



Charte qualité Réunions de concertation pluridisciplinaire en cancérologie (RCP) de la région Rhône-Alpes

Sommaire

Textes de référence	3
Préambule	4
Chapitre I : Organisation avant la RCP.....	4
Chapitre II : Organisation pendant la RCP	5
Chapitre III : Organisation après la RCP	5
Annexe 1: Conditions de discussion d'un dossier en RCP	7
Annexe 2: Renseignement de la fiche RCP MINIMA	8
Annexe 3: Glossaire.....	12
Annexe 4: Charte minimale pour l'organisation et le fonctionnement des RCP (version 2006)	13

Textes de référence

- Plan Cancer 2003-2007/Plan cancer 2009-2013
- Loi de Santé Publique n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique journal officiel de la république française JOR : SANX0300055L
<http://admi.net/jo/20040811/SANX0300055L.html>
- Mesure 34, relative au Dossier Communicant de Cancérologie (DCC) : **Plan cancer 2003-2007**
Plaquette résumé : http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/cancer/plaquette_cancer.pdf
Détails : <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/cancer/index2.htm> (**accès plan cancer**)
- Circulaire n° DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 sur l'organisation des soins en cancérologie . Annexe 2 relative aux principes généraux et modalités de fonctionnement des RCP et Programme Personnalisé de soins (mesure 31 du Plan Cancer)
<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/cancer/circ101.pdf>
- Recommandations nationales pour la mise en œuvre du dispositif d'annonce du Cancer dans les Etablissements de Santé (mesure 40 du Plan Cancer) http://www.e-cancer.fr/v1/fichiers/public/recommandations_nationales_da_nov_05.pdf
- Circulaire n° DHOS/CNAMTS/INCa n° 2007 du 25 septembre 2007 relative aux Réseaux Régionaux de Cancérologie Mesures 29 et 33 du plan cancer
<http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2007/07-10/a0100154.htm>
- Avenant au contrat constitutif du GIP relatif au Réseau Régional de Cancérologie Rhône-Alpes : septembre 2009
- Charte minimale pour l'organisation et le fonctionnement des RCP en cancérologie en Rhône-Alpes (travail du groupe convergence RCP en 2006) (**annexe 4**).

Préambule

La présente charte a pour but de décrire l'organisation des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) en Rhône-Alpes et de définir de manière consensuelle les conditions optimales de leur bon fonctionnement.

Elle vise à la conformité avec la réglementation en vigueur et les recommandations nationales, elle pourra évoluer, lorsque de nouveaux textes relatifs à cette organisation le nécessiteront, et/ou afin de satisfaire aux exigences de qualité de prise en charge du patient.

L'ensemble des textes de référence (cités en supra) issus des plans cancer oriente vers la mise en œuvre d'un droit du patient atteint de cancer, de pouvoir bénéficier d'une étude pluridisciplinaire de son dossier ; ce dossier doit ainsi passer par une RCP organisée avant que le projet thérapeutique puisse être mis en œuvre ¹

Le passage en RCP du dossier consiste en :

- La validation de la décision prise, si elle correspond aux standards identifiés dans le référentiel régional.
- Ou la discussion du dossier lorsqu'il s'agit d'un cas hors standards, complexe, ou une pathologie rare, dans ce cas la RCP émet un avis.

Suite à la RCP et aux propositions faites au patient, un Programme Personnalisé de Soins (PPS) est élaboré et remis au patient.

I : Organisation de la RCP ²:

Identification et objet de la RCP

- Pathologie ou spécialité
- Nom du ou des médecins responsables de la RCP ([Annexe 3 : Glossaire page 12](#)),
- Nom de la secrétaire (ou personne à contacter par le médecin référent du patient pour l'inscription du dossier à la RCP),

Modalités de fonctionnement³

Fréquence de la RCP

En fonction du type de pathologie⁴, élaboration d'un calendrier comportant pour chaque type de RCP (organe ou spécialité) : le lieu, les jours et plages horaires de réunion.

