

[Decision process in oncology: the importance of
multidisciplinary meeting]

Marie-Brigitte Orgerie, Nathalie Duchange, Nicole Pélicier, Sophie Chapet,
Etienne Dorval, Philippe Rosset, Etienne Lemarié, Christian Hervé, Grégoire
Moutel

► **To cite this version:**

Marie-Brigitte Orgerie, Nathalie Duchange, Nicole Pélicier, Sophie Chapet, Etienne Dorval, et al..
[Decision process in oncology: the importance of multidisciplinary meeting]. Bulletin du Cancer, John
Libbey Eurotext, 2010, 97 (2), pp.255-64. <10.1684/bdc.2009.0957>. <inserm-00424416>

HAL Id: inserm-00424416

<http://www.hal.inserm.fr/inserm-00424416>

Submitted on 15 Oct 2010

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

La réunion de concertation pluridisciplinaire : quelle place dans la décision médicale en cancérologie ?

Marie Brigitte Orgerie^{1,2} , Nathalie Duchange², Nicole Pélicier², Sophie Chapet¹, Etienne Dorval³, Philippe Rosset⁴, Etienne Lemarié⁵, Christian Hervé², Grégoire Moutel²

¹ Pôle Kaplan de cancérologie, CHU Tours, Hôpital Bretonneau, Tours, France

² Laboratoire d'Ethique Médicale et Médecine Légale & Réseau Inserm de recherche en éthique, Université Paris Descartes, Faculté de Médecine, Paris, France

³ Service de cancérologie digestive, Université François Rabelais, Faculté de médecine Tours, France

⁴ Service de chirurgie orthopédique, Université François Rabelais, Faculté de médecine Tours, France

⁵ Service de pneumologie, Université François Rabelais Faculté de médecine Tours, France

Auteur correspondant : Dr Marie Brigitte Orgerie, Centre Henry S. Kaplan de cancérologie,

CHRU Tours, Hôpital Bretonneau, 2 Bd Tonnelé 37044 Tours Cedex. Tel : 33(0)2 47 47 82 61 Fax :

33(0)2 47 47 80 65

b.orgerie@chu-tours.fr

Titre court : RCP et décision médicale

RESUME

La Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) a été institutionnalisée par le Plan Cancer. Le but de cette étude est d'évaluer sa place dans le processus de décision en oncologie. Nous avons observé de novembre 2004 à juillet 2005 le déroulement de 29 réunions au CHU de Tours et 324 présentations de dossiers, 80 en orthopédie, 151 en gastroentérologie et 93 en pneumologie. Quarante médecins participant aux réunions ont répondu à un questionnaire recueillant leur avis sur la RCP et la décision collégiale. Nos résultats montrent que la RCP est essentiellement le lieu de discussions techniques où les souhaits des patients sont peu abordés. Seuls les médecins assistent aux RCP avec une bonne représentativité des différentes disciplines. Les décisions pour lesquelles des référentiels peuvent être appliqués sont rapidement validées. Pour les situations cliniques plus complexes (25% à 40% des cas), l'approche multidisciplinaire permet d'adapter les recommandations ou choisir des alternatives thérapeutiques. Tous les médecins interrogés estiment que la RCP légitime la décision médicale. Ils sont parfois en désaccord avec la décision de la RCP. Nous abordons la place de la RCP dans la décision médicale et l'enjeu du passage de la décision individuelle à la décision collective, notamment en terme de responsabilité.

Mots-clés : oncologie médicale, réunion de concertation pluridisciplinaire, prise de décision, responsabilité médicale, collégialité

ABSTRACT

Multidisciplinary meeting (MDM) in oncology has been institutionalised in France by the Cancer Plan. This study aims to determine the place of MDM in the decision process. From November 2004 to July 2005, we observed 29 meetings at the Tours Hospital and 324 case presentations, 80 in orthopaedics, 151 in gastroenterology and 93 in chest medicine. Forty physicians attending the meetings answered a questionnaire exploring their opinions on MDM and the collegial decision. We found that MDM is mostly the place for technical discussions and that patients' wishes are rarely addressed. The different medical specialities are well represented but we observed that only physicians attend MDM. Decisions for straightforward cases are rapidly validated. For more complex clinical situations (25% to 40% of case presentations), the multidisciplinary approach allows to adapt guidelines or to choose alternative treatments. All the physicians interviewed express that MDM legitimates the medical decision. It occurs that they disagree with the RCP decision. We discuss how MDM impacts on the medical decision as well as the shift from the individual decision to the collective one, particularly in term of responsibility.

