



Comment bien organiser une RCP

Ph Rosset - J Druon – L Bernard – MF Lartigue
RCP CRIOAC CHU Tours

**DIU Prévention et prise en charge des Infections Ostéo Articulaires
1^{ère} session Rennes**

Les Centres de Références IOAC ont été créés en 2008-2010

Par le Ministère de la Santé

grâce et sous la pression des associations de malades (Le LIEN)

Infection Ostéo-Articulaires =>

prise en charge multidisciplinaire

Médico-Chirurgicale

=> Réunion de Concertation Multidisciplinaire (RCP)

Décision du Groupe > Individu ?

1980' USA -> **aspect médico-économique** -> intérêt d'un 2^{ème} avis avant une intervention remboursée -> 30 % de déprogrammation

Martin SG et al. Impact of a Mandatory **Second-Opinion** Program on Medicaid Surgery Rates: Med Care. 1982

Mccarthy E et al. **Second opinions** on elective surgery: the Cornell/New York hospital study. The Lancet. 1981

Gertman PM et al. **Second Opinions** for Elective Surgery: The Mandatory Medicaid Program in Massachusetts. N Engl J Med. 1980

1990' 2^{ème} avis -> amélioration de **la Qualité des Soins**

Lindsey PA et al The Cost and Value of **Second Surgical Opinion Programs**: A Critical Review of the Literature. J Health Polit Policy Law. 1990

Graboyes TB. Results of a **Second-Opinion Trial** Among Patients Recommended for Coronary Angiography. JAMA J Am Med Assoc. 1992

2 livres -> la prise de décision

[Christian Morel](#) **Les décisions absurdes (I, II, III) tome II : comment les éviter**

[Uttam Shiralkar](#) **Smart Surgeons Sharp Decisions: Cognitive Skills to Avoid Errors & Achieve Results (Surgical Psychology)**

RCP en Oncologie

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

2006



ÉVALUATION ET AMÉLIORATION DES PRATIQUES

Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie

- Le dossier de tout nouveau patient atteint de cancer doit bénéficier d'un avis émis lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Cet avis doit être communiqué au patient et placé dans le dossier.
- La RCP est un lieu d'échanges entre spécialistes de plusieurs disciplines sur les stratégies diagnostiques et thérapeutiques en cancérologie.

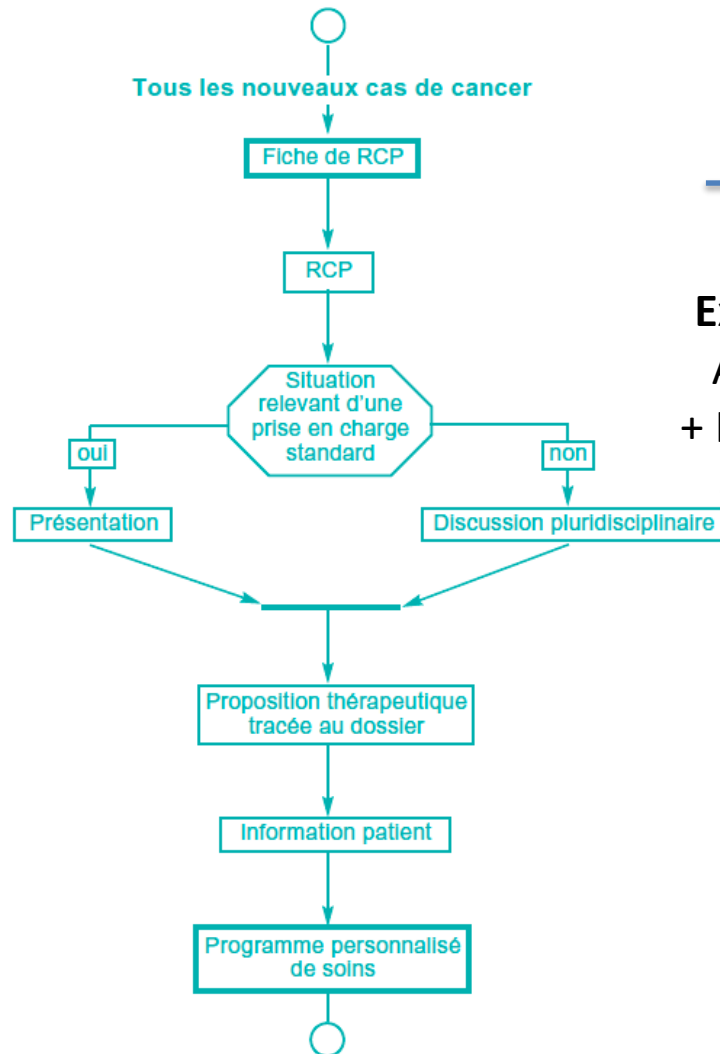
Les Critères de Qualité d'une RCP

Plan Cancer et circulaire du 22 février 2005 :

