

RCP : aspects pratiques

1 Ce qui peut être évalué ?
Comment?

2 ce qui ne peut pas être évalué



1 Ce qui peut être évalué

Existe-t-il un bénéfice pour les médecins?

- TT options de prise en charge peuvent être considérées
- Plus de facilités à suivre « Evidence based medicine »
- Opportunités d'enseignement
- Collaborations avec collègues
- Réduisent les coups de tel et discussion dans couloirs
- Possibilités d'accès aux essais cliniques

Le médecin a-t-il besoin d'une RCP?

- **Oui pour l'accréditation**

- **chirurgien**

- Participation en RCP d'un des chirurgiens qui participe au traitement
 - Foie, œsophage, pancréas, rectum sous-péritonéal : RCP préopératoire en présence du chirurgien qui opérera ce patient
 - Ovaire : RCP préopératoire en présence du chirurgien qui opérera ce patient

- **radiothérapeute**

- Décision d'irradiation après RCP où assiste un oncologue radiothérapeute (sauf urgence)

- **Oncologue médicale**

- Décision de CT en RCP en présence d'un médecin répondant aux titres et qualifications requis

- **Valide EPP** si participation à 8 à 10 RCP de qualité par an

Existe-t-il un bénéfice pour les malades?

- Augmentation survie ?
- Augmentation satisfaction?
- Avoir accès aux bonnes pratiques médicales
- Avoir toutes informations des soins de support
- Diminue le temps de prise en charge

Impact d'une prise en charge par des spécialistes en cancérologie

- *Impact sur la survie dans les cancers du sein 3786 Bmj 1996*

FACTEUR	Prise en charge par chirurgien spécialiste		Prise en charge par chirurgien général	
	nb	% survie à 5 ans	nb	% survie à 5 ans
T<20	214	79	611	71
T=20-30	335	69	950	58
T=>40	166	49	428	45
N -	378	81	809	77
N +	388	58	960	47

Evaluation Cochrane data base 2009

- *Inter professional collaboration: effects of practice based interventions on professional practice and healthcare outcomes*
- Peu d'études randomisées d'évaluation
- 5 études :
 - 3 études : amélioration prise en charge
 - Utilisation médicamenteuses
 - Durée hospitalisation
 - Cout de prise en charge
 - 1 étude : aucun effet positif
 - 1 étude : effet mixte

Impact des RCP sur la prise en charge



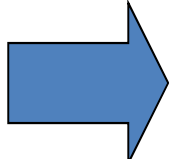
- *The brain tumor board: lessons to be learned from an interdisciplinary conference Onkologie. 2005*
- 1 516 patients dans 259 RCP tumeurs cérébrales de 1998 à 2003
- 91% recommandations ont été réalisées dans les 3 mois

Impact des RCP

- The multidisciplinary tumor conference in gynecologic oncology--does it alter management? [Cohen P](#), [Tan AL](#), [Penman A](#). Int J Gynecol Cancer. 2009
- 509 dossiers d'aout 2005 à 2006
- 46 erreurs (9%) 30 majeurs (5.9%) and 16 mineurs (3.1%)
- Plusieurs modifications de traitements!!après RCP

Impact des RCP

Changes in surgical management resulting from case review at a breast cancer multidisciplinary tumor board *Erika A. Cancer 2006*

- Réévaluation de 149 pts cancers du sein : dossiers adressés à une RCP
- Modification imagerie :45%  11% modif chirurgie
- Modification anapath :29%  9% modif chirurgie
- Désaccord sur l'acte chirurgical 34%
-  **52% changement traitement**

Impact des RCP évaluation temps médical nécessaire

- *Multidisciplinary team meetings and their impact on workflow in radiology and pathology departments.* [Kane B](#), [Luz S](#), [O'Briain DS](#), [McDermott R](#). *BMJ* 2007
- Temps passés dans les RCP d'un hopital universitaire de DUBLIN de 2 spécialités transversales **Anapath et radiologues**
- 81 RCP / mois = 1000pts
- Durée des RCP = **1H**
- Préparation d'une RCP **0,3 à 6 h** pour anapath
- **0,5 à 4 h** pour radiologues