Documentation et moyens

Accès des participants de la RCP aux référentiels de la spécialité validés et à jour, dans la salle de réunion (version papier ou informatique (DCC)),

Enregistrement des fiches RCP dans le DCC sur la plateforme DPPR⁵

¹ Bien entendu, en fonction des pathologies et/ou de leur stade d'évolution certains gestes à visée diagnostique y compris chirurgicaux auront pu être pratiqués (*cf* référentiel de la spécialité) parce qu'ils sont nécessaires pour que la discussion en RCP puisse valablement se tenir.

² Il est recommandé de faire paraître dans l'annuaire régional du DCC sur la plateforme DPPR toute modification ou mise à jour de ces données.

⁴ Recommandations INCa : au moins 2 fois par mois,

Il est recommandé que la RCP puisse se tenir dans une salle possédant :

- Les équipements permettant la connexion à la plateforme DPPR pour l'accès en direct si besoin au DCC.
- Mais aussi un équipement de type système de visioconférence ou mieux de webconférence qui permettent de la rendre accessible à des professionnels éloignés du lieu de la RCP ou ayant des contraintes d'exercice (médecins traitants) et pour lesquels ces modes de participation peuvent être un plus.

Définition du *Quorum*:

Le *quorum* se matérialise par une liste représentative des professionnels de santé, établie par l'animateur de RCP, et qui garantit en pratique la pluridisciplinarité de la discussion lors de la réunion.

Selon les localisations tumorales et les différentes situations cliniques, le *quorum* est fonction du type de RCP : RCP de 1^{er} niveau ou RCP de recours.

La composition en spécialité nécessaire au quorum peut avoir fait l'objet d'une recommandation dans le cadre du groupe de travail du référentiel régional de la spécialité ; à défaut se référer à celle définie dans le cadre réglementaire et précisée par l'INCa :

- Pour les RCP standard : au moins 3 praticiens différents dont au moins un chirurgien de la spécialité, et un oncologue.
- Pour les RCP de recours (cas complexes ou rares) : le médecin responsable de la RCP définit le quorum selon la spécialité.

Préparation du passage du dossier en RCP et Programmation de son passage

Modalités de l'inscription d'un dossier en RCP par médecin référent ou par délégation par sa secrétaire

Analyse par le médecin référent si le dossier relève d'une discussion ou d'une présentation sans discussion (dans ce cas, il devra alors préciser le référentiel validé et actualisé qui valide sa décision), ([Annexe 1 : Condition de discussion d'un dossier en RCP page 7](#)).

Le praticien informe le patient de cette démarche et recueille son accord.

Présentation du dossier du patient par renseignements d'une fiche RCP du DCC:

Cette Présentation passe par le renseignement d'une fiche RCP ([voir en Annexe 2 : Fiche RCP MINIMA page 9](#)) complétée des documents diagnostique exigés par LA RCP visée

Le développement des fiches RCP s'inscrit dans le cadre de l'organisation des soins en cancérologie : c'est un support qui se veut la trame d'une synthèse des éléments nécessaires à la discussion ; ce document ainsi que les documents diagnostiques attachés sont une partie intégrante du DCC.

La fiche RCP complète regroupe l'ensemble des informations cliniques, histologiques nécessaires pour *présenter sans discussion ou discuter* du dossier du patient en RCP.

Organisation durant la RCP :

⁵ Décision de L'ARH Rhône-Alpes pour mise en œuvre à compter de novembre 2009

Charte Qualité RCP version validée du 27/11/2009

Reproduction Interdite (art. L122-6, 335-2 et 335-3 CPI) ©. Copyright RRC-RA (GIP ONCOR) 2009. Tous droits réservés.

Une liste de présence est établie et validée par le responsable de la RCP avec validation du *quorum*.

Le médecin référent ou la personne déléguée qui maîtrise les informations concernant le patient présente le dossier. *Lors de la discussion du dossier la présence du médecin qui a soumis le dossier à concertation est fortement recommandée* Dans tous les cas et à fortiori si ce praticien est absent ou se fait représenter, il devra répondre aux exigences de la RCP en matière d'information sur le dossier (fiche RCP, compléments d'information (CRO, CRA, imagerie....) ; à défaut le dossier pourra ne pas être valablement discuté.

