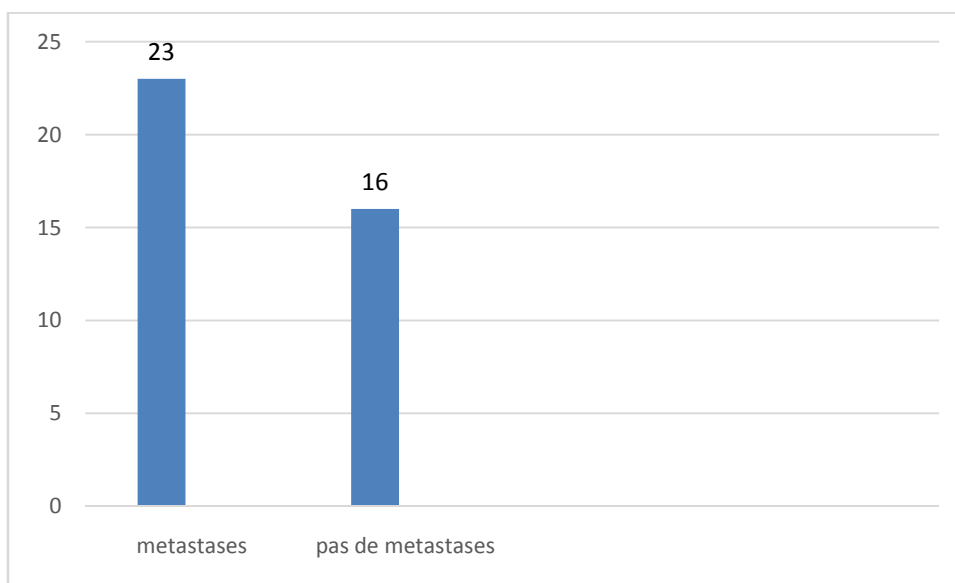


Figure 26 : dissémination a distance

e) Le traitement :

La chirurgie seule ou associée à d'autres moyens thérapeutiques était le traitement le plus indiqué dans notre prise en charge thérapeutique soit 76.92%, et ses indications sont soumises à des paramètres bien définis tel que la taille et le siège de la tumeur : dans une zone éloquente ou non fonctionnelle, l'état du malade, Le grade histologique postopératoire permet de juger de la simple surveillance clinique et radiologique ou le recours à une thérapeutique adjuvante.

La chimiothérapie concomitante à la radiothérapie a été indiquée chez 3 malades 7.69%

Les différents moyens thérapeutiques indiqués dans notre série est résumés dans la figure 27.

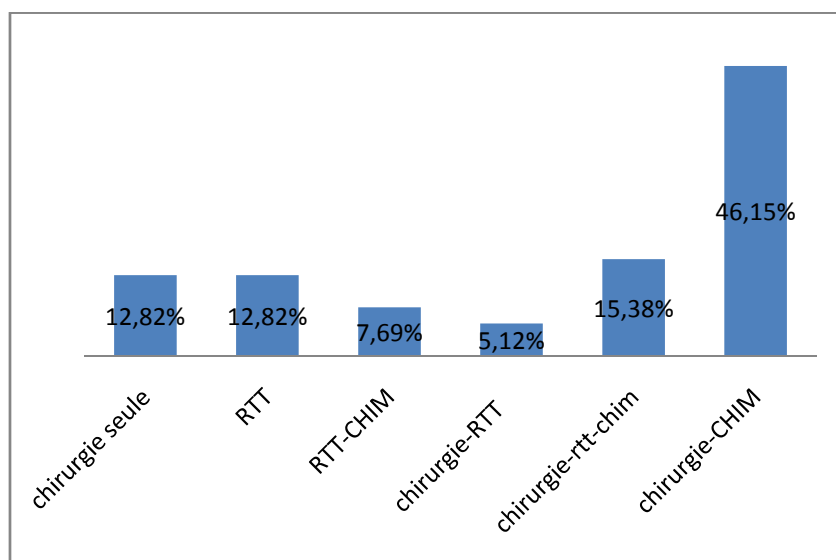


Figure 27 : Modalités thérapeutiques

f) **Evolution :**

Dans notre étude l'évolution était en général bonne , une réponse totale chez 17 malades soit 43.58%, une reponse partielle a été marquée chez 19 malades soit 48.71% des cas

La progression a été faite chez 4 malades soit 10.25% ,notre étude a marqué 3 cas de décès

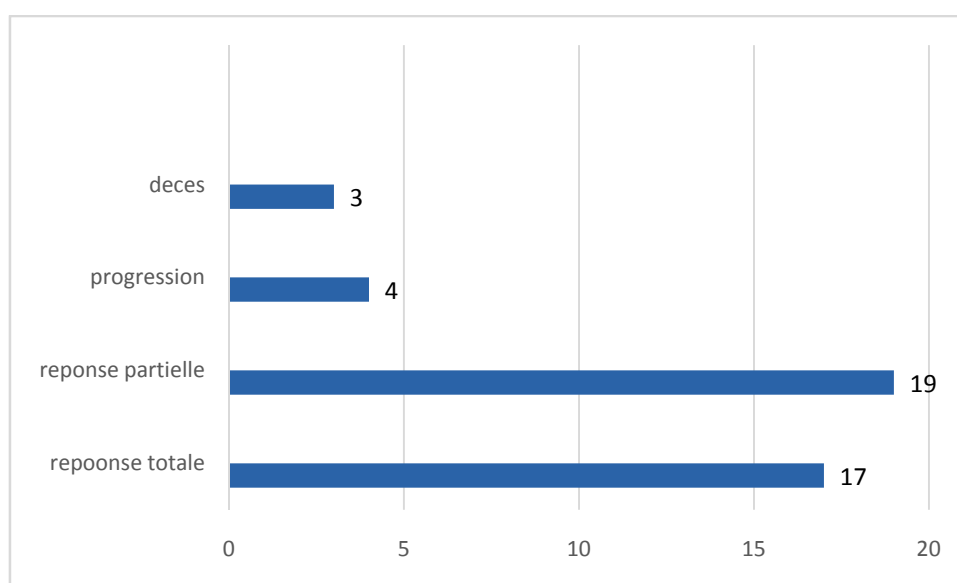


Figure 28 : Modalités thérapeutiques



Discussion



La RCP est un lieu d'échange entre spécialistes de plusieurs disciplines, sur les stratégies diagnostiques et thérapeutiques en cancérologie (1). Elle permet d'effectuer une analyse du bénéfice risque en fonction de la thérapeutique et de la qualité de vie du patient (1). Elle est organisée par un établissement, un groupe d'établissements ou un réseau de cancérologie, dans le cadre des centres de coordination en cancérologie (1,2). La RCP constitue un élément essentiel de l'organisation des soins en cancérologie (2). Le dossier de tout nouveau patient atteint de cancer doit bénéficier d'un avis émis lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire. Cet avis doit être communiqué au patient et placé dans son dossier (3).