KEYWORDS

Medical oncology, multidisciplinary meeting, decision making, medical liability, collegiality

INTRODUCTION

En France, la politique de santé publique du Plan Cancer [1] vise à structurer et harmoniser sur l'ensemble du territoire la prise en charge des patients atteints de cancer. Le Plan Cancer définit les modalités du processus décisionnel pour les démarches diagnostiques et thérapeutiques s'appuyant sur la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP). La RCP se substitue à un dispositif existant depuis plus de vingt ans où la décision était discutée au sein des comités pluridisciplinaires si le médecin l'estimait nécessaire. Le décret de février 2005 a formalisé cette pratique et l'a rendue obligatoire pour les décisions diagnostiques complexes et pour toute décision thérapeutique hors référentiel. Il introduit une formalisation et une collégialité obligatoire de la décision. Au moment où la RCP devient un processus décisionnel incontournable, il nous est apparu intéressant d'étudier comment se construit la délibération entre différents spécialistes de cancérologie, utilisant des outils diagnostiques ou thérapeutiques différents et complémentaires, pour aboutir au projet thérapeutique.

A travers cette étude, nous avons évalué la place de la RCP dans la décision. Pour cela, nous avons observé l'organisation des réunions, le déroulement de la discussion, la place des différents intervenants et nous avons recueilli le point de vue des médecins participant aux RCP. A partir des résultats, nous discutons de la pertinence de la collégialité dans le processus décisionnel, de la place du médecin référent et des enjeux de responsabilité.

METHODES

1- Observation des RCP

Nous avons observé, de novembre 2004 à juillet 2005, les séances des RCP au Centre Hospitalo-Universitaire de Tours (Centre référent régional dans le cadre du Plan Cancer) dans trois spécialités : gastroentérologie, pneumologie et orthopédie. Ces séances sont hebdomadaires.

L'observation des RCP a été réalisée par un même observateur médecin, habituellement membre de ces RCP, et tenu au secret professionnel. La collecte des données a été réalisée de manière anonyme et confidentielle sans aucun recueil de données identifiantes des patients. Pour ce faire, une grille d'observation [2] a été réalisée et préalablement validée sur quarante dossiers afin de vérifier son adéquation et son applicabilité pour répondre aux objectifs. La grille permet de recueillir deux types de données :

- pour chaque séance de RCP : le nombre de participants et le quorum, la spécialité de chacun, le nombre de dossiers, le temps consacré à chaque dossier et la durée de chaque séance.
- pour chaque dossier ont été recueillis : le motif de présentation, le rôle du médecin référent (défini ici comme le médecin hospitalier qui voit le patient en consultation et le suit principalement), le nombre et la spécialité des médecins participant à la délibération, la présence ou non d'un animateur, la caractérisation de la délibération (harmonieuse ou non) et la nature de la décision en fonction des référentiels.

La grille a été analysée de manière anonyme dans une base Excel et les résultats sont exprimés en nombres et pourcentages.

2- Questionnaire aux médecins

Le questionnaire recueille l'opinion des médecins sur la RCP et la façon dont ils intègrent l'avis de la RCP à leur décision. Il a été évalué auprès de quatre cancérologues. Et leurs

suggestions ont été intégrées. Ainsi ont été analysés : l'avis des médecins sur la décision de la RCP, les points forts et les points faibles de la RCP, la présence ou non de désaccords avec la décision de la RCP et la gestion de ces désaccords.

Le questionnaire a été adressé par courrier interne en 2005 à l'ensemble des 50 médecins cliniciens suivant les patients et participant aux différentes RCP sur le CHU de Tours (10 RCP au total).

L'analyse des données a été réalisée de manière anonyme par saisie dans une base Excel et les résultats sont exprimés en nombres.

RESULTATS

Organisation des RCP

Au total, 29 séances ont été observées : 11 en orthopédie, 11 en gastro-entérologie et 7 en pneumologie. Le Tableau 1 montre que le nombre moyen de médecins présents par séance, toutes spécialités confondues, varie de 11 à 17. Le nombre de différentes spécialités représentées est de 5 ou 6. Les spécialistes habituellement présents sont : les chirurgiens spécialistes, les médecins spécialistes d'organe, les radiologues les anatomopathologistes, les oncologues médicaux et les radiothérapeutes. Seuls des médecins assistent aux séances de RCP et il est intéressant de souligner que le médecin traitant (généraliste de ville) n'est jamais présent. Il n'y a pas d'infirmière ni d'attaché de recherche clinique ni de psychologue.

Le quorum requis par le décret nécessite la présence d'au moins trois spécialistes : oncologue ou radiothérapeute, radiologue et chirurgien. Comme les résultats le montrent (Tableau 1), le quorum est respecté dans 24 séances sur 29. Par 2 fois, le radiologue n'était

pas présent en orthopédie et en gastro-entérologie et 1 fois en pneumologie. On s'aperçoit que le quorum est généralement plus large que les recommandations et viennent s'ajouter le plus souvent les spécialistes d'organe et les anatomopathologistes.

Au total, 324 présentations de dossiers ont été observées dont 80 en orthopédie, 151 en gastro-entérologie et 93 en pneumologie. Le temps consacré à chaque dossier a été relevé (Tableau 2). La durée de discussion d'un dossier est très variable. Les dossiers complexes requièrent environ 15 minutes. Par contre certains dossiers sont simplement validés sans donner lieu à discussion. Le temps par dossier est très semblable quelque soit la RCP. Le temps global des séances tient une place importante dans le temps médical, la durée moyenne d'une séance variant de 44 à 85 minutes par semaine.

