



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

Année 2021

Thèse N° 124

«Evaluation des réunions de concertation
pluridisciplinaires en oncologie en distanciel
pendant la phase Covid-19»

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 23/06/2021

PAR

Mme. **Kaoutar OUCHIKH**

Née Le 23/11/1994 à Marrakech

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

Réunion de concertation pluridisciplinaire – Covid-19 – Réunions à distance

JURY

Mme.	M. KHOUCHANI Professeur en Radiothérapie-Oncologie	PRESIDENTE
M.	K. RABBANI Professeur en Chirurgie Viscérale	RAPPORTEUR
M.	A. EL OMRANI Professeur en Radiothérapie-Oncologie	} JUGES
Mme.	M. OUALI IDRISSE Professeur de Radiologie	



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

"رب أوزعني أن أشكر نعمتك

التي أنعمت عليّ وعلى والديّ

وأن أعمل صالحاً ترضاه

وأصلح لي في ذريّتي

إني تبت إليك و إني من المسلمين"

صدق الله العظيم





Serment d'hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale,

Je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

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

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

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

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

Les médecins seront mes frères.

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

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

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

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	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie- réanimation	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillo faciale	FOURAJI Karima	Chirurgie pédiatrique
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	GHOUNDALE Omar	Urologie
ADALI Imane	Psychiatrie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADMOU Brahim	Immunologie	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique
AISSAOUI Younes	Anesthésie - réanimation	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- reanimation
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AMAL Said	Dermatologie	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	KISSANI Najib	Neurologie
AMMAR Haddou	Oto-rhino- laryngologie	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie - Virologie	LAKMICHI Mohamed Amine	Urologie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique	LAOUAD Inass	Néphrologie
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie - générale

BASRAOUI Dounia	Radiologie	MADHAR Si Mohamed	Traumato- orthopédie
BASSIR Ahlam	Gynécologie- obstétrique	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BELKHOUS Ahlam	Rhumatologie	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chiru maxillo faciale
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Néonatalogie)
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BENELKHAIAI 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
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo- phtisiologie	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie- obstétrique	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie - chimie	NAJEB Youssef	Traumato- orthopédie
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio- vasculaire	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BOURRAHOUEAT Aicha	Pédiatrie	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
BOURROUS Monir	Pédiatrie	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
CHAFIK Rachid	Traumato- orthopédie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHAKOUR Mohamed	Hématologie Biologique	QACIF Hassan	Médecine interne
CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	QAMOUSS Youssef	Anesthésie- réanimation
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RADA Nouredine	Pédiatrie
DAHAMI Zakaria	Urologie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino- laryngologie
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	ROCHDI Youssef	Oto-rhino laryngologie
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 IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie - virology
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

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	FAKHRI Anass	Histologie- embryologie cytogénétique
ALJ Soumaya	Radiologie	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	KADDOURI Said	Médecine interne
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
BELBACHIR Anass	Anatomie- pathologique	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MARGAD Omar	Traumatologie - orthopédie
BELHADJ Ayoub	Anesthésie -Réanimation	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-rhino-laryngologie
BENALI Abdeslam	Psychiatrie	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo- phtisiologie	NADER Youssef	Traumatologie - orthopédie
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	OUBAHA Sofia	Physiologie
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	SAJIAI Hafsa	Pneumo- phtisiologie
CHRAA Mohamed	Physiologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
DAROUASSI Youssef	Oto-rhino - Laryngologie	SEDDIKI Rachid	Anesthésie - Réanimation

EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	SERGHINI Issam	Anesthésie – Réanimation
EL HAOUATI Rachid	Chirurgie Cardio- vasculaire	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	ZARROUKI Youssef	Anesthésie – Réanimation
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDELFTTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	ELOUARDI Youssef	Anesthésie réanimation
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio-vasculaire	EL-QADIRY Rabi	Pédiatrie
ABOULMAKARIM Siham	Biochimie	ESSADI Ismail	Oncologie Médicale
ACHKOUN Abdessalam	Anatomie	FDIL Naima	Chimie de Coordination Bio- organique
AIT ERRAMI Adil	Gastro-entérologie	FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique
AKKA Rachid	Gastro - entérologie	HAJHOUI Farouk	Neurochirurgie
ALAOUI Hassan	Anesthésie – Réanimation	HAJJI Fouad	Urologie
AMINE Abdellah	Cardiologie	HAMMI Salah Eddine	Médecine interne
ARROB Adil	Chirurgie réparatrice et plastique	Hammoune Nabil	Radiologie
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	HAMRI Asma	Chirurgie Générale
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
BELLASRI Salah	Radiologie	LAMRANI HANCH Asmae	Microbiologie-virologie
BENANTAR Lamia	Neurochirurgie	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	MAOUJOURD Omar	Néphrologie
BENZALIM Meriam	Radiologie	MEFTAH Azzelarab	Endocrinologie et maladies métaboliques
BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie	MILOUDI Mohcine	Microbiologie – Virologie
CHAHBI Zakaria	Maladies infectieuses	NASSIH Houda	Pédiatrie
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
CHETTATI Mariam	Néphrologie	OUMERZOUK Jawad	Neurologie

DAMI Abdallah	Médecine Légale	RAGGABI Amine	Neurologie
DARFAOUI Mouna	Radiothérapie	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-organique	ROUKHSI Redouane	Radiologie
EL FADLI Mohammed	Oncologie médicale	SALLAHI Hicham	Traumatologie- orthopédie
EL FAKIRI Karima	Pédiatrie	SAYAGH Sanae	Hématologie
EL GAMRANI Younes	Gastro-entérologie	SBAAI Mohammed	Parasitologie-mycologie
EL HAKKOUNI Awatif	Parasitologie mycologie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
EL HAMZAOUI Hamza	Anesthésie réanimation	SIRBOU Rachid	Médecine d'urgence et de Catastrophe
EL KHASSOUI Amine	Chirurgie pédiatrique	WARDA Karima	Microbiologie
ELATIQI Oumkeltoum	Chirurgie réparatrice et plastique	ZBITOU Mohamed Anas	Cardiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio- vasculaire
ELJAMILI Mohammed	Cardiologie		

LISTE ARRETEE LE 01/02/2021



DÉDICACES



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

Marcel Proust.



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

Je dédie cette thèse ... 

A mes très chers parents :

Ouchíkh Mohamed et Halíma El moumí

C'est pour moi un jour d'une grande importance, car je sais que vous êtes à la fois fières et heureux de voir le fruit de votre éducation et de vos efforts inlassables se concrétiser.

Je ne sais pas si les mots avaient prévu de décrire des parents aussi dignes de leur titre, mais je sais que vous avez été les parents exemplaires que j'ai toujours voulu rendre fière.

C'est grâce à votre amour, votre tendresse et vos prières, qu'aujourd'hui, j'espère que vous trouverez dans ce travail, l'aboutissement de ces longues années de sacrifices et la concrétisation d'une profonde gratitude.

Merci de m'avoir tant donnée sans attendre à recevoir.

Chaque ligne de cette thèse chaque mot et chaque lettre vous exprime la reconnaissance, le respect, l'estime et le merci d'être mes parents.

Puisse Dieu m'aider pour rendre un peu soit-il de ce que vous m'avez donné.

A mon amour éternel Mohamed El Kinaní

Ta rencontre a bouleversé ma vie dans le bon sens. Tous les mots ne sauraient exprimer mon amour, ma gratitude et la reconnaissance que j'éprouve envers toi. Merci de me challenger, de me pousser à mes limites, de me calmer, souvent et de m'aider à se concentrer et surtout merci de me pousser à donner le meilleur de moi dans mon métier.

Je ne te remercierai jamais assez pour ton soutien, ta présence, ton écoute, tes encouragements et le bonheur que tu me procure.

Je n'imaginerai pas la vie sans toi, tu es mon oxygène, ma boussole, mon tout.

Je te souhaite tout le bonheur que tu mérites.

A mes Très chers frères Badr et Rida :

Vous étiez toujours là pour moi dans les bons comme dans les mauvais moments, vous m'avez pris doucement par la main pour traverser ensemble des épreuves pénibles ; vous m'avez soutenu et comblé tout au long de mon parcours je ne saurais exprimer l'amour et la Tendresse que j'ai pour vous.

Puisse DIEU, le tout puissant, vous préserve du mal et vous accordé santé, prospérité et longue vie. Je vous dédie ce travail le ntémoignage de mon grand amour.

A la mémoire de mes très chers grands-parents Paternels et Maternels :

J'aurais tant aimé que vous soyez présents. Que votre âme repose en paix. Que Dieu tout puissant vous accordé sa clémence et sa miséricordé.

A tous mes oncles et mes tantes:

Ce travail est aussi le fruit de vos encouragements et de vos bénédictions. Soyez assurés de ma profonde gratitude. Puisse dieu vous procurer bonheur et prospérité.

A la famille Ouchikh, El moumi, El kinaní et Bensalih :

Vous m'avez soutenu et comblé tout au long de mon parcours .Que ce Travail soit témoignage mes sentiments les plus sincères et les plus affectueux.

Puisse dieu vous procurer bonheur et prospérité.

A mes très chères amies :

En souvenir des moments merveilleux que nous avons passés et aux liens solides qui nous unissent. Un grand merci pour votre soutien, vos encouragements, votre aide. J'ai trouvé en vous le refuge de mes chagrins et mes secrets. Avec toute mon affection et estime, je vous souhaite beaucoup de réussite et de bonheur, autant dans votre vie professionnelle que privée. Je prie Dieu pour que notre amitié et fraternité soient éternelles.

A tous mes amis et collègues, A mes maîtres de la Faculté de Médecine Et de Pharmacie de Marrakech.

En témoignage de mes profonds respects.

Ce travail est aussi le vôtre A tous ceux qui me sont chers et que j'ai omis de citer





REMERCIEMENTS



A notre maître et rapporteur de thèse

Professeur Khalid Rabbani

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de nous confier ce travail. Nous vous remercions de votre patience, votre disponibilité, de vos encouragements et de vos précieux conseils dans la réalisation de ce travail. Votre compétence, votre dynamisme et votre rigueur ont suscité en nous une grande admiration et un profond respect. Vos qualités professionnelles et humaines nous servent d'exemple. Veuillez croire à l'expression de ma profonde reconnaissance et de mon grand respect.

A notre maître et présidente de thèse

Professeur Mouna Khouchani

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de présider notre jury. Nous vous remercions de votre enseignement et nous vous sommes très reconnaissants de bien vouloir porter intérêt à ce travail. Nous avons bénéficié, au cours de nos études, de votre enseignement clair et précis. Votre gentillesse, vos qualités humaines, votre modestie n'ont rien d'égal que votre compétence. Veuillez trouver ici, Professeur, l'expression de nos sincères remerciements.

A notre maître et juge de thèse

Professeur Abdelhamid El Omrani

Nous vous remercions de nous avoir honorés par votre présence. Nous vous remercions de votre enseignement et nous vous sommes très reconnaissants de bien vouloir porter intérêt à ce travail. Vous avez accepté aimablement de juger cette thèse. Cet honneur nous touche infiniment et nous tenons à vous exprimer notre profonde reconnaissance. Veuillez accepter, cher maître, dans ce travail l'assurance de notre estime et notre profond respect.

A notre maître et juge de thèse

Professeur Mariem Ouali Idrissi

Nous sommes infiniment sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger parmi notre jury de thèse. Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude pour votre bienveillance et votre simplicité avec lesquelles vous nous avez accueillis. Veuillez trouver ici, cher Maître, le témoignage de notre grande estime et de notre sincère reconnaissance.



ABRÉVIATIONS



Liste d'abréviation

RCP	: Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
FRCP	: Fiche de réunion de concertation pluridisciplinaire
CHU	: Centre hospitalier universitaire
FFI	: Faisant fonction d'interne
TNM	: Tumor Nodes Metastases.
RT-CHT	: Radio-chimiothérapie
CHT	: Chimiothérapie
NEO-ADJ	: Néo adjuvant
ADJ	: Adjuvant
PNPCC	: Plan National de Prévention Contre le Cancer
FMC	: Formation Médicale Continue
AMM	: Autorisation de Mise sur le Marché
ESMO	: La Société Européenne d'Oncologie Médicale
DCC	: Dossier communicant de cancérologie
HAS	: Haute autorité de santé
INO	: Institut nationale d'oncologie



PLAN



INTRODUCTION	1
MATERIELS ET METHODES	4
I. Type de l'étude	5
II. Population de l'étude	5
III. Critères d'inclusion	5
IV. Critères d'exclusion	6
V. Le questionnaire	6
VI. Déroulement de l'étude	7
VII. L'analyse statistique	7
RESULTATS	8
I. RESULTATS DE L'ETUDE QUALITATIVE	9
1. Caractéristiques de la population	9
2. Intérêt porté à la RCP	10
3. Le maintien de la RCP pendant la période de covid-19	10
4. La présence et le rythme de participation à la RCP pendant la période de covid-19	10
5. Le but dans lequel est organisée cette RCP pendant la période covid-19	11
6. Le respect des mesures sanitaires nationales pendant covid-19	12
7. Les réunions dématérialisées	12
8. Présentation des dossiers en distanciel	13
9. Les groupes de patients référés aux RCP	15
10. Degrés et raison de satisfaction ou d'insatisfaction des RCP en distanciel	15
11. Désaccord avec la décision de la RCP et attitude en cas de désaccord	17
12. Décision appliquée	19
13. Décision proposée par la RCP	19
14. Information du patient de la décision retenue de la RCP	20
15. La valeur pédagogique de la RCP pendant le covid-19	21
16. D'accord ou en désaccord, quant à l'impact de la RCP pendant le covid-19 sur les médecins en formation	21
II. RESULTATS DE L'ETUDE QUANTITATIVE	22
1. Aspects diagnostiques et thérapeutiques des patients présentés en RCP en oncologie pendant la période covid-19	23
2. Aspects qualitatifs (les critères de qualité)	29
DISCUSSION	30
I. Historique de la RCP en oncologie	31
II. Fonctionnement et organisation de la RCP	33
1. Organisation de la RCP	34
2. Comment se déroule une RCP ?	34
3. Analyse des dossiers de patients	36
4. Avis de la RCP	36
5. Documentation	36
III. Objectifs et avantages de la RCP	37

IV. Les critères de qualité de la RCP	38
V. RCP et COVID-19	38
VI. Evaluation des critères quantitatifs de la RCP onco-chirurgie viscérale pendant la période de covid-19	39
1. Le nombre de dossiers traités par RCP	39
2. Le taux du passage en RCP [Exhaustivité]	39
VII. Apports de la RCP onco-chirurgie viscérale dans la prise en charge des patients pendant le covid-19	41
VIII. Analyse des critères qualitatifs de la RCP en onco-chirurgie viscérale pendant la période de covid-19	42
1. La participation aux réunions de concertation pluridisciplinaire	44
2. Les dossiers discutés en RCP	44
3. La discussion collégiale et la gestion des désaccords	45
4. Impact de la RCP sur les médecins en formation	47
IX. La valeur pédagogique de la RCP pendant la période de covid-19	47
1. La RCP et le besoin de collégialité	47
2. La formation médicale continue [FMC]	48
3. Le rôle de la RCP dans l'enseignement de la prise de décision	49
X. Points forts et limites de notre RCP en distanciel	51
XI. Les interventions en vue de promouvoir la valeur pédagogique de la RCP	52
1. Stimuler la participation à la RCP	52
2. Meilleure organisation logistique de la RCP	52
3. Documentation numérique des décisions médicales	53
4. Développement des outils aide à la prise de décision	54
CONCLUSION	55
ANNEXE	58
RESUMES	65
BIBLIOGRAGHIE	72



INTRODUCTION



Le cancer est un problème de santé publique au Maroc. Il s'agit d'une pathologie complexe dont la prise en charge implique une équipe multidisciplinaire qualifiée. Le patient et son entourage sont soumis à la diversité des modalités thérapeutiques, mais aussi aux contraintes administratives inhérentes aux déplacements entre différentes consultations spécialisées, ce qui risque d'avoir un impact négatif aussi bien sur le retard du traitement ainsi que sur la qualité de vie et sur le plan psychologique déjà fragilisé dans ce contexte.

La réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) représente une véritable plaque tournante dans la prise en charge des patients cancéreux. C'est l'occasion pour rassembler les différents acteurs impliqués dans la prise en charge du cancer (chirurgiens, oncologues, radiothérapeutes, anatomopathologistes, radiologues et urologues...) autour des dossiers des patients pour une discussion globale et multiparamétriques afin de régler toutes les problématiques, d'ordre diagnostic et /ou thérapeutiques.

La pratique de la cancérologie ne peut se concevoir en dehors d'un cadre multidisciplinaire [11]. 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 [12].

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.

La discussion en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) du dossier de tout nouveau patient atteint de cancer est obligatoire depuis le Plan Cancer 2003-2007[6].

Le Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer (PNPCC 2010-2019) élaboré par la Fondation Lalla Salma de lutte contre le cancer, a la volonté de structurer l'activité liée aux soins, à la prévention et à la recherche pour donner les mêmes chances à tous les patients

Atteints de cancer [9]. Dans ce contexte d'homogénéisation des pratiques et de l'amélioration des soins, les mesures 55 et 61 sur la coordination des activités de prise en charge et le dispositif d'annonce, structurent le processus décisionnel et l'annonce de la maladie et des patients cancéreux et de guérir 50% des patients traités [9]. Cet objectif ambitieux ne pourrait voir le jour sans engagement des praticiens impliqués dans la prise en charge des patients cancéreux à l'échelle nationale à adopter la RCP comme institution en dehors de laquelle ne peut se concevoir aucune prise en charge d'un patient cancéreux.