La RCP, à l'issue de la discussion, rend un avis qui doit être argumenté et propose stratégie thérapeutique et/ou des modalités de prise en charge.

Le Médecin Responsable de la RCP complète la partie de la fiche par la proposition faite et la valide.

Dans les suites de la RCP :

Enregistrement dans le DCC de la fiche RCP (et si besoin archivage) par le secrétariat.

Une copie de la fiche RCP est transmise par le Médecin Responsable de la RCP (par délégation par son secrétariat) aux médecins prenant en charge le patient.

Lorsque les équipements des uns et des autres le permettent cette transmission peut évoluer vers une alerte des destinataires sur la disponibilité de ce document dans le DCC.

Lors de la consultation qui suit la RCP, le médecin référent du patient l'informe de l'avis de la RCP, indique s'il suit ou non l'avis et pourquoi. Le patient accepte ou non la proposition de prise en charge qui lui est faite et dans tous les cas un PPS (projet personnalisé de soins) est établi suite à cette consultation.

Ce PPS décrit à minima le type de traitements à mettre en œuvre et les dates prévisionnelles de début de traitement. Il est remis au patient et enregistré dans le DCC (ou une copie reste dans le dossier papier du patient)

Annexe 1: Conditions de discussion d'un dossier en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

Le dossier ne sera pas discuté en RCP si:

- La prise en charge du patient se réfère à une procédure standard figurant dans le référentiel régional de pratiques validé, et à jour.
- Le dossier du patient présente une situation clinique référencée par le Réseau Régional comme ne devant pas relever d'une discussion en RCP,
- Refus du patient.

Même si le dossier ne doit pas être discuté :

- *Une fiche RCP sera renseignée*
- *Le dossier sera obligatoirement adressé pour enregistrement à une RCP de la spécialité en notifiant clairement les raisons de la non –discussion*
- *Cette fiche RCP sera enregistrée dans le DCC par le secrétariat de RCP*

Le dossier sera obligatoirement discuté en RCP si:

- Le référentiel correspondant à la situation clinique propose des options de prise en charge à discuter en RCP,
- Le dossier ne se réfère pas à un référentiel validé et actualisé,
- Un changement significatif d'orientation thérapeutique s'impose, en fonction des résultats d'un traitement ou de l'obtention de nouvelles informations diagnostiques ou pronostiques,
- Une situation d'urgence (chirurgie, radiologie interventionnelle à visée diagnostique) amène à discuter du dossier après l'intervention.

ANNEXE 2: Renseignement de la fiche RCP MINIMA

Partie à compléter par le médecin référent du patient (ou par délégation par sa secrétaire et sous la responsabilité du référent) :

- Identification du patient,
- Identification du médecin traitant,
- Identification du médecin référent et/ou de son suppléant qui va présenter le dossier,
- Motifs de présentation du dossier,
- Question posée à la RCP

Partie à compléter (éléments essentiels du dossier) par le médecin référent du patient (ou par délégation par sa secrétaire et sous la responsabilité du référent sur la base d'éléments issus du dossier du patient) :

- Les données du (des) CRO,
- Les données du (des) CRA,

Il est recommandé de joindre une copie des CRO et CRA à la fiche RCP

- Les traitements antérieurs et comorbidités.

FICHE RCP MINIMA (Modèle Rhône-Alpes)

DOSSIER RCP MINIMA SELON LES RECOMMANDATIONS DE L'INCA

Cette fiche RCP doit obligatoirement être accompagnée de tous les CRO et CRA du patient

PARTIE A COMPLETER PAR LE PRATICIEN REFERENT DU PATIENT (OU PAR DELEGATION PAR SA SECRETAIRE ET SOUS LA RESPONSABILITE DU REFERENT)

IDENTIFICATION PATIENT

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

Sexe : F H Date de naissance : |__| |__| |__| |__| |__| |__|

Pays de naissance : Ville de naissance :

IDENTIFICATION DU MEDECIN DEMANDANT L'AVIS

Nom : Prénom :

MOTIFS DE PRESENTATION DU DOSSIER EN RCP

Avis diagnostic Décision de traitement Ajustement thérapeutique Surveillance après traitement

DONNEES CLINIQUES

Circonstance de découverte :menu déroulant.....