Contenu et déroulement

Les motifs de présentation des dossiers varient selon les RCP (Tableau 3). En orthopédie, le motif principal est la démarche diagnostique à l'inverse de la gastro-entérologie où le motif principal est le projet thérapeutique. En revanche, en pneumologie, les motifs de présentation sont équilibrés entre démarche diagnostique et projet thérapeutique. La pneumologie est aussi un lieu de suivi et de réévaluation des thérapeutiques alors qu'en gastro-entérologie, la RCP sert essentiellement à établir le projet thérapeutique initial ou après l'acte chirurgical. La RCP n'est que très rarement le lieu de proposition d'essais thérapeutiques.

Le médecin référent est celui qui a vu le patient en consultation ou qui l'a déjà pris en charge (intervention chirurgicale ou chimiothérapie). Il présente le dossier dans 76% ces cas et intervient dans la discussion dans un peu plus de la moitié des cas (Tableau 3). Le motif principal d'intervention du médecin référent est d'ordre médical. Cependant, c'est par son intermédiaire que sont explicités les souhaits du patient et l'environnement familial. Cet

apport reste peu fréquent, comme le montrent les chiffres moyens de 7% et 12% respectivement.

Concernant la multidisciplinarité et la collégialité de la délibération, on note que pour plus de 60% des dossiers, au moins 3 médecins participent à la délibération (Tableau 4). Les chirurgiens prennent toujours une part importante à la délibération. Les pneumologues et les gastro-entérologues qui prennent en charge les traitements médicaux sont aussi très participatifs. Les radiologues interviennent de façon variable selon la RCP observée et le font le plus souvent lorsque sont discutés des dossiers diagnostiques.

Nous avons défini dans cette étude l'animateur comme celui qui, pour chaque dossier présenté, donne la parole aux différents spécialistes et celui qui mène la délibération. Nous observons que pour l'ensemble de ces RCP, il n'y a pas d'animateur désigné et pour la moitié des dossiers présentés, aucun médecin ne joue ce rôle (Tableau 5). Pour l'autre moitié des cas, l'animateur diffère pour chaque dossier et il est soit le chef de service (une fois sur deux) soit le médecin référent du patient. Le rôle de l'animateur diffère de celui de coordonnateur de RCP, ce dernier ayant la responsabilité administrative de la bonne organisation de la RCP.

Pour déterminer la nature de la délibération entre les membres de la RCP, nous avons considéré les dossiers présentés en deux minutes comme des dossiers validés répondant à un référentiel (Tableau 6). Ceci concerne 9 % des dossiers en moyenne. Il s'agit de dossiers présentés pour validation de la décision car en accord avec un référentiel et sans objet de discussion. Pour les autres dossiers, nous avons considéré la discussion comme étant harmonieuse lorsque des arguments ont été avancés progressivement au long de la discussion se répondant sans contradiction. Nous avons considéré la discussion comme étant contradictoire lorsque des thèses se sont affrontées autour d'arguments médicaux et la discussion comme étant avec tension lorsque des thèses se sont affrontées avec opposition de valeurs ou de personnes. Les résultats montrent que la discussion harmonieuse est très majoritaire (76% en moyenne). Le débat contradictoire est peu présent en orthopédie (1%) où la parole de l'expert chirurgien ou radiologue est peu contestée. Il y a plus de discussion

contradictoire dans les RCP de gastro-entérologie et de pneumologie qui portent surtout sur le choix d'un projet thérapeutique. La discussion avec tension reste rare quelle que soit la RCP observée (3% en moyenne).

Nous avons regardé l'adéquation de la décision avec le référentiel utilisé lors de la RCP, référentiel produit par le réseau Oncocentre et régulièrement mis à jour. Dans la majorité des dossiers (59% en moyenne), les décisions sont prises dans le cadre d'un référentiel (Tableau 7) : pour 40 % des dossiers, il s'agit d'une application stricte d'un référentiel et dans 19% d'une adaptation d'un référentiel selon les caractéristiques cliniques et les contraintes de vie du patient. On note cependant une forte proportion de décisions hors référentiels (33%). Les décisions hors référentiel sont liées à des pathologies associées et à des situations complexes sans référentiel. Les décisions d'inclusion dans un essai clinique sont rares (2% en moyenne). Pour 7% des dossiers en moyenne, il n'y a pas de décision prise. Notre observation montre que pour ces dossiers, soit il manquait des informations (3%), soit le médecin référent était absent alors que son avis était souhaité (4%).

Point de vue des médecins

Sur les 50 questionnaires adressés aux médecins participant aux réunions de RCP, 40 réponses ont été retournées ce qui correspond à un taux de réponse de 80%.

Moins de la moitié des médecins considère que la décision de la RCP est, dans la majorité des cas, la meilleure (Tableau 8). Lorsqu'on leur propose de qualifier en quoi la décision de la RCP est meilleure dans une question ouverte, 33 ont commenté et les réponses sont les suivantes : elle est multidisciplinaire (13 réponses), consensuelle et collégiale (7 réponses), elle propose une nouvelle option thérapeutique non encore envisagée (4 réponses), elle permet le recul par rapport au dossier (3 réponses), c'est une décision élaborée et

argumentée (4 réponses), c'est un avis expert (1 réponse), et cela répond à l'obligation médico-légale (1 réponse).

