



# RÔLES DU PNEUMOLOGUE EN ONCOLOGIE THORACIQUE

**ABDELKRIM MOUMEN PNEUMOLOGUE LIBÉRAL RABAT -  
PRÉSIDENT DE L'APPM**

- Pas de conflits d'intérêts.



# Remerciements

- Débat de complémentarité ++



Objectif principal :

Amélioration du parcours de soins et la prise en charge du cancer bronchique.

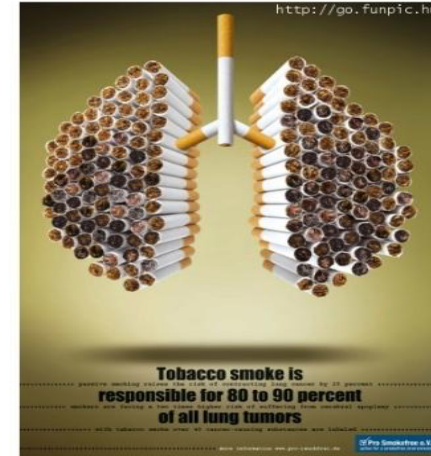
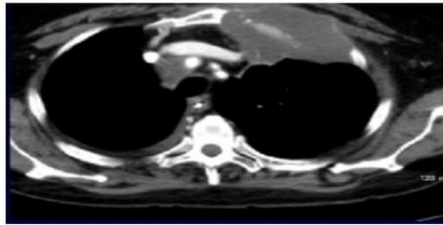
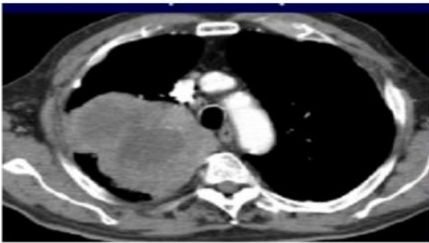


# Cancer du poumon

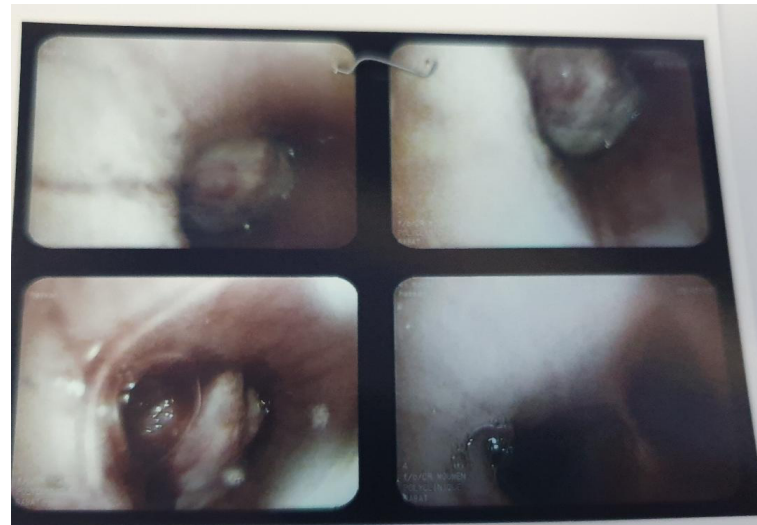
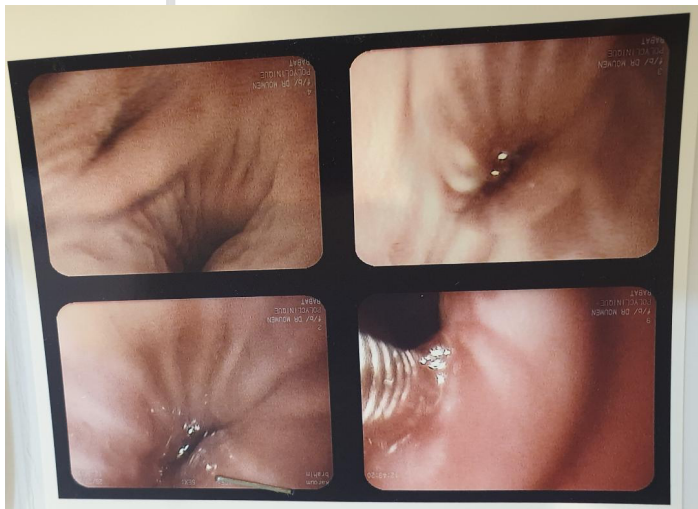
est le premier cancer de l'homme

Dans le monde :

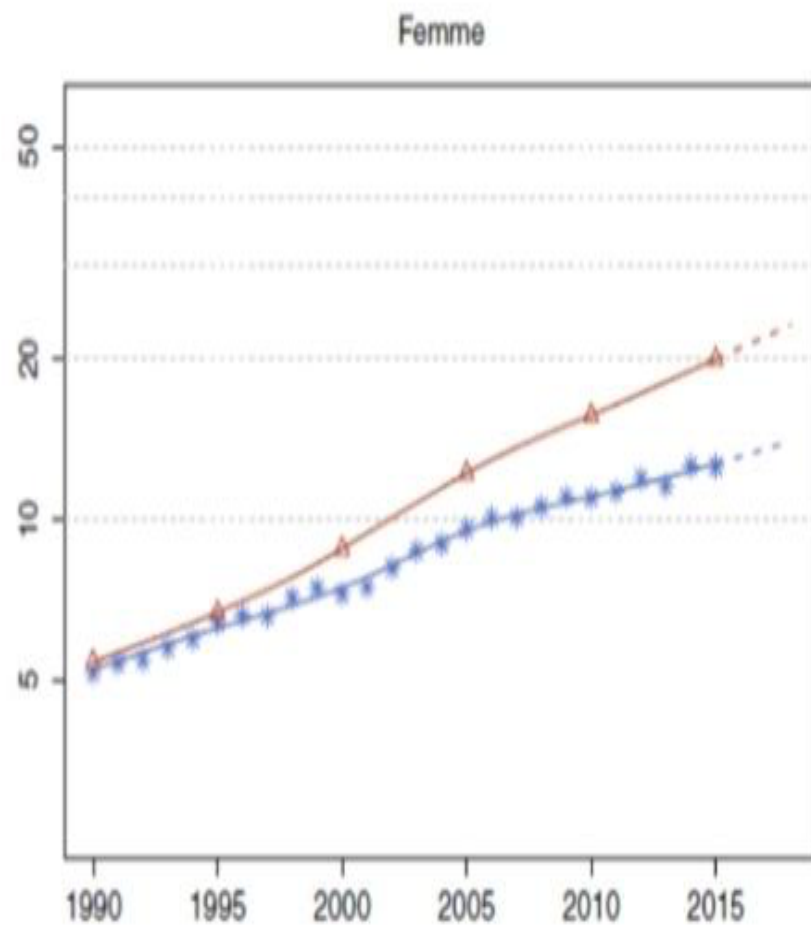
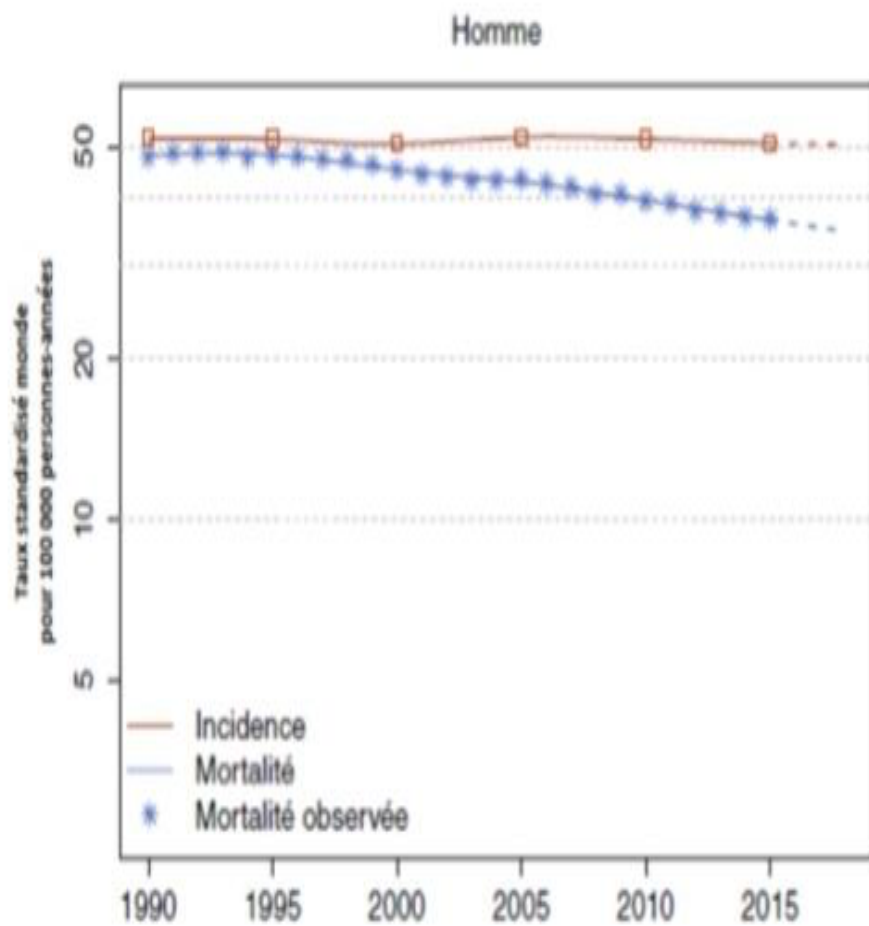
- 1,8 million nouveaux cas / an (13% du total)
- 1,59 million de décès / an (19 % du total)



