

SEPTEMBRE 2023

ACTUALISATION DÉCEMBRE 2023

RECOMMANDATIONS ET RÉFÉRENTIELS

LA RÉUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE EN CANCÉROLOGIE

**/ CHAMP D'APPLICATION,
ORGANISATION ET DÉROULEMENT**

LA RÉUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE EN CANCÉROLOGIE / Champ d'application, organisation et déroulement

L'Institut national du cancer (INCa) est l'agence d'expertise sanitaire et scientifique en cancérologie chargée de coordonner la lutte contre les cancers en France.

Le présent document constitue une expertise réalisée en application du 2° de l'article L.1415-2 et de l'article R. 6123-91-1 du code de la santé publique et a été soumis à la commission des expertises de l'Institut en date du 22/05/2023. Cette expertise sanitaire a été adoptée par décision du Président de l'Institut N°2023-47 en date du 21/12/2023 qui annule et remplace la décision N° 2023-32 du 04/09/2023. La nouvelle décision est publiée au Registre des actes administratifs de l'Institut.

REMARQUE ACTUALISATION 2023

Une actualisation de ce document a été faite, permettant de garantir l'implication des expertises nécessaires à la discussion pluridisciplinaire pour les différentes pathologies. Elle vise également à assurer son alignement avec les exigences de la nouvelle réforme des autorisations.

Cette actualisation concerne essentiellement la composition des quorums :

- pour le quorum des RCP standard hors hématologie : la présence du chirurgien est obligatoire au même titre que les oncologues et les radiothérapeutes ;
- pour le quorum des RCP de recours en hématologie organisées par un établissement mention B pour les TMSC : la présence ou l'avis du pharmacien référent en biothérapies est recommandé ;
- pour le quorum des RCP de recours concernant le digestif et le thoracique : des précisions sont apportées concernant le spécialiste d'organe afin d'être en cohérence avec les décrets des autorisations.

Elle est reportée pages 33, 34 et 35 de ce document.

Certains ajustements relevant de l'organisation logistique des RCP permettent par ailleurs d'apporter plus de souplesse aux établissements organisateurs.

Ils sont reportés en pages 24, 30 et 41 de ce document.

Ce document doit être cité comme suit : © La réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie. Collection Recommandations et référentiels, Institut national du cancer, décembre 2023

Du fait de la détention, par des tiers, de droits de propriété intellectuelle, toute reproduction intégrale ou partielle, traduction, adaptation des contenus provenant de ce document (à l'exception des cas prévus par l'article L122-5 du code de la propriété intellectuelle) doit faire l'objet d'une demande préalable et écrite auprès de la direction de la communication de l'INCa.

Ce document est téléchargeable sur [e-cancer.fr](https://www.e-cancer.fr)

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

Jingyuan LIN (coordinatrice), cheffe de projet, département Organisation et parcours de soins

Maxime PUTTON, responsable du département Organisation et parcours de soins, pôle Santé publique et soins (en poste jusqu'au 31 mai 2023)

Jean-Baptiste MÉRIC, directeur du pôle Santé publique et soins (en poste jusqu'au 3 mars 2023)

Anne DUVIARD, responsable du département Organisation et parcours de soins, pôle Santé publique et soins

Claude LINASSIER, directeur du pôle Santé publique et soins

MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL

Xavier Artignan, radiothérapeute, Institut de radiothérapie et cancérologie, Breillien-Grégoire

Samir Hacène, radiothérapeute, Centre hospitalier de Carcassonne, Carcassonne

Jaafar Bennouna, oncologue médical, Hôpital Foch, Suresnes

Johann Dréanic, oncologue médical (digestif), Clinique Claude Bernard, Ermont

Nathalie Perez-Staub, oncologue médical, Hôpital franco-britannique, Levallois-Perret

Romain Natale, oncologue radiothérapeute, radiothérapeute libéral, Cagnes sur Mer

Sandra Malak, hématologue, Institut Curie, Paris

Mathilde Hunault Berger, hématologue, Centre hospitalier universitaire, Angers

Valérie Laurence, oncologue médical (AJA), Institut Curie, Paris

Pascal Chastagner, pédiatre, Centre hospitalier universitaire, Nancy

Camille Chakiba-Brugère, oncologue avec valence oncogériatrique, Institut Bergonié, Bordeaux

Victoire Brillaud-Meflah, chirurgien, Institut de Cancérologie de l'Ouest, Nantes

Céline Renaudeau, chirurgien, Institut de Cancérologie de l'Ouest, Nantes

Charlotte Furtos Fanget, chirurgien, Hôpital privé de la Loire, Saint-Étienne

Jérôme Loriau, chirurgien, Groupe hospitalier Saint-Joseph, Paris

Gabriella Pittau, chirurgien, Hôpital Paul Brousse, Villejuif

Enrica Bentivegna, chirurgien, Hôpital européen Georges-Pompidou, Paris

Olivier Dubreuil, gastro-entérologue, Groupe Hospitalier Diaconesses Croix Saint-Simon, Paris

Franck Cholet, endoscopie digestive interventionnelle, Centre hospitalier universitaire Nancy, Brest

Caroline Rivera, chirurgien thoracique, Centre hospitalier du Côte Basque, Bayonne

Pierre Tesson, chirurgien thoracique, Centre hospitalier, Le Mans

Marie Robert, oncologue, Institut de Cancérologie de l'Ouest, Nantes

Laurent Taillade, médecin en soins palliatifs, Maison médicale Jeanne Garnier, Paris

Stéphanie Träger, oncologue médical et médecin de soins palliatifs, Clinique de l'Estrée, Stains

Cécilia Chancerel, médecine générale, généraliste, Arnas

Abakar Mahamat, oncologue, Institut Arnault Tzanck, Saint-Laurent-du-Var

Marie De Fremont, infirmière en pratique avancée, Centre de Traitement Hautes Énergies, Amiens

Éric Lavoine, anatomocytologiste, Institut d'histopathologie, Angers

Olivier Kosmider, oncohématologiste moléculaire, Hôpital Cochin, Paris

Chaque expert a participé *intuitu personae* et non en qualité de représentant d'un organisme, d'une société savante ou d'un groupe de professionnels.

L'Institut a analysé la déclaration publique d'intérêts (DPI) de chaque expert préalablement à sa participation et tout au long des travaux d'expertises au regard des points traités dans le cadre de l'expertise. Des experts ont déclaré des liens d'intérêts avec les neuf industries de santé membres fondateurs de l'association FIAC¹.

L'Institut n'a pas identifié de risque de conflits d'intérêt. Chaque DPI est publiée sur le site unique DPI-SANTE².

¹ <https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Filiere-Intelligence-Artificielle-et-Cancer>

² <https://dpi.sante.gouv.fr/dpi-public-webapp/app/recherche/declarant>

RELECTEURS

Agences régionales de santé (ARS)

- ARS Occitanie
- ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur
- ARS Bourgogne-Franche-Comté
- ARS Centre Val de Loire
- ARS Corse
- ARS Guyane
- ARS Île-de-France
- ARS Hauts-De-France
- ARS Nouvelle-Aquitaine

Fédérations hospitalières

- Fédération hospitalière de France (FHF)
- Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP)
- Fédération des centres de lutte contre le cancer (UNICANCER)
- Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD)
- Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)

Dispositifs spécifiques régionaux du cancer (DSRC)

- DSRC Guadeloupe
- DSRC Nouvelle-Aquitaine
- DSRC Bretagne
- DSRC Bourgogne-Franche-Comté
- DSRC Guyane
- DSRC Normandie
- DSRC Pays de Loire
- DSRC Auvergne-Rhône-Alpes
- DSRC Hauts-De-France
- DSRC Île-de-France
- DSRC Provence-Alpes-Côte d'Azur
- DSRC Occitanie

Comité de démocratie sanitaire de l'INCa, associations des patients et représentants des usagers

- Comité de Démocratie sanitaire de l'INCa
- Association IMAGYN - Initiative des malades atteintes de cancers GYNécologiques ;
- Association Cassandra ACCL
- Collectif Triplettes Roses, national
- Association philanthropique de parents d'enfants atteints de leucémie ou autres cancers (APPEL) Auvergne-Rhône-Alpes
- Association AVML, Association Vivre mieux le lymphœdème
- Entreprise et Cancer, Auvergne-Rhône-Alpes
- Association, M la vie avec Lisa, Auvergne-Rhône-Alpes

Sociétés savantes

- Société francophone de chirurgie oncologique (SFCO)
- Association pour l'enseignement et la recherche des internes en oncologie (AERIO)
- Société française de lutte contre les cancers et les leucémies de l'enfant et de l'adolescent (SFLCLEA)
- Société française d'oncologie médicale (SOFOM)
- Association francophone des soins oncologiques de support (Afsos)
- Société française d'hématologie (SFH)
- Société française du cancer (SFC)
- Association française d'urologie (AFU)
- Société française des cancers de l'enfant (SFCE)

Centres de coordination en cancérologie (3C)

- 3C Corrèze, Nouvelle-Aquitaine
- 3C OncoPO, Occitanie
- 3C Clinique Pasteur Toulouse, Occitanie
- 3C CHU Toulouse, Occitanie
- 3C Savoie Belley, Auvergne-Rhône-Alpes
- 3C Institut Bergonié, Nouvelle-Aquitaine
- 3C Mulhouse - Sud Alsace, Grand Est
- 3C Institut Curie, Île-de-France
- 3C Avranches, Normandie
- 3C CHU Dijon, Bourgogne-Franche-Comté
- 3CLReims, Grand Est
- 3C Ramsay Santé Toulouse, Occitanie
- 3C ICR Toulouse, Occitanie
- 3C CHU Nice
- 3C oncovannes, Bretagne
- 3C Martinique, Martinique
- 3CFS (La Coopération contre le cancer Francilienne Sud), Île-de-France
- 3C CHU Montpellier, Occitanie
- 3C Privé de Nîmes, Occitanie
- 3C Centre Léon Bérard/IHOPE, Auvergne-Rhône-Alpes
- 3C Oncoloire, Auvergne-Rhône-Alpes
- 3C Privé Montpellier, Occitanie
- 3C Onco Occitanie, Occitanie
- 3C Guillaume, Normandie
- 3C CHU Angers, Pays de Loire
- 3C de la Sarthe Clinique Victor Hugo/Centre Jean-Bernard, Pays de Loire
- 3C Rouen-Elbeuf, Normandie
- 3C CHU Amiens, Hauts-de-France
- 3C Ouest AP-HP.Nord, Île-de-France

SOMMAIRE

1	INTRODUCTION	8
2	MÉTHODOLOGIE	9
3	LA STRUCTURATION DES RCP.....	12
3.1	LE CHAMP D'APPLICATION DE LA RCP	12
3.2	LES GRANDS TYPES DE RCP.....	16
3.3	L'ORGANISATION TERRITORIALE DES RCP	19
4	L'ORGANISATION DE LA RCP	22
4.1	LA CONVENTION DE LA RCP.....	22
4.2	L'EQUIPE OPERATIONNELLE DE LA RCP.....	23
4.3	L'ORGANISATION LOGISTIQUE DE LA RCP ET LA PERIODICITE DES REUNIONS.....	24
4.4	L'EVALUATION DES TRAVAUX DE LA RCP	25
5	LE DÉROULEMENT D'UNE RCP.....	27
5.1	LA PREPARATION DE LA RCP	27
5.2	LE DEROULEMENT DE LA RCP.....	32
5.3	LES SUITES DE LA RCP.....	41
6	ANNEXES	44

1 INTRODUCTION

La lutte contre les cancers a toujours constitué un défi pour la médecine en ce qu'elle implique **une pluralité de disciplines devant se coordonner dans un temps rapproché** et dont le moindre défaut d'articulation est susceptible d'entraîner des conséquences dramatiques pour les patients.

Aussi, dès le premier Plan cancer de 2003-2007, avaient été mises en place des **« réunions de concertation pluridisciplinaire »** (RCP) rendant obligatoire l'examen de la stratégie thérapeutique pour le patient par une commission de trois experts différents. Cette obligation légale et systématique d'un « temps » pluridisciplinaire dans l'analyse du parcours de soins global du patient a constitué une des avancées majeures dans la lutte contre les cancers.

Le 22 février 2005 était publiée une première circulaire relative à l'organisation des soins en cancérologie³ qui définissait les premiers principes généraux de l'organisation des RCP. Cette circulaire fut complétée par **les premiers décrets d'autorisation portant sur l'activité de soins en cancérologie** publiés le 22 mars 2007⁴ ainsi que par des **critères d'agrément** de l'Institut national du cancer publiés le 20 décembre 2007⁵. Cette série de textes a constitué le cadre juridique des RCP jusqu'au 1^{er} juin 2023, date du début d'entrée en vigueur progressive de la réforme des autorisations initiée en 2018 et ayant abouti aux textes réglementaires du 26 avril 2022⁶.

Cette évolution réglementaire intervenue en 2022 incluait une révision des règles entourant les RCP dans **un référentiel confié à l'INCa à l'article R. 6123-91-1 du code de la santé publique**.

