

# Critères de qualité - Le compte-rendu opératoire, le compte-rendu anatomopathologique et la réunion de concertation pluridisciplinaire

P. BONNIER \*  
(Marseille)

## *Résumé*

*Le compte-rendu opératoire, le compte-rendu anatomopathologique, ainsi que les réunions de concertation pluridisciplinaire et leurs comptes-rendus sont des outils indispensables à une qualité optimale de prise en charge des patientes atteintes de cancer du sein.*

*Les différents critères de qualité définis par les experts et les tutelles sont présentés dans ce document. Ils ne représentent que le minimum indispensable.*

*Bien d'autres critères sont nécessaires pour une prise en charge optimale, mais aussi parce que ces documents ont d'autres objectifs : soit techniques dans l'évaluation et l'amélioration des pratiques, soit dans un cadre médico-légal. Ces critères complémentaires sont définis et expliqués.*

\* Institut de chirurgie et de cancérologie gynécologiques et mammaires - Hôpital privé Beauregard - 23 rue des Linots - CS 60081 - 13425 Marseille cedex 12

Correspondance : pascal-bonnier@orange.fr

*Mots clés : cancer du sein, chirurgie mammaire, compte-rendu opératoire, compte-rendu anatomopathologique, réunion de concertation pluridisciplinaire, qualité, évaluation des pratiques professionnelles*

### **Déclaration publique d'intérêt**

L'auteur, Professeur Pascal Bonnier, déclare ne pas avoir d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé, industriel ou commercial en relation avec le sujet présenté.

## INTRODUCTION

Le compte-rendu opératoire, le compte-rendu anatomopathologique, la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) et son compte-rendu sont des **outils de travail** pour l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire : ils doivent être de la plus haute qualité afin de permettre une prise en charge optimale. L'absence de qualité optimale lors de la prise en charge des cancers en phase primaire est une source d'échec inacceptable.

Ces outils font partie intégrante du dossier de chaque patiente, et ceci de façon obligatoire. Il existe souvent plusieurs dossiers pour une même patiente : celui de l'établissement de santé, celui du chirurgien et ceux des oncologues médicaux et radiothérapeutes. Les 3 comptes-rendus doivent être présents dans le dossier de chacun d'entre eux.

La patiente peut disposer de ces outils. Il est même souhaitable dans la majorité des cas que les comptes-rendus lui soient spontanément confiés.

Les comptes-rendus sont aussi des outils de travail utilisés pour d'autres objectifs. Ils font partie des éléments d'adéquation aux critères d'agrément d'un établissement de santé à pratiquer une activité cancérologique. Ces éléments sont étudiés lors de la délivrance de l'agrément, puis lors d'évaluations régulières par la direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Les comptes-rendus de RCP font par ailleurs partie des indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IPAQSS).

La participation régulière et active à des RCP permet à un praticien de remplir son obligation d'évaluation des pratiques professionnelles.

Ils sont aussi des outils médico-légaux d'une grande importance, pour protéger les intérêts de chaque patiente, et pour protéger les intérêts de chaque médecin.

L'Institut national du cancer et la Haute Autorité de santé ont défini des éléments devant être « au minimum » présents dans les différents comptes-rendus. Ces éléments sont en fait insuffisants à une prise en charge optimale et ils doivent être complétés.

## I. CRITÈRES DE QUALITÉ : LE COMPTE-RENDU OPÉRATOIRE

### I.1. Introduction

Le compte-rendu opératoire est un élément obligatoire du dossier médical.

Dans la mesure où il dispose d'informations précises concernant les constatations faites pendant l'intervention chirurgicale et le déroulement de celle-ci, il est avant tout un outil de travail pour la réflexion thérapeutique. En ce sens, et à titre d'exemple, il peut être important de s'y référer pour comprendre une limite apparemment non saine sur le compte-rendu anatomopathologique, mais correspondant en fait au bord libre de la glande sur le compte-rendu opératoire et ne justifiant pas de reprise chirurgicale de type mastectomie ; ou encore permettre de préciser si la situation exacte d'une lésion et les dimensions de l'exérèse initiale pourraient permettre une reprise de type oncoplastie en cas de limites non saines plutôt qu'une mastectomie, etc. Il permet aussi d'analyser ses erreurs, ses échecs... et ses succès.

