



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

Année 2020

Thèse N° 148

Impact de la réunion de concertation pluridisciplinaire sur les médecins en formation

« Expérience de la réunion de concertation
pluridisciplinaire en onco-gynécologie »

THESE

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 17/07/2020

PAR

Mlle. **Fatiha ETTALIBI**

Née le 11/07/1992 à Marrakech

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

Réunion de concertation pluridisciplinaire – Oncologie gynéco – mammaire
pédagogie – Formation continue

JURY

Mr. **H. ASMOUKI**

Professeur de gynécologie obstétrique

PRESIDENT

Mme. **R. BELBARAKA**

Professeur agrégé d'oncologie médicale

RAPPORTEUR

Mme. **B. FAKHIR**

Professeur de gynécologie obstétrique

JUGE



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

" رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ
الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَى وَالِدَيَّ
وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ
وَأَدْخِلْنِي بِرَحْمَتِكَ فِي عِبَادِكَ
الصَّالِحِينَ "

صدق الله العظيم

سورة النمل الآية 19





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.

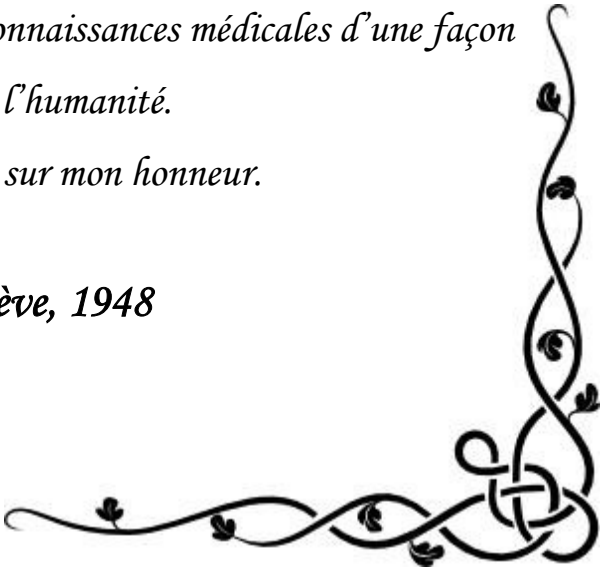
Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

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.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948





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	FAKHIR Bouchra	Gynécologie-obstétrique
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie-réanimation	FINECH Benasser	Chirurgie – générale
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillo faciale	FOURAIJI Karima	Chirurgie pédiatrique
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie-obstétrique	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	GHOUNDALE Omar	Urologie
ADALI Imane	Psychiatrie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale

ADERDOUR Lahcen	Oto- rhino- laryngologie	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
ADMOU Brahim	Immunologie	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	JALAL Hicham	Radiologie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AKHDARI Nadia	Dermatologie	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
ALAOUI Mustapha	Chirurgie- vasculaire périphérique	KISSANI Najib	Neurologie
AMAL Said	Dermatologie	KOULALI IDRISSI Khalid	Traumato- orthopédie
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AMMAR Haddou	Oto-rhino- laryngologie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	LAKMACHI Mohamed Amine	Urologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie – Virologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique	LOUHAB Nisrine	Neurologie
ASRI Fatima	Psychiatrie	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie – générale

BASRAOUI Dounia	Radiologie	MADHAR Si Mohamed	Traumato-orthopédie
BASSIR Ahlam	Gynécologie-obstétrique	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BELKHOU Ahlam	Rhumatologie	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chiru maxillo faciale
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Neonatalogie)
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BENELKHAIAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie - générale	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie - réanimation
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie - orthopédie	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BENJILALI Laila	Médecine interne	MOUFID Kamal	Urologie
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUAITY Brahim	Oto-rhino-laryngologie	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo- phtisiologie	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BOUGHALEM Mohamed	Anesthésie - réanimation	NAJEB Youssef	Traumato-orthopédie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie-obstétrique	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie - chimie	NEJMI Hicham	Anesthésie-réanimation
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio-Vasculaire	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
BOURRAHOUAT Aicha	Pédiatrie	NOURI Hassan	Oto rhino laryngologie

BOURROUS Monir	Pédiatrie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHAFIK Rachid	Traumato-orthopédie	QACIF Hassan	Médecine interne
CHAKOUR Mohamed	Hématologie Biologique	QAMOUSS Youssef	Anesthésie-réanimation
CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RADA Nouredine	Pédiatrie
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
DAHAMI Zakaria	Urologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	ROCHDI Youssef	Oto-rhino-laryngologie
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie-réanimation	SAIDI Halim	Traumato-orthopédie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie-réanimation
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	SAMLANI Zouhour	Gastro-entérologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SARF Ismail	Urologie
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillo faciale	SORAA Nabila	Microbiologie - Virologie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie-obstétrique
EL HAOURY Hanane	Traumato-orthopédie	TASSI Noura	Maladies infectieuses

EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- clinique
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie	YOUNOUS Said	Anesthésie- réanimation
EL IDRISSI SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie - virologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZIADI Amra	Anesthésie - réanimation
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	ZOUHAIR Said	Microbiologie
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	ZYANI Mohammed	Médecine interne
FADILI Wafaa	Néphrologie		

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie – Embryologie - Cytogénétique
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
AISSAOUI Younes	Anesthésie – réanimation	KADDOURI Said	Médecine interne
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale

ALJ Soumaya	Radiologie	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
ATMANE El Mehdi	Radiologie	MARGAD Omar	Traumatologie - orthopédie
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	MEJDANE Abdelhadi	Chirurgie Générale
BELBACHIR Anass	Anatomie-pathologique	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-Rhino - Laryngologie
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo-phtisiologie	NADER Youssef	Traumatologie - orthopédie
BENALI Abdeslam	Psychiatrie	OUBAHA Sofia	Physiologie
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	RBAIBI Aziz	Cardiologie
CHRAA Mohamed	Physiologie	SAJIAI Hafsa	Pneumo-phtisiologie
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino – Laryngologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	SEDDIKI Rachid	Anesthésie - Réanimation
EL HAOUATI Rachid	Chirurgie Cardio-vasculaire	SERGHINI Issam	Anesthésie - Réanimation
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie	ZARROUKI Youssef	Anesthésie - Réanimation
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie

FAKHRI Anass	Histologie- embryologie cytogénétique	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie Thoracique
GHAZI Mirieme	Rhumatologie		

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	ELOUARDI Youssef	Anesthésie réanimation
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio vasculaire	ELQATNI Mohamed	Médecine interne
AIT ERRAMI Adil	Gastro- entérologie	ESSADI Ismail	Oncologie Médicale
AKKA Rachid	Gastro – entérologie	FDIL Naima	Chimie de Coordination Bio- organique
ALAOUI Hassan	Anesthésie - Réanimation	FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique
AMINE Abdellah	Cardiologie	GHOZLANI Imad	Rhumatologie
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	HAJJI Fouad	Urologie
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	HAMMI Salah Eddine	Médecine interne
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	Hammoune Nabil	Radiologie
AZIZ Zakaria	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	JALLAL Hamid	Cardiologie
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	JANAH Hicham	Pneumo- phtisiologie

BABA Hicham	Chirurgie générale	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
BELARBI Marouane	Néphrologie	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Hématologie clinique
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	LAHMINI Widad	Pédiatrie
BELGHMAIDI Sarah	OPhtalmologie	LALYA Issam	Radiothérapie
BELHADJ Ayoub	Anesthésie - Réanimation	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BELLASRI Salah	Radiologie	MAHFOUD Tarik	Oncologie médicale
BENANTAR Lamia	Neurochirurgie	MILOUDI Mohcine	Microbiologie - Virologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	MOUNACH Aziza	Rhumatologie
BOUCHENTOUF Sidi Mohammed	Chirurgie générale	NAOUI Hafida	Parasitologie Mycologie
BOUKHRIS Jalal	Traumatologie – orthopédie	NASSIH Houda	Pédiatrie
BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	NYA Fouad	Chirurgie Cardio - Vasculaire
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	OUEIRAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
CHETTATI Mariam	Néphrologie	OUMERZOUK Jawad	Neurologie
DAMI Abdallah	Médecine Légale	RAISSI Abderrahim	Hématologie clinique
DOUIREK Fouzia	Anesthésie-réanimation	REBAHI Houssam	Anesthésie - Réanimation
EL- AKHIRI Mohammed	Oto- rhino- laryngologie	RHARRASSI Isam	Anatomie- pathologique

EL AMIRI My Ahmed	Chimie de Coordination bio-organnique	SAOUAB Rachida	Radiologie
EL FADLI Mohammed	Oncologie médicale	SAYAGH Sanae	Hématologie
EL FAKIRI Karima	Pédiatrie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
EL HAKKOUNI Awatif	Parasitologie mycologie	TAMZAOURTE Mouna	Gastro - entérologie
EL HAMZAOUI Hamza	Anesthésie réanimation	WARDA Karima	Microbiologie
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	ZBITOU Mohamed Anas	Cardiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio-vasculaire

LISTE ARRÊTÉE LE 24/09/2019



DEDICACES



«Parfois notre lumière s'éteint, puis elle est rallumée par un autre être humain. Chacun de nous doit de sincères remerciements à ceux qui ont ravivé leur flamme.»

Albert Schweitzer



*Nul mot ne saurait exprimer à sa juste
valeur*

Mon immense gratitude...

Ma reconnaissance...

Mon profond respect.

Je dédie cette Thèse



*A Allah
Le Tout
Puissant
Qui m'a
inspiré*

*Et m'a guidée dans le bon
chemin Je Lui dois ce que
je suis devenue Louanges
et remerciements*

*Pour Sa clémence et Sa
miséricorde.*

A ma très adorable mère Aïcha Azzi

Ma mère ma confidente, celle qui m'a guidé et qui a éclairé mon chemin.

Avec ton amour, tes prières, tes encouragements et ta tendresse intarissable, tu as veillé sur moi. C'est grâce à toi que je suis moi. Je t'aime maman. Une vie entière ne suffirait à te rendre cet amour et dévotion. En ce jour j'espère réaliser chère mère et douce créature l'un de tes rêves, sachant que tout ce que je pourrais faire ou dire ne pourrait égaler ce que tu m'as donné. Puisse Dieu, tout puissant, te préserver du mal, te combler de santé, de bonheur et te procurer longue vie afin que tu puisses demeurer le flambeau illuminant le chemin de tes enfants.

A mon très cher père Lahcen Ettalibi

Tu as œuvré pour ma réussite, Autant de phrases et d'expressions aussi éloquentes soit-elles ne sauraient exprimer mon amour, ma gratitude et ma reconnaissance, pour les sacrifices que tu as consentis pour mon éducation, mon instruction et mon bien être. Tu as été pour moi durant toute ma vie le père exemple, l'ami et le conseiller. Tes prières ont été pour moi d'un grand soutien au cours de ce long parcours. J'espère réaliser ce jour un de tes rêves et être digne de ton nom, ton éducation, ta confiance et les hautes valeurs que tu m'as inculqué.

Que cette thèse témoigne de mon respect et de mon amour.

A mes chères sœurs Rabiaa et Fatima

Je ne peux exprimer à travers ces lignes tous mes sentiments d'amour envers vous. Vous n'avez pas cessé de me soutenir et m'encourager durant toutes les années de mes études. Vous avez toujours été présentes à mes côtés pour me consoler quand il fallait. Puisse l'amour et la fraternité nous unissent à jamais. Je vous souhaite la réussite dans votre vie, avec tout le bonheur qu'il faut pour vous combler.

À mes chers frères Mohamed, Ahmed, Abdelaziz

Qui n'ont pas cessé d'être pour moi un exemple de persévérance, de courage et de générosité. Je me permets aujourd'hui de vous présenter l'expression de mes sentiments et de mon éternelle gratitude.

À la mémoire de mes grands-parents

Je vous dédie ce modeste travail en témoignage de mon grand amour et ma profonde affection. Puissent vos âmes reposer en paix. Que Dieu, le tout-puissant, vous recouvre de Sainte Miséricorde et vous accueille dans son éternel paradis.

À mes tantes et mes oncles

L'affection et l'amour que je vous porte, sont sans limite. Je vous dédie ce travail en témoignage de l'amour et le respect que j'ai pour vous. Puisse dieu vous préserver et vous procurer tout le bonheur et la prospérité.

À mes cousins et cousines

Vous êtes pour moi des frères et sœurs et des amis. L'amour et la gentillesse dont vous m'avez entouré m'ont permis de surmonter les moments difficiles. Merci pour votre soutien. Que dieu vous aide à atteindre vos rêves et de réussir dans votre vie.

Aux familles ETTALIBI et AZZI

Vous m'avez soutenu et comblé tout au long de mon parcours. Que ce travail traduise toute mon affection et mes souhaits de bonheur, de santé et de longue vie. Que dieu vous garde et vous préserve.

À mes chers amis

Merci pour votre soutien et votre amour C'est grâce à vous que j'ai trouvé le courage de continuer, c'est grâce à vous que je suis devenu ce que je suis. A mes meilleures amies Fatima Talbi et Oumaima Ezhari, merci pour vos encouragements et vos soutiens dans les moments pénibles, de solitude et de souffrance. Je te prie de trouver dans ce travail l'expression de mon estime et mon sincère attachement.

A mes amis, à vous les collègues de classe, d'amphithéâtre, et de stage hospitalier

À tous les moments qu'on a passé ensemble, à tous nos souvenirs ! Je vous souhaite à tous longue vie pleine de bonheur et de sérénité. Je vous dédie ce travail en témoignage de ma reconnaissance et de mon respect.

Merci pour tous les moments formidables qu'on a partagés.

A tous ceux dont l'oubli du nom n'est pas celui du cœur. A tous ceux qui me sont très chers et que j'ai omis de citer. A tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce travail.



REMERCIEMENTS



A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

PROFESSEUR. H.ASMOUKI

*Professeur de l'enseignement supérieur et chef de service de Gynéco -
obstétrique au CHU Mohammed VI de Marrakech*

*Pour le grand honneur que vous me faites en acceptant de juger et de
présider ce travail de thèse. J'ai 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.*

*Veillez trouver dans ce travail l'expression de ma respectueuse
considération et ma profonde reconnaissance.*

A NOTRE MAITRE ET

RAPPORTEUR DE THESE

PROFESSEUR R.BELBARAKA

*Professeur agrégé et chef de service d'oncologie médicale au
Centre d'oncologie hématologie, CHU Mohamed VI de Marrakech*

Il m'est impossible de dire en quelques mots ce que je vous dois.

*Je suis très touché par l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de me
confier ce travail.*

Merci de m'avoir guidé tout au long de ce travail.

*Je vous suis très reconnaissante pour tout le temps et les sacrifices que
vous avez dû faire aux dépens de votre travail et de vos obligations, ainsi
que pour vos encouragements inlassables, vos conseils judicieux, et vos
remarques hors-pair.*

Veuillez accepter, chère Maître, mes sincères remerciements avec toute la reconnaissance et l'appréciation que je vous témoigne.

A NOTRE MAÎTRE ET

JUGE DE THÈSE

PROFESSEUR B. FAKHİR

*Professeur de l'enseignement supérieur de Gynéco -obstétrique au CHU
Mohammed VI de Marrakech*

Je resterai infiniment sensible à l'insigne honneur que vous m'avez fait en acceptant de juger mon travail de thèse. Votre compétence, votre rigueur au travail et votre dévouement pour le mieux-être du patient sont pour moi un exemple à suivre dans l'exercice de la profession médicale.

Veuillez croire, chère Maître, à l'expression de ma sincère reconnaissance et mon grand respect.

A Docteur SALMA ELWARZAZI ET Docteur GANIOU ADJADE

A TOUTE L'EQUIPE D'ONCOLOGIE MEDICALE,

GYNECOLOGIE ET RADIOTHERAPIE

DU CHU Mohammed VI de Marrakech

*Je suis reconnaissante de l'aide apportée tout au long de ce travail.
Veuillez trouver ici l'expression de mes sentiments les plus distingués.*

***A MA FACULTE, LA FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE MARRAKECH,***

A MONSIEUR LE DOYEN PROFESSEUR BOUSKRAOUI MOHAMED,

A TOUS LES ENSEIGNANTS DE LA FMPM

Avec ma reconnaissance et ma haute considération

ABBREVIATIONS

Liste des abréviations

RCP	:	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire.
CHU	:	Centre hospitalier universitaire.
TNM	:	Tumor Nodes Metastases.
FIGO	:	Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique.
GS	:	Ganglion sentinelle.
ACHE	:	Adéno-colpohystérectomie élargie.
HTSCA	:	Hystérectomie totale sans conservation annexielle.
AppT	:	Appendicectomie.
RT	:	Radiothérapie
CHT	:	Chimiothérapie
INO	:	Institut National d'Oncologie de Rabat.
EBM	:	Evidence-Based Medicine.
HAS	:	La haute autorité de santé.
IGAS	:	Inspection générale des affaires sanitaires.
PNPCC	:	Plan de Prévention et de Contrôle du Cancer
EEP	:	Evaluation des pratiques professionnelles.
SOR	:	Standards, Options et Recommandations.
AMM	:	Autorisation de Mise sur le Marché.
FMC	:	Formation Médicale Continue.
DWI	:	Diffusion-weighted magnetic resonance imaging.
DPC	:	Développement professionnel continu.

CNT	:	Compétences non-techniques.
NOTSS	:	Non-technical skills for surgeons.
CRM	:	Crisis Resource Management.
FH	:	Facteur Humain.



PLAN



INTRODUCTION	01
MATERIELS ET METHODES	04
I. Type de l'étude	05
II. Population de l'étude	05
III. Critères d'inclusion	06
IV. Critères d'exclusion	06
V. Le questionnaire	06
VI. Déroulement de l'étude	07
VII. L'analyse statistique	08
RESULTATS	09
RESULTATS DE L'ETUDE QUALITATIVE	10
I. Caractéristiques de la population et ces opinions sur la RCP	10
1. Caractéristiques de la population	10
2. Rythme de participation à la RCP	11
3. Intérêt porté à la RCP	11
4. Buts de participation à la RCP	11
II. Présentation des dossiers et déroulement de la délibération de la RCP	12
1. Présentation du dossier par le médecin lui-même	12
2. Confier la présentation du dossier à un collègue	13
3. Cas discutés à la RCP	13
4. Satisfaction après délibération	14
5. Raisons de satisfaction après délibération	15
6. Raisons d'insatisfaction après délibération	15
7. Désaccord avec la décision de la RCP	16
8. Attitude en cas de désaccord avec la décision de la RCP	17
III. Décision de la RCP et information du patient	18
1. Bases des décisions de la RCP	18
2. Décision finale et application du référentiel	19
3. Décision appliquée	19
4. Information du patient de la décision retenue de la RCP	20
IV. Impact de la RCP sur les médecins en formation	20
V. Valeur pédagogique de la RCP	24
VI. Optimisation de la de la valeur pédagogique de la RCP	27

1. Limites de la RCP onco-gynécologique	27
2. Les suggestions en vue d'améliorer la valeur pédagogique de la RCP	28
RESULTATS DE L'ETUDE QUANTITATIVE	29
I. Aspects diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs des patientes présentées en RCP onco-gynécologique	29
1. Age	29
2. Sexe	30
3. Localisation tumorale	30
4. Localisation secondaire (métastases)	31
5. Aspects anatomopathologiques	31
6. Classification tumorale	33
7. Prise en charge thérapeutique	37
8. Evolution après stratégie thérapeutique	41
II. Aspects qualitatifs (Critères de qualité)	41
DISCUSSION	43
I. Historique de la RCP onco- gynécologique	45
II. Objectifs et avantages de la RCP	46
III. Fonctionnement et organisation de la RCP	47
IV. L'évaluation du fonctionnement de la RCP onco-gynécologique et apports dans la prise en charge des patients	50
1. Evaluation des critères quantitatifs de la RCP onco-gynécologique	51
1.1. Le nombre de dossiers traités par RCP	51
1.2. Le taux de passage en RCP (Exhaustivité)	51
2. Analyse des critères qualitatifs de la RCP onco gynécologique	52
3. Apports de la RCP onco-gynécologique dans la prise en charge des patients	54
V. L'impact de la RCP sur des médecins en formation spécialisée	56
1. La participation aux réunions de concertation pluridisciplinaire	56
2. La présentation des dossiers et l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)	57
2.1. Le rôle de support de présentation en RCP	57
2.2. La diversité des dossiers discutés en RCP	58
2.3. L'intérêt de présenter son dossier en RCP	60
3. La discussion collégiale et la gestion des désaccords	61
4. L'appropriation des référentiels par les équipes médicales	64
5. La valeur pédagogique de la RCP onco-gynécologique	65

5.1.La formation médicale et le développement professionnel continu	65
5.2. La recherche et essais cliniques	68
5.3. La formation aux compétences non-techniques	69
5.4. Le rôle de la RCP dans l'enseignement de la prise de décision	71
VI. La RCP onco-gynécologique : quels obstacles? pour quelles améliorations	73
1 .Les limites de la RCP onco-gynécologique	73
2. Les interventions en vue de promouvoir la valeur pédagogique de la RCP	74
2.1. Simuler la participation à la RCP	74
2.2. Meilleure organisation logistique de la RCP	74
2.3. Documentation numérique des décisions	75
2.4. Développement des outils aide à la prise de décision :	76
CONCLUSION	78
ANNEXES	80
RESUMES	89
BIBLIOGRAPHIE	96



INTRODUCTION



Le cancer constitue l'une des préoccupations majeures de santé publique au Maroc. L'incidence du cancer est estimée à 124,8 nouveaux cas pour 100 000 habitants (136,6 pour les hommes et 114,5 pour les femmes), soit 48 442 nouveaux cas de cancer prévus en 2020 dans notre pays [1]. Devant cette problématique et compte tenu du nombre croissant d'options thérapeutiques disponibles, la complexité de la prise de décision ainsi les attentes de plus en plus élevées en matière de soins en cancérologie, la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) représente une véritable plaque tournante dans l'organisation des soins en cancérologie. C'est un lieu d'échanges privilégié entre les spécialistes de plusieurs disciplines sur les stratégies diagnostiques et thérapeutiques [2].

La pratique de la cancérologie ne peut se concevoir en dehors d'un cadre multidisciplinaire [3]. Actuellement cette concertation est obligatoire dans plusieurs pays. En Europe comme aux Etats unis, la pratique et l'organisation des RCP sont bien formalisées et codifiées selon les « guidelines » nationaux de chaque pays. À l'échelle nationale, le plan cancer préconise dans ses mesures 47 et 55 l'instauration de la RCP aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé, mais sans la description détaillée de la modalité de sa réalisation [4]. En l'absence donc de référentiel national de réunion de concertation pluridisciplinaire, chaque centre est amené à organiser les RCP en essayant de se rapprocher au maximum des normes et des recommandations internationales.