Depuis plusieurs mois que l'épidémie à SARS-CoV2 a bouleversé la prise en charge des patients atteints de cancer dans toutes les régions du Maroc, Dans la mesure du possible, maintenir la tenue des RCP avec un triple objectif : Ne pas retarder la prise en charge des patients qui en ont besoin, ne pas mobiliser inutilement les médecins non absolument nécessaires à la discussion, ne pas favoriser la transmission du virus entre les médecins de la RCP [10].

Il est vivement conseillé de privilégier la mise en place de réunions dématérialisées, en s'appuyant sur la visioconférence ou la téléconférence, y compris si les médecins exercent dans le même établissement [10].

Notre travail est une étude à double volet (qualitatif et quantitatif) visant à dresser une évaluation globale et objective de la RCP en oncologie au centre hospitalier universitaire Mohamed VI, qui nous a permis d'observer comment les RCP se sont adaptées à l'épidémie, au confinement qui en découle depuis le 16 mars.



*MATERIELS
ET METHODES*



I. Type de l'étude :

Ce présent travail est une étude transversale avec analyse prospective afin d'évaluer la RCP en oncologie /chirurgie viscérale 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 oncologie.
- Une analyse quantitative par un audit prospectif des dossiers présentés à la RCP en oncologie/chirurgie viscérale allant de juin 2020 à mai 2021.

II. Population de l'étude

Le premier volet de cette étude s'est penché sur une appréciation des participants à la RCP d'oncologie à l'Hôpital universitaire Mohamed VI. Tous les médecins participants régulièrement ou occasionnellement à cette réunion ont reçu un questionnaire envoyé par mail.

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

III. Critères d'inclusion :

- Patients ayant plus de 16 ans
- Présence d'un primitif
- Type histologique et stade

- Décision thérapeutique
- Dossier présenté au moins une seule fois à la RCP

IV. Critères d'exclusion :

- Absence de confirmation anatomopathologique
- Absence du type histologique et de stadification
- Absence d'une décision thérapeutique
- Dossier non présenté à la RCP

V. Le questionnaire (Voir Annexe 1)

Le questionnaire recueille l'opinion des médecins sur la RCP en distanciel pendant la période de covid-19 et la façon dont ils intègrent l'avis de la RCP à leur décision.

Ce questionnaire comprend 25 questions sous formes de questions à choix unique ou multiples, permettant de réaliser une évaluation globale et objective de la RCP.

Ce questionnaire s'est d'abord intéressé au statut et à la spécialité de chaque participant.

Puis au maintien de la RCP et à la régularité de participation aux RCP pendant la période de covid-19 et l'intérêt et le but porté à ces réunions.

Ensuite il s'est penché sur la présentation des dossiers par des réunions dématérialisées et les groupes de patients référés.

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

Enfin il a été clôturé par la valeur pédagogique de la RCP et son impact sur les médecins en formation pendant le covid-19 et la présence de solutions des obstacles pour l'amélioration de la valeur éducative de la RCP en distanciel.

VI. Déroulement de l'étude

Le questionnaire a été rédigé sur le site Google forms. Le lien généré par le site fut envoyé par

Mail aux participants le 05/03/2021, leur participation était volontaire avec respect de l'anonymat. Le temps de réponse moyen étant de 05 minutes. Il a été procédé à quatre rappels à 15 jours d'intervalles. Le recueil des réponses a été clôturé le 20/05/2021 soit 2 mois et demi après le premier envoi (Voir Annexe 1).

Concernant la deuxième partie de l'étude, nous avons procédé à une étude prospective des dossiers présentés lors de la RCP en oncologie/chirurgie viscérale sur une période étalée sur 11 mois entre juin 2020 et mai 2021. Une fiche d'exploitation a été élaborée pour recueillir les données épidémiologiques de même que les aspects diagnostiques, thérapeutiques ainsi que les décisions des RCP, à partir du registre et des fiches de la RCP d'oncologie lors de la même période (Voir Annexe 2).

VII. L'analyse statistique :

Toutes les données de cette étude recueillie 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 prospective 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

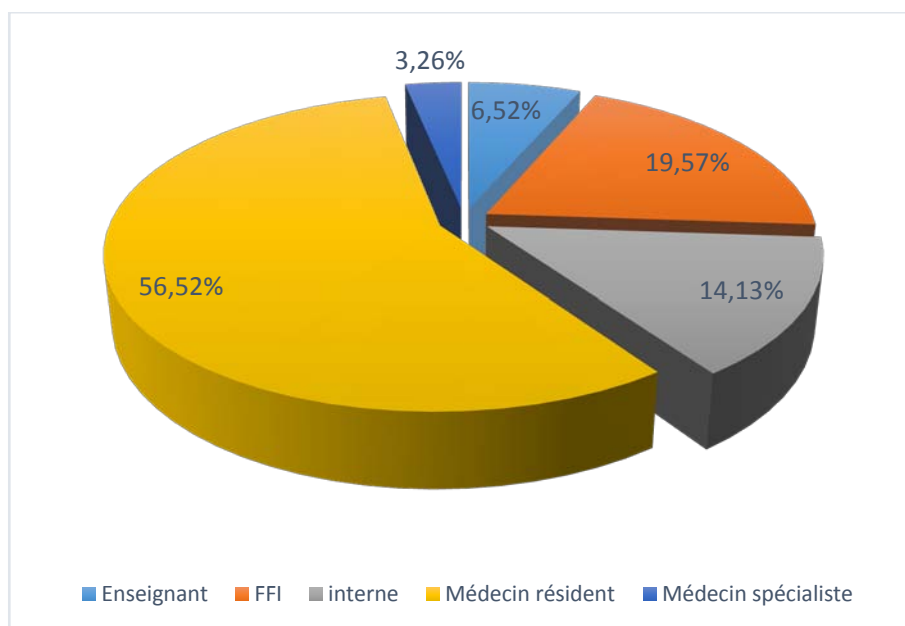


I. RESULTATS DE L'ETUDE QUALITATIVE

Nous avons envoyé un total de 100 questionnaires. 92 médecins des différents services impliqués dans la RCP l'ont rempli, soit 92% des médecins qui ont répondu.

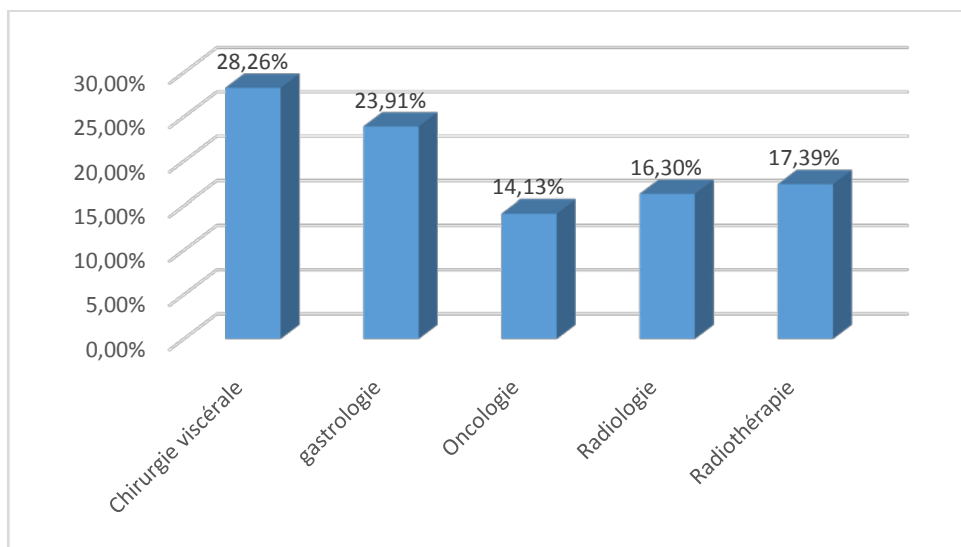
1. Caractéristiques de la population :

- La répartition des médecins participants selon le statut était comme suit : 56,52% des médecins était des résidents (soit 52 résidents), 19,57% était des FFI (soit 18 FFI), suivi des internes 14,13% (soit 13 internes), ensuite les enseignants 6,52% (soit 6 enseignants) et enfin les médecins spécialistes 3,26% (soit 3 spécialistes) [Figure 1].



[Figure 1] Répartition des participants selon leur statut

- Ces médecins se répartissent selon leur spécialité comme suit : 26 chirurgiens viscéraux soit 28,26%, 22 gastrologues soit 23,91%, 16 radiothérapeutes soit 17,39% ,15 radiologues soit 16,30% et 13 oncologues médicaux soit 14,13% [Figure 2].



[Figure 2] Répartition des participants selon leur spécialité

2. Intérêt porté à la RCP :

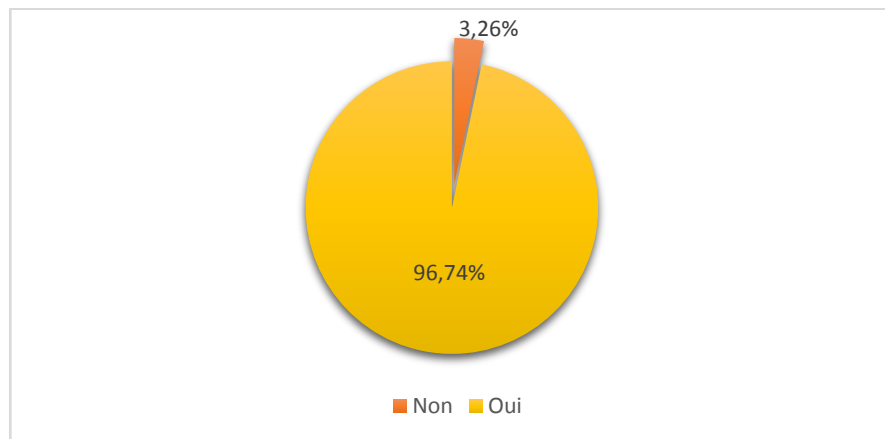
Tous les médecins étaient convaincus par l'intérêt de cette réunion de concertation pluridisciplinaire.

3. Le maintien de la RCP pendant la période de covid-19 :

La RCP est maintenue pendant la période de covid-19 (tous les médecins ont répondu oui).

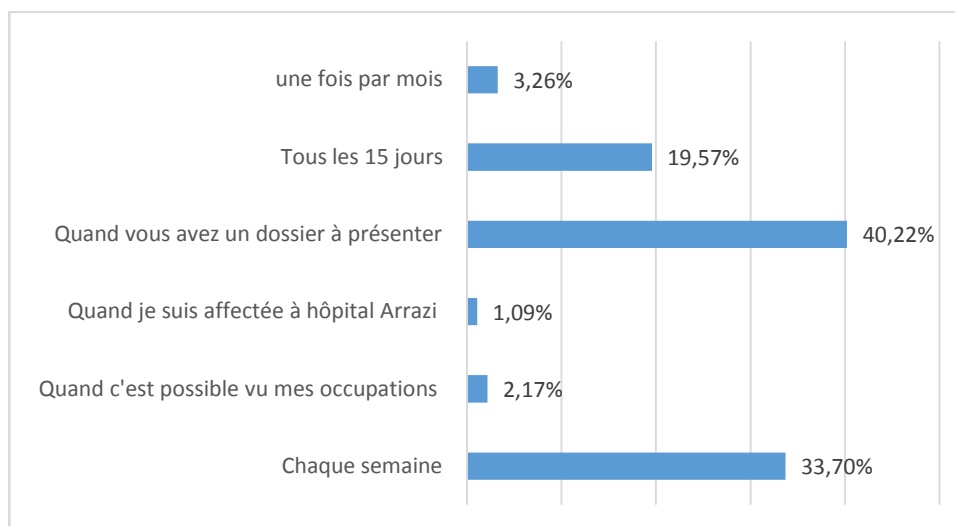
4. La présence et le rythme de participation à la RCP pendant la période de covid-19 :

- 96,74% participaient à la RCP alors que 3,26% des médecins ne participaient pas [Figure 3]



[Figure 3] Présence des médecins à la RCP pendant la période de covid-19

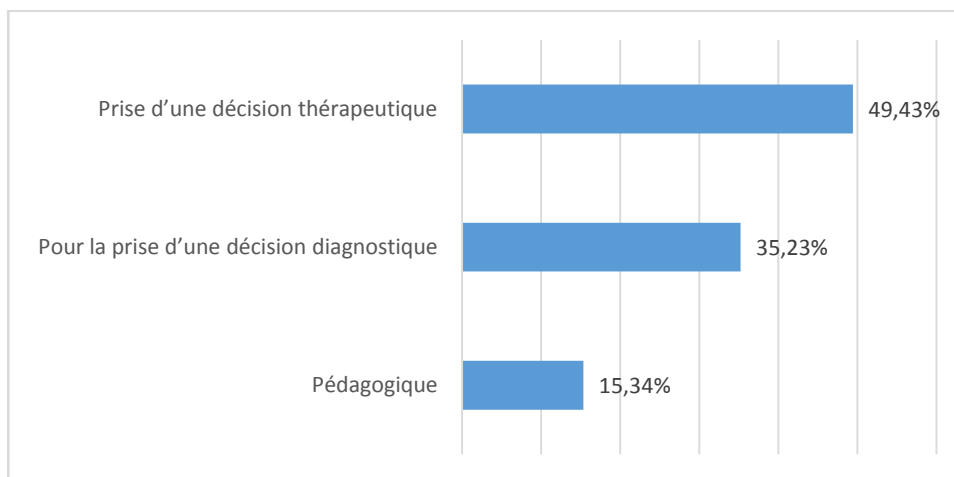
- 40,22% des participants assistent quand ils ont un dossier à présenter, 33,70% assistent chaque semaine à la RCP alors que 19,57% assistent tous les 15 jours [Figure 4].



[Figure 4] Le rythme de participation à la RCP

5. Le but dans lequel est organisée cette RCP pendant la période covid-19 :

La prise d'une décision thérapeutique représentait le premier but (soit 49,43%) pour lequel la RCP est organisée, suivi par la prise d'une décision diagnostique soit 35,23% alors que le but pédagogique derrière la réalisation de cette RCP a été mentionné par 15,34% des participants [Figure 5].



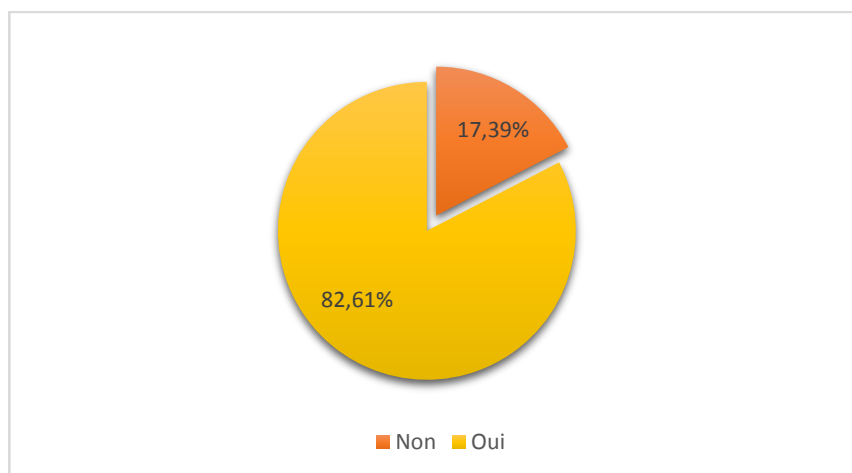
[Figure 5] Buts de participation à la RCP selon les médecins en formation

6. Le respect des mesures sanitaires nationales pendant covid-19 :

Tous les médecins respectent les mesures sanitaires nationales pendant covid-19 en veillant à tenir régulièrement informer de leur éventuelle mise à jour.