Le compte-rendu opératoire est aussi un outil de communication entre le chirurgien et les infirmières en charge des patientes dans le service d'hospitalisation, et éventuellement avec les anatomopathologistes.

Il est par ailleurs devenu un outil médico-légal essentiel. Le compte-rendu opératoire est le plus souvent la base de travail de l'expert si une action judiciaire est intentée contre le chirurgien. Toutes les informations s'y trouvant pourront être utilisées pour défendre un praticien ; a contrario, le manque d'informations ou des informations

imprécises pourront se retourner contre lui. La qualité de rédaction d'un compte-rendu opératoire peut apparaître aux yeux d'un expert ou d'un juge comme le reflet de la qualité d'un acte chirurgical. Comment imaginer en effet qu'une intervention ait été menée avec la rigueur nécessaire si son compte-rendu est émaillé d'incohérences, d'imprécisions ou d'oublis ? Ainsi, un compte-rendu opératoire ne peut-il pas se résumer à quelques lignes. Enfin, il est vraisemblable que demain l'avocat recherchera derrière la virgule mal placée ou la difficulté opératoire mal décrite l'éventuelle maladresse, voire la faute du chirurgien pour lequel il demande condamnation.

Le compte-rendu opératoire dûment rédigé peut être remis de façon régulière à la patiente, témoignant ainsi - s'il le fallait - de la parfaite transparence et de la qualité du chirurgien.

Les chirurgiens font légitimement appels à des comptes-rendus opératoires « prêtapés », où seules sont apportées quelques modifications spécifiques à l'intervention en cours. Le recours à de tels outils permet une grande précision et exhaustivité. Ils nécessitent toutefois d'être prudent quant à une standardisation trop importante, pouvant entraîner une perte de crédibilité du compte-rendu.

Le compte-rendu opératoire est un des éléments d'analyse du dossier d'agrément des établissements de santé à la pratique de la chirurgie cancérologique mammaire [1].

Il n'existe pas encore de recommandations officielles concernant la rédaction d'un compte-rendu opératoire en pathologie mammaire, malgré un travail débuté en 2009 par la Société française de sénologie et de pathologie mammaire et l'Institut national du cancer. Les informations présentées ci-dessous, concernant les données devant figurer dans le compte-rendu, sont issues de ce travail préliminaire, des réflexions de divers auteurs, et de notre expérience [2].

## **1.2. Données devant figurer dans un compte-rendu opératoire (CRO) en cancérologie mammaire**

- Habituelles données d'identification de la patiente.
- Habituelles données d'identification de l'établissement.
- Habituelles données d'identification du chirurgien, de son aide opératoire, du médecin anesthésiste, du médecin anatomopathologiste en cas d'analyse extemporanée.
- Le titre exact de l'intervention mammaire et axillaire résumant ces modalités et le type d'anesthésie.