Le principal objectif d'une réunion de concertation est l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients atteints de cancer dans un cadre collégial [5], les discussions globale et multiparamétriques afin de régler toutes les problématiques, d'ordre diagnostic et/ou thérapeutique. Les réunions multidisciplinaires de cancérologie permettent de réduire le temps nécessaire au diagnostic et au traitement, en facilitant le circuit du patient et empêchent les investigations inutiles ou répétées

lors du processus diagnostique [6]. La plupart des publications contemporaines se sont concentrées sur l'évaluation de l'impact de la prise en charge pluridisciplinaire des patients cancéreux et une amélioration des résultats de la survie et une adhérence meilleure aux recommandations scientifiques des sociétés savantes ont été démontrées [7]. La RCP représente également une opportunité d'apprentissage idéale pour les médecins en formation et autres professionnels de santé sous réserve d'un enregistrement précis homogène et exhaustif justifiant une préparation en amont des dossiers, une organisation préalable de la réunion (nombre de dossiers, vérification du quorum...) [8], une discussion ouverte et surtout une clarté sur la procédure et la raison pour laquelle la décision finale a été prise. Cette vocation pédagogique nouvellement accordée à la RCP fut objet d'un certain nombre de publications [9, 10, 11,12] et c'est dans ce cadre que s'inscrit l'objectif de ce présent travail.

Notre travail est une étude à double volet (qualitatif et quantitatif) visant à dresser une évaluation globale et objective de la RCP onco-gynécologique au centre hospitalier universitaire Mohamed VI à fin d'identifier l'impact de ces réunions sur les médecins en formation notamment en terme d'enseignement et d'apprentissage. L'objectif de notre étude est :

- Analyser le fonctionnement de la RCP onco-gynécologique à travers un aperçu sur l'activité de celle-ci sur une période de deux ans.
- Explorer la valeur pédagogique de la RCP onco-gynécologique telle que perçue par les médecins en formation spécialisée.
- Identifier les points forts et souligner les limites de la RCP onco-gynécologique dans sa forme actuelle.

MATÉRIELS & MÉTHODES

I. Type de l'étude :

Ce présent travail est une étude transversale avec analyse rétrospective à visée descriptive afin d'évaluer la RCP en onco-gynécologie au centre hospitalier universitaire Mohamed VI en se penchant sur une double analyse :

- Une analyse qualitative à travers un questionnaire adressé aux médecins en formation participants aux RCP en onco-gynécologie.
- Une analyse quantitative par un audit rétrospectif des dossiers présentés à la RCP onco-gynécologie étalé sur une période de 2 ans allant de septembre 2017 à septembre 2019.

II. Population de l'étude :

1. Partie qualitative :

Le premier volet de cette étude concerne l'appréciation des médecins en formation sur la participation à la RCP en onco-gynécologie au CHU Mohamed VI. Tous les médecins en formation spécialisée (médecins résidents et internes) participants à cette réunion régulièrement ou occasionnellement ont reçu un questionnaire distribué directement et rempli de façon anonyme.

2. La partie quantitative :

Le deuxième volet s'est intéressé aux dossiers des patients d'onco-gynécologie 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. Une fiche d'exploitation a permis de regrouper les données relatives aux patients à travers le registre de la RCP et le dossier médical.

III. Critères d'inclusion :

- Pour la partie qualitative :
 - Les médecins résidents ou internes en oncologie médicale, radiothérapie, gynécologie, anatomopathologie et radiologie.
- Pour les dossiers étudiés :
 - Patients ayant plus de 18 ans.
 - Confirmation anatomopathologique du cancer.
 - Localisation tumorale gynécologique.
 - Dossier présenté au moins une seule fois à la RCP.

IV. Critères d'exclusion :

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

V. Le questionnaire (Voir Annexe 1) :

Un questionnaire d'évaluation de la RCP qui rapporte le feed-back des médecins résidents et internes sur la participation aux RCP d'onco-gynécologie en tant qu'outil pédagogique. Ce questionnaire a été établi et développé sur la base d'une revue de littérature, validé par l'équipe du service d'oncologie médicale au CHU Mohamed VI.

Ce questionnaire comporte 3 sections :

- Une première partie descriptive : la spécialité de chaque participant, son grade, la régularité de participation aux RCP et l'intérêt porté à ces réunions.

- La deuxième partie : rapportant les détails de la préparation, la présentation des dossiers et l'application de la décision.
- La troisième partie : évaluant l'impact et la valeur de la RCP en tant qu'outil pédagogique et les propositions en vue d'amélioration.

VI. Déroulement de l'étude :

L'enquête a débuté en décembre 2019 et s'est étalée sur une période de 2 mois.

Tous les participants ont été informés sur les objectifs de l'étude, leur participation était volontaire avec respect de l'anonymat. Le recueil des réponses a été fait une semaine après l'administration du questionnaire.

Concernant la deuxième partie de l'étude, nous avons procédé à une étude rétrospective des dossiers présentés lors de la RCP onco-gynécologique sur une période étalée sur 2 ans entre septembre 2017 et septembre 2019. Une fiche d'exploitation a été élaborée pour recueillir les données épidémiologiques de même que les aspects diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs ainsi que les données relatives aux aspects qualitatifs de la RCP (critères de qualité) à partir des dossiers médicaux papier, du registre et des fiches de la RCP d'onco-gynécologie lors de la même période (Voir Annexe 2).

VII. L'analyse statistique :

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

- Pour l'étude qualitative : L'analyse des données recueillies sur les

questionnaires a été réalisée de manière anonyme par saisie dans une base Excel, et les résultats sont exprimés en nombres et en pourcentages.

- Concernant l'étude quantitative : Les données ont été recueillies de manière rétrospective sur les fiches d'exploitation sous forme d'un tableau Excel regroupant les données contenues sur registre de la RCP. Les résultats sont là aussi exprimés en nombres et en pourcentages.

RESULTATS

RESULTATS DE L'ETUDE QUALITATIVE

I. Caractéristiques de la population et ses opinions sur la RCP :

Le questionnaire a été rempli par tous les médecins résidents et internes des différents services impliqués dans la RCP onco-gynécologique. Nous avons recensé un total de 100 questionnaires.

1. Caractéristiques de la population:

La répartition des médecins participants selon le statut était comme suit : 80% des médecins étaient des résidents et 10% étaient des internes. Ces médecins se répartissent selon leur spécialité comme suit : 62 gynécologues soit 62%, 29 radiothérapeutes soit 29% et 9 oncologues médicaux soit 9% [Figure 1].

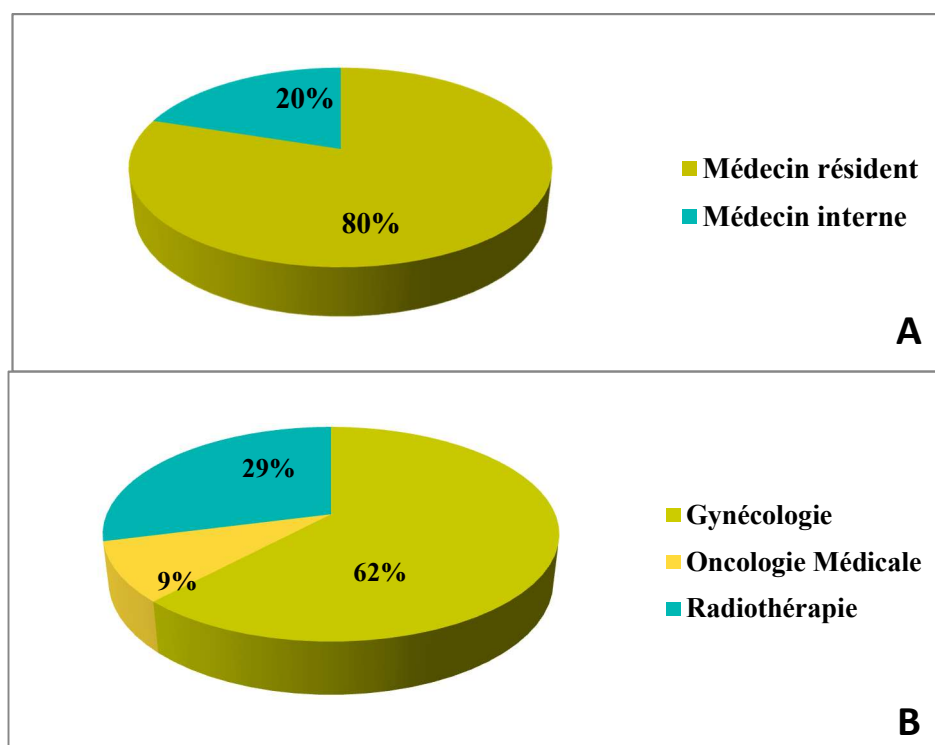


Figure 1 : Caractéristiques de la population A et B (A : Répartition des participants selon leur statut, B : Répartition des participants selon leur spécialité)

2. Rythme de Participation à la RCP :

Tous les médecins ont déclaré avoir participé à la RCP onco-gynécologique. La moitié des participants assistent chaque semaine à la RCP de façon régulière, 39 % des médecins y assistent quand ils ont un dossier à présenter [Figure 2].

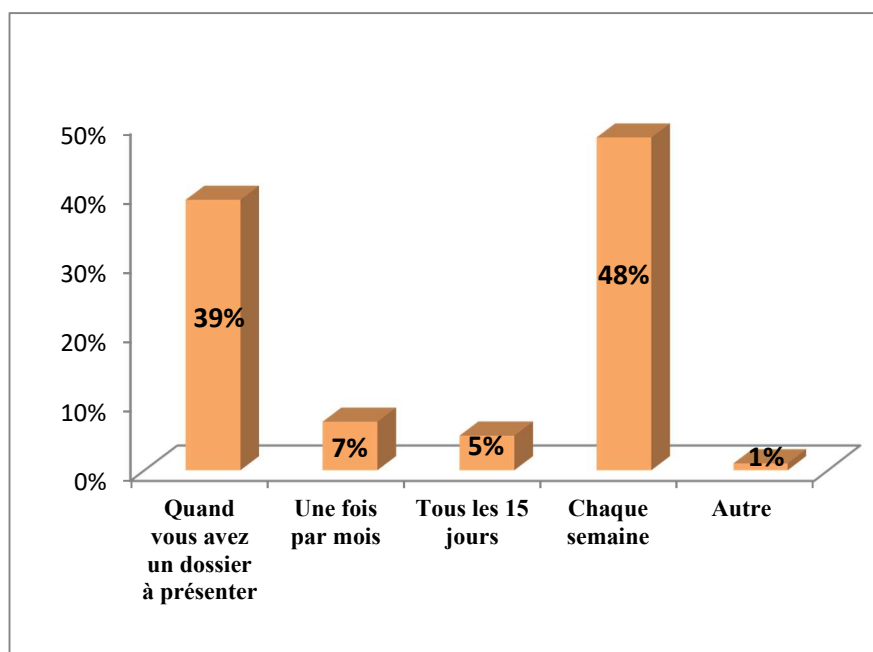


Figure 1 : Le rythme de participation à la RCP onco-gynécologique

3. Intérêt porté à la RCP :

Tous les médecins étaient convaincus de façon unanime par l'intérêt de cette réunion de concertation pluridisciplinaire.

4. Buts de participation à la RCP :

La prise d'une décision thérapeutique représentait le premier but (soit 43%) pour lequel la RCP est organisée, selon les médecins en formation, Alors que le but pédagogique derrière la réalisation de cette RCP n'a été mentionné que par 20% des participants [Figure 3].

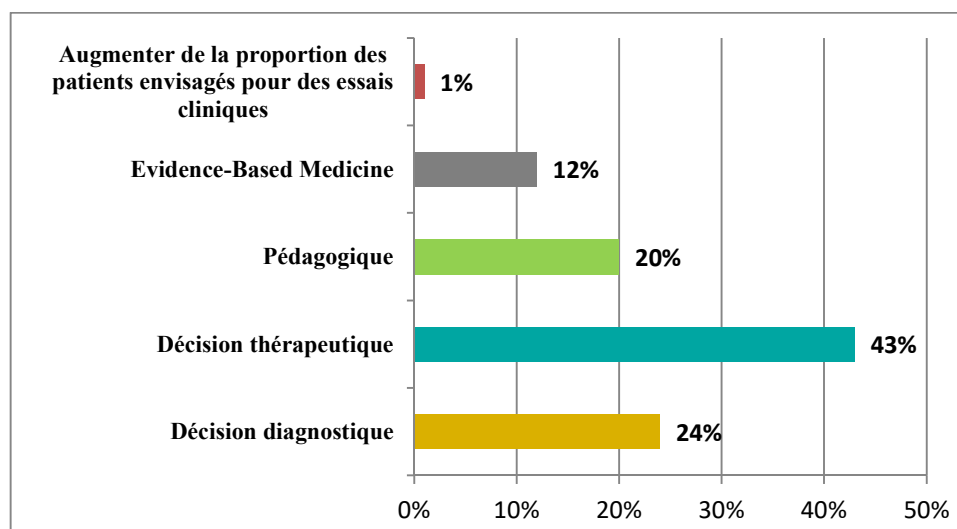


Figure 2: Buts de participation à la RCP selon les médecins en formation

II. Présentation des dossiers et déroulement de la délibération de la RCP

1. Présentation du dossier par le médecin lui-même:

Les médecins participants à la RCP présentaient leurs propres dossiers : **Souvent** dans 39% des cas, **Toujours** dans 35% des cas et **Parfois** dans 14% des cas [Figure 4].

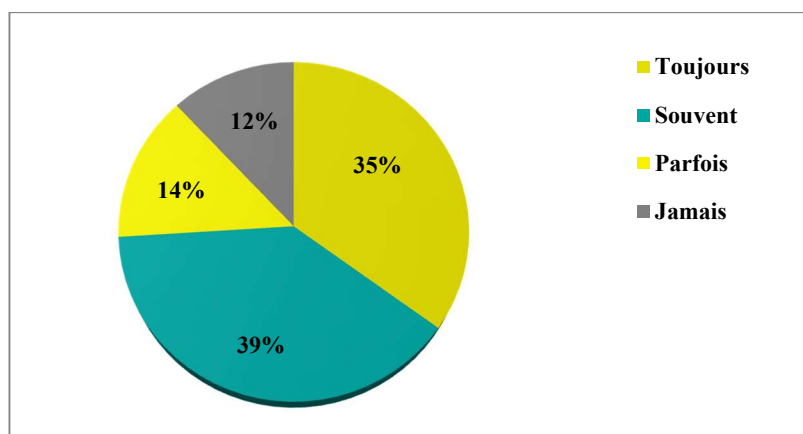


Figure 3: La fréquence de présentation des dossiers par le médecin lui-même

2. Confier la présentation du dossier à un collègue:

Les médecins ont confié **parfois** leurs dossiers à un collègue dans 50% des cas, tandis que 40% d'entre eux n'ont **jamais** donné leurs dossiers à un collègue pour les présenter à leur place [Figure 5].

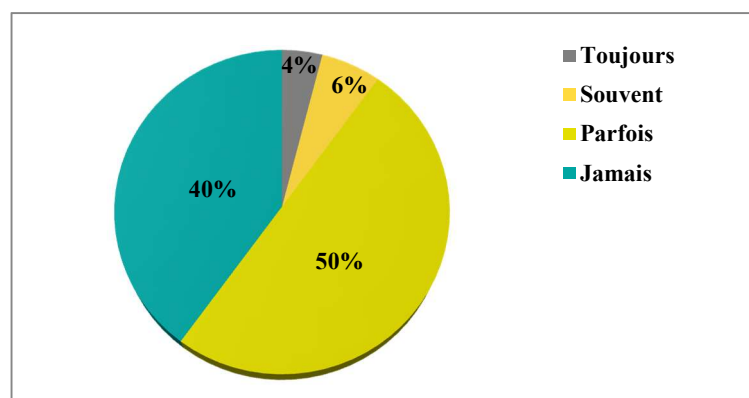


Figure 4: Confier la présentation des dossiers à un collègue

3. Cas discutés à la RCP:

Selon les médecins résidents et internes, les cas discutés à la RCP étaient essentiellement les cas diagnostiqués avec un type de cancer (19%) et les cas difficiles (19), suivis des cas référés pour un deuxième avis (13%), ainsi que les cas de cancer avancés nouvellement diagnostiqués (13%) [Figure 6].

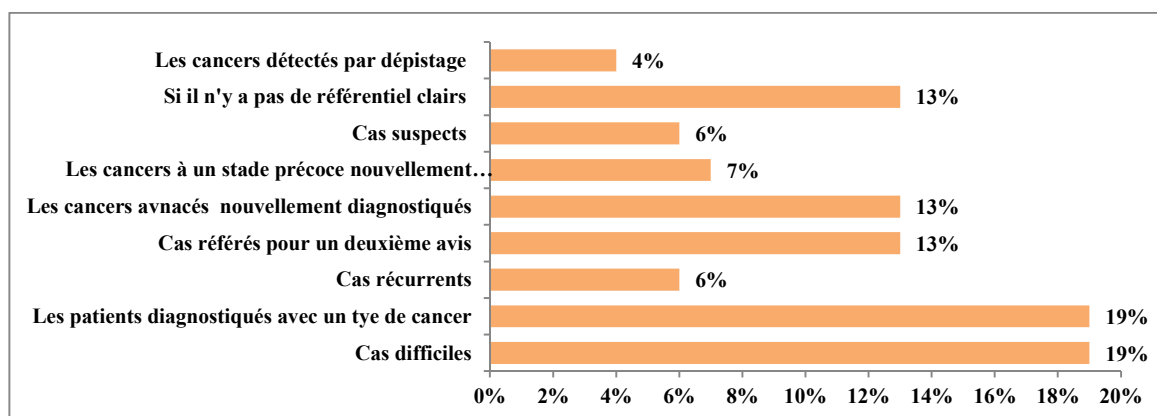


Figure 5: Type de dossiers discutés à la RCP

Selon les participants, la répartition des cas discutés en RCP selon l'étape de prise en charge est comme suit : au moment du projet thérapeutique (41%), du diagnostic initial (16%), du changement de traitement (15%), après la chirurgie mais avant tout autre traitement (7%), en cours du suivi d'un traitement (9%) et de décision des soins palliatifs (11%) [Figure 7].

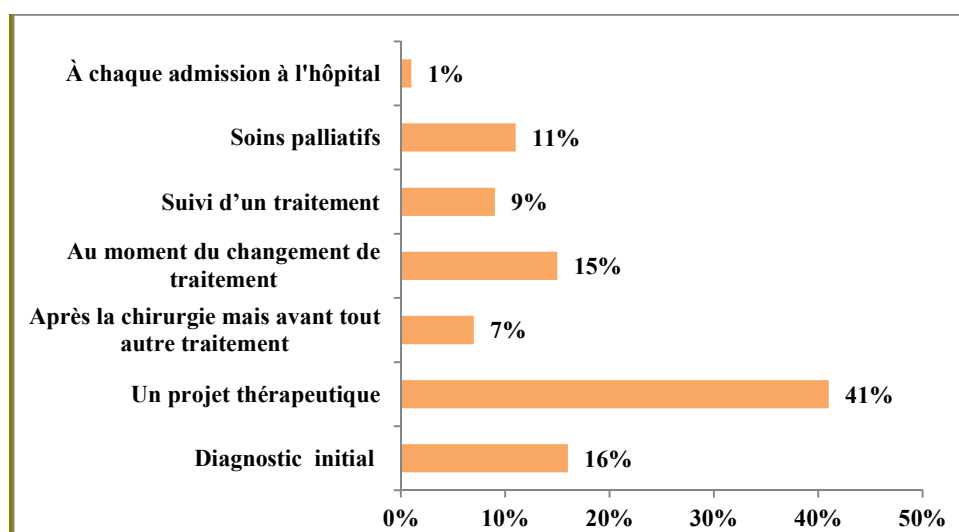


Figure 7: La répartition des dossiers discutés à la RCP selon l'étape de prise en charge

4. Satisfaction après délibération :

La délibération a été **souvent** satisfaisante pour 56% des médecins, **toujours** satisfaisante pour 28% et **parfois** satisfaisante pour 15% d'entre eux. Un seul participant a déclaré n'être jamais satisfait après la délibération [figure 8].

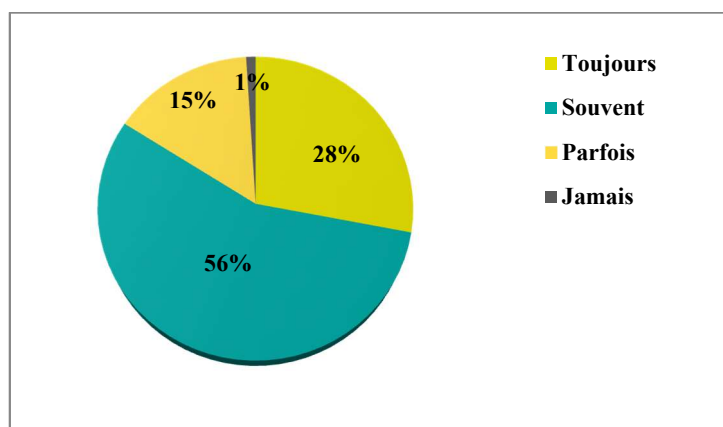


Figure 8: Satisfaction après délibération

5. Raisons de satisfaction après délibération :

La RCP a permis selon 40 participants (soit 40%) une confrontation assurant la meilleure solution pour le patient, selon 30 participants (soit 30%) la RCP procure la capacité d'exprimer leurs difficultés par rapport à un patient. Pour 14 participants (soit 14%) la RCP a assuré la vérification de l'ensemble des dossiers, et selon 10 participants (soit 10%) elle a offert la capacité de défendre leur propre décision [Figure 9].