- **Pluridisciplinarité** : au moins **3 spécialités différentes** = **Infectiologue, Rhumatologue, Bactériologiste, Radiologue, Orthopédiste, ...**
- **Fonctionnement formalisé** : rythme (au moins **2 fois par mois**), **coordonnateur, secrétariat**, type de dossiers à présenter, référentiels utilisés. **Avant la réunion, une fiche standardisée de données médicales est remplie** par le médecin qui inscrit le dossier à la RCP.
- **Tous les nouveaux cas doivent être présentés** et ceux nécessitant une modification substantielle du traitement (reprise évolutive, toxicité...).
- **Les propositions thérapeutiques sont fondées sur des référentiels** élaborés à partir de recommandations nationales régulièrement actualisées.
Les possibilités d'inclusion dans des essais thérapeutiques sont connues des participants.
- **L'avis de la RCP comporte la proposition thérapeutique ainsi que les noms et qualifications des participants.** Il est intégré dans le dossier du patient.
- **L'évaluation régulière des RCP** (fonctionnement, pluridisciplinarité...) permet une amélioration continue de leur qualité et, in fine, du service rendu aux patients.

Fonctionnement de la RCP

DÉCISION THÉRAPEUTIQUE EN INFECTIOLOGIE



Animation commune de la RCP

Infectiologue – Orthopédiste

Bactériologiste

+ Secrétaire ou TEC

+++ récupérer les infos

Exposé du dossier : *Idéalement avec le collègue en charge du malade*
ATCD + historique *en charge du malade*
+ Imagerie + Biologie *(téléphone, visio)*

Décision collégiale

Diagnostic Imagerie ?
 Ponction ?

Propositions

Traitement Médical / AB
 Chirurgie

Saisie des données / Base Nationale

les bases de toute RCP

La « RITUALISATION » =

1 jour de la semaine
1 horaire de début
1 fréquence (hebdomadaire)
1 lieu

Avoir le QUORUM =

- Infectiologue
- Orthopédiste
- Bactériologiste
- ...

« PUBLICITE » Large

Dans l'établissement
Dans les établissements Publics et Privés de la Région
Site internet - réunions type EPU

COMMUNICATION
de l'information

- **RCP joignable !** Adresse postale précise
Mail « RCP IOA ... » -> membres de la RCP
N° de tel. et de fax
- **1 support** de transport de l'info = Fiche RCP informatisée
à remplir par celui qui est en charge du malade
- **+++ N° de tel** pour joindre le demandeur pendant la RCP

Organisation pratique de la RCP

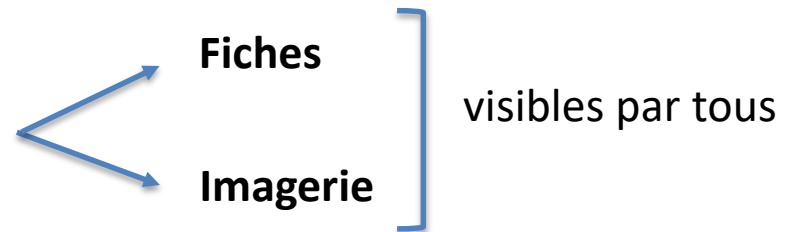
- **Liste de dossiers établie avant la RCP**
Rôle +++ du secrétariat

Dossiers internes / externes
+++ Vérifier si fiches remplies
Infos / bacterio / dossiers à discuter
Rdv tel ou visio / présentation dossier

Dossier incomplet = perte de temps et de chance pour le malade

- **Liste d'émargement** des participants -> quorum = **impératif**
- Connaître, ou avoir accès aux **différents protocoles ou essais en cours**
- **Idéalement**

2 Ordinateurs et Projection sur **2 écrans** :



Secrétaire ouvre les fiches et tape en direct les conclusions

Difficile d'analyser un dossier et d'assurer la gestion de la fiche

Passage d'un dossier en RCP

3 temps doivent être respectés (comme toujours en médecine ...)

1/ Présentation du dossier, par celui qui le connaît, pour éviter perte d'infos

Malheureusement pas toujours respecté

Pouvoir au moins joindre par tél le collègue

Doit aboutir à une question / diagnostique et/ou thérapeutique

2/ Discussion, après ... et pas pendant la présentation

- Passer en revue toutes les possibilités = Attention aux biais de raisonnement
 - Tout le monde doit être écouter ... **y compris les avis contraires aux « experts »**
 - Respect des protocoles ... et cependant gestion de « l'inattendu »
 - Bénéfices / Risques
-

3/ Décision collégiale « pragmatique » -> Fiche intégrée au dossier du malade

- Argumentaire la justifiant
- **Si** Nouveaux prélèvements : Qui ? Quand ? Comment ?
- **Si** Antibiothérapie : nom, dose, voie, durée
- **Si** Chirurgie : Qui ? Quand ? Comment ?
- Bien identifier les correspondants qui recevront l'information
- Coder la Complexité de l'infection (-> codage, impact €)

Evaluation des RCP

RCP Sarcomes

*Improved survival using specialized multidisciplinary board in sarcoma patients
Blay JY et al. Ann. Oncol 2017*

Better overall and progression free survival after surgery in expert sites for sarcoma patients: a nationwide study of FSG-GETO/NETSARC.