Tous les médecins sans exception expriment que la RCP donne du poids à la décision en terme de légitimité médicale et la moitié d'entre eux, considérant la question de la responsabilité, estime que la RCP allège le poids de la décision (Tableau 9). La plupart d'entre eux (34/40) pensent que cela permet de prendre de la distance par rapport à la décision.

Interrogés sur les points faibles de la RCP (Tableau 10), 23 médecins ont cité le retard dans la mise en place du traitement comme un fait pouvant se produire parfois, de même que le manque de temps pour délibérer des dossiers (19/40). Le caractère prévisible de la décision est cité par 17 médecins comme se produisant souvent. Enfin, nos résultats soulignent que parfois les médecins référents peuvent être en désaccord avec la décision collégiale (Tableau 11). Ceci peut être lié dans certains cas à l'impossibilité pour eux de participer à la RCP. Le fait de représenter le dossier à une prochaine réunion (Tableau 12) permet au médecin référent d'apporter des éléments d'information ouvrant sur une nouvelle argumentation.

DISCUSSION

Les médecins en cancérologie sont depuis longtemps habitués à travailler en équipe multidisciplinaire [3] et aujourd'hui, cette concertation multidisciplinaire est obligatoire [1]. Alors que la décision pouvait être élaborée au sein du colloque singulier avec le patient et qu'il était du libre choix des médecins d'en discuter collégalement, cette décision doit être aujourd'hui discutée et avalisée par la collégialité médicale.

A partir des résultats, nous discutons de l'évolution de la pratique médicale en oncologie : de la RCP comme lieu de légitimation de la décision médicale pour les dossiers hors référentiels et aussi pour les décisions dans le cadre des référentiels et du caractère médico-technique de ces réunions. Nous abordons les questions liées à la responsabilité médicale et aux enjeux médico-économiques.

a) La RCP : nouveau lieu de légitimation de la décision

Bien que la RCP ait été initialement proposée pour les dossiers complexes ne rentrant pas dans le cadre de référentiels, nous avons observé que la présentation en RCP se généralise à tous les dossiers. Nos résultats montrent que les dossiers répondant à une prise en charge de référentiel sont souvent très rapidement validés, en une à deux minutes, alors que les dossiers plus complexes peuvent nécessiter un temps de discussion allant jusqu'à 20 minutes. Dans notre étude, 59 % des dossiers correspondent à une application stricte ou adaptée du référentiel. Ce chiffre est de 92% dans le cadre de la RCP de cancérologie mammaire dans l'étude de Nguyen et al [4]. Cette généralisation s'inscrit dans l'application de la mesure 31 du Plan Cancer [1] qui vise à l'égalité des chances de traitement en fixant comme objectif que 100% des patients bénéficient d'une expertise pluridisciplinaire mais pose question en raison du temps-médecin mobilisé. De plus, cela entre en contradiction avec la circulaire relative à l'organisation des soins en cancérologie [5] qui dit que tous les dossiers n'ont pas à passer en RCP. Le passage systématique des dossiers en RCP pourrait s'expliquer par ces directives contradictoires. Une réflexion nationale sur les critères de passage des dossiers en RCP apparaît nécessaire pour donner à cette procédure tout son sens en terme de qualité de prise en charge des patients.

Tous les médecins expriment que la RCP donne du poids à la décision même si certains gardent un regard critique sur les décisions de la RCP. L'aval de la RCP apparaît pour les médecins comme un élément essentiel validant leur décision et ceci 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. Cette

évolution de la pratique médicale en oncologie s'inscrit dans le cadre d'une démocratie sanitaire et de nouveaux droits des malades [6] dans lequel le patient doit bénéficier d'une expertise multidisciplinaire et où l'exercice individuel de la médecine n'est plus la norme. Ainsi, comme l'ont montré certains travaux [7-9], l'expertise multidisciplinaire en médecine apparaît aujourd'hui pour les citoyens comme une nouvelle marque de compétence, renforçant leur confiance.

Castel et Merle énonçaient en 2002 [10] que la RCP permet aux médecins d'échapper en partie à l'incertitude à laquelle ils sont soumis quand ils doivent prendre une décision individuellement. Cela répond aussi, comme le montrent nos résultats à un besoin de réassurance pour le médecin.

b) La RCP : lieu d'une discussion médico-technique où les souhaits du patient sont peu présents

Notre étude montre que la pluridisciplinarité médicale est effective et que toutes les disciplines participent au débat. Les discussions sont harmonieuses sans préemption de parole par des personnes investies de pouvoir. Le fait que les professionnels travaillent ensemble depuis de nombreuses années avec une culture de dialogue commune est une condition de réussite de la RCP. Dans le même esprit, l'animation du débat n'est pas confisquée par une autorité hiérarchique puisque l'on note un partage équilibré des rôles entre les chefs de service et les médecins en charge des patients. En cas de désaccord, la discussion reste harmonieuse, avec organisation d'un débat contradictoire. C'est pourquoi la discussion n'apparaît que très rarement provoquer des tensions entre les intervenants.

