
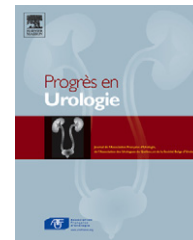




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

Exhaustivité et qualité des réunions de concertation pluridisciplinaire ; l'exemple des cancers prostatiques en Midi-Pyrénées[☆]

Completeness and quality of multidisciplinary team meetings; the example of prostate cancer in Midi-Pyrénées

S. Huo Yung Kai^{a,*}, C. Delpierre^d, C. Gaudin^c,
J. Goddard^b, L. Daubisse-Marliac^{a,c,e}, M. Soulié^c,
E. Bauvin^b, P. Grosclaude^{a,d,e}

^a *Registre des cancers du Tarn, BP 37, 81001 Albi cedex, France*

^b *Réseau Oncomip, 20–24, rue du Pont-Saint-Pierre, 31052 Toulouse cedex, France*

^c *CHU de Toulouse, 31000 Toulouse, France*

^d *Inserm U558, 37, allées Jules-Guesde, 31073 Toulouse cedex, France*

^e *Institut Claudius-Regaud, 20–24, rue du Pont-Saint-Pierre, 31052 Toulouse cedex, France*

Reçu le 27 septembre 2010 ; accepté le 28 avril 2011

Disponible sur Internet le 8 juin 2011

MOTS CLÉS

Prostate ;
Cancer ;
Concertation
pluridisciplinaire ;
Épidémiologie ;
Registre

Résumé

But. – Déterminer l'exhaustivité du passage en réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP), étudier les facteurs pouvant influencer sur ce passage et évaluer la qualité des RCP dans le cas des cancers de la prostate.

Patients. – L'exhaustivité a été estimée en comparant la base du registre des cancers du Tarn qui contient l'ensemble des résidents de ce département ayant eu un cancer de la prostate diagnostiqué en 2007 à la liste des patients résidents dans le Tarn dont le dossier a été discuté dans une des RCP de Midi-Pyrénées. Les facteurs associés au passage en RCP ont été étudiés à partir de données recueillies dans les dossiers médicaux (âge, stade au diagnostic, taux de PSA, score de Gleason, traitement). La qualité des RCP du point de vue réglementaire (temporalité, quorum) et clinique (adéquation entre proposition thérapeutique et référentiel, entre traitements proposé et effectué) a été étudiée à partir des fiches RCP issues du dossier de cancérologie oncomip (DCO) et des dossiers médicaux.

Résultats. – Quatre cent cinquante-neuf patients ont été revus. Le taux d'exhaustivité de passage en RCP préthérapeutique dans un délai inférieur ou égal à trois mois était de 56,2%. La probabilité de passage en RCP diminuait de 90% chez les plus de 85 ans comparativement

[☆] Niveau de preuve : 5.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : hyk.samantha@gmail.com (S. Huo Yung Kai).

aux 70–74 ans, elle augmentait pour les N+M+ (OR de 4,23) comparativement aux T1–T2. Les patients nécessitant une radiothérapie étaient présentés de manière plus exhaustive que ceux n'en nécessitant pas. La qualité des RCP a été étudiée sur 220 fiches du DCO. Le médecin du patient était présent lors de la RCP dans 65% des cas; 97% des traitements proposés étaient conformes au référentiel et 90% des traitements effectués correspondaient au traitement proposé. **Conclusion** En 2007, l'exhaustivité du passage en RCP n'avait pas encore atteint les 100% fixés par le premier plan cancer mais lorsque la RCP était réalisée la conformité et l'adéquation entre traitements proposé et effectué étaient élevées. Alors que la pluridisciplinarité devrait bénéficier aux patients âgés en raison de la complexité de la prise en charge, l'âge élevé était paradoxalement un facteur de risque de non-présentation en RCP.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Prostate;
Cancer;
Interdisciplinary
communication;
Epidemiology;
Registries

Summary

Objectives. – To determine the completeness of the examination of cancer patient cases in a multidisciplinary team meeting (MDTM), to study the factors that can affect this examination and to assess the quality of the MDTM concerning prostate cancer in Tarn.

Methods. – Completeness was estimated by comparing the database of the Tarn cancer registry containing all the inhabitants of this department for whom prostate cancer was diagnosed in 2007 with the list of patients living in Tarn whose cases were discussed during a Midi-Pyrénées MDTM. Determinants of the case discussion in MDTM were studied from data collected in medical records (age, stage at diagnosis, PSA level, Gleason score, treatment). The MDTM quality study (delay in management, whether the case was seen before or after treatment, required elements for MDTM, clinical data, conformity between suggested treatment and guidelines, adequacy between suggested and performed treatments) was based on the MDTM forms retrieved from the DCO and from medical records.