**LE CANCER LE PLUS ÉVITABLE**





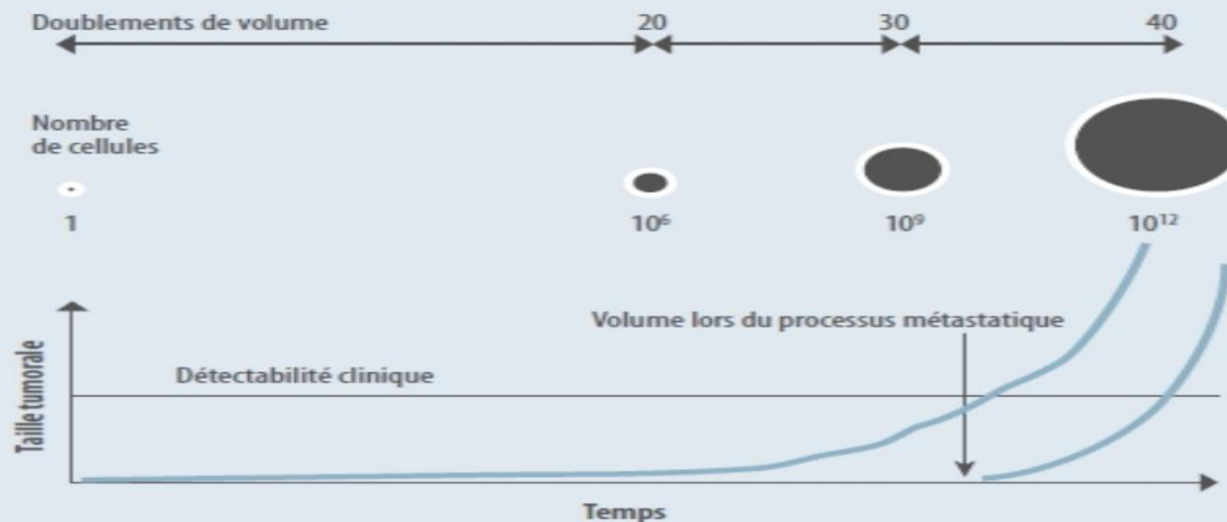


Source : Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018 - Volume 1 - Tumeurs solides.

- Retard de diagnostic
  - .....et de prise en charge thérapeutique

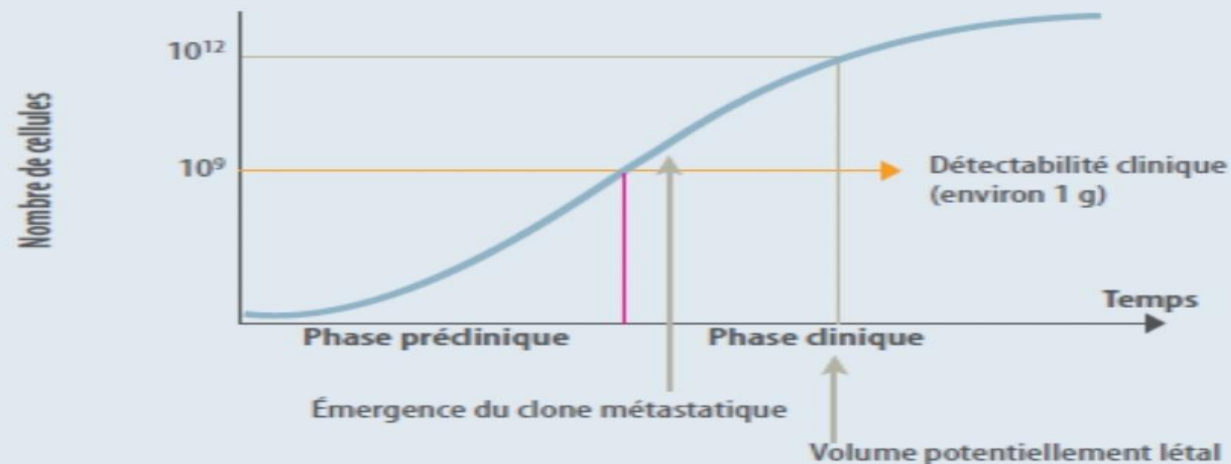


- Cancer bronchique primitif (CBP) : course contre le temps.
- Obstacles techniques ou organisationnels : retard de diagnostic.
- Diagnostic tardif : un des principaux facteurs de mortalité.
- Pourquoi ?
  - Chance pour un traitement curatif.
  - Réduire la période d'angoisse.



Ce modèle suppose que le temps de doublement soit constant et que la fraction proliférante de la tumeur le soit également. Dans cette hypothèse, la phase préclinique serait très longue et la phase utile d'accélération des procédures diagnostiques (avant émergence d'un clone métastatique) trop courte pour qu'une intervention influence le cours de l'histoire naturelle.

Figure 1. Modèle schématique de la croissance exponentielle d'un cancer.



Dans ce modèle, la fraction proliférante de la tumeur décroît avec la masse tumorale. En comparaison avec le modèle exponentiel, celui-ci laisse prévoir une phase clinique (suivant l'émergence des symptômes) relativement plus longue, et donc un impact possible de toute méthode visant à anticiper la prise en charge thérapeutique.

Figure 2. Transposition du modèle de Gompertz à la croissance tumorale.