Le caractère technique des débats, sans enjeux de valeurs, favorise une discussion harmonieuse comme nous l'avons constaté dans la majorité des cas. La parole de l'expert n'est pas remise en cause. Cette dimension technique fait néanmoins que les valeurs et les dimensions spirituelles sont peu présentes. Il n'y a donc pas lieu à discussion contradictoire. Dans notre observation, les souhaits du patient et la prise en compte de l'environnement familial sont des éléments peu évoqués. Le médecin référent du patient est presque toujours

présent mais il amène essentiellement des arguments médico-techniques. Dans les RCP étudiées, les dossiers de pneumologie sont discutés à tous les stades de la maladie, alors qu'en gastroentérologie et en orthopédie, il s'agit surtout de discussions au moment du diagnostic et/ou juste après l'acte chirurgical initial. C'est sans doute ce qui explique, comme l'ont souligné Castel et al [3] la nature très technique de la discussion et comme le soulignent nos résultats la variabilité du pourcentage de prise en compte des éléments liés au patient par rapport aux arguments purement médicaux (Tableau 3). En effet, les choix de vie du patient peuvent prendre une place prépondérante sur les données techniques et les choix médicaux incertains lorsque la maladie s'aggrave.

Est-ce que la RCP devrait plus intégrer les éléments de vie du patient ? Notre étude souligne que les professionnels qui pourraient témoigner de ces éléments ne sont pas présents dans les RCP que nous avons observées: psychologues, infirmières et assistantes sociales, par exemple. Ce choix a été fait dans certains pays où la parole de professionnels non médecins est intégrée aux débats [11,12]. Ceci est une autre conception de la RCP qui change la philosophie de ces réunions. Ceci pourrait être discuté en France en organisant différents types de RCP en fonction des stades évolutifs de la maladie, avec des intervenants adaptés aux types de décision, pouvant intégrer si nécessaire les équipes de soins palliatifs.

La conception actuelle des RCP n'exclut pas le patient pour autant. Un retour d'information systématique sur le contenu de la RCP est effectué auprès du patient par le médecin référent au sein du colloque singulier. Cette démarche de restitution et discussion de la décision avec le patient est expressément prévue par le Plan Cancer dans le cadre de consultations successives constituant le dispositif d'annonce [13]. Cette consultation dite d'annonce est le lieu privilégié de l'information et du consentement.

c) La RCP : lieu de légitimation des décisions hors référentiels

A l'heure de l'« evidence-based medicine », il subsiste de nombreuses situations cliniques qui ne répondent pas à ces normes [14]. Prescrire en dehors du cadre des référentiels

devient de plus en plus incertain et difficile à justifier pour les professionnels. La RCP permet de guider et de légitimer ces décisions hors référentiel. Dans notre étude, celles-ci représentent 25% à 40% des décisions selon la RCP. La discussion en RCP permet une adaptation des référentiels ou de proposer d'autres alternatives dès lors que la situation clinique l'exige. Ceci est fondamental pour ne pas bloquer la démarche thérapeutique et ne pas enfermer la médecine dans des normes inadaptées, pour des patients présentant une poly pathologie ou lorsqu'il n'y a pas d'études disponibles [10]. La collégialité favorise cette liberté de jugement essentielle pour les décisions face à des situations singulières.

Enfin, le fait de colliger en RCP tous les dossiers hors référentiel permet de définir les futurs axes de travaux pour lesquels l'élaboration de référentiels serait à construire. Nos résultats montrent que seuls 1% des patients sont orientés vers un protocole de recherche clinique. Il faut souligner la faiblesse de ce taux et proposer ces protocoles systématiquement à la discussion des RCP. Pour cela il conviendrait d'intégrer des attachés de recherche clinique aux séances de RCP comme cela a été proposé par Ruhstaller *et al* [15].

d) La RCP : lieu de responsabilité ?

En France, la loi du 4 mars 2002 [6] sur les droits des patients renforce l'obligation pour un professionnel de travailler en multicom pétence avec d'autres collègues. Le Plan Cancer insiste sur l'égalité de chance pour tous les patients par le biais de la RCP; on peut penser dès lors que ne pas y soumettre les dossiers pourrait mettre en jeu la responsabilité des professionnels. On note là une évolution de la notion de responsabilité qui porte non plus seulement sur la décision elle-même mais aussi sur le respect de la procédure décisionnelle. Le respect de la collégialité dans la prise de décision serait un facteur de légitimation de celle-ci, particulièrement en cas de recours en justice [10,16].

Dans notre étude, la moitié des médecins affirment que la RCP allège pour eux le poids de la décision : faut-il penser que la décision de la RCP est ressentie comme un allègement de la responsabilité individuelle par le médecin ? Il serait intéressant d'explorer cette question

qui n'a pas été abordée directement dans notre étude. En effet, la nécessité de la collégialité pourrait entraîner un risque de déresponsabilisation du médecin au plan individuel.