7. Les réunions dématérialisées :

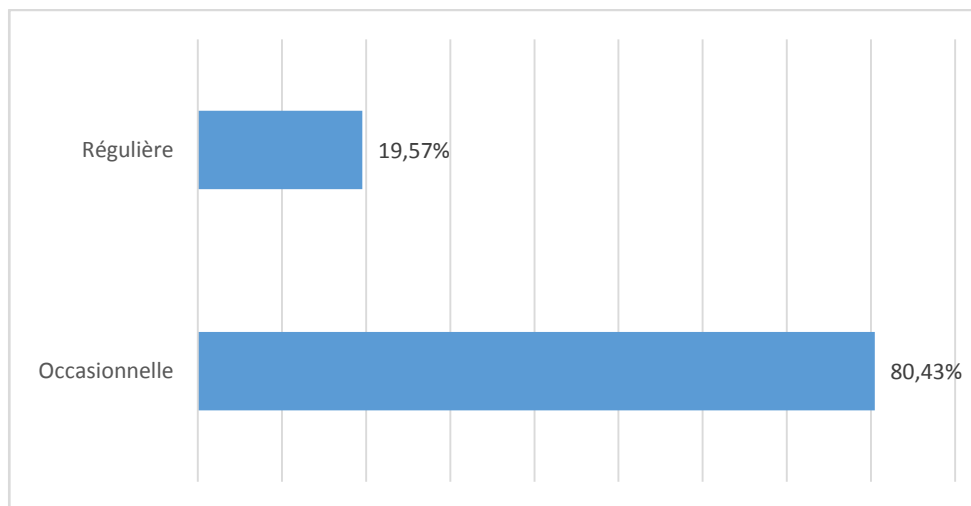
82,61% des médecins favorisent les réunions dématérialisées alors que 17,39% des médecins sont pour le présentiel. [Figure 6]



[Figure 6] les avis des médecins sur les réunions dématérialisées

8. Présentation des dossiers en distanciel :

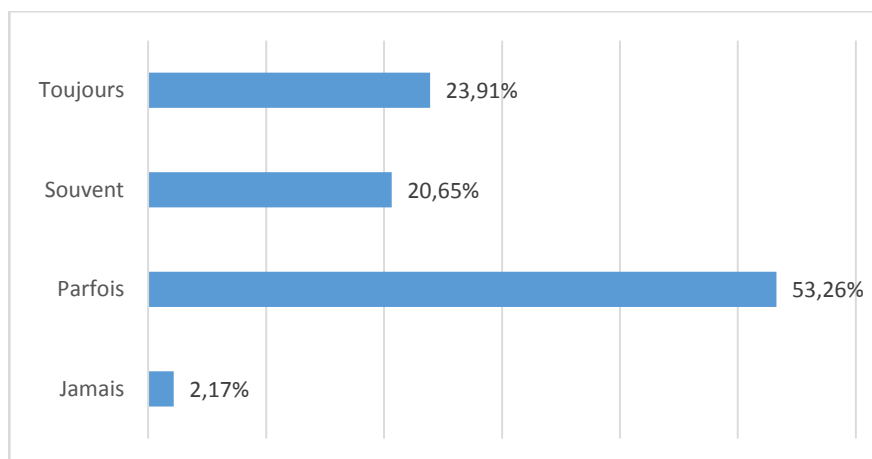
80,43% des participants présentent leurs dossiers occasionnellement alors que 19,57% les présentent régulièrement. [Figure 7]



[Figure 7] Rythme de présentation des dossiers

- Présentation du dossier par le médecin lui-même :

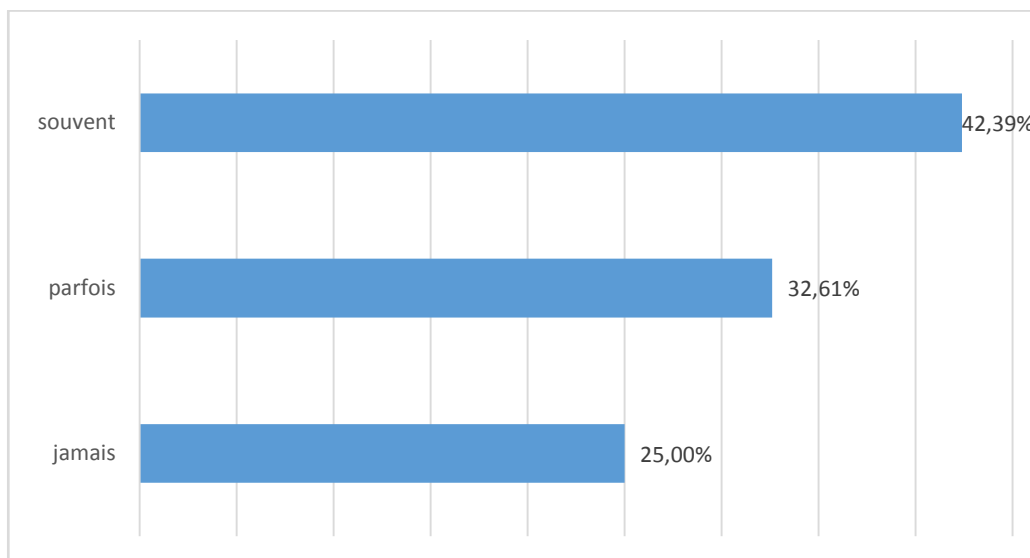
Les médecins participants à la RCP présentaient leurs propres dossiers : parfois dans plus que la moitié des cas, Toujours dans 23,91% des cas et souvent dans 20,65% des cas et jamais dans 2,17% [Figure 8].



[Figure 8] La fréquence de présentation des dossiers par le médecin lui-même

- Confier la présentation du dossier à un collègue :

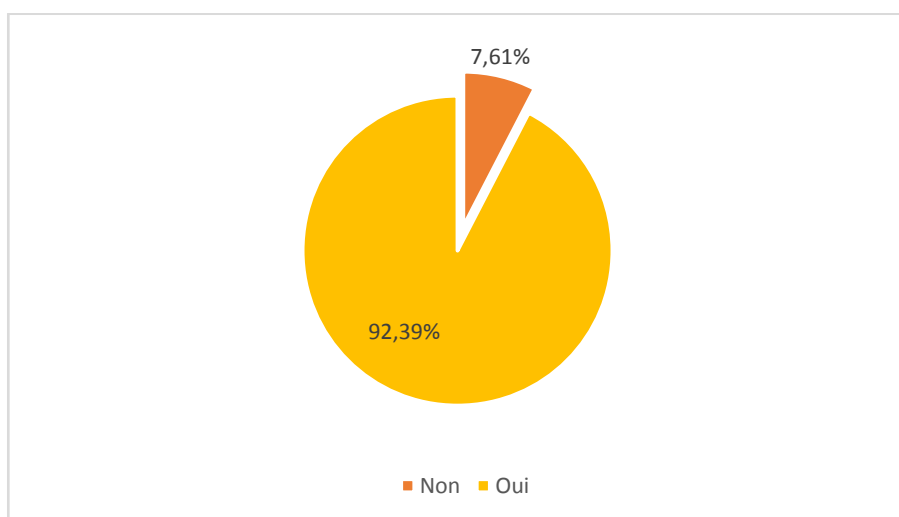
Les médecins ont confié souvent leurs dossiers à un collègue dans 42,39% des cas, tandis que 32,61% d'entre eux confient leurs dossiers parfois à un collègue, alors que 25% n'ont jamais confié leurs dossiers à un collègue [Figure 9].



[Figure 9] Confier la présentation des dossiers à un collègue

- Présentation des dossiers complexes :

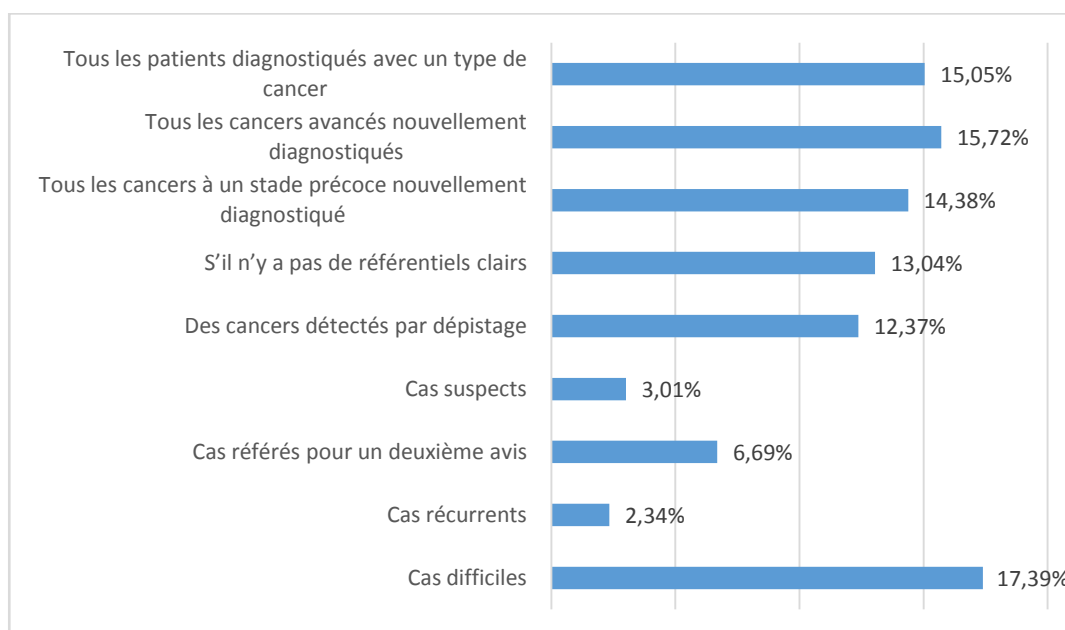
92,39% des médecins présentent leurs dossiers en priorisant les plus complexes. [Figure 10].



[Figure 10] pourcentage de présentation des dossiers complexes.

9. Les groupes de patients référés aux RCP :

Selon les médecins, les cas discutés à la RCP étaient essentiellement les cas difficiles (17,39%), suivis des cancers avancés nouvellement diagnostiqués et les patients diagnostiqués avec un type de cancer (15% chacun), ensuite les cas de cancers précoces nouvellement diagnostiqués (14,38%), puis quand il n'y a pas de référentiels clairs (13%) et ainsi les cancers détectés par dépistage (12,37%). [Figure 11].

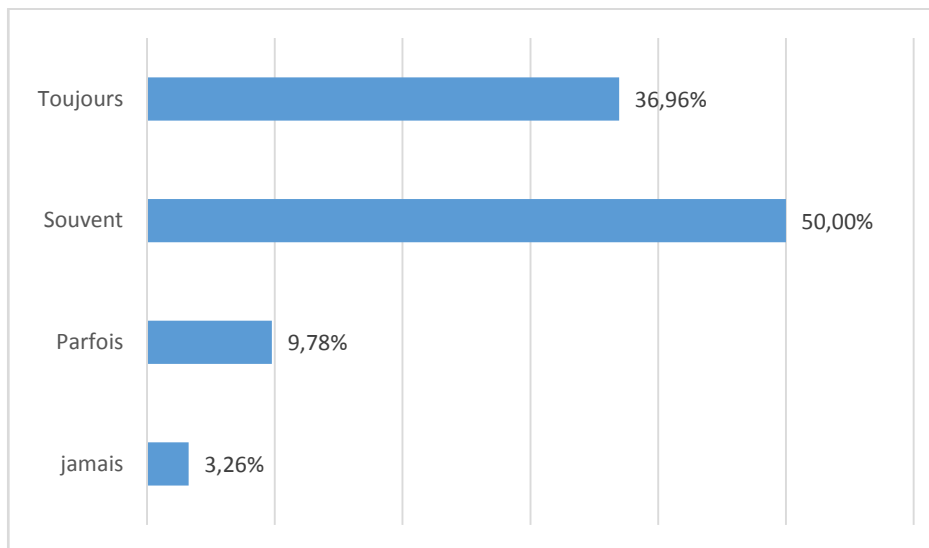


[Figure 11] les groupes de patients référés aux RCP

10. Degrés et raison de satisfaction ou d'insatisfaction des RCP en distanciel :

- Degrés de satisfaction de la RCP en distanciel :

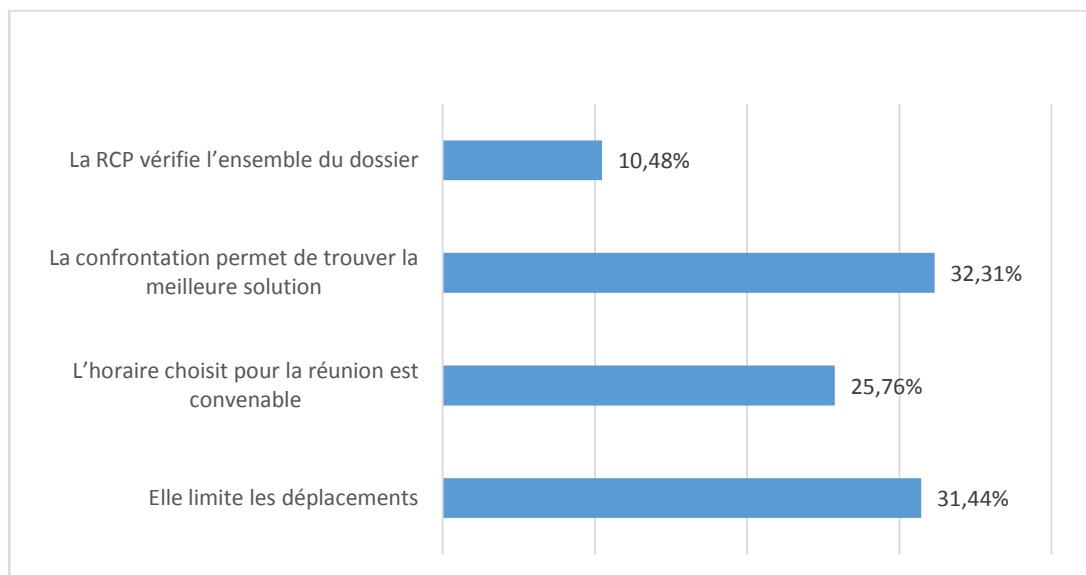
La RCP en distanciel a été souvent satisfaisante pour la moitié des médecins, toujours satisfaisante pour 36,96% et parfois satisfaisante pour 9,78% d'entre eux et 3,26% des participants ont déclaré n'être jamais satisfait [figure 12].



[Figure 12] Satisfaction après délibération

• Raison de satisfaction de la RCP en distanciel :

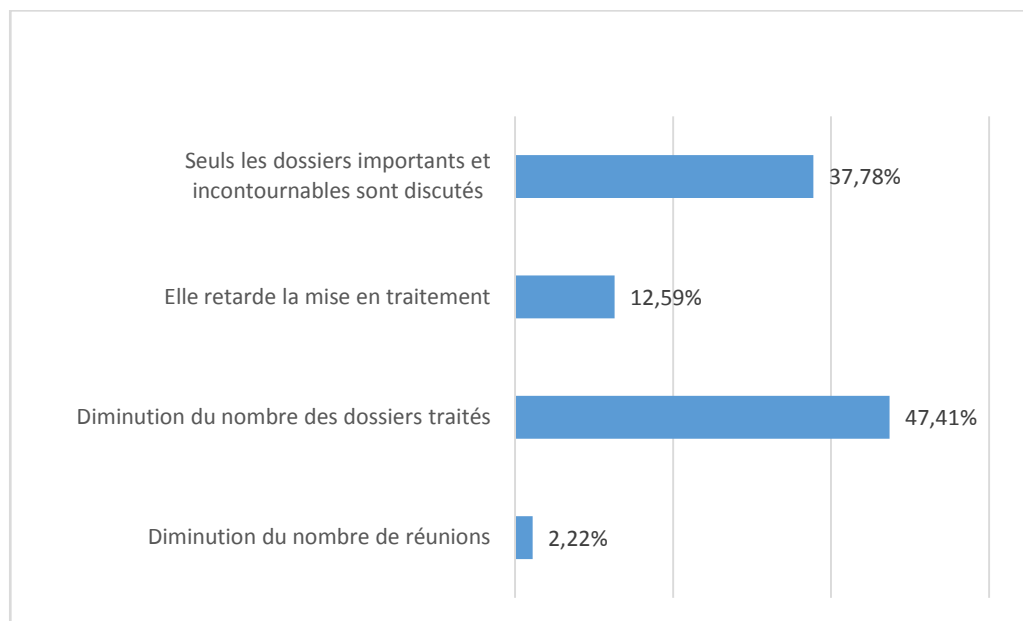
La RCP en distanciel a permis selon 74 participants (soit 32,31%) une confrontation assurant la meilleure solution pour le patient, selon 72 participants (soit 31,44%) la RCP en distanciel a limité les déplacements des médecins. Pour 59 participants (soit 25,76%) l'horaire choisit pour la réunion est convenable et selon 24 participants (10,48%) la RCP a assuré la vérification de l'ensemble des dossiers [Figure 13].



[Figure 13] Les raisons de la satisfaction des RCP en distanciel

- Raisons d’insatisfaction de la RCP en distanciel :

La RCP en distanciel a diminué le nombre des dossiers traités selon 64 participants soit (47,41%). 51 participants soit (37,78%) trouvent que seuls les dossiers importants et incontournables sont discutés. La RCP en distanciel a été impliquée selon 17 participants soit (12,59%) dans le retard de la mise en traitement des dossiers et seuls 3 participants soit (2,22%) pensent que la RCP en distanciel diminue le nombre de réunions [Figure14].