- L'indication chirurgicale. Elle précise :
  - la phase primaire ou récidive, le type de tumeur, la localisation, la taille évaluée en préopératoire, les résultats d'éventuels examens cliniques, radiologiques si la présentation clinique est complexe, les résultats d'éventuelles biopsies pré-chirurgicales, les résultats d'examen radiologiques s'ils ont des particularités, etc. Des antécédents particuliers peuvent être rappelés s'ils influent sur les modalités de l'intervention ;
  - le caractère « thérapeutique de l'intervention avec objectif d'exérèse complète » ou son caractère « diagnostique avec objectif d'exérèse partielle » (à titre d'exemple, en cas de vaste plage de microcalcifications évaluées B3 en macrobiopsies) ;
  - le moment de l'intervention dans le processus thérapeutique : chirurgie de première ligne, reprise chirurgicale, chirurgie après chimiothérapie néoadjuvante ;
  - ces précisions font état de la démarche intellectuelle du chirurgien de la phase préopératoire à l'intervention.
- L'intervention mammaire, décrite telle qu'elle a effectivement été réalisée, dans son ordre chronologique :
  - l'installation de la patiente, précisant que le positionnement des membres supérieurs a été vérifié ;
  - description de la voie d'abord :
    - type d'incision, éventuel dessin pré-chirurgical (essentiellement pour les oncoplasties) ;
    - à l'aplomb, à proximité, ou à distance de la tumeur ; dans ce dernier cas, on aura soin de préciser que les caractéristiques de la lésion et celles du sein permettent l'utilisation de ce type d'incision distante ;
    - en cas de mastectomie : l'étendue de l'exérèse cutanée et l'exérèse cutanée en regard de la lésion ;
  - description de l'exérèse :
    - du plan sous-cutané au plan pectoral ou autre ;
    - les dimensions de la pièce opératoire ;
    - d'éventuelles recoupes et leurs localisations ;
  - la confirmation de l'exérèse de la lésion et constatations macroscopiques sous la responsabilité du chirurgien :
    - constatation de la palpation de la pièce ;
    - aspect macroscopique des limites ;
    - aspect radiologique des pièces opératoires pour les lésions impalpables : présence complète ou partielle de la lésion ; éventuel reliquat de microcalcifications dans les recoupes ;

- des difficultés de repérage préopératoire ou des discordances entre les appréciations radiologiques préopératoires et les constatations peropératoires doivent être signalées, ainsi que leurs conséquences chirurgicales ;
  - les modalités d'orientation de la pièce dans les 3 dimensions : fils, clips ;
  - les résultats de l'analyse extemporanée :
    - confirmation diagnostique, taille de la tumeur en cm, qualité des limites d'exérèse, autres constatations ;
  - description du remodelage glandulaire :
    - technique utilisée (lambeaux de glissement, de rotation, oncoplastie, etc.) ;
    - étendue des décollements réalisés, et notamment un décollement aréolo-mamelonnaire ;
  - mise en place de clip d'orientation pour une surimpression radiothérapique et localisation : épicentre ou berges du lit tumoral ;
  - modalité de drainage ;
  - modalité de fermeture des plans cutanés.
- L'intervention axillaire :
- les données d'une lymphoscintigraphie préalable en cas de détection des ganglions sentinelles et d'éventuelles discordances avec les constatations peropératoires ;
  - description de la voie d'abord ;
  - description de la technique d'exérèse des ganglions sentinelles ou de la lymphadénectomie ; la localisation des ganglions sentinelles prélevés doit être spécifiée [3] ainsi que l'étendue du curage axillaire en fonction d'éléments anatomiques précis (les étages de Berg sont imprécis ; on se référera préférentiellement aux vaisseaux axillaires) ; sera spécifié le respect ou une plaie des principaux pédicules vasculaires et nerveux ;
  - résultats d'une éventuelle analyse extemporanée concernant les ganglions sentinelles ;
  - le caractère exhaustif ou non de l'exérèse des ganglions sentinelles, et des explications en cas de reliquat de ganglions marqués par du bleu patenté ou un signal sonore ;
  - modalité de drainage ;
  - modalité de fermeture des plans cutanés.

Le style de rédaction du CRO doit être sobre, relativement concis et le plus précis possible. En rédigeant le CRO, le chirurgien doit garder à l'esprit que le CRO doit pouvoir être compris par tout médecin non chirurgien, et qu'il peut être lu et conservé par le patient ou son entourage.

