



Réseau de Cancérologie d'Aquitaine

Audit clinique
Prise en charge initiale des gliomes
intracrâniens infiltrants de l'adulte et de l'enfant

Mai 2009

Sommaire

Organisation et déroulement de la démarche	3
<i>Champ d'application</i>	3
<i>Population cible</i>	3
<i>Référentiels utilisés</i>	3
<i>Méthode utilisée</i>	3
Informations générales sur le patient	4
Période préopératoire	5
Période opératoire	6
Consultation d'annonce et Temps Accompagnement Soignant	7
Anatomopathologie et biologie moléculaire	8
RCP	9
Radiothérapie	11
Chimiothérapie	12
Annexe : Grille de recueil des données	14



Organisation et déroulement de la démarche

Champ d'application

L'audit a concerné les services de neurochirurgie, d'oncologie et de radiothérapie d'Aquitaine prenant en charge des patients atteints de gliomes et acceptant de participer.

Population cible

Patients pris en charge en neurochirurgie pour un gliome infiltrant confirmé histologiquement quel que soit le grade (adultes). Pour les enfants présentant un gliome infiltrant du tronc cérébral, la confirmation histologique n'est pas obligatoire.

Référentiels utilisés

- Référentiel régional de prise en charge des gliomes intracrâniens infiltrants de l'adulte et de l'enfant, version I, décembre 2007. Réseau de Cancérologie d'Aquitaine.
- Recommandations nationales pour la mise en œuvre du dispositif d'annonce du cancer dans les établissements de santé (mesure 40 du Plan Cancer), novembre 2005. Institut National du Cancer.

Méthode utilisée

Type d'étude

Audit rétrospectif de 50 dossiers de patients pris en charge consécutivement à partir du 1^{er} janvier 2008 dans chaque centre neurochirurgical d'Aquitaine ; la répartition du nombre de dossiers par centre se faisant au prorata des chiffres d'activité de chirurgie tumorale 2006.

L'audit porte sur les modalités de prise en charge initiale de nouveaux patients durant les 4 premiers mois suivant le diagnostic, période durant laquelle sont prises et appliquées les principales décisions thérapeutiques.

Critères d'évaluation et grille de recueil

Les critères choisis correspondent (grille en annexe) :

- à des standards du référentiel régional de prise en charge des gliomes intracrâniens infiltrants de l'adulte et de l'enfant (audit clinique),
- à des options du référentiel régional de prise en charge des gliomes intracrâniens infiltrants de l'adulte et de l'enfant (observations cliniques),
- à des recommandations issues des recommandations nationales pour la mise en œuvre du dispositif d'annonce du cancer dans les établissements de santé (observations cliniques).

Données sources

PMSI des établissements, dossiers médicaux et infirmiers des patients, RCA (fiches RCP), tumorothèque régionale.

Auditeurs

Sites de Bayonne : Hélène Demeaux

Sites de Pau : Isabelle Cirilo-Cassaigne

Sites de Bordeaux : Hélène Demeaux + Isabelle Cirilo-Cassaigne

Informations générales sur le patient

Site de neuro-chirurgie	Total	(%)
CH Bayonne	7	(14)
CHU A	15	(31)
CHU B	16	(33)
Polycl. Navarre Pau	11	(22)
Total	49	(100)

Le sex-ratio est de 1,1 (26 hommes et 23 femmes) et la moyenne d'âge de 60 ans (médiane = 61 ; écart-type = 14).

Type de gliome	Total	(%)
Astrocytome	7	(14)
Glioblastome	37	(76)
Oligoastrocytome	3	(6)
Oligodendrogliome	1	(2)
DM	1	(2)
Total	49	(100)

Pour un prélèvement, le pathologiste n'a pas tranché entre glioblastome et oligoastrocytome.

Grade	Total	(%)
2	6	(12)
3	4	(8)
4	37	(76)
DM	2	(4)
Total	49	(100)

Pour 2 patients le grade n'était pas précisé dans le compte rendu anatomopathologique.