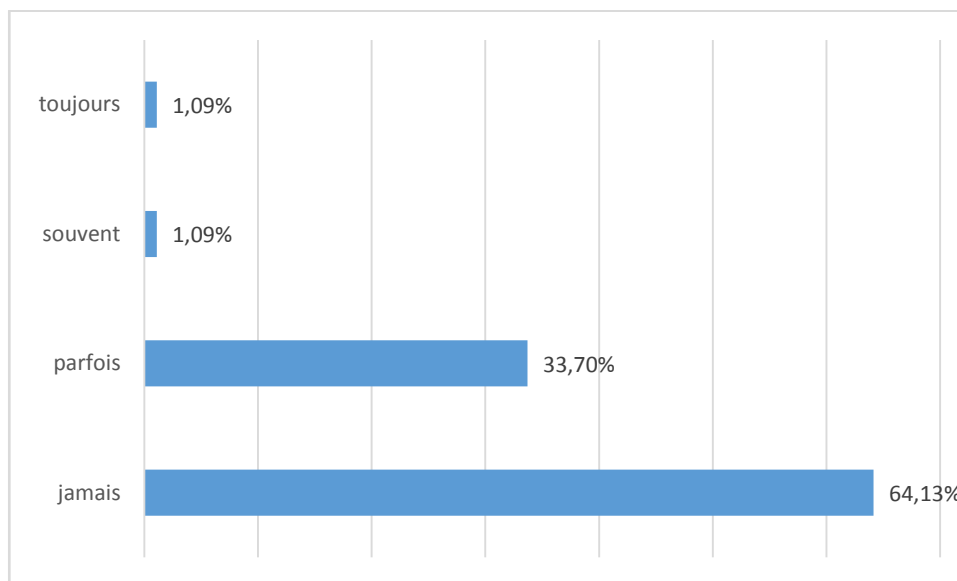


[Figure 14] Les raisons d'insatisfaction de la RCP en distanciel

11. Désaccord avec la décision de la RCP et attitude en cas de désaccord :

- Désaccord avec la décision de la RCP :

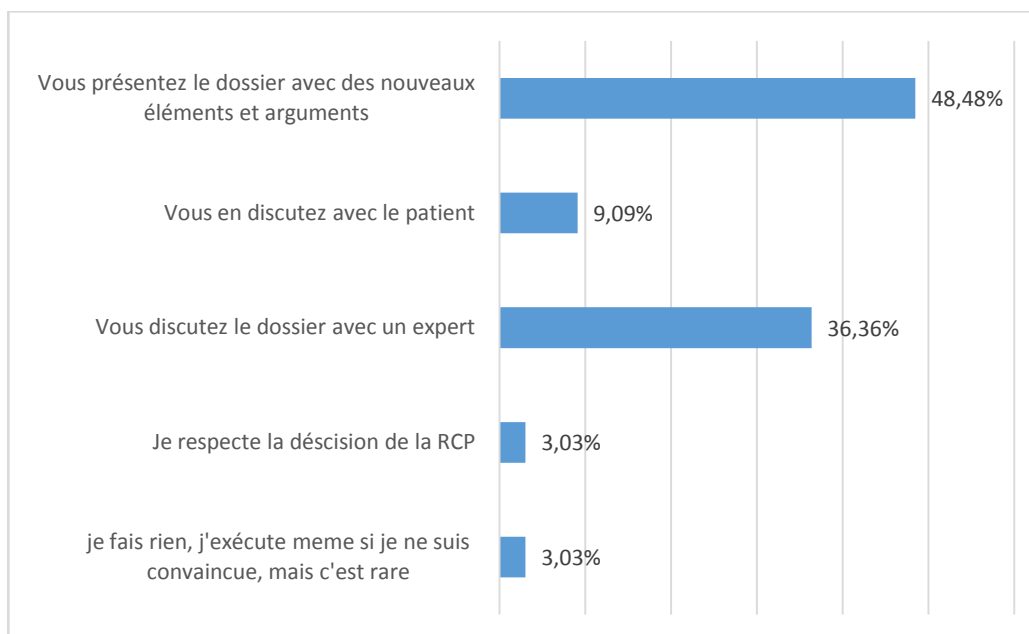
59 participants (soit 64,13%) ont déclaré ne jamais être en désaccord avec la décision de la RCP et 31 participants (soit 33,70%) ont déclaré avoir été parfois en désaccord avec la décision de la RCP [Figure 15].



[Figure 15] Désaccord avec la décision de la RCP

- Attitude en cas de désaccord :

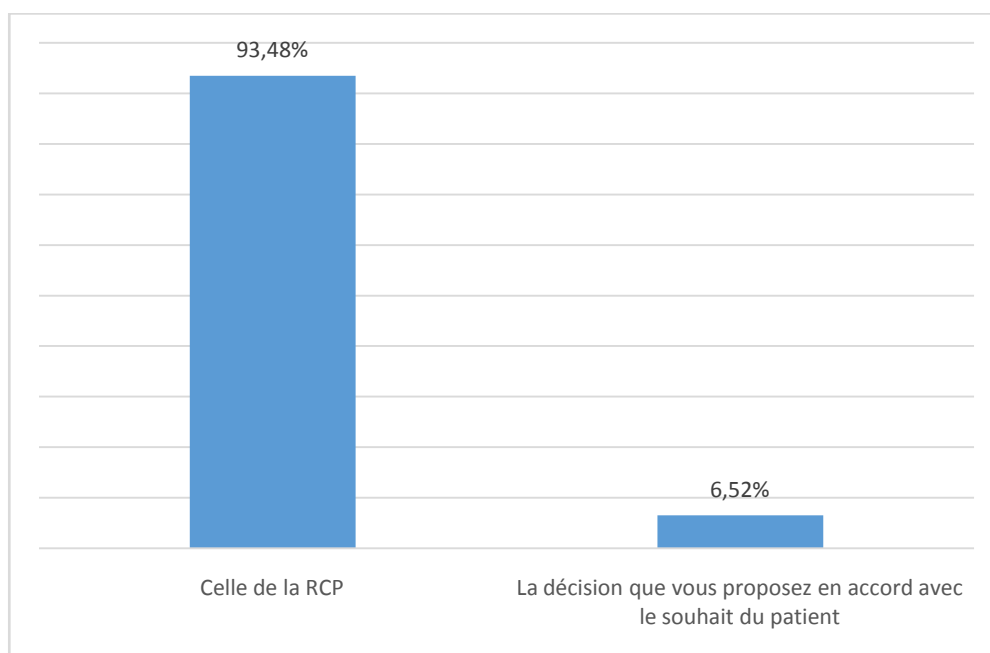
33 des participants étaient parfois en désaccord ,16 d'entre eux soit (48,48%) présentent le dossier avec des nouveaux arguments et 12 participants soit (36,36%) discutent le dossier avec un expert [Figure 16].



[Figure 16] Attitude en cas de désaccord

12. Décision appliquée :

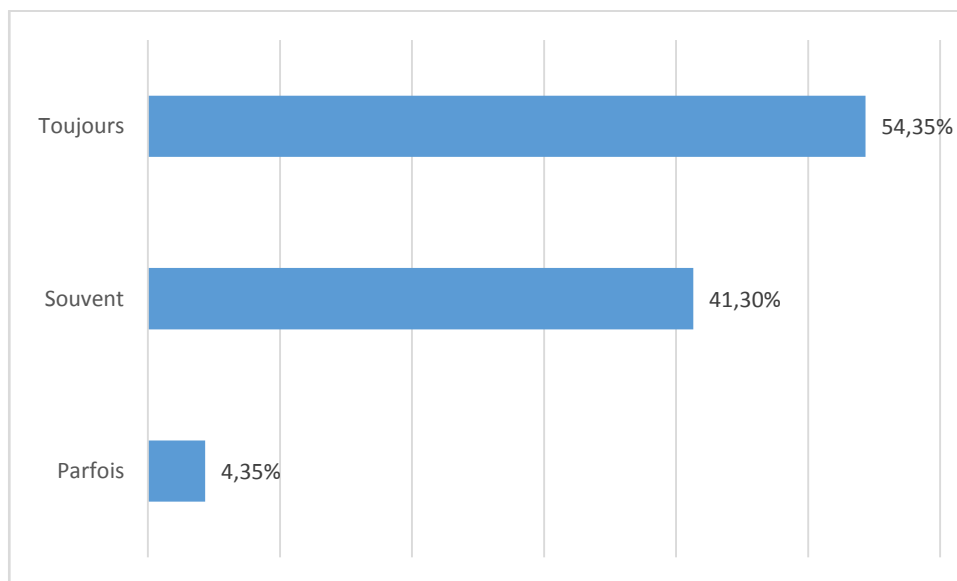
La décision appliquée a été selon 86 participants (93,48%) celle de la RCP, tandis qu'elle a suivi la proposition du médecin en accord avec le souhait du patient selon 6 participants (6,52%) [Figure17].



[Figure 17] La décision appliquée

13. Décision proposée par la RCP :

La décision proposée par la RCP semble toujours meilleur pour la moitié des participants, alors que 38 participants (41,30%) trouvent souvent que la décision est celle de la RCP et parfois est celle de la RCP pour 4 participants [Figure18].

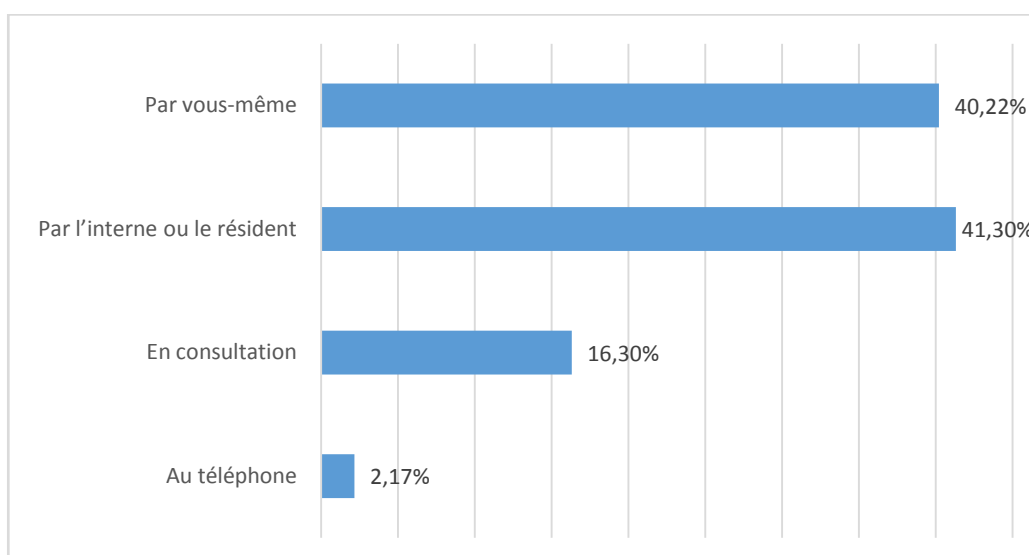


[Figure 18] Décision proposée par la RCP

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

Selon les médecins, l'information du patient est faite par l'intermédiaire d'un collègue (médecin résident ou interne) soit 41,30% et dans 40,22% des cas par les médecins eux même.

L'information du patient a été faite en consultation dans 16,30% des cas et par téléphone dans 2,17% des cas [Figure19].



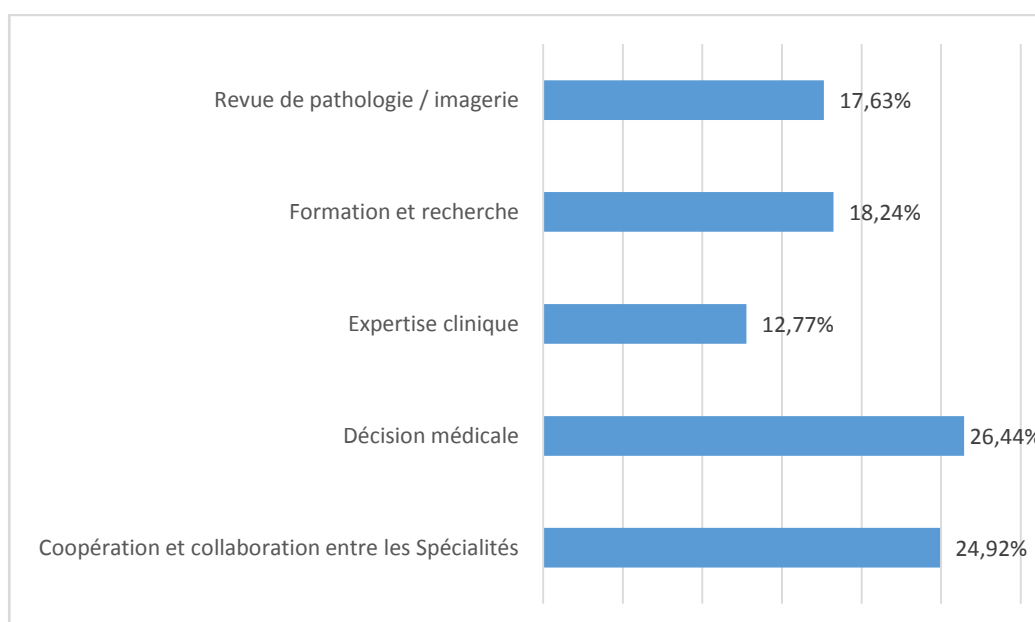
[Figure 19] Information du patient de la décision retenue de la RCP

15. La valeur pédagogique de la RCP pendant le covid-19 :

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

- Décision médicale 87 cas soit 26,44%.
- Coopération et collaboration entre les spécialités 82 cas soit 24,92%.
- Formation et recherche 60 cas soit 18,24%.
- Revue de pathologie / imagerie 58 cas soit 17,63%.
- Expertise clinique 42 cas soit 12,77%.

[Figure20].



[Figure 20] La valeur pédagogique de la RCP pendant le covid-19

16. D'accord ou en désaccord, quant à l'impact de la RCP pendant le covid-19 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 le résume [Tableau I].

Tableau I :l'impact de la RCP pendant le covid 19 sur les médecins en formation :

	D'accord	En Désaccord
Amélioration des compétences en matière de communication au sein de l'équipe Multidisciplinaire	96,74%	3,26%
Vous permet d'améliorer vos pratiques cliniques et augmenter votre performance	95,65%	4,35%
Identifie les ressources pour l'apprentissage	85,23%	14,77%
Promet et appuie les activités de la recherche clinique	84,78%	15,22%
Améliore vos compétences décisionnelles en terme de prendre des décisions médicales fondées sur des preuves	98,91%	1,09%
Elle donne du poids à la décision proposée au patient	100,00%	0,00%
Allège pour vous le poids de la décision	98,91%	1,09%
Vous permet de prendre du recul pour la décision	95,65%	4,35%

Selon nos résultats, la participation à la RCP en distanciel pendant la période de covid-19 donne du poids à la décision proposée au patient et allège le poids de la décision d'après presque tous les participants.

La RCP en distanciel permet d'améliorer les compétences en matière de communication au sein de l'équipe multidisciplinaire dans 96,74% des cas, permet d'améliorer leurs pratiques cliniques et augmente leur performance et prend du recul pour la décision dans 95,65% des cas.

La RCP en distanciel identifie les ressources pour l'apprentissage dans 85,23% et selon 84,78% des participants, la RCP promet et appuie les activités de la recherche clinique.

II. RESULTATS DE L'ETUDE QUANTITATIVE

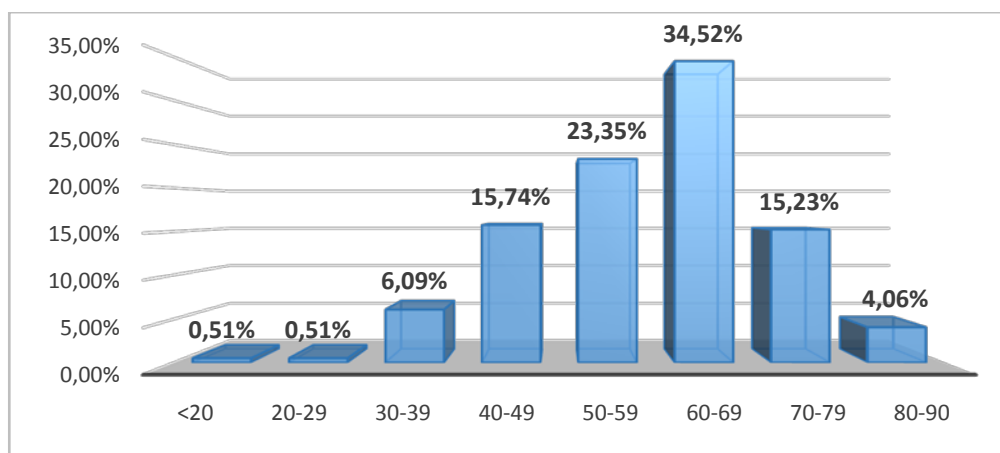
Notre RCP est régulière et hebdomadaire, elle inclut les chirurgiens viscéraux, les oncologues, les radiothérapeutes, les radiologues, les gastrologues.

Durant la période d'étude, un total de 197 dossiers discutés lors des réunions de Concertation pluridisciplinaire onco-chirurgie viscérale qui a été repérés à partir des registres dédiés à cette activité. 197 fiches étaient exploitables pour notre étude. Le nombre moyen des dossiers discutés par séance est 6 dossiers. Les critères de qualité de la RCP ainsi que les aspects diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs ont été étudiés.

1. Aspects diagnostiques et thérapeutiques des patients présentés en RCP en oncologie pendant la période covid-19 :

1.1. Age :

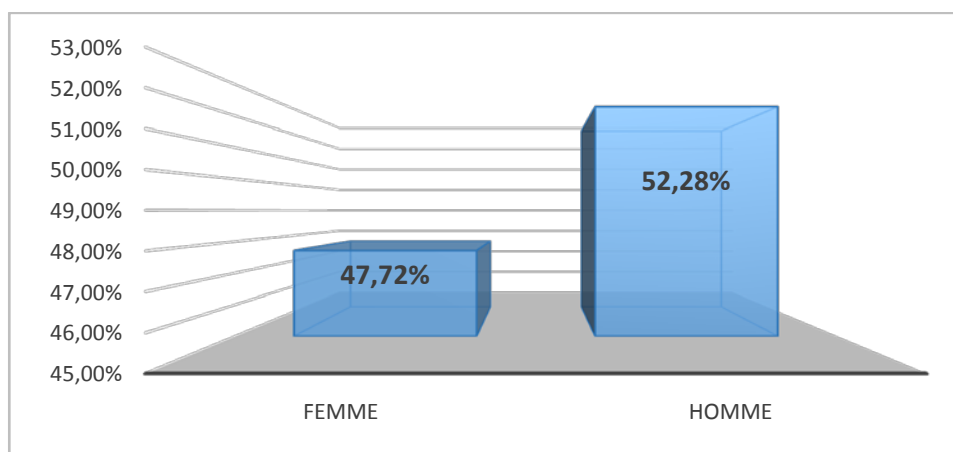
L'âge de nos patients est réparti entre 16 ans et 90ans, avec un maximum de fréquence entre 60ans et 69ans, soit 34.52%. [Figure 21].