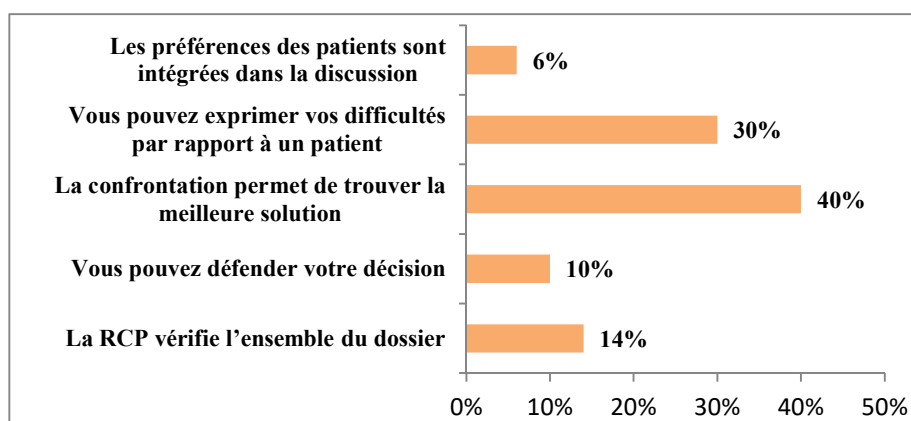


Figure 9 : Les raisons de la satisfaction après délibération

6. Raisons d'insatisfaction après délibération :

Selon 48 participants (48%) le contexte social ou psychologique n'est pas assez abordé et seuls les aspects techniques sont discutés.

La RCP a été impliquée selon 40 participants (40%) dans le retard de la mise en traitement. Selon 7 participants (7%) l'organisation n'a pas répondu à leurs attentes et les décisions ont été prévisibles et seule 5 participants (5%) se sentent inhiber concernant leur contribution à la discussion [Figure10].

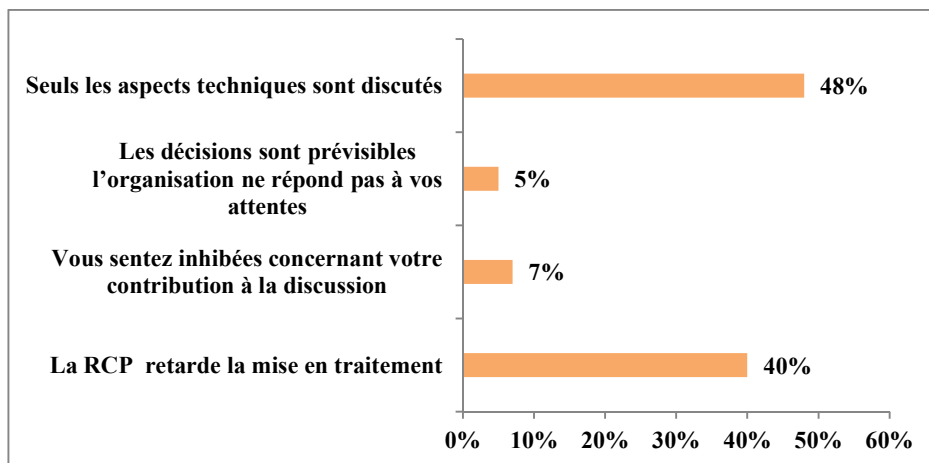


Figure 10: Les raisons d'insatisfaction après délibération

7. Désaccord avec la décision de la RCP :

63 participants (soit 63%) ont déclaré avoir été **parfois** en désaccord avec la décision de la RCP et 29 participants (soit 29%) ont déclaré ne **jamais** être en désaccord avec la décision de la RCP. Alors que 7% des médecins ont été **souvent** en désaccord avec la décision de RCP [Figure 11].

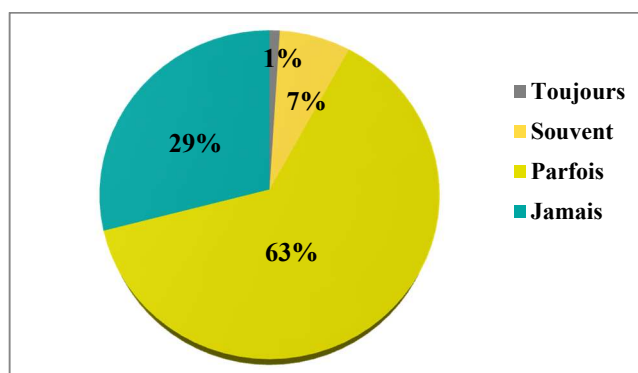


Figure 11 Désaccord avec la décision de la RCP

Si désaccord, la décision de RCP est **souvent** meilleure selon 57 médecins (soit 57%), 23 médecins l'ont trouvé **toujours** meilleure (soit 23%) et 19 médecins l'ont trouvé **parfois** meilleure (soit 19%). Un seul médecin a jugé que la décision de la RCP n'était **jamais** meilleure que la sienne [figure 12].

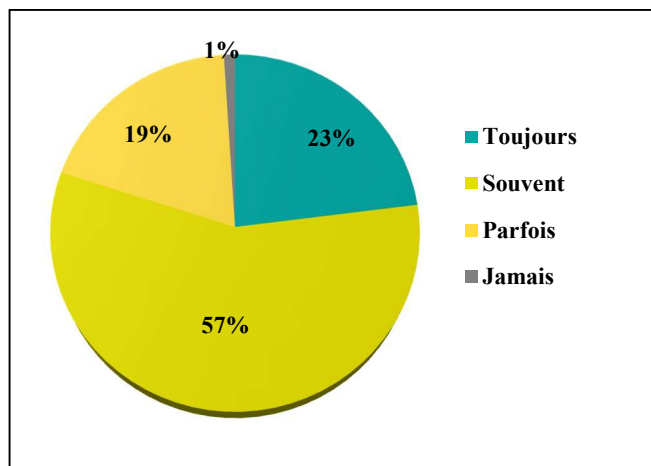


Figure 12 : Si désaccord, la décision de la RCP paraît meilleure ?

8. Attitude en cas de désaccord avec la décision de la RCP :

En cas de désaccord, 43% des médecins ont signalé avoir présenté le dossier une deuxième fois avec de nouveaux éléments et arguments, 28% ont rediscuté le dossier avec un expert et 18% d'entre eux ont préféré discuter la décision avec le patient [Figure13].

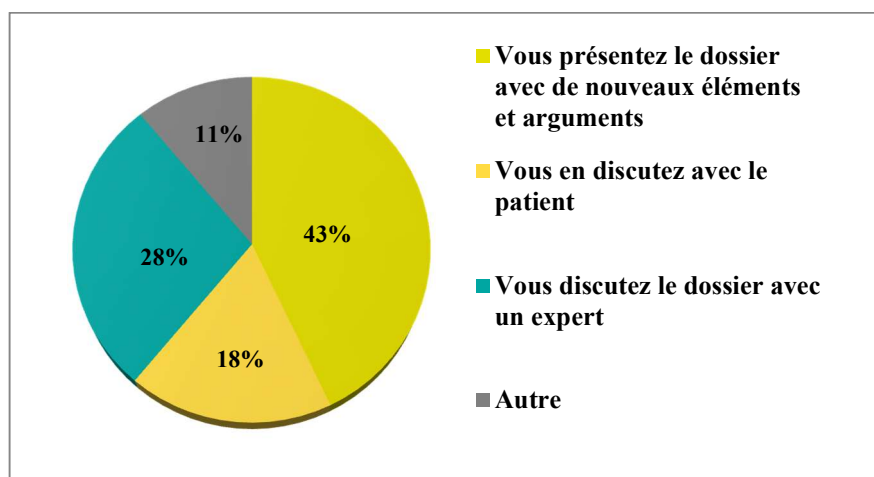


Figure 13 : Attitude en cas de désaccord avec la décision de la RCP

III. Décision de la RCP et information du patient

1. Bases des décisions de la RCP:

Selon la moitié des participants la décision de la RCP est basée sur le consensus du groupe multidisciplinaire (soit 46%), tandis que 37 participants (soit 37%) trouvent que la décision est basée sur les directives préétablies et des protocoles formels. Alors que 17 participants (soit 17%) estiment la pratique des spécialistes et les informations du malade comme fondement des décisions en RCP [Figure14].

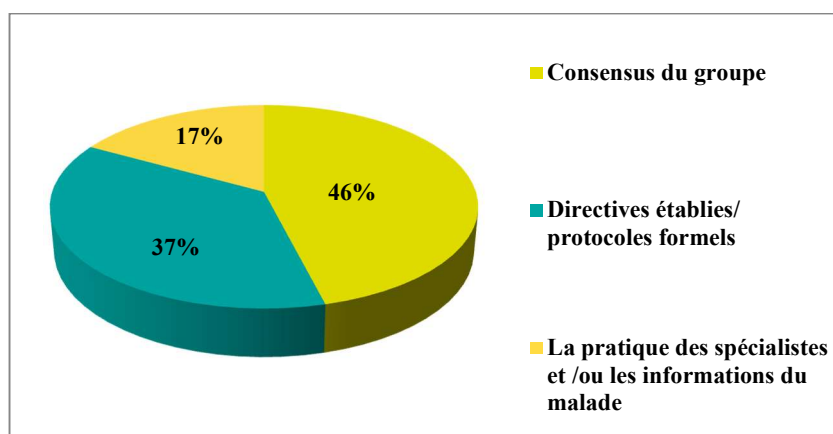


Figure14: Bases des décisions en RCP

2. Décision finale et l'application du référentiel :

Les caractéristiques de la décision finale en fonction des référentiels selon les participants est comme suit :

- 76 des participants (soit 76%) pensent que la décision finale de la RCP est une décision en accord avec le référentiel adapté aux caractéristiques du malade.
- La décision finale est une application stricte d'un référentiel selon 20 participants (soit 20%) et hors référentiel selon 3 participants (soit 3%) [Figure15].

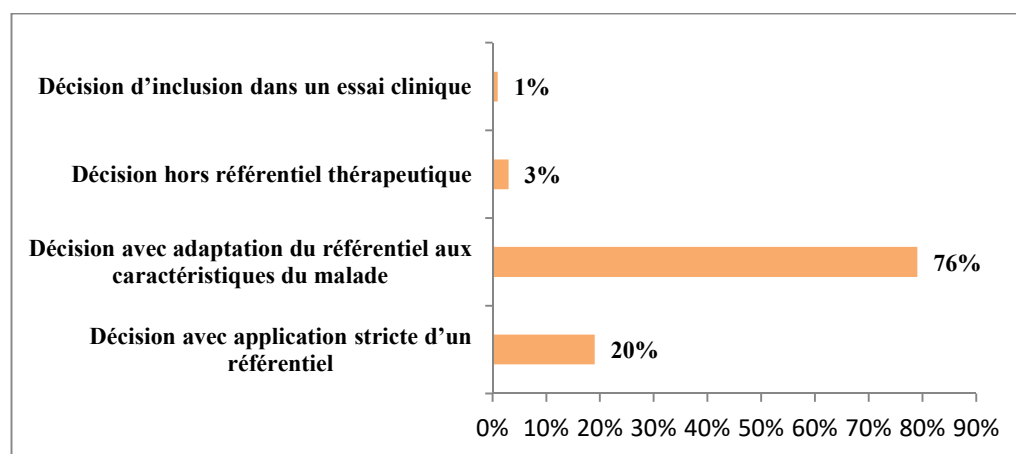


Figure 15 : Caractéristiques de la décision finale en fonction des référentiels

3. Décision appliquée :

La décision appliquée a été selon 80 participants (80%) celle de la RCP, tandis qu'elle a suivi le souhait du patient selon 20 participants (20%) [Figure14].

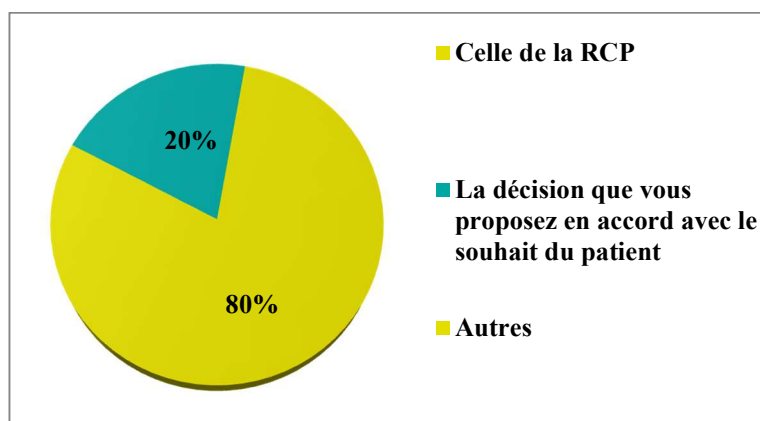


Figure 16 : La décision appliquée

4. Information du patient de la décision retenue de la RCP :

Selon les médecins en formation, l'information du patient est faite par eux même dans 50% des cas et par l'intermédiaire d'un collègue (médecin résident ou interne) dans 12% des cas. L'information du patient a été faite en consultation dans 18% des cas et par téléphone dans 19% des cas.

IV. L'impact de la RCP sur les médecins en formation

L'impact de la RCP a été positif du point de vue des médecins en formation, le tableau ci-dessous résume à travers une sélection de déclaration les aspects de cette impact [Tableau I].

Tableau I: L'impact de la RCP comme perçu par les médecins en formation sur échelle de Likert

	Fortement en accord	D'accord	Neutre	En désaccord	Fortement en désaccord	Score moyen sur l'échelle de likert	La médian	Ecart type
Améliorer les compétences de communication au sein de l'équipe Multidisciplinaire	51%	38%	10%	1%	0%	4.39%	5	+/- 0.709
Améliorer vos pratiques cliniques et augmenter votre performance	48%	43%	8%	1%	0%	4.38%	4	+/- 0.678
Identifie les ressources pour l'apprentissage	14%	43%	25%	18%	0%	3.53	4	+/- 0.948
Promet et appuie les activités de la recherche clinique	33%	39%	18%	7%	3%	3.92	4	+/- 1.032

Améliorer vos compétences décisionnelles en terme de prendre des décisions médicales fondées sur des preuves	48%	36%	12%	4%	0%	4.28	4	+/- 0.830
Donne du poids à la décision proposée au patient	45%	36%	16%	3%	0%	4.23	4	+/- 0.827
Allège pour vous le poids de la décision	33%	43%	19%	4%	1%	4.03	4	+/- 0.881
Permet de prendre du recul pour la décision	28%	44%	19%	8%	1%	3.9	4	+/- 0.937
Modifie votre relation avec le patient	4%	16%	40%	33%	7%	2.77	3	+/- 0.941

Selon nos résultats, la participation à la RCP onco-gynécologique permet aux participants d'améliorer leurs compétences en matière de communication au sein de l'équipe pluridisciplinaire, d'affiner leurs pratiques cliniques et augmenter leurs performances et développer leur compétences décisionnelles en terme de prendre des décisions médicales fondées sur des donnée probantes (les scores moyennes respectives sur l'échelle de Likert 4.39 – 4.38 – 4.28).

Selon 81% des médecins la RCP leur permet de donner du poids à la décision médicale; 76% des participants estiment que la RCP allège pour eux le poids de la décision et 72% d'entre eux déclarent que la RCP leurs permet prendre du recul par rapport à la décision.

Parmi les médecins internes et résidents, 40% d'entre eux trouvent que la RCP ne modifie pas leur relation avec le patient et 18% pensent qu'elle n'assure pas l'identification des ressources pour l'apprentissage et la formation.

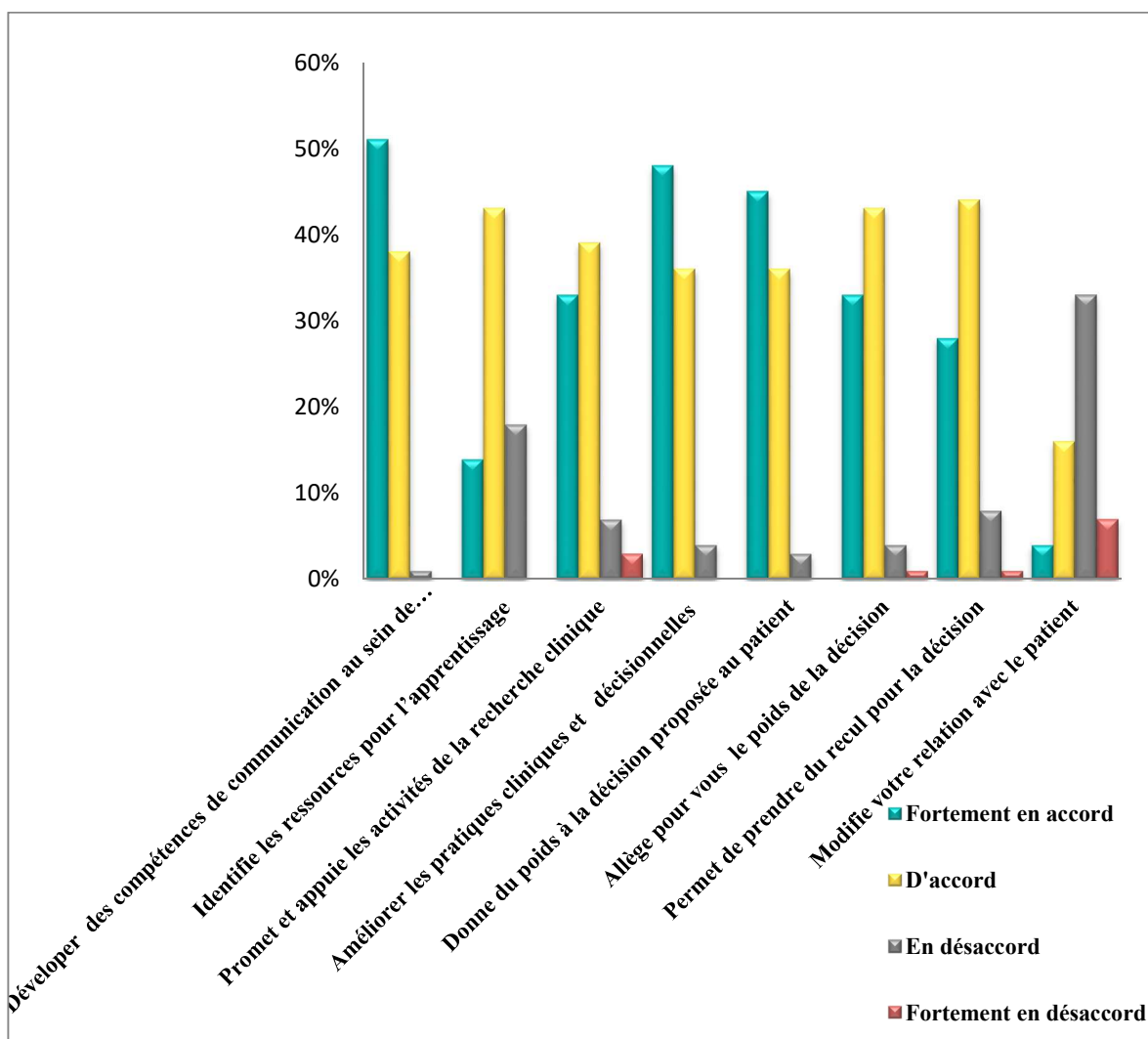


Figure 17 : L'impact de la RCP comme perçu par les médecins en formation

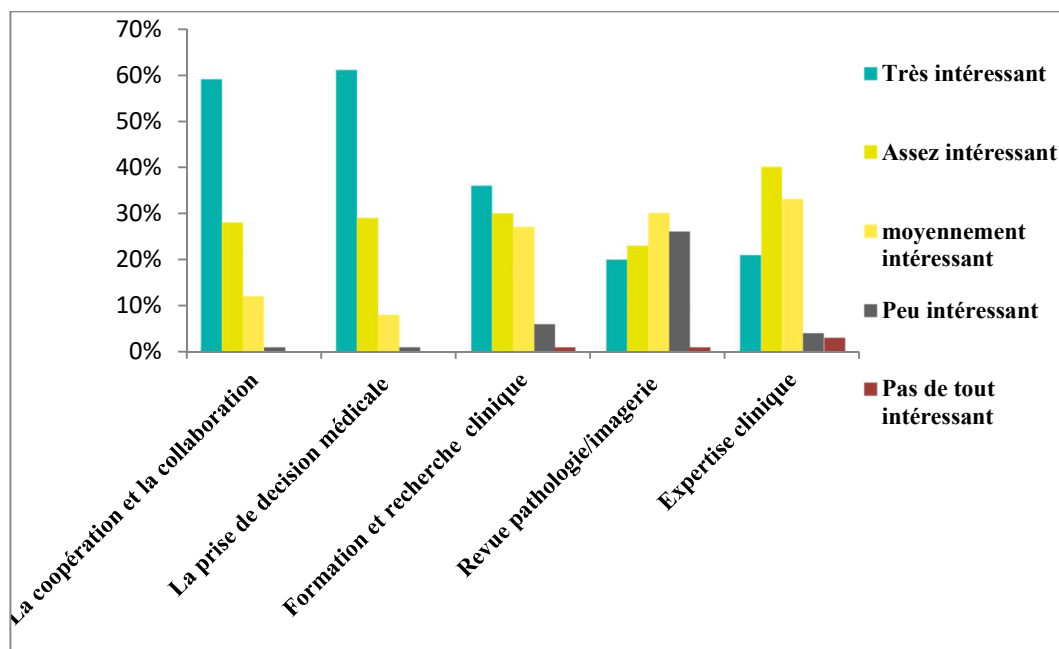
V. Valeur pédagogique de la RCP :

Les impressions des participants étaient positives concernant les objectifs pédagogiques auxquels la RCP avait répondu [Tableau II].

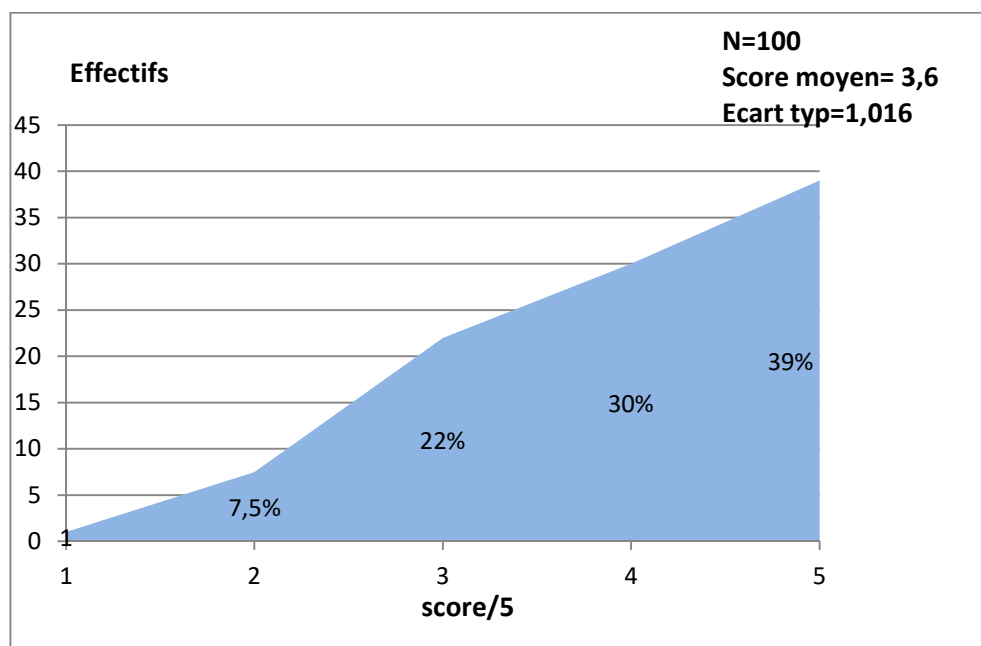
Tableau II : Evaluation de la valeur pédagogique de la RCP selon les médecins en formation sur échelle de Likert (5 = très intéressant 1 = pas de tout intéressant).