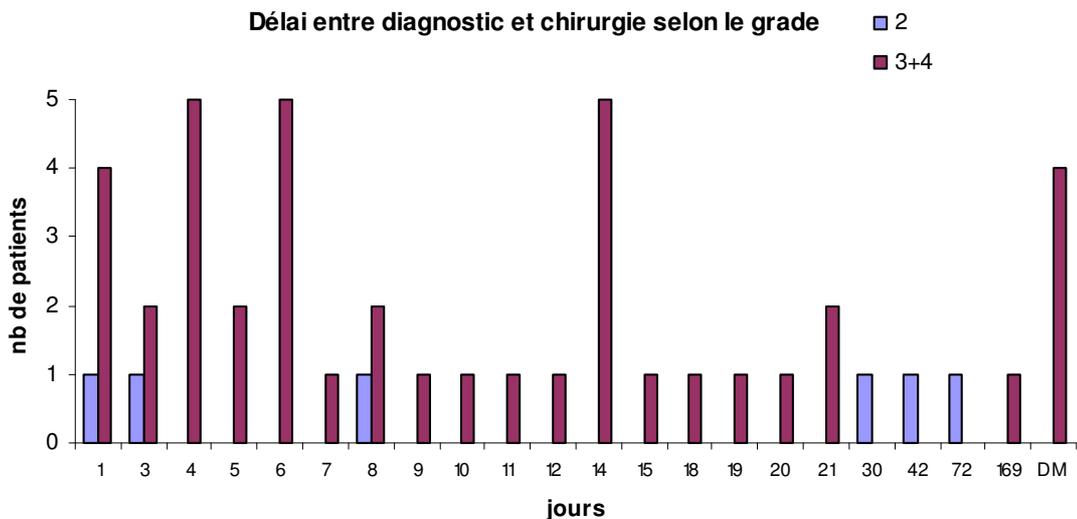
Période préopératoire

1. Délai entre l'examen neuroradiologique diagnostique et la biopsie ou l'intervention

Tous grades confondus, le délai moyen entre l'examen neuroradiologique diagnostique et la biopsie ou l'intervention est de 15 jours (écart-type = 26 jours). La médiane est de 8 jours.

Pour les gliomes de grade 2, la moyenne est de 26 jours (écart-type = 25), la médiane de 19 jours.

Pour les gliomes de grades 3 et 4, la moyenne est de 13 jours (écart-type = 27), la médiane de 7 jours.



2. Le bilan d'Imagerie Diagnostique comporte une IRM cérébrale

IRM diagnostique	Total	(%)
oui	43	(88)
non	6	(12)
Total	49	(100)

6 patients n'ont pas eu d'IRM lors du diagnostic : 4 ont eu un scanner, 1 avait un pace-maker et 1 est un enfant de 6 mois.

3. L'IRM diagnostique comporte une séquence T1 sans injection de gadolinium, trois plans T1 avec injection, un T2 Flair Axial

Technique IRM	Total	(%)
non	6	(14)
oui	27	(63)
DM	10	(23)
Total	43	(100)

Il y a 10 données manquantes car nous n'avons pas retrouvé les comptes rendus de ces IRM dans les dossiers des patients (IRM hors de l'établissement).

4. En cas de suspicion d'astrocytome de bas grade, l'IRM diagnostique comporte une séquence de perfusion afin d'estimer la densité vasculaire

Sur les 7 astrocytomes, 1 patient qui avait un astrocytome de haut grade et 1 patient qui a eu un scanner à la place de l'IRM ont été retirés.

Séq perfusion	Total	(%)
non	1	(20)
oui	3	(60)
DM	1	(20)
Total	5	(100)

La donnée manquante correspond à une IRM faite à Angoulême dont nous n'avons pas trouvé le compte rendu dans le dossier du patient.

5. Le patient a désigné une personne de confiance

Un patient a été retiré car c'est un enfant de 6 mois.

Personne confiance	Total	(%)
non	32	(67)
oui	16	(33)
Total	48	(100)

6. L'information délivrée au patient et/ou à la personne de confiance concernant la stratégie thérapeutique adoptée est tracée

Info stratégie tracée	Total	(%)
non	17	(35)
oui	32	(65)
Total	49	(100)

Période opératoire

7. En cas d'exérèse chirurgicale, le compte rendu opératoire précise si celle-ci a été totale, subtotale (résidu tumoral estimé inférieur à 10 %) ou incomplète

22 patients ont été retirés car ils ont eu seulement une biopsie.