### I.3. Complément de données

- La rédaction d'un compte-rendu opératoire sera de la meilleure qualité si elle est effectuée au décours immédiat de l'intervention.
- Lorsqu'il s'agit d'intervention complexe avec de multiples prélèvements, on sera aidé par les notes saisies en cours d'intervention, le plus souvent sur la fiche de liaison avec l'anatomopathologiste (dimensions de la pièce opératoire, orientation des recoupes, nombre et situation de ganglions sentinelles, etc.). On aura donc veillé à les dicter précisément.
- Le recours à des noms propres plus ou moins connus pour décrire une technique doit être remplacé au profit du nom reconnu de l'intervention.
- Les gestes opératoires non effectués pour des raisons techniques doivent être spécifiés ainsi que les raisons de l'abstention.
- Des données complémentaires doivent apparaître sous le CRO, facilement accessibles.
  - Les constatations ou les difficultés particulières survenues en cours d'intervention doivent être notées : étendue de la tumeur ou multifocalité non connues au préalable ; impossibilité d'obtention de limites saines ; difficultés de remodelage, souffrance aréolaire ; changement de stratégie chirurgicale et ses raisons (en sachant qu'une mastectomie ne pourra jamais être réalisée chez une patiente non informée au préalable), plaie d'un vaisseau axillaire ou d'un nerf, etc. Ceci témoignera notamment du fait que le chirurgien en a fait la constatation et a tenté, si cela est possible, d'en apporter la correction.
  - La présence et la situation exacte dans le lit tumoral de clips repères doivent apparaître clairement afin d'orienter le radiothérapeute.
  - Un prélèvement tumoral pour tumorothèque doit être spécifié.
  - Les modalités d'une éventuelle antibioprophylaxie peropératoire et les consignes postopératoires immédiates, notamment la prescription d'anticoagulants.
  - L'inclusion du patient dans un protocole de recherche doit être précisée.

## II. CRITÈRES DE QUALITÉ : LE COMPTE-RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

### II.1. Introduction

Une qualité optimale du compte-rendu anatomopathologique est indispensable à la prise en charge des cancers du sein. Une erreur d'évaluation ou des informations manquantes pourront être source de rechutes locales ou métastatiques non acceptables.

Les comptes-rendus anatomopathologiques permettent aussi l'évaluation de l'impact des programmes de dépistage et l'observation continue du nombre de cas de cancer, de leur répartition et de leur typologie dans le cadre de registres permettant de disposer de données actualisées pour le pilotage de la lutte nationale contre le cancer.

Des comptes-rendus standardisés comportant les items indispensables ont été élaborés par l'Institut national du cancer et la Société française de pathologie pour 24 localisations cancéreuses ; ils sont en ligne sur les sites de l'INCa et de la SFP [4].

La qualité d'un compte-rendu anatomopathologique ne doit masquer ni un éventuel défaut de qualité de l'interprétation anatomopathologique dans ses aspects macroscopiques et microscopiques, ni le caractère forcément « incomplet » de certaines évaluations. À titre d'exemple, une interprétation inadéquate d'une lésion évaluant un grade 2 alors qu'elle serait de grade 3 peut engendrer un sous-traitement et un risque de rechute accru ; dans le cas inverse, une mauvaise évaluation pourrait engendrer le recours à une chimiothérapie inutile. Le caractère « incomplet » des évaluations peut se retrouver dans l'étude des limites d'exérèse de volumineuses pièces opératoires et il faudra tenir compte des examens cliniques et radiologiques initiaux et des constatations peropératoires pour, à titre d'exemple, indiquer une irradiation après mastectomie quand bien même les limites seraient évaluées saines mais les microcalcifications proches du plan cutané.

### II.2. Données devant figurer dans le compte-rendu anatomopathologique en cancérologie mammaire

Les informations minimales devant être disponibles dans le compte-rendu anatomopathologique sont précisées dans le rapport de



l'INCa-SFP [4]. *Nous avons ajouté en italique des informations complémentaires nécessaires à une prise en charge optimale.*

Les comptes-rendus contiennent cinq types d'informations :

- habituelles données d'identification de la patiente, du médecin préleveur, du médecin anatomopathologiste ;
- habituelles données d'identification de l'établissement de santé et du cabinet d'anatomie pathologique ;
- *des informations concernant l'histoire de la pathologie (ex. : phase primaire, récurrence locale, antécédents de micro- ou macrobiopsies avec leur résultats, les résultats immunohistochimiques et biologiques de type réceptivité aux œstrogènes et à Herceptin) ;*
- des informations liées à l'organe prélevé et à l'intervention chirurgicale (sous la responsabilité du préleveur) ; ces informations, précises, sont données par le chirurgien : type de l'intervention ; côté et localisation du prélèvement dans le sein ; modalités d'orientation dans les 3 dimensions de la pièce opératoire ;
- des informations décrivant l'histopathologie du prélèvement transmis selon une nomenclature uniformisée.