Qu'en est-il de la responsabilité des médecins participants à la RCP ? En Australie, une étude a été réalisée en 2006 par Sidhom et al [17]. Selon les cours juridiques australiennes, les éléments d'appréciation qui engagent la responsabilité personnelle du médecin lors d'une RCP, sont les suivants : une demande écrite d'avis est faite, les informations données sont complètes et en particulier le nom du patient, le patient sait que son dossier est présenté en RCP, l'avis de la RCP est généralement suivi, l'avis de la RCP est documenté, et il existe une rémunération pour cet avis. Cette étude réalisée en Australie, prend en compte un contexte social différent où les plaintes des patients sont plus fréquentes qu'en France et où les médecins sont préoccupés de leur protection juridique. Cependant, les fondements de cette étude nous interrogent et les médecins en France doivent rester vigilants à ce que les conditions d'exercice de la décision au sein de la RCP restent compatibles avec un soin attentif. En effet, en cas de surcharge lors de ces réunions, des risques de négligence peuvent exister.

En France, le médecin référent reste responsable de la décision appliquée après discussion avec le patient. S'il ne l'applique pas il doit justifier cette décision dans le dossier médical. La RCP est un outil d'aide à la décision proposé par le Plan Cancer et s'inscrit dans l'obligation de moyens pour tout médecin en charge d'un patient. La responsabilité des médecins participant aux RCP n'a pas encore été définie.

Néanmoins ce mode de fonctionnement pose plusieurs questions :

- comment le médecin peut-il aller à l'encontre de l'avis de la RCP sachant que cette attitude pourrait lui nuire, en particulier en cas de contentieux ?
- peut-il être envisagé une responsabilité juridique de la RCP, de chacun de ses membres ou de l'institution de soins ? Quelles en seraient les modalités ?

In fine, la question est de savoir si les conclusions de la RCP doivent être considérées comme des avis ou bien des décisions qui s'imposent aux médecins et nos résultats montrent que ceux-ci les considèrent plutôt comme des décisions à appliquer.

e) La RCP : une légitimation médico-économique ?

Actuellement, les traitements en oncologie sont de plus en plus onéreux et sont pris entièrement en charge de façon spécifique par la collectivité dans le système national de protection sociale. La tension entre stratégie thérapeutique et contraintes économiques est aujourd'hui au cœur de nombreuses interrogations en oncologie [18-20]. Ces auteurs pensent que la dimension économique ne peut entrer dans le choix thérapeutique au niveau de la relation de soins et de la prise en charge individuelle comme c'est le cas en RCP. Dans notre étude, la question économique n'a jamais été abordée lors des réunions observées (résultat non montré) et les médecins participant aux RCP argumentent les dossiers uniquement sur des arguments médicaux (techniques ou psychosociologiques). La collégialité peut valider la décision d'une thérapeutique coûteuse mais également peut éviter toute surenchère thérapeutique selon l'analyse des situations. De même que les auteurs sus-cités s'accordent sur la nécessité de ne pas introduire les considérations économiques comme éléments déterminants de la décision au niveau individuel, il nous semble important d'affirmer que la RCP ne doit pas être le lieu de telles considérations, celles-ci relevant d'un choix politique.

En conclusion, nos résultats montrent que l'approche multidisciplinaire est proposée dans de nombreuses situations cliniques répondant ou non aux référentiels et que l'avis de la RCP légitime la stratégie thérapeutique proposée. L'institution de ce processus décisionnel collégial porté par les médecins va modifier progressivement et profondément les relations des médecins entre eux mais aussi les relations des médecins avec leurs patients introduisant un tiers expert dans cette relation. L'évolution vers une expertise technique de plus en plus performante et la nécessité d'une décision collégiale caractérisent aujourd'hui l'exercice médical et reflètent sans doute l'évolution de notre société.

REMERCIEMENTS

Les auteurs souhaitent remercier Pr O. Le Floch, P. Bougnoux et Dr. J-C. Bourgeois pour leur aide dans la conduite de cette étude. L'aide financière pour l'informatique/logistique a été fournie par l'association d'ACORT.

REFERENCES

1. Plan Cancer 2003-2007. Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer.
<http://www.sante.gouv.fr>
2. Orgerie MB. La décision médicale en cancérologie. Rôle de la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire. Thèse d'université, 2007. <http://www.ethique.inserm.fr>
3. Castel P, Blay J, Meeus P, Sunyach M, Ranchère-Vince D, Thiesse P, et al.
Fonctionnement et impact d'un comité pluridisciplinaire en cancérologie. Bull Cancer 2004; 91(10):799-804.
4. Nguyen TD, Legrand P, Devie I, Cauchois A, Eymard JC. Evaluation qualitative de la réunion de concertation pluridisciplinaire de cancérologie mammaire. Bull Cancer 2008 ; 95(2): 247-251.
5. Circulaire relative à l'organisation des soins en cancérologie n° DHOS / SDO / 2005 / 101 du 25 Février 2005. <http://www.sante.gouv.fr>
6. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal Officiel de la République française, 5 mars 2002, 4118-4158.
7. Hergon E, Quaranta J, Moutel G, Hervé C, Rouger P. The responsibility of the physician prescriber of blood products. Transfus Clin Biol 2004; 11(4):221-227.
8. Penel N, Valentin F, Giscard S, Vanseymortier L, Beuscart R. General practitioners assessment of a structured report on medical decision making by a regional multidisciplinary cancer committee. Bull Cancer 2007; 94(10):E23-6.