Qualité exérèse CRO	Total	(%)
non	4	(15)
oui	23	(85)
Total	27	(100)

8. En cas de biopsie, la technique utilisée a permis de réaliser les prélèvements dans les zones où les anomalies radiologiques sont significatives quand elles existent

27 patients ont été retirés car ils n'ont pas eu de biopsie mais une exérèse chirurgicale.

Technique biopsie	Total	(%)
non	3	(14)
oui	19	(86)
Total	22	(100)

9. Des échantillons tissulaires ont été conservés dans une tumorothèque

Tumorothèque	Total	(%)
non	19	(39)
oui	30	(61)
Total	49	(100)

Ces informations ont été trouvées dans le dossier médical et/ou dans la base de données de la tumorothèque régionale.

10. Le consentement du patient à la conservation d'échantillons tissulaires en tumorothèque est présent dans le dossier

Consentement tumorothèque	Total	(%)
non	22	(73)
oui	8	(27)
Total	30	(100)

11. Une IRM cérébrale post-opératoire a été réalisée

22 patients ont été retirés car ils ont eu seulement une biopsie.

IRM post-op	Total	(%)
non	25	(93)
oui	2	(7)
Total	27	(100)

Parmi les 25 patients qui n'ont pas eu d'IRM, 3 ont eu un scanner, pour les autres aucune mention d'une IRM dans les dossiers, courriers, comptes rendus... n'a été retrouvée.

12. L'IRM cérébrale post-opératoire comporte une séquence T1 sans injection de gadolinium, trois plans T1 avec injection, un T2 Flair Axial

Technique IRM	Total	(%)
DM	2	(100)
Total	2	(100)

Les comptes rendus de ces 2 IRM n'ont pas été retrouvés dans les dossiers des patients.

Consultation d'annonce et Temps Accompagnement Soignant**15. L'annonce du diagnostic a été faite par le neurochirurgien et est tracée dans le dossier**

Annonce neurochirurgien	Total	(%)
non	30	(61)
oui	19	(39)
Total	49	(100)

16. L'annonce du diagnostic a été faite par l'onco-radiothérapeute et est tracée dans le dossier

16 patients ont été retirés car ils n'ont eu ni radiothérapie, ni chimiothérapie.

Annonce onco-radiothérapeute	Total	(%)
non	27	(82)
oui	6	(18)
Total	33	(100)

17. La consultation d'annonce a été réalisée en présence d'une infirmière d'annonce

27 patients ont été retirés car ils n'ont pas eu de consultation d'annonce (ni par le neurochirurgien ni par l'onco-radiothérapeute).

Présence infirmière d'annonce	Total	(%)
non	16	(73)
oui	6	(27)
Total	22	(100)

18. Les informations données au patient et/ou à la personne de confiance lors de l'annonce du diagnostic sont tracées

Info annonce tracées	Total	(%)
non	36	(73)
oui	13	(27)
Total	49	(100)

19. Le patient a eu accès à un T.A.S. après la consultation d'annonce

1 patient a été retiré car il s'agit d'un enfant de 6 mois.

TAS après annonce	Total	(%)
non	40	(83)
oui	8	(17)
Total	48	(100)

22. Le patient a eu accès à un T.A.S. après la radiothérapie et/ou la chimiothérapie

16 patients ont été retirés car ils n'ont eu ni radiothérapie, ni chimiothérapie.

TAS après radio ou chimio	Total	(%)
non	31	(94)
oui	1	(3)
DM	1	(3)
Total	33	(100)

21. Des soins de support ont été proposés et/ou mis en œuvre et tracés dans le dossier

Soins de support tracés	Total	(%)
non	37	(76)
oui	12	(24)
Total	49	(100)

Anatomopathologie et biologie moléculaire

23. Le prélèvement réalisé a permis de déterminer le type de gliome et le grade

Type et grade	Total	(%)
non	2	(4)
oui	47	(96)
Total	49	(100)

Pour un prélèvement, le pathologiste n'a pas tranché entre glioblastome et oligoastrocytome, et l'autre tumeur était difficile à grader.