Objectif pédagogique de la RCP	Très intéressant	Assez intéressant	Moyennement intéressant	Peu intéressant	pas de tout intéressant	Score moyen	Score median	Ecart type
La Coopération et la collaboration les spécialités	59 (59%)	28 (28%)	12 (12%)	1 (1%)	0 (0%)	4.29	4.5	+/-0.820
La prise de décision médicale	61 (61%)	29 (29%)	8 (8%)	1 (1%)	0 (0%)	4.19	4.0	+/-1.223
Formation et recherché clinique	36 (36%)	30 (30%)	27 (27%)	6 (6%)	1 (1%)	3.67	4.0	+/-0.941
Revue de pathologie / imagerie	20 (20%)	23 (23%)	30 (30%)	26 (26%)	1 (1%)	2.8	3.0	+/-1.025
Expertise clinique	21 (21%)	40 (40%)	33 (33%)	4 (4%)	2 (2%)	3.3	3.0	+/-1.053

La coopération et la collaboration entre les différentes spécialités, la prise de décision médicale, et la formation et la recherche clinique figurent parmi les acquisitions les plus apportées par la RCP onco-gynécologique (les scores moyens respectifs sur l'échelle de Likert 4.29-4.19-3.67) [Tableau II]. Le score moyen de la valeur pédagogique de la RCP état de 3.6 sur une échelle de 1 à 5 [Figure19].



**Figure 18 : La valeur pédagogique de la RCP selon
les médecins résidents et internes**



**Figure 19 : Score moyen de la valeur pédagogique de la RCP
selon les médecins en formation**

VI. Optimisation de la de la valeur pédagogique de la RCP

1. Limites de la RCP onco-gynécologique:

Le manque de support informatique (26%) et l'absence de saisie des données en direct et la documentation des décisions (20%), la participation intermittente des médecins (18%), la faible activité de la recherche clinique (14%) et les difficultés logistiques (13%) ont été signalés par les participants comme points faibles des RCP onco-gynécologique qui affectent la valeur pédagogique de ces réunions [figure 20].

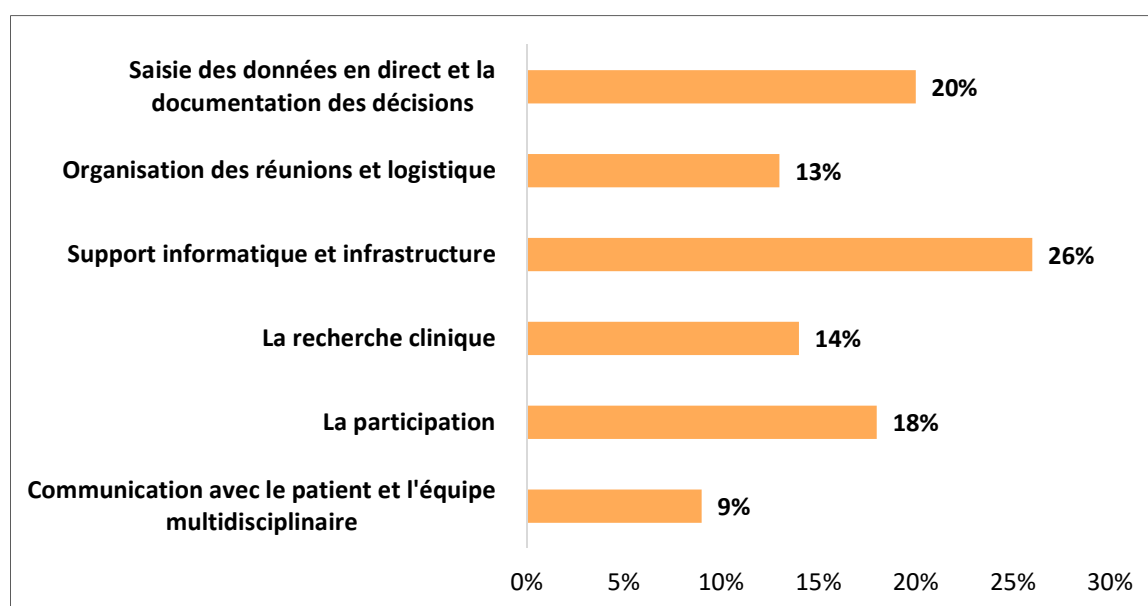


Figure 20 : Les limites de la RCP onco-gynécologique

2. Les suggestions en vue d'améliorer la valeur pédagogique de la RCP :

Afin d'améliorer la valeur pédagogique de la RCP, les médecins en cours de formation ont proposé de :

- Intégrer d'autres spécialités (radiologie, anatomopathologie) de façon régulière.
- Associer à la présentation des dossiers les recommandations et les référentiels en rapport avec le cas discuté pour appuyer la décision/session de formation sur les référentiels des différentes sociétés scientifiques savantes.
- Numérisation du dossier médical / informatisation des documents / informatisation des décisions
- Rendre la participation à la RCP obligatoire.
- Elaborer des référentiels adaptés au contexte local

RESULTATS DE L'ETUDE QUANTITATIVE (série des patients présentés en RCP onco-gynécologique)

Notre RCP est régulière et hebdomadaire, elle inclut les chirurgiens gynécologues, les oncologues, les radiologues, les anatomopathologistes et les radiothérapeutes.

Durant la période d'étude, un total de 200 dossiers discutés lors des réunions de concertation pluridisciplinaire onco-gynécologique qui ont été repérés à partir des registres dédiés à cette activité. 169 dossiers étaient exploitables pour notre étude. Le nombre de dossier discuté par séance de la RCP varie entre 7 et 20 dossiers. Les critères de qualité de la RCP ainsi que les aspects diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs ont été étudiés.

I. Aspects diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs des patientes présentées en RCP onco-gynécologique:

1. Age :

L'âge de nos patientes est réparti entre 18 ans et 82 ans, avec un maximum de fréquence entre 40 ans et 49 ans, soit 33.10%. La moyenne d'âge était de 50 ans [Figure 21]

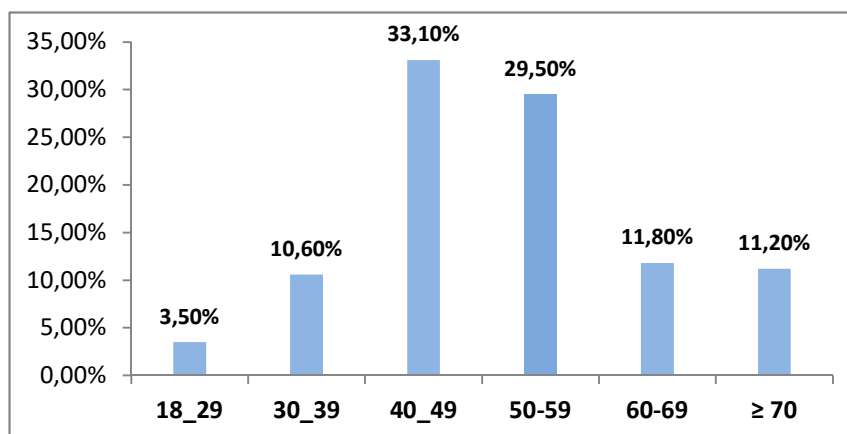


Figure21: Répartition selon l'âge

2. Sexe :

Notre série contient 167 femmes soit (98,8%) et deux hommes soit (1.2%) [Figure 22].

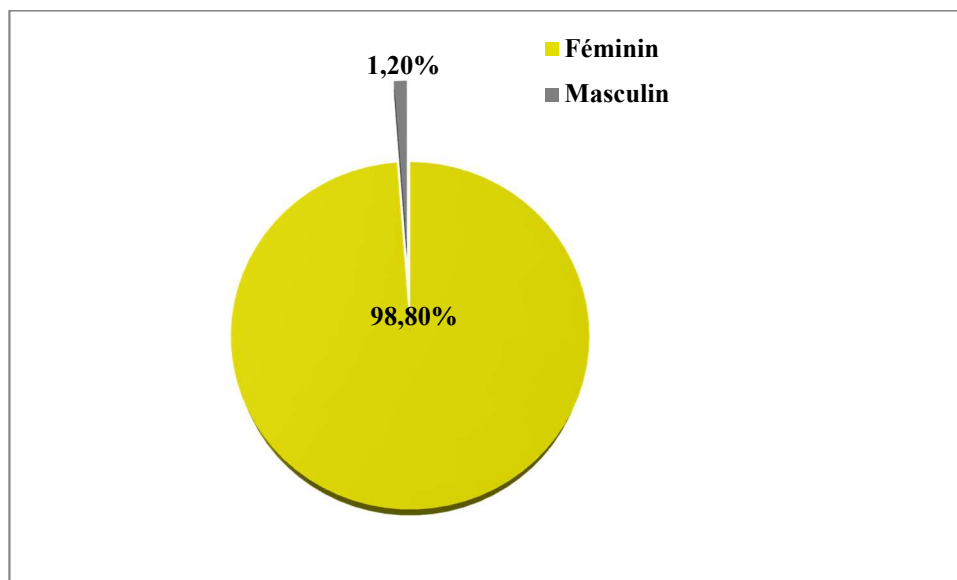


Figure 22 : Répartition selon le sexe

3. Localisation tumorale :

Dans notre série, la localisation mammaire représente la localisation la plus fréquente, retrouvée chez 95 patientes (soit 56.21%) suivie respectivement par la localisation cervicale avec 28 patientes (soit 16.56%), la localisation ovarienne chez 26 patientes (soit 15.38%), la localisation utérine chez 10 patientes (soit 5.90%) et la localisation vulvaire chez 9 patientes (soit 5.32%). Alors que la localisation vaginale n'a été identifiée que chez une patiente (soit 0.59%) [Figure 23].

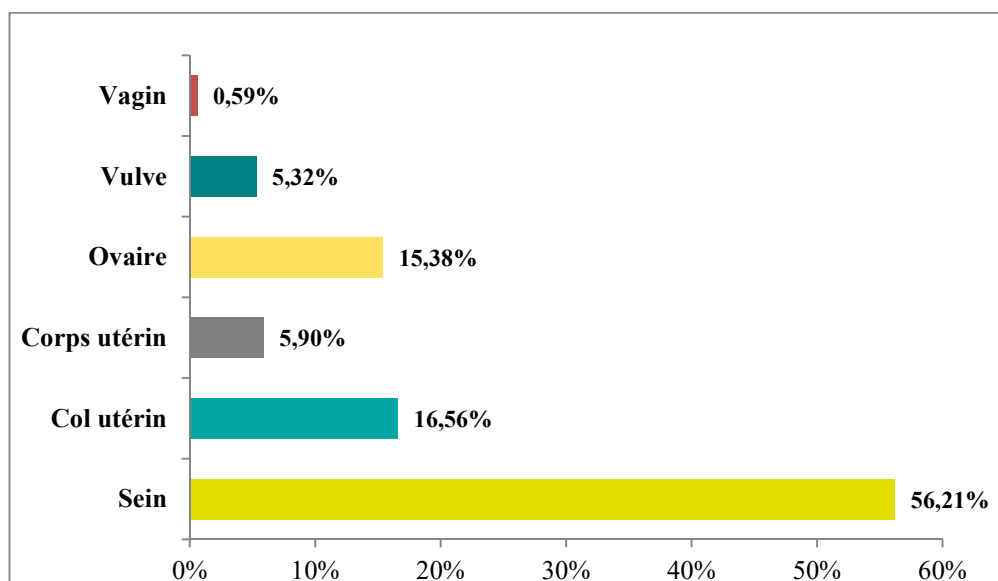


Figure 23: Répartition des patientes selon la localisation tumorale

4. Localisation secondaire (métastases) :

La présence de métastases a été notée chez 34 malades soit (20.11.28%) [Figure24].

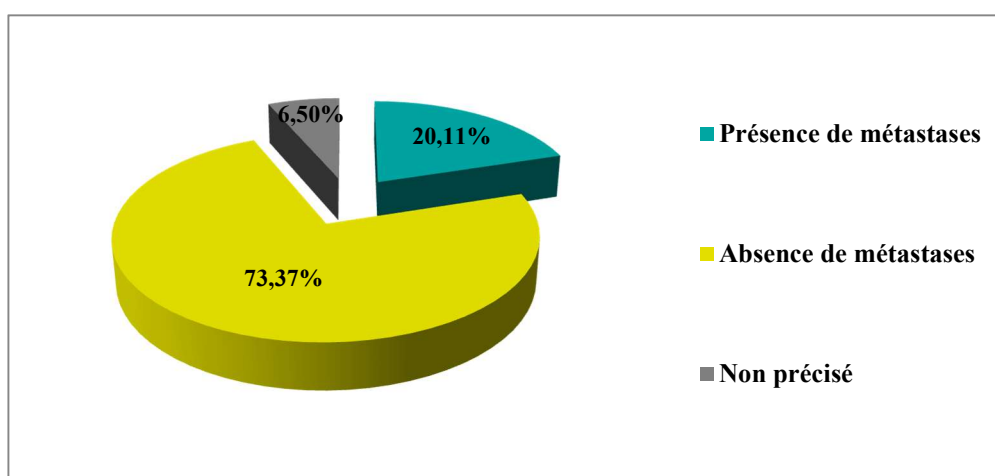


Figure 24 : La dissémination à distance

5. Aspects anatomopathologiques:

La répartition des patientes selon le type histologique pour chaque localisation tumorale décrite dans le Tableau III.

Tableau III : Répartition des cas selon le type histologique :

Localisation tumorale	Type histologique	Nombre	Pourcentage
Sein	Carcinome canalaire infiltrant (CCI)	86	90.52 %
	Carcinome lobulaire infiltrant (CLI)	3	3.15 %
	Carcinome canalaire in situ (CCIS)	3	3.15%
	Autre	3	3.15%
	Totale	95	100%
Col cervical	Carcinome épidermoïde	22	78.57%
	Adénocarcinome	6	21.42%
	Totale	28	100%
Corps utérin	Adénocarcinome	7	70%
	Sarcome	3	30%
	Totale	10	100%
Ovaire	Tumeurs séreuses	15	57.69%
	Tumeurs endométriales	2	7.79%
	Tumeurs mucineuses	3	11.53%
	Tumeurs secondaires	2	7.79%
	Dysgerminomes	1	3.84%
	Tumeurs de la granulosa	1	3.84%
	Les tumeurs indifférenciées	2	7.79%
	Totale	26	100%
Vulve	Carcinome épidermoïde	9	100%
	Totale	9	100%
Vagin	Carcinome épidermoïde	1	100%
	Totale	1	100%

- Concernant la localisation mammaire, l'étude histopathologique a mis en évidence une prédominance du carcinome de type canalaire infiltrant dans 90.52% des cas suivie du carcinome lobulaire infiltrant et carcinome canalaire in situ avec un taux respectivement de (3.13 % _ 3.13%). Les autres types histologiques étaient retrouvés à des taux plus faibles (Sarcome phyllode 1%, carcinome mucineux 1% et LMNH 1%).
- L'examen histopathologique a permis de distinguer 2 types histologiques du cancer du col utérin : le carcinome épidermoïde et l'adénocarcinome avec prédominance du premier type soit 78.57%.
- Pour les tumeurs ovariennes on note une prédominance des tumeurs malignes soit 22 cas suivie des tumeurs bénignes 3 cas et des tumeurs borderline 1 cas. Pour les sous-types histologiques, les tumeurs séreuses viennent en premiers lieu soit 57.69% des cas suivi des tumeurs mucineuses soit 11.53% et les tumeurs endométriales soit 7.79 %.
- Le type histologique retrouvé pour la localisation utérine est l'adénocarcinome chez 10 patientes soit 70% et le sarcome utérin chez 3 patientes soit 30%.
- Le carcinome épidermoïde a été le seule type histologique identifié pour la localisation vulvaire et la localisation vaginale.

6. Classification tumorale :

Dans notre étude, les tumeurs ont été stadifiées chez 147 patientes soit (86.98%). Nous avons opté pour la classification TNM pour la localisation mammaire et la classification de la FIGO pour la localisation utérine, ovarienne et vulvaire.

6.1. Classification du cancer du sein (TNM) :

Au terme du bilan clinique et paraclinique les tumeurs étaient classées selon la classification TNM. La répartition des patients en fonction de la classification TNM est exposée dans le tableau IV.

Tableau IV : Répartition des malades selon la classification TNM

	Stade	Nombre	Pourcentage (%)
Classification T	Tis	2	2.10%
	T1	8	6.31%
	T2	35	36.84%
	T3	8	8.42%
	T4	44	46.31%
	Totale	95	100%
Classification N	N0	46	48.42%
	N1	30	31.57%
	N2	9	9.47%
	N3	3	3.15%
	Nx	7	7.36%
	Totale	95	100%
Classification M	M0	71	74.73%
	M1	14	14,73%
	Mx	10	10.52%
	Totale	95	100%

Sur 95 cas du cancer de sein, 44 de nos patientes sont classées en T4 soit 46,31%, 35 patientes sont classées T2 soit 36.84% cas et 8 patientes avaient une tumeur classée T3 soit 8.42%.

L'envahissement ganglionnaire a été analysé histologiquement dans tous les cas. Les patientes N0 représentaient 48.42% (soit 46 cas) suivie des patientes N+ qui présentent 44.19 % (soit 42 cas).

Concernant les métastases à distance, 14 cas ont été classés M1 (soit 14,73%).

6.2. Classification du cancer du col (FIGO)

Nous avons procédé à une stadification basée sur les données de l'examen clinique et complétée par les données du bilan d'extension. Pour cela, nous avons opté pour la classification de la F.I.G.O [tableau V].

Tableau V: Répartition des patientes selon la classification FIGO

Stades	Nombre	Pourcentages (%)
0	1	3.57%
IA	2	7.14%
IB	7	25%
IIB	9	32.14%
IIIB	3	10.71%
IVA	2	7.14%
IVB	2	7.14%
ND	2	7.14%
Totale	28	100%

Sur 28 cas de cancer du col discutés à la RCP, on note une prédominance des stades localement avancés ou métastatiques (IIB distale à IVB) soit 57.13% suivie des stades limités au col utérin (IA, IB et IIA) soit 32.14%.

6.3. Classification du cancer de l'ovaire (FIGO)

Le bilan d'extension clinique et para-clinique réalisé en plus de l'exploration chirurgicale, nous a permis de stadifier les cancers ovariens de notre série. L'extension tumorale chez nos patientes après l'analyse anatomopathologique est détaillée dans le tableau ci-dessous [Tableau VI].

Tableau VI : Répartition des patientes selon la classification FIGO

Stades	Nombre	Pourcentage (%)
IA	3	11.53%
IB	2	7.69 %
IC	1	3.84 %
IIB	1	3.84 %
IIIB	3	11.53 %
IIIC	4	15.38 %
IV	11	42.30 %
ND	1	3.84 %
Total	26	100 %

La stadification des cancers ovariens de notre série montre que : 18 patientes (Soit 69.21%) sont classées à des stades avancés (III, IV) et 7 patientes (soit 26.9%) à des stades précoces (I, II).

6.4. Classification des cancers du corps utérin (FIGO)

Concernant le cancer de l'endomètre, sur les 6 cas repérés : 1 cas a été classé stade I, 1 cas pour le stade II, suivie de 2 cas classés stade III et 2 cas pour le stade IV.

Concernant les 3 cas de sarcomes utérins identifiés, 2 cas qui ont été classés comme suit : 1 cas stade I et 1 cas stade III.

6.5. Classification du cancer de la vulve (FIGO)

Les stades FIGO du cancer de la vulve ont été répartis comme suit : le stade III et IV étaient les plus fréquents chez 6 patientes, suivies du stade II chez 2 patientes, alors qu'une seule patiente avait le stade I.

7. Prise en charge thérapeutique:

La prise en charge thérapeutique dépend notamment des caractéristiques de la tumeur, de son siège, de l'extension locorégionale et à distance, mais aussi des caractéristiques du patient, de son âge physiologique, de ses comorbidités et de ses souhaits. Elle dépend enfin, de la subjectivité de la décision médicale, inhérente à toute action non mécanique.

Le traitement est parfois multimodal et peut associer la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie, en plus de l'hormonothérapie et la thérapie ciblée pour certaines localisations (le cancer du sein et l'ovaire) (l'endomètre, col utérin). Les indications sont soumises à des paramètres bien définis tel que la taille et le siège de la tumeur, le type et le grade histologique postopératoire, l'état du malade, de ses comorbidités et de ses souhaits.

Dans notre série, la chirurgie seule ou associée à un traitement adjuvant ou neo adjuvant représente le traitement le plus adopté soit 91,69%, suivie la radiochimiothérapie concomitante chez 8 malades soit 4.73% et la chimiothérapie palliative chez 6 malades soit 3.55%. Les différents moyens thérapeutiques indiqués dans notre série sont résumés dans la figure 25.