Il était en effet nécessaire de revoir les règles entourant la RCP pour plusieurs raisons. Devenue un mode d'exercice quotidien pour l'ensemble des praticiens en cancérologie, **la RCP s'est largement spécialisée** depuis les années 2005-2007 et constitue un maillage parfois difficilement lisible de RCP aux compétences enchevêtrées et parfois redondantes. De plus, le succès des RCP en tant que structure pluridisciplinaire a conduit **certaines réunions pluriprofessionnelles à se définir comme « RCP »** en dehors du cadre réglementaire. Enfin, l'évolution des techniques et des parcours de soins en cancérologie a fait émerger **la nécessité d'associer de nouvelles spécialités médicales** (médecins nucléaires, radiologues interventionnels, par exemple) et paramédicales aux RCP et aux travaux entourant ce temps essentiel du parcours.

En complément de textes réglementaires déjà fournis en normes encadrant la RCP en cancérologie, le présent référentiel entend guider les professionnels et les institutions concernés dans la définition et le champ d'application des RCP (partie 1), dans le fonctionnement pratique d'une RCP (partie 2) et, enfin, dans le déroulé du passage d'un dossier en RCP (partie 3).

³ CIRCULAIRE N° DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie.

⁴ Décret n° 2007-388 du 21 mars 2007 | Décret n° 2007-389 du 21 mars 2007

⁵ Elles peuvent être consultées sur la page suivante : <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Traitements-du-cancer-les-etablissements-autorises/Les-autorisations-de-traitement-du-cancer>

⁶ Décret n° 2022-689 du 26 avril 2022 | Décret n° 2022-693 du 26 avril 2022

2 MÉTHODOLOGIE

Cette expertise a été conduite conformément aux règles de l'expertise sanitaire de l'Institut national du cancer. Elle a fait l'objet d'un cadrage lors de la commission des expertises du 17 janvier 2022.

La production de l'expertise s'est déroulée en 4 grandes étapes :

- 1) **Un travail préparatoire** a été effectué, basé sur une analyse bibliographique, une analyse du rapport de la HAS « Indicateurs de qualité et de sécurité des soins - Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie - données 2017 – HAS, décembre 2018 » et une consultation préalable auprès des parties intéressées pertinentes :
 - les articles sélectionnés sont ceux faisant uniquement référence à l'organisation, l'évaluation et le management des RCP ;
 - l'analyse du rapport de la HAS a permis de compléter les analyses des données d'indicateurs de qualité pour le cadrage des travaux ;
 - la consultation préalable avait pour but de recueillir les avis sur les attentes, les besoins d'évolution et les points de vigilance de la part des parties intéressées.

- 2) **La production de l'expertise** a été pilotée par l'équipe projet de l'INCa avec la contribution des experts. Les experts ont été recommandés par les Fédérations hospitalières et les sociétés savantes. Ces derniers ont participé activement aux huit réunions (entre avril 2022 et mars 2023) par visioconférence et à la relecture interne du référentiel. Leurs participations sont à titre personnel, une analyse des conflits d'intérêt avec les industries de la santé a été mise en place pour chaque expert recruté avant le démarrage des travaux.

- 3) **Une relecture nationale** à l'aide de l'outil du sondage en ligne (Sphinx) a été organisée entre le 1^{er} mars 2023 et le 17 mars 2023 auprès des parties intéressées pertinentes, des professionnels et des associations des patients : les Agences régionales de santé (ARS), les Fédérations hospitalières, les Dispositifs spécifiques régionaux en cancérologie (DSRC), les Centres de coordination en cancérologie (3C), les sociétés savantes, les conseils nationaux professionnels et les associations des patients dont le Comité de démocratie sanitaire de l'INCa. Au total, 158 contacts ont été sollicités pour participer à la relecture nationale. Le recueil s'est effectué à l'aide d'une grille de relecture permettant d'évaluer chaque partie et sous-partie du référentiel ainsi que de fournir une appréciation globale du document. L'objectif de cette relecture nationale était de recueillir les avis sur la compréhension, la clarté et le niveau de complétude du référentiel, par les publics concernés.

- 4) **La consolidation et validation finale du référentiel avec le collectif d'experts** : cette phase de relecture a permis de recueillir 92 retours écrits sur 158 contacts sollicités. L'ensemble des commentaires/suggestions ont été discutés, analysés et pris en compte dans la version finale du référentiel en concertation avec les membres du groupe de travail.

- 5) **Une actualisation de ce référentiel après publication :** cette actualisation a porté essentiellement sur des ajustements concernant la composition des quorums. Elle a permis de garantir l'implication des expertises nécessaires à la discussion pluridisciplinaire pour les différentes pathologies, et également d'assurer l'alignement du document avec des exigences de la nouvelle réforme des autorisations. L'ensemble des ajustements effectués a été porté à la connaissance des membres du groupe de travail pour validation.

GLOSSAIRE

3C : Centre de coordination en cancérologie

ARC : Attaché de recherche clinique

AJA : Adolescents et jeunes adultes

DSRC : Dispositifs spécifiques régionaux en cancérologie

DCC : Dossier communicant de cancérologie

INCa : Institut national du cancer

OIR : Organisations hospitalières interrégionales de recours en oncologie pédiatrique

PPS : Programme personnalisé de soins

RCP : Réunions de concertation pluridisciplinaire

RCPPI : Réunion de concertation pluridisciplinaire de cancérologie pédiatrique interrégionale

TMSC : Traitements médicamenteux systémiques des cancers

UCOG : Unité de coordination et antennes d'oncogériatrie

Précision de lecture

Les références au code de la santé publique utilisées dans le présent référentiel proviennent de la version en vigueur au 1^{er} juin 2023, conformément aux décrets n°2022-693 du 26 avril 2022 et n°2022-689 du même jour et prévoyant une entrée en vigueur différée dans le temps de la réforme des autorisations d'activité de soins.

3 LA STRUCTURATION DES RCP

3.1 Le champ d'application de la RCP

3.1.1 La définition de la RCP

La réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) **est un temps formalisé d'échanges pluridisciplinaires associant des professionnels dont les compétences sont indispensables pour rendre un avis éclairé sur tout projet de proposition thérapeutique ainsi que sur l'arrêt ou l'absence de thérapeutiques spécifiques du cancer. La RCP propose au médecin référent la meilleure stratégie thérapeutique, à l'état de l'art, pour le patient.**

La RCP, inscrite dans un annuaire régional ou national, rend **un avis formalisé et tracé** par l'établissement et présent dans le dossier communicant en cancérologie (DCC)⁷ qui sera ensuite communiqué au patient par le médecin référent dans le cadre de l'élaboration de son **programme personnalisé de soins (PPS) au cours d'une consultation dédiée**⁸. Ce dernier doit prendre en compte l'ensemble des ressources médicales, médico-sociales ou sociales, de prévention ou de soins, ayant vocation à préserver son état de santé.

La RCP débute au diagnostic de cancer du patient et s'achève à la fin des thérapeutiques spécifiques du cancer. Elle associe soit en présentiel, soit en distanciel, soit par voie d'avis complémentaires⁹ recueillis au préalable, différents professionnels de disciplines différentes dont la pratique est susceptible de bénéficier au patient ou dont la compétence est nécessaire au rendu d'un avis éclairé et collégial.

La RCP est organisée **par des établissements autorisés au traitement du cancer**¹⁰, le cas échéant conjointement avec d'autres établissements autorisés. Ces établissements mettent à disposition des professionnels tous les outils et équipements nécessaires au bon fonctionnement de la RCP, le cas échéant, à l'aide d'une convention entre les établissements autorisés.

⁷ Art. D. 6124-131-8 du code de la santé publique

⁸ Art. R. 6123-91-1 du code de la santé publique

⁹ Art. D. 6124-131, D. 6124-131-1 du code de la santé publique

¹⁰ Art. R. 6123-91-1 du code de la santé publique

Les réunions professionnelles hors RCP

L'élaboration de la proposition thérapeutique, nécessite le plus souvent **une articulation de plusieurs spécialités médicales** afin d'affiner le diagnostic et préciser la meilleure thérapeutique du cancer possible. De même, l'avis de la RCP peut inclure la recherche d'éléments complémentaires (accès à un essai clinique, détail de la stratégie de chimiothérapie, etc.) impliquant, avant ou après la RCP, la réunion ou la prise d'avis de professionnels de spécialités différentes.

Ainsi, **ces réunions préalables ou consécutives à la RCP**, qu'elles soient pluridisciplinaires ou pluriprofessionnelles constituent **un collectif propre à chaque service désigné sous le terme de « réunions pluriprofessionnelles »** aussi parfois appelés « staff(s) ». Bien qu'elles ne puissent pas être désignées comme « RCP », une ou plusieurs conditions n'étant pas remplies¹¹, elles n'en demeurent pas moins essentielles pour préciser et rendre opérationnel le parcours de soins du patient que ce soit pour la thérapeutique ou pour la bonne organisation des soins de support nécessaires à ce dernier. Ces réunions pluriprofessionnelles peuvent intervenir en amont comme en aval de la RCP. Leur structuration est laissée à la libre organisation des équipes de soins.

Il est recommandé aux services de cancérologie de ne pas induire de confusion sémantique avec les « réunions de concertations pluridisciplinaires » décrites dans le présent référentiel qui doivent respecter des formes précises réglementées, et de donner des terminologies distinctes à ces réunions pluriprofessionnelles.

3.1.2 Les « moments » de passage en RCP lors du parcours du patient

La RCP est **un dispositif réglementaire obligatoirement saisi¹²** dans les situations suivantes :

1. tout **projet de proposition thérapeutique initiale** qu'elle soit à visée thérapeutique (curative ou palliative) ou à visée d'extension diagnostic ;
2. tout projet de **changement significatif** d'orientation thérapeutique ;
3. tout projet **d'arrêt des thérapeutiques** spécifiques du cancer.

En dehors de ces situations, tout **médecin référent** a la possibilité de saisir une RCP dès lors qu'un choix médical pour un patient atteint de cancer nécessite, de son point de vue, une analyse pluridisciplinaire de la situation.

¹¹ Organisée par un établissement autorisé / respect du quorum / avis sur un projet de proposition thérapeutique / traçabilité dans le DCC / inscription dans l'annuaire des RCP

¹² Art. D. 6124-131 du code de la santé publique

Quelques définitions proposées par l'INCa sur avis d'experts (1/2)

Par « **thérapeutique du cancer**¹³ », est entendu « toute action médicale qui vise, quelle que soit la technique utilisée (chirurgie, radiothérapie, médecine nucléaire, radiologie ou endoscopie interventionnelle, traitement médicamenteux systémiques du cancer), à supprimer la tumeur ou les métastases, réduire le risque de récurrence ou ralentir le développement de la tumeur ou des métastases. »

Par « **changement significatif de la thérapeutique** » est entendu « le recours à une thérapeutique différente de celle décidée lors de la précédente décision thérapeutique (recours à une chirurgie, recours à la radiothérapie, etc.) ou, s'agissant des traitements médicamenteux systémiques des cancers, le changement de molécule administrée au patient ou la prolongation de l'administration du protocole au-delà de la période décidée initialement. »

Par « **arrêt des thérapeutiques spécifiques du cancer** » est entendu « le projet de proposition thérapeutique visant à interrompre l'administration de tout traitement médicamenteux systémique du cancer et l'exclusion du recours à d'autres techniques thérapeutiques (chirurgie, radiothérapie, etc.) autrement qu'à visée exclusivement palliative des conséquences de la maladie ou des traitements (irradiation à visée antalgique ou hémostatique par exemple). »

Par « **médecin référent** » est entendu « tout praticien en charge du suivi et de l'orientation du patient atteint de cancer pendant tout ou partie de son parcours. C'est le médecin qui dépose le dossier en RCP. Il peut être différent du médecin assurant l'administration d'un soin spécifique (acte chirurgical, séance de radiothérapie, etc.) au cours d'une séquence de soin donnée. »

3.1.3 Le projet de proposition thérapeutique

Pour la bonne lecture du présent référentiel, une terminologie unique a été mise en place s'agissant des différentes étapes du parcours de soins impliquant la RCP.

Le praticien en charge du parcours de soin d'un patient, le « **médecin référent** », constitue un « **projet de proposition thérapeutique** » qu'il entend proposer à son patient et qui nécessite l'avis de la RCP. Il soumet alors son projet à la RCP compétente via le Dossier communicant de cancérologie (DCC) de sa région (cf. 3.1.3).