Fonctionnement des RCP limousin

évaluation *S Falkowski*

DIGESTIF CHU

- 1 réunion/semaine
- Attendues 26 sur les 6 mois
- 25 réunions réalisées sur la période 07 au 12/2009 soit environ 96%
- 1 annulée en période de congés scolaires
- Secrétariat des 3C
- Référentiels cités
- Peu de remplissage préalable à la RCP

Evaluation RCP CHU

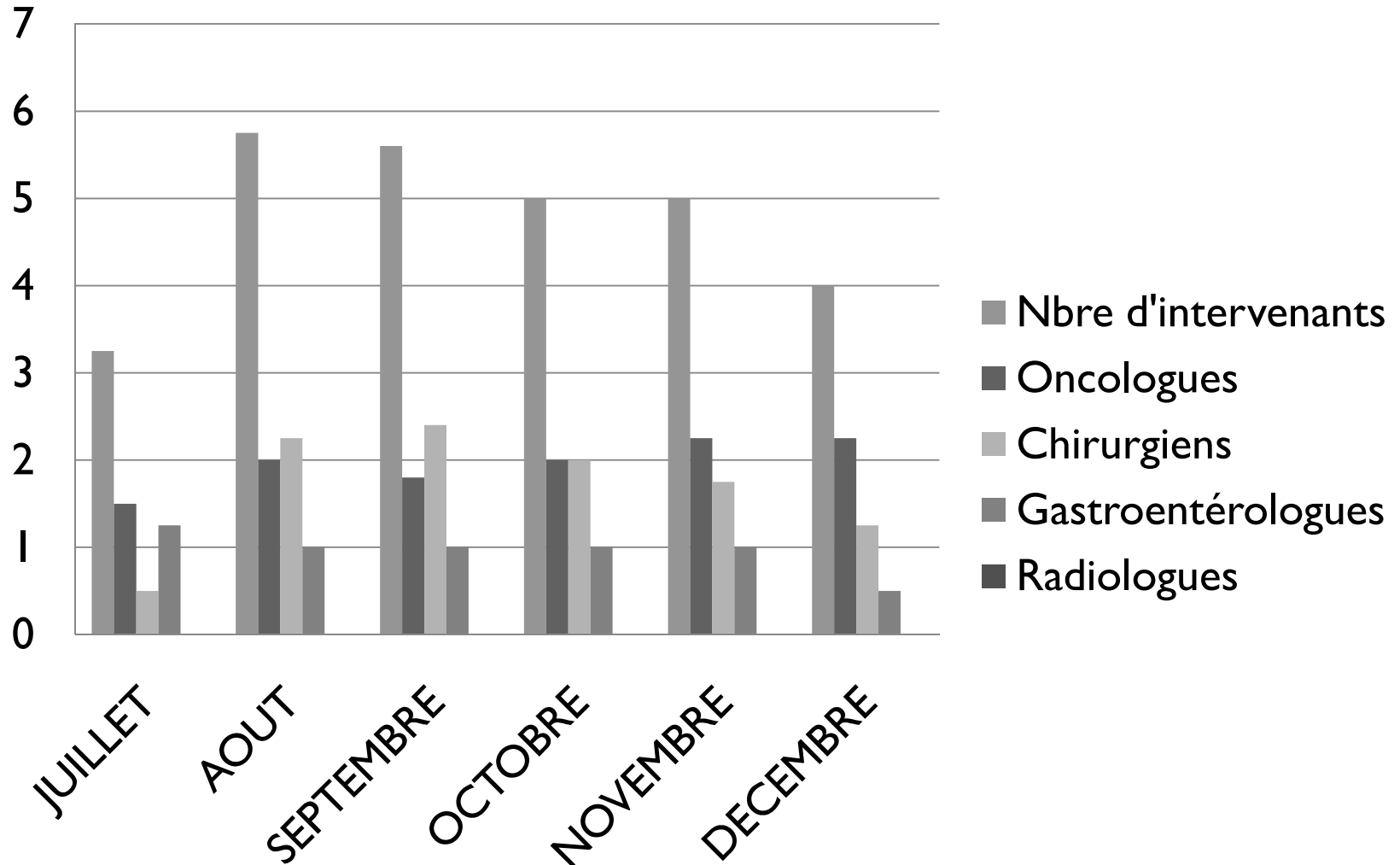
	2008					2009			
	Nb de RCP	Nb de participations	Nb de fiches	Nb de patients	Nb de nouveaux patients	Nb de RCP	Nb de participations	Nb de fiches	Nb de patients
Cancérologie dermatologique CHU	36	204	489	452	380	23	106	276	262
Cancérologie digestive CHU	53	472	615	417	286	50	371	542	383
Cancérologie gynécologique CHU	50	478	813	465	286	51	510	863	477
Cancérologie ORL CHU	52	459	584	365	255	50	305	525	329
Cancérologie thoracique CHU	51	608	689	342	191	52	594	718	353
Cancérologie urologique CHU	50	389	810	647	475	48	348	873	697
Tumeurs hépatocellulaires CHU	3	25	20	17	11	23	131	125	74
Tumeurs endocriniennes CHU	15	74	163	116	75	21	119	192	153
Tumeurs neurologiques CHU	49	330	301	189	128	47	286	338	209
Tumeurs osseuses et sarcomes CHU	22	109	131	65	66	32	172	252	169
Suivi oncologie CHU	0	0	0	0	0	30	197	200	173
Totaux CHU	381	3148	4615	3075	2153	427	3139	4904	3279