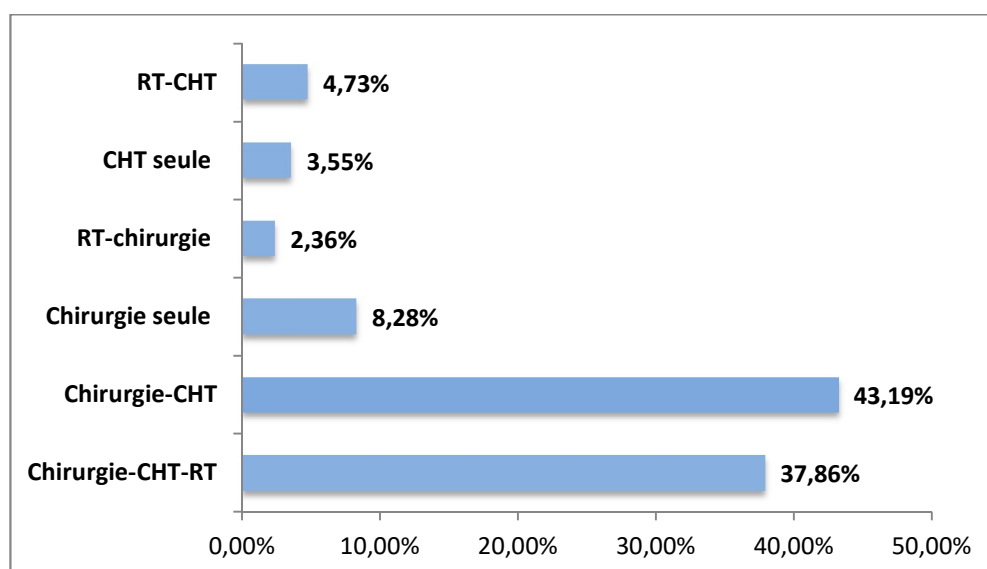


Figure 25 : Modalités thérapeutiques

7.1. Traitement chirurgical :

Dans notre série 156 patientes ont bénéficiées d'un traitement chirurgical repartis sur les 5 localisations tumorales comme suit :

- 95 patientes pour la localisation mammaire.
- 24 patientes pour la localisation ovarienne.
- 20 patientes pour la localisation cervicale.
- 09 patientes pour le cancer du corps utérin.
- 08 patientes pour la localisation vulvaire.

Le tableau ci-dessous décrit le geste chirurgicale indiqué en fonction de la localisation tumorale [Tableau VII].

Tableau VII : Le traitement chirurgical en fonction de la localisation tumorale

La localisation tumorale	Le geste chirurgical	Nombre / cas opérés	Poucentage %
Sein	Chirurgie radicale	55/95	57.89 %
	Chirurgie conservatrice	40/95	42.10%
	GS (ganglion sentinel)	24/95	25.26 %
Col utérin	ACHE	16/20	80%
	Hystérectomie	1 /20	5,5%
	ACHE avec transposition ovarienne	2 /20	10%
	Autre	1 /20	5%
Ovaire	Annexectomie	4/24	16.66%
	Totalisation du geste initiale (HTSCA+ Omentectomie +/- AppT +/-curage ganglionnaire	20/24	83.33%
corps utérin	HTSCA	7/9	77.77%
	Hystérectomie élargie	1 /9	11.11%
	Pelvectomie	1 /9	11.11%
Vulve	Vulvectomie totale +colpectomie partielle	1 /8	12%
	Vulvectomie totale	6/8	75%
	Vulvectomie de propreté	1 /8	12%

GS: Ganglion sentinelle; ACHE : Adéno-colpohystérectomie élargie; HTSCA:

Hystérectomie totale sans conservation annexielle; AppT: Appendicectomie.

7.2. La chimiothérapie :

La répartition des patientes en fonction du type de la chimiothérapie reçu est décrite dans le tableau suivant [Tableau VIII].

Tableau VIII : Répartition selon le type de la chimiothérapie reçu

Type de la chimiothérapie	Nombre	Pourcentage %
Néo adjuvante	69	46.63%
Adjuvante	73	49.32%
Exclusive	6	4.05%
Totale	148	100%

Dans notre série, 148 patientes ont reçu une chimiothérapie. On note la prédominance du traitement par chimiothérapie adjuvante soit 49.63 %, vient ensuite la chimiothérapie néo adjuvante soit 46.63% et rien que 6 patientes ont bénéficié d'une chimiothérapie exclusive soit 4.05%.

7.3. La radiothérapie

La répartition des patientes en fonction du type de la radiothérapie reçu est décrite dans le tableau suivant [Tableau IX].

Tableau IX : Répartition selon le type de la radiothérapie reçu

Type de la radiothérapie	Nombre	Pourcentage %
Néo adjuvante	27	36%
Adjuvante	48	64%
Exclusive	0	0%
Totale	75	100%

Dans notre série, 75 patientes ont reçu une radiothérapie.

La radiothérapie a été utilisée comme traitement adjuvant chez 48 patientes (soit 64%), alors que 27 malades ont eu une radiothérapie néo adjuvante (soit 36%). Aucune patiente n'a reçu une radiothérapie exclusive.

8. Evolution après stratégie thérapeutique :

Dans notre étude, l'évolution était en général bonne, une réponse totale chez 97 malades soit 57.39%, une réponse partielle a été marquée chez 44 malades soit 26,03 % des cas. La progression a été remarquée chez 20 malades soit 11.83%, notre étude a marqué 8 cas de décès soit 4.73% [figure 26].

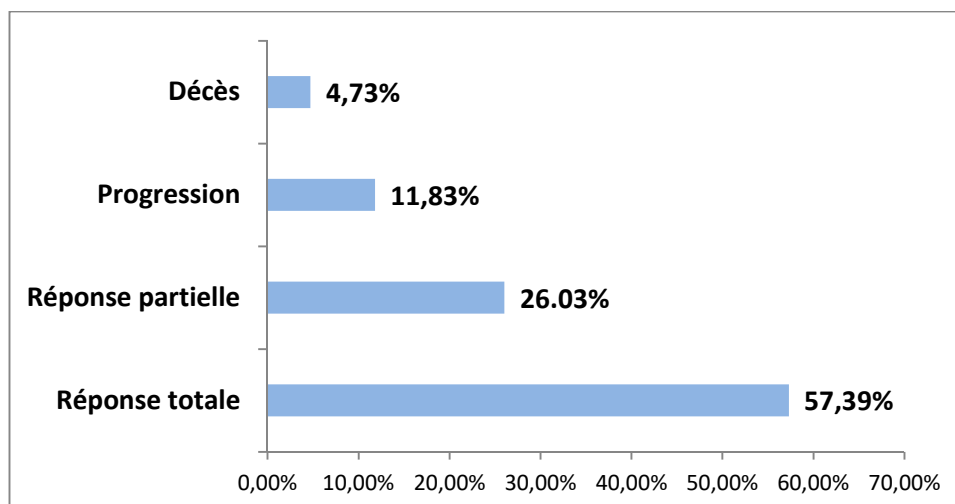


Figure 26 : Profil évolutif des malades après traitement

II. Aspects qualitatifs (les critères de qualité) :

Le quorum est valide à 100 % des cas. En ce qui concerne la traçabilité, les fiches « réunion de concertation pluridisciplinaire » utilisées sont standards. Cependant, elles ne sont insérées dans le dossier du patient que dans 51.47% des cas. La majorité des éléments nécessaires à une proposition de prise en charge initiale (âge, antécédents, type histologique, bilan extension et stade TNM) sont présents dans plus 70% des cas. La RCP est parvenue à une

décision médicale dans 98.22% des cas. La prise en charge effectuée est conforme à la proposition de la RCP dans 96.44% des cas [Tableau X].

Tableau X : Critères de qualité de la réunion de concertation pluridisciplinaire ($n = 169$)

Indicateur	Résultat
Conformité du quorum 3 spécialités exigées	169/169(100%)
Traçabilité des comptes rendus Présence de la fiche RCP dans le dossier patient	87 /169 (51.47%)
Date de la RCP renseignée	169/169(100%)
Informations cliniques renseignées lors de la RCP Âge Antécédents Type histologique Bilan d'extension Stade TNM/FIGO	169/169 (100%) 158/169(93.49%) 169/169 (100%) 139/169(82.24 %) 130/169 (76.92%)
Prise de décision	166/169(98.22%)
Décision reportée	3/169(0.211%)
La prise en charge réalisée est conforme à la proposition de la RCP	163/169 (96.44%)

DISCUSSION

L'oncologie est sans doute le domaine de médecine le plus multidisciplinaire, car la plupart des patients atteints de cancer reçoivent un traitement avec de multiples modalités au cours de leur maladie. Les réunions de concertation pluridisciplinaire regroupent des professionnels de santé de différentes disciplines (oncologues, médecins de la spécialité concernée, chirurgiens, anatomopathologiste, radiologues, radiothérapeutes, infirmiers, kinésithérapeutes, psychologues, responsable des protocoles en cours...) pour discuter chaque semaine tous les dossiers de cancérologie nécessitant de faire un point sur le diagnostic, le traitement ou le suivi [12], afin d'optimiser la prise en charge et de garantir au patient les soins les plus adaptés à son état tout en tenant compte des possibilités médicales locales, les souhaits du patient et de sa famille. La RCP permet également de favoriser l'intégration des patients aux protocoles médicaux en cours [13], accélérant la recherche tout en mettant à leur disposition les dernières découvertes dans le domaine du diagnostic ou du traitement [14]. Si le mode de fonctionnement des RCP est identique quelle que soit la spécialité, il existe une grande variabilité dans les dossiers présentés et le type de décision à prendre, les intervenants ou ce qui est l'objet de la discussion sont aussi variables [13]. 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 [14, 15].

La RCP est également reconnue comme un moment de formation privilégié : pour les médecins confirmés, mais également pour les juniors, avec une mise en commun des connaissances et un partage d'expérience [16], figurant parmi les nouvelles sources de formation médicale (simulation, staff médical hospitalier ...). Si certaines études ont tenté d'établir une corrélation entre la concertation pluridisciplinaire et la formation médicale spécialisée des jeunes médecins [8, 9, 17] ce lien n'est pas suffisamment élucidé, d'autant plus que la littérature médicale est plus concentrée sur l'étude de l'apport de ces réunions en termes de la prise en charge des patients cancéreux.

A partir de ces résultats, nous discuterons l'impact de la RCP sur les médecins en

formation, comment la RCP contribue à la formation spécialisée des jeunes médecins, ce qu'elle leur apporte en terme de formation médicale continue et de développement professionnel, de recherche clinique, de compétences non techniques et de prise de décision médicale; identifier également les limites de cette concertation pluridisciplinaire ainsi les interventions recommandées en vue d'améliorer la valeur pédagogique cette organisation. A notre connaissance, très peu d'études de ce genre ont été réalisées au Maroc, ce qui nous met face à une problématique majeure : le biais d'interprétation.

I. Historique de la RCP onco-gynécologique :

À l'échelle nationale, le plan cancer préconise dans ses mesures 47 et 55 l'instauration de la réunion de concertation pluridisciplinaire aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé [4], mais sans la description détaillée de la modalité de sa réalisation. L'institut national d'oncologie de Rabat (INO) a pris l'initiative de formaliser cette pratique médicale à travers son projet d'établissement hospitalier 2012-2016 par l'élaboration et la mise en application en 2013 d'une procédure qualité qui organise cette activité [2]. Cette procédure préconise que tout nouveau patient atteint de cancer doit bénéficier d'un avis émis lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire avant la mise en route du primo-traitement [2]. Cet avis doit être communiqué au patient et placé dans son dossier médical. Il s'agit d'une expérience récente, vu l'absence du texte législatif à l'échelle nationale qui rend obligatoire le passage en réunion de concertation pluridisciplinaire [2].

Depuis l'ouverture du centre d'oncologie-hématologie au CHU Mohammed VI de Marrakech en 2011, les services d'oncologie médicale, de radiothérapie et de gynécologie ont décidé de mettre en place une réunion multidisciplinaire sur la base de la fréquence des cancers gynéco-mammaires dans notre contexte marocain. En effet, le cancer du sein et le cancer du col utérin représentent un problème de santé publique, et

requièrent une multidisciplinarité et une rapidité pour leurs prises en charge. Les trois services ont beaucoup travaillé sur l'organisation de cette réunion et ont veillé à ce que la RCP d'onco-gynécologie voie le jour. Ainsi, depuis maintenant 5 ans, la RCP d'onco-gynécologie, se tient chaque mardi après-midi au service de gynécologie. Elle est devenue la RCP la plus ancienne et la plus régulière de toutes les RCP qui se déroulent au niveau du CHU Mohammed VI, à savoir la RCP d'onco-digestive, d'onco-urologie et d'onco-thoracique. Cette RCP hebdomadaire est tenue en présence des médecins seniors oncologues, gynécologues et radiothérapeutes, avec la présence intermittente des radiologues et des anatomopathologistes. Les médecins en formation spécialisée (internes et résidents) participent régulièrement à ces réunions. Elle se penche sur la discussion de tous les dossiers de patients atteints d'un cancer gynéco-mammaire, et s'intéresse à tous les aspects de leur prise en charge aussi bien diagnostiques que thérapeutiques.

II. Objectifs et avantages de la RCP :

Une approche multidisciplinaire des soins consiste à prendre soin d'un patient grâce au travail de plusieurs praticiens et à créer un plan consolidé qui comprend les recommandations de tous. Théoriquement, les RCP devraient assurer une coordination efficace, la meilleure qualité et une bonne continuité des soins aux patients en réunissant des spécialistes possédant toutes les connaissances, les compétences et l'expérience nécessaire. Le travail interdisciplinaire garantirait ainsi un diagnostic de haute qualité, une prise de décision fondée sur les données probantes « l'Evidence-Based Medicine » (EBM) [14] et une planification optimale du traitement et la prestation des soins. Selon Horvath et al, les objectifs essentiels des comités de concertation pluridisciplinaire sont comme suit [6] :

- Réduire le temps entre le diagnostic et le traitement.
- Diminuer le nombre de procédures nécessaires pour poser un diagnostic.

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

III. Fonctionnement et organisation de la RCP

Les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) regroupent des professionnels de santé de différentes disciplines dont les compétences sont indispensables pour prendre une décision accordant aux patients la meilleure prise en charge en fonction de l'état de la science. Le dossier de tout nouveau patient atteint de cancer doit bénéficier d'un avis émis lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire. Au cours des RCP, les dossiers des patients sont discutés de façon collégiale. La décision prise est tracée, puis est soumise et expliquée au patient [18].

La RCP s'impose pour la prise de décision concernant tous les malades et se déroule dans un établissement de santé, un groupement d'établissements de santé ou un réseau de cancérologie [18].

Une RCP à visée diagnostique ou thérapeutique doit se faire en présence d'au moins 3 médecins de spécialités différentes intervenant auprès des patients atteints de cancer, permettant d'avoir un avis pertinent sur toutes les procédures envisagées. Dans le cas contraire, le dossier doit être représenté avec le spécialiste manquant dans les plus brefs délais. La présence du médecin traitant du patient est sollicitée, mais n'est pas obligatoire. En cas de situation clinique faisant l'objet d'une prise en charge standard de validité incontestable, celle-ci peut être mise en route sans attendre une réunion de concertation. Le projet thérapeutique est alors enregistré et archivé [18].

Selon la haute autorité de la santé en France, les RCP sont organisées selon les principes suivants [24] :

–L'organisation de la RCP

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

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

du nom du médecin/professionnel référent qui doit assurer le suivi de la décision (explication au patient et organisation de la prise en charge).

-Analyse des dossiers de patients

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

- La RCP doit procéder régulièrement à l'évaluation de :
 - ✓ La pertinence des classements entre simple présentation et demande de discussion
 - ✓ L'adéquation des décisions avec les recommandations
 - ✓ La concordance entre la proposition thérapeutique de la RCP et le traitement effectivement délivré.
- **Avis de la RCP :**

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

- **Documentation de la RCP:**

Les documents requis pour une RCP sont :

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

IV. L'évaluation du fonctionnement de la RCP onco-gynécologique et apports dans la prise en charge des patients :

Les réunions de concertation pluridisciplinaire regroupent des professionnels de santé de différentes disciplines et dont les compétences sont indispensables pour prendre une décision accordant aux patients la meilleure prise en charge en fonction de l'état de la science du moment. Les décisions peuvent concerner la stratégie diagnostique et thérapeutique initiale ou lors d'une reprise évolutive et la décision d'une stratégie palliative. Au cours des RCP, les dossiers des patients présentés sont discutés de façon collégiale. La décision prise est tracée, puis soumise et expliquée aux patients. Garante de l'analyse concertée du bénéfice risque et du respect de la qualité de vie des patients et de l'égalité d'accès à une décision pluridisciplinaire.

L'évaluation du fonctionnement du comité de concertation multidisciplinaires et de l'impact de la prise en charge pluridisciplinaire sur les décisions et les pratiques professionnelles, ainsi que sur la qualité de prise en charge des patients a fait l'objet d'un grand nombre de publications [3, 15, 19,20]. Selon le rapport de l'inspection générale des affaires sanitaires française (IGAS), l'impact en terme de santé publique de la généralisation de la RCP ne pourra être évalué que sur le long terme. En revanche, l'impact sur les pratiques professionnelles et sur les éléments majeurs de la prise en charge (délais, conformité aux référentiels, et c.) peut être étudié et évalué [21].

La RCP est également le lieu d'échanges de grande valeur pédagogique entre les professionnels sous réserve une organisation préalable de la réunion (nombre de dossiers, vérification du quorum, critère de qualité ...) [8], ainsi la réflexion sur les conditions du bon fonctionnement de ces concertations pluridisciplinaires mérite d'être abordé par les travaux de recherche [15]. Par conséquent, une étude de l'activité de la RCP onco-gynécologique portant sur les critères de jugement à la fois quantitatifs et qualitatifs (les critères de qualité) ainsi

l'apport de ces réunions en terme de la prise en charge des patients est effectuée au cours de notre travail.

1. Evaluation des critères quantitatifs de la RCP onco-gynécologique :

1.1. Le nombre de dossiers traités par RCP :

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

Dans notre étude, 200 dossiers ont été traités entre septembre 2017 et septembre 2019 repérés des registres dédiés à cette activité, dont 169 dossiers était exploitables pour notre étude. Le nombre de dossier discuté par séance de la RCP varie entre 7 et 20 dossiers.

1.2. Le taux du passage en RCP (Exhaustivité) :

Le taux de passage en RCP ou l'exhaustivité est un paramètre très important à déterminer, il devrait être de 100% selon la mesure 31 du plan cancer français [20], ceci est tout à fait logique pour les pays qui ont rendu les RCP obligatoires et en mettant aussi beaucoup de moyens [23]. En France, l'exhaustivité du passage en RCP donné par la HAS dans la campagne d'évaluation de 2008 est de l'ordre de 80%, actuellement il avoisine les 100% [21].

Dans notre étude ce taux n'a été déterminé en raison de difficultés administratives et logistiques liées à la non disposition de notre structure de registre informatique hospitalier regroupant les cancers gynéco-mammaires.

A l'échelle nationale, une étude a été réalisée à Rabat par l'institut national d'oncologie (INO) en collaboration avec le centre hospitalier universitaire Ibn Sina, qui a analysé l'exhaustivité de la RCP gynéco-mammaire. Malgré que cette étude ait concerné qu'un seul établissement, ayant une vocation régionale, les informations fournies peuvent donner néanmoins des indications sur l'état des pratiques à l'échelle nationale [2]. L'analyse de

l'exhaustivité retient les résultats suivants : globalement, parmi les 207 cas étudiés, 79 patients (38%) ont bénéficié d'une réunion de concertation pluridisciplinaire pré thérapeutique. Ce taux d'exhaustivité pré thérapeutique n'ait pas atteint les 100 % visés par INO(2).

Cette étude souligne également l'absence du texte législatif à l'échelle nationale qui rend obligatoire le passage en réunion de concertation et l'insuffisance en ressources médicales comme principaux obstacles à l'atteint de cette objectif (l'exhaustivité pré thérapeutique à 100 %), c'est ainsi que les médecins ont tendance à discuter surtout les cas complexes [2]. Pour les patients non présentés en RCP, les décisions sont prises par les médecins traitants sur des bases scientifiques de la spécialité thérapeutique après validation de leurs staffs médicaux.

Le bénéfice attendu de la généralisation d'une concertation pluridisciplinaire fait actuellement débat. Mais si tous les dossiers n'ont pas vocation d'être discutés, ils doivent cependant tous faire l'objet d'un enregistrement en RCP pour présentation simple permettant d'attester que l'on est dans une situation traduite dans un référentiel, et éventuellement de transformer une simple présentation en réelle discussion en cas d'information connue seulement au moment de la RCP [13].

2. Analyse des critères qualitatifs de la RCP onco-gynécologique :

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

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

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

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

Les éléments nécessaires à la décision (âge, antécédents, localisation, type histologique, stade TNM et bilan d'extension) sont souvent mentionnés (plus de 70% des cas) au moment de la décision, ce résultat concorde bien avec celui de Chaouki et al [2]. Il est important de noter que l'absence de traçabilité au sein de la fiche ou du registre de la RCP ne signifie pas que l'information n'était pas connue au moment de la RCP, dans ce cas, un évaluateur ne peut s'assurer a posteriori de la légitimité de la situation à la lecture seule du document de traçabilité de la RCP [13]. Néanmoins, ces comptes rendus devraient permettre un enregistrement systématique de données standardisées afin de réaliser des évaluations collectives en vue d'une amélioration des pratiques. Parallèlement, se posera la question de la place de ces comptes rendus comme source de données épidémiologiques dans la prise en charge des cancers gynéco-mammaires dans notre structure [8].

Concernant le suivi des avis de la RCP, la décision de la RCP est appliquée dans 96.44 % des cas. Dans notre étude, la non application de la décision est liée principalement aux souhaits du malade, à la non faisabilité du geste chirurgicale ou la non disponibilité d'un traitement systémique. L'étude de Fleissig et al ont montré qu'une absence de données sur les comorbidités et les préférences thérapeutiques du patient influe sur la non-application des avis de la RCP [14]. Guillemet et al avançaient que la non application des décisions de la RCP est dû aux motifs liés à la gravité de la maladie ou son évolution péjorative ou au décès et au refus du patient d'une proposition de prise en charge [5]. En fin, la non-application de l'avis de la RCP ne peut pas être considérée comme un échec de fonctionnement de celle-ci, étant donné les difficultés réelles à prendre en compte et à connaître de façon exhaustive l'intégralité des paramètres qui entrent en compte dans cet avis. Il semble licite de penser que plus le cas du patient est complexe et plus l'avis émis en RCP a des chances de ne pas être applicable [5].

3. Apports de la RCP onco-gynécologique dans la prise en charge des patients :

Au total, 169 dossiers ont été étudiés, dont 56.21% relèvent du cancer du sein suivie de 16.56 % du cancer du col et 15.38 % du cancer de l'ovaire.

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

Le traitement adopté est multimodal, il peut associer la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie en plus de l'hormonothérapie et la thérapie ciblée pour certaines localisations. Ses indications sont soumises à des paramètres bien définis : caractéristiques de la tumeur, de son siège, de l'extension locorégionale et à distance, mais aussi des caractéristiques du patient, de son âge physiologique, de ses comorbidités et de ses souhaits. Elle dépend enfin, de la subjectivité de la décision médicale, inhérente à toute action non mécanique. Dans notre série la chirurgie seule ou associée à un traitement adjuvant ou neo adjuvant représente le traitement le plus adopté soit 91.69 %, suivie la radio-chimiothérapie concomitante chez 8 malades soit 4.73% et la chimiothérapie palliative chez 6 malades soit 3.55 %.