24. La classification de l'OMS a été utilisée pour le diagnostic et le grading de ce gliome

Utilisation OMS	Total	(%)
non	17	(36)
oui	27	(58)
DM	3	(6)
Total	47	(100)

Pour 3 patients le compte rendu anatomopathologique n'a pas été retrouvé dans le dossier médical.

25. En cas de gliome de grade II ou de grade III, la recherche en cytogénétique moléculaire de la délétion du 1p et 19q a été effectuée

Délétion 1p et 19q	grade 2	(%)	grade 3	(%)	Total	(%)
non	2	(33)	1	(25)	3	(30)
oui	4	(67)	3	(75)	7	(70)
Total	6	(100)	4	(100)	10	(100)

26. En cas de gliome de grade III ou de grade IV (glioblastome), la recherche de méthylation du promoteur du gène de la MGMT a été effectuée

Gène MGMT	grade 3	(%)	grade 4	(%)	Total	(%)
non	3	(75)	25	(68)	28	(68)
oui	1	(25)	10	(27)	11	(27)
DM			2	(5)	2	(5)
Total	4	(100)	37	(100)	41	(100)

Pour 2 patients le compte rendu anatomopathologique n'a pas été retrouvé dans le dossier médical.

RCP**27. En cas de suspicion d'astrocytome de bas grade, toute stratégie thérapeutique est préalablement discutée en RCP (avant la chirurgie ou la biopsie)**

Pour 1 patient, il y a eu une 2^{ème} lecture anatomopathologique et la classification est passée de gliome de grade 3 à astrocytome de grade 2 ; le dossier n'est donc pas passé en RCP avant chirurgie.

RCP avant chirurgie	Total	(%)
non	5	(83)
oui	1	(17)
Total	6	(100)

28. Après la chirurgie (exérèse ou biopsie), la stratégie thérapeutique a été discutée en RCP (tumeurs de tous grades)

RCP après chirurgie	Astrocytome	(%)	Glioblastome	(%)	Oligoastrocytome	(%)	Oligodendrogliome	(%)	Total	(%)
non	1	(14)	6	(16)	1	(33)			8	(16)
oui	6	(86)	32	(84)	2	(67)	1	(100)	41	(84)
Total	7	(100)	38	(100)	3	(100)	1	(100)	49	(100)

29. La RCP comporte au moins un neurochirurgien + un radiothérapeute et un oncologue (ou un onco-radiothérapeute)

8 patients ont été retirés car ils n'ont pas eu de RCP post-opératoire.

Présence neurochir + oncoradio	Total	(%)
non	10	(24)
oui	24	(59)
DM	7	(17)
Total	41	(100)

Pour 7 patients, la composition de la RCP n'a pas été retrouvée (ni dans le dossier patient ni au RCA car les fiches n'ont pas été transmises).

30. La RCP comporte un radiologue

8 patients ont été retirés car ils n'ont pas eu de RCP post-opératoire.

Présence radiologue	Total	(%)
non	30	(73)
oui	4	(10)
DM	7	(17)
Total	41	(100)

Pour 7 patients, la composition de la RCP n'a pas été retrouvée (ni dans le dossier patient ni au RCA car les fiches n'ont pas été transmises).

31. La fiche de RCP du RCA a été remplie et transmise

10 patients ont été retirés car 8 patients n'ont pas eu de RCP post-opératoire et 2 patients ont eu leur RCP à Tarbes (la fiche n'a donc pas été transmise au RCA).

Fiche RCP transmise au RCA	Total	(%)
non	10	(26)
oui	29	(74)
Total	39	(100)

32. Le compte rendu de RCP destiné aux correspondants est retrouvé dans le dossier du patient

8 patients ont été retirés car ils n'ont pas eu de RCP post-opératoire.