Le Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer (PNPCC 2010–2019) élaboré par la Fondation Lalla Salma de lutte contre le cancer, a la volonté de structurer l'activité liée aux soins, à la prévention et à la recherche pour donner les mêmes chances à tous les patients atteints de cancer (4). Dans ce contexte d'homogénéisation des pratiques et de l'amélioration des soins, les mesures 55 et 61 sur la coordination des activités de prise en charge et le dispositif d'annonce, structurent le processus décisionnel et l'annonce de la maladie et des traitements auprès des patients (4). L'objectif final serait de pouvoir donner accès à 100% des patients cancéreux et de guérir 50% des patients traités (4). Cet objectif ambitieux ne pourrait voir le jour sans engagement des praticiens impliqués dans la prise en charge des patients cancéreux à l'échelle nationale à adopter la RCP comme institution en dehors de laquelle ne peut se concevoir aucune prise en charge d'un patient cancéreux. Nous avons observé ce processus à l'hôpital Militaire Avicenne de Marrakech, comment il est apprécié par les médecins et son influence sur la relation médecin-patient en onco-urologie. Nous avons aussi procédé à une évaluation rétrospective des dossiers d'onco-urologie ayant bénéficié d'un traitement lors des RCP sur une durée d'une année entre Décembre 2016 et Décembre 2017.

Nous avons observé que la décision de la RCP s'appuie sur une présentation très ciblée en fonction de la décision à prendre et les modalités de ce processus sont semblables quelle que soit la RCP. 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 (5).

Impact sur la décision de la réunion de concertation pluridisciplinaire en oncurologie

Les intervenants ou ce qui est l'objet de la discussion sont aussi variables (5). 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 (5,6). La RCP produit des décisions en relation avec les référentiels mais aussi beaucoup de décisions hors du référentiel, ce qui est dans son champ spécifique de compétence (7). Le médecin éprouve le besoin de faire valider sa décision par la RCP, ce qui donne du poids à la décision et la légitime (8). Même lors d'un désaccord avec la décision de la RCP, il choisit le plus souvent de porter le débat en RCP pour modifier cette décision (7,8). Tout en s'appuyant sur la RCP, le médecin garde son engagement envers le patient. Il a la volonté d'être en accord avec la décision qu'il présente au patient et il porte la responsabilité de la décision. Pour sa part le patient est généralement satisfait de l'information qu'il reçoit et la majorité d'entre eux ne cherche pas d'autre information (9).

Nous discuterons à partir de ces résultats, comment la RCP, par son fonctionnement, peut modifier la décision médicale, ce qu'elle apporte à la décision et quelles sont les limites de ce processus décisionnel. Nous verrons ensuite quelle est son influence sur le rôle du médecin référent et comment cette instance décisionnelle peut modifier la relation entre le médecin et le patient. Il s'agit de la première étude du genre à l'échelle nationale, ce qui nous met face à une problématique majeure : le biais d'interprétation.

Dans notre enquête d'évaluation, 50% des personnes sollicitées ont pu répondre à notre questionnaire. Ceci témoigne que l'intérêt porté à la RCP, même après son institutionnalisation, n'est pas encore arrivé au stade de la maturité. La représentativité reste acceptable du moment que les répondants étaient dans les mêmes proportions de la population cible, avec une représentation des différents acteurs impliqués dans la prise en charge des cancers urologiques. La plus grande proportion des participants était représentée par des médecins en formation spécialisée (résidents et internes) 60%, ce qui pourrait pousser la réflexion sur l'intérêt de la RCP dans la formation des jeunes médecins. La discussion permet certainement à cette catégorie de profiter de l'expérience des médecins séniors et d'enrichir leur bagage

scientifique. Les médecins spécialistes ne représentent que 10% de notre échantillon, ce qui pourrait refléter la motivation réduite de cette catégorie exerçant dans une formation universitaire à participer à des réunions de ce genre.

Tous les participants étaient convaincus par l'intérêt de la RCP.

1. Participation à la RCP :

Quatre vingt quinze pour cent des médecins de notre échantillon participent aux RCP.

soixante cinq pour cent des participants déclarent présenter régulièrement les dossiers à la RCP. 30% présentent les dossiers de manière occasionnelle. L'HMA est une structure hospitalière polyvalente. L'activité des médecins n'est pas exclusivement cancérologique. Ceci pourrait expliquer le caractère occasionnel de présentation des dossiers.

2. RCP et besoin de collégialité :

Au cours des dernières années, les pratiques des médecins ont nettement évolué en quête d'une certaine rationalité et systématisation des décisions de prise en charge (10). Plusieurs éléments s'avèrent être responsables de cette évolution (10). 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), la RCP étant un rendez-vous régulier et support irremplaçable de partage (11). L'intérêt de la connaissance est que le savoir potentiel est infini, étant immatériel. Le principe de « non-rivalité des biens immatériels » ou la 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* » (12). En se basant sur ce concept riche aussi bien sur le plan philosophique que pratique, deux grandes propriétés fondamentales de la connaissance ont pu être identifiées :

- ✚ La connaissance étant prolifique, comme les lapins, 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)
- ✚ 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.

Pour la ligne de défense de la nécessité des RCP, nous allons suivre trois fils rouges. *La prolificité de la connaissance* et le *caractère exponentielle de l'évolution des connaissances au moment du partage* conduisant au troisième qui n'est autre que ***l'obligation de collégialité***.

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.