Les dossiers de plusieurs même patients peuvent être présenté dans plusieurs spécialités différentes

Quorum de base des RCP

<i>Contexte de la RCP Digestive du CHU</i>	
Oncologue/radiologue/chirurgien	0
Oncologue/chirurgien/gastroentérologue	51%
Nombre moyen de participants/RCP	4,8
Nombre moyen d'oncologues/RCP	2
Nombre moyen de gastroentérologues/RCP	1
Nombre moyen de chirurgien/RCP	1,7
Nombre moyen de radiologues/anapath/RCP	0

Contexte de la RCP digestif du CHU juillet-décembre 2009

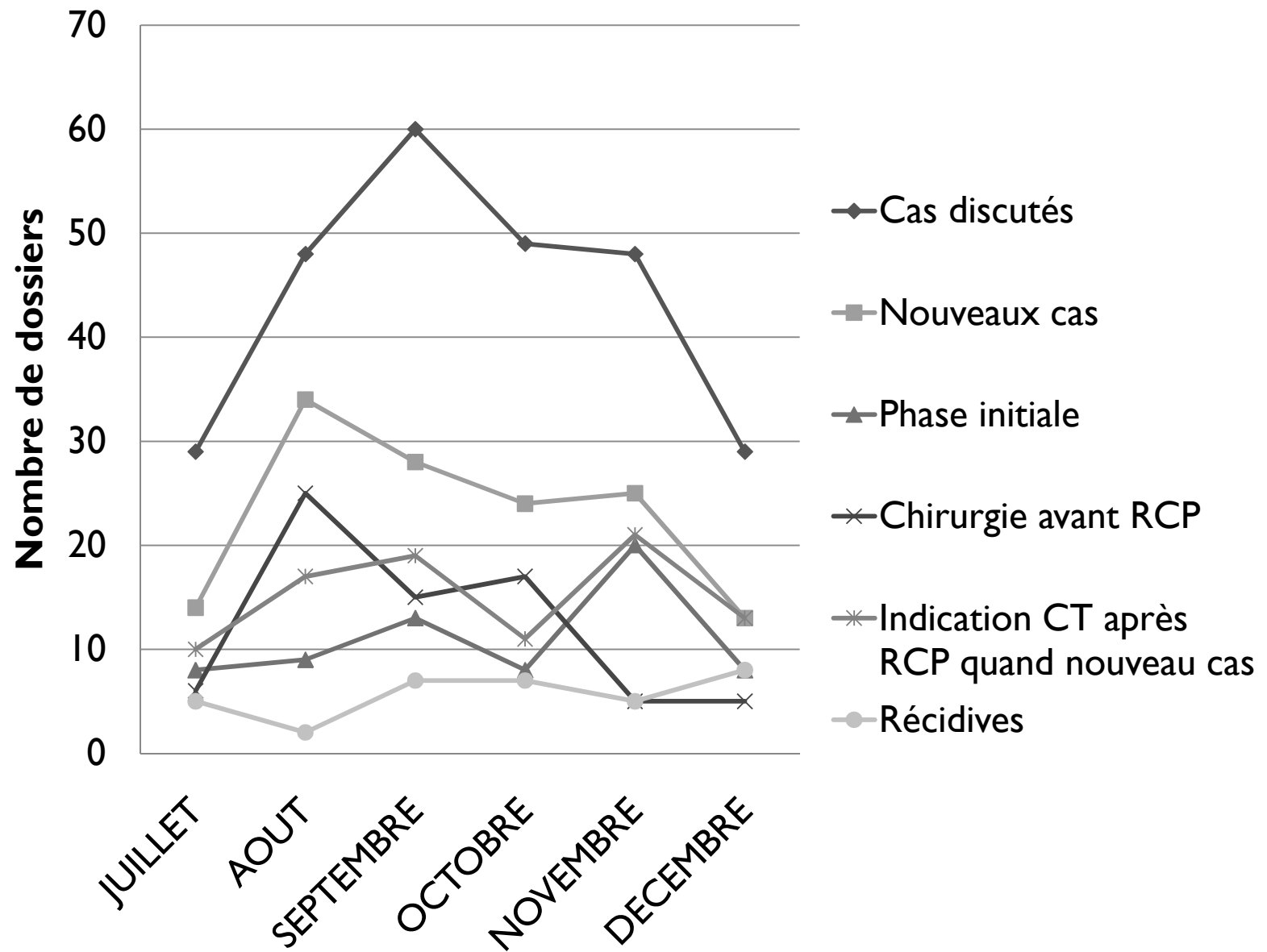