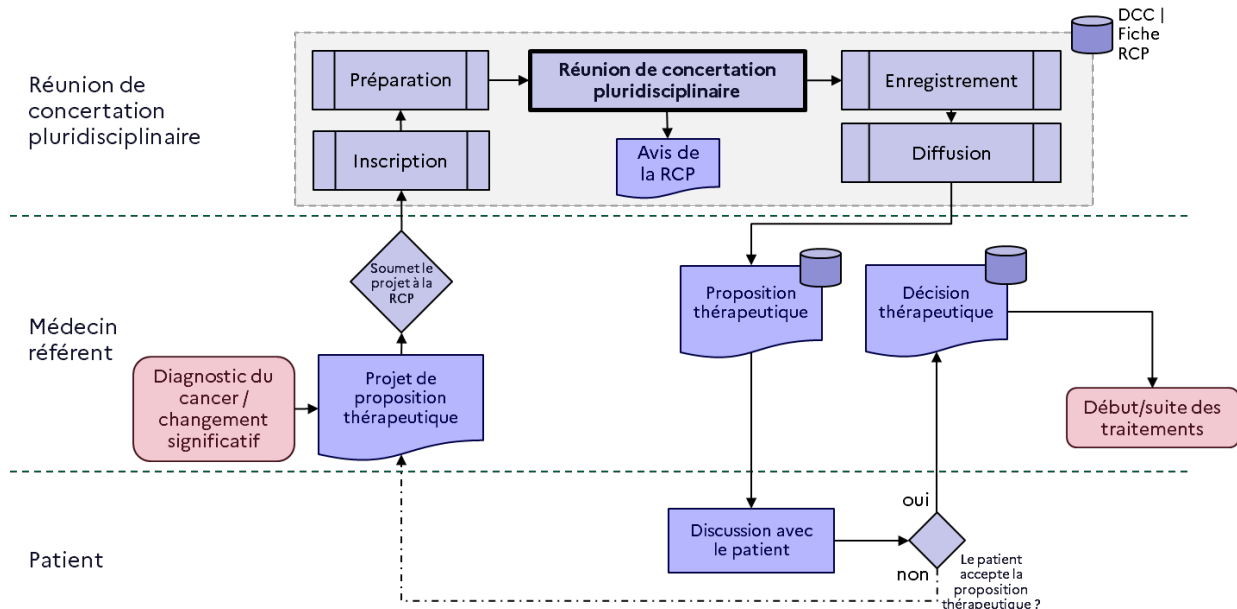
La RCP réunit les différentes spécialités médicales, discute le projet et se conclut par un enregistrement. Elle rend alors un « **avis de la RCP** » tracé par l'établissement et qui est versé au DCC (Fiche de la RCP).

Le médecin référent constitue alors une « **proposition thérapeutique** » qui peut être conforme à « l'avis de la RCP » ou différente (cf. 3.3.5). Il propose cette thérapeutique au patient qui, s'il l'accepte, devient une « **décision thérapeutique** ». Cette décision thérapeutique doit être suivie par la remise au patient ou la mise à jour de son

¹³ Toute thérapeutique du cancer peut être réalisée aussi bien dans les établissements autorisés au traitement du cancer et dans les établissements non autorisés. La RCP a pour objectif de proposer un plan thérapeutique global au regard de la situation du patient.

« Programme personnalisé de soins » (PPS)¹⁴. Peut s’ensuivre le début ou l’évolution des traitements décidés.

Figure 1. Construction de la décision thérapeutique relevant de la RCP



Quelques définitions proposées par l'INCa sur avis d'experts (2/2)

Par « **projet de proposition thérapeutique** », est entendu « la stratégie thérapeutique (les examens d’extension diagnostique, projets de traitements ou d’arrêt des thérapeutiques spécifiques du cancer) définie par le médecin référent et présentée à la RCP compétente. Il a pour objectif de proposer au patient la meilleure stratégie thérapeutique à l’état de l’art, en tenant compte de l’approche globale du parcours et de la condition du patient. Le projet de proposition thérapeutique peut être conditionné et être associé à d’autres propositions en substitution (exemple : en cas d’inéligibilité d’accès à un essai clinique). »

Par « **avis de la RCP** » est entendu « le compte rendu de la réunion de concertation pluridisciplinaire, répondant aux exigences réglementaires et sous réserve du présent référentiel et retracé dans une fiche de RCP enregistrée dans un DCC. »

Par « **proposition thérapeutique** » est entendu « la stratégie thérapeutique définie par le médecin référent et présentée au patient au cours d’un entretien avec ce dernier. Une proposition thérapeutique nécessite obligatoirement d’avoir été enregistrée en RCP auparavant (sauf urgence). »

Par « **décision thérapeutique** » est entendu « la proposition thérapeutique proposée par le médecin référent et acceptée par le patient. La décision thérapeutique permet aux différents médecins et pharmaciens du parcours de soin du patient de prescrire et de prévoir les mises en route des traitements nécessaires. »

¹⁴ Art. R. 6123-91-1 du code de la santé publique

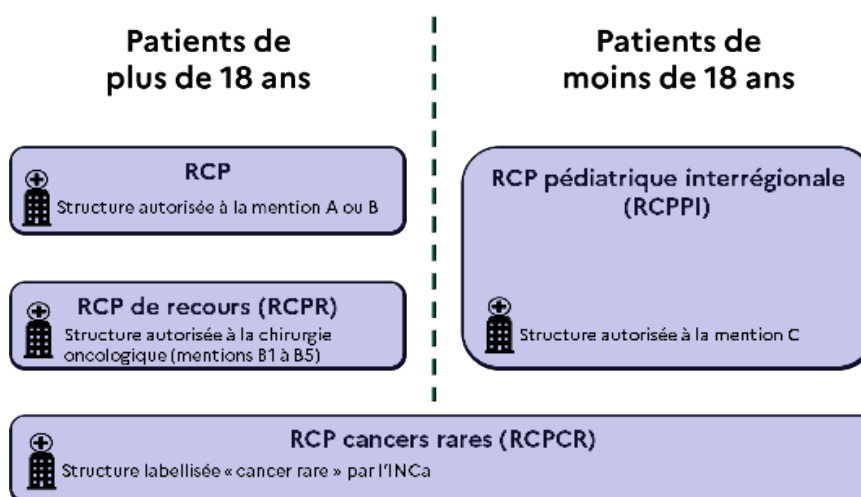
3.2 Les grands types de RCP

L'activité de traitement du cancer, telle que définie par le code de la santé publique, est composée de 3 modalités (chirurgie oncologique, radiothérapie et traitements médicamenteux systémiques (TMSC)) ventilées en plusieurs mentions éventuellement gradées. L'ANNEXE N°1 rappelle la structuration globale de cette organisation.

Les RCP sont organisées dans les établissements autorisés¹⁵, sachant qu'un site géographique ne disposant pas des trois modalités précitées ne peut constituer en propre une RCP et doit obligatoirement s'organiser par convention avec d'autres établissements autorisés afin de constituer un groupement disposant de l'ensemble de ces modalités dans son organisation.

Quatre types de RCP sont reconnues par les textes réglementaires (cf. illustration ci-après).

Figure 2. Les quatre types de RCP reconnues par le code de la santé publique



3.2.1 La RCP cancers rares (RCPCR)¹⁶

Les patients atteints d'un cancer qualifié de « rare » et entrant dans l'un des réseaux de « cancers rares » labellisés par l'INCa voient leur projet de proposition thérapeutique examiné par la seule RCP « cancers rares » concernée (RCPCR). Ces RCPCR sont organisées par l'établissement disposant d'un centre, labellisé par l'INCa, de référence ou de compétence de cancer rare sur son site¹⁷. Ces RCPCR peuvent être organisées de façon distincte des RCP « standard » pour l'organe concerné.

La discussion en RCP s'effectue soit par adressage direct par le médecin référent en premier examen soit après un examen préalable par une autre RCP en cas de doute préalable sur la classification du cancer du patient.

¹⁵ Art. R. 6123-91-1 du code de la santé publique

¹⁶ Art. R. 6123-91-2 du code de la santé publique

¹⁷ Art. R. 6123-91-2 du code de la santé publique

L'Institut national du cancer met à disposition sur son site la liste des réseaux labellisés « cancers rares » ainsi que les coordonnées des coordonnateurs de RCPCR¹⁸.

3.2.2 La RCP pédiatrique interrégionale (RCPPI)¹⁹

Les patients atteints d'un cancer, âgés de moins de 18 ans, voient leur projet de proposition thérapeutique examiné par la seule RCP « pédiatrique interrégionale » (RCPPI). Un dossier pédiatrique peut être présenté dans une RCP adulte cancer rare si l'équipe qui traite l'enfant le juge nécessaire. Dans le cadre de la gradation des soins, la double compétence adulte/pédiatrique pour les adolescents et jeunes adultes (AJA) est recommandée ; en cas de manquement de la double compétence en RCP, un avis de la compétence manquante est demandé en amont de la RCP.

Cet examen s'effectue par adressage direct par le médecin référent.

L'organisation interrégionale de recours (OIR) en oncologie pédiatrique compétente est responsable de l'organisation de la RCPPI. Ces RCPPI ne peuvent s'organiser que dans des établissements autorisés à la mention C.

Chaque OIR tient à jour une liste des RCPPI organisées sur son territoire ainsi que les coordonnées des coordonnateurs de RCPPI.

3.2.3 Les RCP de recours (RCPR)²⁰

Les patients adultes et n'entrant pas dans le champ des « cancers rares » relèvent des seules RCP de recours dès lors **qu'une chirurgie oncologique dite « complexe » est susceptible d'être proposée au patient**²¹.

Les chirurgies oncologiques complexes relevant de ces RCP de recours sont définies à l'article R. 6123-87-1 du code de la santé publique comme « *la chirurgie complexe multiviscérale ou multidisciplinaire ou de la récurrence des tumeurs malignes chez l'adulte ou la chirurgie oncologique en zone irradiée* », ainsi que les chirurgies des cancers touchant certaines localisations tumorales reconnues comme complexes (ovaire, estomac, foie, pancréas, rectum et œsophage).

Réglementairement sont reconnues **5 catégories de RCP de recours**, chacune organisée par un établissement de mention B, à savoir :

- la RCP de recours « viscérale et digestive » ;
- la RCP de recours « thoracique » ;
- la RCP de recours « sphère otorhinolaryngée, cervicofaciale et maxillofaciale » ;
- la RCP de recours « urologique » ;
- la RCP de recours « gynécologique ».

¹⁸ <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Organisation-des-soins-pour-les-patients-atteints-de-cancers-rares/Les-reseaux-nationaux-pour-les-patients-atteints-de-cancers-rares#toc-les-15-r-seaux-nationaux-labellis-s-en-2019>

¹⁹ Art. R. 6123-91-3 du code de la santé publique

²⁰ Art. R. 6123-91-2 du code de la santé publique

²¹ Art. R. 6123-91-2 du code de la santé publique

Tableau 1. Détail des chirurgies relevant des RCP de recours

RCP de recours	Autorisation requise	Champ exclusif de compétence de la RCP de recours pour les dossiers des patients relevant ou susceptibles de relever de ces situations
Viscérale et digestive	Mention B1	<ul style="list-style-type: none"> • La chirurgie multiviscérale • La chirurgie multidisciplinaire • La chirurgie de la récurrence des tumeurs malignes • La chirurgie en zone irradiée • La chirurgie avec atteinte péritonéale • Pour les établissements ayant opté pour cette pratique thérapeutique spécifique : <ul style="list-style-type: none"> ○ La chirurgie de l'œsophage ○ La chirurgie du foie ○ La chirurgie de l'estomac ○ La chirurgie du pancréas ○ La chirurgie du rectum
Thoracique	Mention B2	<ul style="list-style-type: none"> • La chirurgie multiviscérale • La chirurgie multidisciplinaire • La chirurgie de la récurrence des tumeurs malignes • La chirurgie en zone irradiée • La chirurgie de la trachée • La chirurgie avec envahissement du rachis • La chirurgie avec envahissement du cœur • La chirurgie avec envahissement de la paroi thoracique
Sphère ORL, CF-MF	Mention B3	<ul style="list-style-type: none"> • La chirurgie multiviscérale • La chirurgie multidisciplinaire • La chirurgie de la récurrence des tumeurs malignes • La chirurgie en zone irradiée • La chirurgie avec reconstruction complexe dans le même temps opératoire que l'exérèse
Urologique	Mention B4	<ul style="list-style-type: none"> • La chirurgie multiviscérale • La chirurgie multidisciplinaire • La chirurgie de la récurrence des tumeurs malignes • La chirurgie en zone irradiée • La chirurgie avec atteinte vasculaire • La chirurgie avec atteinte lomboartique
Gynécologique	Mention B5	<ul style="list-style-type: none"> • La chirurgie multiviscérale • La chirurgie multidisciplinaire • La chirurgie de la récurrence des tumeurs malignes • La chirurgie en zone irradiée • La chirurgie avec atteinte péritonéale • La chirurgie de l'ovaire pour les établissements ayant opté pour cette pratique thérapeutique spécifique

3.2.4 La RCP « standard »²²

À l'exception des patients dont l'examen du projet thérapeutique relève des seules RCPCR, RCPPI ou RCPR, tout patient voit son projet thérapeutique examiné par une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) dite « standard » à laquelle participent des praticiens d'un ou de plusieurs établissements autorisés à la cancérologie.

Tous les établissements titulaires d'autorisation d'activité de soins de traitement du cancer, quelles que soient leurs modalités et leurs mentions (A ou B), organisent les RCP standards selon les localisations des tumeurs concernées.

Les établissements autorisés avec mention B (de recours) doivent organiser également des RCP standards pour les patients ne relevant pas du recours²³. Ces RCP standards et de recours peuvent avoir lieu en un seul temps afin d'éviter la double organisation logistique et la double mobilisation du temps médical (cf. exemple dans 1.3.1).

3.3 L'organisation territoriale des RCP

En fonction des situations et des besoins d'expertises plus ou moins rares, les RCP peuvent se structurer à différents niveaux géographiques, depuis le niveau local ou d'établissement, jusqu'aux niveaux régional voire national.

Pour rappel, tout établissement autorisé à l'une ou plusieurs des modalités de cancérologie (TMSC, radiothérapie ou chirurgie oncologique) a l'obligation :

- **soit d'organiser sa propre RCP**, seulement s'il dispose des autorisations pour les trois modalités de traitement du cancer en un seul lieu ;
- **soit de s'organiser avec d'autres titulaires d'autorisations pour organiser une RCP** dont les établissements membres recouvrent les trois modalités de traitement du cancer.