3. RCP et support de présentation :

L'organisation des RCP a été soumise à un processus d'optimisation qui fut marqué également par la systématisation de la fiche RCP et le choix de présenter essentiellement des éléments objectifs du dossier clinique (13).

La présentation d'un dossier en RCP nécessite de rédiger un support de présentation à la RCP (Fiche) (14). Cela exige de réaliser la synthèse du dossier, envisager les options

thérapeutiques et que l'ensemble de ces éléments soit consigné (15). L'écriture de ces éléments implique la rigueur et la mise au clair des questions ainsi que la réunion des informations nécessaires (14,15). Ce qui est alors recherché pour la présentation est la cohérence des éléments, leur utilité et leur exhaustivité dans le cadre de la décision à prendre (16). La nécessité d'une présentation standardisée pour une efficacité du processus décisionnel est soulignée par plusieurs études (1, 3, 6, 8, 16,17). Dans notre contexte le support de présentation n'est pas encore homogénéisé. Pourtant 80% des participants déclarent présenter leurs dossiers sur un support Powerpoint personnalisé. 10% des participants ramènent le dossier clinique et l'utilisent comme support, ce qui réduit nettement la pertinence de la présentation du moment que la réflexion préalable et nécessaire pour mettre en valeur les éléments de décision, n'a pas pu avoir lieu. Les 10% restants préfèrent présenter leurs dossiers oralement (sans support), ce qui est encore mieux que de ne pas présenter le dossier, mais ceci réduit nettement la valeur de la décision du moment qu'elle ne s'est pas basée sur des éléments objectifs de décision, influencée par une interprétation subjective du cas clinique. La fiche RCP est un support qui fixe le cadre de ce qui est retenu pour indiquer l'action (17). Cette fiche est rédigée habituellement par le médecin qui connaît le patient pour être présentée lors de la RCP et reprend dans un cadre prédéterminé les éléments qui doivent être renseignés pour la prise de la décision (15, 16). Elle donne des informations sur la maladie, le stade TNM (stade défini par les mesures de la tumeur, la présence de ganglions et la présence de métastases), les facteurs pronostiques ; elle définit un cadre prenant en compte les possibilités thérapeutiques selon des critères précis essentiellement liés à la maladie. Très adaptée aux outils thérapeutiques proposés, il s'agit là d'un prisme à travers lequel est vu le patient, prisme basé sur la finalité de l'action thérapeutique (15). La RCP a pour finalité essentielle de proposer une action diagnostique et ou thérapeutique dans un cadre balisé par les référentiels (16).

- ✚ Objectivation des éléments présentés en s'appuyant sur un ensemble de données chiffrées caractérisant (17) :

- ✚ l'état du malade : Performance status (défini de 0 à 4) en fonction de son aptitude à mener une activité dans la journée,
- ✚ le poids et la taille du patient
- ✚ le stade de la maladie : mesures tumorales, dosage des marqueurs tumoraux (dosages sanguins de substances produites par la tumeur)
- ✚ la tolérance aux traitements dont les effets secondaires sont évalués selon un grade spécifique coté de 1 à 4.

4. RCP : Présenter ou pas son dossier ?

Malgré le besoin de rationalisation des décisions, certains praticiens préfèrent ne pas présenter la totalité de leurs dossiers. 65.5% des participants assistent chaque semaine à la RCP, alors que 34% n'assistent pas régulièrement à la RCP. Dans le même sens, 65.5% des médecins appartenant à notre échantillon trouvent un substitut à la RCP dans les staffs de leurs propres services. 17,2% préfèrent en discuter avec un collègue d'une autre spécialité en dehors du cadre de la RCP. 13.8% de nos médecins discutent les dossiers non présentés à la RCP avec le patient et les membres de sa famille. Aucun médecin ne déclare prendre la décision pour ces dossiers individuellement. Il s'agit donc d'un constat inédit. En décortiquant ces résultats on se retrouve devant un besoin de partage de la lourdeur de la décision (100% des participants discutent les dossiers non présentés à la RCP avec un tiers). Mais pourquoi alors ne pas présenter tout les dossiers en RCP ? Plusieurs interprétations peuvent être évoquées dans ce contexte :

- ✚ La RCP n'est pas obligatoire : les participants préféreraient présenter les dossiers les plus « difficiles » et gérer les autres en fonction de leurs préférences
- ✚ Préparer les dossiers pour la RCP pourrait être perçue par certains comme une corvée, rajoutée à leurs charge quotidienne de travail

- ✚ *La majorité des participants n'ont pas une activité totalement dédiées à la cancérologie, et préféreraient donc gérer leurs dossiers d'onco-urologie de la même manière que ceux de la pathologie bénigne.*

Lorsqu'on se penche sur les raisons motivant la présentation des dossiers en RCP, on constate que la grande majorité des participants (55.3%) présente les dossiers pour établir une stratégie thérapeutique, confier le malade à un collègue d'une autre spécialité ou déclarer le passage aux soins palliatifs. 42.1% les présentent pour valider une décision thérapeutique. C'est ainsi que plusieurs prérogatives de la RCP ne sont presque jamais rencontrées dans notre échantillon, notamment la conduite diagnostique et l'inclusion dans les essais cliniques.

La sensibilisation sur le rôle institutionnel de la RCP est un travail de longue haleine. Le PNPC dans sa deuxième version devrait se pencher sur les aspects législatifs de la RCP. On devait certainement s'inspirer des modalités déjà établies par les pays occidentaux qui ont une expérience plus étoffée dans la matière. C'est ainsi qu'en France 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. Si le dossier répond à une situation clinique faisant l'objet d'une procédure standard de prise en charge (ayant fait l'objet d'un accord pluridisciplinaire et traduit dans un référentiel de pratiques validés) et figurant dans une liste établie par le réseau régional, il est possible de ne pas le discuter, dans ce cas le dossier doit être présenté rapidement et la fiche RCP renseignée et archivée. Les autres dossiers sont obligatoirement discutés. Les propositions thérapeutiques sont fondées sur des référentiels de bonnes pratiques élaborés à un niveau régional à partir de recommandations de pratique clinique nationales ou supranationales. Ils doivent être régulièrement actualisés. Les possibilités d'inclusion dans des essais thérapeutiques sont connues des participants. L'évaluation qualitative et quantitative régulière des RCP (fonctionnement, pluridisciplinarité...) permet une amélioration continue de leur qualité et, *in fine*, du service rendu aux patients (2, 15).