### ***II.2.a. Une ou plusieurs des lésions suivantes :***

- lésion bénigne,
- atypies épithéliales de type canalaire : métaplasie cylindrique atypique/hyperplasie canalaire atypique,
- néoplasie lobulaire *in situ* (LIN)/(CLIS) sans carcinome infiltrant associé : LIN1 (HLA)/LIN2/LIN3 (CLIS),
- carcinome canalaire *in situ* (CCIS) sans carcinome infiltrant associé,
- carcinome infiltrant : canalaire/lobulaire/autre.

***II.2.b. Le grade histopronostique*** selon la classification OMS en vigueur, actuellement celle de SBR (Elston et Ellis) pour les cancers infiltrants et de type bas grade/intermédiaire/haut grade pour les cancers intracanaux ainsi que la présence ou non d'une micro-invasion.

### ***II.2.c. L'extension tumorale :***

- foyers *in situ* ou infiltrants multiples : oui/non/non évaluables,
- taille de la lésion ou des lésions (en mm, dans les 3 dimensions),
- marges d'exérèse (en mm) : non évaluables/saines/atteintes, en précisant le type histologique, la localisation, l'étendue des limites non saines, l'uni- ou la plurifocalité.

**II.2.d. Les autres facteurs pronostiques et/ou prédictifs :**

- embolies vasculaires : non vus/présents,
- statut des récepteurs hormonaux (œstrogènes et progestérone) ; si la détermination n'a pas été effectuée sur biopsie, elle devra être effectuée sur la pièce opératoire,
- statut HER 2 ; si la détermination n'a pas été effectuée sur biopsie, elle devra être effectuée sur la pièce opératoire.

**II.2.e. Appréciation de la réponse histologique après traitement néoadjuvant (classification de Sataloff/autre)**

Des informations permettant de classer au mieux la tumeur dans la classification UICC (pTpN).

**II.2.f. Critères relatifs aux ganglions**

Ganglions régionaux (axillaires ou intra-mammaires ou mammaires internes) : le nombre de ganglions envahis sur le nombre total de ganglions prélevés ; type d'atteinte et technique d'analyse (des cellules isolées observées en immunohistochimie à l'atteinte massive avec rupture capsulaire ; embolies en dehors des ganglions, etc.).

*Une conclusion synthétique rappelant les éléments les plus importants à la prise de décision est nécessaire. La conclusion peut ainsi être insérée dans le compte-rendu de RCP.*

### III. CRITÈRES DE QUALITÉ : LA RÉUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE (RCP) ET SON COMPTE-RENDU

#### III.1. Introduction

La RCP est un lieu d'échanges entre spécialistes de plusieurs disciplines sur les stratégies diagnostiques et thérapeutiques en cancérologie. La RCP est organisée par un établissement, un groupe d'établissements ou un réseau de cancérologie, dans le cadre des centres de coordination en cancérologie (3C). La RCP constitue un élément essentiel de l'organisation des soins en cancérologie.

Elle a pour objectif essentiel de permettre à toutes les patientes atteintes d'un cancer de bénéficier dans les meilleurs délais de propositions thérapeutiques spécialisées, pluridisciplinaires, et personnalisées, basées sur

les données acquises et actualisées de la cancérologie et sur l'expérience de professionnels particulièrement ou exclusivement orientés (ici en cancérologie gynécologique et mammaire).

La pluridisciplinarité permet aux praticiens d'harmoniser les prises de décision en fonction de référentiels de pratique, tout en préservant la responsabilité individuelle des médecins et le libre choix du patient.

L'évaluation régulière des RCP doit rendre compte d'une amélioration continue de la qualité des soins et du service médical rendu au patient.