Results. – Four hundred and fifty-nine patients were re-examined. The pretherapeutic passage rate within three months after diagnosis was 56.2%. The probability of a discussion in MDTM decreased for people over 85 years of age (OR = 0.10) compared with the 70–74 year-old people and it increased for the N+M+ (OR = 4.23) compared with the T1–T2. Patients for whom radiotherapy was considered were presented more frequently than the others. The MDTM quality was studied based on 220 DCO forms. The patient's physician attended the MDTM in 65% of the cases, 97% of the suggested treatments were consistent with the guidelines and 90% of the performed treatments complied with the suggested treatment.

Conclusion. – The discussion rate in MDTM has not reached the 100% planned by the first "plan cancer" yet, but when a MDTM was carried out, its compliance and adequacy were high. While seniors' cases require interdisciplinarity because of a complicated management, they were less discussed in MDTM.

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Un des objectifs du plan cancer 2003–2007 était d'offrir à chaque patient atteint de cancer une prise en charge pluridisciplinaire de sa maladie. Cette pluridisciplinarité fait notamment référence à la mise en place des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) au cours desquelles le dossier de tous les nouveaux patients doit être présenté et éventuellement discuté. L'organisation de ces RCP doit répondre à un certain nombre de critères de qualité [1].

Au terme du premier plan cancer, tous les nouveaux cas de cancer diagnostiqués devaient être vus en RCP. Prenant en compte cette recommandation, la Haute Autorité de santé a rendu obligatoire le recueil d'indicateurs de qualité dans le cadre de la certification des établissements de santé, dont l'indicateur RCP (enquête rétrospective portant

sur un échantillon aléatoire de séjours réalisés au cours du second semestre 2009 recueilli du premier juillet 2010 au 31 octobre 2010) [2]. Toutefois, si cet indicateur donne des informations sur le pourcentage des patients traités dans chacun des établissements ayant été présenté en RCP, il ne permet pas d'avoir une mesure plus générale basée sur la population.

La région Midi-Pyrénées présente la particularité de regrouper un réseau régional de cancérologie (réseau Oncomip) et un registre général de cancer (registre des cancers du Tarn). Le réseau Oncomip a été mis en place en Midi-Pyrénées en octobre 1999. Depuis 2006, il met à disposition des structures de soins et des professionnels de santé un dossier patient informatisé – le dossier de cancérologie oncomip (DCO) – pour faciliter la gestion des RCP et, plus largement, le suivi des patients atteints de cancer traités dans la région. En 2009, le DCO couvrait tous les établissements organisant des RCP en Midi-Pyrénées.

Le registre général des cancers du Tarn, créé en 1982, recense de manière continue et exhaustive tous les cas de cancer survenant chez des patients habitant dans le département du Tarn au moment du diagnostic.

L'objectif de cette étude était de déterminer l'exhaustivité du passage en RCP des cancers de la prostate et d'étudier les facteurs qui pouvaient influencer sur ce passage, ce qui a été rendu possible par le croisement des informations du DCO et du registre des cancers du Tarn. Un objectif secondaire était d'évaluer la qualité des RCP réalisées.

Patients et méthodes

Population de l'étude

La population étudiée était composée de l'ensemble des patients nouvellement diagnostiqués pour un cancer de la prostate en 2007 et résidant dans le Tarn au moment du diagnostic. Ces patients ont fait l'objet d'un enregistrement exhaustif dans la base du registre des cancers du Tarn.

Critères de jugement et données étudiées

Deux critères de jugement ont été analysés.

L'exhaustivité du passage en réunions de concertation pluridisciplinaire et ses déterminants

Pour chaque cas, il a été vérifié si une RCP avait eu lieu en confrontant la base de données du registre des cancers du Tarn et la base régionale des RCP dans le DCO. Les patients non retrouvés dans le DCO pouvaient correspondre à des patients n'ayant pas bénéficié d'une RCP ou à des patients ayant bénéficié d'une RCP dans un centre n'utilisant pas encore les fiches RCP informatisées en 2007. Ces centres ont été identifiés et étaient au nombre de deux : le centre régional de lutte contre le cancer (CRLCC) Claudius-Regaud et le centre hospitalo-universitaire (CHU) de Toulouse. Pour les patients pris en charge dans chacun de ces deux établissements, il a été vérifié avec l'aide du médecin du département d'information médicale (DIM) du CRLCC et du coordonnateur du centre de coordination en cancérologie (3C) du CHU si une RCP avait été réalisée, en interrogeant les systèmes informatiques hospitaliers, en consultant les dossiers-papiers ou en téléphonant directement aux secrétariats des RCP.