5. En RCP, Qui présente les dossiers ?

Confier la présentation du dossier à un collègue est une attitude fréquente dans notre échantillon. En effet tous les participants déclarent confier cette tâche à un collègue d'une autre spécialité ou bien aux plus jeunes (internes et résidents). Hormis l'apport en termes de formation initiale pour les jeunes médecins, leur confier des dossiers qu'ils n'ont pas préparés pour les présenter en RCP pourrait dénaturer et altérer la qualité de ces réunions. Ceci dit la RCP est une méthode d'amélioration des pratiques professionnelles, elle revient à analyser une pratique clinique en référence à une démarche optimale résumée dans un référentiel de pratique (18,19). Par la participation à ces RCP, les médecins s'engagent à l'évaluation et l'amélioration de ses pratiques selon le modèle de la roue de Deming, décrite dans les années 50 par William Edwards Deming. Cette méthode d'amélioration continue des pratiques comporte quatre étapes, chacune entraînant l'autre, et vise à établir un cercle vertueux (20).

- ✚ *Etape de planification* (20): le médecin programme sa participation régulière aux RCP et y présente des nouveaux cas de cancer.

- ✚ *Etape de réalisation* (20): le médecin participe aux RCP de manière effective et régulière ; il contribue aux adaptations continues des référentiels de pratiques.

- ✚ *Etape d'analyse* (20): 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 bonnes pratiques ; de la concordance entre la proposition thérapeutique de la RCP et le traitement délivré.

- ✚ *Dernière étape d'amélioration* (20): par le biais de l'étape d'analyse, il tire une amélioration continue de ses pratiques.

Il semble important que chaque médecin puisse participer aux différentes étapes de cette roue pour que la RCP puisse atteindre un niveau de maturité optimal.

6. RCP et référentiels ; deux faces pour une seule médaille :

Le référentiel est défini par l' « Institute of Medicine » aux USA en 1990 comme une recommandation pour la pratique clinique, proposition développée méthodiquement pour aider le praticien et le patient dans leur décision concernant le caractère approprié des soins dans les circonstances cliniques données (21). Un soin est approprié lorsque le bénéfice clinique qu'il procure est supérieur aux risques et aux coûts qui en découlent (22). L'établissement de ces référentiels répond à une méthodologie rigoureuse s'appuyant sur des méthodes modélisant l'avis d'expert (conférences de consensus et quantification de l'avis d'expert) et les méthodes fondées sur la quantification du niveau de preuve scientifique dans l'analyse de la littérature médicale (22).

Presque 1/3 des participants déclarent défendre le souhait du patient ou de sa famille. Les 2/3 restants déclarent défendre leur proposition de prise en charge qui est le plus souvent basée sur un rationnel scientifique ou un référentiel. Les pathologies carcinologiques sont très diverses, obligeant les oncologues, même s'ils sont dans la majorité des cas plus spécialisés dans la prise en charge de certaines tumeurs, à se former et s'informer des référentiels de traitement de toutes les pathologies carcinologiques (23). L'établissement de référentiels semble donc être une étape incontournable pour la réussite des RCP (23). Ils permettraient de réduire les cas de divergence et de minimiser le temps alloué à la discussion de certains dossiers (23). Ceci permettrait donc de donner plus de temps pour la discussion des dossiers « difficile » requérant une prise en charge hors-référentiels ou un traitement hors AMM. La discussion en RCP permet une adaptation des référentiels ou de proposer d'autres alternatives dès lors que la situation clinique l'exige (2). 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 polypathologie ou lorsqu'il n'y a pas d'études disponibles. La

collégialité favorise cette liberté de jugement essentielle pour les décisions face à des situations singulières (2).

Dans une revue visant à évaluer l'importance de l'établissement des référentiels et son impact sur la qualité de la prise en charge des patients, il semblerait que la non application, des référentiels dans la prise en charge des patients porteurs d'un cancer du poumon, serait responsable d'une diminution de la survie, avec une médiane de 3.6 mois (24). L'application de ces référentiels permet de ne pas sous traiter les patients (24).

Dans notre contexte, le fait de colliger en RCP tous les dossiers permettrait de définir les futurs axes de travaux pour lesquels l'élaboration de référentiels serait à construire. Ces référentiels permettront au moins de réduire la proportion de désaccords et d'alléger le temps alloué à la discussion de certains dossiers.

7. RCP et besoin de légitimation de la décision :

Quarante trois virgule six des participants déclarent vouloir présenter leurs dossiers pour donner plus de poids à la décision thérapeutique. L'aval de 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, avec de nouveaux arguments, témoignant ainsi d'une volonté de ne pas décider à l'encontre de l'avis collégial. Ceci dit presque l'ensemble de nos médecins sont satisfaits par rapport aux RCP car elle permettent d'une part de vérifier l'ensemble du dossier, et d'autre part offre l'opportunité de la confrontation des avis qui générerait la meilleure décision. Dans le même sens nous avons relevé que 90% de nos médecins appliquent la décision de la RCP même en cas de désaccord. Cette décision est perçue comme meilleure dans plus de 50% des cas même en cas de désaccord. À l'heure de « *evidence-based medicine* », il subsiste de nombreuses situations cliniques qui ne répondent pas à ces normes. Prescrire en dehors du cadre des référentiels devient de plus en plus incertain et difficile à justifier pour les professionnels (25). La RCP

permet de guider et de légitimer ces décisions hors référentiel (25). Le respect de la collégialité dans la prise de décision serait un facteur de légitimation de celle-ci, particulièrement en cas de recours en justice (26).