### III.2. Les critères de qualité de fonctionnement des RCP

Ils sont précisés dans le rapport de l'INCa [5] et dans les circulaires et décrets relatifs aux conditions techniques de fonctionnement relatives au traitement du cancer [1, 6]. *Nous avons ajouté en italique des critères complémentaires nécessaires à une prise en charge optimale. Ils sont le fruit de notre expertise et expérience de plus de 35 ans de RCP.* Ces critères complémentaires ont aussi été sélectionnés par la Société française de sénologie et de pathologie mammaire dans son rapport pour le groupe de travail concernant « les critères d'agrément des établissements de santé à la pratique de la chirurgie cancérologique » [8-11].

- La pluridisciplinarité correspond à la présence d'au moins trois spécialités différentes qui doivent être adaptées au type de la RCP. *En fait, doivent au minimum être représentés en cancérologie mammaire : les chirurgiens, les oncologues médicaux, les oncologues radiothérapeutes et les anatomopathologistes ; il est aussi justifié que soient présents radiologues et radiosénologues, infirmière coordinatrice impliquée dans le système d'annonce, psychologue oncologue.*
- Leur fonctionnement doit être formalisé : rythme (au moins 2 fois par mois), coordonnateur, secrétariat, type de dossiers à présenter, référentiels utilisés. *Un rythme hebdomadaire semble indispensable pour le respect de délais courts de prise en charge des patientes. Une réunion 2 fois par mois expose au risque de prises de décision erronées avant la RCP. Par ailleurs, la présence du praticien responsable du patient - ou, uniquement en cas d'impossibilité exceptionnelle du médecin responsable d'être présent, d'un praticien maîtrisant les informations concernant la patiente de manière suffisante - est indispensable. En l'absence de l'un ou de l'autre, la discussion autour du dossier du patient sera reportée à la semaine suivante.*

- Avant la réunion, une fiche standardisée de données médicales est remplie par le médecin qui inscrit le dossier à la RCP, ou *l'équipe coordonnatrice (médecin coordonnateur et secrétaire)*.
- Tous les nouveaux cas doivent être présentés avant mise en route du traitement initial. *En fait, il n'est pas possible en pathologie mammaire, eu égard au nombre de patientes, de présenter tous les nouveaux cas avant le début de chaque traitement ; pourraient ou devraient être discutés avant tous traitements, d'une part les dossiers avec indications initiales de mastectomies afin d'éviter des mutilations inutiles lorsque des possibilités d'oncoplastie ou de chimiothérapie néoadjuvante sont possibles ; et d'autre part les cas de chimiothérapie néoadjuvante dans la mesure où il s'agit souvent de dossiers justifiant des prises en charge coordonnées complexes.*
- Les dossiers des patientes nécessitant une modification substantielle du traitement (reprise évolutive, toxicité...) sont également présentés.
- Les dossiers des patientes en récurrence locale, lors de l'entrée en phase métastatique et chaque fois que cela semble justifié à l'un des médecins, sont également présentés.
- Si le dossier répond à une situation clinique faisant l'objet d'une procédure standard de prise en charge (ayant fait l'objet d'un accord pluridisciplinaire et traduite dans un référentiel de pratiques validé) et figurant dans une liste établie par le réseau régional, il est possible de ne pas le discuter ; le dossier doit être présenté rapidement et la fiche RCP renseignée et archivée. Les autres dossiers sont obligatoirement discutés. *En fait, tous les dossiers doivent être discutés, permettant ainsi d'optimiser les prises en charge ; il n'est pas rare d'observer qu'un dossier en fait « simple », répondant à « une procédure de prise en charge standard », soit plus complexe qu'il n'y paraît ; les discussions autour de certains dossiers seront simplement plus courtes.*
- Le délai entre l'intervention chirurgicale et la RCP et le délai entre la RCP et la consultation post-RCP. *Le délai doit être suffisamment court afin de répondre aux attentes des patientes ; il ne doit pas être trop court, permettant ainsi l'obtention de résultats complets, dont les résultats immunohistochimiques et le bilan général complet. Un délai entre l'intervention chirurgicale et la RCP de 7 à 9 jours semble offrir un compromis optimal. Un délai entre la RCP et la consultation d'1 à 2 jours permet l'édition des documents pouvant être remis à la patiente et adressés à ses médecins (compte-rendu de RCP et projet personnalisé de soins).*