Dépistage organisé Dépistage individuel Manifestation clinique Ne sait pas

Siège de la tumeur : Rechute : Oui Non

Classification TNM :

Extension locale :

Stade T :Menu Déroulant.....

Extension ganglionnaire :

Stade N :Menu Déroulant.....

Extension à distance :

Stade M :Menu Déroulant.....

Capacité de vie OMS :menu déroulant.....

Activité extérieure normale sans restriction (0) Réduction des efforts physiques intenses (1)

Doit parfois s'aliter mais de - de 50% de la journée (2) Doit être alité + de 50 % de la journée (3)

Incapacité totale, alitement fréquent ou constant (4)

Complément(s) éventuel(s) aux données cliniques :

.....

**PARTIE A COMPLETER PAR LE PRATICIEN REFERENT DU PATIENT (OU PAR DELEGATION
PAR SA SECRETAIRE ET SOUS LA RESPONSABILITE DU REFERENT)**

DONNEES DU (DES) CRO

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Complément(s) éventuel(s) au descriptif du compte-rendu opératoire :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

DONNEES DU (DES) CRA

Date de prélèvement : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Résultats des prélèvements antérieurs :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Complément(s) éventuel(s) au descriptif anatomopathologique :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Annexe 3: GLOSSAIRE

Médecin traitant ou de tout autre médecin désigné par le patient:

Médecin suivant habituellement le patient, que ce soit dans le cadre de la prise en charge de son cancer ou non. Il est renseigné au niveau de la fiche signalétique du patient.

Médecin Référent:

Tout médecin intervenant directement soit dans la prise en charge diagnostique ou thérapeutique du patient pour son cancer ou les soins globaux nécessités par la maladie (chirurgien ou médecin spécialisé) et pouvant inscrire un patient en RCP.

Médecin Responsable de la RCP:

Médecin identifié au niveau du 3C, qui assure l'organisation de la RCP et son animation. Il renseigne et valide la proposition de prise en charge sur la fiche RCP.

Charte minimale pour l'organisation et le fonctionnement des Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP) en cancérologie en Rhône-Alpes

Conclusions rendues fin mai 2006 à l'Agence Régionale d'Hospitalisation Rhône-Alpes

Le groupe régional Convergence RCP coordonné par le Pr J Balosso

Missions et définitions

- Permettre à tous les patients atteints d'un cancer de bénéficier dans les meilleurs délais de propositions thérapeutiques spécialisées pluridisciplinaires et personnalisées basées sur les données acquises les plus actuelles de la cancérologie.
- La RCP doit s'appuyer sur un Référentiel de Pratiques Professionnelles (RPP) consensuel et actualisé.
- Dans l'histoire de la maladie, la situation chronologique de la RCP peut varier selon les cas. Hormis les cas « standards »; elle doit intervenir dès que le diagnostic est suffisamment suspecté ou établi pour permettre une discussion utile des orientations thérapeutiques. Ainsi l'avis de la RCP doit obligatoirement être sollicité dans les circonstances suivantes: décision du traitement initial; première rechute; décision d'une orientation palliative. Cette liste n'est pas limitative et peut être complétée d'une part à l'initiative locale de chaque comité de RCP et d'autre part en fonction des recommandations des RPP déclinées par pathologie. Face à la chronicisation de certaines évolutions cancéreuses et notamment lorsqu'un cadre relativement consensuel existe dans les RPP, la RCP peut n'être sollicitée qu'en cas de changements significatifs d'orientations thérapeutiques.
- Les « RCP de recours » sont celles disposant à la fois d'un éventail de spécialistes plus large que le quorum minimum et ayant une expérience particulière, notamment universitaire, dans l'étude des cas les plus complexes, attestée par une activité importante de discussion de cas non standard.
- Une démarche de participation à la recherche clinique doit faire partie des objectifs de tout comité de RCP.