CR RCP dans dossier	Total	(%)
non	17	(41)
oui	24	(59)
Total	41	(100)

33. Un parcours personnalisé de soins a été établi, tracé et remis au patient

PPS tracé	Total	(%)
non	48	(98)
oui	1	(2)
Total	49	(100)

34. Le patient a été inclus dans un essai thérapeutique

Inclusion dans un essai	Total	(%)
non	46	(94)
oui	3	(6)
Total	49	(100)

Radiothérapie

Radiothérapie	Total	(%)
non	16	(33)
oui	33	(67)
Total	49	(100)

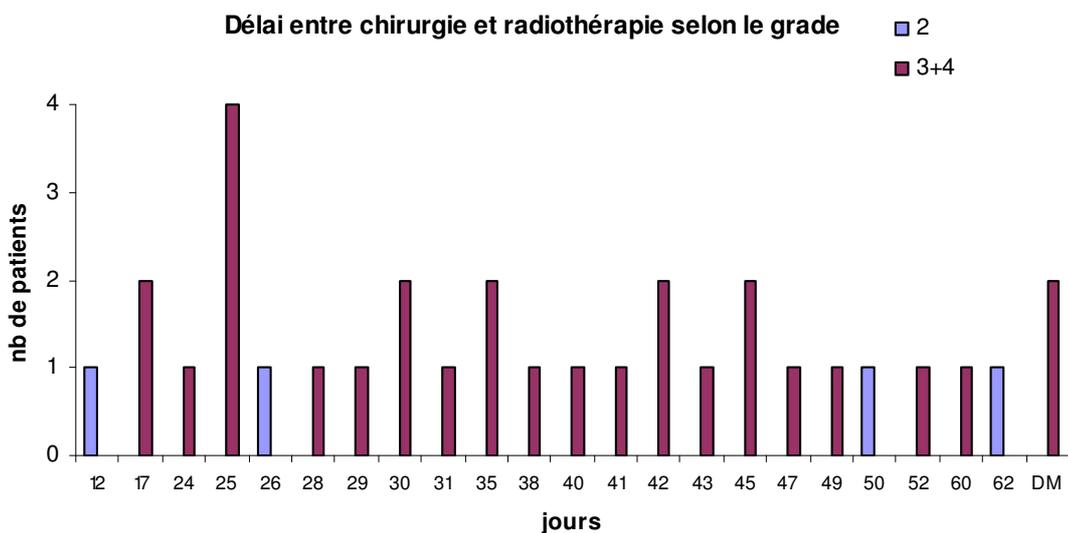
16 patients n'ont pas eu de radiothérapie et n'ont donc pas été comptabilisés dans les tableaux qui suivent.

35. Délai entre la chirurgie et la première séance de radiothérapie

Tous grades confondus, le délai moyen entre la chirurgie et la première séance de radiothérapie est de 35 jours (écart-type = 12 jours). La médiane est de 35 jours.

Pour les gliomes de grade 2, la moyenne est de 38 jours (écart-type = 20), la médiane de 38 jours.

Pour les gliomes de grades 3 et 4, la moyenne est de 35 jours (écart-type = 11), la médiane de 35 jours.



36. Le délai entre la chirurgie et la première séance de radiothérapie < 5 semaines

Délai < 5 semaines	Total	(%)
non	16	(48)
oui	16	(48)
DM	1	(2)
Total	33	(100)

37. Un histogramme dose-volume a été fait pour le contournage des volumes cibles et des organes à risque

Histogramme dose-volume	Total	(%)
oui	33	(100)
Total	33	(100)

38. Une fusion d'image TDM-IRM a été faite et tracée

Fusion TDM-IRM	Total	(%)
non	11	(33)
oui	22	(67)
Total	33	(100)

39. La dosimétrie a été faite dans le respect des normes ICRU

Respect ICRU	Total	(%)
oui	33	(100)
Total	33	(100)

40. La surveillance du patient a fait l'objet d'une traçabilité

Surveillance tracée	Total	(%)
non	6	(18)
oui	27	(82)
Total	33	(100)

41. Il existe un compte rendu de fin de radiothérapie dans le dossier patient

CR dans dossier	Total	(%)
non	5	(15)
oui	28	(85)
Total	33	(100)

42. Dans le compte rendu de fin de radiothérapie figurent la date de début, la date de fin, la dose totale, la dose par fraction, l'étalement, la tolérance

Qualité CR	Total	(%)
non	11	(39)
oui	17	(61)
Total	28	(100)

Chimiothérapie

43. En cas de glioblastome et d'éligibilité (âge ≤ 70 ans et autonomie OMS = 0-2), une radiochimiothérapie selon le protocole STUPP a été effectuée

Parmi les 37 glioblastomes, 13 patients ont été retirés : 9 avaient plus de 70 ans, 1 est un bébé de 6 mois et 3 avaient moins de 70 ans mais un OMS de 3 ou 4.