Le recueil des données du registre du Tarn a été réalisé par les enquêtrices du registre. Cette recherche a été menée dans les établissements de santé publics et privés et dans les cabinets médicaux des spécialistes privés du Tarn, dans les cliniques privées et le CHU, ainsi que dans le CRLCC. D'autres sources ont été utilisées : les laboratoires d'anatomopathologie, les DIM privés et publics, les caisses d'assurance maladie, le DCO. L'enregistrement des données suivait les règles de l'European Network of Cancer Registries (ENCR) et les règles du réseau français des registres de cancer. Les variables recueillies et utilisées pour identifier les facteurs associés au passage en RCP étaient : âge, stade au diagnostic (T1/T2-N0-M0, T3/T4-N0-M0, N+M+), taux de

PSA, score de Gleason, traitement (chirurgie, radiothérapie, hormonothérapie, autres [surveillance]).

L'étude de la qualité des réunions de concertation pluridisciplinaire

Cette analyse n'a porté que sur les RCP des centres utilisant les fiches RCP informatisées du DCO.

Les critères de qualité utilisés ont été déterminés à partir des critères COMPAQH et ont été complétés et validés d'abord par des médecins du Tarn, puis par le groupe urologie d'Oncomip. Les variables prises en compte étaient : le délai de prise en charge (délai entre diagnostic et RCP inférieur à trois mois), la temporalité des RCP (RCP pré-thérapeutique ou non), la présence dans le compte rendu des éléments réglementaires pour la conformité d'une RCP (lieu et date de la RCP, noms des médecins présents, présence lors de la réunion du médecin prenant en charge le patient, validité du quorum), la présence des éléments nécessaires à une proposition de prise en charge initiale (âge, score OMS, taux du PSA, score de Gleason, stade TNM), la conformité du traitement proposé par rapport au référentiel et l'adéquation entre les traitements proposés et effectués.

La validité du quorum en cancérologie urologique était définie par la présence d'au moins trois spécialités différentes (parmi urologue, oncologue médical, oncologue radiothérapeute, radiologue et pathologiste) avec obligatoirement un urologue et un oncologue (médical ou radiothérapeute).

La proposition thérapeutique était comparée au référentiel régional d'urologie. Si la proposition n'était pas conforme, l'existence d'une justification était recherchée dans le dossier médical.

La proposition thérapeutique et le traitement effectué étaient comparés. S'ils étaient différents, la justification était recherchée dans le dossier médical et sa nature était notée. Cette vérification était réalisée par l'équipe d'épidémiologie du registre.

Analyse statistique

Le taux d'exhaustivité a été calculé en divisant le nombre de patients du Tarn pour lesquels une RCP a été réalisée par le nombre total de patients du Tarn diagnostiqués pour un cancer de la prostate.

Les patients n'ayant pas bénéficié d'une RCP ont été comparés à ceux ayant bénéficié d'une RCP afin de mettre en évidence les facteurs associés à l'absence de passage en RCP. Les comparaisons deux à deux ont été conduites à l'aide des tests du Chi² ou de Fisher, avec un seuil de significativité fixé à 5%. Une analyse multivariée par régression logistique a été réalisée pour prendre en compte l'effet de facteurs de confusion potentiels. La force des associations a été quantifiée par le calcul d'odds ratios ajustés et leurs intervalles de confiance à 95%.

La qualité des RCP a été décrite à l'aide de pourcentages. L'analyse de la conformité des RCP, de la présence des éléments nécessaires à une proposition de prise en charge initiale, de la conformité du traitement proposé par rapport au référentiel et de l'adéquation entre les traitements proposés et effectués n'a concerné que les patients

Tableau 1 Description des cancers de la prostate diagnostiqués dans le Tarn en 2007 ($n = 459$) et exhaustivité du passage en réunions de concertation pluridisciplinaire.