[Figure 21] Répartition selon l'âge

1.2. Sexe

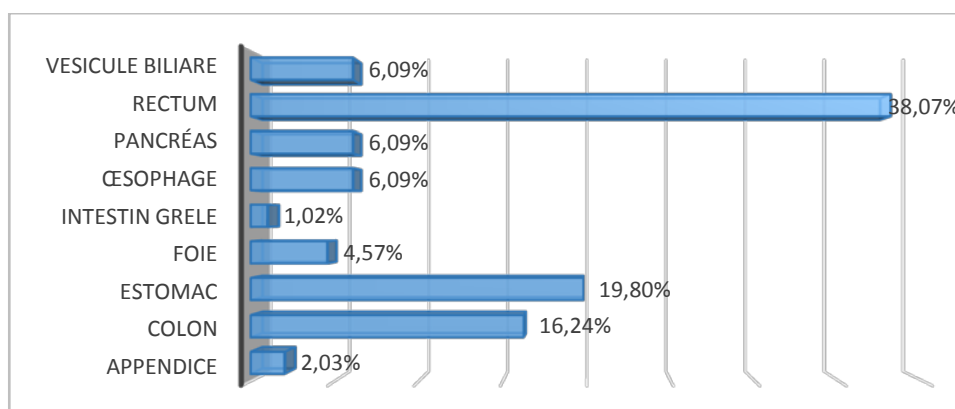
Notre série contient 197 patients dont 94 femmes soit (47,72%) et 103 hommes soit (52,28%) [Figure 22]



[Figure 22] Répartition selon le sexe

1.3. Localisation tumorale :

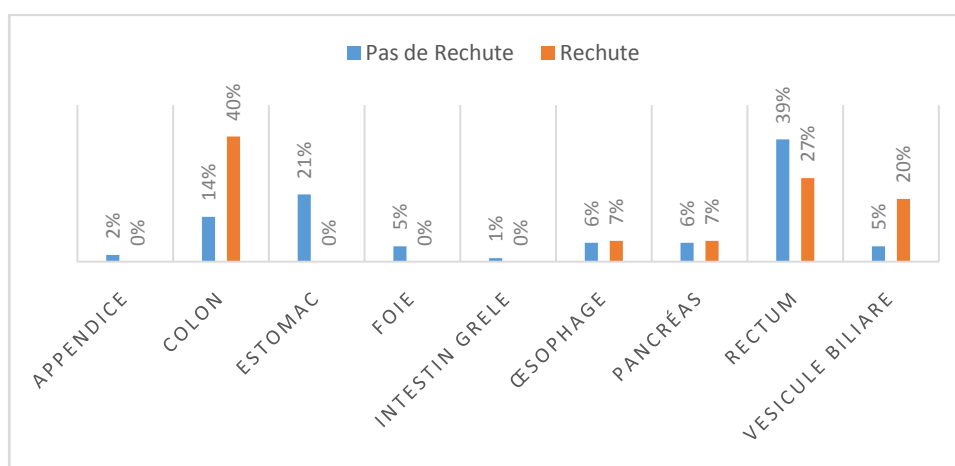
Dans notre série, la localisation rectale représente la localisation la plus fréquente, retrouvée chez 75 patients (soit 38,07%) suivie par l'estomac avec 39 patients (soit 19,80%), ensuite la localisation colique 32 patients soit (16,24%). Pour l'œsophage, pancréas et vésicule biliaire ont le même nombre 12 cas soit (6,09%) pour chacun, la localisation hépatique chez 9 patients (soit 4,57%), puis l'appendice avec 4 cas soit (2,03). Alors que la localisation au niveau de l'intestin grêle n'a été identifiée que chez 2 patients (soit 1,02%) [Figure 23].



[Figure 23] Répartition des patients selon la localisation tumorale

1.4. Rechute :

40% des cancers coliques ont rechuté, suivi des cancers rectaux 27% puis la vésicule biliaire (20%), viens ensuite le pancréas et l'œsophage (7%). [Figure 24]



[Figure 24] Rechute pour les différentes localisations tumorales

1.5. Aspects anatomopathologiques :

La répartition des patients selon le type histologique pour chaque localisation tumorale

Décrite dans le Tableau. [Tableau II]

[Tableau II] Répartition des cas selon le type histologique

Localisation tumorale	Type Histologique	Nombre	%
Rectum	Adénocarcinome Bien Différencié	19	25,33%
	Adénocarcinome Moyennement Différencié	48	64,00%
	Adénocarcinome Mucineux	6	8,00%
	Carcinome	2	2,67%
	Total	75	100%
Estomac	Adénocarcinome Bien Différencié	1	2,56%
	Adénocarcinome Moyennement Différencié	23	58,97%
	Adénocarcinome Mucineux	2	5,13%
	Adénocarcinome Peu Différencié	9	23,08%
	Carcinome	4	10,26%
	Total	39	100%
Colon	Adénocarcinome Bien Différencié	2	6,25%
	Adénocarcinome Moyennement Différencié	24	75,00%
	Adénocarcinome Mucineux	4	12,50%
	Adénocarcinome Peu Différencié	1	3,13%
	Carcinome Peu Différencié	1	3,13%
	Total	32	100%
œsophage	Adénocarcinome Bien Différencié	3	25,00%
	Adénocarcinome Moyennement Différencié	4	33,33%
	Carcinome Epidermoïde	5	41,67%
	Total	12	100%
Pancréas	Adénocarcinome Moyennement Différencié	4	33,33%
	Adénocarcinome Peu Différencié	3	25,00%
	Tumeur Neuroendocrine	5	41,67%
	Total	12	100%
Vésicule Biliaire	Adénocarcinome Bien Différencié	2	16,67%
	Adénocarcinome Moyennement Différencié	8	66,67%
	Carcinome Peu Différencié	2	16,67%
	Total	12	100%
Foie	Carcinome Hépatocellulaire	9	100%
	Total	9	100%
Appendice	Adénocarcinome Moyennement Différencié	1	25,00%
	Adénocarcinome Mucineux	3	75,00%
	Total	4	100%
Intestin Grêle	Adénocarcinome Moyennement Différencié	1	50,00%
	Tumeur Neuroendocrine	1	50,00%
	Total	2	100%

1.6. Classification tumorale :

Dans notre étude, les tumeurs ont été stadifiés chez 126 patients soit (64%).

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. [Tableau III]

[Tableau III] Répartition des malades selon la classification TNM

	Stade	Nombre de Cas	Pourcentage (%)
Classification T	T0	3	2,38%
	T1	3	2,38%
	T2	9	7,14%
	T3	57	45,24%
	T4	41	32,54%
	TX	13	10,32%
	Total	126	100%
Classification N	N0	43	34,13%
	N1	34	26,98%
	N2	22	17,46%
	N3	3	2,38%
	NX	24	19,05%
	Total	126	100%
Classification M	M0	65	51,59%
	M1	35	27,78%
	MX	26	20,63%
	Total	126	100%

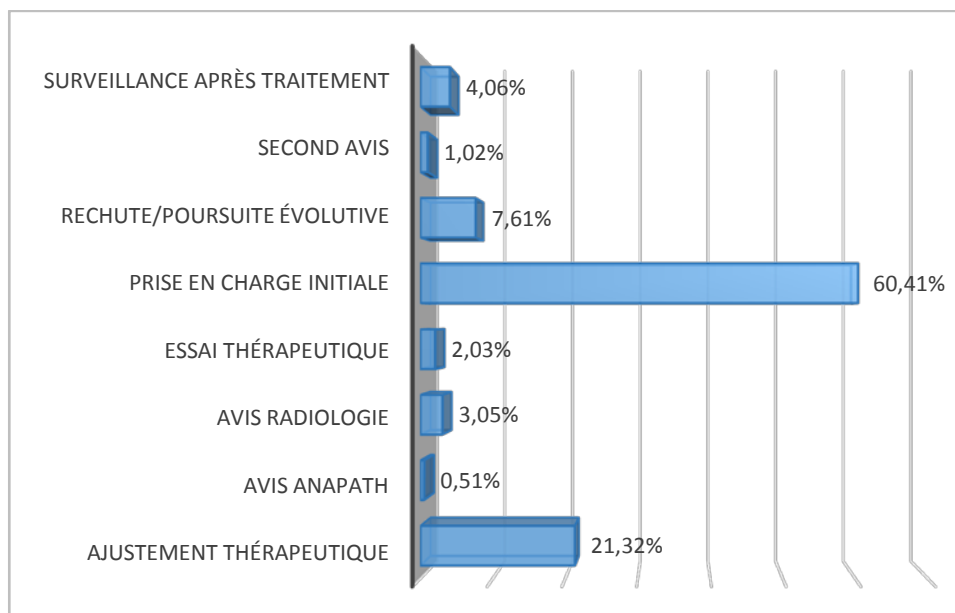
Sur 126 cas des cancers, 57 de nos patients sont classés T3 (soit 45,24%), 41 patients sont classés T4 (soit 32,54% cas), 13 patients avaient une tumeur classée TX (soit 10,32%) et 9 patients sont classés T2 (soit 7,14% cas).

L'envahissement ganglionnaire a été analysé histologiquement dans tous les cas. Les patients N0 représentaient 34,13% (soit 43 cas) suivie des patients N1 26,98% (soit 34 cas), puis les patients NX 19,05% (soit 24 cas) et la patients classés N2 17,46% (soit 22 cas).

Concernant les métastases à distance, 65 cas ont été classés M0 (soit 51,59%), 35 cas ont été classés M1 (soit 27,78%) suivi de 26 cas ont été classés MX (soit 20,63%).

1.7. Motif de la RCP :

Plus que la moitié des dossiers sont présentés pour une prise en charge thérapeutique soit 60,41% suivi par l'ajustement thérapeutique 21,32% et la poursuite évolutive d'une rechute vient en 3^{ème} lieu 7,61%. [Figure 25]



[Figure 25] Répartition des motifs des RCP

1.8. Décision de la RCP :

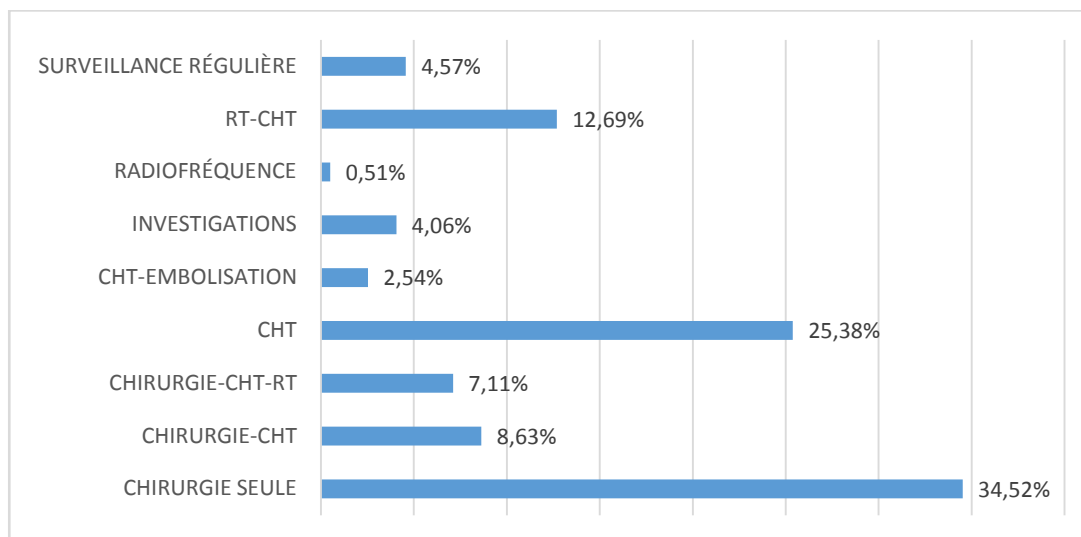
La décision de la RCP dépend notamment des caractéristiques de la tumeur, de son siège, de l'extension locorégionale et à distance, mais aussi des caractéristiques du patient, de son âge physiologique, de ses comorbidités et de ses souhaits. Elle dépend enfin, de la subjectivité de la décision médicale, inhérente à toute action non mécanique. Le traitement est parfois multimodal et peut associer la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie, la chimio embolisation et la radiofréquence et en plus des investigations dans certains cas.

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, 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 50,26%, suivie de la chimiothérapie chez 50 malades soit 25,38% puis la radio chimiothérapie chez 25 malades soit 12,69%. Les différents moyens thérapeutiques indiqués

Dans notre série sont résumés dans la [figure 26] et le [tableau IV].



[Figure 26] Modalités thérapeutiques

[Tableau IV] Répartition selon le type de traitement reçu

DECISION DE LA RCP	Nombre	%
CHIRURGIE CURATIVE	64	32,49%
CHT CURATIVE NEO-ADJ	40	20,30%
RT-CHT CURATIVE NEO-ADJ	20	10,15%
RT-CHT CURATIVE NEO-ADJ+CHIRURGIE CURATIVE	12	6,09%
CHT PALLIATIVE ADJ	10	5,08%
SURVEILLANCE RÉGULIÈRE	9	4,57%
INVESTIGATIONS	8	4,06%
CHIRURGIE CURATIVE+CHT CURATIVE ADJ	7	3,55%
CHT CURATIVE NEO-ADJ+CHIRURGIE CURATIVE	7	3,55%
RT-CHT PALLIATIVE ADJ	5	2,54%
CHIMIO-EMBOLISATION	5	2,54%
CHIRURGIE PALLIATIVE	4	2,03%
CHIRURGIE PALLIATIVE+CHT PALLIATIVE ADJ	3	1,52%
RT-CHT ADJ+CHIRURGIE PALLIATIVE	2	1,02%
RADIOFRÉQUENCE	1	0,51%
TOTAL	197	100,00%

2. Aspects qualitatifs (les critères de qualité) :

Le quorum est valide à 100 % des cas. En ce qui concerne la traçabilité, les fiches d'exploitation regroupent les données relatives aux patients à travers le registre informatisé de la RCP. La majorité des éléments nécessaires à une proposition de prise en charge initiale (âge, antécédents, type histologique et stade TNM) sont présents dans plus 80% des cas. La RCP est parvenue à une décision médicale dans 100% des cas. [Tableau V]

[Tableau V] Critères de qualité de la réunion de concertation pluridisciplinaire (n = 197)

Indicateur	Résultat
Conformité du quorum	197/197 (100%)
3 spécialités exigées	
Traçabilité des comptes rendus	197/197 (100%)
Présence de la fiche RCP dans le dossier patient	197/197 (100%)
Date de la RCP renseignée	197/197 (100%)
Informations cliniques renseignées lors de la RCP	
Âge	197/197 (100%)
Antécédents	194/197 (98.47%)
Type histologique	197/197 (100%)
Stade TNM	126/197 (63.95%)
Rechute	15/197 (7.61%)
Prise de décision	197/197 (100%)



DISCUSSION



La décision médicale en cancérologie a pour finalité de guérir le malade ou d'augmenter sa survie au moindre coût thérapeutique. La multidisciplinarité médicale répond à cet enjeu d'optimiser l'efficacité thérapeutique en favorisant l'association et la coordination des différentes modalités thérapeutiques par la présence en un même lieu des spécialistes de ces outils thérapeutiques pour poser les indications et coordonner les traitements. Le Plan Cancer a organisé le processus décisionnel en formalisant la pluridisciplinarité avec la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire [RCP] et l'annonce auprès du patient par le dispositif d'annonce [47].

I. Historique de la RCP en oncologie :

Les Réunions de Concertation Pluridisciplinaire [RCP] sont nées au début des années 2000 dans le sillage du premier Plan Cancer destiné à optimiser et à standardiser la prise en charge des patients atteints de cancer. L'objectif est de réunir les professionnels de santé concourant à la prise en charge d'un patient en vue d'optimiser la démarche diagnostique et thérapeutique, diminuer les inégalités de prise en charge, et permettre l'accès aux thérapeutiques innovantes. La rigueur de la mise en place et du suivi d'une RCP est la garantie de son succès et de sa pérennité. [3]

L'obligation de soin est un principe largement consacré du droit français, le médecin devant des soins « non pas quelconques » mais « consciencieux, attentifs et [...] conformes aux données acquises de la science » depuis l'arrêt Mercier de la cour de cassation en 1936 [4]

Il a fallu attendre 2003 et le premier Plan Cancer 2003–2007 pour en faire une obligation de l'exercice de la cancérologie. [6]

Dans le cadre du Plan Cancer de 2003, les pouvoirs publics ont institutionnalisé la tenue de Réunion de Concertation Pluridisciplinaire [RCP] pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients et favoriser l'accès aux innovations thérapeutiques [5].