- *Présentation par rétroprojecteur de la fiche patiente lors de la RCP : elle permet une meilleure participation et concentration de l'auditoire face aux principales données cliniques et anatomopathologiques, et la validation par tous des prises de décision rédigées « en ligne ». Pour cela, la fiche de RCP sous sa forme informatique est préparée avant la RCP, puis complétée pendant la RCP par le médecin coordonnateur. Le complément concerne essentiellement la stratégie thérapeutique.*
- Les propositions thérapeutiques sont fondées sur des référentiels de pratique élaborés à un niveau régional à partir de recommandations de pratique clinique nationales ou supranationales. Ils doivent être régulièrement actualisés. *Chaque médecin doit s'être approprié les référentiels et les mises à jour. Ceux-ci sont par ailleurs disponibles en salle de RCP. Les possibilités d'inclusion dans des essais thérapeutiques sont connues des participants.*
- Le compte-rendu de la RCP comporte les propositions thérapeutiques ainsi que les noms et qualifications des participants. Il est intégré dans le dossier du patient. Si les traitements effectivement délivrés diffèrent de la proposition de la RCP, les raisons doivent être argumentées par le médecin référent.
- Il existe un partage, et non pas une dilution, des responsabilités : la RCP éclaire la décision du médecin référent ; le médecin référent reste responsable du traitement appliqué. Toutefois, l'avis rendu par la RCP est fortement indicatif. Le médecin responsable du patient a la charge de lui expliquer la proposition de traitement issue de la RCP, de l'adapter le cas échéant, et de lui remettre « le programme personnalisé de soins ».
- Après validation par le coordonnateur de la RCP, le compte-rendu est transmis aux médecins oncologues référents et aux médecins traitants ; il est aussi intégré dans le dossier de l'institution et les divers dossiers d'un même patient.
- Les comptes-rendus informatisés sont sauvegardés dans la banque de données de la RCP ou de l'établissement de santé ; chaque médecin pourra s'y référer le moment venu ; le compte-rendu pourra aussi être utilisé pour des discussions lors de RCP ultérieures.
- L'évaluation régulière des RCP (fonctionnement, pluridisciplinarité...) permet une amélioration continue de leur qualité et, *in fine*, du service rendu aux patients.
- La HAS considère qu'un médecin participant activement et régulièrement (8 à 10 fois par an) à des RCP répondant aux critères énoncés ci-dessus remplit son obligation d'évaluation des pratiques professionnelles [7]. *En fait, un médecin fortement orienté*

*en oncologie mammaire participe en principe à la totalité des RCP de son institution ; il participe aux décisions de ses patientes et à celles des autres praticiens, et prend pleinement la dimension « formation médicale continue » que représentent les RCP.*

- La coordination des RCP, la réalisation de comptes-rendus réellement utiles à l'amélioration de la prise en charge et la réalisation de fiches « projet personnalisé de soins » sont des contraintes légitimes ; elles nécessitent un secrétariat spécifique, du temps pour chaque acteur de santé et plus particulièrement pour le médecin coordonnateur. De réelles améliorations justifient des aides substantielles (sic).

### **III.3. Les données devant figurer dans le compte-rendu de RCP pour chacune des patientes**

Des fiches standardisées [5] ont été établies, utilisées par la majorité des équipes. Les informations y sont essentiellement d'ordre administratif et logistique, nécessaires à l'évaluation des RCP dans un cadre souvent régional ; elles sont rarement un outil de travail pour les médecins, et ne préfigurent que très peu un dossier communicant en cancérologie. Elles ne sont d'aucun ou de peu d'intérêts pour les médecins traitants.

Pourtant, il est possible d'y voir figurer les éléments essentiels à la prise en charge et les éléments complets concernant les recommandations thérapeutiques. Nous avons ajouté en italique des items complémentaires nécessaires à une prise en charge optimale. Ils sont le fruit de notre expertise et expérience de plus de 35 ans de RCP.