	Ensemble des cas (% vertical)	Cas discutés en RCP $n = 258$ (%)	p
Âge			
0–54 ans	24 (5,23)	16 (66,67)	0,000
55–59 ans	48 (10,46)	29 (60,42)	
60–64 ans	64 (13,94)	37 (57,81)	
65–69 ans	73 (15,90)	44 (60,27)	
70–74 ans	107 (23,31)	72 (67,29)	
75–79 ans	70 (15,25)	42 (60,00)	
80–84 ans	44 (9,59)	14 (31,82)	
85 et plus	29 (6,32)	4 (13,79)	
Extension			
T1 et 2	367 (79,96)	216 (58,86)	0,486
T3 et 4	37 (8,06)	18 (48,65)	
N+M+	35 (7,63)	20 (57,14)	
Inconnus	20 (4,36)	4 (20,00)	
PSA (ng/mL)			
< 4	40 (8,71)	26 (65,00)	0,035
(4 ; 10)	244 (53,16)	151 (61,89)	
(10 ; 20)	75 (16,34)	42 (56,00)	
> 20	85 (18,52)	38 (44,71)	
Inconnus	15 (3,27)	1 (6,67)	
Gleason			
2 à 6	200 (43,57)	126 (63,00)	0,138
7	162 (35,29)	88 (54,32)	
8 à 10	71 (15,47)	37 (52,11)	
Inconnus	26 (5,66)	7 (26,92)	
Chirurgie			
Oui	182 (39,65)	95 (52,20)	0,115
Non	268 (58,39)	160 (59,70)	
Inconnus	9 (1,96)	3 (33,33)	
Radiothérapie			
Classique	133 (28,98)	105 (78,95)	0,000
Curiothérapie	20 (4,36)	15 (75,00)	
Non	286 (62,31)	125 (43,71)	
Inconnus	20 (4,36)	13 (65,00)	
Hormonothérapie			
Classique	136 (29,63)	79 (58,09)	0,552
Pulpectomie	2 (0,44)	2 (100,00)	
Non	305 (66,45)	172 (55,74)	
Inconnus	16 (3,49)	7 (43,75)	

RCP : réunions de concertation pluridisciplinaire.

ayant bénéficiés d'une RCP préthérapeutique dans les trois mois suivant le diagnostic, les autres étant par définition non conformes. Les facteurs associés à la conformité de la proposition thérapeutique au référentiel et à l'adéquation du traitement effectué par rapport au traitement proposé ont été analysés à l'aide des tests du Chi² ou de Fisher.

Les logiciels utilisés étaient Epi Info 3.5.1 pour la saisie des données recueillies et STATA 9.0 pour les analyses statistiques.

Résultats

Quatre cent cinquante-neuf cancers de la prostate ont été diagnostiqués en 2007 dans le département du Tarn ; ils sont décrits dans le **Tableau 1**. La classe d'âge la plus représentée était celle des 70–74 ans. La majorité des cancers était classée T1 et T2. La moitié des patients avait un taux de PSA compris entre 4 et 10 ng/mL. Un score de Gleason de 2 à 6 était le plus fréquemment retrouvé. La chirurgie était utilisée dans 39,7% des cas, la radiothérapie (classique

Tableau 2 Analyse multivariée de l'association entre l'exhaustivité du passage en réunions de concertation pluridisciplinaire préthérapeutique et ayant un délai inférieur ou égal à trois mois et les variables étudiées.

	Modèle 1			Modèle 2		
	Âge + Extension + PSA + Gleason			Modèle 1 + Chirurgie + Radiothérapie + Hormonothérapie		
	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p
Âge						
0–54 ans	0,88	0,34–2,33	0,803	1,81	0,64–5,14	0,268
55–59 ans	0,67	0,31–1,43	0,297	1,37	0,59–3,21	0,462
60–64 ans	0,67	0,34–1,31	0,236	1,33	0,62–2,83	0,466
65–69 ans	0,94	0,47–1,90	0,869	1,69	0,78–3,67	0,185
70–74 ans	1	–	–	1	–	–
75–79 ans	1,05	0,53–2,10	0,883	1,16	0,53–2,56	0,708
80–84 ans	0,25	0,11–0,28	0,002	0,46	0,16–1,31	0,149
85 et plus	0,06	0,01–0,28	0	0,10	0,02–0,55	0,009
Extension						
T1 et 2	1	–	–	1	–	–
T3 et 4	1,51	0,62–3,68	0,369	1,31	0,49–3,47	0,592
N+M+	3,62	1,18–11,13	0,025	4,23	1,26–14,16	0,019
PSA						
< 4	1	–	–	1	–	–
(4 ; 10)	1,12	0,53–2,37	0,772	0,96	0,44–2,11	0,925
(10 ; 20)	1,03	0,42–2,53	0,950	0,76	0,29–1,99	0,576
> 20	0,60	0,22–1,60	0,307	0,37	0,13–1,09	0,071
Gleason						
2 à 6	1	–	–	1	–	–
7	0,72	0,44–1,17	0,180	0,89	0,52–1,51	0,657
8 à 10	0,70	0,36–1,39	0,314	0,83	0,40–1,74	0,627
Chirurgie						
Oui				1	–	–
Non				1,34	0,58–3,13	0,496
Radiothérapie						
Classique				1	–	–
Curiethérapie				0,60	0,19–1,93	0,390
Non				0,27	0,13–0,55	0
Hormonothérapie						
Classique				1	–	–
Non				0,92	0,46–1,83	0,804