3.3.1 L'organisation des RCP au niveau des établissements de santé

Chaque établissement autorisé au traitement du cancer doit organiser ou participer à une RCP **pour chaque mention de son autorisation et chaque niveau de gradation**.

Pour rappel, une autorisation de niveau A organise les RCP standard et une autorisation de niveau B inclut une autorisation de niveau A. Ainsi, un établissement disposant d'une autorisation de niveau B d'une chirurgie oncologique aura pour obligation d'organiser ou participer à 2 RCP : 1 RCP standard et 1 RCP de recours.

Afin de faciliter son organisation, les différentes RCP de niveau A d'un établissement ou d'un groupe d'établissements peuvent être organisées conjointement dans un même temps et un même lieu, à partir du moment où le quorum est respecté pour chaque dossier.

De plus, à l'intérieur d'une même RCP, en fonction de la file active considérée et de la spécialisation, une RCP peut **s'organiser par filières d'organes spécifiques** (ovaire,

²² Art. R. 6123-91-1 du code de la santé publique

²³ Art. R. 6123-87-1 et Art. R. 6123-89-1 du code de la santé publique

estomac, foie, pancréas, rectum et œsophage par exemple) à fixer dans la convention prévue.

Exemple

Un établissement autorisé à la chirurgie gynécologique complexe, à celle de l’ovaire (mention B5-b) et à la chirurgie thoracique non complexe (mention A2), devra organiser ou participer à 3 RCP :

- **une RCP standard** pour les situations impliquant la chirurgie thoracique non complexe (mention A2) ;
- **une RCP standard** pour les situations impliquant la chirurgie gynécologique non complexe et hors ovaire (mention A5) ;
- **une RCP de recours** pour les situations impliquant la chirurgie gynécologique complexe et une chirurgie de l’ovaire (mention B5) ;
- **une organisation de la RCP de recours, dédiée à l’ovaire**, peut être organisée afin de traiter des dossiers « ovaire » de manière séparée.

Les RCP standards A2 et A5 pourront être organisées dans un même temps et un même lieu pour plus de facilité, à partir du moment où les règles du quorum sont respectées.

Les établissements suivants doivent, par ailleurs, organiser d’autres RCP spécifiques :

- les centres experts membres des réseaux de cancers rares doivent organiser des **RCP cancers rares dédiés** ;
- les sites pilotes des OIR doivent organiser les RCP **pédiatriques interrégionales dédiés**.

3.3.2 Le regroupement de RCP de même type

Quels que soient la raison ou les besoins, plusieurs établissements de santé autorisés peuvent **organiser leurs RCP de même type de manière conjointe** via une convention organisant les modalités pratiques de réunion (cf. 2.1).

Quel que soit le nombre d’établissements associés à une RCP, cette dernière doit toujours permettre **le respect de l’ensemble des dispositions réglementaires et du présent référentiel** notamment s’agissant de **l’intervention d’un médecin ayant rencontré le patient. Une vision globale et personnalisée du parcours de soin** du patient doit pouvoir être garantie quel que soit le nombre d’établissements représentés à la RCP.

Enfin, quelle que soit la taille de la RCP, elle doit permettre à **l’ensemble des professionnels des établissements impliqués d’y participer régulièrement**.

3.3.3 L’organisation des RCP dites « territoriales », « régionales » et « nationales » par nécessité d’une compétence rare

En dehors des RCP pour les cancers rares et pour l’oncologie pédiatrique, certaines situations peuvent empêcher de prononcer un avis éclairé lors d’une RCP standard ou d’une RCP de recours. Il peut s’agir d’une problématique de compétence rare

nécessaire ou de la complexité clinique de la situation du patient (sans pour autant relever du réseau labellisé des cancers rares)^{24,25,26}.

La RCP concernée par le besoin d'un avis expert qu'elle n'a pas, peut s'adresser à une autre RCP disposant de la compétence nécessaire. **Le projet de proposition thérapeutique lui sera transféré.**

La RCP disposant d'une compétence rare et faisant l'objet de sollicitations d'autres RCP peut se doter d'une organisation, précisée dans sa convention, lui permettant de piloter l'organisation de la RCP et de répondre aux besoins d'expertise des autres RCP et notamment de définir les **modalités d'éligibilité des dossiers transférés**, le quorum et la forme des avis rendus.

Lorsque cette organisation inter-RCP revient à désigner une seule RCP au niveau national comme compétente dans certaines situations, on parle alors d'une RCP « nationale ».

3.3.4 Le rôle des organisations inter-établissements (3C, UCOG, OIR) et des DSRC dans l'organisation territoriale des RCP

Les Centres de coordination en cancérologie (3C) ont pour rôle, auprès des établissements organisateurs des RCP, de s'assurer de la mise en cohérence et du suivi de la qualité de l'ensemble des éléments qui doivent concourir à une RCP de qualité²⁷. Ils peuvent, sur sollicitation des établissements ou de leurs DSRC, aider les établissements à élaborer les conventions et les chartes de fonctionnement des RCP décrits dans la partie 2.1.

Le Dispositif spécifique régional du cancer (DSRC) veille à l'actualisation des annuaires RCP de sa région ainsi qu'à sa diffusion auprès des établissements organisateurs et participants des RCP, en lien avec les 3C. Les DSRC participent aux travaux de mise en cohérence des besoins des populations et du maillage des RCP. De ce fait, ils participent aux travaux d'actualisation et d'évolution du maillage des RCP au niveau régional.

Les Unités de coordination en oncogériatrie (UCOG) peuvent être sollicitées par les coordonnateurs des RCP pour aider à coordonner l'intervention d'oncogéiatres pour des évaluations gériatriques en amont ou en aval des RCP.

Les Organisations interrégionales (OIR) organisent les RCPPI qui sont portées par les établissements autorisés avec mention C, membres des OIR.

²⁴ Exemple : les cancers du sein triple négatif; les patients recevant la protonthérapie ou la thérapie cellulaire (CAR-T), etc.

²⁵ Luijten J, Haagsman VC, Luyer MDP, Vissers PAJ, Nederend J, Huysentruyt C, et al. Implementation of a regional video multidisciplinary team meeting is associated with an improved prognosis for patients with oesophageal cancer A mixed methods approach. Eur J Surg Oncol. 2021 Apr 21.

²⁶ Rosell L, Wihl J, Hagberg O, Ohlsson B, Nilbert M. Function, information, and contributions: An evaluation of national multidisciplinary team meetings for rare cancers. Rare Tumors. 2019;11:2036361319841696.

²⁷ Référentiel organisationnel des missions des Centres de Coordination en Cancérologie (3C), INCa, 2023

4 L'ORGANISATION DE LA RCP

Une fois déterminée l'organisation territoriale des RCP, il convient de préciser l'organisation pratique de fonctionnement de chacun de ces dispositifs. Pour mener à bien sa mission, une RCP s'appuie sur une convention fixant son organisation (2.1), sur une équipe opérationnelle (2.2) permettant la réunion périodique de la RCP (2.3), et sur un processus d'évaluation de la RCP qui devra être mis en place (2.4).

4.1 La convention de la RCP

Chaque RCP, qu'elle soit mono ou pluri-établissements, doit être dotée d'une « convention » adoptée par les établissements de santé concernés. Lorsqu'un site géographique organise seul des RCP (RCP mono-établissement), la convention peut prendre la forme d'une charte de fonctionnement ou tout autre document formalisé dans les mêmes conditions. L'élaboration de cette convention pourrait se faire à l'aide du 3C et des DSRC.

Cette convention précise :

- les établissements de santé ou structures libérales associées à la RCP et les autorisations qu'ils recouvrent ;
- **au niveau du périmètre de compétence de la RCP :**
 - sans préjudice des textes réglementaires, **le domaine de compétence de la RCP** y compris le cas échéant les situations de recours relevant de la RCP, décrites avec précision afin que toute situation relevant de la RCP de recours y soit bien discutée. Il peut s'agir de préciser le stade d'une tumeur la rendant potentiellement éligible à une chirurgie complexe et justifiant une discussion en RCP de recours. Ces situations incluent également les cas de limitation des possibilités chirurgicales quelle qu'en soit la cause, afin de déterminer, dans ce cas, la meilleure alternative ;
 - **les référentiels et recommandations les plus couramment utilisés par la RCP**, notamment dans le cadre de projets de propositions thérapeutiques entrant dans le cadre de l'article D. 6124-131 du code de la santé publique ;
 - les situations spécifiques où le quorum peut être complété (cf. point 3.2) ;
- **au niveau de l'organisation logistique, humaine de la RCP :**
 - l'organisation pratique du coordonnateur et du secrétariat de la RCP ainsi que leurs modalités de travail ;
 - la répartition de la contribution de l'ensemble des établissements participants à la RCP ;
- **au niveau de l'organisation pratique de la RCP :**
 - la périodicité, les modalités de réunion ;
 - les modalités d'inscription, de passage et d'enregistrement des dossiers ;
 - les modalités d'organisation pour le double avis des dossiers AJA ;
 - les modalités de diffusion de l'avis de la RCP ;

- les modalités d'organisation de la RCP en situation de crise sanitaire (impossibilité de réunir les professionnels, engorgement des services de soins, etc.);
- **au niveau de l'évaluation de la RCP** : les modalités de l'évaluation et de sa diffusion.

Chaque RCP dispose de sa propre convention qui est mise à la disposition de l'ensemble des participants à la RCP.

4.2 L'équipe opérationnelle de la RCP

Pour chaque RCP, une équipe opérationnelle chargée de son fonctionnement doit être identifiée par l'établissement organisateur de la RCP. Pour les RCPPI, l'équipe opérationnelle est celle de l'OIR.

Les membres de l'équipe opérationnelle doivent être des professionnels œuvrant au sein des établissements membres de la RCP considérée.

Deux types de compétences distinctes sont indispensables pour mener à bien la mission des RCP : une compétence de **coordination** et une compétence d'**assistanat**.

- **La fonction de coordination** : assurée par un médecin clinicien dont la spécialité est liée au champ d'intervention de la RCP, il s'assure de la cohérence du champ d'intervention de cette dernière, du respect du quorum et de la bonne présentation des dossiers par les médecins référents. Il assure le pilotage de la réunion, sa bonne animation et facilite les discussions pluridisciplinaires permettant de trancher les avis divergents²⁸. Il organise l'ordre de passage des dossiers en tenant compte des impératifs d'urgence et de disponibilité des professionnels.
- **La fonction d'assistanat** : cette fonction centralise et assure la gestion de la complétude des dossiers, leur inscription, la convocation, la prise de note en séance, l'enregistrement et l'envoi des comptes rendus. Cette fonction assure en outre tout autre élément d'organisation pratique des RCP telle la mise à disposition des matériels pour le bon déroulement des RCP. Dans le cas des RCP coorganisées par plusieurs établissements, les modalités de répartition de la mise à disposition de la fonction d'assistanat sont définies et convenues par l'ensemble des établissements membres de la convention.

²⁸ Wihl J, Rosell L, Bendahl PO, De Mattos CBR, Kinhult S, Lindell G, et al. Leadership perspectives in multidisciplinary team meetings; observational assessment based on the ATLAS instrument in cancer care. *Cancer Treat Res Commun.* 2020;25:100231.

Le rôle du 3C et le secrétariat de la RCP²⁹

L'établissement ou les établissements (le cas échéant, lorsqu'ils choisissent de se coordonner entre eux) sont chargés de l'organisation des RCP. À ce titre, ils leur appartiennent de veiller aux bonnes conditions matérielles de réalisation des RCP.

Le 3C, en tant que cellule qualité, n'a pas vocation à organiser matériellement la RCP. Il veille cependant à ce que les RCP soient inscrites dans une démarche continue d'amélioration de la qualité et répondent aux besoins des patients sur le territoire. Il s'assure que les démarches qualité des RCP sont mises en place, et en assure l'évaluation.

4.3 L'organisation logistique de la RCP et la périodicité des réunions

4.3.1 L'organisation logistique de la RCP

L'équipe opérationnelle s'assure de l'organisation logistique de la RCP en lien avec l'établissement accueillant la RCP. La convention ou l'établissement précise les différents matériels et localisations mises à disposition de l'équipe opérationnelle afin d'assurer la tenue des RCP. Elle s'assure également de l'accès aux données nécessaires permettant de faciliter les discussions collégiales notamment de l'accès aux résultats d'imagerie de bonne qualité.

Tout type de RCP doit pouvoir se réunir suivant l'une ou l'autre des modalités suivantes :

- **la modalité dite « mixte »** permettant la réunion physique et la réunion à distance des professionnels relevant du quorum dans une même salle de réunion présentielle et virtuelle dédiée et équipée pour la projection et les échanges documentaires ;
- **la modalité dite « distancielle »** permettant la réunion à distance des professionnels relevant du quorum dans une salle de réunion virtuelle dédiée et équipée pour la projection et les échanges documentaires. L'utilisation d'une solution numérique de visioconférence pour organiser cette partie distancielle de la RCP doit se conformer au règlement RGPD.