Constitution

- La constitution d'une RCP est définie par son quorum. Le quorum, à noter lors de chaque réunion, doit comprendre au moins les spécialistes suivants : 1 cancérologue transversal (radiothérapeute ou oncologue médical) + 1 spécialiste d'organe + 1 autre spécialiste (autre cancérologue transversal, chirurgien, imageur, anatomopathologiste ou biologiste) ; ces personnes pouvant être sur différents sites en relation multimédia. Ce quorum doit en outre s'efforcer de respecter les recommandations des RPP en fonction des pathologies discutées.

Moyens

- Le fonctionnement de la RCP selon les critères de qualité énoncés par les tutelles nécessite un travail de secrétariat spécifique (de l'ordre d'un ETP pour 1000 à 2000 dossiers par an selon le type de travail) et un local adapté et convenablement équipé sur chaque site.
- La généralisation des RCP doit s'accompagner d'un déploiement des moyens informatiques et de communication ainsi que du personnel qualifié apte à en faciliter la gestion et le fonctionnement.

Mode de fonctionnement

- Pour atteindre l'exhaustivité qui s'impose une structuration très rigoureuse des RCP est nécessaire en distinguant différentes catégories de dossiers (standard et non standard) et en anticipant une partie du travail en amont de la phase présentielle de la RCP.
- La présence d'un praticien connaissant le patient et / ou maîtrisant les informations le concernant de manière suffisante est indispensable. En son absence un dossier non standard ne devrait pas être discuté.
- La RCP doit être animée par un médecin ayant le rôle de coordonnateur et qui doit veiller :
 - au contrôle et à la validation des dossiers présentés sans discussion pour enregistrement ;
 - au respect du quorum et au relevé des présences ;
 - à la dictée en séance ou à la rédaction des comptes rendus dans l'esprit des « fiches RCP » de l'INCa ;
 - à la validation des comptes rendus avant leur communication aux médecins destinataires;
 - à la vérification s'il y a lieu que les décisions prises sont en accord avec le contrat de bon usage du médicament.

Communication du compte rendu de RCP

- Le comité de RCP n'est pas tenu d'informer au préalable le médecin traitant du patient, ni de l'inviter à participer à la RCP.
- Pour la diffusion des comptes rendus aux praticiens destinataires, le système d'information, dûment sécurisé, sera à terme le moyen privilégié.
- Dans tous les cas il appartiendra au médecin oncologue référent du patient d'informer celui-ci de la discussion de son cas en RCP et d'insérer dans son dossier médical le compte rendu de la RCP.

Relation entre RCP, référentiels partagés

- Pour le fonctionnement optimal des RCP, l'appropriation des RPP par tous leurs membres est indispensable.
- Les RPP devront inclure des « documents – outils » minimaux pour les principales localisations.
- La mise à jour scrupuleuse et régulière des RPP est indispensable pour que leur respect soit une démarche inattaquable participant fortement à l'homogénéité et à la qualité de la prise en charge thérapeutique.

Critères de qualité, évaluation, identification

- L'évaluation des RCP à ce cahier des charges est une mission des réseaux régionaux. Elle devra être totalement convergente dans ses modalités pour participer à l'optimisation et l'homogénéisation des pratiques. Des critères quantitatifs et qualitatifs, ces derniers inspirés de la fiche RCP de l'INCa, et une étude de l'adéquation RCP-PPS sont les points principaux.
- L'annuaire doit être un outil essentiellement à la disposition des praticiens pour identifier les RCP pouvant répondre à leurs besoins dans les meilleurs délais, et un outil d'évaluation et de suivi des RCP notamment par sa mise à jour régulière.

Relations avec les Centres de Coordination en Cancérologie « 3C »

- Les « 3C » devront connaître toutes les RCP de leur zone de coordination.
- L'accueil et le développement des liaisons par vidéo-conférence pour les sites éloignés n'ayant pas la masse critique pour animer leurs propres RCP doivent être encouragés