et curiethérapie) dans 33,3 % des cas et l'hormonothérapie dans 30,1 % des cas.

Exhaustivité du passage en réunions de concertation pluridisciplinaire

La Fig. 1 présente les taux d'exhaustivité en fonction des définitions utilisées. Parmi l'ensemble des cancers diagnostiqués, 300 ont été enregistrés en RCP (65,3 %) et parmi eux 277 ont été enregistrés dans le DCO (60,3 %). Un passage en RCP avant tout traitement et au plus tard dans les trois mois suivant le diagnostic était retrouvé pour 258 cas (56,2 %).

Les facteurs associés au passage en RCP préthérapeutique dans un délai inférieur ou égal à trois mois sont

présentés dans le Tableau 1. Le taux de passage était significativement associé à l'âge, au taux de PSA et à une proposition en radiothérapie. Il était plus faible après l'âge de 80 ans, surtout chez les plus de 85 ans et diminuait si le taux de PSA s'élevait. Il était plus élevé en cas de traitement par radiothérapie. Il était plus élevé (mais la différence n'était pas significative) pour les stades T1–T2 et N+M+ que pour les T3–T4 et pour les scores de Gleason inférieur à 7.

En analyse multivariée (Tableau 2), dans un modèle prenant en compte l'ensemble des critères cliniques, l'effet de l'âge était retrouvé. La probabilité de passer en RCP diminuait pour les 80–84 ans (OR de 0,25 comparativement aux 70–74 ans) ainsi que pour les plus de 85 ans (OR de 0,06) et elle augmentait pour les N+M+ (OR de 3,62 comparativement aux T1–T2).

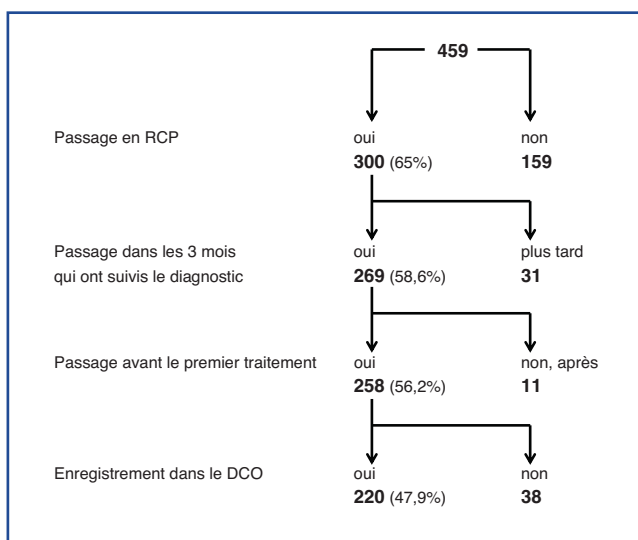


Figure 1. Passage en réunion de concertation pluridisciplinaire.

Lorsque l'analyse prenait en compte le traitement reçu, il était observé une probabilité de passage moindre chez les plus de 85 ans (OR de 0,10). Elle augmentait pour les N+M+ (OR de 4,23). Elle était significativement plus forte lorsque le patient avait une radiothérapie.

Qualité des réunions de concertation pluridisciplinaire initiales

Deux cent vingt RCP préthérapeutiques ont été enregistrées dans le DCO dans un délai inférieur à trois mois (Fig. 1). Les critères de qualité du déroulement et du compte rendu des RCP sont présentés dans le Tableau 3.

Le médecin prenant en charge le patient était présent dans deux tiers des RCP.

Les spécialistes les plus présents étaient, par ordre décroissant de fréquence, l'urologue, l'oncologue médical et l'oncologue radiothérapeute.

