

Groupe A : Quels IMPACTS pour les médecins demandeurs d'avis, en amont de la RCP ?

Impacts en termes d'affichage, organisationnel, statistique, compte-rendu RCP, etc.

1. Maintien des RCP actuelles avec intégration des discussions des chirurgies complexes

Ex : RCP tumeurs digestives (dont A1 standards et B1 recours chirurgies complexes)

Impacts positifs :

- Meilleure lisibilité
- Simplicité d'affichage
- Rapidité d'adressage et de prise en charge patient
- 1^{er} recours de chirurgie complexe dans les établissements pouvant orienter vers un recours régional du pôle régional (=3 CHU et IB pour la Nouvelle-Aquitaine)
- Même affichage n'empêche pas la dissociation pour certaines RCP (une RCP peut être faite en 2 temps, un temps pour les discussions de chirurgie complexe et un temps pour les autres cas)

Impacts négatifs :

- Risque minime de biais d'adressage

2. Maintien des RCP actuelles ET création/duplication de RCP pour les chirurgies complexes

Ex : RCP tumeurs digestives A1 standards ET RCP tumeurs digestives B1 recours chirurgies complexes

Impacts positifs :

- Possible gain de temps pour adressage dossier patient mais à contrebalancer avec l'augmentation du délai de planification de consultation en amont de la RCP

Impacts négatifs :

- Lourdeur d'affichage → défaut de lisibilité
- Risque d'augmenter le délai de prise en charge patient et risque d'orientation inappropriée du dossier

Groupe B : Quels IMPACTS pour les médecins pendant les sessions de RCP ?

Impacts en termes d'affichage, organisationnel, statistique, compte-rendu RCP, etc.

1. Maintien des RCP actuelles avec intégration des discussions des chirurgies complexes

Ex : RCP tumeurs digestives (dont A1 standards et B1 recours chirurgies complexes)

2. Maintien des RCP actuelles ET création/duplication de RCP pour les chirurgies complexes

Ex : RCP tumeurs digestives A1 standards ET RCP tumeurs digestives B1 recours chirurgies complexes

Le groupe propose un mix des 2 évolutions : maintien des RCP actuelles avec organisation de la session en 2 temps, un temps pour les cas de chirurgie complexe et un temps pour les cas standards (quel que soit l'ordre) car quorum différent

- Nécessite de rendre lisible en amont RCP complexe / standard
- Les demandes d'avis si recours chirurgie complexe doivent être fait obligatoirement par des médecins (et non leur secrétariat médical)
- Optimisation du temps médical qui est ajusté au quorum requis
- Rappeler critères à préciser pour demande d'avis RCP (guide médecin demandeur)
- Statistiques : il faudrait flaguer les RCP pour pouvoir identifier les dossiers standards et les dossiers de recours chirurgie complexe
- Pas de changement sur CR RCP

Groupe C : Quels IMPACTS pour les 3C ?

Impacts en termes d'affichage, organisationnel, statistique, compte-rendu RCP, etc.

1. Maintien des RCP actuelles avec intégration des discussions des chirurgies complexes

Ex : RCP tumeurs digestives (dont A1 standards et B1 recours chirurgies complexes)

- = Situation actuelle
- Plus de dossiers
- Respecter le quorum si différent de RCP standard (multiviscéral ; multidisciplinaire)
- Différencier les dossiers pour statistiques (flag avant ou après la RCP)

NB : réorienter patients s'il n'existe pas de chirurgie complexe sur territoire

Solution : RCP chirurgie complexe après ou avant la RCP standard

2. Maintien des RCP actuelles ET création/duplication de RCP pour les chirurgies complexes

Ex : RCP tumeurs digestives A1 standards ET RCP tumeurs digestives B1 recours chirurgies complexes

- Trouver créneaux, salles, médecins
- Avoir connaissances pour orienter les demandeurs = définition
- Pas d'intérêt si peu de dossiers. Si rythme RCP 1/mois → perte chance patient en raison du délai ?
- Informer si création