8. RCP : une légitimation médico-économique ?

Actuellement, les traitements en cancérologie sont de plus en plus onéreux et sont pris entièrement en charge de façon spécifique par la collectivité dans le système de prévoyance social correspondant à chaque patient. La tension entre stratégie thérapeutique et contraintes économiques est aujourd'hui au cœur de nombreuses polémiques en cancérologie (27). Plusieurs auteurs pensent que la dimension économique ne peut entrer dans le choix thérapeutique au niveau de la relation de soins et de la prise en charge individuelle, comme c'est le cas en RCP (27). Dans notre étude, la question économique n'a jamais été abordée, et les médecins participant aux RCP argumentent les dossiers uniquement sur des arguments médicaux (techniques ou psychosociologiques). La collégialité peut valider la décision d'une thérapeutique coûteuse mais également peut éviter toute surenchère thérapeutique selon l'analyse des situations (27). De même que les auteurs sus-cités s'accordent sur la nécessité de ne pas introduire les considérations économiques comme éléments déterminants de la décision au niveau individuel, il nous semble important d'affirmer que la RCP ne doit pas être le lieu de telles considérations, celles-ci relevant d'un choix politique (27,28).

9. RCP et dispositif d'annonce :

Le dispositif d'annonce manque toujours à l'appel dans nos structures hospitalières. Ceci pourrait expliquer en partie l'hétérogénéité des méthodes adoptées pour communiquer avec le patient. 1/3 des participants ont déclarés avoir procédé à l'annonce à travers l'interne ou le résident ou par téléphone. Le plus grand travail reste à réaliser concernant cet aspect souvent négligé dans notre contexte, qui se trouve impliqué dans plusieurs cas d'abandon de traitement ou tout au moins de retard thérapeutique, le pacte de confiance médecin-malade étant altéré.

10. RCP : lieu de responsabilité :

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. La responsabilité des médecins participant aux RCP n'a pas encore été définie (4).

En France, la loi sur les droits des patients renforce l'obligation pour un professionnel de travailler en multi compétence avec d'autres collègues (2). Au Maroc, en l'absence de texte de loi fixant les modalités de la décision thérapeutique en oncologie, le PNPCC dans sa première version insiste sur l'égalité de chance pour tous les patients par le biais de la RCP ; on peut penser dès lors que ne pas y soumettre les dossiers pourrait mettre en jeu la responsabilité des professionnels (4). On note là une évolution de la notion de responsabilité qui porte non plus seulement sur la décision elle-même mais aussi sur le respect de la procédure décisionnelle.

Qu'en est-il de la responsabilité des médecins participants à la RCP ? En Australie, une étude a été réalisée en 2006 par Sidhom et al. (28). Selon les cours juridiques australiennes, les éléments d'appréciation qui engagent la responsabilité personnelle du médecin lors d'une RCP sont les suivants : une demande écrite d'avis est faite, les informations données sont complètes, et en particulier le nom du patient, le patient sait que son dossier est présenté en RCP, l'avis de la RCP est généralement suivi, l'avis de la RCP est documenté, et il existe une rémunération pour cet avis (28). Cette étude réalisée en Australie prend en compte un contexte social différent où les plaintes des patients sont beaucoup plus fréquentes qu'au Maroc et où les médecins sont préoccupés de leur protection juridique. Cependant, les fondements de cette étude nous interrogent, et les médecins au Maroc doivent rester vigilants à ce que les conditions d'exercice de la décision au sein de la RCP restent compatibles avec un soin attentif, dans l'attente d'un cadre législatif précis. En effet, en cas de surcharge lors de ces réunions, des risques de négligence peuvent exister.

11. Points forts et limites de notre RCP :

Notre RCP d'onco-urologie répond à plusieurs critères de qualité. Elle se tient de manière régulière depuis Janvier 2016. Son fonctionnement est formalisé (coordinateur et secrétariat). La présence d'au moins 3 spécialités qui s'intéressent à l'onco-urologie est reproduite à chaque réunion. Les décisions sont basées sur les référentiels des sociétés savantes internationales (ESMO, ASCO, AFU..). L'archivage des décisions se fait de manière automatique. Tous les patients présentés lors de la période étudiée ont bénéficié d'une prise en charge multidisciplinaire personnalisée. Les résultats carcinologiques sont jugés excellents.

Dix pour cent de décès dans cette série après un recul de 2 ans, malgré le caractère prédominant des tumeurs métastatiques (51%)

Les principales limites de notre RCP sont : l'absence de fiche standardisée pour la RCP ou à défaut d'un support de présentation homogène ; le ratio de dossier présentés par rapport à ceux qui ne le sont pas reste faible (39 dossiers présentés en un an); la non-adhésion de certains praticiens au processus d'amélioration des pratiques au sein de notre établissement ; l'absence de référentiels locaux ou régionaux et enfin l'impossibilité de réaliser des essais cliniques dans notre contexte.



Conclusion



La RCP est un outil en accord avec les valeurs de rationalisation, de collégialité de la décision et de démocratie sanitaire. La finalité de cette réunion des compétences est une proposition active de soin. Ce processus d'élaboration de la décision médicale porte en lui-même rationalité et multidisciplinarité. Notre étude s'inscrit dans le cadre d'un processus d'évaluation de cette RCP d'onco-urologie mise en place depuis janvier 2016. Elle montre que la RCP permet de mettre en place un processus décisionnel lié à la multidisciplinarité et que pour cela elle se base sur les référentiels de bonne pratique, indispensables en cancérologie et sur une analyse de la maladie au regard des choix thérapeutiques qu'elle peut proposer. Cette jeune expérience devrait inciter à déployer les efforts nécessaires en vue d'adopter et de généraliser la pratique des RCP dans nos institutions hospitalières. Aussi, il faudrait l'intégrer en tant qu'institution d'aide à la prise de décision et lui octroyer les moyens nécessaires (ressources humaines et matérielles) pour évoluer et rationaliser les stratégies thérapeutiques en cancérologie. Dans le même sens, l'évaluation régulière de ce processus est une priorité. Elle permettrait d'identifier les axes de développement et d'amélioration continue. Ainsi en attendant un cadre législatif qui régit l'institution de la RCP, l'établissement d'une charte hospitalière permettrait de contourner certaines difficultés organisationnelles de ces réunions. La rédaction de référentiels nationaux ou régionaux, prenant en considération le contexte socio-économique de notre pays serait d'un grand secours aux praticiens leur permettant de s'affranchir de certaines situations de blocage (absence d'AMM, absence de remboursement, rupture de médicaments, ou encore la non disponibilité de certaines thérapeutiques). Enfin il faudrait penser à développer la recherche scientifique, en intégrant les essais cliniques dans nos pratiques. Cette approche réglementée pourrait également nous aider face à certaines situations de blocage, en proposant aux patients des solutions thérapeutiques adaptées.