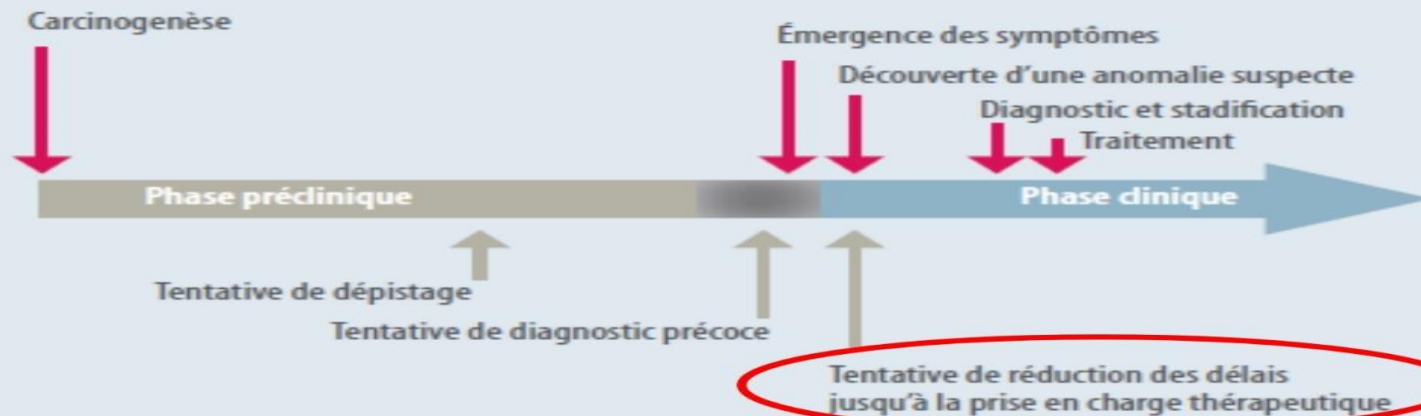
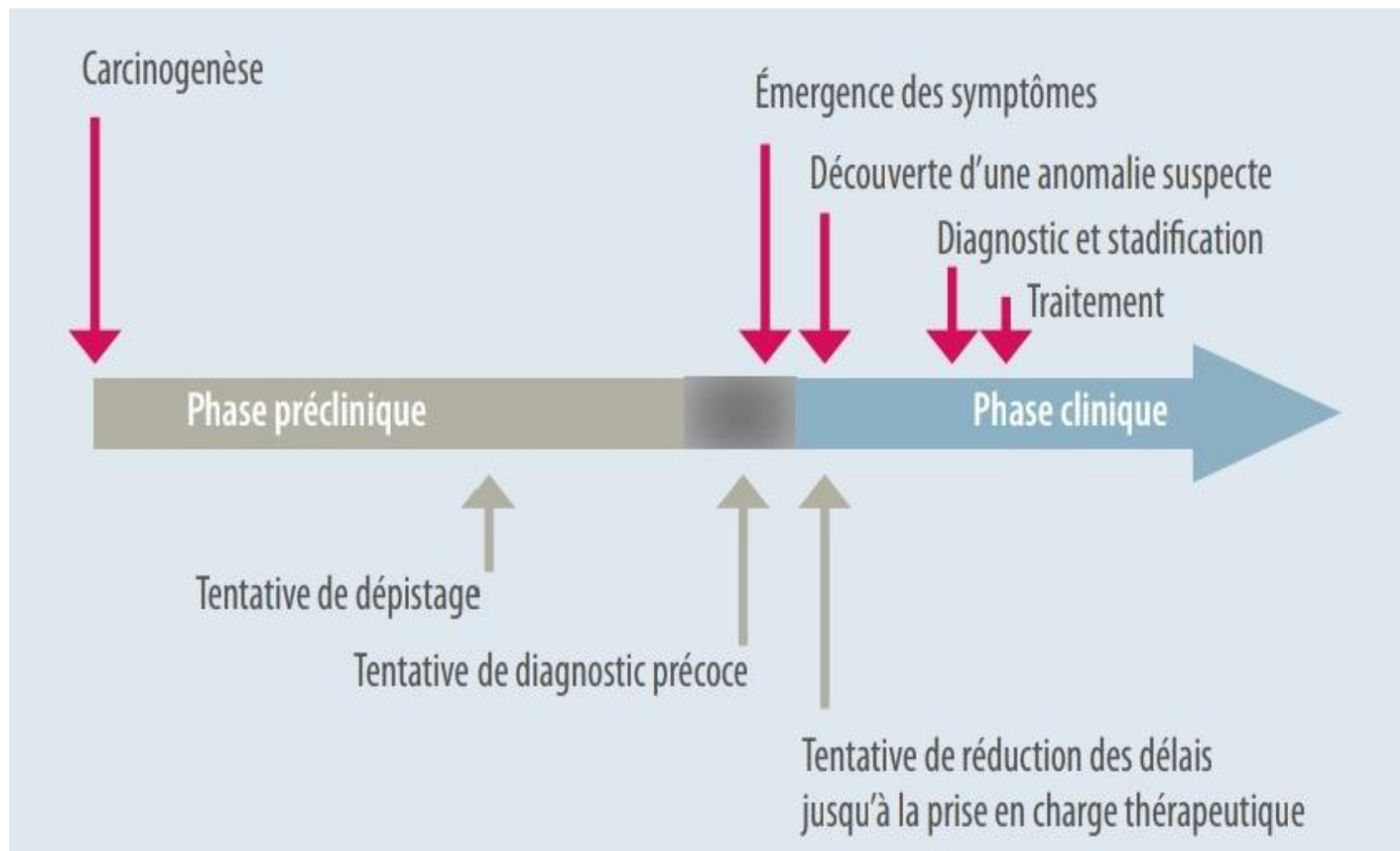


Figure 3. Succession des temps clés dans l'histoire naturelle des cancers.





# RETARD DE DIAGNOSTIC

- Le patient
  - Les professionnels de santé
  - Le parcours de soins, la logistique
- 
- *L'épidémie actuelle retentit négativement sur les pec avec diagnostic tardif et décès supplémentaires ( jusqu'à 6000 morts en plus à cause du Covid selon Unicancer)*
- 
- *la suspension des programmes de dépistage*
  - *la réduction de la disponibilité des équipes soignantes et à l'accès aux soins .*



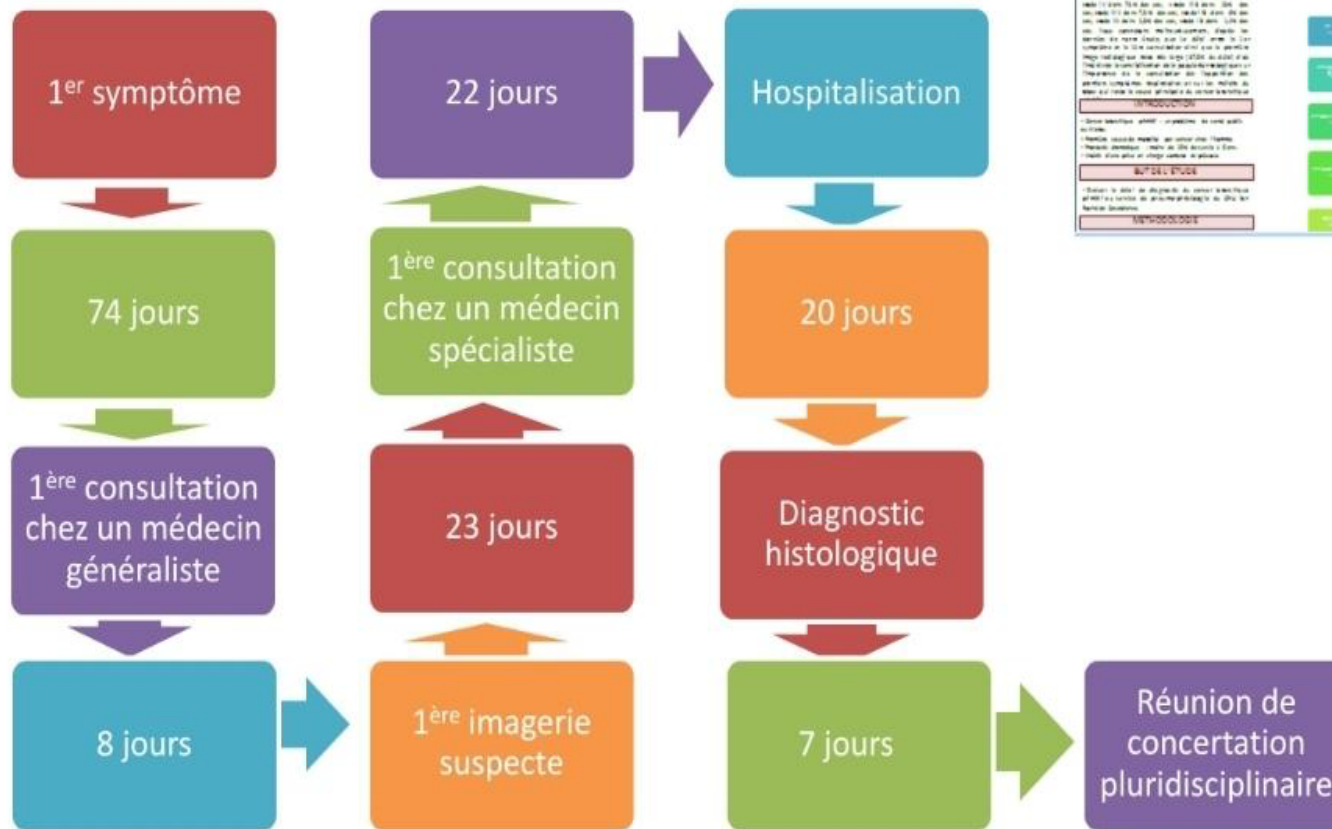
Raccourcir le délai de la  
première consultation  
WTC

Raccourcir le délai du  
Diagnostic  
WTD

Raccourcir le délai de la  
prise de décision  
Thérapeutique  
WTR



# CHU Ibn Rochd de Casablanca



# En réalité

## Impact des délais de prise en charge dans le traitement du cancer bronchique

*Delays for diagnosis and treatment of lung cancers*

C. Chouaïd\*, K. Hamidi\*\*

Tableau. Délais médians de prise en charge thérapeutique après l'apparition des symptômes.