Le quorum n'était pas valide dans 12,7% des cas ($n = 28$) : dans trois cas, il manquait l'urologue, dans 25 cas il n'y avait que deux médecins présents (urologue et oncologue médical dans huit cas, urologue et oncologue radiothérapeute dans 17 cas).

L'ensemble des éléments nécessaires à une proposition de prise en charge initiale était présent dans la moitié des fiches. Les éléments les plus fréquemment absents étaient le score OMS (31%) et le TNM (24%).

La conformité de la proposition thérapeutique au référentiel (97,3%) et l'adéquation entre traitements proposé et effectué (90,5%) étaient élevées (Tableau 4). Tous les traitements non conformes au référentiel étaient justifiés dans le dossier médical ; 89,5% des traitements non concordants avec le traitement proposé étaient justifiés (Tableau 5). Les situations les plus fréquemment rencontrées étaient soit une

Tableau 3 Critères de qualité du passage en réunions de concertation pluridisciplinaire préthérapeutique et ayant un délai inférieur ou égal à trois mois ($n = 220$).

	Non (%)	Oui (%)
Lieu de la RCP renseigné	0	220 (100,00)
Date de la RCP renseignée	1 (0,45)	219 (99,55)
Noms des médecins précisés	3 (1,36)	217 (98,64)
Médecin du patient présent	77 (35,00)	143 (65,00)
Validité du quorum	28 (12,73)	192 (87,27)
Informations cliniques		
Âge	3 (1,36)	217 (98,64)
OMS	69 (31,36)	151 (68,64)
PSA	13 (5,91)	207 (94,09)
Gleason	7 (3,18)	213 (96,82)
TNM	52 (23,64)	168 (76,36)
Absence dans la fiche RCP d'au moins une des informations cliniques	110 (50,00)	110 (50,00)

RCP : réunions de concertation pluridisciplinaire.

Tableau 4 Conformité et adéquation des traitements proposés et effectués lors des réunions de concertation pluridisciplinaire préthérapeutiques et ayant un délai inférieur ou égal à trois mois ($n = 220$).

	Oui	Non	Inconnu
Conformité du traitement proposé par rapport au référentiel	214 (97,3)	6 (2,7)	0
Proposition thérapeutique justifiée si différente du référentiel	6 (100,0)	0	0
Adéquation du traitement effectué	199 (90,5)	19 (8,6)	2 (0,9)
Traitement effectué justifié si différent de la proposition	17 (89,5)	2 (10,5)	0

Tableau 5 Justification du traitement effectué si différent de la proposition (n = 17).

	Effectifs (%)
Stade, progression biologique	7 (41,1)
Refus du patient	6 (35,3)
Prise en charge d'une autre maladie	1 (5,9)
Amélioration de la pathologie prostatique	1 (5,9)
Mauvaise compliance	1 (5,9)
Traitement symptomatique	1 (5,9)
Total	17 (100,0)

progression biologique (augmentation du taux de PSA) ou du stade soit un refus du patient. Ce dernier concernait surtout la radiothérapie classique (quatre cas sur six), puis l'hormonothérapie et curiethérapie, et la chirurgie.

La conformité des traitements effectués au référentiel Oncomip pour tous les patients de l'étude est présentée dans le **Tableau 6**. Elle est de 90,7% pour les cas discutés en RCP et de 80,6% pour les autres, mais cette différence n'est pas statistiquement significative.

Discussion

La collaboration entre le réseau régional Oncomip et un registre des cancers présent dans un département de la région permet l'étude de l'exhaustivité du passage en RCP pour la population de ce département. En l'absence d'enregistrement systématique des cas, la présence d'un registre est la seule possibilité pour réaliser ce type d'étude qui doit être faite sur une base de population.

Grâce aux informations collectées par le registre sur les traitements réalisés, il est aussi possible d'étudier la pénétration des référentiels dans la pratique médicale.

Le choix de considérer qu'un passage en RCP était « valide » s'il avait lieu moins de trois mois après le diagnostic et avant tout traitement a été fait après discussion avec les praticiens du groupe de travail urologie du réseau Oncomip et les médecins participant aux RCP du Tarn. Avec cette définition, pour les 459 cancers de la prostate diagnostiqués en 2007 dans le Tarn, le taux de passage en RCP était de 56,2%. Toutefois, 65,3% des patients sont finalement enregistrés soit plus de trois mois après leur diagnostic soit après le début du traitement.