À côté de l'exigence d'une étroite collaboration entre les différentes structures de soins, quel que soit leur statut, amenant à la création de réseaux, la mise en œuvre de la pluridisciplinarité

s'impose en se concrétisant par la notion de réunions de concertation pluridisciplinaire [RCP]. Différentes circulaires et décrets viendront réglementer cet exercice [7, 8]

L'annexe II de la circulaire du 22 février [7], qui définit les conditions d'exercice de la cancérologie, en précise les principes généraux et les modalités de fonctionnement tels qu'ils étaient envisagés dans la mesure 31 du Plan cancer. Nous en citons les principaux extraits :

« Les réunions de concertation pluridisciplinaires [RCP] sont aujourd'hui considérées non seulement comme le lieu de la discussion diagnostique et thérapeutique mais aussi comme un vecteur d'échanges de grande valeur pédagogique entre les professionnels, permettant également d'effectuer une analyse du bénéfice risque et de la qualité de vie pour le patient, dont il sera informé lors de la remise de son programme personnalisé de soins... Le terme de réunion de concertation pluridisciplinaire [RCP] doit désormais être retenu pour faire référence à ce concept de pluridisciplinarité lié à la décision thérapeutique. »

« Principes de fonctionnement des RCP : tous les dossiers des patients atteints de cancer doivent être enregistrés par le secrétariat de la RCP ; quel que soit le traitement initial envisagé, chirurgie, radiothérapie, ou chimiothérapie, les dossiers qui doivent être obligatoirement discutés en RCP avant mise en route du traitement sont ceux qui ne relèvent pas de référentiels validés et actualisés [standards] ou dont le réexamen s'impose chaque fois qu'il y a changement significatif d'orientation thérapeutique. »

« Les dossiers qui répondent à une procédure standard de prise en charge, ayant fait l'objet d'un accord pluridisciplinaire, traduite par un référentiel de pratique clinique validé et actualisé, peuvent, pour ne pas retarder l'acte thérapeutique, ne pas faire l'objet d'une discussion initiale en RCP ; ces dossiers sont enregistrés ; les situations qui répondent à ce standard sont définies par le réseau régional de cancérologie ; en cas d'acte de radiologie interventionnelle à visée diagnostique ou de chirurgie réalisée en urgence, la discussion du dossier du patient en RCP pourra avoir lieu après l'intervention ; le dossier ne sera pas seulement enregistré après l'acte : il devra donner lieu à une réelle discussion en RCP »

« Les soins de support sont intégrés dans l'organisation des RCP ».

Des procédures de contrôle, interne et externe, sont obligatoirement mises en place dans le cadre du 3C pour vérifier le respect de ce processus pour chaque patient ainsi que l'adéquation des dossiers discutés en RCP. Ce taux d'adéquation et son évolution constitueront un des indicateurs qualité du rapport d'activité demandé aux centres de coordination en cancérologie.

« L'organisation des RCP doit prévoir :

1. Des fiches pré-remplies pour gagner du temps [cf. fiche expérimentée sur le dossier communiquant en cancérologie].
2. Une fréquence de réunions préétablie.
3. Un quorum de base pour chaque type d'organe, prévoyant au minimum 3 spécialités différentes dont un oncologue, un chirurgien et un radiologue.

Tous les membres de l'équipe médicale intervenant auprès des patients atteints de cancer pris en charge par le titulaire de l'autorisation participent régulièrement aux réunions de concertation pluridisciplinaire. »

« Lorsque le praticien propose au patient de ne pas appliquer l'avis de la RCP mais de recourir à un autre traitement, il doit pouvoir le justifier et il est nécessaire de le mentionner dans le dossier. La portée des décisions individuelles des médecins dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire s'analyse au regard de l'article 64 du code de déontologie médicale.

II. Fonctionnement et organisation de la RCP :

Les réunions de concertation pluridisciplinaire 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. [2]

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. [2]

1. Organisation de la RCP [2]

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

1. Un coordonnateur : son rôle est d'établir la liste des patients dont le dossier doit être analysé à la prochaine réunion, d'en avertir les professionnels membres « permanents » de la RCP ainsi que le médecin référent des patients, et de convoquer le cas échéant des représentants de disciplines utiles pour les discussions envisagées ;
2. Un secrétariat ;
3. 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].

2. Comment se déroule une RCP ? [3]

Chaque participant signe dans la liste d'émargement en début de réunion. Au cours de la RCP, chaque dossier est discuté selon quatre étapes :

1. Présentation du cas par son médecin référent,
2. Discussion du cas entre professionnels,
3. Décision collégiale,

4. Rédaction du compte rendu qui peut se faire en cours de séance ou rapidement après par le secrétaire de séance. Ce compte rendu est intégré au dossier médical et peut être communiqué aux autres professionnels comme le médecin traitant. Il doit systématiquement tracer :

- La date de la réunion,
- Le nom et la qualité des intervenants,
- La décision de la RCP et éventuellement les alternatives possibles,
- Les références scientifiques utilisées si possible,
- Le nom du médecin référent qui sera chargé du suivi de la décision.

RCP ne signifie pas forcément unité de lieu. En effet, même s'il est plus facile d'organiser une RCP avec tous les intervenants dans la même pièce, il est possible de faire des « RCP connectées » par visioconférence ou en utilisant des techniques de type webex. Cela nécessite un mécanisme sécurisé de partage du dossier médical afin que tous les participants aient accès aux mêmes informations tout en préservant la confidentialité des données.

Si le médecin référent du patient n'applique pas la décision de la RCP, les raisons doivent être explicitement argumentées et tracées dans le dossier du patient. En plus de la traçabilité du compte rendu dans chaque dossier patient, le secrétariat en charge de la RCP doit tenir un recueil permettant de noter à chaque réunion le nom des participants, celui des patients dont les dossiers sont évalués et la décision prise. Grâce à ces éléments, le responsable de la RCP pourra fournir un rapport d'activité annuel. Ce rapport comprend :

- Le nombre de réunions annuelles,
- Le nombre de cas discutés,
- Les critères de sélection : cas complexes / cas fréquents et/ou pédagogiques,
- L'adéquation des décisions avec les recommandations,
- La concordance entre les propositions de la RCP et leur application,

- La liste des actions d'amélioration engagées ou finalisées suite à cette RCP [ex : accès à des thérapeutiques innovantes,].

3. Analyse des dossiers de patients [2] :

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 ;
 - De l'adéquation des décisions avec les recommandations ;
 - De la concordance entre la proposition thérapeutique de la RCP et le traitement effectivement délivré.

4. Avis de la RCP [2] :

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.

5. Documentation :

Les documents requis pour une RCP sont :

5.1. Document support

Charte ou procédure ou règlement intérieur de la RCP qui en précise l'organisation et le fonctionnement.

5.2. 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.

III. 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] [18] 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 [19] :

- 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 de 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.

IV. Les critères de qualité de la RCP :

Les critères de qualité d'une RCP en oncologie sont définis par la Haute Autorité de Santé: elle se réunit au moins deux fois par mois en présence d'au moins trois médecins de spécialités différentes.

La proposition de prise en charge est faite collectivement et l'avis est tracé dans une fiche RCP [FRCP] qui doit comprendre le compte-rendu de chaque dossier discuté avec une liste des présences des participants [13].

Le Plan Cancer 2014-2019 a fixé comme objectif que 100 % des patients atteints de cancer disposent d'un dossier communicant de cancérologie [DCC], dossier informatisé comprenant les documents supports du parcours au format requis dont fait partie la fiche RCP [14].

V. RCP et COVID-19 :

Depuis plusieurs semaines que l'épidémie à SARS-CoV2 a bouleversé la prise en charge des patients atteints de cancer dans toutes les régions du monde [15,16], un double enjeu repose sur le fonctionnement des RCP : éviter les pertes de chance pour les patients en maintenant les réunions, tout en minimisant les risques de contamination et en optimisant le

temps médical pour qu'ils soient disponibles pour la prise en charge des patients infectés selon l'organisation requise par leurs établissements. Ainsi, des conseils d'organisation ont été donnés aux RCP [17] : favoriser la dématérialisation des réunions, limiter le nombre de participants en RCP et si besoin, privilégier les dossiers nécessitant une discussion.

Par exemple en Occitanie, le DCC permet d'informatiser les RCP et de tracer les FRCP de tous les établissements.

Cet outil nous a permis d'observer comment les RCP se sont adaptées à l'épidémie, au confinement qui en découle depuis le 16 mars et aux recommandations d'organisation qui ont été diffusées.

VI. Evaluation des critères quantitatifs de la RCP onco-chirurgie viscérale pendant la période de covid-19 :

1. Le nombre de dossiers traités par RCP :

Le nombre de dossiers traités par RCP reste variable [11], 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 [20], s'inscrire dans la démarche de l'évaluation des pratiques professionnelles.

Dans notre étude, 197 dossiers ont été traités entre juin 2020 et mai 2021 [pendant l'épidémie à SARS-CoV2]. Les données épidémiologiques ont été recueilli à partir du registre et des fiches de la RCP d'onco-chirurgie viscérale lors de la même période. Le nombre moyen de dossier discuté par séance est 6 dossiers.

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 [23], ceci est tout

à fait logique pour les pays qui ont rendu les RCP obligatoires et en mettant aussi beaucoup de moyens [24]. En France, l'exhaustivité du passage en RCP donné par l'HAS dans la campagne d'évaluation de 2008 est de l'ordre de 80%, actuellement il avoisine les 100% [25,1].

Dans notre étude ce taux n'a pas été déterminé en raison de difficultés administratives et Logistiques.

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 [21]. 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.

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 [21]. 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 [22].

VII. Apports de la RCP onco-chirurgie viscérale dans la prise en charge des patients pendant le covid-19 :

Une étude a été faite en Occitanie montrant que la majorité des RCP continue de fonctionner pendant l'épidémie et qu'elles se sont adaptées avec moins de médecins présents dans les réunions [33].

La baisse du nombre total de dossiers peut traduire une adaptation normale de la RCP pour sélectionner les dossiers importants à discuter, mais la baisse majeure et continue du nombre de premières présentations renforce l'idée que les patients ont été moins adressés avec un diagnostic de cancer dans une proportion de près de 40 % sur la dernière période. Ceci peut être lié à une baisse de l'activité diagnostique [moins de dépistage, moins de consultations chez le médecin généraliste ou spécialiste d'organe] ou de l'accès aux examens complémentaires, mais aussi par une diminution dans certains établissements des programmes chirurgicaux [baisse des premières présentations en RCP post-opératoire] [33].

Au total, 197 dossiers ont été étudiés, dans notre série. La localisation rectale représente la localisation la plus fréquente, retrouvée chez 75 patients [soit 38,07%] suivie par l'estomac avec 39 patients [soit 19,80%], ensuite la localisation colique 32 patients soit [16,24%].

40% des cancers coliques ont rechuté, suivi des cancers rectaux 27% puis la vésicule biliaire [20%], viens ensuite le pancréas et l'œsophage [7%].

Une étude rétrospective sur 440 cancers digestifs prouvés histologiquement admis au service d'oncologie radiothérapie de Marrakech durant la période entre 2003 et 2007[28]. Les cancers digestifs constituent 12.62% de l'ensemble des cancers. Le cancer colorectal constituait le cancer le plus fréquent avec 35.68% des cas [28]. Le cancer de l'estomac occupait la seconde position avec 33.86% des cas, suivi respectivement par les cancers de la voie biliaire [8.86%], de l'œsophage [8.18%], du canal anal [5%], du pancréas [3.64%], du foie [3.64%] et du grêle [1.14%] [28].

Le traitement adopté est multimodal, il peut associer la chirurgie, la radiothérapie et la Chimiothérapie, la chimio embolisation, la radiofréquence et en plus des investigations dans certains cas. 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 néo adjuvant représente le traitement le plus adopté soit 50,26 %, suivie de la chimiothérapie chez 50 malades soit 25,38% puis la radio chimiothérapie chez 25 malades soit 12,69%.

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.

L'estimation des conséquences de l'épidémie à SARS-Cov2 sur la prise en charge des patients atteints de cancer dans la population française va prendre du temps [33]. Elle pourra s'appuyer sur l'analyse des bases de données comme le Système National des Données de Santé pour objectiver le retard de prise en charge. Elle pourra plus tard s'appuyer sur les registres de cancers pour mesurer les retards au diagnostic ou l'impact sur la survie, mais il est d'ores et déjà temps de se poser la question de la perte de chance des patients à travers ces premiers résultats [33].

VIII. Analyse des critères qualitatifs de la RCP en onco-chirurgie viscérale pendant la période de covid-19 :

L'organisation de la RCP en onco-chirurgie viscérale se fait de façon régulière chaque semaine à heure fixe [17h] par visioconférence [zoom], 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 chirurgiens viscéraux, oncologues, radiothérapeutes, avec la présence intermittente des radiologues et gastrologues.

La traçabilité des décisions est assurée grâce au registre et fiche préétablie dédiés à cette activité. On note que l'archivage numérique des fiches d'RCP n'a commencé qu'à partir de juin 2020 vu l'épidémie de covid-19.

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] sont souvent mentionnés [plus 80% des cas] au moment de la décision, ce résultat concorde bien avec celui de Chaouki et al [21]. 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 [22]. 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 digestifs dans notre structure.

Concernant le suivi des avis de la RCP, la décision de la RCP est appliquée dans 93,48 % des cas. Dans notre étude, la non application de la décision est liée principalement aux souhaits du malade, à la non faisabilité du geste chirurgical 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 [26]. Guillemet 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 [27]. 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 [27].

1. La participation aux réunions de concertation pluridisciplinaire :

Les résultats de notre enquête montrent que 96,74% des médecins participaient à la RCP en distanciel. Tous les médecins étaient convaincus de l'intérêt de la RCP, cependant 40,22% des participants assistent quand ils ont un dossier à présenter, 33,70% assistent chaque semaine à la RCP alors que 19,57% assistent tous les 15 jours.

Plus de 80% des médecins favorisent les réunions dématérialisées car la RCP en distanciel a permis une confrontation assurant la meilleure solution pour le patient, a limité les déplacements des médecins et l'horaire choisit pour la réunion est convenable.

L'étude en Occitanie sur l'Impact du SARS-CoV2 sur la structuration de la prise en charge du cancer a montré que le nombre total de médecins présents en réunion à lui aussi fortement diminué [-25 % sur la première période et -16 % sur la deuxième période]. Il peut s'agir d'une adaptation progressive des équipes aux recommandations de distanciation physique par la visioconférence ou par l'organisation dans de bonnes conditions des RCP présentielle mais cela peut aussi correspondre, dans certains établissements, à une moindre disponibilité des médecins car mobilisés pour les activités supplémentaires liées à la prise en charge des patients Covid+ [33].

2. Les dossiers discutés en RCP :

Dans notre étude, la RCP en distanciel a diminué le nombre des dossiers traités selon [47,41%] des participants. [37,78%] trouvent que seuls les dossiers importants et incontournables sont discutés. Elle a été impliquée selon [12,59%] des médecins dans le retard de la mise en traitement des dossiers.

Les cas présentés à la RCP étaient essentiellement les cas difficiles [17,39%], suivis des cancers avancés nouvellement diagnostiqués et les patients diagnostiqués avec un type de cancer [15% chacun] et les cas de cancers précoces nouvellement diagnostiqués [14,38%].

Nos résultats concordent bien avec l'étude faite en Occitanie. Le nombre de dossiers discutés a diminué bien au-delà de ce que l'on pouvait attendre au vu de la diminution du nombre de réunions. La baisse de 23 % du nombre total de dossiers peut s'expliquer par la restriction de la discussion aux dossiers importants et incontournables par la RCP, mais la baisse identique du nombre de dossiers présentés en RCP pour la première fois nous indique que des retards au diagnostic et/ou à la mise en route des traitements sont à envisager. Les résultats de la dernière période [respectivement 33 et 39 %] semblent indiquer que la situation empire, même s'il faut rester prudent dans l'interprétation car les données de 2019 montraient aussi une diminution d'activité sur la période comparable [33].

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 [34].

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 » [35].

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 [36,37].

L'observation des RCP en onco-chirurgie viscérale montre que [33,70%] soit 33 participants ont déclaré avoir été parfois en désaccord avec la décision de la RCP, [48,48%] d'entre eux présentent le dossier avec des nouveaux arguments et [36,36%] discutent le dossier avec un expert .

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 [37]. 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 différentes concernant la meilleure prise en charge des patients et probablement deux ou plusieurs propositions sembleraient raisonnables [38]. 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 [39].

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 [39]. 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 [39].

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 [39].

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

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 [29, 9, 32].

Selon notre étude l'impact de la RCP a été positif du point de vue des médecins en formation, la participation à la RCP en distanciel pendant la période de covid-19 donne du poids à la décision proposée au patient et allège le poids de la décision d'après presque tous les participants , permet d'améliorer les compétences en matière de communication au sein de l'équipe multidisciplinaire dans 96,74% des cas, permet d'améliorer leurs pratiques cliniques et augmente leur performance et prend du recul pour la décision dans 95,65% des cas. La RCP en distanciel identifie les ressources pour l'apprentissage dans 85,23% et selon 84,78% des participants, promet et appuie les activités de la recherche clinique.

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 [40]. Cette valeur ajoutée de ces réunions en termes d'enseignement postuniversitaire a été constatée toute au long des étapes de réalisation de ces réunions.