Tout type de RCP doit pouvoir proposer, au besoin, un mode de réunion mixte permettant une participation à distance d'un ou plusieurs professionnels dans les conditions lui permettant d'assurer son expertise (notamment l'accès aux documents du dossier présenté). Les documents du dossier présenté sont également accessibles dans le cas de la modalité dite distancielle. Une gestion optimale et efficace des

²⁹ Référentiel organisationnel des missions des Centres de Coordination en Cancérologie (3C), INCa, 2023

logiciels de visioconférence permet d'organiser les RCP de façon viable et aux participants d'échanger sur les cas complexes de façon plus fluide^{30, 31}.

Toute RCP doit pouvoir se tenir en format « distanciel », notamment en cas de situation de crise et ce afin de permettre une continuité dans les soins apportés aux malades tout en maintenant des discussions pluridisciplinaires.

4.3.2 La périodicité de réunion de la RCP

L'avis de la RCP étant une condition préalable à la décision thérapeutique, elle doit pouvoir rendre ses avis **dans des délais compatibles avec la sécurité des patients et notamment en prenant en compte les risques de pertes de chances de ces derniers.**

Toute RCP doit avoir la capacité de se réunir au moins une fois par semaine, au besoin en format « distanciel », afin de limiter au maximum l'attente entre les étapes du parcours de soins du patient³².

Une RCP peut ne proposer qu'une seule séance toutes les deux semaines, à la condition expresse de proposer aux médecins référents une modalité de saisine d'urgence de la RCP permettant, en tant que de besoin, la réunion de la RCP au cours de la semaine « creuse ».

En aucun cas une RCP ne peut proposer de réunions espacées de plus de deux semaines.

4.3.3 L'organisation de RCP conjointes

Afin d'optimiser le temps médical et l'organisation administrative, **des RCP conjointes (par exemple : une RCP mention A2 et B2 (cf. annexe 1))** peuvent être programmées dans un même lieu et à une plage horaire contiguë (cf. l'exemple cité dans 1.3.1).

Dans cette situation, chaque RCP doit clairement être identifiée, les dossiers afférents à chaque RCP doivent être regroupés afin de conserver une cohérence dans le déroulé de la séance et permettre une vérification plus aisée du respect du quorum.

Les coordonnateurs de chaque RCP doivent être clairement identifiés et l'enregistrement de l'avis de la RCP doit être garanti à tous les stades de la séance.

4.4 L'évaluation des travaux de la RCP

En tant que cellule territoriale d'appui à la qualité, les 3C ont vocation, en lien avec les DSRC, à évaluer la qualité aussi bien pour ce qui est de l'organisation fonctionnelle des

³⁰ Rajasekaran RB, Whitwell D, Cosker TDA, Gibbons C, Carr A. Will virtual multidisciplinary team meetings become the norm for musculoskeletal oncology care following the COVID-19 pandemic? - experience from a tertiary sarcoma centre. BMC Musculoskelet Disord. 2021 Jan 5;22(1):18

³¹ Jalil R, Ahmed M, Green JS, Sevdalis N. Factors that can make an impact on decision-making and decision implementation in cancer multidisciplinary teams: an interview study of the provider perspective. Int J Surg. 2013;11(5):389-94

³² Khorana et al: Khorana AA, Tullio K, Elson P, Pennell NA, Grobmyer SR, Kalady MF, et al. (2019) Time to initial cancer treatment in the United States and association with survival over time: An observational study. PLoS ONE 14(3): e0213209. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213209>

RCP que de la pertinence des propositions thérapeutiques en rapport avec les situations cliniques des patients.

Ainsi, l'évaluation de la qualité des travaux de la RCP est assurée par les Centres de coordination en cancérologie (3C) et, pour les RCPPI, par l'OIR. Cette évaluation se base sur **des indicateurs mesurables et stables** définis par la convention de la RCP et établis en lien avec le 3C.

Au-delà de l'analyse globale de l'activité de la RCP, basée sur des indicateurs, deux situations doivent faire l'objet d'une vigilance particulière :

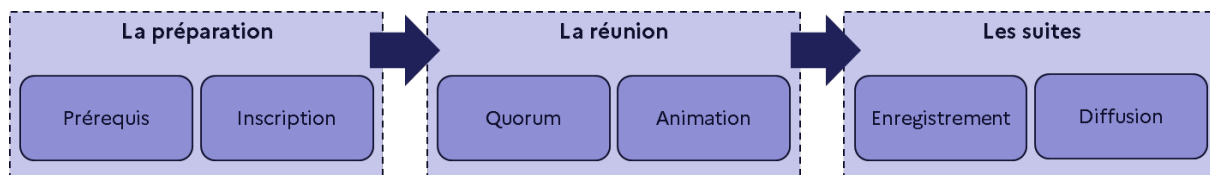
- **les passages postérieurs au début des traitements** qui doivent faire l'objet d'une analyse dédiée, le cas échéant par échantillon de dossiers patients. Cette analyse porte sur les justifications et l'adéquation clinique de la situation du patient ayant fait l'objet d'une mise en traitement sans attendre le passage en RCP et les moyens organisationnels à mettre en place afin d'éviter la réitération de cette situation. L'évaluation de la pertinence clinique nécessite une expertise médicale pour laquelle les professionnels compétents pouvant être recommandés par le coordonnateur et les 3C selon les localisations concernées ;
- **les dossiers faisant l'objet d'un enregistrement sans discussion en RCP** doivent faire l'objet d'une analyse annuelle par échantillon représentatif afin de vérifier l'adéquation entre le choix de la procédure de simple enregistrement et les référentiels nationaux utilisés pour justifier de ce choix procédural.

Il est recommandé que l'évaluation de la pratique de la RCP fasse l'objet d'une **communication annuelle auprès des équipes de soins** impliqués, en lien avec le 3C, le DSRC et, le cas échéant, l'OIR compétent. En cas de dysfonctionnement repéré lors de cette évaluation, un plan d'action doit être mis en place par le coordonnateur pour y remédier.

5 LE DÉROULEMENT D'UNE RCP

Une fois la RCP constituée, structurée et équipée, elle peut débiter son travail de constitution d'un avis collégial rendu au médecin référent. Le déroulé d'un processus complet d'analyse est décrit ci-après selon une organisation standardisée en trois grandes étapes (avec des objectifs spécifiques) : la préparation de la réunion, le déroulement de la réunion et les suites de la réunion. Chaque étape comprend deux sous-étapes de travail.

Figure 3. Étapes d'exécution d'une RCP



5.1 La préparation de la RCP

Afin de préparer au mieux le passage en RCP du projet de proposition thérapeutique pour son patient, le médecin référent doit s'assurer de **saisir la RCP compétente** (3.1.1), de remplir les **prérequis** et de rassembler les éléments utiles pour la présentation du dossier (3.1.2) et de formellement **l'inscrire** à la RCP (3.1.3).

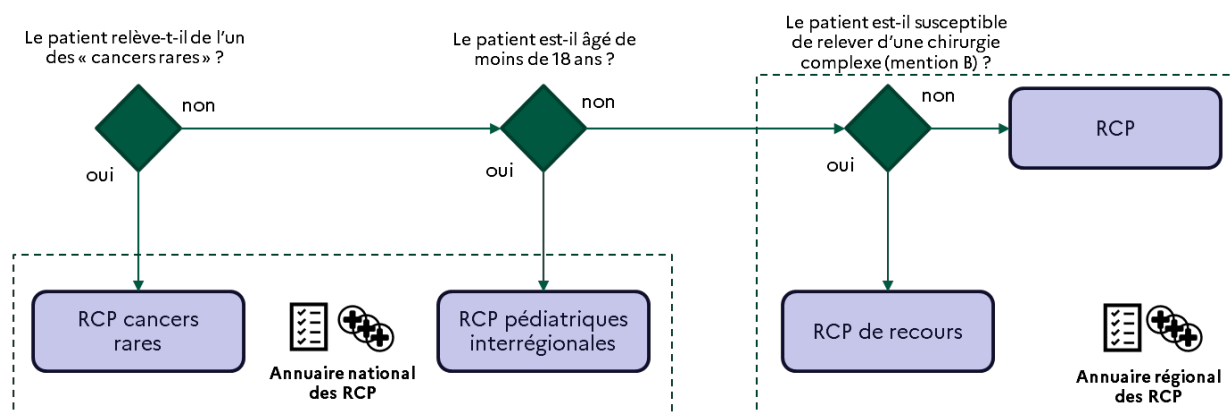
5.1.1 Le choix de la RCP

L'arbre décisionnel du choix de la RCP

Que ce soit lors d'une extension diagnostique, lors de la décision ou non d'un traitement, d'un changement significatif des traitements ou lors de l'arrêt des thérapeutiques spécifiques du cancer d'un patient, le médecin référent du patient doit s'interroger sur la bonne RCP à saisir.

La hiérarchisation des 4 types de RCP est décrite dans l'arbre décisionnel (lecture de gauche à droite).

Figure 4. Arbre décisionnel visant à faciliter l'orientation du médecin référent vers la RCP compétente



Le médecin référent doit d'abord se demander si le patient relève d'un cancer rare ou s'il relève d'une RCP pédiatrique ou s'il relève d'une RCP de recours avant d'envisager une RCP standard.

Une fois la catégorie de RCP identifiée, le médecin référent effectue l'inscription de son dossier, au besoin avec l'aide des annuaires de RCP.

Les annuaires de RCP

Les RCP cancers rares et les RCPPI sont référencées dans des annuaires interrégionaux (OIR) ou nationaux (site de l'INCa) afin de faciliter l'orientation des patients par les médecins référents.

Les RCP de recours et les RCP standards font l'objet d'annuaires tenus par les DSRC qui tiennent à jours les coordonnées des équipes opérationnelles gérant la RCP.

La saisine d'une RCP non compétente

Si la RCP saisie, représentée par son coordonnateur, estime qu'elle n'est pas compétente pour analyser le projet de proposition thérapeutique du médecin référent pour cause de diagnostic modifié ou par absence de compétence pour un traitement spécifique par exemple, elle rend un avis au médecin référent lui proposant **une nouvelle orientation vers une RCP compétente**. La réorientation est tracée dans le dossier du patient et dans le dossier communicant en cancérologie (DCC).

5.1.2 Les prérequis à l'inscription du projet de proposition thérapeutique

Le dossier du patient préparé par le médecin référent et présenté en RCP est accompagné de certains éléments essentiels permettant d'établir un avis éclairé et pertinent.

Ce dossier est constitué d'un ensemble de données et d'informations permettant la discussion pluridisciplinaire^{33,34, 35}. Les informations non médicales mais qui permettent de prévoir une stratégie adaptée au patient et à sa situation contribuent également à rendre un avis plus pertinent^{36, 37}. En l'absence des éléments essentiels recueillis, la RCP ne peut statuer.

Pour éviter la perte de chance pour les patients, le médecin référent doit s'assurer de la préparation d'un dossier accompagné des éléments essentiels avant de le présenter en RCP.

³³ Stone E, Rankin N, Phillips J, Fong K, Currow DC, Miller A, et al. Consensus minimum data set for lung cancer multidisciplinary teams: Results of a Delphi process. *Respirology*. 2018 Oct;23(10):927-34

³⁴ Jalil R, Ahmed M, Green JS, Sevdalis N. Factors that can make an impact on decision-making and decision implementation in cancer multidisciplinary teams: an interview study of the provider perspective. *Int J Surg*. 2013;11(5):389-94

³⁵ Lamb BW, Sevdalis N, Vincent C, Green JS. Development and evaluation of a checklist to support decision making in cancer multidisciplinary team meetings: MDT-QulC. *Ann Surg Oncol*. 2012 Jun;19(6):1759-65

³⁶ Wihl J, Rosell L, Carlsson T, Kinhult S, Lindell G, Nilbert M. Medical and Nonmedical Information during Multidisciplinary Team Meetings in Cancer Care. *Curr Oncol*. 2021 Feb 23;28(1):1008-16

³⁷ Taylor C, Finnegan-John J, Green JS. "No decision about me without me" in the context of cancer multidisciplinary team meetings: a qualitative interview study. *BMC Health Serv Res*. 2014 Oct 24;14:488

Le tableau ci-après présente des éléments essentiels pour chaque patient avant son passage en RCP. Certains items sont inclus dans la fiche RCP proposée par l'INCa depuis 2015³⁸.

³⁸ https://www.e-cancer.fr/content/download/140244/1740821/file/FICHE%20RCP_ITEMS%20MINIMAUX%20REQUIS_Socle%20commun_DCC_22012016.doc

Tableau 2. Éléments essentiels du dossier de chaque patient avant passage en RCP

Éléments composant le dossier de RCP	Passage de présentation du dossier	
	Première présentation RCP	Passage ultérieur
Cadrage de la fiche RCP		
Objectif de la demande de passage en RCP	X	X
Identification du patient (nom, âge, sexe)	X	X
Description du diagnostic principal	X	X
Éléments préparatoires à la RCP		
Éléments cliniques principaux (exemples : stade cTNM / bilan extension et examens paracliniques, état clinique, indice OMS, etc.)	X	X
Évaluation de la qualité de vie et expression des souhaits du patient	X	X
Antécédents personnels, comorbidités et antécédents familiaux	X	X
Parité des patientes (nb grossesses, de grossesses à terme) et projet parental	X	
Résultats d'imagerie (description et images)	X	X
Recherche des fragilités oncogériatriques par le clinicien (pré-évaluation)	X	
Évaluation oncogériatrique par l'oncogéiatre en fonction de la pré-évaluation ³⁹	X	X
Compte-rendu anatomocytopathologique	X	X
Historique des traitements anticancéreux (compte-rendu de radiothérapie, etc.)	X (Le cas échéant)	X
Évaluation ou réévaluation des besoins en soins oncologiques de support (dont les données psychosociales)		X
Compte rendu opératoire (le cas échéant)	X	X
Identification du médecin traitant (nom, coordonnées)	X	
Identification d'essais cliniques pertinents	X	X
Avis complémentaires exigés par le quorum	X	X

³⁹ En l'absence de l'oncogéiatre, ou de son avis complémentaire, la RCP peut rendre un avis incluant plusieurs propositions thérapeutiques sous réserve d'une concertation avec l'oncogéiatre avant la mise en route des traitements. Les résultats d'évaluation de la fragilité gériatrique sont intégrés dans la décision médicale.