Il est important de noter que ces chiffres datent de 2007 et sont donc loin de refléter la réalité actuelle du

passage en RCP dans le département du Tarn. Aucun 3C n'était encore opérationnel sur tout le territoire, et les procédures d'autorisation des établissements rendant la participation aux RCP non seulement obligatoire mais surtout obligeant les établissements à le justifier n'étaient pas encore mises en place.

De plus, bien que la pratique des RCP y fût déjà bien ancrée, la nécessité de l'exhaustivité n'était pas encore partagée par tous.

Le taux de passage en RCP était diminué notamment chez les plus de 85 ans. Il augmentait pour les N+M+. La RCP était plus fréquente en cas de radiothérapie qu'en cas de chirurgie.

Plus le patient est âgé (et sujet à des comorbidités), plus l'élaboration d'une prise en charge adaptée est complexe ; il est alors légitime de penser que ce sont les patients les plus âgés qui devraient bénéficier le plus d'une RCP. Pourtant, cette étude met en évidence une diminution du passage en RCP chez les plus de 80 ans. Il est possible que ce soit la conséquence d'une méconnaissance de la pathologie du sujet âgé avec une peur légitime de surtraiter un patient considéré comme à risque. Il est aussi possible que l'organisation actuelle des RCP ne réponde pas aux besoins de praticiens pour cette population âgée qui représente plus de 15% des malades. La mise en place des réunions de concertation en oncogériatrie (RCOG) [3,4], plus adaptées à ce type de patients, car visant à identifier ceux qui devraient bénéficier d'une évaluation gériatrique permettant la modulation du traitement (allègement ou renforcement du protocole) [5,6], répondra peut-être mieux à cette demande. Il faut souligner que près de trois patients sur dix ont plus de 75 ans et que cette proportion devrait augmenter sous l'effet du vieillissement de la population [7], ce qui explique que l'Institut national du cancer ait fait de la promotion de l'oncogériatrie un objectif prioritaire.

La probabilité de passage en RCP était plus importante si le patient bénéficiait d'une radiothérapie. Une des raisons se trouve en partie dans l'organisation des RCP et dans le fait que les coordinateurs de RCP soient le plus souvent des oncologues (soit radiothérapeutes, soit travaillant en liaison étroite avec des radiothérapeutes). Il est très probable que les radiothérapeutes préfèrent présenter systématiquement les cas en RCP avant de débiter un traitement, même si l'indication de la radiothérapie est évidente, ce qui n'est pas le cas des chirurgiens qui « enregistrent » plus facilement le cas après la prostatectomie.

La qualité de 220 RCP a été évaluée sur les fiches informatisées (il manquait donc les 38 patients traités au CHU

Tableau 6 Conformité des traitements effectués par rapport au référentiel (n = 459).

	Pas de RCP ou RCP post-thérapeutique ou RCP > 3 mois (%)	RCP préthérapeutique et ≤ 3 mois (%)
Conformité		
Non	16 (8,0)	17 (6,6)
Oui	162 (80,6)	234 (90,7)
Non évaluable	23 (11,4)	7 (2,7)
RCP : réunions de concertation pluridisciplinaire.		

de Toulouse et au CRLCC Claudius-Regaud). Elle a montré un bon remplissage des fiches de RCP informatisées sauf pour certains éléments nécessaires à une décision de prise en charge initiale, surtout concernant le renseignement du score OMS et du TNM. Le médecin prenant en charge le patient n'était présent que dans 65 % des cas. Lorsqu'il était présent, c'était dans la quasitotalité des cas un urologue.

On peut s'interroger sur la validité du quorum qui a été étudiée à partir de la liste présente sur le compte rendu de RCP et non par une observation directe. En effet, pour faciliter la gestion des réunions, il existe dans le DCO une liste des médecins participant habituellement aux RCP permettant de cocher ou décocher les noms des médecins selon leur présence puisque certains praticiens n'assistent pas à la totalité de la RCP. Malheureusement, cette rectification du quorum n'est peut-être pas toujours effectuée, ce qui, en plus de fausser la composition du quorum, peut avoir des répercussions légales en termes de responsabilité.