Ces RCP sont un lieu propice aux échanges sur les thérapeutiques, obligeant les médecins présents à toujours être informés sur les nouveaux traitements et référentiels. Ces RCP pourraient être considérés comme des lieux de formation médicale continue (FMC) ouvertes au corps médical. Il ne faudrait pas négliger le rôle pédagogique de ces réunions en termes de formation médicale initiale des internes et résidents. La RCP pourrait constituer, à juste-titre un support pédagogique permettant d'affiner la formation initiale des médecins résidents dans différentes disciplines.



Annexe



Questionnaire : annexe 1

QUESTIONS GENERALES :

a) Quelle est votre spécialité ? * Une seule réponse possible.

®Urologue

® oncologie

®)Radiothérapie

®chirurgie générale

® radiologie :

Anatomie pathologique

Autres a preciser

b) Quel est votre statut ? * Plusieurs réponses possibles

® enseignant

®Médecin spécialiste

®Médecin résident

®Médecin interne

c) Etes vous convaincus par l'interet de cette reunion de concertation pluridisciplinaire

Oui non

d) Vous participez a des reunions de convertation pluridisciplinaire en cancerologie

Oui non

e) Vous presentez des dossiers de facon :

Reguliere occasionnelle jamais

f) Les dossiers que vous ne presentez pas :

- Vous en discutez avec le patient et sa famille
- Vous les discutez avec un collegue
- Vous en parlez avec l'equipe du service
- Vous prenez la decision seul
- Autre a preciser

- g)** Vous participez a la rcp :
- Quand vous avez un dossier a presenter
 - Une fois par mois «3 fois par mois
 - Chaque semaine
- h)** Vous presentez tous les dossiers de vos patients :
- Avant chaque decision therapeutique
 - Pour etablir un projet therapeutique
 - Seulement s il n y a pas de referentiels clairs
 - Pour valider une decision personnelle
 - Pour confier le malade a un collegue d une autre specialités
 - Pour arreter toute prise en charge (soins palliatifs)
 - Autres a preciser
- i)** Dans votre pratique quelle est la proportion de dossiers que vous presentez a la rcp sur l ensemble des decisions que vous prenez 50 %
- ii)** Vous presentez vous-même le dossier de vos patients :
Toujours souvent parfois jamais
- iii)** Vous demandez a un collegue de presenter vos dossiers :
Toujours souvent parfois jamais
- iv)** Sue quel support :
Powerpoint dossier clinique oralement
- v)** Quand vous presentez le dossier vous defendez :
- Votre proposition de prise en charge
 - le souhait du patient
 - Le souhait de la famille
- vi)** La presentation du dossier a la rcp :
- modifie votre relation avec le patient
 - vous permet de prendre du recul pour la decision
 - allège pour vous le poids de la decision
 - donne du poids a la decision proposee au patient
- vii)** La deliberation vous satisfait :
- toujours
 - souvent
 - parfois
 - jamais

- viii) Elle vous satisfait car :
- la rcp vérifie l'ensemble du dossier
 - vous pouvez défendre votre décision
 - la confrontation permet de trouver la meilleure solution
 - vous pouvez exprimer vos difficultés par rapport à un patient
- ix) 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 l'organisation ne répond pas à vos attentes
 - seuls les aspects techniques sont discutés
- x) Elle vous arrive d'être en désaccord avec la décision de la rcp :
- toujours
 - souvent
 - parfois
 - jamais
- xi) 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 le dossier avec un expert
 - autre à préciser
- xii) La décision appliquée est :
- celle de la rcp
 - la décision que vous proposez en accord avec le souhait du patient
 - autres à préciser
- xiii) Si désaccord, la décision proposée par la rcp vous paraît-elle meilleure ?
- toujours
 - souvent
 - parfois
 - jamais
- xiv) L'information du patient se fait :
- par vous-même
 - par l'interne ou le résident
 - en consultation
 - au téléphone
 - autrement à préciser

Fiche d'exploitation : annexe 2

2016/2017

1 Données épidémiologiques :

NOM : PRENOM :

Age : sexe :

Statut matrimonial :

Fonction :

2 DIAGNOSTIQUE FINAL :

- LOCALISATION TUMORALE :
- ANAPATH CLASSIFICATION TUMORALE TNM :
- SITES METASTATIQUES :

3 TRAITEMENT :

¥ chirurgie : oui non

si oui quel type :

¥chimiothérapie : oui non

°si oui quel protocole :

Exclusive adjuvante néo adjuvante

°quelle est l'indication :

¥radiothérapie : oui non

°Si oui quel protocole :

Exclusive adjuvante néo adjuvante

°quelle est l'indication :

4 EVOLUTION :

- °réponse totale :
- °réponse partielle :
- °progression :
- °date de dernier suivie :



Résumé



RESUME :

La réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) représente la pierre angulaire en matière de la prise en charge des patients cancéreux. C'est l'occasion pour rassembler les différents acteurs impliqués dans la prise en charge du cancer (oncologues, radiothérapeutes, anatomopathologistes, chirurgiens, et radiologues ...) afin de régler toutes les problématiques, d'ordre diagnostique et /ou thérapeutiques.

L'objectif de notre étude est de dresser une évaluation ponctuelle de la RCP en Onco-urologie à l'hôpital militaire Avicenne (HMA), à travers l'appréciation des participants à cette réunion, et d'un aperçu sur l'activité de cette RCP.

Il s'agit d'une étude transversale et descriptive s'inscrivant dans le cadre du processus d'amélioration continue de la RCP en onco-urologie à l'HMA, en se penchant sur deux volets :

Une appréciation qualitative des médecins participants à cette réunion à travers un questionnaire électronique adressé par mail.

Une évaluation analytique rétrospective quantitative couvrant une période de 12 mois de Décembre 2016 à Décembre 2017 au cours de laquelle ont été répertoriés les patients présentés en RCP

Notre étude nous a permis de mettre le point sur l'importance de notre RCP dans la décision et la facilité thérapeutique. Cette importance est illustrée par le degré de satisfaction et d'intégration des participants ainsi que les résultats objectifs observés chez nos patients suivis en onco-urologie.