RCP IOA et Centres de Référence IOAC =>

- Prise en charge territoriale structurée
- Protocoles mieux respectés
- Épidémiologie mieux précisée

=> Amélioration pour le malade

Base de données nationale + accès au PMSI -> évaluation de la qualité de prise en charge
Groupes de malades plus nombreux et hétérogènes => résultats plus difficiles à démontrer

RCP : supériorité du groupe / expert seul Etude faite sur les RCP du CRIOGO

*Diagnostic d'infection ostéoarticulaire complexe en RCP (étude PHICTOS) E Laurent et al
Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 2019*

Pour le classement en IOA Complexe : l'accord inter-RCP est plus élevé que celui inter-expert !

Attention aux biais cognitifs (1)

Expérience ≠ Expertise

Charles Mayo :

« experience can mean doing the wrong thing over and over again »

L'expérience n'est intéressante que si elle s'accompagne d'un contrôle permettant d'acquérir une expertise.

Sans contrôle (feedback) elle n'a pas de valeur.

« je fais ça depuis 20 ans et ça a toujours marché »

- A condition d'avoir revu les malades...
- D'imaginer le résultat d'une autre option (essai randomisé)
- Difficile pour les pathologies rares (sarcomes, IOAC)

Développer son sens de l'auto-critique – Intérêt d'un « contradicteur »

(rôle de « l'avocat du diable »)

Attention aux biais cognitifs (2)

- **Risque de prendre des décisions sous la pression de l'entourage** (le malade, la famille...)
« *Commission bias* »
le malade « va bien » (ou pas si mal ...) -> pas de réintervention
chez les pilotes = la « destinationite » :
polarisation excessive sur la destination au dépend de la sécurité
- **« plus on s'engage dans un processus plus il est difficile d'y renoncer »**
L'opérateur hésite souvent à reprendre « son malade » ... => rôle de « rappel à l'ordre » la RCP !
= savoir et oser demander un avis

Pour le diagnostic :

- Trop rapide, sans écouter toute l'histoire = **sur une impression** «*anchoring bias*»
- Excès de confiance => décision avec une information incomplète
- En sélectionnant involontairement les infos qui confortent notre idée
- En référence au dernier cas similaire ou aux cas les plus fréquents, qui viennent à l'esprit
« *availability bias* »
- **S'astreindre à faire la liste des Dg et des ttt possibles**

Attention aux biais cognitifs (3)

Pour le traitement :

- Excès de confiance ...
- **Non respect des protocoles** : toujours une excuse : CE malade est un cas particulier...
- Présentation des alternatives : 2 traitements
 - A = 30 % de risque de décès
 - B = 70 % de succès = sera choisi de préférence ...
- Influence +++ de la dernière mauvaise expérience => n'incite pas à proposer ce traitement

Erreurs possibles des décisions de groupe

- **Effet de polarisation** : les rapports de force entre individus peuvent, en groupe, amener à des décisions plus radicales que celles que l'on aurait pu attendre lors d'une discussion apaisée.
- Exemple de la réunion téléphonique la veille de l'explosion de la navette Challenger
- **++++ Intérêt de « l'avocat du diable »** : toujours discuter l'avis contraire (cf prise de décision dans les sous-marins nucléaires US)

Se tromper est humain, ne pas le (re)connaître est une faute

Années 90 :

- 70 % des accidents d'avion étaient dû à des **erreurs humaines**,
- **C'est la réflexion sur ces erreurs qui a permis :**
 - **De montrer qu'il y avait un défaut de communication au sein de l'équipage**
 - D'initier la démarche « CRM » (Crew Resource Management)
 - de faire baisser le nbr d'accidents alors que le trafic a augmenté

En médecine, avec 20 ans de retard *(les docteurs peinent à reconnaître leurs erreurs)*

- Démarche Evidence Based Medecine (mais en connaissant ses limites, cf le « parachute »)
- **Il faut consacrer plus de temps :**
 - au debriefing
 - à l'analyse des erreurs
 - au décryptage des relations dans un groupe (bloc, RCP)
- **Rôle des réunions de service / morbidité mortalité**
- **Dépistage des EPR : événements porteurs de risques**

Conclusion

30 ans d'enseignement et d'EPU sur les sarcomes des tissus mous ... et les infections

Et toujours des erreurs ... (1 dossier / mois à la RCP)

=> il faut réfléchir à une autre approche

La compétence en prise de décision s'apprend au même titre que l'anatomie, la sémio, les traitements ou les gestes techniques

Nécessité d'introduire une nouvelle culture

L'aéronautique a été confrontée à ce problème et l'a en partie résolu, **mais, à la différence des médecins, les pilotes :**

- sont directement concernés par la possibilité d'accident
- Déclarent les incidents car anonymisation et pas de poursuites