Projet de proposition thérapeutique		
Description de la phase actuelle de la maladie (initiale/rechute)	X	X
Description du projet de proposition thérapeutique (absence de traitement, intention de traitement curatif ou palliatif) et/ou référentiels nationaux de bonnes pratiques	X	X

Cette liste est valable pour tout type de RCP et pour toute localisation. D'autres éléments peuvent y être ajoutés selon la spécialité et la localisation (exemple : statut de la fratrie, génétique, etc.) dès lors qu'ils sont clairement précisés dans la convention de la RCP.

S'agissant du **déla i d'obtention** pour certains éléments (résultats de biologie moléculaire, imagerie, etc.), le médecin référent doit veiller à ce que l'attente du résultat reste compatible avec l'initiation des traitements du patient dans un délai évitant les pertes de chance. Ces résultats ne peuvent être bloquants pour l'avis de la RCP, cette dernière pouvant faire plusieurs propositions, définies selon les résultats possibles des examens en attente.

Essais cliniques

Les dispositions réglementaires exigent que les établissements titulaires mettent en place une organisation permettant l'accès aux traitements innovants et aux essais cliniques⁴⁰ pour les patients. Avec l'appui du DSRC et du 3C, un accès aux répertoires des essais cliniques doit être mis à disposition lors de la préparation et au cours des séances de RCP⁴¹.

Lors de la préparation du dossier pour la RCP, le médecin référent, au besoin dans le cadre de réunions pluriprofessionnelles préalables et avec l'aide du 3C, du DSRC et des attachés de recherche clinique de l'établissement, doit rechercher et, le cas échéant, ajouter à son projet thérapeutique **les essais cliniques pour lesquels le patient est potentiellement éligible**. Il peut s'agir d'essais cliniques recensés aussi bien au niveau régional, que national⁴² ou international.

La présence des attachés de recherche clinique (ARC) lors de la RCP est un appui si l'établissement en dispose.

5.1.3 L'inscription du projet de proposition thérapeutique

Dès lors que le médecin référent considère que son dossier est prêt à être présenté à la RCP (ou en parallèle de sa constitution) ou qu'il ne peut plus attendre pour des raisons de délais, il procède à l'inscription dans le DCC à la RCP pertinente. En cas d'inexistence de l'outil DCC, le praticien inscrit ses dossiers en RCP à l'aide du système de transmission d'information sécurisé existant.

⁴⁰ Art. R. 6123-91-6 du code de la santé publique

⁴¹ Art. D. 6124-131-2 du code de la santé publique

⁴² <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Le-registre-des-essais-cliniques>

Lorsque cela est possible, un temps minimal nécessaire peut être laissé aux membres de la RCP et au coordonnateur de cette dernière pour consulter les dossiers à présenter en séance. Ce délai peut être mentionné dans la convention de la RCP et porté à la connaissance des professionnels concernés.

Le médecin référent informe le patient de la présentation de son dossier en RCP.

5.2 Le déroulement de la RCP

Pour qu'une réunion de RCP se déroule dans les meilleures conditions, il convient de faire en sorte que la séance soit correctement pilotée (3.2.1) et que les quorums soient respectés (3.2.2 et 3.2.3).

5.2.1 Le pilotage de la réunion

Une RCP ne peut se tenir qu'à la condition de disposer d'un coordonnateur de la RCP, d'un secrétaire de séance et d'un référent pour chaque dossier inscrit.

Le coordonnateur et le secrétaire de la RCP

Le coordonnateur de la RCP est présent pendant toute la durée de la séance. En cas d'absence, il désigne un autre coordonnateur, clairement identifié et présentant les mêmes qualifications (un médecin clinicien dont la spécialité est liée au champ d'intervention de la RCP) pour organiser et animer la RCP. Il est le responsable médical de la RCP et assure la traçabilité en séance des avis de la RCP.

Le secrétariat de la séance de la RCP est assuré par une personne désignée en amont ou en début de séance parmi les personnes présentes.

Le référent du dossier

Chaque dossier inscrit est présenté soit par le médecin référent du patient, soit par un médecin ayant rencontré le patient en amont de la RCP.

Exceptionnellement, en dehors des RCP de recours, des RCP cancers rares et des RCPPI, en cas d'absence du médecin référent ou d'un médecin ayant rencontré le patient, un autre médecin membre de la même équipe médicale en charge du patient peut assurer la présentation du dossier à la condition qu'une transmission entre le médecin référent et lui ait été formalisée.

Les caractères spécifiques pour les RCP de recours

Les RCP de recours ont pour vocation de recevoir des dossiers pour les patients pris en charge par ces établissements eux-mêmes, mais aussi provenant d'un établissement extérieur.

Des exigences complémentaires sont requises pour présenter les dossiers dans ces deux situations :

1. si le patient est pris en charge dans l'un des établissements membre de la RCP, la présence d'un spécialiste ayant rencontré le patient est requise. Il faut veiller à ce

que la rencontre entre soignant et le soigné ne puisse retarder le passage du dossier en RCP ;

- si le patient n'est pas pris en charge dans l'un de ces établissements, la participation de son médecin référent à la RCP est encouragée. Lorsque cela n'est pas possible, il est demandé de préparer les dossiers patients comportant des éléments minimaux (cf. tableau du point 3.2.1) par une transmission formalisée en amont de la RCP. Cette transmission est tracée dans le compte rendu de la RCP.

5.2.2 Le quorum de la RCP

Le quorum de la RCP peut être défini comme « *le socle de compétences exigé, soit lors de la réunion soit en avis écrit complémentaire, afin de constituer un avis conforme à l'état de l'art sur le projet de proposition thérapeutique présentée par le médecin référent. Ce quorum tient compte de l'ensemble des thérapeutiques susceptibles de bénéficier au patient* ».

Les quorums de tous les types de RCP (à l'exception des RCP cancers rares) sont décrits ci-après en présentant à chaque fois deux éléments :

- Les disciplines dont la **(télé)présence est obligatoire** ;
- les disciplines dont la **(télé)présence ou l'avis complémentaire** au dossier recueilli en amont de la RCP est **recommandé**.

Les RCP standard hors hématologie

Discipline avec (télé)présence obligatoire

Chirurgien de l'organe concerné compétent en cancérologie (1)	Radiothérapeute (1)	Oncologue médical ou spécialiste d'organe compétent en cancérologie ⁴³ (1)
---	---------------------	---

Discipline avec (télé)présence ou avis complémentaire recommandée

Anatomo-cytopathologiste (1)	Radiologue (1)	Médecin nucléaire (1)
------------------------------	----------------	-----------------------

⁴³ Il s'agit de spécialiste d'organe titulaire d'une compétence en cancérologie dans sa spécialité (titulaire du DESC de cancérologie option traitements médicaux du cancer ou ayant obtenu la VAE du DESC de cancérologie par voie universitaire ou par voie ordinaire ou titulaire de la FST de cancérologie : traitements médicaux des cancers, déclinaison cancérologie de l'adulte

Les RCP standard en hématologie organisées par un établissement mention A pour les TMS

Discipline avec (télé)présence obligatoire

Onco - hématologue (2)	Spécialiste en imagerie ou nucléariste (1)
------------------------	--

Discipline avec (télé)présence ou avis complémentaire recommandée

Spécialiste du diagnostic tumoral (biologiste et/ou ACP) (1)
--

Les RCP recours en hématologie organisées par un établissement mention B pour les TMS

Discipline avec (télé)présence obligatoire

Onco - Hématologue (2)	Spécialiste en imagerie ou nucléariste (1)	Spécialiste du diagnostic tumoral (biologiste et/ou ACP) (1)
------------------------	--	--

Discipline avec (télé)présence ou avis complémentaire recommandée

Spécialiste en thérapie cellulaire ⁴⁴ , pharmacien référent en biothérapies
--

RCP de recours « viscérale et digestive »

Discipline avec (télé)présence obligatoire

Chirurgien digestif compétent en cancérologie (1)	Radiothérapeute ayant une compétence en stéréotaxie (1)	Oncologue médical ou spécialiste d'organe compétent en cancérologie ⁴⁵ (1)	Anatomo-cytopathologiste (1)	Radiologue (1)
---	---	---	------------------------------	----------------

Discipline avec (télé)présence ou avis complémentaire recommandée

Chirurgien thoracique (1)	Médecin nucléaire (1)	Hépatogastroentérologue endoscopiste interventionnel (1)
---------------------------	-----------------------	--

⁴⁴ Il s'agit de médecin réalisant des auto ou allogreffe de cellules-souches hématopoïétiques ou des injections de CAR-T.

⁴⁵ Il s'agit de spécialiste d'organe titulaire d'une compétence en cancérologie dans sa spécialité (titulaire du DESC de cancérologie option traitements médicaux du cancer ou ayant obtenu la VAE du DESC de cancérologie par voie universitaire ou par voie ordinaire ou titulaire de la FST de cancérologie : traitements médicaux des cancers, déclinaison cancérologie de l'adulte

RCP de recours « thoracique »

Discipline avec (télé)présence obligatoire

Chirurgien thoracique compétent en cancérologie (1)	Radiothérapeute ayant une compétence en stéréotaxie (1)	Oncologue médical ou spécialiste d'organe compétent en cancérologie ⁴⁶ (1)	Anatomo-cytopathologiste (1)	Radiologue interventionnel ayant une compétence thoracique (1)
---	---	---	------------------------------	--

Discipline avec (télé)présence ou avis complémentaire recommandée

Pneumologue (1)	Médecin nucléaire (1)	Cardiologue (1)	Chirurgien cardiaque (1)	[Pour un cancer du rachis] chirurgien orthopédiste compétent en chirurgie rachidienne (1)
-----------------	-----------------------	-----------------	--------------------------	---

RCP de recours « sphère oto-rhino-laryngée, cervico-faciale et maxillo-faciale complexe »

Discipline avec (télé)présence obligatoire

Chirurgien ORL ou maxillo-facial compétent cancérologie (1)	Radiothérapeute ayant une compétence en stéréotaxie (1)	Oncologue médical (1)	Spécialiste en imagerie (1)
---	---	-----------------------	-----------------------------

Discipline avec (télé)présence ou avis complémentaire recommandée

Chirurgien plasticien (1)	Neurochirurgien (1)	Médecin nucléaire (1)	Anatomo-cytopathologiste (1)
---------------------------	---------------------	-----------------------	------------------------------

⁴⁶ Il s'agit de spécialiste d'organe titulaire d'une compétence en cancérologie dans sa spécialité (titulaire du DESC de cancérologie option traitements médicaux du cancer ou ayant obtenu la VAE du DESC de cancérologie par voie universitaire ou par voie ordinaire ou titulaire de la FST de cancérologie : traitements médicaux des cancers, déclinaison cancérologie de l'adulte

RCP de recours « urologie »

Discipline avec (télé)présence obligatoire

Chirurgien urologue compétent en cancérologie (1)	Radiothérapeute (1)	Oncologue médical (1)	Radiologue (1)
---	---------------------	-----------------------	----------------

Discipline avec (télé)présence ou avis complémentaire recommandée

Médecin nucléaire (1)	Anatomo-cytopathologiste (1)
-----------------------	------------------------------

RCP de recours « gynécologie »

Discipline avec (télé)présence obligatoire

Chirurgien gynécologique compétent en cancérologie (1)	Oncologue médical (1)	Radiologue (1)	Anatomo-cytopathologiste (1)	[Hors RCP ovaire] Radiothérapeute (1)
--	-----------------------	----------------	------------------------------	--

Discipline avec (télé)présence ou avis complémentaire recommandée

Médecin nucléaire (1)	Radiologue interventionnel (1)	Chirurgien urologue (1)	Chirurgien digestif (1)
-----------------------	--------------------------------	-------------------------	-------------------------

Les RCP des cancers rares

Les RCP des cancers rares sont organisées dans les centres experts labellisés par l'INCa. Les quorums des RCP des cancers rares sont définis selon le fonctionnement propre de chacun des réseaux des cancers rares et précisé dans leurs chartes de fonctionnement.

Les RCPPI

Les RCPPI sont organisées par les établissements titulaires d'autorisation ayant la mention C qui sont également les membres de l'OIR et selon une organisation fixée par l'OIR.