| Pays         | Année(s) d'étude | Nombre de patients | Délais médians de prise en charge entre l'apparition des symptômes et le traitement |
|--------------|------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Canada (2)   | 2005-2007        | 495                | 29-73 jours (environ 1 à 2 mois)                                                    |
| Suède (3)    | 1995-1999        | 466                | 4,6 mois                                                                            |
| Finlande (4) | 2005             | 132                | 4 mois                                                                              |
| France (5)   | 1997-2003        | 355                | 49 jours (environ 1,6 mois)                                                         |
| Espagne (6)  | 1997-1999        | 415                | 123,6 jours (environ 4,1 mois)                                                      |
| Norvège (7)  | 1990-1996        | 271                | 66 jours (environ 2,2 mois)                                                         |

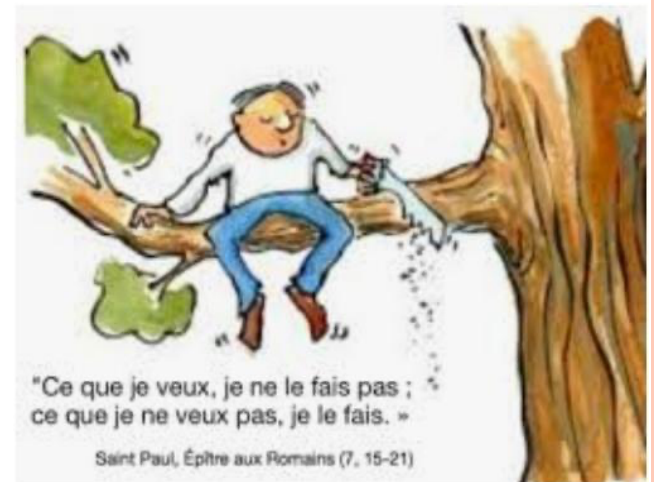
# Recommandations

- Les recommandations canadiennes : délai maximal de **4 semaines** entre la **consultation** chez le médecin **généraliste** et le **diagnostic chirurgie** : **2 semaines**.
- Le Swedish Lung Cancer Study Group :
  - les investigations diagnostiques doivent être **achevées** dans les **4 semaines** suivant la première **consultation** chez un **spécialiste**
  - **Traitement** : dans les **2 semaines** qui suivent.



# LE PATIENT ET LE RETARD DE CONSULTATION

- Méconnaissance de risque du Kc bronchique auprès du grand public
- **Acrasie**+ le fait de vouloir une chose et de faire son contraire.  
Le fumeur qui sait que la cigarette est mauvaise pour la santé, mais continue de fumer
- Consulte souvent tardivement
- Parcours de soins parfois chaotiques



- Le patient
- une information adaptée sur cette pathologie stigmatisée, *ignorée, et* **EVITABLE**

Raccourcir le délai de la  
première consultation  
WTC

Sensibilisation de la  
population



# LE PATIENT

- Le patient doit être l'**Acteur** ++ dans le parcours de soins: participer à la planification du suivi et la gestion de sa maladie, impliquer son entourage
- Education thérapeutique du patient ETP++
- Améliorer l'adhésion au traitement
- Aider au sevrage



# LE PNEUMOLOGUE



# LE PNEUMOLOGUE MAIS PAS QUE ...



Raccourcir le délai du  
Diagnostic  
WTD

Sensibilisation des  
**professionnels de**  
santé



# LE PNEUMOLOGUE

QUELQUE SOIT LE TYPE D'EXERCICE

- **Symptômes banaux non spécifiques / éviter les égarements responsables des retards du diagnostic**
- Le pneumologue est le spécialiste d'organe ( *médecin réfèrent* ) en Oncologie thoracique
- Etablie le diagnostic ( si tumeurs proximales ) ou le radiologue interventionnel
- Bilan clinique ( Performans Status++ ) et fonctionnel pré thérapeutique
- Annonce du diagnostic++et les décisions des RCP,
- Accompagne le patient tout au long du traitement **en coordination avec l'équipe pluridisciplinaire** ( du début aux soins de support )
- **Peu de retour d'informations sur le sort du malade !**





- Le patient
- Le Pneumologue
- Le parcours de soins, la logistique

Raccourcir le délai de la  
prise de décision  
Thérapeutique  
WTR

Institutionnaliser la RCP  
Améliorer les structures  
d'accueil



- Améliorer le parcours de soins et les structures d'accueil
- *Parcours de soins spécifiques cancer de poumon ??*
- Réduire les perdus de vus
- Réduire les délais de consultation
- **Retard d'approbation et d'accès aux médicaments ++**
- PPS : programme personnalisé de suivi +



# TAKE HOME MESSAGES

- La pluridisciplinarité (RCP) est une OBLIGATION
- Le traitement personnalisé n'est plus un luxe
- Sensibiliser la population est un DEVOIR
- La recherche scientifique : n'est pas une chimère.



- La pluridisciplinarité (RCP) est une OBLIGATION
- Le traitement personnalisé n'est plus un luxe
- Sensibiliser la population est un DEVOIR
- La recherche scientifique n'est pas une chimère



# LA PLURIDISCIPLINARITÉ (RCP) EST UNE OBLIGATION



# RCP RÉUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE

- Processus décisionnel incontournable
- Légitime la décision thérapeutique
- Les décisions sont validées par au moins trois spécialistes
- Pertinence de la collégialité . Institutionnaliser la RCP / Association Nationale Assurance Maladie (ANAM) à l'instar d'autres organismes européens
- **Décisions doivent émaner des recommandations du référentiel++**



# RÉFLEXIONS A PROPOS DU RÉFÉRENTIEL NATIONAL DU CANCER BRONCHIQUE

- S'appuyer sur les données scientifiques les plus récentes
- Nouvelle classification TNM 8<sup>ème</sup> édition
- Evolution et développement de nouvelles techniques de Diagnostic (TEP,echoendoscopie, TTF1, EGFR.....)
- Avancées thérapeutiques (Thérapie ciblées ++)
- **Recommandations de bonnes pratiques adaptées** à nos moyens, à notre contexte, nos plateaux techniques disponibles et aux particularités de nos patients ++++





# RCP

- Quel est le médecin référent ?
- Qui doit assister à la RCP ?
- Dossiers à présenter (**documentés++**, minimum de bilan diagnostic et pré thérapeutique, stades de la maladie

## **Traçabilité des décisions )**

- Rythmicité? Mensuelle, bimensuelle.
- Quorum requis ? Minimum 3 médecins .
- Lieu ? Hôpital, clinique, vidéoconférence, *wathsap*..



**[Multidisciplinary meetings in oncology do not impact  
the physician-patient relationship].**

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

► **To cite this version:**

Marie-Brigitte Orgerie, Nathalie Duchange, Nicole Pélicier, Philippe Rosset, Etienne Lemarié, et al..  
[Multidisciplinary meetings in oncology do not impact the physician-patient relationship].. La Presse  
medicale, Paris, Masson et Cie, 2012, 41 (3 Pt 1), pp.e87-94. 10.1016/j.lpm.2011.07.026 . inserm-  
00644590

**HAL Id: inserm-00644590**

**<https://www.hal.inserm.fr/inserm-00644590>**

Submitted on 25 Nov 2011

**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.

**UNIVERSITE Paris Descartes**  
**Faculté de médecine Paris 5**  
Laboratoire d’Ethique Médicale et Médecine Légale

**THESE**  
pour obtenir le grade de  
**DOCTEUR de l’UNIVERSITÉ**  
**PARIS DESCARTES**  
Discipline: Ethique Médicale  
Présentée et soutenue publiquement  
par

**Madame Marie-Brigitte Orgerie**

Le 20 Juin 2007

*Titre :*  
**La décision médicale en cancérologie**  
**Rôle de la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire**

**Directeur de Thèse**  
Monsieur le Professeur Christian HERVE  
Directeur du laboratoire d’Ethique Médicale et Médecine Légale

**JURY**

Monsieur le Professeur Jean-Marie Andrieu  
Monsieur le Professeur Patrick Choutet  
Monsieur le Professeur Philippe Rougier  
Madame le Docteur Sophie Chapet  
Monsieur le Professeur Etienne Dorval  
Monsieur le Docteur Grégoire Moutel  
Madame le Docteur Nicole Pélicier

*Président*  
*Rapporteur*  
*Rapporteur*  
*Examineur*  
*Examineur*  
*Co-directeur de thèse*  
*Examineur*

- Dans 60% des dossiers seuls 3 médecins délibèrent, parmi eux : les *Pneumologues qui prennent en charge leurs malades*
- Dans 40% des cas : stricte application des référentiels
- Dans 33% des cas : décision hors référentiels (situations complexes sans référentiel)
- Les autres cas : manque d'informations ou absence du médecin référent