9. Moutard M, Moutel G, François I, Fauriel I, Feingold J, Ponsot G, et al. Prenatal diagnosis of cerebral malformation with an uncertain prognosis: a study concerning couple's information and consequences on pregnancy. *Ann Genet* 2004 ;47(1):41-51.
10. Castel P, Merle I. Quand les normes des pratiques deviennent une ressource pour les médecins. *Sociologie du travail* 2002; 44:337-355.
11. Haward R, Amir Z, Borrill C, Dawson J, Scully J, West M, et al. Breast cancer teams: the impact of constitution, new cancer workload, and methods of operation on their effectiveness. *Br J Cancer* 2003; 89(1):15-22.
12. Lanceley A, Savage J, Menon U, Jacobs I. Influences on multidisciplinary team decision-making. *Int J Gynecol Cancer* 2008 ;18(2):215-222.
13. Document de la Ligue et de l'INCa. (2006) Le dispositif d'annonce. <http://www.e-cancer.fr>
14. Naylor C. Grey zones of clinical practice: some limits to evidence-based medicine. *Lancet* 1995; 345(8953):840-842.
15. Ruhstaller T, Roe H, Thürlimann B, Nicoll J .The multidisciplinary meeting: An indispensable aid to communication between different specialities. *Eur J Cancer* 2006; 42(15):2459-2462.
16. Sidhom M, Poulsen M. Group decisions in oncology: doctors' perceptions of the legal responsibilities arising from multidisciplinary meetings. *J Med Imaging Radiat Oncol* 2008; 52(3):287-292.
17. Sidhom M, Poulsen M. Multidisciplinary care in oncology: medicolegal implications of group decisions. *Lancet Oncol* 2006; 7(11):951-954.
18. Martin D, Pater J, Singer P. Priority-setting decisions for new cancer drugs: a qualitative case study. *Lancet* 2001; 358(9294):1676-1681.

19. Berry S, Hubay S, Soibelman H, Martin D. The effect of priority setting decisions for new cancer drugs on medical oncologists' practice in Ontario: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2007; 7:193.

20. de Kort S, Kenny N, van Dijk P, Gevers S, Richel D, Willems D. Cost issues in new disease-modifying treatments for advanced cancer: in-depth interviews with physicians. *Eur J Cancer* 2007; 43(13):1983-1989.

Tableaux

Tableau 1. Nombre et représentation des médecins aux séances de RCP

| | Orthopédie | Gastro-entérologie | Pneumologie |
|--|------------|--------------------|-------------|
| Nombre de séances de RCP | 11 | 11 | 7 |
| Nombre moyen de médecins/séance (écarts) | 11 (8-15) | 17 (13-23) | 14 (12-16) |
| Nombre moyen de spécialités représentées | 6 | 6 | 5 |
| Nombre de séances où le spécialiste est présent: | | | |
| - Oncologue médical | 7 | 8 | 0 |
| - Radiothérapeute | 11 | 10 | 7 |
| - Chirurgien | 11 | 11 | 7 |
| - Radiologue | 9 | 9 | 6 |
| - Spécialiste d'organe | 7 | 11 | 7 |
| - Anatomopathologiste | 10 | 9 | 5 |

Tableau 2. Nombre de dossiers par séance et temps par dossier

| | Orthopédie | Gastro-entérologie | Pneumologie |
|---|-------------|--------------------|-------------|
| Nombre de dossiers présentés | 80 | 151 | 93 |
| Nombre moyen de dossiers/ séance (écarts) | 7.2 (3-11) | 13.7 (8-19) | 13.2 (8-18) |
| Temps moyen / dossier en minutes (écarts) | 6.1 (1- 14) | 6.2 (1-19) | 5.7 (1-13) |
| Durée moyenne des séances en minutes | 44 | 85 | 75 |

Tableau 3. Motifs de présentation des dossiers et interventions du médecin référent

| | Orthopédie | Gastro-entérologie | Pneumologie | Total |
|---|------------|--------------------|-------------|-------|
| Nombre de dossiers | 80 | 151 | 93 | 324 |
| Motif de présentation du dossier : | | | | |
| - Démarche diagnostique | 50 % | 10 % | 31 % | 26 % |
| - Projet thérapeutique | 29 % | 72 % | 30 % | 49 % |
| - Essai thérapeutique | 0 % | 3 % | 1 % | 2 % |
| - Réévaluation thérapeutique | 0 % | 6 % | 28 % | 11 % |
| - Choix traitement symptomatique | 10 % | 1 % | 1 % | 3 % |
| - Arrêt des traitements spécifiques | 0 % | 2 % | 9 % | 3 % |
| - Autres | 11 % | 7 % | 0 % | 7 % |
| Type d'intervention du médecin référent * : | | | | |
| - Présentation initiale | 72 % | 70 % | 89 % | 76 % |
| - Participation à la discussion | 47 % | 60 % | 59 % | 57 % |
| Motif: | | | | |
| - Argument médical | 40 % | 43 % | 38 % | 41% |
| - Expression des souhaits du patient | 1 % | 6 % | 13 % | 7 % |
| - Donnée sur le contexte familial | 6 % | 11 % | 19 % | 12 % |