L'évolution a été marquée par 8 cas de décès soit 4,7 % enregistrés après un recul de 2 ans, ainsi 92 cas de guérison soit 57,30 %. Ce taux rejoint l'objectif du Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer (PNPCC 2010–2019) qui vise guérir 50% des patients cancéreux.

Cet aperçu de l'activité de la RCP en onco-gynécologie nous a permis également d'identifier des progrès concernant les techniques thérapeutiques particulièrement dans la prise en charge du cancer du sein :

- Le traitement conservateur du cancer du sein : on note une amélioration du taux du traitement chirurgicale conservateur dans notre structure qui atteint 42.10% sur

l'ensemble des cas du cancer de sein traités, comparé au taux de la chirurgie conservatrice enregistré dans la série d'OUAYA (étude sur le traitement chirurgicale du cancer du sein réalisée au CHU Med VI en 2018) qui était de 25.5% [24].

- La technique du ganglion sentinelle : depuis avril 2016, en collaboration avec les services d'anatomopathologie et de médecine nucléaire et du fait de l'acquisition par le service de médecine nucléaire d'une sonde de détection des rayons gamma, les chirurgiens gynécologues ont commencé la pratique de cette technique. Dans notre série, l'étude du ganglion sentinelle a été faite chez 25.26 % des patientes en le comparant au taux de la série OUAYA qui était de 0.16 % [24], on note une amélioration considérable de l'adhésion à cette technique.

Ces constatations insistent une réflexion plus profonde sur le bénéfice et l'efficacité attendus de tels comités en terme la prise en charge des patients. Ceci paraît d'autant plus crucial qu'ils représentent un fort investissement en temps-médecins [15]. L'évaluation des décisions ainsi le retour sur les situations ayant généré un malaise, qui donne un sentiment d'insatisfaction aux professionnels médicaux et/ou paramédicaux, permet de progresser en analysant rétrospectivement si des éléments cliniques ou para cliniques auraient pu permettre d'alerter et de fonctionner différemment. En particulier, cela permet d'affiner la compétence dans l'évaluation pronostique [25]. Les indicateurs quantitatifs peuvent également permettre d'identifier l'écart aux objectifs internationaux [25]. Ces données sont intéressantes à l'échelle de l'établissement à l'échelle d'un service et à l'échelle individuelle. C'est ainsi qu'une analyse plus profonde de l'impact des décisions de la RCP onco-gynécologique sur la prise en charge des patients cancéreux notamment sur la survie pourrait être abordé dans des études ultérieures.

V. Impact de la RCP sur les médecins en formation spécialisée :

Les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) sont aujourd'hui considérées non seulement comme le lieu de la discussion diagnostique et thérapeutique mais aussi comme un vecteur d'échanges de valeur pédagogique précieuse permettant l'amélioration du niveau de connaissance des professionnels [8, 9, 26]. Il a été démontré que les RCP en oncologie améliorent la formation médicale des diplômés en leur offrant une expérience unique qu'on ne retrouve pas dans un parcours typique de résidanat ou d'internat [17]. Cette valeur ajoutée de ces réunions en termes d'enseignement postuniversitaire a été constatée toute au long des étapes de réalisation de ces réunions.

1. La participation aux réunions de concertation pluridisciplinaire

Les résultats de notre enquête montre que tous les médecins résidents et internes étaient convaincus de l'intérêt de la RCP, cependant la moitié des participants assistent à la RCP de façon régulière et la présence des praticiens semble parfois conditionnée au fait qu'ils aient ou non des dossiers à présenter. Ce résultat rejoint le travail de Fleissig et al qui souligne également la difficulté pour certains médecins (anatomopathologistes et radiologues) d'être présents et parfois certains d'entre eux sont présents seulement pour une partie de la séance [14]. Macaskill et al avaient mentionné aussi que certains praticiens n'assistaient qu'à une partie de la réunion et que la participation à la totalité de la réunion était meilleure lorsque celle-ci avait lieu sur un créneau sphériquement dédié à cette concertation [27]. Dans notre contexte le caractère occasionnel de la participation à la RCP peut être expliqué par 2 hypothèses : le manque de disponibilité des jeunes praticiens vu que l'activité des médecins n'est pas exclusivement cancérologique (garde, consultation, bloc opératoire etc..) et un moindre intérêt pour des dossiers qui ne nécessitent pas une réelle discussion.

Quand on se penche sur les raisons de la non-participation des médecins radiologues à la RCP, Alcantara et al ont suggéré que la participation des radiologues aux réunions de concertation pluridisciplinaire est affectée par le type de réunion avec des niveaux de

participation plus élevés et un rôle «valorisé» et plus dominant dans les réunions pré-interventionnelles (réunions pré-thérapeutiques) en raison de la focalisation mise sur le diagnostic au cours de ces réunions. A l'inverse, lors des réunions post-interventionnelles la corrélation imagerie /pathologie /chirurgie avait été déjà établie et certains radiologues estiment que leur contribution est sous-estimée au cours de ces réunions [28]. L'horaire des réunions et la disponibilité ont été cités également comme des obstacles structurels à la participation des radiologues au RCP, en accord avec les résultats de Kane et al et Ranzcr et al [29,30].

Dans une étude sur 72 équipes multidisciplinaires prenant en charge les femmes porteuses d'un cancer du sein en Angleterre et qui a examiné la composition du comité de concertation pluridisciplinaire et le travail d'équipe de cette organisation, Haward et al ont montré que la diversité professionnelle et la pratique réflexive sont positivement liées. En effet, la richesse d'un comité de concertation en compétences favorise chez ses participants sans doute la participation, la réflexivité et l'auto-évaluation sur les décisions prises, l'innovation le souci de la qualité dans la prise en charge des patients. Ceci dit, qu'une plus grande gamme de connaissances et d'expériences médicales à la disposition des participants favoriseraient les possibilités apprentissage et conduiraient à de meilleurs services sanitaires [31].

2. La Présentation des dossiers méthode d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP):

2.1. Le rôle du support de présentation des dossiers :

La présentation d'un dossier en RCP nécessite un document support [18]. En fait, ce qui est recherché pour la présentation des dossiers est la cohérence des éléments, leur utilité et leur exhaustivité dans le cadre de la décision à prendre [32]. Selon plusieurs études, l'utilisation de fiches standardisées augmente la qualité de remplissage (33, 34,35). La nécessité d'une présentation standardisée pour une efficacité du processus décisionnel est soulignée par Ruhstaller et al [35].

Dans notre contexte, la fiche de la RCP est devenue un document de référence pour la présentation des dossiers, qui a été réalisée et validée par les professeurs coordonnateurs, et mise à la disposition des participants à la RCP. Elle mène à la clarification de l'ensemble des éléments du dossier, le relevé des informations manquantes et la prise en compte des éléments objectifs de la décision avec la rigueur nécessaire. Elle rassemble des informations sur la maladie, le stade TNM, les facteurs pronostiques; elle définit un cadre prenant en compte les possibilités thérapeutiques selon des critères précis essentiellement liés à la maladie, pour une finalité essentielle de proposer une action diagnostique ou thérapeutique dans un cadre balisé par les référentiels. En fin, le fait de retranscrire les différentes étapes des décisions prises en RCP dans un compte rendu (fiche de la RCP) aide les médecins à s'en souvenir quand ils rencontrent de nouveau un cas similaire [36].

2.2. La diversité des dossiers discutés en RCP :

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

En France, tous les cas sont discutés en RCP. Cette généralisation s'inscrit dans l'application de la mesure 31 du Plan cancer qui vise à l'égalité des chances de traitement, en fixant comme objectif que 100 % des patients bénéficient d'une expertise pluridisciplinaire [37]. Cependant, l'exhaustivité à 100 % se heurte à de nombreuses difficultés et risque de compromettre les bénéfices attendus de ces réunions [5]. Les auteurs jugent qu'aucun bénéfice n'est acquis concernant les dossiers discutés en RCP dont la situation relève d'une prise en charge thérapeutique initiale bien codifiée avec bon niveau de preuve et absence de comorbidités contre indiquant le traitement de référence [5, 12, 38]. Acher et Young ont montré, sur 124 dossiers de cancers du sein présentés systématiquement en RCP, que celle-ci ne modifiait la proposition thérapeutique que dans 2 % des cas. La RCP ne paraît pas à même de

modifier significativement une proposition thérapeutique qui serait formulée par un praticien isolé disposant d'un thésaurus bien rédigé et régulièrement mis à jour. Il est probable que seuls les dossiers relevant de situations hors thésaurus tirent pleinement partie de la discussion interdisciplinaire. Pour optimiser la valeur de RCP [38], les auteurs recommandent de donner la priorité à une amélioration du quorum pour les dossiers difficiles plutôt qu'une amélioration de l'exhaustivité pour les dossiers standards [12] Ceci dit que, la RCP doit permettre la discussion de dossiers complexes sans être surchargée par les dossiers standards pour lesquels le bénéfice est loin d'être prouvé, en ménageant du temps pour qu'elle demeure un lieu de formation et d'échanges d'opinion [49,5].

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

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

Dans notre étude, les dossiers amenés à la discussion par les praticiens sont divers. Ils recouvrent tous les stades de la maladie, du projet thérapeutique (41%), mais aussi au moment du diagnostic initial (16%), du changement de traitement (15%), après la chirurgie mais avant tout autre traitement (7%), en cours du suivi d'un traitement (9%) et en phase palliative (11%). Ceci prouve que le comité n'est pas seulement une instance de décision, il est aussi un outil de coordination [14,15]. À côté des discussions de dossiers, la RCP est un lieu où les médecins peuvent attirer l'attention de leurs collègues sur des tâches qu'ils aimeraient voir réaliser rapidement pour certains de leurs patients : des examens, le début d'un traitement, etc. Le comité est aussi un moment où un médecin peut tenter de convaincre un de ses collègues de prendre en charge un de ses patients pour la suite du traitement. C'est enfin un lieu d'échanges

d'information. Les médecins peuvent s'informer sur l'évolution de l'état d'un patient qu'ils ont confié à un collègue. Ils peuvent aussi informer et s'informer sur les nouveaux traitements et techniques mis en œuvre. Un exemple type concerne l'information sur les protocoles de recherche clinique nouvellement ouverts [15].

Du fait du nombre et de la variété des dossiers présentés au cours de la RCP, les médecins y trouvent une aide précieuse face à la difficulté de prendre certaines décisions, que cette difficulté soit due à l'état avancé de la maladie, à la rareté d'un cas ou à la complexité des paramètres à intégrer. Le recours aux RCP peut l'aider à vérifier qu'il n'oublie pas certains paramètres lorsqu'il estime qu'une décision est complexe [15]. Cela rejoint les conclusions d'autres études. L'une d'elles a mis en évidence l'intérêt des comités pluridisciplinaires pour adapter les protocoles aux variabilités individuelles [42]. Une autre étude a souligné que certains médecins considèrent les comités comme un outil rassurant d'aide à la décision face à l'évolution rapide des données actuelles de la science et comme une source de légitimation de leurs pratiques vis-à-vis des tiers [36].

2.3. L'intérêt de présenter son dossier en RCP :

Dans notre contexte, les médecins présentent souvent leurs propres dossiers en RCP. Cependant, 53% d'entre eux ont confié parfois leurs dossiers à un collègue. La préparation du dossier en amont de la RCP, quand elle est possible, est souvent un moment essentiel d'approfondissement et de réappropriation des données du dossier médical [16]. Une étude minutieuse du dossier avant la présentation est nécessaire pour parvenir à formuler précisément le problème posé par le cas examiné. Par conséquent, confier à un médecin la présentation d'un dossier qui n'est pas préparé entraîne une déviation du sens de la RCP notamment en termes de formation pour les jeunes médecins, ceci doit être prévenu par le rôle fédérateur conféré au coordonnateur de la RCP.

Par la présentation des dossiers à la RCP, les médecins s'engagent à l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles selon le modèle de la roue de Deming, décrite dans

les années 50 par William Edwards Deming. Elle revient à analyser une pratique clinique en référence à une démarche optimale résumée dans un référentiel de pratique.

Cette méthode d'amélioration continue des pratiques comporte quatre étapes, chacune entraînant l'autre, et vise à établir un cercle vertueux [41].

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

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

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

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

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

3. La discussion collégiale et la gestion des désaccords:

En cancérologie, une approche plus collective de la médecine gagne en légitimité par rapport à la figure traditionnelle du médecin décidant seul de façon autonome et accordant une primauté à son expérience personnelle. Celle-ci consiste à privilégier le recours aux recommandations pour la pratique clinique et à l'avis des pairs pour prendre des décisions thérapeutiques [42]. Selon R. Mornex: « La collégialité est

nécessaire pour bénéficier du maximum de compétences, pour confronter les positions en face d'une décision à tonalité éthique et parfois, pour partager les responsabilités, en multipliant les avis on peut arriver à des positions contradictoires » [43].

Dans une structure essentiellement universitaire, il est attendu que la hiérarchie hospitalière tienne une place particulièrement importante dans la discussion. Cette discussion devrait pouvoir se tenir dans un contexte de respect mutuel dans le cadre de «l'éthique de la discussion ». Respecter la parole d'autrui libre de s'exprimer, sans pression hiérarchique ou d'autorité. Une autre règle consiste à toute prise de position devra être argumentée autant que possible quand il s'agit de prendre une décision aussi complexe qu'un choix thérapeutique pour une personne donnée ainsi l'argument de l'évidence ne saurait être recevable [44,16].

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

Il existe souvent une répartition des compétences entre les membres d'une même RCP, en fonction des expertises plus ou moins marquées par pathologie et en fonction des disponibilités des uns et des autres pour se rendre aux réunions des groupes coopérateurs et suivre l'actualité médicale [16]. Les jeunes médecins reconnaîtront souvent une compétence particulière à l'expert de la pathologie à qui ils vont se référer en cas de désaccord avec la décision de la RCP [16]. Parvenir à une décision médicale argumentée sans désaccord n'est pas la seule option lors d'une RCP. Il est toujours possible qu'après une discussion franche, il y ait encore des opinions

différents concernant la meilleure prise en charge des patients et probablement deux ou plusieurs propositions sembleraient raisonnables [35]. Les participants de notre enquête confirment parfois avoir été en désaccord avec la décision de la RCP. Dans une étude réalisée au centre Léon Bérard (Castel et al, 2004), l'expression d'une contradiction est présente dans 33% des dossiers discutés [15].

Ruhstaller et al ont interrogé les modes de résolution possible des controverses et ont conclu que la médecine n'est pas une science exacte et que de différentes options thérapeutiques peuvent être proposées pour un seul cas individuel. Par conséquent, en cas de désaccord, il pourrait être nécessaire de revoir la littérature ou de mobiliser l'avis d'un expert dans le domaine en dehors de la RCP et d'en discuter à nouveau [35]. Ces conclusions rejoignent les résultats de Castel et al qui ont déclaré que lorsque le désaccord est persistant entre les membres du comité autour de l'opportunité d'utiliser une arme thérapeutique en l'absence de littérature claire, les auteurs ont pu observer le recours à l'expert de l'arme thérapeutique en question pour trancher entre les différents avis [15]. Dans notre enquête, 43% des participants déclarent soumettre le dossier après désaccord encore une fois à la RCP avec de nouveaux éléments et arguments et 28% d'entre eux ont eu recours à un avis expert du comité de concertation qui était absent afin de revoir la décision de la RCP.

Le comité de concertation sert à rappeler les règles de bonnes pratiques, fondées sur les données actuelles de la science qui, par définition, ne sont pas individuelles mais collectives. Ainsi, tout médecin qui souhaite s'en écarter doit le justifier face au groupe. Plus généralement, le comité est un espace de discussion où la contradiction existe et où les arguments jouent un rôle. C'est là une caractéristique générale de tels comités de délibération que de donner une place à l'argumentation [15].

4. L'appropriation des référentiels par les équipes médicales de la RCP :

L'utilisation des référentiels, des Standards, Options et Recommandations (SOR) et des niveaux de preuve en RCP est systématique [45], ils soutiennent la décision thérapeutique. L'application des référentiels en RCP est considérée comme un critère qualitatif de cette dernière [46]. Les SOR et les niveaux de preuve, sont élaborés à l'échelle internationale [45]. Les référentiels sont élaborés sur le plan national et régional. On note par exemple en France qu'il y a autant de référentiels que de régions. Dans notre contexte, il n'y a pas encore de référentiel national pour les cancers gynéco-mammaires, ce qui conduit les cliniciens à suivre les référentiels internationaux adaptés à notre contexte socio-économique et technique. Selon les participants à notre enquête, la décision de la RCP est basée, dans la majorité des cas, sur des référentiels mais avec adaptation aux caractéristiques de nos patients et à notre contexte (disponibilité des traitements, faisabilité des gestes, les moyens financiers du patient, etc).

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

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

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

5. La valeur pédagogique de la RCP onco-gynécologique :

5.1. La formation médicale et le développement professionnel continu:

a. La RCP et le besoin de collégialité :

Loi de SOUDOPLATOFF formulée en 1984 stipule que « lorsqu'on partage un bien matériel, on le divise, mais lorsqu'on partage un bien immatériel (connaissance) on le multiplie » [47]. En se basant sur ce concept riche, deux grandes propriétés fondamentales de la connaissance ont pu être identifiées [48]:

- La connaissance étant prolifique, elle se reproduit vite, et sa quantité mondiale double rapidement, mais sa qualité ne suit pas la même cadence malheureusement.
- La connaissance est collégiale: la vérité est un miroir brisé dont chacun possède un petit morceau. Comme nous avons un ego, nous avons tous tendance à croire que notre morceau de vérité représente le tout, ou du moins qu'il est plus gros que celui du voisin, et que si nous donnons ce morceau de vérité nous allons perdre en statut social.

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

- D'abord ils sont à somme positive (principe de multiplication du bien immatériel) [47].

- 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 [47].

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 [48].

b. La formation médicale continue (FMC):

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

Le développement immense des connaissances en est le principal levier, obligeant les praticiens concernés à s'engager plus que jamais sur la voie de la formation médicale continue (FMC) [49]. En effet, le problème principal (consommateur de temps médical) à qui se heurtent les médecins c'est la mise à jour régulière des référentiels. L'irruption de nouvelles techniques ou de nouveaux traitements (par exemple, les thérapies ciblées et leur association avec les chimiothérapies cytotoxiques classiques) modifie parfois profondément des schémas ou des arbres décisionnels de prise en charge élaborés et validés de manière fiable, quelque mois auparavant. Cela implique qu'ils participent aux RCP des professionnels qui réussissent à se former très régulièrement et de façon très spécialisée [5].

La capacité de diffuser de nouveaux résultats de recherche médicale et stratégies de traitement au cours de la RCP, inclut non seulement les nouvelles thérapies et schémas systémiques, mais également les nouvelles techniques chirurgicales. La technique du ganglion sentinelle pour la stadification chirurgicale, le traitement conservateur du cancer du sein après une chimiothérapie néo adjuvante et la reconstruction immédiate après une mastectomie avec conservation de l'étui cutanée, sont des concepts chirurgicaux relativement récents [19]. Les nouvelles techniques diagnostiques sont d'avantage incluses dans FMC qu'offre la RCP. Une étude qualitative menée en Amérique qui vise à évaluer l'impact de la RCP en oto-rhino-laryngologie (ORL), ce travail a révélé que l'inclusion de l'imagerie clinique dans les discussions de la RCP permet aux cliniciens de s'informer sur les innovations radiologiques, le « weighted imaging (DWI) and computed tomography/DWI fusion » en ORL cité comme exemple [9].

Plus généralement, la RCP est reconnue comme un moment de formation privilégié pour les médecins confirmés, mais également pour les médecins juniors, avec une mise en commun des connaissances et un partage d'expérience. Cet aspect est institutionnellement valorisé à travers la validation de la démarche de formation continue [16]. De manière indirecte, ces réunions sont une incitation pour les médecins à se plonger dans la littérature scientifique et à se l'approprier, de manière à apparaître comme compétents aux yeux des autres participants [42].

c. Le développement professionnel continu (DPC):

Tout professionnel de santé, et en particulier tout médecin, quel que soient son statut ou son mode d'exercice, est concerné par l'obligation de développement professionnel continu (DPC). Le DPC a pour objectif de favoriser le rapprochement entre le savoir et la pratique, dans une démarche pluridisciplinaire et une dynamique d'équipe [50], c'est « Une démarche individuelle qui s'organise dans un contexte collectif » [50].

Selon la HAS, en plus de l'acquisition ou le perfectionnement des connaissances ou des compétences, le DPC comporte une activité explicite d'autoanalyse des pratiques professionnelles selon des références actualisées (scientifiques, réglementaires, organisationnelles, éthiques, consensus d'experts,...) [51].

Une étude qualitative menée par Gagliardi et al qui vise à identifier la contribution de la RCP en étant un modèle d'interaction collégiale par excellence au DPC, les chirurgiens de cette enquête ont déclaré qu'en étant exposés au cours des RCP à un volume important de cas complexes pour la prise de décision et en comparant leurs connaissances et leurs approches cliniques avec celles de leurs collègues (oncologue médicale, pathologiste, radio-oncologue), ils ont développé une expertise clinique qui pourrait être appliquée à de futurs cas [52]. Les résultats de notre enquête concordent avec les conclusions de ce travail, 61% des participants jugent la RCP comme une méthode pédagogique qui augmente leur niveau d'expertise clinique et de spécialisation et 91% des participants estiment l'impact positif de ces réunions concernant l'amélioration de la pratique et la performance clinique.

5.2. La recherche et essais cliniques :

La généralisation des concertations pluridisciplinaires favorise la recherche translationnelle en facilitant la prescription des protocoles expérimentaux [53]. En effet, la recherche médicale passe par des protocoles thérapeutiques qui permettent de répondre à une question médicale précise par conséquent l'établissement de référentiels [53], plus l'entrée des patients dans ces protocoles se fait rapidement, plus le protocole peut arriver à son terme et répondre à la question posée. De même, le fait de colliger en RCP tous les dossiers hors référentiel permet de définir les futurs axes de travaux pour lesquels l'élaboration de référentiels serait à construire [3]. La systématisation des RCP permettra par conséquent de favoriser la recherche translationnelle et les progrès thérapeutiques [53], ceci impliquent une étroite

coopération entre chercheurs et cliniciens.