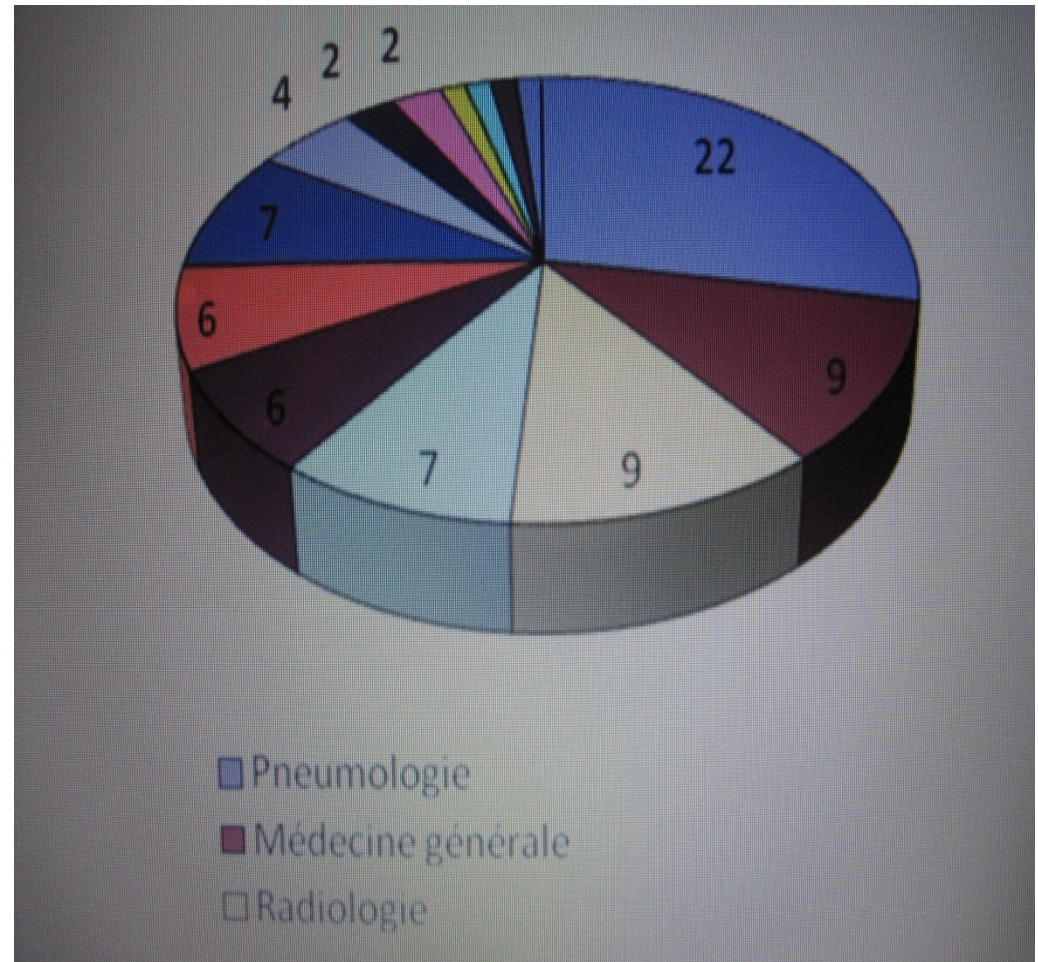




- L'étude KBP 2000 *CPHG* (le Collège des pneumologues des hôpitaux généraux de France )(*inclus 5667 cas*) : le rôle déterminant joué par le pneumologue hospitalier puisqu'il prend en charge **1/4** des KB

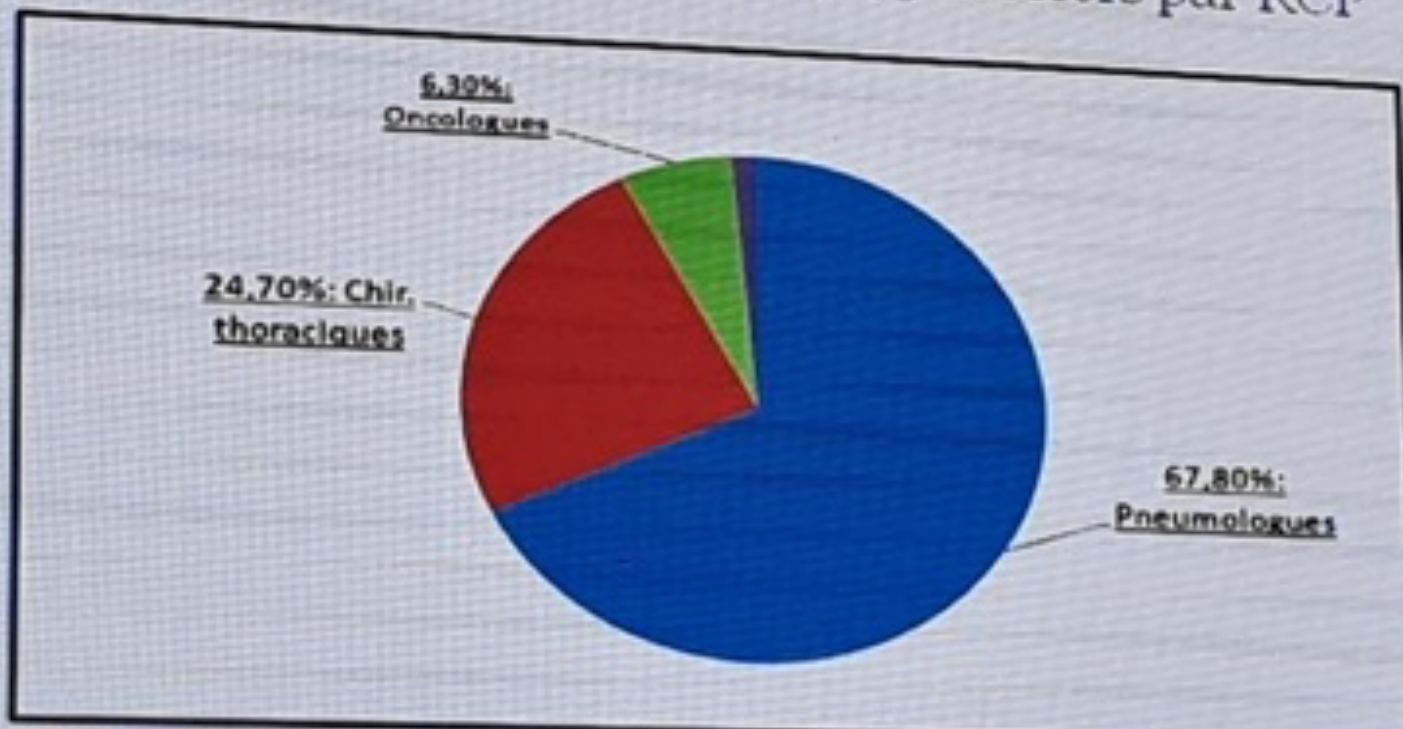
Figure 2. Répartition des spécialités

| Spécialité                                | Total |
|-------------------------------------------|-------|
| Pneumologie                               | 22    |
| Médecine générale                         | 9     |
| Radiologie                                | 9     |
| Oncologie médicale                        | 7     |
| Radiothérapie                             | 7     |
| Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire | 6     |
| Pneumologie-oncologie                     | 6     |
| Cadre de santé - infirmière               | 4     |
| Anatomocytopathologie                     | 2     |
| Médecine nucléaire                        | 2     |
| Médecine physique et réadaptation         | 1     |
| Pharmacie, coordination OMEDIT            | 1     |
| Kinésithérapeute                          | 1     |
| Représentant de patients                  | 1     |
| Total général                             | 78    |



RCP d'Oncologie Thoracique  
du CHU de Fès: Activité Clinique

Janvier 2014 – Décembre 2018:  
1711 dossiers discutés => 28,5 dossiers par RCP





## Référentiel d'Oncologie Thoracique

Bilan diagnostique et pré thérapeutique

**Tout patient suspect de CB doit bénéficier d'une consultation par spécialiste d'organe.**

2. La prise en charge du patient se fait après discussion en réunion de concertation pluridisciplinaire RCP, celle-ci doit comprendre un pneumologue, un oncologue, anapath, radiologue et radiothérapeute médecine nucléaire. Les modalités thérapeutiques seront discutées dans la RCP.