La proportion de cas où la proposition thérapeutique est conforme au référentiel régional de prise en charge en urologie était élevée. Ce référentiel datait de 2006 et donnait des recommandations assez larges, issues des recommandations de l'Association française d'urologie. Par exemple, la radiothérapie exclusive y est proposée aussi bien pour une tumeur localisée de pronostic favorable que pour une tumeur localisée de pronostic intermédiaire et même défavorable, de même pour l'hormonothérapie seule. Dans la plupart des cas, la dose d'irradiation ou la durée d'hormonothérapie n'étaient pas précisées dans la proposition thérapeutique et elle a été considérée comme conforme, si la nature des traitements proposés et effectués correspondait. Cette définition assez large a pu contribuer à augmenter artificiellement le taux de conformité. De plus, le référentiel ne précisait pas la conduite à tenir pour la surveillance active. Il en était de même pour les cancers métastatiques ce qui explique peut-être que la concertation ait été plus fréquente pour les cas métastatiques ou pour ceux présentant une atteinte ganglionnaire.

Conclusion

Cette étude est à notre connaissance la première à analyser la fréquence du passage en RCP et les facteurs qui y sont associés chez des patients atteints de cancer prostatique sur un échantillon représentatif de population.

Dans le Tarn, l'exhaustivité du passage en RCP n'avait pas encore atteint les 100 % visés par le plan cancer 2003–2007, mais ce chiffre permet d'avoir un état des lieux du passage en RCP avant la mise en place des procédures d'autorisation, il autorisera ainsi des comparaisons.

Il importe probablement de rappeler que la discussion du dossier en RCP est surtout importante pour les cas difficiles, pour lesquels il n'existe pas de standard thérapeutique afin de ne pas faire perdre de chances à ces patients. Les dossiers plus simples doivent être identifiés et bénéficier d'une présentation rapide en RCP permettant de s'assurer que tous les examens nécessaires ont été réalisés et qu'ils entrent bien dans le cadre du référentiel. Pour ces cas, une fiche bien documentée pour la réunion doit permettre cette « présentation simple » qui évite la surcharge des réunions.

En revanche, les RCP ont clairement pour but de favoriser un regard pluridisciplinaire sur les cas pour lesquels il n'existe pas d'attitude thérapeutique standard. Les patients âgés pour lesquels il existe toujours un risque de sur ou de sous traitement font notamment partie de ces cas. Ce type d'étude a bien sûr vocation à être reconduit, non seulement sur les mêmes localisations pour mesurer l'évolution des pratiques, mais aussi sur d'autres localisations cancéreuses en utilisant le même principe. Même si l'utilisation des données fournies par les registres (généralement départementaux) limite l'étude à une partie seulement de la zone couverte par un réseau régional, les informations fournies donnent néanmoins de bonnes indications sur l'état des pratiques dans la région.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Remerciements

Tous les praticiens de la région, notamment les urologues, les anatomocytologistes et les oncologues qui ont participé à ce travail, et aussi tout particulièrement les praticiens du Tarn qui collaborent régulièrement avec le registre et qui permettent la surveillance des cancers dans ce département.

Financement : Ligue contre le cancer – Comité du Tarn.

Références

- [1] Davin JL, Mottet N, Rebillard X. Présentation d'un dossier de cancérologie urologique en réunion de concertation pluridisciplinaire. *Prog Urol* 2004;14:881–2.
- [2] Haute Autorité de santé. IPAQSS 2010 - MCO : généralisation du recueil de l'indicateur « Réunion de concertation pluridisciplinaire » en cancérologie (RCP). Available from: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_945468/ipaqs-2010-mco-generalisation-du-recueil-de-lindicateur-reunion-de-concertation-pluridisciplinaire-en-cancerologie-rcp.
- [3] Albrand G, Attali C, Belkacémi Y, Bordessoule D, Bussone M, Buthion V, et al. État des lieux et perspectives en oncogériatrie. *Boulogne-Billancourt: Institut national du cancer*; 2009 [p. 146–50].
- [4] Terret C, Droz J. Définition et présentation de la cancérologie du sujet âgé. *Prog Urol* 2009;19:575–9.
- [5] Extermann M, Meyer J, McGinnis M, Crocker TT, Corcoran MB, Yoder J, et al. A comprehensive geriatric intervention detects multiple problems in older breast cancer patients. *Crit Rev Oncol Hematol* 2004;49:69–75.
- [6] Girre V, Falcou MC, Gisselbrecht M, Gridel G, Mosseri V, Bouleuc C, et al. Does a geriatric oncology consultation modify the cancer treatment plan for elderly patients? *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2008;63:724–30.
- [7] Grosclaude P. Évolution de la démographie et de la longévité dans les prochaines décades : impact sur l'incidence des cancers urologiques. *Prog Urol* 2009;19(Suppl. 3):S67–70.