Les RCP devraient permettre l'accès des patients aux essais cliniques. Au cours de notre enquête seuls 1% des participants considère la responsabilité de la RCP en terme d'orienter les patients vers un protocole d'essai clinique. Il faut souligner la faiblesse de ce taux et proposer ces protocoles systématiquement à la discussion des RCP. Ces résultats rejoignent le travail de Catt et al qui montre que certains membres de l'équipe multidisciplinaire ne considèrent même pas qu'une discussion opportuniste sur les essais cliniques dans le cadre de leur rôle [54].

5.3. Formation aux compétences non-techniques :

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

La « National Cancer Action Team » au Royaume-Uni a identifié le travail d'équipe, la communication entre différents spécialistes, la prise de décision collaborative et les qualités de leadership, comme des caractéristiques essentielles d'une RCP effective [55]. Il est intéressant de noter que ces caractéristiques convergent le plus souvent avec les compétences non techniques des chirurgiens (NOTSS) identifiées par Yule et al. Parmi ces compétences figure la communication, le travail d'équipe et les compétences du leadership [56].

En effet, jusqu'à présent, la formation délivrée aux médecins était principalement axée sur les individus: savoir théorique, savoir procédural et savoir technique individuel. Depuis quelques années, on parle de plus en plus de compétences non techniques (CNT) [57]. Ces dernières sont définies comme suit « un savoir agir complexe qui prend appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations » [58]. Ces CNT appliquées à la médecine seraient une combinaison de savoirs cognitifs, sociaux et du savoir-faire procédural, qui contribuent à une performance efficiente et sûre [57].

L'intérêt de l'enseignement des CNT est lié à la prévention des erreurs médicales

[57]. Des études observationnelles antérieures ont montré la relation entre CNT et la performance clinique et les variables modératrices potentielles de cette relation [59]. Une autre étude interventionnelle plus poussée a tenté d'évaluer l'impact de la formation aux CNT après la mise en œuvre d'un programme de formation organisé autour des cinq dimensions d'équipe décrite par Risser, Simon et al [60]. Les résultats étaient excellents le nombre d'erreurs cliniques observés était considérablement réduit dans les services formés aux CNT [60].

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

En formation initiale, une grande attention est portée aux connaissances théoriques pures, alors qu'il existe peu d'enseignement pratique (le plus souvent au chevet du patient) et peu ou pas d'enseignement des situations de crises « Crisis Resource Management »(CRM), de Facteur Humain (FH) ou des CNT [57].

Concernant la formation continue, Bien qu'il soit possible d'enseigner ces compétences avec diverses interventions, y compris des cours didactiques et des exercices simulés, il est recommandé que ces compétences soient incluses dans au-delà des programmes de formation de résidanat, en tant que «curriculum caché» sous la forme « d'apprentissage expérientiel» [61,62]. En effet, il a été montré que cet enseignement est présent, de facto lorsque plusieurs corps de métier se réunissent pour aborder un cas de patient. Cela peut avoir lieu en temps réel, lors d'une transmission ou d'un staff si ce temps d'échange est structuré ou encore lors d'action d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) [63].

Au cours de notre enquête, les médecins interrogés ont estimé l'impact positif des réunions de concertation régulières sur le développement des compétences d'équipe: 89% ont été d'accord sur le rôle RCP sur l'amélioration des compétences en termes de communication au sein de l'équipe multidisciplinaire et 87% reconnaissent la valeur de ce type de réunion concernant la coopération et la collaboration entre les

différentes spécialités. Ces résultats rejoignent les conclusions de Dharmadev et al qui ont soulevé le rôle et l'efficacité de la RCP concernant la formation aux CNT pour les jeunes médecins. Selon les auteurs, 64,3% des médecins en formation participants à l'enquête ont estimé que les RCP étaient utiles pour l'enseignement des diverses composantes des CNT [10]. La formation aux CNT au cours de la RCP intègre 3 composantes : l'enseignement de la communication avec l'équipe du travail, la coopération et la collaboration entre les spécialités et les qualités de gestion et du leadership [10].

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

La RCP, d'une part facilite l'accès aux informations pour les médecins. En effet, elle concentre « dans une unité de lieu et de temps » toutes les informations qui doivent être mobilisées au cours du processus de décision thérapeutique et offre une synthèse des principales connaissances médico-scientifiques, parmi le flux d'informations que le médecin est supposé traiter [36]. De l'autre, elle répond à un travail d'analyse selon des critères bien déterminés pour savoir si le patient peut bénéficier d'un traitement selon un référentiel. Il s'agit d'une prise de décision centrée sur l'utilisation de critères explicites auxquels sont attribués des valeurs. L'approche explicite de ces comités permet d'acquérir un esprit critique, apprendre à transformer les problèmes en question et intégrer les résultats de la recherche clinique dans la décision médicale [64].

La présentation des dossiers aux RCP permet également aux jeunes médecins d'échapper à la subjectivité à laquelle ils sont soumis lors de la prise de décision médicale et rationaliser le processus décisionnel. Castel et al décrit « De nombreux médecins considèrent en effet que leur perception des problèmes et les solutions qu'ils proposent pour les résoudre sont nécessairement perturbées par de tels facteurs : leur relation avec le patient et leur spécialité sont par exemple des éléments qui peuvent avoir un impact direct sur la décision prise. À leurs yeux, les guides de pratiques et les

réunions de concertation pluridisciplinaire sont des garde-fous qui les obligent à évacuer cette part de subjectivité pour choisir les traitements parfaitement conformes aux données de la science et adaptés aux patients » [36]. Dans le questionnaire adressé aux médecins, 72% d'entre eux étaient d'accord sur le fait que la RCP permet de prendre du recul par rapport à la décision et 19% étaient neutre par rapport à ce point. Tous ont répondu à cette question.

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

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

formulation et la discussion des options alternatives et définir les futurs axes de travaux de recherche.

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

1. Les limites de la RCP onco-gynécologique :

L'équipe nationale de lutte contre le cancer de l'Angleterre (qui fait maintenant partie de la santé publique en Angleterre) a mené une enquête auprès de plus de 2000 membres de la RCP pour tous les sites tumoraux [65]. Les membres ont considéré que les facteurs les plus importants pour un travail effectif de la RCP étaient : la participation aux réunions, le travail d'équipe et le leadership, la préparation et l'organisation administrative des réunions, la disponibilité et l'utilisation de la technologie informatique dans ces réunions. Une revue de Helen A et al soutient ces résultats et souligne que la faible participation de certaines spécialités, une préparation inadéquate des réunions et un déficit en support technologique comme barrières au bon fonctionnement des réunions de concertation pluridisciplinaire [66]. Dans notre contexte, l'évaluation de la RCP effectuée au cours de ce travail nous a permis d'identifier quelques points faibles de cette organisation. Ainsi le manque de participation, défaut de support informatique, une faible activité de recherche clinique et les difficultés logistiques ont été signalés par les participants comme obstacles entravant l'amélioration de la valeur éducative de la RCP.

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

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

2.1. Stimuler la participation à la RCP :

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

La présence d'autres spécialités, notamment les radiologues et les pathologistes, de façon régulière est fortement souhaitable, d'où l'intérêt dans certaines situations, des visioconférences pour respecter ce quorum [13]. La télémédecine est un médium qui procure des bénéfices rapportés par plusieurs auteurs pour le fonctionnement adéquat des RCP [67,68 ,69].

2.2. Meilleure organisation logistique de la RCP :

La RCP est une activité 'sacrée'. La rigueur de son organisation et de son suivi est la garantie de son succès et de sa pérennité. Un soutien au niveau organisationnel est nécessaire. Le lieu et le temps consacrés à la RCP jouent un rôle important dans le bon déroulement de celle-ci. Le temps dédié à la RCP traduit le confort dans la discussion. Le temps attribué à la préparation doit être également suffisant. Pour cela nous recommandons :

- Une étude minutieuse du dossier par le médecin en formation avant la présentation pour parvenir à formuler précisément le problème posé par le cas examiné.
- L'horaire de la RCP doit être discuté avec les différentes spécialités notamment avec les radiologues et les anatomopathologistes si un éventuel changement s'avère nécessaire pour assurer l'implication de toutes les spécialités et les compétences.
- La durée de la RCP doit tenir compte de la présentation des dossiers, de la vérification des données en particulier les images radiologiques et des rapports anatomopathologiques ainsi que la durée de la discussion.

- Promouvoir les échanges lors de la délibération à travers des décisions argumentées (les référentiels doivent être prononcés lors de la décision) sur la plupart des dossiers.
- Proposer l'inclusion des patients dans des protocoles de recherche si le cas intègre les critères d'inclusion au moment de la discussion.
- Privilégier la discussion sur les cas complexes en procédant à une hiérarchisation des dossiers lors de la présentation : les dossiers qui nécessitent une discussion profonde seront traités à la première partie de la réunion, les dossiers relevant d'une prise en charge standard seront laissés vers la fin de la réunion pour une simple vérification des données et enregistrement de la décision.
- Une salle disposée pour favoriser la discussion. Les salles de réunion doivent contenir l'équipement informatique adapté à la lecture et la comparaison des examens radiologiques et anatomopathologiques. Des installations de téléconférence pourraient être également nécessaires [14].

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

2.3. Documentation numérique des décisions médicales:

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

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

- La documentation numérique des décisions médicales en direct lors de la réunion par le médecin responsable du patient, sous forme de dossiers électroniques, accessible à tous

les membres de la RCP notamment pour communiquer le projet thérapeutique aux services impliqués, doit enregistrer :

- Les référentiels et les recommandations adoptés lors du choix d'un traitement.
 - Les informations mobilisées au cours du processus décisionnel (Les critères de décisions): résultats des différents examens (bilan, imagerie, anapath) et les données cliniques (l'état générale, l'âge, les comorbidités spécifiques, situation professionnelle et familiale, état psychologique ...).
- Support informatique pour la présentation de nouveaux cas à la RCP notamment pour afficher des images radiologiques et les comptes rendus anatomopathologiques.

2.4. Développement des outils aide à la prise de décision :

De nos jours, parce que la masse de données cliniques et de connaissances est encore plus importante, les médecins en formation doivent être soutenus afin d'améliorer la prise de décision et la qualité des soins cancéreux. Pour atteindre cet objectif, il est essentiel de soutenir les différents processus décisionnels et de faciliter l'utilisation des meilleures connaissances médicales pour les médecins [70].

Les participants ont soulevé le besoin de dispositifs pour rationaliser leurs pratiques médicales, ainsi nous recommandons :

- Des cours pédagogiques sur les référentiels et les recommandations des sociétés savantes nationales et internationales lors des réunions de concertation.
- L'organisation de séances de discussion interactive qui visent la mise à jour des référentiels et leur appropriation en fonction des conditions locales.
- Une analyse de la littérature des cas rares et complexes lors des réunions de concertation (étude de cas).

- Une lecture annuelle de la littérature médicale en oncologie est fortement recommandée, facilitée par la création de groupe d'enseignement et de recherche pour chaque spécialité, qui éditerait chaque année un support ou livret récapitulatif des principaux articles pertinents publiés sur le plan international en rapport avec les cancers gynéco-mammaires.

CONCLUSION

Dans un domaine de la médecine aussi complexe, évolutif que l'oncologie, les RCP intègrent maintenant dans notre pratique en cancérologie une culture interdisciplinaire et cette confrontation de spécialités médicales n'ayant ni le même regard sur la maladie ni les mêmes armes thérapeutiques est sans aucun doute une source d'enrichissement pour les praticiens et de qualité des soins pour les patients. Notre étude a introduit une nouvelle perspective pédagogique à cet engagement clinique bien établi (RCP).

L'implication des résidents et des internes dans ces réunions sous forme de préparation, présentation et discussion des dossiers a été suggérée par la majorité des répondants à l'enquête comme une opportunité d'apprentissage de grande valeur pédagogique. Que quelques cas soient sélectionnés en fonction des caractéristiques inhabituelles ou intéressantes ou que tous les nouveaux patients soient présentés à la RCP, cette dernière constitue à juste-titre un support pédagogique permettant d'affiner la formation initiale de spécialité au cours de l'internat et de résidanat dans différentes disciplines. À l'issue de ce travail, les RCP sont désormais des lieux propices pour la formation médicale continue (FMC), le développement professionnel continu (DPC), la recherche clinique, l'enseignement des compétences non-techniques (CNT) et la prise de décision médicale, ouvertes aux médecins en formation spécialisée. Il semblait néanmoins nécessaire de trouver rapidement les moyens d'équilibrer la charge médicale de travail représentée par ces réunions en limitant les contraintes administratives et logistiques. Enfin il faudrait penser à développer la recherche scientifique, en intégrant les essais cliniques dans nos pratiques.

Les pistes pour de futures recherches dans ce domaine pourraient inclure une analyse pédagogique des RCP dans tous les types de programmes d'enseignement universitaire des médecins résidents et internes.

ANNEXES

Questionnaire : annexe 1

I. Questions générales :

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

1 : Gynécologie ☐

2 : Oncologie Médicale ☐

3 : Radiothérapie ☐

4 : Radiologie ☐

5 : Anatomie pathologie ☐

b) Quel est votre? Une seule réponse possible

Médecin résident ☐

Médecin interne ☐

c) Vous participez à la RCP Une seule réponse possible :

- Quand vous avez un dossier à présenter ☐
- Une fois par mois ☐
- Tous les 15 jours ☐
- Chaque semaine ☐
- Autre ☐

d) Etes vous convaincus par l'intérêt de cette réunion de concertation pluridisciplinaire : Oui ☐ non ☐

e) Quel est le but dans lequel vous organisez cette RCP ?

- Pour la prise d'une décision diagnostique ☐
- Prise d'une décision thérapeutique ☐
- Evidence-Based Medicine ☐
- Pédagogique ☐
- Augmenter de la proportion des patients envisagés pour des essais cliniques ☐

II. La présentation des dossiers à la RCP

a) Vous présentez des dossiers de façon: Une seule réponse possible :

Régulière ☐ occasionnelle ☐ jamais ☐

b) Vous présentez vous-même le dossier de vos patients: Une seule réponse possible :

Toujours ☐ souvent ☐ parfois ☐ jamais ☐

c) Vous demandez à un collègue de présenter vos dossiers: **Une seule réponse possible**

Toujours ☐ souvent ☐ parfois ☐ jamais ☐

d) Parmi les groupes de patients suivants, lesquels sont référés aux RCP?

- Cas difficiles ☐
- Tous les patients diagnostiqués avec un type de cancer ☐
- Cas récurrents ☐
- Cas référés pour un deuxième avis ☐
- Tous les cancers avancés nouvellement diagnostiqués ☐
- Tous les cancers à un stade précoce nouvellement diagnostiqué ☐
- Cas suspects ☐
- S'il n'y a pas de référentiels clairs ☐
- des cancers détectés par dépistage ☐
- Autres ☐

e) À quel (s) point (s) du parcours de traitement se situe la prise en charge des patients discutés aux RCP ?

- Diagnostic initial ☐
- Un projet thérapeutique ☐
- Après la chirurgie mais avant tout autre traitement ☐
- Au moment du changement de traitement (par exemple, rechute) ☐
- À chaque admission à l'hôpital ☐
- Suivi d'un traitement (chimiothérapie par exemple) ☐
- Soins palliatifs ☐

III. La délibération :

f) La délibération vous satisfait: **Une seule réponse possible**

- toujours ☐
- souvent ☐
- parfois ☐
- jamais ☐

g) 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 ☐
- Les préférences des patients sont intégrées dans la discussion ☐

- h) Elle ne vous satisfait pas car:
- Elle retarde la mise en œuvre traitement ☐
 - Vous sentez inhibés concernant votre contribution à la discussion ☐
 - Les décisions sont prévisibles l'organisation ne répond pas à vos attentes ☐
 - Seuls les aspects techniques sont discutés ☐
- i) Il vous arrive d'être en désaccord avec la décision de la RCP:
- Une seule réponse possible**
- Toujours ☐
 - Souvent ☐
 - Parfois ☐
 - Jamais ☐
- j) 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 ☐

IV. La décision :

- k) Sur quelle base les décisions de traitement sont-elles prises? Veuillez cocher tout ce qui s'applique :
- Consensus du groupe ☐
 - Directives établies/ protocoles formels ☐
 - La pratique des spécialistes et /ou les informations du malades ☐
 - Autres. ☐
- l) La décision de la RCP est une : **Une seule réponse possible**
- Décision avec application stricte d'un référentiel ☐
 - Décision avec adaptation du référentiel aux caractéristiques du malade ☐
 - Décision hors référentiel thérapeutique ☐
 - Décision d'inclusion dans un essai clinique ☐
 - Pas de décision ☐
- m) La décision appliquée est : **Une seule réponse possible**
- Celle de la RCP ☐
 - La décision que vous proposez en accord avec le souhait du patient ☐
 - Autres à préciser ☐
- n) L'information du patient se fait: **Une seule réponse possible**
- a. Par vous-même ☐
 - b. Par l'intermédiaire d'un collègue (l'interne ou le résident) ☐
 - c. En consultation ☐
 - d. Au téléphone ☐
 - e. Autre à préciser ☐

V. Impact de la RCP sur les médecins en formation :

- o) Dans quelle mesure vous êtes d'accord ou en désaccord avec les points suivants quant à l'apport de la RCP en onco-gynécologie selon votre expérience :

Impact de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) sur les médecins en formation
Expérience de la RCP en onco-gynécologie

	Fortement en accord	D'accord	Neutre	En désaccord	fortement en désaccord
Amélioration des compétences en matière de communication au sein de l'équipe Multidisciplinaire	☐	☐	☐	☐	☐
Vous permet d'améliorer vos pratique cliniques et augmenter votre performance :	☐	☐	☐	☐	☐
Identifier les ressources pour l'apprentissage :	☐	☐	☐	☐	☐
Promet et appuie les activités de la recherche clinique :	☐	☐	☐	☐	☐
Améliorer vos compétences décisionnelles en terme de prendre des décisions médicales fondées sur des preuves	☐	☐	☐	☐	☐
Elle donne du poids à la décision proposée au patient :	☐	☐	☐	☐	☐

Impact de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) sur les médecins en formation
Expérience de la RCP en onco-gynécologie

Allège pour vous le poids de ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

la décision :

Vous permet de prendre du recul ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

pour la décision :

Modifie votre relation avec ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

le patient :

p) La RCP en onco-gynécologie en tant qu'outil pédagogique, pensez-vous qu'elle répond à ces objectifs ?

5 : très intéressant

4 : assez intéressant

3 : moyennement intéressant

2 : peu intéressant

1 : pas de tout intéressant

Thèmes	Réponses				
Coopération et collaboration entre les Spécialités	5	4	3	2	1
Décision médicale	5	4	3	2	1
Formation et recherche	5	4	3	2	1
Revue de pathologie / imagerie	5	4	3	2	1
Expertise clinique	5	4	3	2	1

- q) Pensez-vous qu'il existe des obstacles à l'amélioration de la valeur éducative de la RCP onco-gynécologie ? Si oui quels sont ces obstacles

Participation ☐

Support informatique et Infrastructure ☐

Saisie de données en direct documentation des résultats / décisions ☐

Organisation des réunions et Logistique ☐

Communication avec le patient et l'équipe Multidisciplinaire ☐

La recherche clinique ☐

Autres à préciser ☐

- r) Que pouvons-nous faire pour améliorer la valeur pédagogique de la RCP onco-gynécologique ?

Fiche d'exploitation 2020 : annexe 2

Date de la RCP :

Quorum :

Fiche de la RCP :

Informations cliniques renseignées

Age:

Sexe :

Les antécédents:

Bilan extension:

Diagnostic final:

- Localisation tumorale
- Type histologique

Bilan extension:

Stadification

Site métastatiques

La décision de la RCP

Le traitement :

Chirurgie : oui non

Si oui quel type

Chimiothérapie : oui non

Exclusive adjuvante Néo adjuvante

Radiothérapie : oui non

Exclusive adjuvante Néo adjuvante

Hormonothérapie : oui non

Quelle molécule :

Thérapie ciblée : oui non

Quelle molécule :

Evolution :

- Réponse totale :
- Réponse partielle :
- Progression :
- Décès :

RESUMES

Résumé

La réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) représente une véritable plaque tournante dans l'organisation des soins en cancérologie. La RCP est actuellement considérée comme 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 d'acquérir une perspective plus large dans la prise en charge globale des patients cancéreux et de s'affranchir de toutes les difficultés générées par la complexité des dossiers de cancérologie.

Notre travail vise à dresser une évaluation globale et objective de la RCP en onco-gynécologie au CHU Mohamed VI afin d'identifier l'impact de ces réunions sur les médecins en formation notamment en terme d'enseignement et d'apprentissage. Il s'agit d'une étude transversale avec analyse rétrospective à visée descriptive en se penchant sur une double analyse qualitative et quantitative.

Notre échantillon a compris 100 médecins internes et résidents, 20 internes et 80 résidents avec une prédominance des chirurgiens gynécologues soit 62%. Les appréciations des participants sur le déroulement de la RCP ont été positives. Généralement, la majorité des participants ont apprécié l'impact positif de la RCP en tant qu'outil pédagogique. La coopération et la collaboration entre les spécialités, la prise de décision médicale, la formation et la recherche médicale ainsi que l'expertise clinique figurent parmi les acquisitions les plus apportées par la RCP onco-gynécologique, les scores moyens respectivement : 4.29 ; 4.19 ; 3.67 ; 3.30. Le score moyen de la valeur pédagogique de la RCP était de 3.6 sur une échelle qui va de 1 à 5. L'étude quantitative a été réalisée sur 169 dossiers sélectionnés à partir des registres de la RCP. Les critères de qualité de la RCP ont été généralement respectés. En ce qui concerne la localisation tumorale, 56.21% des cas relèvent du cancer du sein, 16.56%

du cancer du col et 15.38% du cancer de l'ovaire. Concernant les modalités thérapeutiques, la chirurgie seule ou associée à un traitement adjuvant ou neo adjuvant représente le traitement le plus adopté soit 91.69%, suivie la radio-chimiothérapie concomitante soit 4.73% et la chimiothérapie palliative soit 3.55%. L'évolution était en général bonne avec une réponse totale chez 97 patientes soit 57.39% des cas. Nous déplorons 4.73% de décès dans cette série.

Ce travail met en évidence le potentiel d'un outil pédagogique inexploré auparavant des RCP. Ces réunions constituent, à juste-titre un support pédagogique permettant d'affiner la formation des médecins résidents et internes dans différentes disciplines. Cette étude a mis l'accent également sur les limites de cette organisation : l'enregistrement précis et numérique des décisions et une organisation logistique préalable de ces réunions. Les pistes pour de futures recherches dans ce domaine pourraient inclure une analyse pédagogique des RCP dans tous les types de programmes d'enseignement universitaire des médecins résidents et internes.