Evaluation quantitative des fiches

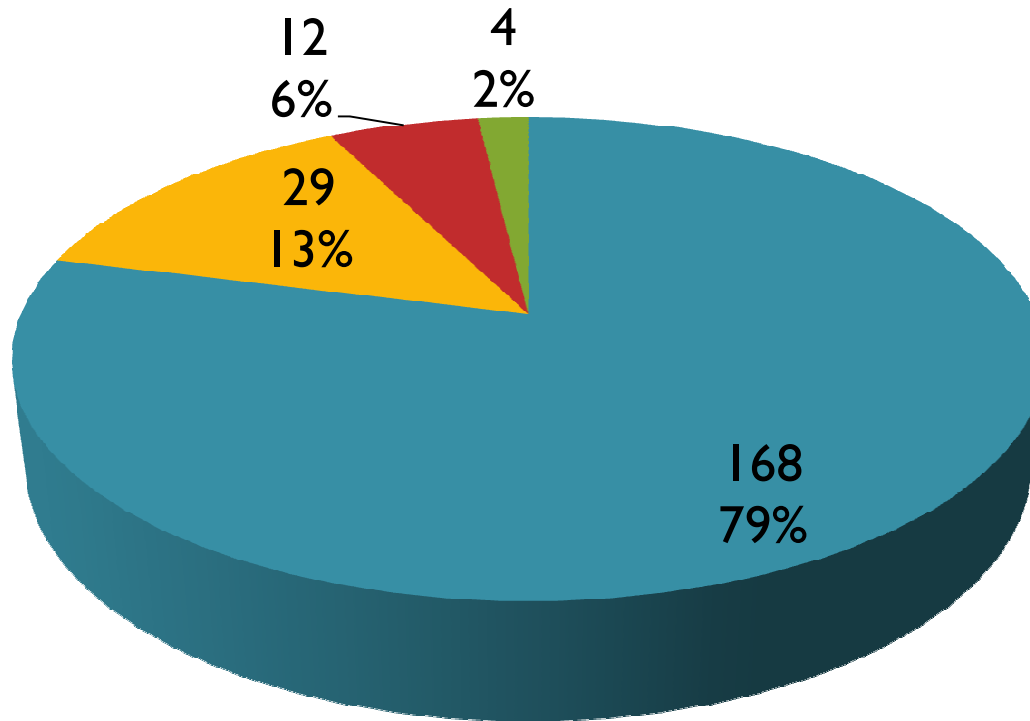
(1)

<i>Fiches RCP carcinologie digestive CHU sur 6 mois (07/07/09 au 31/12/2009)</i>	
Nombre de dossiers discutés	263
Nombre de dossiers enregistrés	0
Nombre de dossiers présentés par le médecin demandeur	114
Nombre de nouveaux cas	138
Nombre de nouveaux cas en phase initiale (=biopsie seule)	66
Nombre de nouveaux cas ayant déjà bénéficié d'une chirurgie	73
Nombre de chimiothérapie décidée après présentation d'un nouveau cas	91
Nombre de récurrences	34