* Le médecin référent peut avoir plusieurs motifs d'intervention sur un même dossier

Tableau 4. Médecins participant à la discussion de la présentation des dossiers

| | Orthopédie | Gastro-entérologie | Pneumologie | Total |
|------------------------|------------|--------------------|-------------|-------|
| Nombre de médecins : | | | | |
| - 1 | 5 % | 3 % | 5 % | 4 % |
| - 2 | 34 % | 22 % | 26 % | 26 % |
| - 3 | 35 % | 60 % | 54 % | 52 % |
| - 4 ou plus | 26 % | 16 % | 15 % | 18 % |
| Spécialités * : | | | | |
| - Chirurgien | 72 % | 67 % | 53 % | 65 % |
| - Radiologue | 54 % | 7 % | 41 % | 28 % |
| - Radiothérapeute | 30 % | 38 % | 41 % | 37 % |
| - Oncologue médical | 11 % | 3 % | 0 % | 5 % |
| - Spécialiste d'organe | 11 % | 71 % | 76 % | 58 % |
| - Anatomopathologiste | 11 % | 1 % | 4 % | 5 % |

* Plusieurs spécialistes peuvent participer à la discussion d'un dossier

Tableau 5. Qui anime le débat ?

| | Orthopédie | Gastro-entérologie | Pneumologie |
|------------------|------------|--------------------|-------------|
| Chef de service | 21% | 21% | 21% |
| Médecin référent | 22% | 19% | 22% |
| Autre médecin | 4% | 8% | 12% |
| Pas d'animateur | 52% | 52% | 45% |

Tableau 6. Caractérisation de la délibération entre intervenants

| | Orthopédie | Gastro-entérologie | Pneumologie | Total |
|---------------------------|------------|--------------------|-------------|-------|
| Aucune discussion | 7 % | 8 % | 11 % | 9 % |
| Discussion harmonieuse | 90 % | 72 % | 71 % | 76 % |
| Discussion contradictoire | 1 % | 17 % | 14 % | 12 % |
| Discussion avec tension | 1 % | 3 % | 4 % | 3 % |

Tableau 7. Caractéristiques de la décision en fonction des référentiels

| | Orthopédie | Gastro-entérologie | Pneumologie | Total |
|--|------------|--------------------|-------------|-------|
| Décision avec application stricte d'un référentiel | 32 % | 45 % | 38 % | 40 % |
| Décision avec adaptation du référentiel | 19 % | 19 % | 19 % | 19 % |
| Décision hors référentiel thérapeutique | 40 % | 25 % | 39 % | 33 % |
| Décision d'inclusion dans un essai clinique | 0 % | 3 % | 1 % | 2 % |
| Pas de décision | 9 % | 9 % | 3 % | 7 % |

Tableau 8. Appréciation globale de la décision de la RCP par les médecins

| Est-ce que la décision de la RCP est la meilleure ? | Toujours | Souvent | Parfois | Jamais | Non renseigné |
|---|----------|---------|---------|--------|---------------|
| Nombre de médecins (n=40) | 3 | 15 | 16 | 1 | 5 |

Tableau 9. Apport de la RCP à la décision selon les médecins (n=40)

| | Oui | Non |
|---|-----|-----|
| La RCP donne du poids à la décision | 40 | 0 |
| La RCP allège le poids de la décision | 20 | 20 |
| La RCP permet de prendre du recul par rapport à la décision | 34 | 6 |

Tableau 10. Les points faibles de la RCP selon les médecins (n=40)

| | Toujours | Souvent | Parfois | Jamais | Non renseigné |
|-------------------------------|----------|---------|---------|--------|---------------|
| Retarde la mise en traitement | 0 | 2 | 21 | 14 | 3 |
| Manque de temps pour discuter | 0 | 4 | 19 | 14 | 3 |
| Prévisibilité de la décision | 1 | 17 | 18 | 1 | 3 |

Tableau 11. Désaccord des médecins avec la décision de la RCP (n=40)

| | Parfois | Rarement | Jamais | Non renseigné |
|---|---------|----------|--------|---------------|
| Etes-vous en désaccord avec la décision de la RCP ? | 14 | 21 | 2 | 3 |

Tableau 12. Mode de gestion de la décision en cas de désaccord des médecins (n=40)

| | Toujours | Souvent | Parfois | Jamais | Non renseigné |
|---|----------|---------|---------|--------|---------------|
| En cas de désaccord avec la décision, représentez-vous le dossier à la RCP suivante ? | 8 | 7 | 19 | 2 | 4 |