STUPP	Total	(%)
non	4	(17)
oui	20	(83)
Total	24	(100)

4 patients qui avaient plus de 70 ans ont eu un protocole STUPP.

5 patients qui n'avaient pas de glioblastome ont eu un protocole STUPP (1 astrocytome, 3 oligoastrocytomes et 1 patient pour lequel le pathologiste n'a pas tranché entre glioblastome et oligoastrocytome).



45. Le patient a reçu une et une seule cure de témozolomide en post-opératoire avant la radio-chimiothérapie selon le protocole STUPP

29 patients ont été pris en compte : 24 patients avec un glioblastome (20 de moins de 70 ans et 4 de plus de 70 ans) qui ont eu un STUPP et 5 patients qui n'avaient pas de glioblastome qui ont eu un STUPP.

Chimio avant STUPP	Total	(%)
non	27	(93)
oui	2	(7)
Total	29	(100)

44. En cas de glioblastome, une chimiothérapie locale par implantation de GLIADEL a été utilisée lors de la primo chirurgie

Parmi les 37 glioblastomes, 15 patients ont été retirés : 14 patients ont eu seulement une biopsie et 1 patient est un enfant de 6 mois.

Gliadel pendant chirurgie	Total	(%)
non	17	(77)
oui	5	(23)
Total	22	(100)

Annexe : Grille de recueil des données



Réseau de Cancérologie d'Aquitaine

Code patient /_/_/_/_/_/_/_/_/

AUDIT CLINIQUE DE LA PRISE EN CHARGE INITIALE DES GLIOMES INFILTRANTS DE L'ADULTE ET DE L'ENFANT

INFORMATIONS GENERALES SUR LE PATIENT

SEXE homme femme

DATE DE NAISSANCE ___/___/___

COMMUNE DE RESIDENCE

ETAT GENERAL (INDEX OMS)

 0 1 2 3 4 5MALADIES ASSOCIEES AU MOMENT DU DIAGNOSTIC MODIFIANT LA
PRISE EN CHARGE (CO-MORBIDITES)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> cardio-vasculaire | <input type="checkbox"/> HTA |
| <input type="checkbox"/> respiratoire | <input type="checkbox"/> hypercholestérolémie |
| <input type="checkbox"/> digestive | <input type="checkbox"/> cancer ou hémopathie |
| <input type="checkbox"/> rénale | <input type="checkbox"/> immuno-dépression |
| <input type="checkbox"/> nerveuse | <input type="checkbox"/> aucune |
| <input type="checkbox"/> obésité | <input type="checkbox"/> inconnue |
| <input type="checkbox"/> diabète | <input type="checkbox"/> autre |

TYPE DE GLIOME

GRADE I II III IVCHIRURGIE programmée urgence

ETABLISSEMENT DE CHIRURGIE

ETABLISSEMENT DE RADIOTHERAPIE

ETABLISSEMENT DE CHIMIOTHERAPIE

MEDECIN(S) REFERENT(S) DU DOSSIER

	CRITERES	OUI	NON	NA	COMMENTAIRES
Période pré-opératoire					
1	Délai entre l'examen neuroradiologique diagnostique et la biopsie ou l'intervention			 jours
2	Le bilan d'Imagerie Diagnostique comporte une IRM cérébrale				
3	L'IRM diagnostique comporte : - une séquence T1 sans injection de gadolinium - trois plans T1 avec injection - un T2 Flair Axial				
4	En cas de suspicion d'astrocytome de bas grade, l'IRM diagnostique comporte une séquence de perfusion afin d'estimer la densité vasculaire				
5	Le patient a désigné une personne de confiance				
6	L'information délivrée au patient et/ou à la personne de confiance concernant la stratégie thérapeutique adoptée est tracée				
Période opératoire					
7	En cas d'exérèse chirurgicale, le compte rendu opératoire précise si celle-ci a été totale, subtotale (résidu tumoral estimé inférieur à 10 %) ou incomplète				
8	En cas de biopsie, la technique utilisée a permis de réaliser les prélèvements dans les zones où les anomalies radiologiques sont significatives quand elles existent				
9	Des échantillons tissulaires ont été conservés dans une tumorothèque				
10	Le consentement du patient à la conservation d'échantillons tissulaires en tumorothèque est présent dans le dossier				
11	Une IRM cérébrale post-opératoire a été réalisée				
12	L'IRM cérébrale post-opératoire comporte : - une séquence T1 sans injection de gadolinium - trois plans T1 avec injection - un T2 Flair Axial				
13	Délai entre l'exérèse chirurgicale et l'IRM post-opératoire			 jours
14	Le délai entre l'exérèse chirurgicale et l'IRM post-opératoire ≤ 48 heures				
Consultation d'annonce et Temps Accompagnement Soignant (T.A.S.)					
15	L'annonce du diagnostic a été faite par le neurochirurgien et est tracée dans le dossier				
16	L'annonce du diagnostic a été faite par l'onco-radiothérapeute et est tracée dans le dossier				
17	La consultation d'annonce a été réalisée en présence d'une infirmière d'annonce				