RCP digestif du CHU juillet-décembre 2009



**Répartition du nombre de fiches RCP/patient
à la RCP digestif du CHU
entre le 01/07 et le 31/12/2009**



- patients dont le dossier a été présenté 1 fois
- patients dont le dossier a été présenté 2 fois
- patients dont le dossier a été présenté 3 fois
- patients dont le dossier a été présenté 4 fois

Conclusion sur les critères organisationnels

- **Points forts**

- Nombre moyen de participants/RCP
- Fréquence globalement respectée des RCP

- **Points faibles**

- Définition et respect du quorum
- Quasi absence de fiches remplies avant la RCP
- Nombre élevé de 1^{ère} présentation de patient ayant déjà bénéficié d'un ttt chirurgical
- Absence de dossier enregistré sans demande d'avis

Critères informatisés	Nombre (%)
Nombre dossiers	263
Nombre localisations	313
Nombre Motif concertation	3 (1,14)
Nombre Date prélèvement et OMS	?
Non Renseigné Circonstance de la découverte	26 (8,31)
Non Renseigné T	292 (93,29)
Non Renseigné N	293 (93,61)
Non Renseigné M	294 (93,93)
Non Renseigné Rechutes	0 (0)
Non Renseigné Cas discuté en RCP	0 (0)
Non Renseigné Nature proposition	3 (1,14)
Non Renseigné Type proposition	258 (98,1)

Commentaires

- Données sur la date de prélèvement et sur le statut OMS non disponibles (droit d'accès)
- Les résultats ne tiennent pas compte des données formulées sur le texte libre
- Données sur TNM toujours présentes sur le texte libre non accessibles sous forme de requêtes.



Lors de la validation des fiches, tenir compte des champs pré-remplis pour faciliter les évaluations

Evaluation des délais de PEC

- Méthodes

- Sélection de 60 dossiers de première présentation renseignés en totalité
- Délais calculés par rapport à la date de présentation à la RCP
- Délais de PEC pour les disciplines de chirurgie, d'oncologie, de radiothérapie et d'anatomopathologie
- Exception : délai d'anatomopathologie calculé par rapport à la chirurgie ou à la biopsie

Délais de PEC pour la cancérologie digestive du CHU du 07 au 12/2009

- Sélection de 60 dossiers

Délai entre	Moyenne (jour)	Médiane (jour)
Gastro/RCP	37,57	32,5
Cs chirurgie/RCP	40,67	41,5
Chirurgie/RCP	30,45	26
RCP/Cs onco	11,60	15
RCP/Chimio	25,23	22
RCP/Cs RT	15,00	14
RCP/RT	40,00	40
Chirurgie/Anapath	18,29	15

Commentaires

- Bases de réflexion pour optimiser les délais de prise en charge du parcours de soins du patient
- Motifs des délais entre:
 - Consultation chirurgie/date opératoire
 - Planning opératoire du chirurgien? Pb d'anesthésiste?
 - Chirurgie et anatomopathologie
 - Raison technique? Demandes spécifiques de marqueurs à réaliser? Manque de secrétariat?
 - Consultation oncologue et chimiothérapie
 - Disponibilité du service? Délai de pose de chambre implantable?

- Ce qui ne peut pas être évalué

Critères d'efficacité des RCP

- Expertise ??? des participants
 - Comment l'évaluer?
 - RCP multirégionale ?
 - SARCOMES
 - Centres des tumeurs rares
 - Control de décision par plusieurs RCP ?

Critères d'efficacité des RCP

- Partialité des présentations
 - C'est une femme de 71 ans qui.....
- Exhaustivité des comorbidités
- Oncogériatrie : présence du gériatre ?

Critères d'efficacité des RCP

- Réunions de personnalités



Critères d'efficacité des RCP

- Durée de RCP
- Heure de présentation du dossier !
- Epuisement des participants

RCP= PROGRES

- Mais évaluation répétée nécessaire sans espionner , sans inquisition mais est-ce un luxe possible?