Le quorum pour les RCPPI est le suivant :

Discipline avec (télé)présence obligatoire

Chirurgien pédiatrique compétent en oncologie (1)	Oncologue médical pédiatre ou onco-hématologue pédiatre (2)	Radiothérapeute (1)
---	---	---------------------

Discipline avec (télé)présence ou avis complémentaire obligatoire

Anatomo-cytopathologiste (1)	Radiologue dans le cas de tumeur solide (1)
------------------------------	---

5.2.3 Les quorums particuliers

Adolescents et jeunes adultes (AJA)⁴⁷

Le groupe des adolescents et des jeunes adultes est constitué par des patients âgés de 15 à 24 ans. De ce fait, leur situation relève à la fois des organisations pédiatriques et d'adulte et des structures dédiées AJA quand elles existent sur le territoire.

Les adolescents de 15 à 17 ans relèvent des services de pédiatrie ou d'AJA et leurs situations sont systématiquement présentées dans une RCPPI. **Une compétence d'oncologie-hématologie adulte est alors mobilisée soit en présentiel soit sous forme d'un avis en vue de la RCPPI pour cette tranche d'âge.**

Les adolescents et jeunes adultes de 18-24 ans relèvent des services d'AJA ou d'adulte, se conformant aux critères de l'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. Cette tranche d'âge fait l'objet de dispositions particulières, notamment l'obligation de réaliser une RCP en s'appuyant sur une double compétence pédiatrique et d'adulte. L'OIR garantit l'accès à une compétence pédiatrique dans les RCP d'adulte dans cette tranche d'âge. Le dossier du jeune adulte est présenté dans une RCP adulte avec **l'appui d'un pédiatre ou d'un avis pédiatrique**⁴⁸ recueilli au préalable de la RCP lorsque sa présence en RCP n'est pas possible.

Deux situations dérogatoires existent :

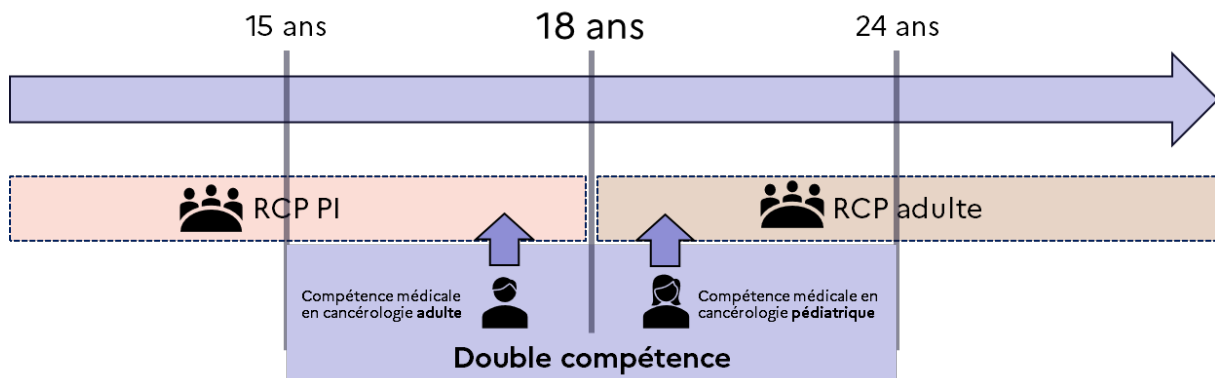
1. les soins des jeunes de moins de 18 ans (limite d'âge 16 ans) notamment pour les soins palliatifs, qui peuvent être réalisés dans des unités d'adultes à titre dérogatoire (avis favorable de la RCP/RCPPI sur cette orientation et avec l'accord de la famille et du jeune) ;
2. il est également possible qu'un jeune de plus de 18 ans soit traité dans un établissement pour enfants selon les mêmes conditions que précédemment⁴⁹.

⁴⁷ Référentiel organisationnel des missions OIR, INCa 2023

⁴⁸ Pédiatre compétent en cancérologie pédiatrique ou en hémato-oncologie (D.6124-134-3)

⁴⁹ Par exemple une prise en charge d'un jeune de plus de 18 ans peut être justifiée dans un service de pédiatrie en raison de la nature de son cancer (cancer typiquement pédiatrique, par exemple) et des besoins de traitement ou en raison des caractéristiques du patient (fragilité cognitive, par exemple). Certains établissements disposent aussi d'unités dédiées aux AJA

Figure 5. Présentation de l'application des compétences pour les adolescents et jeunes adultes (AJA)



Patients avec fragilité gériatrique⁵⁰

Tout patient ayant fait l'objet du repérage d'une fragilité gériatrique devrait être évalué par une équipe d'oncogériatrie en amont de la RCP. Si tel est le cas, le médecin référent doit l'indiquer lors de l'inscription en RCP.

En l'absence de l'oncogériatre, ou de son avis complémentaire, la RCP peut rendre un avis incluant plusieurs propositions thérapeutiques sous réserve d'une concertation avec l'oncogériatre avant la mise en route des traitements. Les résultats d'évaluation de la fragilité gériatrique sont intégrés dans la décision médicale.

Les unités de coordination en oncologie gériatrique peuvent être sollicitées par les coordonnateurs de RCP ou les médecins référents afin de coordonner l'intervention des oncogéiatres.

La fin de certaines thérapeutiques du cancer et les soins palliatifs

Dans la situation où, conformément aux données de l'état de l'art, certaines modalités de traitement du cancer ne peuvent plus être considérées comme « susceptibles de bénéficier au patient », le professionnel en question (chirurgien, oncologue ou radiothérapeute) peut ne plus assister à la RCP. Il peut s'agir d'un projet de proposition thérapeutique concernant un patient en phase de traitements médicaux exclusifs et pour lequel la présence du chirurgien n'est plus pertinente.

Les conventions pour ces RCP précisent les situations où la présence de certains professionnels n'est plus exigée. Elles doivent rester rares pour garantir la pluridisciplinarité des débats. Au minimum trois professionnels de deux disciplines différentes doivent être représentés à tout moment en RCP.

Dès lors qu'une démarche palliative est envisagée dans le projet de proposition thérapeutique ou identifiée par le coordonnateur RCP, un médecin formé aux soins palliatifs est présent en RCP. A défaut, un avis complémentaire d'un médecin formé aux soins palliatifs est nécessaire.

⁵⁰ Référentiel organisationnel UCOG, INCa 2023

5.2.4 Les autres participants à la RCP

Dans le respect des règles de la confidentialité des échanges médicaux, d'autres professionnels peuvent assister aux RCP. Il peut s'agir de quorum complémentaire ou d'observateurs.

L'association de professionnels ne faisant pas partie du quorum

Les quorums constituent un minimum exigible de compétences et de spécialités nécessaires à une discussion conforme à l'état de l'art sur le projet thérapeutique.

Mais, les conventions des RCP peuvent prévoir d'associer d'autres professionnels médicaux et paramédicaux en complément de ceux fixés par le présent référentiel.

Il est notamment possible d'associer les professionnels suivants en fonction des files actives et des situations des organisations :

- des **infirmiers d'annonce, de coordination ou de pratique avancée** pour anticiper la préparation des traitements, partager le souhait des patients et présenter leurs fragilités ;
- des professionnels intervenant dans le champ des **soins oncologiques de support et des soins palliatifs**. Leur présence est recommandée pour discuter la pertinence et orienter la poursuite de traitements spécifiques et s'inscrit dans la démarche de développement des soins palliatifs précoces ;
- des **pharmaciens** pour leur expertise des traitements médicamenteux, mais aussi des dispositifs médicaux, pour anticiper des préparations de traitements complexes notamment de thérapies cellulaires ;
- **les équipes des sites associés aux traitements médicamenteux systémiques du cancer**⁵¹ prenant en charge les patients. En cas des TMSC réalisés au sein des sites associés, les professionnels impliqués dans la prise en soins des patients peuvent participer à la RCP leur permettant d'anticiper la préparation du patient et de se former sur les dernières avancées des TMSC ;
- des **médecins généralistes**⁵² ;
- des **attachés de recherche clinique**.

La convention ou la charte de fonctionnement pourra préciser si cette association d'autres professionnels s'effectue par voie d'avis complémentaire ou par (télé)présence.

Ces ajouts ne peuvent avoir pour conséquence ni de rendre plus difficile l'accès à la RCP par des médecins référents et donc prolonger le délai d'examen du dossier d'un patient par la RCP compétente, ni d'aboutir à une modification du quorum tel que précisé dans le présent référentiel.

⁵¹ Art. R. 6123-90-1 du code de la santé publique

⁵² Pype P, Mertens F, Belche J, Duchesnes C, Kohn L, Sercu M, et al. Experiences of hospital-based multidisciplinary team meetings in oncology: An interview study among participating general practitioners. Eur J Gen Pract. 2017 Dec;23(1):155-63

Les observateurs

Différents professionnels peuvent être invités en tant qu'**observateurs** à la RCP. Il peut s'agir :

- d'étudiants en médecine ou en pharmacie pour des buts pédagogiques ;
- de personnel infirmier ou aide-soignant jouant un rôle de coordination dans le parcours du patient ;
- de tout autre professionnel intervenant dans le parcours de soins en cancérologie et concerné par le suivi du parcours des patients présentés en séance.

La convention peut compléter cette liste d'observateurs. Le coordonnateur de la RCP peut, dans le cadre de l'animation de la séance, permettre un échange entre les membres de la RCP et les observateurs.

Dans tous les cas, cette participation doit s'effectuer dans le cadre des règles qui régissent la confidentialité des informations concernant le patient.

5.2.5 L'examen du projet et l'animation de la séance

La discussion et l'évocation des dossiers

Tout dossier inscrit à la RCP doit être traité selon l'une des deux modalités suivantes :

1. **le dossier est présenté par le médecin référent qui synthétise les éléments du dossier** aux membres de la RCP et énonce le projet de proposition thérapeutique. Le projet est ensuite **discuté** avec l'ensemble des membres de la RCP animée par le coordonnateur de la RCP. L'analyse de la toxicité des traitements (y compris à long terme) fait également l'objet de la discussion⁵³. La discussion se conclut par un avis de confirmation du projet ou un avis portant sur une ou plusieurs propositions thérapeutiques alternatives;
2. **dans le cas où le projet de proposition thérapeutique inscrit est « strictement conforme aux référentiels nationaux de bonne pratique mentionnés à l'article R. 6123-91-9 [du code de la santé publique] ⁵⁴ et qu'il n'existe pas d'autres alternatives,** le projet est **évoqué** succinctement par le médecin référent. Il est procédé immédiatement à un avis de confirmation du projet. En cas de désaccord émis en séance par un membre de la RCP, le projet fait alors l'objet d'une présentation et d'une discussion complètes.

Le temps de discussion sur la recherche clinique

Dans le cadre d'une discussion d'un dossier, **la question du recours éventuel d'un essai clinique** pourra être abordée si le dossier de RCP ne comporte pas de recherche préalable de la part du médecin référent sur les essais cliniques possibles.

Dans les RCP de recours, les RCP cancers rares et les RCPPI, un temps d'échange portant sur les essais cliniques est systématiquement organisé pour les dossiers soumis à discussion.

⁵³ Action II.4.1 de la Stratégie décennale

⁵⁴ Art. D. 6124-131 du code de la santé publique

5.3 Les suites de la RCP

Une fois la RCP achevée et l'avis rédigé (3.3.1), il doit être procédé à l'enregistrement (3.3.2) et à la diffusion (3.3.3) de l'avis qui ne peut intervenir qu'à la condition que l'ensemble des règles aient été respectées (3.3.4). S'ensuivra alors un échange entre le patient et le médecin référent sur les suites à donner (3.3.5).

5.3.1 L'avis de la RCP

À l'issue de la présentation et de la discussion du dossier, la stratégie thérapeutique qui sera proposée au patient est définie collectivement sur la base des référentiels retenus. **Un avis de la RCP est alors rédigé.**

La rédaction de l'avis de la RCP doit être claire et compréhensible contenant les items minimaux suivants :

- la date de la tenue de RCP ;
- les qualifications des participants à la RCP selon le quorum défini ;
- le médecin ayant présenté le dossier (médecin référent ou remplaçant de ce dernier, ayant vu ou non le patient) ;
- les arguments ayant amené à la conclusion de la proposition thérapeutique si elle n'est pas standard ;
- si c'est pertinent, la méthode thérapeutique contre-indiquée ou non indiquée⁵⁵ ;
- l'avis sur le projet de proposition thérapeutique : il doit limiter les abréviations au strict nécessaire (protocoles de chimiothérapie usuels par exemple) et doit utiliser les phrases courtes permettant d'apporter une clarté sur l'avis thérapeutique proposé en RCP.

Cet avis de la RCP ne doit pas induire de confusions ou d'incompréhensions. Il est conseillé d'élaborer pour chaque RCP, lorsque cela est pertinent, des modèles-types d'avis rendant une lecture rapide et facile, sans que cela ne limite la personnalisation des avis rendus par des modifications et ajouts nécessaires.

L'avis de la RCP doit comporter des indications claires quant aux thérapeutiques proposées et les éventuelles **alternatives successives proposées** (notamment en cas d'inconnus sur l'inclusion dans un essai clinique par exemple).

En cas d'avis divergents à l'issue de la RCP, cette dernière propose alors plusieurs stratégies thérapeutiques au médecin référent.