**La prise en charge du patient se fait après discussion en réunion de concertation pluridisciplinaire RCP, celle-ci doit comprendre un pneumologue, un oncologue, anapath, radiologue et radiothérapeute médecine nucléaire. Les modalités thérapeutiques seront discutées dans la RCP.**

2. Il faut privilégier les prélèvements biopsiques pour la confirmation histologique.
4. Ces prélèvements seront réalisés par les spécialistes d'organe, il faut privilégier les sites les plus accessibles et en hiérarchisant du moins invasifs au plus invasifs.
5. La fibroscopie bronchique doit être réalisée chez tout patient suspect de CB quelque soit

**Le nombre de biopsies bronchiques par endoscopie doit être supérieur à 5 sur les zones suspectes. Il est préférable de multiplier les biopsies et d'associer une cytologie et un brossage voire des biopsies trans-bronchiques afin d'augmenter leur rentabilité.**

- brossage voire des biopsies trans-bronchiques afin d'augmenter leur rentabilité.
7. Un prélèvement doit être réservé à la biologie moléculaire.
8. Le compte rendu précisant l'aspect endoscopique doit être dûment rempli et joint au dossier RCP. Ses renseignements doivent être transmis au pathologiste.
9. Chez les patients suspects de CB et qui présente une suspicion de localisations



Disponible en ligne sur  
**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



## ÉDITORIAL

# Les deuxièmes avis à l'heure des réunions de concertation pluridisciplinaires

## Second medical opinions in the era of multidisciplinary coordination meetings

Confrontés à une maladie qui met en jeu le pronostic vital, beaucoup de patients ne s'en tiennent pas à l'avis d'un seul médecin mais souhaitent connaître celui d'un deuxième, voire d'un troisième. Cette attitude, qui semble parfaitement légitime à la plupart de ceux qui prennent en charge les patients atteints de cancer bronchopulmonaire, peut sembler moins justifiée à l'heure où la collégialité est devenue obligatoire pour chaque décision thérapeutique importante prise dans le traitement d'un cancer.

C'est en partie la réflexion suggérée par M. Zysman et al. dans un article de ce numéro de la *Revue des Maladies Respiratoires*. L'étude qui y est rapportée a pour objectif de définir le nombre et les caractéristiques des patients qui, à la suite d'un diagnostic de cancer bronchopulmonaire, et alors qu'ils sont pris en charge dans un hôpital de jour d'un service universitaire de pneumologie, demandent un deuxième avis. Un questionnaire anonymisé a été remis à 77 patients ; 70 ont répondu : 18 % d'entre eux ont déclaré avoir souhaité obtenir un deuxième avis et 14 % disent l'avoir obtenu. Ensuite, de façon originale, les auteurs se sont intéressés à la question suivante, à laquelle il n'y a pas de réponse dans la littérature : y a-t-il un lien entre la connaissance par le malade d'une discussion en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) et le désir de demander un deuxième avis ? Seuls les deux tiers de ce même échantillon de patients avaient connaissance de l'existence des RCP. Il n'y avait pas de lien entre la recherche d'un deuxième avis et la connaissance qu'avaient les patients de l'existence des RCP.

Ces constatations, même si elles proviennent d'une étude menée sur de petits effectifs avec un biais majeur lié à la non-exhaustivité de cette étude rétrospective et monocentrique, sont intéressantes. Comme les auteurs, on aurait pu s'attendre en effet à ce que la connaissance par le malade, du fait qu'une discussion à laquelle participaient plusieurs médecins ait eu lieu, soit dissuasive de la recherche d'autres avis.

La RCP, dont la mise en place a été rendue obligatoire il y a plusieurs années, représente effectivement un réel progrès. Ce processus s'impose pour tous les dossiers de patients atteints de cancer, au moment du diagnostic initial et à chaque fois qu'une décision importante doit être prise. Ceci offre à tous les patients traités en France la certitude que son dossier sera, à plusieurs reprises au cours de sa maladie, l'objet d'une discussion collégiale.



- RCP d'Expertise organisée par un ES de référence pour apporter un avis spécialisé hors recours
- Doit être mensuelle et obéit aux mêmes règles que les autres RCP,
- Les Réunions transversales complètent le dispositif des RCP dans un domaine spécifique de biologie moléculaire ,d'Onco-génétique ou d'Onco-gériatrie.



- La pluridisciplinarité (RCP) est une OBLIGATION
- Le traitement personnalisé n'est plus un luxe
- Sensibiliser la population est un DEVOIR
- La recherche scientifique n'est pas une chimère



# TRAITEMENT PERSONNALISÉ N'EST PAS UN LUXE

## Cancer du poumon Stade IV

## The immunotherapy Tsunami



Chen, Mellman Nat 2017

## Aberrations moléculaires / médecine personnalisée

NOMBRE DE TRAITEMENTS DISPONIBLES PAR TYPE DE CANCER

| Type de cancer                                                                 | Nombre de traitements |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Cancers bronchiques non à petites cellules (CPNPC)                             | 13                    |
| Rein                                                                           | 10                    |
| Néoplasie lymphoïde                                                            | 9                     |
| Sein                                                                           | 7                     |
| Mélanome                                                                       | 7                     |
| Néoplasie myéloïde                                                             | 6                     |
| Estomac (hors GIST)                                                            | 2                     |
| Estomac GIST                                                                   | 3                     |
| Colorectal                                                                     | 6                     |
| Thyroïde                                                                       | 4                     |
| Pancréas                                                                       | 1                     |
| Carcinome basocellulaire                                                       | 2                     |
| Ovaire                                                                         | 2                     |
| Sarcome des tissus mous (STM)                                                  | 3                     |
| Foie                                                                           | 1                     |
| Utérus                                                                         | 1                     |
| Tête et cou                                                                    | 1                     |
| Tumeurs à cellules géantes de l'os (TCGO)                                      | 1                     |
| Tumeurs neuroendocrines (origines pancréatique, gastrointestinale, pulmonaire) | 2                     |

- 51 médicaments disponibles
- 19 types de cancers
- 8 des 10 cancers les plus fréquents
  - 47 thérapies ciblées
  - 4 immunothérapies
- **Cancer du poumon : 13**
- Cancer du rein : 10
- Cancer du sein : 7

## Immunothérapie des cancers

# CONCLUSION

- La pluridisciplinarité (RCP) est une OBLIGATION
- Le traitement personnalisé n'est plus un luxe
- Sensibiliser la population est un DEVOIR
- La recherche scientifique n'est pas une chimère



- Kc poumon est un Kc Tueur mais largement évitable
- Lutte anti tabac réglementations et Loi 15-41
- Convention-cadre pour la lutte anti-tabac de l'OMS est le premier traité global de santé publique
- Informations adaptés du grand public  
Dépistage ++, Consultation précoce++
- Réseaux d'Oncologie thoracique dans différents CHU, dans les structures hospitalières publiques et privées



- Veiller à un usage sans risque et approprié des rayonnements dans le cadre des soins de santé (à des fins diagnostiques et thérapeutiques) ;
- en limitant le plus possible l'exposition professionnelle aux rayonnements ionisants, et
- en réduisant son exposition à la pollution atmosphérique et à la pollution de l'air intérieur, notamment au radon (gaz radioactif issu de la désintégration de l'uranium, qui peut s'accumuler à l'intérieur des bâtiments – maisons, écoles et lieux de travail).





# CONCLUSION

- La pluridisciplinarité (RCP) est une OBLIGATION
- Le traitement personnalisé n'est plus un luxe
- Sensibiliser la population est un DEVOIR
- La recherche scientifique : n'est pas une chimère



## Communiqué de presse

### Annnonce des lauréats du label « Excellence Recherche Cancer Territoire » 2019



Paris, le 22 mai 2019 – La FHF et le CNCR ont annoncé mercredi 22 mai les noms des projets labellisés et le projet gagnant de l'appel à projet lancé en janvier.

Ce label vise à recenser et promouvoir les projets de recherche en cancérologie les plus innovants et les plus pertinents sur leur territoire (et au-delà) dans les Etablissements Publics de santé.

La volonté commune de la FHF et du CNCR est :

- D'apporter une caution scientifique & institutionnelle aux projets de recherche des EPS qui manquent de reconnaissance, s'inscrivant dans une démarche de responsabilité populationnelle, c'est-à-dire favorisant la coopération multidisciplinaire et territoriale,
- D'encourager les projets en développement, à des niveaux de maturité différente, et ayant un impact positif pour le patient et les acteurs de santé sur le territoire,
- De valoriser et faire connaître tout projet de recherche initié par une structure publique relatif à l'amélioration de la prise en charge territoriale du cancer qui peuvent être transférés à d'autres régions.

22 projets ont été présentés au jury, témoignant de l'engouement suscité par le besoin d'une meilleure reconnaissance des acteurs du service public hospitalier.