18	Les informations données au patient et/ou à la personne de confiance lors de l'annonce du diagnostic sont tracées				
19	Le patient a eu accès à un T.A.S. après la consultation d'annonce				
20	Le T.A.S. a comporté une évaluation de l'ensemble des besoins physiques, psychologiques et socio-familiaux du patient				
21	Des soins de support ont été proposés et/ou mis en œuvre et tracés dans le dossier				
22	Le patient a eu accès à un T.A.S. après la radiothérapie et/ou la chimiothérapie				
Anatomopathologie et biologie moléculaire					
23	Le prélèvement réalisé a permis de déterminer le type de gliome et le grade				
24	La classification de l'OMS a été utilisée pour le diagnostic et le grading de ce gliome				
25	En cas de gliome de grade II ou de grade III, la recherche en cytogénétique moléculaire de la délétion du 1p et 19q a été effectuée				
26	En cas de gliome de grade III ou de grade IV (glioblastome), la recherche de méthylation du promoteur du gène de la MGMT a été effectuée				
Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP)					
27	En cas de suspicion d'astrocytome de bas grade, toute stratégie thérapeutique est préalablement discutée en RCP (avant la chirurgie ou la biopsie)				
28	Après la chirurgie (exérèse ou biopsie), la stratégie thérapeutique a été discutée en RCP (tumeurs de tous grades)				
29	La RCP comporte au moins un neurochirurgien + un radiothérapeute et un oncologue (ou un onco-radiothérapeute)				
30	La RCP comporte un radiologue				
31	La fiche de RCP du RCA a été remplie et transmise				
32	Le compte rendu de RCP destiné aux correspondants est retrouvé dans le dossier du patient				
33	Un parcours personnalisé de soins a été établi, tracé et remis au patient				
34	Le patient a été inclus dans un essai thérapeutique				
Radiothérapie					
35	Délai entre la chirurgie et la première séance de radiothérapie			 jours
36	Le délai entre la chirurgie et la première séance de radiothérapie < 5 semaines				
37	Un histogramme dose-volume a été fait pour le contourage des volumes cibles et des organes à risque				
38	Une fusion d'image TDM-IRM a été faite et tracée				
39	La dosimétrie a été faite dans le respect des normes ICRU				
40	La surveillance du patient a fait l'objet d'une traçabilité				
41	Il existe un compte rendu de fin de radiothérapie dans le dossier patient				
42	Dans le compte rendu de fin de radiothérapie figurent : - la date de début - la date de fin - la dose totale - la dose par fraction - l'étalement - la tolérance - la suite de la prise en charge				
Chimiothérapie					
43	En cas de glioblastome et d'éligibilité (âge ≤ 70 ans et autonomie OMS = 0-2), une radio-chimiothérapie selon le protocole STUPP a été effectuée				
44	En cas de glioblastome, une chimiothérapie locale par implantation de GLIADEL a été utilisée lors de la primo chirurgie				
45	Le patient a reçu une et une seule cure de témozolomide en post-opératoire avant la radio-chimiothérapie selon le protocole STUPP				
Gliomes chez l'enfant					
46	L'enfant a été pris en charge en Centre Pédiatrique Multidisciplinaire Spécialisé pour avis d'experts				