IX. La valeur pédagogique de la RCP pendant la période de covid-19 :

1. La RCP et le besoin de collégialité :

Au cours des dernières années, les pratiques des médecins ont nettement évolué en quête d'une certaine rationalité et systématisation des décisions de prise en charge [41]. Plusieurs éléments s'avèrent être responsables de cette évolution [41]. Le développement immense des connaissances en est le principal levier, obligeant les praticiens concernés à s'engager plus que jamais sur la voie de la formation médicale continue [FMC], la RCP étant un

rendez-vous régulier et support irremplaçable de partage [42]. L'intérêt de la connaissance est que le savoir potentiel est infini, étant immatériel. Le principe de « non-rivalité des biens immatériels » ou la loi de SOUDOPLATOFF formulée en 1984 stipule que « lorsqu'on partage un bien matériel, on le divise, mais lorsqu'on partage un bien immatériel [connaissance] on le multiplie » [43]. En se basant sur ce concept riche aussi bien sur le plan philosophique que pratique, deux grandes propriétés fondamentales de la connaissance ont pu être identifiées :

La connaissance étant prolifique, comme les lapins, elle se reproduit vite, et sa quantité mondiale double rapidement, mais sa qualité ne suit pas la même cadence malheureusement.

La connaissance est collégiale : la vérité est un miroir brisé dont chacun possède un petit morceau. Comme nous avons un ego, nous avons tous tendance à croire que notre morceau de vérité représente le tout, ou du moins qu'il est plus gros que celui du voisin, et que si nous donnons ce morceau de vérité nous allons perdre en statut social.

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

D'abord ils sont à somme positive [principe de multiplication du bien immatériel]

Ensuite les échanges de connaissances prennent du temps

Enfin les combinaisons de savoirs ne sont pas linéaires, mais exponentielles. Lorsqu'on met 2 savoirs ensemble cela crée un troisième savoir, lorsqu'on en met plusieurs ensembles le résultat est encore plus impressionnant.

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

C'est ainsi que la RCP serait pour tous les praticiens engagés dans la RCP d'un grand apport en termes de satisfaction du besoin de collégialité.

2. 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.

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

Les 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 [44,45].

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] [46]. 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 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 [27].

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 [37]. 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 [34].

3. 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 [48]. 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 [49].

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 » [48].

Dans le questionnaire adressé aux médecins, selon nos résultats, la participation à la RCP en distanciel pendant la période de covid-19 donne du poids à la décision proposée au patient et allège le poids de la décision d'après presque tous les participants.

95% d'entre eux étaient d'accord sur le fait que la RCP permet de prendre du recul par rapport à la décision. Bien qu'en bénéficiant d'une réunion de compétences, la RCP produit des décisions qui peuvent être questionnées [50]. 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 [51]. La responsabilité des médecins participants aux RCP n'a pas encore été définie [51]. Le respect de la collégialité dans la prise de décision serait un facteur de légitimation les décisions à qui on ne trouve pas de réponses dans les règles de « l'Evidence-Based Medicine » [51]. 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.

X. Points forts et limites de notre RCP en distanciel :

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 [52]. 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 [53].

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.

Notre RCP d'onco-chirurgie viscérale répond à plusieurs critères de qualité. Elle se tient de manière régulière depuis juin 2020. Son fonctionnement est formalisé [coordonnateur et secrétariat].

La présence d'au moins 3 spécialités est reproduite à chaque réunion. Les décisions sont basées sur les référentiels des sociétés savantes internationales. L'archivage des décisions se fait de manière automatique.

Tous les patients présentés lors de la période étudiée ont bénéficié d'une prise en charge multidisciplinaire personnalisée.

XI. Les interventions en vue de promouvoir la valeur pédagogique de la RCP :

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, comme les anatomopathologistes, de façon régulière est fortement souhaitable, d'où l'intérêt actuellement des visioconférences pour respecter ce quorum. La télémédecine est un médium qui procure des bénéfices rapportés par plusieurs auteurs pour le fonctionnement adéquat des RCP [54,55 ,56].

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, 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 sur la plupart des dossiers.
- 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. Ces diverses démarches conduiraient à un meilleur engagement des acteurs dans les RCP.

3. Documentation numérique des décisions médicales :

Dans notre étude quantitative, on a pu constater un défaut de traçabilité des décisions [fiches incomplètes, nombre de médecins présents et nombres de dossiers présentés dans chaque réunion], 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.

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 [57].

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.



CONCLUSION



La RCP est un outil en accord avec les valeurs de rationalisation, de collégialité de la décision et de démocratie sanitaire. La finalité de cette réunion des compétences est une proposition active de soin. Ce processus d'élaboration de la décision médicale porte en lui-même rationalité et multidisciplinarité.

Malheureusement l'épidémie à SARS-CoV2 a bouleversé la prise en charge des patients atteints de cancer d'où la nécessité de privilégier la mise en place de réunions dématérialisées, en s'appuyant sur la visioconférence ou la téléconférence, y compris si les médecins exercent dans le même établissement.

Notre étude s'inscrit dans le cadre d'un processus d'évaluation de cette RCP d'onco-chirurgie viscérale mise en place depuis juin 2020. Elle montre que la RCP permet de mettre en place un processus décisionnel lié à la multidisciplinarité et que pour cela elle se base sur les référentiels de bonne pratique, indispensables en cancérologie et sur une analyse de la maladie au regard des choix thérapeutiques qu'elle peut proposer. Cette jeune expérience devrait inciter à déployer les efforts nécessaires en vue d'adopter et de généraliser la pratique des RCP en distanciel dans nos institutions hospitalières. Aussi, il faudrait l'intégrer en tant qu'institution d'aide à la prise de décision et lui octroyer les moyens nécessaires (ressources humaines et matérielles) pour évoluer et rationaliser les stratégies thérapeutiques en cancérologie. Dans le même sens, l'évaluation régulière de ce processus est une priorité. Elle permettrait d'identifier les axes de développement et d'amélioration continue.

La diminution du nombre des médecins présents aux RCP peut être dû à l'adaptation progressive des équipes aux recommandations de distanciation physique, par la visioconférence ou par l'organisation dans de bonnes conditions des RCP présentielle mais cela peut aussi correspondre à une moindre disponibilité des médecins, car mobilisés pour les activités supplémentaires liées à la prise en charge des patients Covid+.

L'implication des résidents et des internes dans ces réunions à distance sous forme de préparation, présentation et discussion des dossiers est une opportunité d'apprentissage de grande valeur pédagogique. La RCP constitue 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 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.

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.



ANNEXE



Annexe 1: Questionnaire

1. Quelle est votre spécialité ?

- Oncologie
- Radiothérapie
- Chirurgie viscérale
- Radiologie
- Gastrologie
- Autre à préciser :

2. Quel est votre statut ?

- Enseignant
- Médecin spécialiste
- Médecin résident
- Médecin interne

3. Etes-vous convaincus par l'intérêt de cette réunion de concertation pluridisciplinaire ?

- Oui Non

4. Est-ce que les RCP sont toujours maintenues pendant la période covid-19 ?

- Oui Non

5. Vous participez à des réunions de concertation pluridisciplinaire en cancérologie pendant la période de covid-19 ?

- Oui Non

6. 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 à préciser :

7. Quel est le but dans lequel vous organisez cette RCP pendant la période covid-19 ?

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

8. En cas de réunion présentielle, est ce que vous respectez les mesures sanitaires nationales en veillant à tenir régulièrement informer de leur éventuelle mise à jour ?

- Oui Non

9. Est-ce que vous privilégier les réunions dématérialisées (visioconférence ou téléconférence) ?

- Oui Non

10. Vous présentez des dossiers de façon :

- Régulière
- Occasionnelle

Jamais

11. La RCP en distanciel vous permet vous-même de présenter les dossiers de vos patients :

Une seule réponse possible :

Toujours Souvent Parfois Jamais

12. Vous demandez à un collègue de présenter vos dossiers : Une seule réponse possible

Toujours Souvent Parfois Jamais

13. Vous présentez vos dossiers en priorisant les dossiers complexes :

Oui Non

14. 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 à préciser :

15. Etes-vous satisfait des RCP en distanciel :

Toujours Souvent Parfois Jamais

16. Elle vous satisfait car :

La RCP vérifie l'ensemble du dossier

La confrontation permet de trouver la meilleure solution

L'horaire choisit pour la réunion est convenable

Elle limite les déplacements

17. Elle ne vous satisfait pas car :

Elle retarde la mise en traitement

Diminution du nombre des dossiers traités

Diminution du nombre de réunions

Seuls les dossiers importants et incontournables sont discutés

18. Il vous arrive d'être en désaccord avec la décision de la PCP : Une seule réponse possible ?

Toujours Souvent Parfois Jamais

19. 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 :

20. La décision appliquée est :

Celle de la RCP

La décision que vous proposez en accord avec le souhait du patient

Autres à préciser :

21. Si désaccord, la décision proposée par la RCP vous paraît meilleure ?

Toujours Souvent Parfois Jamais

22. L'information du patient se fait :

Par vous-même

Par l'interne ou le résident

En consultation

Au téléphone

23. La RCP pendant la période de covid-19, en tant qu'outil pédagogique, pensez-vous qu'elle répond à ces objectifs ?

Coopération et collaboration entre les Spécialités

Décision médicale

Formation et recherche

Revue de pathologie / imagerie

Expertise clinique

24. Pensez-vous qu'il existe des solutions à l'amélioration des obstacles de la valeur éducative de la RCP en distanciel ? 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 :

25. Vous êtes d'accord ou en désaccord avec les points suivants, quant à l'impact de la RCP pendant le covid-19 sur les médecins en formation :

A. Amélioration des compétences en matière de communication au sein de l'équipe Multidisciplinaire

D'accord

En désaccord

B. Vous permet d'améliorer vos pratiques cliniques et augmenter votre performance

D'accord

En désaccord

C. Identifie les ressources pour l'apprentissage :

D'accord

En désaccord

D. Promet et appuie les activités de la recherche clinique :

D'accord

En désaccord

E. Améliore vos compétences décisionnelles en terme de prendre des décisions médicales fondées sur des preuves

D'accord

En désaccord

F. Elle donne du poids à la décision proposée au patient :

D'accord

En désaccord

G. Allège pour vous le poids de la décision :

D'accord

En désaccord

H. Vous permet de prendre du recul pour la décision :

D'accord

En désaccord

4. EVOLUTION

Décès post opératoire : Oui Non
Réponse : complète partielle stabilité progression
Récidive : oui non
Si oui : délai :
Siège :
Date de dernier suivie :

5. DECISION DE LA RCP



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. C'est l'occasion pour rassembler les différents acteurs impliqués dans la prise en charge du cancer (oncologues, radiothérapeutes, anatomopathologistes, chirurgiens, et radiologues ...) afin de régler toutes les problématiques, d'ordre diagnostique et /ou thérapeutiques.

L'objectif de notre étude est de dresser une évaluation de la RCP en Onco-chirurgie viscérale en distanciel pendant la phase covid-19 à CHU Mohamed IV, à travers l'appréciation des participants à cette réunion, et d'un aperçu sur l'activité de cette RCP. Il s'agit d'une étude transversale avec analyse prospective en se penchant sur une double analyse :

- Une appréciation qualitative des médecins participants à cette réunion à travers un questionnaire électronique adressé par mail.
- Une évaluation analytique prospective quantitative couvrant une période de 11 mois de Juin2020 à mai 2021 au cours de laquelle ont été répertoriés les patients présentés en RCP.

Notre étude nous a permis de mettre le point sur l'importance de notre RCP dans la décision et la facilité thérapeutique. Cette importance est illustrée par le degré de satisfaction et d'intégration des participants ainsi que les résultats objectifs observés chez nos patients suivis en onco-chirurgie viscérale. L'évaluation continue et régulière des RCP reste aussi importante puisqu'elle représente un mode d'amélioration perpétuelle de la qualité des soins et du service médical rendu à nos patients.

Notre échantillon a compris 92 médecins (enseignants, résidents, internes, FFI et médecins spécialistes), avec une prédominance des chirurgiens viscéraux soit 28,26%, suivi des gastrologues soit 23,91%, radiothérapeutes (17,39%), radiologues (16,30%) et oncologues médicaux (14,13%).

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 à distance en tant qu'outil pédagogique. La coopération et la collaboration entre les spécialités, la prise de décision médicale, revue de pathologie / imagerie, la formation et la recherche médicale ainsi que l'expertise clinique figurent parmi les acquisitions les plus apportées par la RCP onco-chirurgie viscérale.

L'étude quantitative a été réalisée sur 197 dossiers sélectionnés à partir des registres de la RCP. Les critères de qualité de la RCP ont été généralement respectés. La localisation rectale représente la localisation la plus fréquente, retrouvée chez 75 patients (soit 38,07%) suivie par l'estomac avec 39 patients (soit 19,80%), ensuite la localisation colique 32 patients soit (16,24%). Concernant les modalités thérapeutiques, la chirurgie seule ou associée à un traitement adjuvant ou néo adjuvant représente le traitement le plus adopté soit 50,26 %, suivie de la chimiothérapie chez 50 malades soit 25,38% puis la radio chimiothérapie chez 25 malades soit 12,69%.

Notre étude nous a permis de mettre le point sur l'importance de notre RCP dans la décision et la facilité thérapeutique malgré l'épidémie de covid-19. Un double enjeu repose sur le fonctionnement des RCP : éviter les pertes de chance pour les patients en maintenant les réunions pour ne pas retarder la prise en charge des patients qui en ont besoin et en optimisant le temps médical pour qu'ils soient disponibles pour la prise en charge des patients.

Cette importance est illustrée par le degré de satisfaction et d'intégration des participants en RCP à distance en onco-chirurgie viscérale.

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 real hub in the organization of cancer care. The (MDT) is currently considered as an institution, at the service of the patient and the practitioner, allowing the former to benefit from a planned multimodal management and the latter to acquire a broader perspective in the global management of cancer patients and to free himself from all the difficulties generated by the complexity of cancer cases. It is an opportunity to bring together the different actors involved in the management of cancer (oncologists, radiotherapists, anatomopathologists, surgeons, and radiologists ...) in order to address all issues, diagnostic and / or therapeutic.

The objective of our study is to draw up an evaluation of the MDT in visceral oncosurgery in distanciel during the covid-19 phase at hospital Mohamed VI, through the appreciation of the participants in this meeting, and an overview on the activity of this MDT. This is a cross-sectional study with a prospective analysis focusing on a double analysis:

- A qualitative assessment of the physicians participating in this meeting through an electronic survey sent by e-mail.
- A quantitative prospective analytical evaluation covering a period of 11 months from June 2020 to May 2021 during which the patients presented in MDT were listed.

Our study allowed us to assess the importance of our MDT in the decision and the therapeutic facility. This importance is illustrated by the degree of satisfaction and integration of the participants as well as the objective results observed in our patients followed in visceral oncosurgery. Continuous and regular evaluation of the MDTs remains equally important as it represents a mode of perpetual improvement of the quality of care and the medical service rendered to our patients.

Our sample included 92 physicians (teachers, residents, interns and specialists), with a predominance of visceral surgeons (28.26%), followed by gastrologists (23.91%), radiotherapists (17.39%), radiologists (16.30%) and medical oncologists (14.13%)

The participants' assessments of the conduct of the MDT were positive. In general, the majority of participants appreciated the positive impact of remote MDT as an educational tool. Cooperation and collaboration between specialties, medical decision making, pathology/imaging review, medical education and research, and clinical expertise were among the most important benefits of the Visceral Oncology-MDT.

The quantitative study was performed on 197 cases selected from the MDT registers. The quality criteria for MDT were generally met. Rectal location was the most frequent location, found in 75 patients (38.07%), followed by the stomach with 39 patients (19.80%), then the colonic location with 32 patients (16.24%).

Concerning the therapeutic modalities, surgery alone or associated with an adjuvant or neo-adjuvant treatment represents the most adopted treatment, 50 patients (50.26%), followed by chemotherapy ,25 patients (25.38%), and then radio chemotherapy 25 patients, (12.69%).

Our study has allowed us to highlight the importance of our MDT in the decision and the therapeutic facility despite the epidemic of covid-19. A double stake rests on the functioning of the MDT: to avoid the loss of chance for the patients by maintaining the meetings not to delay the management of the patients who need it and by optimizing the medical time so that they are available for the management of the patients.

This importance is illustrated by the degree of satisfaction and integration of participants in remote MDT in visceral oncology surgery.

This study also highlighted the limits of this organization: the precise and digital recording of decisions and the prior logistic organization of these meetings. Avenues for future research in this area could include a pedagogical analysis of MDTs in all types of academic teaching programs for resident and intern physicians.

ملخص

يمثل الاجتماع التشاوري متعدد التخصصات محورا حقيقيا في تنظيم رعاية مرضى السرطان . يعتبر الآن مؤسسة ، في خدمة كل من المريض والممارس ، مما يسمح لاول بالاستفادة من الرعاية متعددة الوسائط المخططة ولأخر باكتساب منظور أوسع في الرعاية الشاملة لمرضى السرطان والتغلب على جميع الصعوبات الناتجة من تعقيد حالات السرطان . هذه فرصة للجمع بين مختلف الجهات الفاعلة في رعاية مرضى السرطان من أجل حل جميع المشاكل ذات الطبيعة التشخيصية أو العلاجية .

الهدف من دراستنا هو إجراء تقييم للاجتماع التشاوري متعدد التخصصات في الانكولوجيا وجراحة الجهاز الهضمي عن بعد خلال فترة الكوفيد 19 في المستشفى الجامعي محمد السادس ، من خلال تقدير المشاركين لهذا الاجتماع ، ونظرة عامة على نشاطه . هذه دراسة شاملة واستكشافية تتضمن تحليل مزدوج :

- تقييم نوعي للأطباء المشاركين في هذا الاجتماع من خلال استبيان إلكتروني يرسل عبر البريد الإلكتروني.