La « fiche de RCP » doit contenir :

- des données d'ordre administratif : la date de tenue de la réunion, les coordonnées de la patiente, son âge, ses médecins traitants et ses médecins référents en oncologie, la liste des médecins participant à la RCP et leurs spécialités ;
- *des données d'ordre médical, indispensables à la prise de décision : les antécédents cancérologiques ou non, l'état physiologique (OMS), d'éventuelles pathologies associées, les résultats du bilan complet d'extension ; il est difficile d'émettre un avis pertinent sans ces données ; la connaissance de ces données justifie la présence, en salle de RCP, du dossier médical de la patiente ;*
- *les informations concernant la pathologie, représentées essentiellement par la synthèse des résultats anatomopathologiques en cas d'intervention*

- (copier-coller), le stade et les résultats biologiques dont la réceptivité hormonale et à Herceptin® ;*
- pour les cas ayant déjà été discutés, le rappel des précédentes RCP ;*
  - puis les décisions thérapeutiques, en sachant que les termes isolés « chirurgie » ou « chimiothérapie » sont absolument imprécis, et non utilisables médicalement. La fiche doit comporter les propositions thérapeutiques aussi explicites et précises que possible ; à titre d'exemple : « Mastectomie avec détection des ganglions sentinelles et proposition de reconstruction à début immédiat » ou « 6 séances de chimiothérapie de type 3 FEC 100 puis 3 Taxotère® 100 - Herceptin® ». Les décisions thérapeutiques seront présentées par ordre chronologique de réalisation ;*
  - il est utile de préciser dans le compte-rendu les traitements non recommandés par la RCP si une ambiguïté de compréhension est possible : à titre d'exemple : « l'indication de chimiothérapie n'est pas retenue ». Ceci permettra d'éviter la suspicion d'un oubli dans les semaines ou les années suivant une RCP : la RCP a réfléchi à toutes les propositions thérapeutiques, et n'a pas souhaité retenir l'indication de chimiothérapie. Lorsque la décision de ne pas réaliser un traitement est contraire aux référentiels, il faut en inscrire les raisons ;*
  - dès lors, la fiche de RCP devient-elle un outil de travail dans un premier temps utile à tous les acteurs de la prise en charge, puis permettant une évaluation du fonctionnement de la RCP.*

## Bibliographie

- [1] Décret n° 2007-388 du 21 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer et modifiant le code de la santé publique. Journal Officiel.
- [2] Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Chirurgie des lésions mammaires : prise en charge de première intention. Octobre 2002. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Document consultable sur le site et adresse : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/lesions\\_mammaires.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/lesions_mammaires.pdf).
- [3] Clough KB, Nasr R, Nos C, Vieira M, Inguenault C, Poulet B. New anatomical classification of the axilla with implications for sentinel node biopsy. *British Journal of Surgery* 2010 Nov;97(11):1659-65.
- [4] Comptes-rendus d'anatomopathologie : données minimales à renseigner pour une tumeur primitive. Dispositif d'autorisation des établissements de santé pour la pratique de la cancérologie. INCa 2009. Document consultable sur le site : [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr).
- [5] Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie. Une démarche d'amélioration de la qualité. HAS et INCa. Document consultable sur le site : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr).
- [6] Circulaire relative à l'organisation des soins en cancérologie Dhos/SDO/101 du 25 février 2005 : [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr).
- [7] Décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles (Journal Officiel).
- [8] Orgerie MB. Thèse pour obtenir le grade de Docteur de l'Université Paris-Descartes. Discipline : éthique médicale ; la décision médicale en cancérologie : rôle de la réunion de concertation pluridisciplinaire, 2007.
- [9] Orgerie MB, Duchange N *et coll.* La réunion de concertation pluridisciplinaire : quelle place dans la décision médicale en cancérologie ? *Bulletin du Cancer* 2010 fev; 97(2):255.
- [10] Marre A. Démarche d'assurance qualité et organisation des soins en cancérologie. *Techniques hospitalières* 2010 septembre-octobre;717:67.
- [11] Marre A, Baies M, Tolou L, Julien S, Mosser L, Reyes G. La réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) en cancérologie : la meilleure ou la pire des choses. *Cancérologie* 2011 janvier-février.