L'évaluation continue et régulière des RCP reste aussi importante puisqu'elle représente un mode d'amélioration perpétuelle de la qualité des soins et du service médical rendu au nos patients.

ABSTRACT

The multidisciplinary consultation meeting (RCP) represents the cornerstone in the management of cancer patients. This is an opportunity to bring together the various actors involved in the management of cancer (oncologists, radiation therapists, pathologists, surgeons, and radiologists ...) to address all issues, diagnostic and / or therapeutic.

The objective of our study is to make a punctual evaluation of the CPR in Onco-Urology at the Avicenne Military Hospital (HMA), through the appreciation of the participants at this meeting, and an overview of the activity of this CPR.

This is a cross-sectional and descriptive study as part of the process of continuous improvement of the RCP in onco-urology at the HMA, focusing on two aspects:

A qualitative assessment of the physicians participating in this meeting through an electronic questionnaire sent by email.

A quantitative retrospective analytical evaluation covering a 12-month period from December 2016 to December 2017 during which patients presented in CPR were identified

Our study allowed us to highlight the importance of our SPC in decision and therapeutic ease. This importance is illustrated by the degree of satisfaction and integration of the participants as well as the objective results observed in our patients followed in onco-urology.

The continuous and regular evaluation of CPR remains as important as it represents a way of perpetually improving the quality of care and the medical service rendered to our patients.

ملخص

يمثل الاجتماع التشاوري متعدد التخصصات حجر الزاوية في إدارة مرضى السرطان. وهذه فرصة للجمع بين مختلف الجهات الفاعلة المعنية في إدارة السرطان (مصلحة الأورام، العلاج الإشعاعي، الأطباء والجراحين، وأطباء الأشعة ...) لحل جميع القضايا، سواء من أجل التشخيص أو العلاج.

والهدف من دراستنا هو إجراء تقييم في الوقت المناسب للأطباء المشاركين والمساهمين في علاج مرضى أورام -المسالك البولية في المستشفى العسكري ، من خلال التقدير من المشاركين في هذا الاجتماع، ونظرة عامة على هذا النشاط.

مع دراسة وصفية في إطار عملية التحسين المستمر لاجتماع التشاوري متعدد التخصصات في مصلحة -المسالك البولية في المستشفى العسكري، متكنا على عنصرين هما:

تقييم نوعي للأطباء المشاركين في هذا الاجتماع من خلال استبيان إلكتروني يتم إرساله عن طريق البريد الإلكتروني.

تقييم تحليلي بأثر رجعي كمي يغطي فترة 12 شهراً من ديسمبر 2016 إلى ديسمبر 2017 تم خلاله تحديد المرضى الذين تم عرضهم في مصلحة الأوراموالتكنولوجيا

سمحت لنا دراستنا بتسليط الضوء على أهمية الاجتماع التشاوري متعدد التخصصات لدينا في اتخاذ القرار والسهولة العلاجية. وتتضح هذه الأهمية من خلال درجة الرضا والتكامل بين المشاركين وكذلك النتائج الموضوعية التي لوحظت في مرضانا المتبعة في جراحة المسالك البولية.

يبقى التقييم المستمر المنتظم للإجتماع التشاوري متعدد التخصصات مهماً لأنه يمثل طريقة لتحسين جودة الرعاية والخدمة الطبية المقدمة لمرضانا بشكل دائم



Bibliographie



1. **Tattersall MH.**
Multidisciplinary team meet-ings: where is the value? *Lancet Oncol* 2006;7:886-8.
2. **Orgerie MB, Duchange N, Pélicier N, Chapet S, Dorval E, Rosset P, Lemarié E, Hervé C, Moutel G.**
La réunion de concertation pluridisciplinaire : quelle place dans la décision médicale en cancérologie ? *Bull Cancer* 2010;97(2):255-64.
3. **Hermes.**
Système d'aide à l'organisation des Réunions de Concertation Pluridisciplinaires. Description du projet SAOCCP. http://www.hermes.asso.fr/hermes/jsp/site/Portal.jsp?page_id=136
4. **Plan national de prévention et de contrôle du cancer 2010-2019; 2009,** http://www.sante.gov.ma/Documents/Synthese_PNPCC_2010-1019.pdf.
5. **Fleissig A., Jenkins V., Catt S., Fallowfield.**
Multidisciplinary teams in cancer care: are they effective in the UK?, *Lancet Oncol*, 2006; 7: 935-43.
6. **Huo Yung Kai S, Delpierre C, Gaudin C, Goddard J, Daubisse-Marliac L, Soulié M, Bauvin E, Grosclaude P.**
Exhaustivité et qualité des réunions de concertation pluridisciplinaire ; l'exemple des cancers prostatiques en Midi-Pyrénées. *Prog Urol* 2011;21:879-86.
7. **Ray-Coquard I., Thiesse P., Ranchère-Vince, Chavin F., Bobin J-Y., Sunyach M-P., Carret JP, Mongodin B., Marec-Bérard P., Philip T., Blay J-Y.**
Conformity to clinical practice guidelines, multidisciplinary management and outcome of treatment for soft tissue sarcomas, *Annals of Oncology*, 2004; 15: 307-15
8. **Solé G.**
Mode d'emploi des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) Objectifs et principe de fonctionnement. *Med Sci (Paris)*. 2018 Nov;34 Hors série n°2:23-25. doi: 10.1051/medsci/201834s207. Epub 2018 Nov 12.
9. **Moumjid N., Brémond A.,**
Révélation des préférences des patients en matière de décision de traitement en oncologie: un point de vue actuel, *Bull Cancer*, 2006; 93(7): 691-7.