#### Les lauréats du label « Excellence Recherche Cancer Territoire »

Choisis pour leur originalité et leur impact sur la prise en charge des patients atteints de cancer, avec une volonté de coopération territoriale et d'amélioration du parcours ou de la filière de soins, 3 dossiers ont reçu le label « Excellence Recherche Cancer Territoire » :

- « DEFILAC : Dépistage précoce des fistules post laryngectomie totale via le dosage des cytokines dans le liquide de drainage post opératoire », Dr Nicolas Saroul, CHU de Clermont Ferrand
- « KBP-ESCAP-2020 : Recueil des nouveaux cas de cancer bronchique primitif (CBP) diagnostiqués pris en charge dans les services de pneumologie et d'oncologie des centres hospitaliers », Dr Didier Debieuvre, porté par le Collège des Pneumologues des Hôpitaux Généraux et le CH de Mulhouse
- « NEHOTEL : dispositif d'hospitalisation de semaine précoce en oncologie pour pré-habiller le malade face au risque de dénutrition », Sif El Hak Bendjaballah, CH de Beauvais.

#### Prix « Excellence Recherche Cancer Territoire »

Toujours dans le cadre du partenariat et du Label, le projet « ALIX : Evaluation de l'intérêt d'une polychimiothérapie par XELOXIRI-3 chez les patients âgés ou fragiles atteints d'un adénocarcinome pancréatique métastatique : Développement d'un réseau inter-régional multidisciplinaire d'onco-gériatrie », présenté par Angélique VIENNOT, du CHU de Besançon, a reçu le prix du jury, d'une valeur de 20 000 euros. Ce prix permettra le déploiement de l'étude ancillaire biologique sur tous les sites impliqués en Franche-Comté, afin de prendre en charge le rapatriement des prélèvements sanguins au sein de la plateforme de biomonitoring de Besançon qui assurera leur congélation et stockage jusqu'à la réalisation des analyses biologiques.

Le CNCR et la Fédération hospitalière de France ont félicité l'ensemble des lauréats et remercient toutes les équipes ayant soumis leurs dossiers pour cette deuxième édition réussie. Ils remercient également les membres du jury qui se sont mobilisés pour examiner ces projets et proposent de rééditer cet appel à projets en 2020.



- l'OAREC (Organisation africaine pour la recherche et la formation sur le cancer.



## OUR MISSION

TRANSFORM CANCER CONTROL  
IN AFRICA THROUGH  
COLLABORATION IN EDUCATION,  
RESEARCH & DELIVERY OF  
EQUITABLE AND TIMELY  
INTERVENTIONS TO MINIMISE  
THE IMPACT OF CANCER.