Abstract

The multidisciplinary team meeting (MDT) represents a veritable hub in the organization of cancer care. MDT is currently considered as an institution, at the service of the patient and the practitioner, allowing one to benefit from planned multimodal care and the other to acquire a broader perspective in the global cancer patient care and to overcome all the difficulties generated by the complexity of oncology files.

This work aimed to establish a global and objective evaluation of MDT meeting in onco-gynecology at teaching hospital Mohamed VI in order to identify the impact of these meetings on residents and interns, particularly in terms of education and training. It is a descriptive cross-sectional and retrospective study, focusing on a double analysis: qualitative and quantitative.

The survey population included 100 interns and residents: 20 interns and 80 residents, with a predominance of gynecologic surgeons 62%. The appreciations of survey respondents on the functioning of MDT meeting were positive. Generally, the majority of participants appreciate the positive impact of MDT meeting as an educational tool. Cooperation and collaboration between specialties, medical decision-making, training and research and clinical expertise are among the most acquisitions provided by onco-gynecological MDT meeting, the mean scores were respectively: 4.29; 4.19; 3.67; 3.30. The mean score of the educational value of MDT meeting was 3.6 on a scale that ranges from 1 to 5. The quantitative study involved 169 cases selected from the MDT meeting registers. The quality criteria of the MDT meeting were generally respected. As far as tumor localizations, 56.21% of cases were breast cancer, 16.56% cervical cancer and 15.38% ovarian cancer. According to the therapeutic modalities, surgery alone or combined with adjuvant or neo-adjuvant treatment represents the most adopted treatment 91.69%, followed by concomitant radio-chemotherapy 4.73%

and palliative chemotherapy 3.55%. The evolution was generally good with a total response in 97 patients (57.39% of cases). We deplore 4.73% of deaths in this series.

This study highlights the potential of a previously unexplored educational tool of MDT meeting. These meetings constitute rightly an educational support allowing refining the training of residents and interns in different disciplines. This study also identifies the limits of this organization: the precise and electronic recording of decisions and the organization and logistics of meetings. Avenues for future research in this area might include an educational analysis of MDT meeting in all types of residency and internal teaching programs.

ملخص

يمثل الاجتماع التشاوري المتعدد الاختصاص آلية محورية في تنظيم علاج و رعاية مرضى السرطان.

تعتبر حاليا هذه الاجتماعات مؤسسة في خدمة المريض والطبيب الممارس، مما يسمح للأول بالاستفادة من الرعاية المتعددة الاختصاصات والمخطط لها وللأخير باكتساب منظور اوسع في معالجة مرضى السرطان والتخلص من جميع التعقيدات (الصعوبات) التي تصاحب ملفات معالجة الأورام السرطانية.

يهدف هذا العمل إلى إجراء تقييم شامل و موضوعي اجتماع التشاوري المتعدد الاختصاص الذي يقام في المستشفى محمد السادس بمصلحة طب النساء والتوليد من أجل تحديد تأثير هذه الاجتماعات على تدريب وتكوين الأطباء المقيمين والداخلين في طور التخصص. العمل عبارة عن دراسة وصفية وتحليلية بأثر رجعي كمي ومبنية على تحليل مزدوج : نوعي و كمي. شملت العينة المدروسة 100 طبيب منهم 80 طبيبا مقيما 20 طبيبا داخليا ، غالبية الأطباء في طور التخصص في جراحة أمراض النساء والتوليد (62 %).

كانت ارتسامات ومواقف المشاركين خلال الدراسة ايجابية بشكل عام ، فقد اجمع أغلبية الأطباء و الطبيبات على التأثير الإيجابي للاجتماع التشاوري كأداة لتكوين وتدريب الأطباء في طور التخصص. كما كان التعاون والتنسيق بين مختلف التخصصات و اتخاذ القرار الطبي والتدريب والخبرة السريرية والبحث العلمي من أهم مكتسبات هذه الاجتماعات المتعددة التخصصات بمعدلات على التوالي: 3.30; 3.67; 4.19; 4.29. وقد أسفرت تحليل النتائج عن 3.6 كمتوسط القيمة التعليمية لهذه الاجتماعات على مقياس من 1 إلى 5.

تضمنت الدراسة الكمية 169 حالة تم انتقاؤها من السجلات المخصصة لهذه الاجتماعات، و بشكل عام، تم احترام القواعد و المعايير المعمول بها عالميا في هذا النوع من

الاجتماعات. فيما يتعلق بحالات الأورام التي تمت تدارسها في هذه الاجتماعات 56.21% من الحالات كانت لسرطان الثدي 16.56 % لسرطان عنق الرحم و 15.38 % لسرطان المبيض. فيما يخص الوسائل العلاجية تمثل الجراحة وحدها أو الجراحة مصحوبة بعلاج مساعد الوسيلة الأكثر اعتماد (91.69%) يليه العلاج الكيميائي - الإشعاعي بنسبة 4.73% تم العلاج الكيميائي بنسبة 3,55 %

عموما تطور الحالات كان جيدا مع استجابة كلية 97 مريضة 57.39% من الحالات كما نشير إلى تسجيل 4.73% من الوفيات في هذه السلسلة من الحالات.

تلقي هذه الدراسة الضوء على وسيلة تعليمية لم تتم دراستها من قبل, تكمن في هذه الاجتماعات التشاورية التي تشكل وسيلة بيداغوجية تدريبية تمكن الأطباء المقيمين والداخلين في طور التخصص من صقل تدريبهم السريري.

تلقي هذه الدراسة الضوء أيضا على ضرورة التنظيم اللوجستيكي القبلي لهذه للاجتماعات التشاورية المتعددة التخصصات ,وكذا الحاجة للتوثيق الدقيق و الرقمي للقرارات المتخذة.

أخيرا توصيات بدراسة مستقبلية في هذا المجال تتضمن تحليلا بيداغوجيا للاجتماعات التشاورية في جميع برامج الإقامة.

BIBLIOGRAPHIE

1. **Tazi MA, Er-Raki A, Benjaafar N.**
Cancer incidence in Rabat, Morocco: 2006–2008.
E cancer medical science 2013;7:338.
2. **Chaouki W, Mimouni M, Boutayeb S, Hachi H, Errihani H, Benjaafar N.**
"Évaluation des réunions de concertation pluridisciplinaire l'exemple des cancers gynéco-mammaires dans un centre de référence tertiaire au Maroc.
Bulletin du Cancer 2017;104:644–651.
3. **Orgerie MB, Duchange N, Pélicier N, Chapet S, Dorval E, Rosset P, et al.**
La réunion de concertation pluridisciplinaire: quelle place dans la décision médicale en cancérologie?.
Bull Cancer 2010;97:255–64.
4. **Plan national de prévention et de contrôle du cancer 2010–2019, 2009.**
Disponible sur : http://www.sante.gov.ma/Documents/Synthese_PNPCC_2010-2019.
5. **Guillem P, Bolla M, Courby S, Descotes JL, Laramas M, Moro-Sibilot D.**
Multidisciplinary team meetings in cancerology: setting priorities for improvement.
Bulletin du cancer 2011;98:989–998.
6. **Horvath LE, Yordan E, Malhotra D, Leyva I, Bortel K, Schalk D, Huml J.**
Multidisciplinary Care in the Oncology Setting: Historical Perspective and Data From Lung and Gynecology Multidisciplinary Clinics.
Journal of Oncology Practice 2010;6:21–26.
7. **AMERICAN SOCIETY OF CLINICAL ONCOLOGY, et al.**
ASCO–ESMO consensus statement on quality cancer care.
Annals of oncology: official journal of the European Society for Medical Oncology 2006;17:1063.
8. **Descotes JL, Guillem P, Bondil P, Colombel M, Chabloz C.**
Évaluation des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) en cancérologie dans la région Rhône-Alpes: une enquête de terrain.
Progrès en urologie 2010;20:651–656.

9. **Steele K, Hall A, Nash R, Lingam, RK, Singh A.**
How I Do It: Examining the value of an otology multidisciplinary team meeting.
Laryngoscope 2018;128:2124–2127.

10. **Trivedi DB.**
Educational Value of Surgical Multidisciplinary Team Meetings for Learning Non-Technical Skills—A Pilot Survey of Trainees From Two UK Deaneries.
Journal of surgical education 2019,76:1034–1047.

11. **Bharathan R, Farag M, Hayes K.**
The value of multidisciplinary team meetings within an early pregnancy assessment unit.
Journal of Obstetrics and Gynaecology 2016,36:789–793.

12. **Tattersall MH.**
Multidisciplinary team meetings: where is the value?
The Lancet Oncology 2006;7:886–888.

13. **Daubisse-Marliac L, Biboul M, Delpierre C, Rivera P, Bauvin É, Grosclaude P.**
Exhaustivité et qualité des réunions de concertation pluridisciplinaire: l'exemple du cancer du sein dans le département du Tarn.
Bulletin du cancer 2012;99:815–826.

14. **Fleissig A, Jenkins V, Catt S, Fallowfield L.**
Multidisciplinary teams in cancer care: are they effective in the UK?.
Lancet Oncology 2006;7:935–43.

15. **Castel P, Blay JY, Meeus P, Sunyach MP, Ranchère-Vince D, Thiesse PH et al.**
Fonctionnement et impact d'un comité pluridisciplinaire en cancérologie / Organization and impact of the multidisciplinary committee in oncology.
Bull Cancer 2004;91:799–804.

16. **Henri R.**
De la délibération collégiale à la décision partagée: enjeux éthiques en hématologie.
Hématologie 2015;21:70–90.

17. **Gatcliffe TA, Coleman RL.**
Tumor board: More than treatment planning—a 1 year prospective survey.
Journal of cancer education 2008;23:235–237.
18. **Haute Autorité deSanté.**
Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie Novembre 2017.
Disponible sur : https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-11/reunion_de_concertation_pluridisciplinaire.pdf.
19. **Newman EA, Guest AB, Helvie MA, Roubidoux MA, Chang AE, Kleer CG et al**
Changes in surgical management resulting from case review at a breast cancer multidisciplinary tumor board.
Cancer 2006;107;10:2346–2351.
20. **El Saghir NS, El-Asmar N, Hajj C, Eid T, Khatib S, Bounedjar A et al.**
Survey of utilization of multidisciplinary management tumor boards in Arab countries.
The Breast 2011;20:70–74.
21. **Inspection générale des affaires sociales RM2009–064P –France.**
Evaluation des mesures du plan cancer 2003–2007 relatives au dépistage et à l'organisation des soins. IGAS, RAPPORT N°RM2009–064P Juin 2009;50–60.
22. **HAS – Haute Autorité de la Santé – Institut national du cancer– France.**
Indicateur RCP – Analyse descriptive des résultats agrégés 2010 et analyse des facteurs associés à la variabilité des résultats.
Disponible sur : www.has-sante.fr/.
23. **Ministère des solidarités de la santé et de la famille – France .Circulaire n° DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie.**
Disponible sur : www.e-cancer.fr.

24. OUAYA HASSAN.

Traitement chirurgical des cancers du sein au CHU MOHAMMED VI MARRAKECH.

Thèse de doctorat, Université Cadi Ayyad– Faculté de Médecine de Marrakech 2018.

Disponible sur : <http://wd.fmpm.uca.ma/biblio/theses/>.

25. Goldwasser F, Nisenbaum N, Vinant P, Balladur E, Dauchy S, Farota-Romejko I, et al.

La réunion de concertation pluridisciplinaire onco-palliative: objectifs et préconisations pratiques.

Bulletin du Cancer 2018;105:458–464.

26. Haute Autorité de Santé, Institut National du Cancer– France.

Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie–Evaluation et amélioration des pratiques, Juin 2006.

Disponible sur : www.oncopaca.org/upload/Professionnels/.../rcp-has-inca-juin-2006.

27. Macaskill EJ, Thrush S, Walker EM, Dixon JM.

Surgeons's views on multi-disciplinary breast meetings.

European Journal of Cancer 2006;42:905–908.

28. Alcantara SB, Reed W, Willis K, Lee W, Brennan P, Lewis S.

Radiologist participation in multidisciplinary teams in breast cancer improves reflective practice, decision making and isolation.

European journal of cancer care 2014;23:616–623.

29. Kane B, Luz S, O'Briain DS, Mc Dermott R

Multidisciplinary team meetings and their impact on workflow in radiology and pathology departments.

BMC Medicine 2007;5:15.

30. Royal Australian and New Zealand College of Radiologists, Australia's Health P/L.

.The Role of the Radiologist in the Multidisciplinary Care Team.A quality use of diagnostic imaging project. *The Royal Australian and New Zealand College of Radiologist, Sydney* (2008).

31. **Haward R, Amir Z, Borrill C, Dawson J, Scully J, West M, et al.**
Breast cancer teams: the impact of constitution, new cancer workload, and methods of operation on their effectiveness.
British journal of cancer 2003;89:15–22.

32. **Orgerie Marie-Brigitte.**
La décision médicale en cancérologie. Rôle de la réunion de concertation pluridisciplinaire.
Thèse de doctorat, Ethique Médicale, Université Paris Descartes– Faculté de médecine Paris5;2007. Disponible sur :<http://www.ethique.inserm.fr>.

33. **Lamb BW, Sevdalis N, Vincent C, Green JS.**
Development and evaluation of a checklist to support decision making in cancer multidisciplinary team meetings: MDT-QuIC.
Annals of surgical oncology 2012;19:1759–1765.

34. **Farce SM, Blandin S, Berthonnaud E, Serrand C, Bontemps H.**
Développement des réunions de concertation pluridisciplinaire et respect des référentiels: un engagement du Plan cancer et du Contrat de bon usage du médicament.
Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien 2012;47:177–188.

35. **Ruhstaller T, Roe H, Thurlimann B, Nicoll JJ.**
The multidisciplinary meeting: an indispensable aid to communication between different specialties.
European journal of cancer 2006;42:2459–246.

36. **Castel P, Merle I.**
Quand les normes de pratiques deviennent une ressource pour les médecins.
Sociologie du travail 2002;44:337–355.

37. **Institut National de Cancer.**
Mission interministérielle de lutte contre le cancer. Plan cancer 2003–2007.
Disponible sur : <http://www.plan-cancer.gouv.fr/historique/plan-cancer-2003-2007.html>.

38. **Acher PL, Young AJ, Etherington-Foy R, McCahy PJ, Deane AM.**
Improving outcomes in urological cancers: the impact of “multidisciplinary team meetings”.
International Journal of Surgery 2005;3:121–123.
39. **Sharma RA, Shah K, Glatstein E.**
Multidisciplinary team meetings: what does the future hold for flies raised in Wittgenstein’s bottle?
The Lancet 2009;10:98–9.
40. **Sauvagnac C, Beckendorf V, Lesur A, Luporsi E, Stines J, Falzon P, Bey P.**
Des traitements standard aux cas particuliers: la place des comités de décision thérapeutique en cancérologie.
Bulletin du Cancer 1999;86:767–772.
41. **Langley GJ, Moen RD, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP.**
The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance. San Francisco : JOSSEY-BASS, 2009:512.
42. **Castel, P.**
La gestion de l'incertitude médicale: approche collective et contrôle latéral en cancérologie. *Sciences sociales et santé* 2008;26:9–32.
43. **Hirsch E, Dubosc P, Farde F, Ferlender P, Guerrier M.**
La décision en médecine. La Lettre de l’Espace éthique AP-HP 2001.
Espace éthique 2013 :175. ISSN 1288–5525.
44. **Habermas J.**
Morale et communication.
Flammarion (coll. Champs) Paris, 1999:416.
45. **Durand-Zaleski I, Philip T.**
SOR Project: the French context.
British Journal of Cancer 2001;84:4–5.

46. **HAS – Haute Autorité de la Santé – Institut national du cancer– France.**
Indicateur RCP – Analyse descriptive des résultats agrégés 2010 et analyse des facteurs associés à la variabilité des résultats,2011.
Disponible sur: www.has-sante.fr/.
47. **Aberkane IJ.**
A simple paradigm for nooeconomics, the economy of knowledge.
Springer notes on complexity 2017:271–281. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01291105>.
48. **ENNAOUI ASMA.**
Impact sur la décision de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) en onco-urologie.
Thèse de doctorat, Université Cadi Ayyad– Faculté de *Médecine de Marrakech*;2019.
Disponible sur: <http://wd.fmpm.uca.ma/biblio/theses/annee-htm/FT/2019/these55-19.pdf>.
49. **Lamb BW, Jalil RT, Sevdalis N, Vincent C, Green JS.**
Strategies to improve the efficiency and utility of multidisciplinary team meetings in urology cancer care: a survey study.
BMC Health Services Research 2014;14:377.
<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/377>.
50. **Bazin N.**
De l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) au Développement Professionnel Continu (DPC).
Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique 2013;171:28–30.
51. **Da Silva GB.**
Le développement professionnel continu: une autre approche de l'analyse des pratiques de soins.
Sante Publique 2014 ;26:153–154.

52. **Gagliardi AR, Wright FC, Anderson MA, Davis D.**
The role of collegial interaction in continuing professional development.
Journal of Continuing Education in the Health Professions 2007;27:214–219.
53. **Prosper S.**
Favoriser l'égalité d'accès aux soins de qualité par la généralisation des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP).
Cahiers Droid, Sciences & Technologies 2015;5:139–148.
54. **Catt S, Fallowfield L, Jenkins V, Langridge C, Cox A.**
The informational roles and psychological health of members of 10 oncology multidisciplinary teams in the UK.
British journal of cancer 2005;93:1092–1097.
55. **National Cancer Action Team (NCAT).**
The Characteristics of an Effective Multidisciplinary Team (MDT). London: Public Health England, 2010.
Disponible sur: http://www.ncin.org.uk/cancer_type_and_topic_-_specific_work/multidisciplinary_teams/mdt_devel-opment. Accessed November 26, 2017.
56. **Yule S, Flin R, Paterson Brown S, Maran N, Rowley D.**
Development of a rating system for surgeons' non-technical skills.
Medical education 2006;40:1098–1104.
57. **Lecomte F.**
Les compétences non techniques: pourquoi s'y intéresse-t-on? Communications scientifiques. MAPAR – 34e Journées Internationales de Mises Au Point en Anesthésie–Réanimation, Paris, 3 et 4 juin 2016.
58. **Tardif J.**
L'évaluation des compétences: documenter le parcours de développement. 2006.

59. **Schmutz JB, Meier LL, Manser T.**
How effective is teamwork really? The relationship between teamwork and performance in healthcare teams: a systematic review and meta-analysis.
BMJ open 2019;9:e028280.
60. **Risser DT, Rice MM, Salisbury ML, Simon R, Jay GD, Berns SD.**
Error reduction and performance improvement in the emergency department through formal teamwork training: evaluation results of the Med Teams project.
Health services research 2002;37:1553-1581.
61. **Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME).**
ACGME Program requirements for graduate medical education in surgical critical care July1, 2017. Accessed November 25,2017.
Disponible sur: https://www.acgme.org/Portals/0/PFAssets/ProgramRequirements/442_surgical_critical_care_2017-07-01.pdf?ver=2017-05-25-084848903.(https://www.acgme.org/Portals/0/PFAssets/ProgramRequirements/CPRs_2017-07-01.pdf).
62. **Intercollegiate Surgical Curriculum Programme (ISCP).**The Intercollegiate Surgical Curriculum: Educating the surgeons of the future, 2016.
Disponible sur: https://www.iscp.ac.uk/static/public/syllabus/syllabus_gs_2016.pdf71.
63. **Hammick M, Freeth D, Koppel I, Reeves S, Barr H.**
A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide no.9.
Medical teacher 2007;29 :735-751.
64. **Uwer L.**
Pluridisciplinarité en cancérologie: Bilan d'activité 2000 de concertation pluridisciplinaire des tumeurs des os et parties molles de l'adulte au centre Alexis Vautrin.
Thèse de Doctorat, Université Henri Poincaré de Nancy -Faculté de Médecine de Nancy 2007.
65. **Taylor C, Ramirez AJ.**
Multidisciplinary team members' views about MDT working: results from a survey commissioned by the National Cancer Action Team. London. NHS National Cancer Action Team 2009.

66. **Powell HA, Baldwin DR.**
Multidisciplinary team management in thoracic oncology: more than just a concept?.
European Respiratory Journal 2014;43:1776–1786.
67. **van Huizen LS, Dijkstra P, Halmos GB, van den Hoek JG, van der Laan KT, et al.**
Does multidisciplinary videoconferencing between a head-and-neck cancer centre and its partner hospital add value to their patient care and decision-making? A mixed-method evaluation.
BMJ open, 2019;9: e028609.
68. **Aghdam MRF, Vodovnik A, Hameed RA.**
Role of telemedicine in multidisciplinary team meetings.
Journal of Pathology Informatics 2019;10:35.
69. **Lamb BW, Brown KF, Nagpal K, Vincent C, Green JS, Sevdalis N.**
Quality of care management decisions by multidisciplinary cancer teams: a systematic review.
Ann Surg Oncol 2011;18:2116–25.
70. **Dufour JC, Barlesi F, Fieschi D, Torre JP, Chinot, Ficschi M.**
Gérer et améliorer les décisions des réunions de concertation pluridisciplinaires en oncologie: un cadre conceptuel utilisant des outils informatisés d'aide à la décision. In
Risques, Technologies de l'Information pour les Pratiques Médicales.
Springer 2009;203–212.

قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف
والأحوال باذلة وسعي في إنقاذها 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 يصغرني، وأكون أختاً لكل زميل في المهنة
الطبية متعاونين على البر والتقوى.

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

والله على ما أقول شهيدا

سنة 2020 أطروحة رقم 148
تأثير الاجتماع التشاوري متعدد التخصصات على الأطباء
في طور التدريب
تجربة الاجتماع التشاوري متعدد التخصصات
في طب الأورام النسائية

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2020/07/17
من طرف

الآنسة فتيحة الطالببي

المزودة في 11 يوليوز 1992 بمراكش
لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

اجتماع التشاوري متعدد التخصصات – طب الأورام النسائية والثديية – بيداغوجيا
– التكوين المستمر

اللجنة

السيد	ح. أسموكي	الرئيس
	أستاذ في جراحة النساء والتوليد	
السيدة	غ. بالبركة	المشرف
	أستاذة مبرزة في طب الأورام و الأنكولوجيا	
السيدة	ب. فاخر	الحكم
	أستاذة في جراحة طب النساء والتوليد	