5.3.2 L'enregistrement

Tout dossier inscrit à une RCP fait l'objet d'un **enregistrement** permettant la traçabilité des avis de la RCP et pouvant être défini comme « *la validation définitive de la fiche RCP intégrée au DCC et comprenant les éléments composant le dossier de demande (cf. point 3.1) ainsi que l'avis émis par la RCP* ».

⁵⁵ Par exemple : il n'y a pas de projet chirurgical ; il n'est pas envisageable de ré irradier cette zone ; autres.

L'équipe opérationnelle de la RCP est chargée du suivi des enregistrements des fiches RCP. Tout projet de proposition thérapeutique ne peut être considéré comme accompagné d'un avis de la RCP qu'à la condition que le dossier ait été enregistré.

5.3.3 La diffusion

La diffusion de l'avis de la RCP est assurée par l'équipe opérationnelle de la RCP **dans un délai maximum de sept jours suivant la réunion**. Tout dossier enregistré fait l'objet d'une communication selon la liste de diffusion arrêtée dans la convention de la RCP. Cette liste comprend tous les professionnels impliqués dans les traitements et les soins du patient, à savoir :

- le médecin référent du patient ;
- les professionnels de santé intervenant auprès du patient ;
- le médecin traitant du patient.

Cette diffusion peut s'effectuer par tous moyens et notamment sur support électronique sécurisé de type messagerie sécurisée ou DCC et dans des conditions conformes au RGPD.

Le patient et l'avis de la RCP

Compte tenu de la sensibilité de l'avis de la RCP pour le patient, les informations relatives à cet avis ne peuvent être communiquées au patient que par le médecin référent dans le cadre du dispositif d'annonce. En cas d'absence du médecin référent, un membre de son équipe de soin formé au dispositif d'annonce assure cette communication avec le patient.

5.3.4 La régularité de la RCP

Une RCP ne respectant pas les règles rappelées dans le code de santé publique⁵⁶ et dans le présent référentiel ne saurait rendre « un avis de la RCP » de qualité suffisante.

En cas de déclenchement des traitements par le médecin référent sans attendre l'avis de la RCP ou après l'avis d'une RCP n'ayant pas respecté les règles applicables, une validation *a posteriori* est organisée lors de la séance suivante de la RCP au cours de laquelle sont évoqués les raisons de cette décision thérapeutique pré-RCP et les moyens d'éviter une réitération de cette situation.

Les dossiers incomplets, notamment lorsque des facteurs humains expliquent l'absence du passage ou de discussion en RCP, doivent être réinscrits lors de la séance de la RCP la plus proche. Tout dossier inscrit, mais non enregistré doit faire l'objet d'une analyse annuellement conduite par le coordonnateur de la RCP en lien avec le 3C de son établissement ou l'OIR en cas de RCPPI afin de disposer d'une feuille de route pour éviter la réitération de ces incidents.

Il est important de souligner qu'en aucun cas, une proposition thérapeutique ne peut être décidée sans présence du médecin dont la spécialité est concernée en RCP. En cas d'absence d'un spécialiste dont l'avis est requis, la RCP formule une proposition thérapeutique. Cette proposition doit être confirmée après l'avis du spécialiste absent

⁵⁶ Art. R. 6123-91-1, R. 6123-91-2, R. 6123-91-3, R. 6123-92-3, R. 6123-92-8, R. 6123-94 du code de la santé publique

avant la mise en traitement. Le cas échéant, le dossier fait l'objet d'une présentation ultérieure en RCP pour confirmer collégalement l'avis pluridisciplinaire.

5.3.5 La décision thérapeutique

Le médecin référent présente à son patient la proposition thérapeutique accompagnée de l'avis de la RCP. À la suite d'un échange, si le patient accepte cette proposition, elle devient alors **une décision thérapeutique**. Cette décision thérapeutique est tracée par l'établissement dans le dossier du patient et dans le DCC.

Le médecin référent du patient peut suivre ou non l'avis de la RCP. Si le médecin fait à son patient une proposition thérapeutique différente de l'avis de la RCP, il doit le justifier et le mentionner dans le dossier du patient ainsi que dans le DCC. En cas de refus du patient sur la proposition thérapeutique faite par son médecin référent, ce refus est tracé dans le dossier patient et dans le DCC.

6 ANNEXES

Annexe 1. Rappel des différentes mentions d'autorisations sanitaires de traitement du cancer

Autorisations	Chirurgie oncologique	TMSC	Radiothérapie externe, curiethérapie
Mention A	<p>Mention A assurant la chirurgie oncologique chez l'adulte pour l'une ou plusieurs des sept localisations de tumeurs suivantes, mentionnées dans l'autorisation, et hors chirurgie complexe citée en mention B :</p> <p>A1 - Viscérale et digestive</p> <p>A2 - Thoracique</p> <p>A3 - ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale + thyroïde</p> <p>A4 - Urologique</p> <p>A5 - Gynécologique</p> <p>A6 - Mammaire</p> <p>A7 - Chirurgie oncologie indifférenciée (localisations hors seuil A1 à A6, exemple : cancers de l'œil, dermatologique, de la thyroïde, des os et tissus mous, neurochirurgie)</p>	Mention A assurant les traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'adulte, hors chimiothérapies intensives citées en mention B.	Mention A assurant les traitements de radiothérapie externe chez l'adulte
Mention B	<p>Mention B assurant, en sus de la chirurgie oncologique chez l'adulte autorisée en mention A, une mission de recours ainsi que la chirurgie complexe multiviscérale ou multidisciplinaire ou de la récurrence des tumeurs malignes chez l'adulte ou la chirurgie oncologique en zone irradiée, pour l'une ou plusieurs des cinq localisations de tumeurs prévues aux 1° à 5° ci-après, dont le type est précisé dans l'autorisation :</p> <p>B1 - viscérale et digestive complexe, y compris atteintes péritonéales (œsophage, foie, estomac, pancréas, rectum)</p> <p>B2 - thoracique complexe, chirurgie des cancers de la trachée, des cancers envahissant</p>	Mention B assurant, en sus des traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'adulte, les chimiothérapies intensives entraînant une aplasie prévisible de plus de huit jours et la prise en charge de cette aplasie prévisible.	Mention B assurant les traitements de curiethérapie chez l'adulte

	<p>le rachis, le cœur ou la paroi thoracique</p> <p>B3 – ORL cervico-faciale et maxillo-faciale complexe</p> <p>B4 - urologique complexe</p> <p>B5 - gynécologique complexe, y compris atteintes péritonéales (ovaire)</p>		
Mention C	Chirurgie oncologique de l'enfant et adolescents de moins de 18 ans	Mention C assurant les traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'enfant et l'adolescent de moins de dix-huit ans, y compris les traitements médicamenteux intensifs entraînant une aplasie prévisible de plus de huit jours et la prise en charge de cette aplasie prévisible [...].	Mention C assurant en sus des traitements de radiothérapie externe ou de curiethérapie chez l'adulte, les mêmes traitements chez l'enfant et l'adolescent de moins de dix-huit ans

Annexe 2. Tableau comparatif des principes de fonctionnement RCP selon la circulaire 2005 et nouvelle organisation des RCP

Principes de fonctionnement RCP dans l'annexe 2 de la circulaire 2005	Partie du présent référentiel reprenant cette mission
<ul style="list-style-type: none"> Tous les dossiers des patients atteints de cancer doivent être enregistrés par le secrétariat de la RCP 	<ul style="list-style-type: none"> 2.2
<ul style="list-style-type: none"> Quel que soit le traitement initial envisagé, chirurgie, radiothérapie, ou chimiothérapie, les dossiers qui doivent être obligatoirement discutés en RCP avant mise en route du traitement sont ceux qui ne relèvent pas de référentiels validés et actualisés (standards) ou dont le réexamen s'impose chaque fois qu'il y a changement significatif d'orientation thérapeutique 	<ul style="list-style-type: none"> 1.1.12
<ul style="list-style-type: none"> Les dossiers qui répondent à une procédure standard de prise en charge, ayant fait l'objet d'un accord pluridisciplinaire traduite par un référentiel de pratique clinique validé et actualisé, peuvent, pour ne pas retarder l'acte thérapeutique, ne pas faire l'objet d'une discussion initiale en RCP ; ces dossiers sont enregistrés ; les situations qui répondent à ce standard sont définies par le réseau régional de cancérologie 	<ul style="list-style-type: none"> 3.2.5
<ul style="list-style-type: none"> En cas d'acte de radiologie interventionnelle à visée diagnostique ou de chirurgie réalisée en urgence, la discussion du dossier du patient en RCP pourra avoir lieu après l'intervention ; le dossier ne sera pas seulement enregistré après l'acte : il devra donner lieu à une réelle discussion en RCP 	<p>Non repris dans le référentiel</p> <p>La disposition réglementaire prévoit clairement cette situation d'urgence dans Art. R. 6123-90. L'établissement organisateur de RCP doit respecter cette obligation.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Les soins de support sont intégrés dans l'organisation des RCP 	<ul style="list-style-type: none"> 3.1.2 3.2.4
<ul style="list-style-type: none"> L'organisation des RCP doit prévoir : <ol style="list-style-type: none"> Des fiches préremplies pour gagner du temps Une fréquence de réunions préétablie Un quorum de base pour chaque type d'organe, prévoyant au minimum de trois spécialités différentes, dont un oncologue, un chirurgien et un radiologue. 	<ul style="list-style-type: none"> 2.3.2 3.1.2 3.2.2
<ul style="list-style-type: none"> Lorsque le praticien propose au patient de ne pas appliquer l'avis de la RCP, mais de recourir à un autre traitement, il doit pouvoir le justifier et il est nécessaire de le mentionner dans le dossier. 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. 	<ul style="list-style-type: none"> 5.3.5

Annexe 3. Récapitulatif des principes organisationnels des RCP

Question	Réponse
Comment qualifier une RCP pour se différencier des autres réunions pluriprofessionnelles ?	<p>4 critères sont à retenir :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Organisation par un titulaire des autorisations du traitement de cancer ; 2) Présence d'au moins 3 spécialistes issus de deux disciplines différentes ou avis complémentaire recueilli mentionné dans le décret dès lors que le patient est susceptible de recevoir une des modalités de traitements. 3) Obligation de passage en RCP pour un projet thérapeutique initial, ou décision de non-traitement ou changement significatif thérapeutique ou arrêt de traitement spécifique ; 4) Traçabilité de RCP dans des documents sécurisés et partagés (PPS du DCC).
Quels passages obligatoires des dossiers en RCP ?	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostic (hors situation standard définie ci-dessus) - Proposition initiale ou non du traitement - Changement significatif d'orientation thérapeutique y compris l'arrêt des thérapeutiques spécifiques du cancer
Qui organise les RCP ?	Les titulaires d'autorisation de traitement du cancer quelle que soit la modalité de traitement du cancer.
RCP standard	Établissement autorisé pour mention A ou B
RCP de recours	Établissement autorisé pour mention B
RCP cancers rares	Centres de compétences labellisés par l'INCa sur site d'un établissement autorisé pour la chirurgie oncologique
RCPPI	Établissement autorisé pour mention C et membre de l'OIR
Quel cadrage de principe pour une RCP ?	Chaque RCP s'organise avec une charte ou convention décrivant les modalités de fonctionnement pratique de RCP.
Qui organise les RCP régionales ou nationales ?	Les établissements titulaires d'autorisation disposant des compétences médicales et techniques en leur sein.
Où se trouve la liste des RCP de son territoire ?	<p>Sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les sites internet des établissements autorisés, quelles que soient les modalités de traitement - le site internet des Centres de coordination en cancérologie (3C) ; - le site internet des Dispositifs spécifiques régionaux du cancer (DSRC) ;

	<ul style="list-style-type: none"> - le site internet des Agences Régionales de la Santé (ARS).
Qui participe aux RCP ?	<ul style="list-style-type: none"> - Tout professionnel susceptible d'être impliqué directement dans la prise en soins du patient - Les professionnels venant d'autres établissements périphériques - Les professionnels paramédicaux - Les internes et externes en médecine et en pharmacie
Qui présente le dossier patient en RCP ?	Le médecin référent du patient ; le cas échéant, le collègue de ce praticien ayant eu une transmission préalable en amont de la RCP.
Quelle diffusion du compte-rendu RCP ?	Au médecin référent du patient ; aux professionnels impliqués dans la prise en soins du patient et au médecin traitant du patient.
Qui évalue la qualité des RCP ?	L'évaluation de la qualité des RCP est assurée par les 3C. L'expertise médicale nécessaire peut être recommandée par le coordonnateur et le 3C en vue de l'évaluation sur la pertinence clinique.

LA RÉUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE EN CANCÉROLOGIE
/ Champ d'application, organisation et déroulement



52, avenue André Morizet
92100 Boulogne-Billancourt
France

Tel. +33 (1) 41 10 50 00
diffusion@institutcancer.fr

Édité par l'Institut national du cancer
Tous droits réservés - Siren 185 512 777
Conception : INCa
ISBN : 978-2-38559-024-6
ISBN net : 978-2-38559-025-3

DEPÔT LÉGAL DÉCEMBRE 2023

Pour plus d'informations
e-cancer.fr

Institut national du cancer
52, avenue André Morizet
92100 Boulogne-Billancourt
France

Tél.: +33 (1) 41 10 50 00
diffusion@institutcancer.fr