- تقييم تحليلي كمي يغطي فترة 11 شهراً ، من يونيو 2020 إلى ماي 2021 ، تم خلاله ادراج المرضى الذين تم تقديمهم في الاجتماع.

سمحت لنا دراستنا بتسليط الضوء على أهميتها في اتخاذ القرار والسهولة العلاجية . تتضح هذه الأهمية من خلال درجة رضى المشاركين وتكاملهم, بالإضافة إلى النتائج الموضوعية التي لوحظت على مرضانا والتي تم اتباعها في الانكولوجيا وجراحة الجهاز الهضمي. يعد التقييم المستمر والمنتظم لمراكز الرعاية الخاصة مهم أيضاً لأنه وسيلة للتحسين المستمر لجودة الرعاية والخدمات الطبية المقدمة لمرضانا .

تضمنت عينتنا 92 طبيباً (مدرسين ,اطباء مقيمين ,متدربين وأطباء متخصصين) ، مع غالبية جراحي الجهاز الهضمي ، أي 28.26% ، يليهم أطباء الجهاز الهضمي بنسبة 23.91% ، وأخصائيي العلاج الإشعاعي (17.39%) ، وأخصائيي الأشعة (16.30%) ، وأطباء الأنكولوجيا (14.13%).

كانت تعليقات المشاركين على إجراء الاجتماع الاستشاري متعدد التخصصات إيجابية بشكل عام ، أغلبية المشاركين عبروا عن تقديرهم للأثر الإيجابي للاجتماع التشاوري متعدد التخصصات عن بُعد كأداة تعليمية . يعد التعاون بين التخصصات ، واتخاذ القرارات الطبية ، وفحص المرض / التصوير بالأشعة ، والتدريب و البحث الطبي ، بالإضافة إلى الخبرة السريرية ، من بين أهم المكتسبات التي حققها الاجتماع الاستشاري متعدد التخصصات .

تم إجراء الدراسة الكمية على 197 ملفاً تم اختيارها من سجلات الاجتماع الاستشاري متعدد التخصصات . تم استيفاء معايير الجودة بشكل عام . وكان المستقيم الأكثر شيوعاً حيث وجد في 75 مريضاً (38.07%) ، تليه المعدة 39 مريضاً (19.80%) ، ثم موقع القولون بـ 32 مريضاً (16.24%). فيما يتعلق بالطرق العلاجية، تمثل الجراحة الخيار الوحيد أو المرتبط بعلاج مساعد مسبق أو بعدي الأكثر اعتماداً بنسبة 50.26% ، يليه العلاج الكيميائي 50 مريضاً ، أي 25.38% ، ثم العلاج الإشعاعي الكيميائي 25 مريضاً أي (12.69%).

سمحت لنا دراستنا بتسليط الضوء على أهمية الاجتماع الاستشاري متعدد التخصصات في اتخاذ القرار وسهولة العلاج على الرغم من وباء كوفيد 19 . تحدي مزدوج يعتمد لهذا الاجتماع : تجنب ضياع الفرص للمرضى من خلال الحفاظ على الاجتماعات حتى لا تتأخر الرعاية للمرضى الذين يحتاجون إليها وتحسين مدة الزمن التطبيبي بحيث يكونون متاحين للعلاج.

تتضح هذه الأهمية من خلال درجة رضى وتكامل المشاركين في الاجتماع التشاوري متعدد التخصصات عن بعد في الانكولوجيا و جراحة الجهاز الهضمي . كما سلطت هذه الدراسة الضوء أيضاً على حدود هذا التنظيم : التسجيل الدقيق والرقي للقرارات والتنظيم اللوجستيكي المسبق لهذه الاجتماعات.

كما يمكن ان تتضمن سبل البحث المستقبلي في هذا المجال تحليلاً تربوياً في جميع أنواع برامج الإقامة الجامعية وبرامج التدريب الداخلي.



BIBLIOGRAPHIE



1. **These. Docteur De L Universite Paris – Descartes Ecole Doctorale : Droit, Sante, Ethique Medicale. Discipline : Ethique Medicale Et Biologique.**
<https://Docplayer.Fr/12337552-These-Docteur-De-L-Universite-Paris-Descartes-Ecole-Doctorale-Droit-Sante-Ethique-Medicale-Discipline-Ethique-Medicale-Et-Biologique.Html>
2. https://Www.Has-Sante.Fr/Jcms/C_2806878/Fr/Reunion-De-Concertation-Pluridisciplinaire
3. https://Www.Medecinesciences.Org/En/Articles/Medsci/Full_Html/2018/11/Medsci180251s/Medsci180251s.Html
4. Civ., 20 Mai 1936, Mercier, Dp 1936. 1. 88, Rapp. Josserand Et Concl. Matter; Rtd Civ. 1936. 691, Obs. Demogue; Gajc, 12e Ed., 2008, 162-. [Google Scholar]
5. Article D6124-131 Csp. [Google Scholar]
6. Plan Cancer 2003-2007 [En Ligne] Disponible Sur : Www.Plancancer.Fr
7. Decrets No 2002-1298 Du 25 Octobre 2002 Et No 2002-1463 Du 17 Decembre 2002 Relatif Aux Criteres De Qualite Et Conditions D'organisation, De Fonctionnement Ainsi Que D'evaluation Des Reseaux.
8. Circulaire Dhos/Sdo No 2005-101 Du 22 Fevrier 2005 Relative A L'organisation Des Soins En Cancerologie.
9. Plan National De Prevention Et De Controle Du Cancer 2010-2019; 2009, http://Www.Sante.Gov.Ma/Documents/Synthese_Pnpcc_2010-1019.Pdf.
10. <https://Ressources-Aura.Fr/Wp-Content/Uploads/2020/03/Conseils-Rcp-Covid-19.Pdf>
11. Orgerie Mb, Duchange N, Pelicier N, Chapet S, Dorval E, Rosset P, Et Al.
La Reunion De Concertation Pluridisciplinaire: Quelle Place Dans La Decision Medicale En Cancerologie?. Bull Cancer 2010;97:255-64.
12. Plan National De Prevention Et De Controle Du Cancer 2010-2019, 2009. Disponible Sur : http://Www.Sante.Gov.Ma/Documents/Synthese_Pnpcc_2010-1019.
13. Federation Universitaire D'oncologie Radiotherapie D'occitanie Mediterranee, Departement D'oncologie Radiotherapie, Institut Du Cancer De Montpellier, 298, Avenue Des Apothicaires, Montpellier Cedex 05, France

14. **Reseau Regional D'onco-Occitanie, Iuct-Oncopole, 1, Avenue Irene-Joliot-Curie, 31100 Toulouse, France**
15. **Federation D'oncologie Digestive, Chu Rangueil, 1 Av Du Pr Jean Poulhes, 31400 Toulouse, France**
16. **Centre De Coordination En Cancerologie, Hopital La Grave, Toulouse, France**
17. **Departement D'hematologie, Chu Saint Eloi, 80 Av Augustin Fliche, 34090 Montpellier, France**
18. **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.
19. **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.
20. **Has - Haute Autorite De La Sante - Institut National Du Cancer- France. Indicateur Rcp - Analyse Descriptive Des Resultats Agreges 2010 Et Analyse Des Facteurs Associes A La Variabilite Des Resultats. Disponible Sur : [www.Has-Sante.Fr/](http://www.has-sante.fr/).**
21. **Chaouki W, Mimouni M, Boutayeb S, Hachi H, Errihani H, Benjaafar N.**
"Evaluation Des Reunions De Concertation Pluridisciplinaire L'exemple Des Cancers Gynecomammaires Dans Un Centre De Reference Tertiaire Au Maroc. *Bulletin Du Cancer* 2017;104:644-651.
22. **Daubisse-Marliac L, Biboul M, Delpierre C, Rivera P, Bauvin E, Grosclaude P.**
Exhaustivite Et Qualite Des Reunions De Concertation Pluridisciplinaire: L'exemple Du Cancer Du Sein Dans Le Departement Du Tarn. *Bulletin Du Cancer* 2012;99:815-826.
23. **El Saghier Ns, El-Asmar N, Hajj C, Eid T, Khatib S, Bounedjar A Et Al.**
Survey Of Utilization Of Multidisciplinary Management Tumorboards In Arab Countries. *The Breast* 2011;20:70-74.
24. **Ministere Des Solidarites De La Sante Et De La Famille - France .Circulaire N° Dhos/Sdo/2005/101 Du 22 Fevrier 2005 Relative A L'organisation Des Soins En Cancerologie. Disponible Sur : [www.E-Cancer.Fr](http://www.e-cancer.fr/).**

25. **Inspection Generale Des Affaires Sociales Rm2009-064p -France.Evaluation Des Mesures Du Plan Cancer 2003-2007 Relatives Au Depistage Et A L'organisation Des Soins. Igas, Rapport N°Rm2009-064p Juin 2009;50-60.**
26. **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.
27. **Guillem P, Bolla M, Courby S, Descotes JI, Laramas M, Moro-Sibilot D.**
Multidisciplinary Team Meetings In Cancerology: Setting Priorities For Improvement. *Bulletin Du Cancer* 2011;98:989-998.
28. **[Http://Wd.Fmpm.Uca.Ma/Biblio/Theses/Annee-Htm/Ft/2009/These72-09.Pdf](http://Wd.Fmpm.Uca.Ma/Biblio/Theses/Annee-Htm/Ft/2009/These72-09.Pdf)**
29. **Descotes JI, Guillem P, Bondil P, Colombel M, Chabloz C.**
Evaluation Des Reunions De Concertation Pluridisciplinaire (Rcp) En Cancerologie Dans La Region Rhone-Alpes: Une Enquete De Terrain. *Progres En Urologie* 2010;20:651-656.
30. **Steele K, Hall A, Nash R, Lingam, Rk, Singh A.**
How I Do It:Examining The Value Of An Otologymultidisciplinary Team Meeting. *Laryngoscope* 2018;128:2124-2127.
31. **Gatcliffe Ta, Coleman RI. Tumorboard: More Thantreatment Planning-A 1 Year Prospective Survey. Journal Of Cancer Education**2008;23:235-237.
32. **Haute Autorite De Sante, Institut National Du Cancer- France. Reunion De Concertation Pluridisciplinaire En Cancerologie-Evaluation Et Amelioration Des Pratiques, Juin 2006. Disponible Sur : Www.Oncopaca.Org/Upload/Professionnels/.../Rcp-Has-Inca-Juin-2006.**
33. **Impact Du Sars-Cov2 Sur La Tenue Des Rcp De Cancerologie En Occitanie**<https://Www.Ncbi.Nlm.Nih.Gov/Pmc/Articles/Pmc7231733/>
34. **Castel, P.**
La Gestion De L'incertitude Medicale: Approche Collective Et Controle Lateral En Cancerologie. *Sciences Sociales Et Sante* 2008;26:9-32.
35. **Hirsch E, Dubosc P, Farde F, Ferlender P, Guerrier M. La Decision En Medecine. La Lettre De L'espace Ethique Ap-Hp 2001. Espace Ethique 2013 :175. Issn 1288-5525.**
36. **Habermas J.**
Morale Et Communication. Flammarion (Coll. Champs) Paris,1999:416.

- 37. Henri R.**
De La Deliberation Collegiale A La Decision Partagee: Enjeux Ethiques En Hematologie. Hematologie 2015;21:70–90.
- 38. Ruhstaller T, Roe H, Thurlimann B, Nicoll Jj.**
The Multidisciplinarymeeting: An Indispensable Aid To Communication Between Different Specialties. European Journal Of Cancer 2006;42:2459–246.
- 39. Castel P, Blay Jy, Meeus P, Sunyach Mp, Ranchere–Vince D, Thiesse Ph Et Al.**
Fonctionnement Et Impact D'un Comite Pluridisciplinaire En Cancerologie / Organization And Impact Of The Multidisciplinarycommittee In Oncology. Bull Cancer 2004;91:799–804.
- 40. Haward R, Amir Z, Borrill C, Dawson J, Scully J, West M, Et Al.**
Cancer Teams: The Impact Of Constitution, New Cancer Workload, And Methods Of Operation On Their Effectiveness. British Journal Of Cancer 2003;89:15–22.
- 41. Brindhapillay, Addie C. Wootten, Helen Crowe, Niallcorcoran, Ben Tran, Patrick Bowden, Jane Crowe, Anthony J. Costello**
The Impact Of Multidisciplinary Team Meetings On Patient Assessment, Management And Outcomes In Oncology Settings: A Systematic Review Of The Literature. January 2016 volume 42, Pages 56–72 Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2015.11.007>. Brindhapillay, Addie C. Wootten, Helen Crowe, Niallcorcoran, Ben Tran, Patrick Bowden, Jane Crowe, Anthony J. Costello The Impact Of Multidisciplinary Team Meetings On Patient Assessment, Management And Outcomes In Oncology Settings: A Systematic Review Of The Literature. January 2016 volume 42, Pages 56–72 Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2015.11.007>.
- 42. Benjamin W Lamb, Rozh T Jalil, Nick Sevdalis , Charles Vincent And James S**
A Green Strategies To Improve The Efficiency And Utility Of Multidisciplinary Team Meetings In Urology Cancer Care: A Survey Study BMC Health Services Research 2014, 14:377 <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/377>
- 43. Idriss J. Aberkane. A**
Simple Paradigm For Nooeconomics, The Economy Of Knowledge. Springer Notes On Complexity. Hal Id: Hal-01291105 <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01291105>
- 44. 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.

45. **Bharathan R, Farag M, Hayes K.**
The Value Of Multidisciplinary Team Meetings Within An Earlypregnancyassessment Unit. Journal Of Obstetrics And Gynaecology 2016,36:789–793.
46. **Lamb Bw, Jalil Rt, Sevdalis N, Vincent C, Green Js.**
Strategies To Improve The Efficiency And Utility Of Multidisciplinary Team Meetings Inurology Cancer Care: A Surveystudy. BMC Health Services Research2014;14:377. [Http://Www.Biomedcentral.Com/1472-6963/14/377.](http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/377)
47. **La Decision Medicale En Cancerologie Role De La Reunion De Concertation Pluridisciplinaire**<http://Ethique.Sorbonne-Paris-Cite.Fr/Index89f8.Html?Q=Node/40>
48. **Castel P, Merle I.**
Quand Les Normes De Pratiques Deviennent Une Ressource Pour Les Medecins. Sociologie Du Travail 2002;44:337–355.
49. **Uwer L.**
Pluridisciplinarite En Cancerologie: Bilan D’activite 2000 De Concertation Pluridisciplinaire Des Tumeurs Des Os Et Parties Molles De L’adulte Au Centre Alexis Vautrin. These De Doctorat, Universite Henri Poincare De Nancy –Faculte De Medecine De Nancy 2007.
50. **Orgerie Marie-Brigitte.**
La Decision Medicale En Cancerologie. Role De La Reunion De Concertation Pluridisciplinaire. These De Doctorat, Ethique Medicale, Universite Paris Descartes- Faculte De Medecine Paris5;2007. Disponible Sur :[Http://Www. Ethique. Inserm. Fr.](http://www.ethique.inserm.fr)
51. **Orgerie Mb, Duchange N, Pelicier N, Chapet S, Dorval E, Rosset P, Et Al.**
La Reunion De Concertation Pluridisciplinaire: Quelle Place Dans La Decision Medicale En Cancerologie?. Bull Cancer2010;97:255–64.
52. **Taylor C, Ramirez Aj.**
Multidisciplinary Team Members’ Views About Mdt Working:Resultsfrom A Survey Commissioned By The National Cancer Action Team. London. Nhs National Cancer Action Team 2009.
53. **Powell Ha, Baldwin Dr.**
Multidisciplinary Team Management In Thoraciconcology: More Thanjust A Concept?. Europeanrespiratory Journal 2014;43:1776–1786.

54. **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.
55. **Aghdam Mrf, Vodovnik A, Hameed Ra.**
Role Of Telemedicine In Multidisciplinary Team Meetings. Journal Of Pathology Informatics 2019;10:35.
56. **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 .
57. **Dufour Jc, Barlesi F, Fieschi D, Torre Jp, Chinot, Ficschi M.**
Gerer Et Ameliorer Les Decisions Des Reunions De Concertation Pluridisciplinaires En Oncologie: Un Cadre Conceptuel Utilisant Des Outils Informatises D'aide A La Decision. In Risques, Technologies De L'information Pour Les Pratiques Medicales. 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 انقاذها من الهلاك والمرض

والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلة رعايتي الطبية للقريب والبعيد،

للصالح والطالح، والصديق والعدو.

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

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرني، وأكون أخا لكل زميل في المهنة

الطبية متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلانيتي، نقيّة مما يشينها تجاه

الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيدا

تقييم الاجتماعات التشاورية المتعددة التخصصات في الانكولوجيا عن بعد خلال فترة الكوفيد 19

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2021/06/23

من طرف

السيدة كوثر او الشيخ

المزودة في 23 نونبر 1994 بمراكش

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

الاجتماع التشاوري المتعدد التخصصات- الكوفيد 19- الاجتماعات عن بعد

اللجنة

الرئيسة

المشرف

الحكام

م. خوشاني

أستاذة في الانكولوجيا والعلاج بالأشعة

خ. رباني

أستاذ في جراحة الجهاز الهضمي

ا. العمراني

أستاذ في الانكولوجيا والعلاج بالأشعة

م. والي الادريسي

أستاذة في طب الأشعاعي

السيدة

السيد

السيد

السيدة