- 10. Brindha Pillay, Addie C. Wootten, Helen Crowe, Niall Corcoran, Ben Tran, Patrick Bowden, Jane Crowe, Anthony J. Costello** The impact of multidisciplinary team meetings on patient assessment, management and outcomes in oncology settings: A systematic review of the literature. January 2016 Volume 42, Pages 56-72
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2015.11.007>.
- 11. Benjamin W Lamb, Rozh T Jalil, Nick Sevdalis , Charles Vincent and James S A Green** Strategies to improve the efficiency and utility of multidisciplinary team meetings in urology cancer care: a survey study BMC Health Services Research 2014, 14:377 <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/377>
- 12. Idriss J. Aberkane.**
A simple paradigm for nooeconomics, the economy of knowledge. Springer notes on complexity. HAL Id: hal-01291105 <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01291105>
- 13. Kenny Rao, Kiran Manya, Arun Azad , Nathan Lawrentschuk, Damien Bolton , Ian D. Davis and Shomik Sengupta.** Uro-oncology multidisciplinary meetings at an Australian tertiary referral centre - impact on clinical decision-making and implications for patient inclusion BJU Int 2014; 114, Supplement 1, 50-54 doi:10.1111/bju.12764
- 14. S.Fadli X.**
Rébillard The multidisciplinary meeting in onco-urology Progrès en Urologie - FMC 2012;22:F52-F55
- 15. Laure-Estelle PILLER-JEANDEY. IMPACT DES REUNIONS DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE EN CANCEROLOGIE. Thèse de Médecine ANNEE 2009 - N° 09 - 007 FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BESANÇON**
- 16. Wahid Chaouki, Mohsine Mimouni, Saber Boutayeb, Hafid Hachi, Hassan Errihani, Noureddine Benjaafar**
Évaluation des réunions de concertation pluridisciplinaire ; l'exemple des cancers gynéco-mammaires dans un centre de référence tertiaire au Maroc Bull Cancer. 2017 Jul - Aug;104(7-8):644-651. doi: 10.1016/j.bulcan.2017.04.004. Epub 2017 May 29.
- 17. A J Munro and S Swartzman** What is a virtual multidisciplinary team (vMDT)? Br J Cancer. 2013 Jun 25; 108(12): 2433-2441.
- 18. Guillem P, Bolla M, Courby S, Descotes JL, Laramas M, Moro-Sibilot D** Multidisciplinary team meetings in cancerology: setting priorities for improvement Bull Cancer. 2011 Oct;98(9):989-98. doi: 10.1684/bdc.2011.1428.

19. Pérol D, Toutenu P, Lefranc A, Régnier V, Chvetzoff G, Saltel P, Chauvin F. Therapeutic education in oncology: involving patient in the management of cancer *Send to Bull Cancer*. 2007 Mar;94(3):267-74
20. Gerald J. Langley, Ronald Moen, Kevin M. Nolan, Thomas W. Nolan, Clifford L. Norman, Lloyd P. Provost, *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*, JOSSEY-BASS, 2009, 490 p. (ISBN 978-0-470-19241-2), p. 97
21. Institute of Medicine, Field MJ, Lohr KN. **Clinical practice guidelines. Directions of a new program.** Washington: National Academy Press; 1990.
http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=1626
22. Dosquet P, Goldberg J, Matillon Y. How to develop clinical practice guidelines? *Bull Cancer*. 1995 Oct;82(10):754-60.
23. Nadler MB, Bainbridge D, Fong AJ, Sussman J, Tomasone JR, Neil-Sztramko SE Moving Cancer Care Ontario's Exercise for People with Cancer guidelines into oncology practice: using the Theoretical Domains Framework to validate a questionnaire *Support Care Cancer*. 2019 Feb 14. doi: 10.1007/s00520-019-04689-1
24. Prior M, Guerin M, Grimmer-Somers K The effectiveness of clinical guideline implementation strategies--a synthesis of systematic review findings. *J Eval Clin Pract*. 2008 Oct;14(5):888-97. doi: 10.1111/j.1365-2753.2008.01014.x
25. Pavlidis N Evidence-based medicine: development and implementation of guidelines in oncology. *Eur J Cancer*. 2009 Sep;45 Suppl 1:468-70. doi: 10.1016/S0959-8049(09)70093-0
26. Goldwasser F, Nisenbaum N, Vinant P, Balladur E, Dauchy S, Farota-Romejko I, Colombet I, Alby ML, Giroux J, Larrouy A, Destaintot E, Garçon L, Legrand D, Marin I; groupe soins palliatifs en cancérologie de l'ARS d'Île-de-France. Multidisciplinary oncopalliative meeting: Aims and practical recommendations *Bull Cancer*. 2018 May;105(5):458-464. doi: 10.1016/j.bulcan.2018.01.017. Epub 2018 Mar 19.
27. Walsh S, de Jong EEC, van Timmeren JE, Ibrahim A, Compter I, Peerlings J, Sanduleanu S, Refaee T, Keek S, Larue RTHM, van Wijk Y, Even AJG, Jochems A, Barakat MS, Leijenaar RTH, Lambin P **Decision Support Systems in Oncology** *JCO Clin Cancer Inform*. 2019 Feb;(3):1-9. doi: 10.1200/CCI.18.00001.
28. Sidhom MA1, Poulsen MG. Multidisciplinary care in oncology: medicolegal implications of group decisions *Lancet Oncol*. 2006 Nov;7(11):951-4.

قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف
والأحوال باذلة وسعي في انقاذها من الهلاك والمرض
والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلة رعايتي الطبية للقريب والبعيد،
للصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنني، وأكون أختاً لكل زميل في المهنة
الطبية متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلايتي، نقيّة مما يُشِينها تجاه
الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيدا

أطروحة رقم 055

سنة 2019

تأثير قرار الاجتماع التشاوري متعدد التخصصات في مصلحة أنكولوجيا الجهاز البولي

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يو 2019/03/08

من طرف

السيدة : أسماء الناوي

المزداة في 10/03/1992 بمراكش

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

اجتماع التشاوري متعدد التخصصات – أنكولوجيا الجهاز البولي – قرار – الصلة.

اللجنة

الرئيس

المشرف

الحكام

السيد

السيد

السيدة

السيد

خ.الصاير

أستاذ في طب جراحة الجهاز الهضمي

ع.غندال

أستاذ في طب جراحة الجهاز البولي

م.خوشاني

أستاذة في طب الأورام و الأنكولوجيا

م.زياني

أستاذ في طب الأمراض الباطنية .