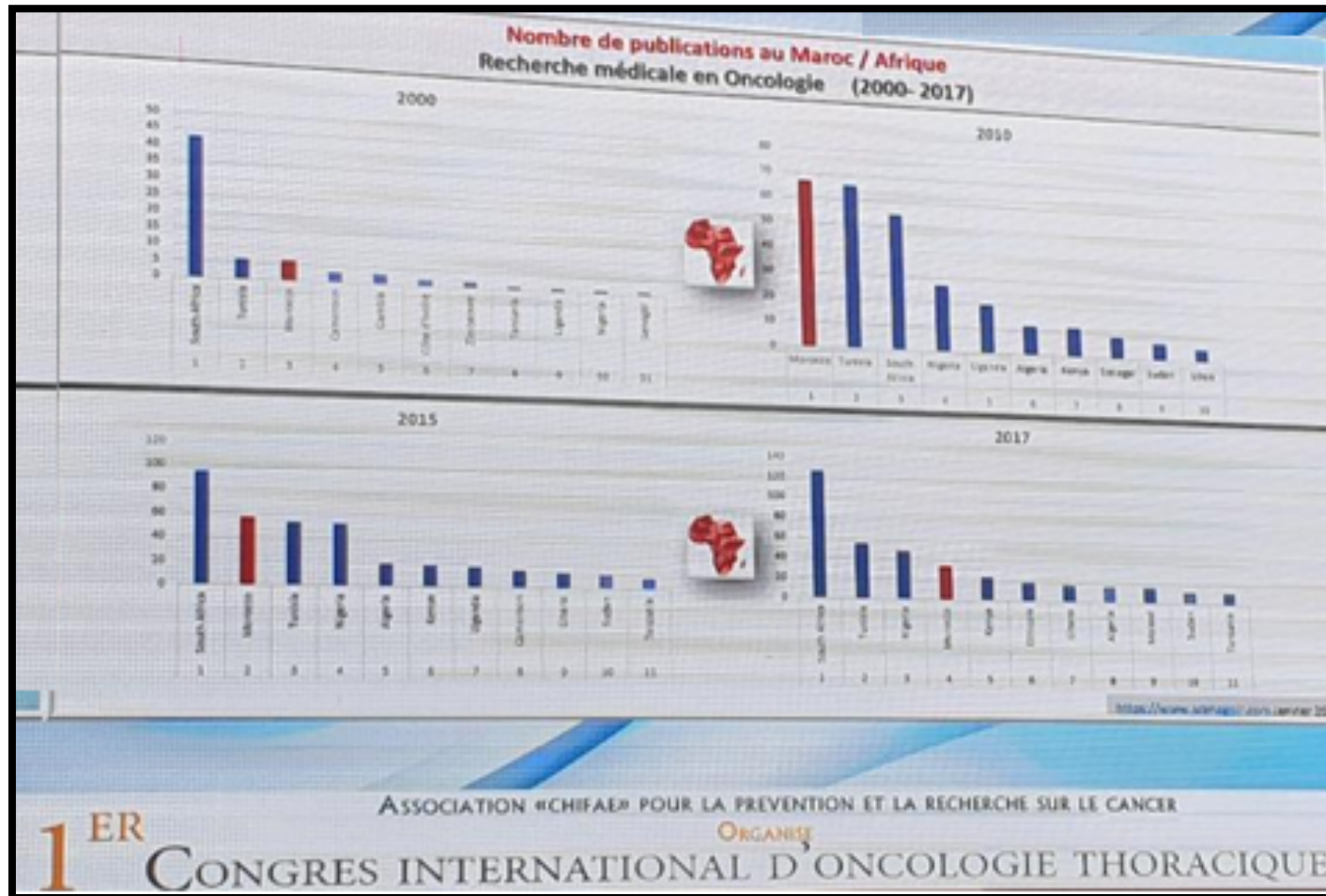


- Encourager la Recherche scientifique

المملكة المغربية  
وزارة الصحة

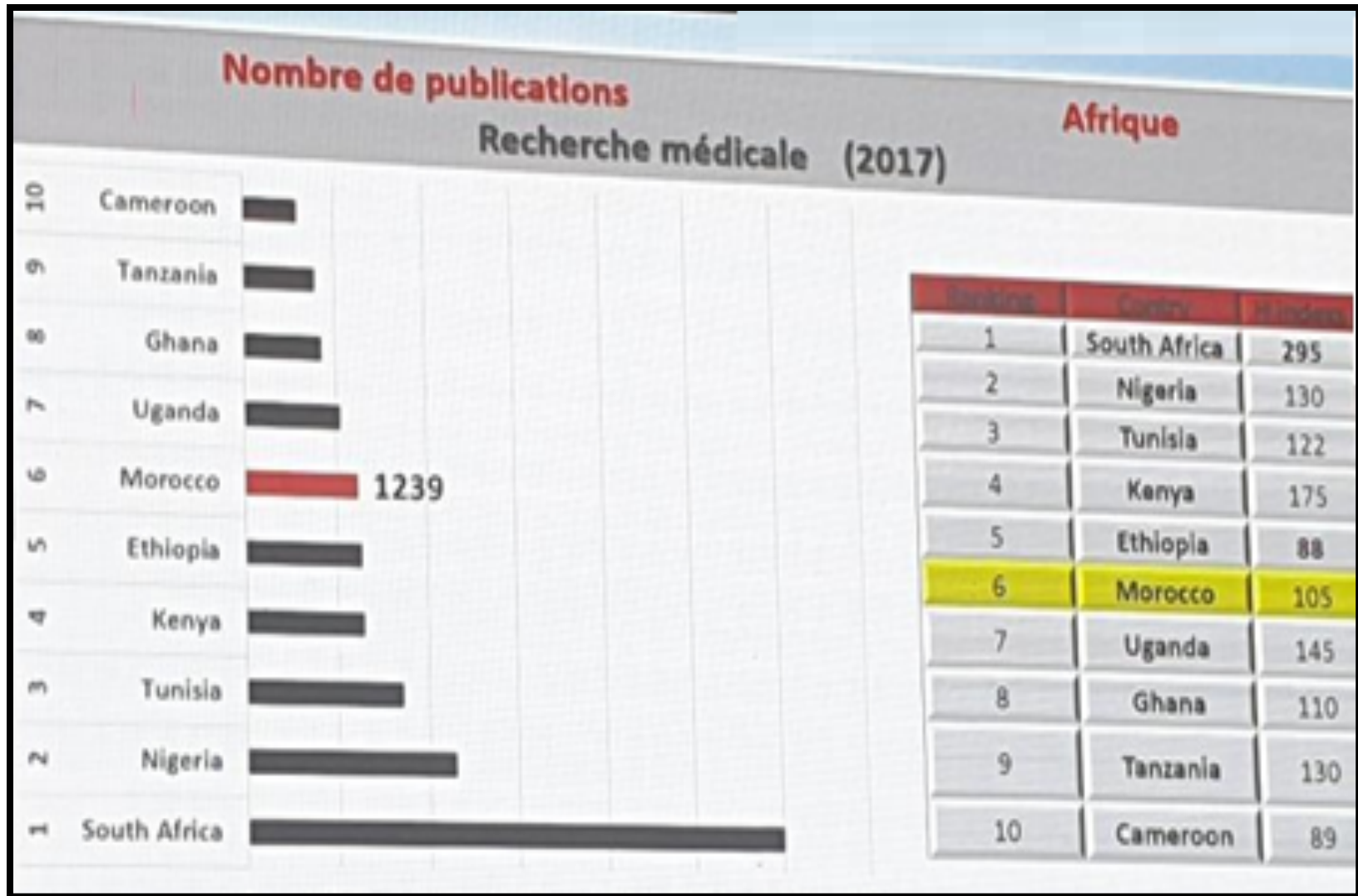


Royaume du Maroc  
Ministère de la Santé



معهد البحث في السرطان  
Institut de Recherche sur le Cancer

- Encourager la Recherche scientifique







- le budget alloué à la recherche scientifique
- Encourager la production scientifique  
Etudes observationnelles, de cohorte multicentrique et des essais études cliniques ciblés
- Doter les centres hospitalo-universitaires et hôpitaux publics de plateaux techniques performants,
- Favoriser le partenariat Public-privé
- Formation médicale continue





# EN CONCLUSION

- Travail collectif de fond



marathon | WeCasablanca



- Meilleure prise en charge de nos patients KC bronchique



GUÉRIR C'EST BIEN, PRÉVENIR C'EST MIEUX !

Cure Is the Primary Goal, But  
Let's Not Forget Prevention





# Merci Pour Votre Attention

KeepCalmAndJoscens.com





## VI. LES REUNIONS TRANSVERSALES

---

Les **réunions transversales viennent compléter le dispositif des RCP**, en apportant un avis complémentaire e termes de prise en charge spécifique. Il peut s'agir de réunions de Biologie moléculaire, d'Oncogénétique d'Oncogériatrie, d'Oncologie médicale, de Métastases osseuses ou cérébrales pour les dossiers ne faisant pas l'objet d'un adressage en recours.

Elles sont intégrées dans l'annuaire régional des RCP du RRC, sous la dénomination Demande des 3C via le formulaire régional, sous réserve de vérifier certains critères :

- Elles respectent les mêmes conditions environnementales (visioconférence sécurisée, salle dédiée aux échanges, pas de représentants de l'industrie pharmaceutique en séance...) que celles des RCP, afin que les données patients échangées restent confidentielles.
- Leur objectif est clairement défini.
- Leur fréquence est au moins mensuelle.
- Au moins 3 médecins y participent.
- Au moins un médecin coordonnateur participe à la séance
- Les FRCP issues de ces réunions sont enregistrées dans l'outil régional des RCP et/ou dans l'outil de gestion interne de l'ES.

Elles peuvent également faire l'objet d'une évaluation afin de suivre le respect des critères énoncés ci-dessus.

*ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés ; chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles et veille à l'information du malade »).*

*<sup>1</sup>HAS. Réunion de concertation pluridisciplinaire Nov. 2017.*

## 6. TRAÇABILITE

### A. PARTAGE DE L'INFORMATION MEDICALE

**La fiche RCP est un document de synthèse obligatoire pour chaque dossier enregistré par la RCP** : elle formalise les conclusions de la RCP.

**Seuls les dossiers de patients qui ont été soumis à la RCP pourront être enregistrés sous forme de fiche RCP.**

Pour chaque dossier enregistré par la RCP, une fiche retraçant la proposition résultant de la RCP est insérée dans le dossier médical du malade au niveau du / des ES où il est pris en charge, ainsi que dans le dossier communiquant de cancérologie.

L'avis de la RCP comporte entre autres la date, la proposition thérapeutique et la ou les alternatives possibles ainsi que les noms et qualifications des participants.

Le 3C s'assure de la **transmission des fiches RCP** dans les meilleurs délais **aux médecins impliqués** dans la prise en charge du patient, et en particulier au médecin ayant soumis le dossier et au médecin traitant du patient.

L'enregistrement de la fiche dans le DCC permet d'assurer la transmission sécurisée de l'information, en particulier au moyen de la MSS quand elle est disponible.

### B. DOCUMENTS DE TRAÇABILITE

Les documents attendus dans tous les cas sont :

- La liste des dossiers de la séance.
- La liste de présence des participants.

Il peut s'agir également de suivi d'indicateurs, de résultats d'évaluation de la RCP, de fiches de suivi d'action d'amélioration, de nouvelles procédures de prise en charge, etc.

*<sup>1</sup>HAS. Réunion de concertation pluridisciplinaire Nov. 2017.*

**Il est recommandé de rechercher l'avis complémentaire d'un oncologue pédiatre pour les situations des jeunes adultes de 18 à 24 ans.**

La mobilisation de cet avis pédiatrique est particulièrement importante pour les localisations de cancer qui sont caractérisées par une fréquence accrue chez l'enfant (*INSTRUCTION N° DGOS/R3/INCA/2016/177 du 30 mai 2016 relative à l'organisation régionale coordonnée en faveur de la prise en charge des adolescents et jeunes adultes atteints de cancer*).

## D. FREQUENCE DES RCP

La fréquence des RCP se définit sur le plan organisationnel (fréquence attendue de la RCP), **mais aussi sur le plan fonctionnel** (fréquence effective de la RCP).

**Une RCP doit avoir lieu au moins 2 fois par mois.**

**En cas de difficultés pour respecter ce critère-qualité, des causes doivent être rapidement identifiées par les 3C** afin d'aider au mieux les coordonnateurs de RCP, les solutions à apporter pouvant passer par la mutualisation de moyens disponibles au sein du 3C, si pertinent. Une RCP dont la fréquence est inférieure à 2 fois/mois, ne pourra être maintenue sur le long terme.

## E. RECOMMANDATIONS ET RECHERCHE CLINIQUE

La stratégie thérapeutique proposée par la RCP doit se fonder sur des **recommandations de pratique clinique** (quand elles existent), dont l'élaboration et la mise à jour sont assurées au niveau national par l'Institut National du Cancer et la Haute Autorité de Santé, en lien avec les sociétés savantes concernées.

Dans le cas de pathologies non couvertes par ces recommandations, le Comité Scientifique du réseau peut adopter des référentiels de sociétés savantes.

Les possibilités d'inclusion dans des **essais thérapeutiques** doivent être connues des participants.

**Le 3C s'assure que le répertoire régional des essais cliniques en oncologie du RRC est mis à disposition des RCP via une connexion internet.**

**La RCP assure la traçabilité systématique de l'essai thérapeutique qui serait proposé au patient<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup>HAS. Réunion de concertation pluridisciplinaire Nov. 2017.

## 5. MISE EN ŒUVRE DE LA PROPOSITION THERAPEUTIQUE

**L'avis émis par la RCP doit être tracé, puis soumis et expliqué au patient<sup>1</sup> lors du colloque singulier médecin/patient.**

La stratégie thérapeutique proposée par la RCP sert de base au Plan Personnalisé de Soins (PPS) qui lui sera remis. **Si le traitement effectivement délivré diffère de la proposition de RCP**, les raisons doivent en être **argumentées et tracées par le médecin dans le dossier du patient**, et le dossier doit être **revu en RCP** avec production d'une **nouvelle fiche** traçant les raisons du changement d'orientation.

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 (« *Lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen*