

NORMES PANCANADIENNES

Chirurgie du cancer du sein



PARTENARIAT CANADIEN
CONTRE LE CANCER



CANADIAN PARTNERSHIP
AGAINST CANCER

RUBY 

reducing the burden of breast cancer in young women



ASSOCIATION CANADIENNE
DES CHIRURGIENS GÉNÉRAUX



MARS 2019

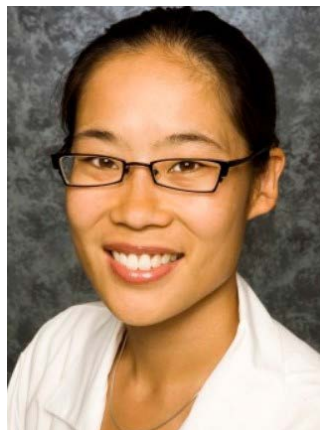


Le cancer du sein est le cancer le plus souvent diagnostiqué chez les Canadiennes et constitue la deuxième cause de décès par cancer.

TABLE DES MATIÈRES

PANEL D'EXPERTS	6	NORMES	14	ORIENTATIONS FUTURES	25
PORTÉE	9	Critères concernant les chirurgiens	15	RÉFÉRENCES	26
INTRODUCTION	10	Formation et compétences requises pour la pratique	15		
MÉTHODOLOGIE	12	Diagnostic	16		
Revue de la documentation et analyse de l'environnement	13	Chirurgie et prise en charge	17		
Discussions d'experts	13	Cadres de pratique	19		
		Critères organisationnels	19		
		Processus axés sur la qualité	22		
		Collecte des données et amélioration continue de la qualité	22		
		Survie	24		
		Survie et surveillance	24		

MESSAGE DES COPRÉSIDENTS



D^{re} MAY LYNN QUAN

Professeure agrégée de chirurgie



D^r CHRISTIAN FINLEY

Expert en chef, mesures cliniques,
Partenariat canadien contre le cancer

Le cancer du sein est le cancer le plus souvent diagnostiqué chez les Canadiennes et constitue la deuxième cause de décès par cancer¹.

En 2017, il était prévu que quelque 26 300 femmes recevraient un diagnostic de cancer du sein (environ 25 % de tous les nouveaux cas de cancer chez les femmes; 1 femme sur 8 devrait recevoir ce diagnostic au cours de sa vie) et que 5 000 décèderaient des suites de la maladie¹. Avec l'avènement des programmes de dépistage à l'échelon de la population et du traitement multimodal, on diagnostique le cancer du sein chez la plupart des femmes à un stade précoce, ce qui est associé à un pronostic très favorable. Dans la majorité des cas, le traitement comporte une intervention chirurgicale en plus du traitement par voie générale et de la radiothérapie².

Les données nationales montrent que la prise en charge du cancer du sein au Canada varie considérablement tant sur le plan des soins reçus que des résultats obtenus par les patientes³. De nos jours, le diagnostic et le traitement du cancer du sein nécessitent un soutien important de la part d'un groupe multidisciplinaire de prestataires de soins de santé ainsi que du matériel et des installations appropriés, afin de garantir que les patientes subissant une chirurgie du cancer du sein reçoivent, en temps voulu, des soins sûrs et de grande qualité. Il est, par conséquent, nécessaire de mettre en œuvre des démarches volontaristes pour améliorer l'organisation de la prestation des soins du cancer du sein, et ce, de manière à optimiser les résultats pour les patientes, tout en réduisant le fardeau que ces soins font peser sur le système de santé.

Nous formulons le vœu que ce document permette de prendre plus facilement des décisions favorisant la prestation de soins homogènes et de grande qualité pour toutes les Canadiennes atteintes d'un cancer du sein ayant besoin d'une intervention chirurgicale.

Le présent document fournit des directives générales ainsi qu'une réflexion sur les exigences et les ressources fondamentales à mettre en place afin d'améliorer les soins chirurgicaux du cancer et leurs résultats. Notre objectif est que les recommandations concrètes que renferme le présent document aident à combler les lacunes actuelles, qu'elles aient, du fait de leur pertinence pour l'avenir, une portée à long terme et qu'elles améliorent la prestation des soins chirurgicaux du cancer du sein au Canada.

Des analyses de l'environnement, une revue de la documentation existante et un consensus d'experts s'appuyant sur des données probantes ont servi de base à l'élaboration des normes formulées ici. Le présent document met l'accent sur plusieurs sujets essentiels comme le système du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) pour l'évaluation et la certification officielle de la formation. Il souligne le rôle essentiel des systèmes de soins et l'importance de consacrer au cancer du sein une part importante de la pratique et du maintien des compétences des chirurgiens.

En effet, des soins optimaux du cancer du sein ne se limitent pas à l'acte chirurgical; ils exigent également que l'équipe soignante concernée soit bien formée et dotée des ressources adéquates pour permettre un accès aux soins dans les meilleurs délais. Il est en particulier indispensable de s'appuyer sur une coordination rapide et efficace des services d'imagerie diagnostique, de chirurgie, de radiothérapie, de chimiothérapie, de pathologie et d'autres services complémentaires fournis lors des phases de rétablissement et de survie, l'allocation des ressources et la gouvernance de ces services incombant aux régions et aux établissements. C'est pourquoi la mise en œuvre de toute norme dépend de la collaboration fructueuse des chirurgiens spécialistes du cancer du sein avec ces entités. Le présent document souligne aussi l'importance d'un soutien poussé des ressources humaines et des professionnels paramédicaux. Il insiste également sur le caractère crucial d'une planification de la main-d'œuvre systématique et exhaustive en vue d'atteindre les objectifs fixés en matière de soins.

Des processus axés sur la qualité, tels que la collecte systématique de données et la mise en place d'une base de données nationale, doivent être judicieusement intégrés aux processus existants en matière de soins de santé afin de catalyser l'autoévaluation et l'amélioration continue de la qualité. Il conviendrait, en outre, de mener une réflexion minutieuse sur la pertinence d'une régionalisation des services spécialisés en vue d'améliorer les résultats

pour les patientes atteintes d'un cancer du sein complexe, tout en tenant compte de la durée des trajets et du choix des patientes. Les planificateurs et les fournisseurs de soins de santé peuvent utiliser ces renseignements pour organiser les soins de manière à optimiser les résultats pour les patientes, tout en préservant un accès raisonnable aux soins. Ce rapport s'inscrit dans une série de rapports devant être élaborés relativement à des normes nationales en matière de soins chirurgicaux oncologiques propres à certains sièges de cancer.

Nous sommes impatients de travailler avec vous pour améliorer la qualité des soins chirurgicaux oncologiques complexes au Canada.

D^{re} May Lynn Quan

Coprésidente, Normes pancanadiennes en matière de chirurgie du cancer du sein
Professeure agrégée, départements de chirurgie, d'oncologie et des sciences de la santé communautaire
Université de Calgary

D^r Christian Finley

Coprésident, Normes pancanadiennes en matière de chirurgie du cancer du sein
Expert en chef, mesures cliniques,
Partenariat canadien contre le cancer
Professeur agrégé, département de chirurgie,
Université McMaster

PANEL D'EXPERTS EN CHIRURGIE DU CANCER DU SEIN

D^r Alexander Poole

Chirurgien général, Clinique de chirurgie du Yukon, Whitehorse, Yukon

D^{re} Angel Arnaut

Directrice régionale de la chirurgie oncologique et oncoplastique du sein, Centre de cancérologie de l'Hôpital d'Ottawa; professeure agrégée, Université d'Ottawa, Ottawa, Ontario

D^r Christian Finley

Coprésident, Normes pancanadiennes en matière de chirurgie du cancer du sein; expert en chef, mesures cliniques, Partenariat canadien contre le cancer; professeur agrégé, Département de chirurgie, Université McMaster; chirurgien thoracique, St. Joseph's Healthcare, Hamilton, Ontario

D^r Christopher Cox

Professeur agrégé de clinique en chirurgie, Université Memorial de Terre-Neuve, St. John's, Terre-Neuve

D^{re} Elaine McKevitt

Professeure agrégée de clinique, Département de chirurgie, Université de la Colombie-Britannique; chaire du Canada; présidente, formation médicale continue, réseau d'oncologie chirurgicale, British Columbia Cancer Agency (BCCA); présidente, groupe d'oncologie chirurgicale du sein, réseau d'oncologie

chirurgicale, BCCA; chirurgienne, Clinique du sein Providence de l'Hôpital Mount Saint Joseph, Vancouver, Colombie-Britannique

D^{re} Frances Wright

Professeure de chirurgie, Université de Toronto; chaire Temerty de chirurgie du sein et du mélanome, Centre de lutte contre le cancer du sein Louise Temerty, Sunnybrook; directrice du programme de bourses de recherche en oncologie chirurgicale générale, Université de Toronto, Toronto, Ontario

D^r Jean-François Boileau

Professeur agrégé en chirurgie, Département d'oncologie Gerald Bronfman, Université McGill, Montréal, Québec

D^{re} Kelly Dabbs

Professeure clinicienne, Département de chirurgie générale, Division de chirurgie, Université de l'Alberta, Edmonton, Alberta

D^{re} Louise Provencher

Oncologue chirurgicale, professeure agrégée, CHU de Québec-Université Laval, Québec, Québec

D^{re} Lucy Helyer

Professeure adjointe, Division de chirurgie générale, Université Dalhousie, Halifax, Nouvelle-Écosse

D^{re} Marianna Kapala

Chirurgienne et directrice médicale du programme d'évaluation diagnostique du sein, Centre de santé des femmes Betty Wallace, Trillium Health Partners, Mississauga, Ontario

D^{re} May Lynn Quan

Coprésidente, Normes pancanadiennes en matière de chirurgie du cancer du sein, professeure agrégée de chirurgie, d'oncologie et des sciences de la santé communautaire, Université de Calgary, Calgary, Alberta

D^{re} Muriel Brackstone

Oncologue chirurgicale, programme régional du cancer de London; directrice médicale, London Breast Care Clinic et London Tumor Biobank; professeure agrégée de chirurgie et d'oncologie, Université Western, London, Ontario

D^{re} Nancy Down

Directrice médicale de l'équipe pluridisciplinaire de soins intégrés du sein et chef de la Division de chirurgie générale, Hôpital général de North York, North York, Ontario

D^{re} Pamela Hebbard

Professeure adjointe, oncologue chirurgicale générale, Université du Manitoba, Winnipeg, Manitoba

A blurred background image showing four people in a meeting or discussion. The image is out of focus, with a soft, light blue and white color palette. The people are standing and appear to be engaged in conversation.

D^{re} Pamela Meiers

Directrice chirurgicale, Centre de soins Irene et Leslie Dubé, Centre de santé du sein; directrice de la Clinique du cancer du sein à haut risque, Saskatoon, Saskatchewan

D^{re} Renee Hanrahan

Professeure adjointe, Université McMaster; chargée de cours à l'Université de Toronto; chirurgienne-oncologue et de reconstruction du sein; chef de la Division de chirurgie générale, Centre régional de santé Royal Victoria; responsable régionale de l'oncologie chirurgicale, North Simcoe Muskoka, Action Cancer Ontario, Toronto, Ontario

D^r Robert Olson

Professeur agrégé, chef de la Division de radio-oncologie et des produits radiothérapeutiques expérimentaux, Université de la Colombie-Britannique; professeur agrégé, responsable de la recherche, programme médical du Nord, Université du Nord de la Colombie-Britannique; chef de département, radio-oncologue, BC Cancer – Centre pour le Nord, Prince George, Colombie-Britannique

D^{re} Sara Rask

Chef, oncologie médicale, Programme régional de cancérologie de Simcoe Muskoka, Barrie, Ontario

REMERCIEMENTS

En menant à bien une revue exhaustive de la documentation universitaire, en effectuant une analyse objective et un examen des documents et en tenant des discussions en personne, le panel d'experts en chirurgie du cancer du sein a joué un rôle déterminant dans l'élaboration de ces normes.

La rédaction du présent rapport a été rendue possible grâce au travail dévoué de nombreuses personnes. Nous leur exprimons notre gratitude pour leurs contributions et pour leur aide lors de la formulation de ces recommandations.

En menant à bien une revue exhaustive de la documentation universitaire, en effectuant une analyse objective et un examen des documents et en tenant des discussions en personne, le panel d'experts en chirurgie du cancer du sein a joué un rôle déterminant dans l'élaboration de ces normes. Nous remercions **Laura Banfield**, bibliothécaire à l'Université McMaster, qui a réalisé, dès le lancement de ce projet, une revue exhaustive de la documentation pertinente, pour son précieux apport. Nous exprimons également notre gratitude à l'**Association canadienne des chirurgiens généraux (ACCG)**, au réseau **Reducing the Burden of Breast Cancer in Young Women (RUBY)** et à la **Société canadienne d'oncologie chirurgicale (SCOC)** pour leurs précieuses contributions à l'élaboration de ce document.

Le **D^r Craig Earle**, vice-président de la lutte contre le cancer au Partenariat canadien contre le cancer, a assuré la supervision stratégique de la rédaction du présent document. La **D^{re} Mary Argent-Katwala**, directrice, **Anubha Prashad**, gestionnaire de programme, **Michele Mitchell** et **Natasha Camuso**, analystes, ainsi que **Zahrah Khalid**, gestionnaire de la prestation, membres de l'équipe responsable des initiatives en matière de qualité, du diagnostic et des soins cliniques du Partenariat canadien contre le cancer, ont piloté les processus d'élaboration, de production et de diffusion du rapport.

PORTÉE

CE DOCUMENT PORTE NOTAMMENT SUR :

- la prise en charge du cancer du sein, de l'évaluation diagnostique de l'anomalie détectée à l'origine à la fin du traitement actif;
- l'accès, dans les délais requis, aux soins préopératoires, périopératoires et postopératoires;
- la formation et le maintien des compétences des chirurgiens spécialistes du cancer du sein;
- l'accès aux services et aux équipements;
- l'accès à des oncologues, radio-oncologues, pathologistes, chirurgiens plasticiens, ainsi qu'à d'autres médecins et professionnels paramédicaux;
- les ressources éducatives et relatives aux soins de soutien pour les patientes ainsi que pour les familles;
- les processus axés sur la qualité, notamment les tables rondes multidisciplinaires à propos d'une tumeur;
- la surveillance et la survie.

CE DOCUMENT NE PORTE PAS SUR :

- le dépistage;
- la gestion des parcours de soins par type de cancer ou siège tumoral;
- l'évaluation des médicaments et des options de traitement;
- l'évaluation de la technologie et de l'équipement utilisés pour prodiguer des soins.



INTRODUCTION

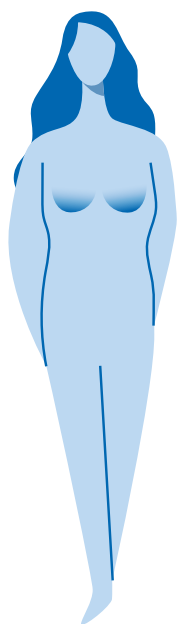
A photograph of two female scientists in a laboratory. The scientist in the foreground is wearing a grey hijab and glasses, looking intently at a tray of petri dishes. The scientist in the background is wearing a light blue lab coat and a lanyard, also looking at the dishes. The scene is set in a laboratory with various pieces of equipment visible.

Le cancer du sein est le cancer le plus souvent diagnostiqué chez les Canadiennes et constitue la deuxième cause de décès par cancer. Bien que les hommes puissent également être atteints d'un cancer du sein, cette maladie est beaucoup moins répandue chez eux.

On estime qu'en **2017**, **26 300** nouveaux cas de cancer du sein étaient à prévoir, soit environ **25 %** de tous les nouveaux cas de cancer chez les femmes.

26 300

NOUVEAUX CAS



ON ESTIME, EN
OUTRE, QUE

13 %

des décès par cancer chez les femmes ont été causés, cette année-là, par le cancer du sein¹.



Aujourd'hui, grâce aux progrès réalisés dans les traitements du cancer du sein, le taux de survie globale à 5 ans est élevé, s'établissant à environ **87 %** (estimation pour la période 2006-2008)⁴.

Cependant, à l'instar d'autres cancers, les recherches ont montré d'importantes variations dans la prise en charge de cette population de patientes et les résultats obtenus³. Compte tenu de la diversité des établissements disposant d'un accès variable aux ressources et aux services requis, il est urgent de se doter de services de santé appropriés pour appuyer la prise en charge de cette maladie à l'échelon du pays. Il est important de noter que la qualité de la chirurgie du cancer du sein et de la prise en charge ultérieure joue un rôle capital pour réduire la nécessité d'opérer à nouveau, les récidives locales ainsi que le risque de morbidité et potentiellement de mortalité^{5,6}.

La prise de décisions en matière de traitement des tumeurs malignes du sein peut s'avérer complexe et nécessite souvent l'intervention d'une équipe médicale pluridisciplinaire, comprenant non seulement un chirurgien général ou spécialisé dans la chirurgie du sein, mais également des radiologistes, des pathologistes, des oncologues médicaux et des radio-oncologues. En outre, d'autres médecins et professionnels paramédicaux prodiguent également des soins de soutien, notamment des chirurgiens plasticiens, des généticiens et des spécialistes de la fertilité. Le chirurgien est souvent le premier médecin à diagnostiquer la maladie, puis à coordonner les soins ou à orienter la patiente vers des services administrant les traitements adjuvants ou néoadjuvants. C'est pourquoi un système coordonné assurant des transferts et des communications sans heurts entre les médecins s'impose pour garantir que la patiente reçoit un traitement optimal. Dans un contexte où l'on a de plus en plus souvent recours à des traitements néoadjuvants, particulièrement dans les cas où la maladie a atteint un stade avancé, cette coordination s'avère essentielle.

En dépit des progrès réalisés en matière de soins, qui ont permis une hausse considérable des taux de survie, il existe des variations sur le plan de la pratique et des caractéristiques des établissements de soins à l'échelle du pays³. Compte tenu de la diversité des intervenants et des disparités en matière de soins d'un océan à l'autre, il convient de mettre en place un ensemble de normes canadiennes permettant de garantir la prestation uniforme de soins de grande qualité pour toutes les Canadiennes ayant besoin d'une chirurgie du cancer du sein. Dans ce cadre, ce document vise non seulement à définir la formation appropriée des chirurgiens pratiquant des chirurgies mammaires, mais également à mettre en évidence les caractéristiques essentielles des établissements traitant des patientes atteintes d'un cancer du sein, l'importance de la coordination des soins entre les responsables des décisions thérapeutiques et les processus de qualité nécessaires pour améliorer la prestation de soins de grande qualité dans le contexte canadien d'aujourd'hui.

MÉTHODOLOGIE

Les membres de ce panel d'experts ont examiné les résultats de la recherche documentaire pour en établir la pertinence et ont déterminé les données probantes clés à évaluer et à incorporer à l'appui des normes, le cas échéant.



Revue de la documentation et analyse de l'environnement

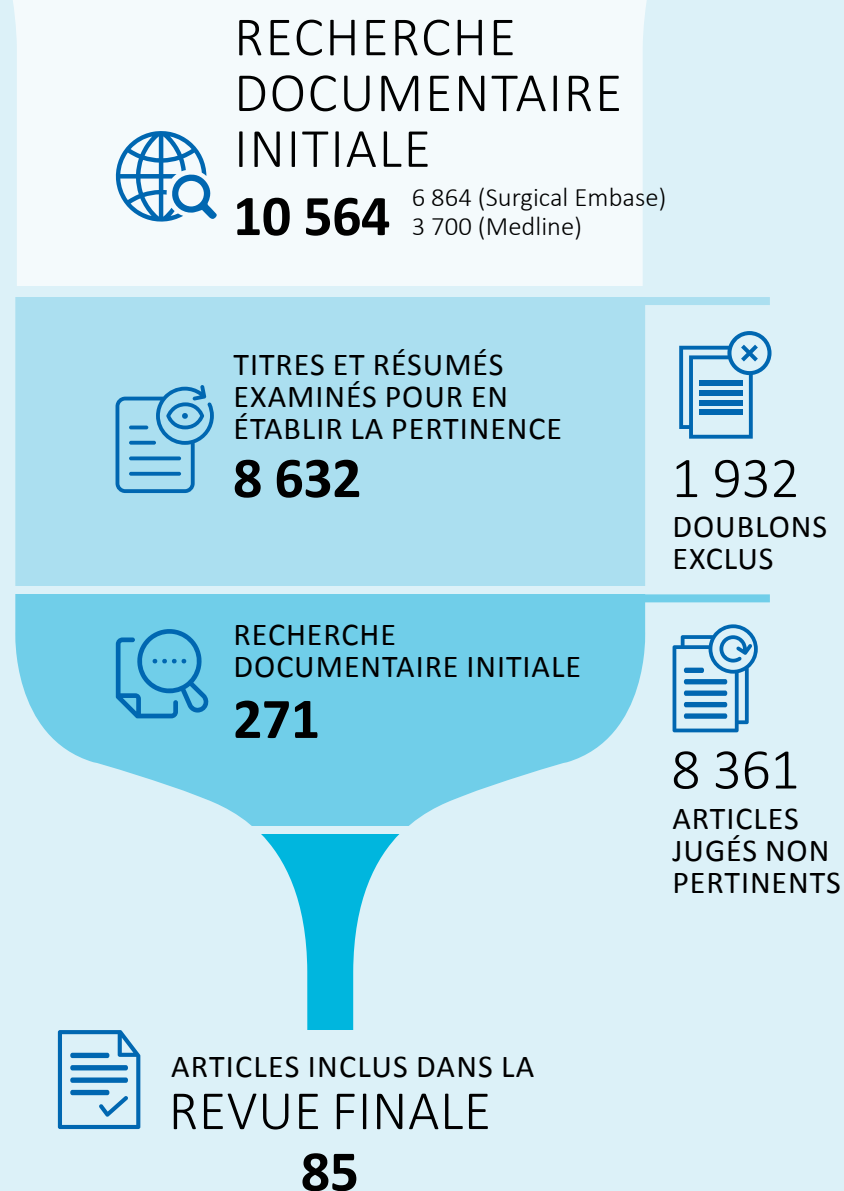
On a effectué une recherche documentaire au moyen de Surgical Embase limitée aux publications parues entre 1996 et juin 2016, et de Medline, limitée à celles publiées entre 1946 et juin 2016. Une stratégie de recherche exhaustive, incluant le Medical Subject Headings (ou MeSH), des opérateurs booléens et des exceptions, a été mise sur pied pour évaluer les documents afin d'examiner les données probantes. Certains résultats, constituant des doublons ou n'ayant pas été jugés pertinents après examen, ont été exclus (figure 1).

Discussions d'experts

Les présentes normes ont été élaborées par le biais de consultations avec un panel d'experts comprenant des chirurgiens spécialistes du cancer du sein et des oncologues, originaires de toutes les régions du Canada. Les membres de ce groupe ont examiné les résultats de la recherche documentaire pour en établir la pertinence et ont déterminé les données probantes clés à évaluer et à incorporer à l'appui des normes, le cas échéant. Une réunion en personne a eu lieu afin de formuler des énoncés de normes et de parvenir à un consensus sur les énoncés à inclure. Cette réunion a été suivie d'un sondage électronique visant à en valider les résultats et à voter à ce sujet. Au total, 36 normes ont été incluses dans le présent document. Une période d'examen ciblé a été planifiée afin de solliciter des commentaires supplémentaires d'un groupe élargi d'intervenants ainsi que l'approbation de l'Association canadienne des chirurgiens généraux (ACCG).

FIGURE 1

Organigramme des résultats de la recherche et de l'inclusion d'articles



NORMES

Comme le domaine évolue constamment, les chirurgiens pratiquant des chirurgies mammaires devront s'assurer de respecter les dernières normes en vigueur afin de veiller à ce que les patientes reçoivent les meilleurs soins possible.



Critères concernant les chirurgiens

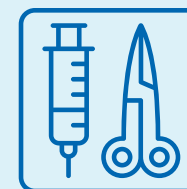
1.1 FORMATION ET COMPÉTENCES REQUISES POUR LA PRATIQUE

- 1.1.1 Un chirurgien traitant le cancer du sein doit respecter les exigences liées au maintien de sa certification en chirurgie générale et doit se conformer aux normes provinciales et nationales.
- 1.1.2 Un chirurgien traitant le cancer du sein doit pratiquer régulièrement des chirurgies mammaires. Un chirurgien pratiquant la chirurgie mammaire doit consacrer une partie de son temps de formation médicale continue (FMC) annuelle au maintien de ses compétences, par exemple en suivant des cours de rafraîchissement ou en participant à un programme d'éducation et d'autoévaluation en santé du sein.
- 1.1.3 Un chirurgien traitant le cancer du sein doit avoir suivi une formation complète et détenir une certification officielle en chirurgie générale. Il doit également avoir un intérêt marqué pour la chirurgie mammaire ou posséder une expertise dans ce domaine, ou encore avoir suivi une formation postdoctorale en chirurgie mammaire ou en oncologie chirurgicale. Les chirurgiens qui n'ont pas été formés au Canada doivent avoir achevé un programme de formation réglementé et agréé similaire, débouchant sur une certification.

Les connaissances et les compétences techniques nécessaires à une pratique sécuritaire et de qualité exigent du praticien qu'il ait achevé une formation exhaustive sur tous les aspects de la chirurgie du cancer du sein. On sait que les chirurgiens pratiquant des chirurgies mammaires commencent et/ou poursuivent souvent leur pratique en chirurgie générale. La recherche a montré que la spécialisation du chirurgien dans le type d'intervention qu'il pratique et le grand nombre de cas traités dans un centre amélioreraient les résultats obtenus par les patients^{3,7-10}. Il est impératif que les chirurgiens spécialisés en chirurgie mammaire maintiennent et actualisent régulièrement leurs compétences et leurs connaissances et qu'ils consacrent une large partie de leur temps à la pratique afin d'assurer le maintien de leur expertise dans ce type d'interventions. Comme le domaine évolue constamment, les chirurgiens pratiquant des chirurgies mammaires devront s'assurer de respecter les dernières normes en vigueur afin de veiller à ce que les patientes reçoivent les meilleurs soins possible. S'il est vrai que les chirurgiens pratiquant des chirurgies mammaires se doivent de posséder des compétences techniques spécialisées, il n'en demeure pas moins qu'une évaluation systématique appropriée et des systèmes de soutien des patientes jouent également un rôle essentiel pour leur permettre d'obtenir des résultats optimaux.

Les chirurgiens doivent maintenir leur expertise et leurs compétences en participant aux programmes de perfectionnement professionnel continu offerts, tels que le programme de Maintien du certificat du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. La FMC régulière est considérée comme un facteur indispensable pour garantir la prestation de soins complets et de pointe.

Quel que soit le niveau de formation ou l'expérience du chirurgien, il peut arriver que l'établissement dans lequel il exerce n'ait, occasionnellement, pas accès à la technologie la plus pointue et aux équipements les plus modernes nécessaires pour le traitement de tous les cas. Dans l'idéal, toutes les patientes subissant une chirurgie mammaire devraient être traitées dans des centres dotés de toutes les installations et ressources connexes permettant la pratique moderne de la chirurgie mammaire, ou y avoir accès¹¹.



1.2 DIAGNOSTIC

- 1.2.1 Les patientes dont les résultats d'examens d'imagerie du sein sont anormaux ou qui présentent une anomalie suspecte sur le plan clinique doivent subir une évaluation diagnostique dans les meilleurs délais, afin de permettre à 90 % des patientes atteintes d'un cancer du sein d'obtenir un diagnostic ou une résolution du diagnostic dans les six semaines suivant la date de l'imagerie anormale¹².
- 1.2.2 L'évaluation des anomalies décelées lors d'examens d'imagerie du sein doit être effectuée dans des établissements proposant des services agréés à l'échelon national de mammographie numérique, d'échographie mammaire et de microbiopsie percutanée guidée par imagerie. Si un établissement n'est pas agréé pour l'ensemble de ces examens ou n'est pas en mesure de les offrir, la patiente doit être aiguillée vers un établissement dûment agréé offrant les services requis¹³.

- 1.2.3 Lorsque c'est possible, on effectuera uniquement une biopsie à effraction minimale. La pratique d'une microbiopsie percutanée par aiguille, aussi bien dans le cas de pathologies bénignes que de pathologies malignes, constitue la norme attendue. Le diagnostic primaire par biopsie chirurgicale doit être considéré comme une exception.
- Lorsque cet examen n'est pas offert, il incombe conjointement à la région, à l'établissement, au radiologiste et au chirurgien d'apporter l'assistance appropriée à la patiente et de faciliter son accès aux services requis dans les meilleurs délais.
- 1.2.4 Les rapports d'imagerie du sein doivent être conformes aux normes établies par l'Association canadienne des radiologistes et inclure des énoncés portant sur la corrélation avec le rapport de pathologie rédigé après la biopsie.
- 1.2.5 Les rapports de pathologie doivent respecter les normes établies par l'Association canadienne des pathologistes pour les éléments requis^{14, 15}.

La rapidité et la précision du diagnostic du cancer du sein sont cruciales pour la mise en place, dans les meilleurs délais, d'un traitement approprié afin d'assurer les meilleurs résultats possible pour la patiente. Le diagnostic de cancer du sein peut être un processus complexe, comprenant plusieurs étapes et mettant en jeu de nombreux examens ainsi que différents médecins spécialistes. Au cours de la phase de diagnostic, l'imagerie diagnostique, la pathologie et d'autres services complémentaires jouent un rôle absolument essentiel. Tous les établissements et tous les spécialistes concernés par le diagnostic du cancer du sein doivent se conformer aux normes et aux directives définies ci-après ou approuvées par leurs associations nationales respectives, et ce, afin d'assurer un diagnostic précis et de grande qualité. Si un établissement donné n'est pas agréé pour effectuer l'ensemble des examens diagnostiques requis, on devra orienter les patientes vers un autre établissement dûment agréé en mesure de fournir ces examens. En outre, les examens pratiqués doivent être aussi peu effractifs que possible, la biopsie chirurgicale étant toujours considérée comme une pratique d'exception à ne mettre en œuvre qu'en cas d'absolue nécessité. Il est possible de remédier à une grande partie des retards de diagnostic et des échecs de transfert de soins en mettant en place des filières et des réseaux de soins solides, susceptibles d'optimiser la rapidité et la fiabilité du processus d'évaluation des soins. Tous les délais revêtant une importance capitale doivent faire l'objet d'un suivi centralisé, afin de veiller à ce que les obstacles et les variations en matière d'accès aux soins auxquels on s'attend soient parfaitement circonscrits et repérés, les parties responsables devant disposer de l'autorité nécessaire pour remédier à ces difficultés.

1.3 CHIRURGIE ET PRISE EN CHARGE

- 1.3.1 Les interventions chirurgicales du cancer du sein ne doivent être pratiquées que dans des centres qui répondent aux besoins définis dans le présent document, ces centres devant, par ailleurs, disposer de ressources suffisantes pour offrir ou faciliter un accès rapide aux soins requis, que ce soit en personne ou par l'intermédiaire d'un service de télémédecine.
- 1.3.2 Toutes les patientes atteintes d'un cancer du sein non métastatique doivent être évaluées par un chirurgien, et ce, le plus en amont possible du processus de soins afin de déterminer si la tumeur est résecable, idéalement avant le début de la chimiothérapie et de la radiothérapie.
- 1.3.3 Partout au Canada, les patientes doivent avoir accès à un processus de décisions thérapeutiques multidisciplinaires.
- 1.3.4 Les chirurgiens traitant le cancer du sein doivent participer à des conférences multidisciplinaires sur le cancer (CMC), virtuellement ou en personne.
- 1.3.5 Les centres de chirurgie mammaire doivent présenter les cas de toutes les patientes atteintes d'un cancer complexe (notamment celles qui reçoivent un traitement néoadjuvant ou celles qui sont très jeunes) lors d'une CMC. Idéalement, ils devraient également présenter les cas des patientes venant de recevoir un diagnostic de cancer du sein. Dans tous les cas, les résultats de la CMC doivent être consignés dans le dossier de la patiente concernée.
- 1.3.6 Pour pouvoir pratiquer une chirurgie conservatrice du sein avec ou sans localisation guidée par imagerie, une mastectomie, une biopsie du ganglion sentinelle ou un évidement axillaire, les chirurgiens spécialistes du cancer du sein doivent être suffisamment expérimentés dans la pratique de ces différentes interventions ou avoir suivi une formation pointue et récente en la matière.
- 1.3.7 Dans les cas où un traitement néoadjuvant pourrait être indiqué, la majorité des patientes doivent être vues et évaluées rapidement, c'est-à-dire dans les deux semaines suivant l'orientation, en oncologie médicale. Les chirurgiens spécialistes du cancer du sein doivent être conscients que certains facteurs augmentent la nécessité ou l'utilité d'un traitement néoadjuvant. Il peut notamment s'agir de patientes souffrant d'une maladie localement avancée (maladie inflammatoire, cancer du sein localement avancé [CSLA], etc.) ou présentant une tumeur d'un sous-type moléculaire associé à un taux de réponse élevé (triple négative, HER2 positive). Un tel traitement peut également faciliter la prise globale de décisions concernant la chirurgie, notamment en cas d'incertitude entre une mastectomie et une chirurgie conservatrice du sein, une réduction de la masse tumorale au niveau du sein, de l'aisselle ou des deux, ainsi que les évaluations complémentaires, par exemple génétiques ou plastiques.
- 1.3.8 Toutes les patientes devant subir une mastectomie doivent être informées des possibilités de reconstruction qui s'offrent à elles, les chirurgiens ayant pour obligation de documenter les échanges en la matière dans le dossier de la patiente. Les patientes admissibles désirant une reconstruction doivent avoir accès à une consultation ou à une évaluation en chirurgie reconstructive effectuée dans les meilleurs délais par un chirurgien plasticien spécialisé dans la chirurgie du sein, le recours à la reconstruction ne devant pas avoir d'incidence négative sur la date de l'intervention chirurgicale. Les ressources doivent être disponibles localement ou dans le cadre d'une filière ou d'une orientation accélérée vers des centres appropriés, et ce, qu'il s'agisse d'une reconstruction immédiate ou différée.

Toutes les patientes atteintes d'un cancer du sein au Canada doivent bénéficier d'une évaluation complète et systématique de façon à ce que les principaux responsables des décisions thérapeutiques soient consultés avant la mise en place d'une démarche de traitement particulière.

En procédant ainsi, on peut prendre en considération l'évaluation et les renseignements clés dont on dispose avant d'amorcer un schéma de traitement donné. Dans le cadre de ce modèle, les chirurgiens spécialistes du sein jouent un rôle précoce primordial dans le processus de diagnostic et de prise de décisions avant que d'autres options de traitement ne soient mises en place, en particulier dans les cas où l'acte chirurgical a une intention curative, c'est-à-dire en l'absence de métastases. Les chirurgiens doivent également être familiarisés avec les cas de patientes susceptibles de tirer profit d'un traitement néoadjuvant et doivent rapidement orienter les patientes vers un service pouvant offrir une évaluation en oncologie médicale.

L'équipe assurant la prise en charge des traitements chirurgicaux joue un rôle essentiel dans la réussite des soins prodigués aux patientes¹⁶. Les chirurgiens spécialistes du sein reconnaissent que, s'il est vrai qu'en tant que chirurgiens, ils exercent un rôle de leadership, d'apport de connaissances et d'excellence technique, il n'en demeure pas moins que c'est à l'équipe de soins tout entière qu'il incombe d'assurer la prévention de la mortalité et de la morbidité, et d'aider les patientes en cas d'événement indésirable. Les échecs en matière de coordination et de transition des soins incombent tout autant à l'équipe et à l'établissement qu'au médecin lui-même. Bien que le chirurgien spécialiste du sein ait un rôle essentiel à jouer, la collaboration avec d'autres spécialistes, par exemple des consultants ou du personnel infirmier clinicien spécialisé, est primordiale pour offrir des soins chirurgicaux de grande qualité^{8, 17, 18}. L'ensemble de l'équipe soignante

doit être bien formée et dotée des ressources adéquates afin de permettre, dans les meilleurs délais, un accès à des soins de grande qualité, que ce soit en personne ou virtuellement. Étant donné que toutes les régions ne disposent pas de l'ensemble des ressources nécessaires au sein de leur province ou de leur territoire, il est indispensable, afin de fournir les soins appropriés dans les meilleurs délais, non seulement de recenser les éléments ou les services manquants localement, mais également d'établir des collaborations avec les régions ou les établissements disposant de ces ressources. Les efforts conjoints des médecins, des établissements et des régions, ainsi que le soutien à l'échelon provincial ou territorial, s'avèrent essentiels pour prodiguer aux patientes atteintes d'un cancer du sein des soins complets, et ce, quel que soit leur lieu de résidence.

La collaboration et l'échange des connaissances jouent un rôle fondamental pour tous ceux qui sont concernés par les soins prodigués aux patientes. On a montré que la collaboration entre les différentes spécialités améliorerait les résultats pour les patientes et réduisait considérablement le délai entre le diagnostic et le traitement^{8, 19, 20}. Il est essentiel que les radiologistes, les chirurgiens, les oncologues médicaux, les radio-oncologues et le personnel infirmier élaborent pour les patientes un plan de prise en charge uniforme s'appuyant sur des données probantes. La communication entre les membres des équipes multidisciplinaires doit se faire de façon rapide et efficace afin de veiller à la conformité des parcours convenus de la patiente, notamment pour la prise en charge personnalisée de chaque cas et le respect du traitement définitif^{8, 21, 22}.

S'il est vrai que la situation de toutes les patientes ne peut être analysée lors d'une CMC, il n'en demeure pas moins qu'elles doivent toutes avoir accès à une évaluation dans le cadre d'une telle conférence afin de veiller à ce qu'elles reçoivent les soins multidisciplinaires adéquats. Tous les résultats d'une CMC doivent être consignés dans les dossiers des patientes et communiqués à ces dernières. On a montré que la collaboration entre les différentes spécialités améliorerait les résultats pour les patientes et réduisait de manière significative le délai entre le diagnostic et le traitement^{8, 20, 23}. Les éléments clés des discussions menées dans le cadre d'une CMC devraient porter, entre autres, sur la résecabilité de la tumeur et l'admissibilité de la patiente à des traitements adjuvants, notamment en ce qui concerne le calendrier et la coordination d'un traitement néoadjuvant administré par voie générale, ainsi que sur les évaluations complémentaires, comme celles liées à la génétique, à la fertilité et à la reconstruction, le cas échéant. En outre, toutes les patientes souffrant d'une maladie métastatique doivent faire l'objet d'une évaluation et d'une discussion relatives à l'ensemble des traitements offerts, y compris dans le cadre d'essais cliniques.

On ne saurait nier le fardeau que représente l'analyse d'un grand nombre de cas dans le cadre d'une CMC. Le calendrier, la coordination et le soutien financier relatifs à cette démarche doivent être soigneusement planifiés et budgétisés par le fournisseur de soins, l'établissement, ainsi que la province ou le territoire. L'enchaînement des activités de tous les participants à une CMC (chirurgiens, oncologues, pathologistes et radiologistes) doit être accessible et clairement défini afin d'assurer une participation optimale. Sachant que ce qui compte, avant tout, c'est le résultat pour la patiente, si l'on souhaite que ce processus réussisse, il convient d'adopter un système souple, innovant et réactif.

Cadres de pratique

2.1 CRITÈRES ORGANISATIONNELS

2.1.1 S'il est vrai que les différents éléments recensés dans ce document ne doivent pas nécessairement être présents dans chaque centre ou dans chaque région, il n'en demeure pas moins essentiel d'établir des relations ou des réseaux officiels en vue de garantir un accès rapide aux services requis à toutes les patientes chez lesquelles on soupçonne un cancer du sein ou qui ont reçu un tel diagnostic.

2.1.2 La première consultation avec le spécialiste du cancer du sein compétent en la matière, intervenant après le diagnostic, doit avoir lieu dans un délai de deux semaines suivant l'aiguillage de la patiente.

Pour 90 % des patientes atteintes d'un cancer du sein, le traitement de départ doit être instauré — c'est-à-dire que l'intervention chirurgicale doit avoir été effectuée, ou que le traitement par voie générale, la radiothérapie ou les deux doivent avoir débuté — dans un délai de quatre semaines après la date de la consultation. Les aiguillages appropriés doivent être effectués le plus tôt possible. Il incombe conjointement à l'établissement, à la région, au chirurgien et à l'équipe soignante de coordonner les soins le plus rapidement possible, les ressources devant être exploitées adéquatement de façon à garantir le respect des délais fixés²⁴⁻³⁰.

2.1.3 Quatre-vingt-dix pour cent des résultats de pathologie relatifs à la première microbiopsie doivent faire l'objet d'un rapport transmis dans un délai maximal de sept jours afin de faciliter la prise des décisions thérapeutiques. Les statuts ER, PR et HER2 doivent impérativement figurer dans le rapport des résultats définitifs de la première microbiopsie et être communiqués en temps opportun afin de faciliter la prise des décisions quant au traitement.

2.1.4 Quatre-vingt-dix pour cent des résultats définitifs de pathologie chirurgicale doivent faire l'objet d'un rapport transmis dans un délai maximal de deux semaines après l'intervention, et ce, en vue de faciliter la prise de décisions concernant le traitement adjuvant. Les principales caractéristiques pathologiques, notamment la taille de la tumeur, son grade, la présence d'une lymphangite cancéreuse ou d'un envahissement vasculaire, l'état des marges et la masse tumorale ganglionnaire (y compris l'ampleur de l'invasion extraganglionnaire) doivent faire l'objet d'un rapport conformément aux directives en vigueur^{14,15}.

L'accès aux soins et la rapidité de l'évaluation influencent considérablement le parcours d'une patiente atteinte d'un cancer du sein. Le panel d'experts a défini,

sur la base d'un consensus, des délais adéquats pour la prestation des soins. Le respect de ces délais cibles incombe conjointement aux chirurgiens, aux autres spécialistes et aux intervenants ayant des responsabilités directes vis-à-vis de la patiente, ainsi qu'à l'établissement. Ces objectifs prennent également en compte le fait que toutes les patientes atteintes d'un cancer du sein ne sont pas en mesure de suivre les différentes étapes de leur traitement au sein du système de soins de manière fluide et rapide. Les efforts dans ce domaine doivent essentiellement porter sur la prestation des soins dans les meilleurs délais afin que les retards dans le processus d'évaluation et de traitement n'aient de conséquences négatives ni sur les soins reçus par la patiente ni sur le pronostic. Une surveillance active et une évaluation des différents temps d'attente, notamment liés à la pathologie, s'avèrent essentielles pour garantir que l'on ne laisse pas sans suite d'éventuels retards inacceptables et que des politiques appropriées sont mises en place afin de motiver les parties responsables.

L'évaluation pathologique et la production du rapport qui s'ensuit doivent faire l'objet d'un suivi et être réalisées dans des délais adéquats en s'appuyant sur les

ressources nécessaires. Si les résultats sont équivoques, le rapport doit inclure les résultats des tests de caractérisation immunohistochimique des récepteurs avec hybridation in situ.

2.1.5 Les interventions chirurgicales pour le cancer du sein doivent être pratiquées dans des établissements fournissant notamment les services ci-après, et ce, que ce soit directement ou dans le cadre d'une collaboration avec des établissements dotés des ressources et des installations nécessaires pour offrir un soutien dans ce domaine :

- Unités de chirurgie d'un jour et de court séjour
- Services d'anesthésie locale et générale
- Localisation guidée par imagerie selon les normes de radiologie¹³
- Radiographie des échantillons pour confirmation de l'extraction de la lésion et évaluation des marges³¹
- Médecine nucléaire pour l'injection de radio-isotopes au niveau du ganglion sentinelle; les établissements, les centres ainsi que les provinces ou les territoires doivent faciliter l'accès aux produits radiopharmaceutiques nécessaires pour effectuer l'injection sur place si ce type d'intervention n'est pas offert dans un établissement agréé de médecine nucléaire
- Grossissement et traitement appropriés des échantillons mammaires récemment prélevés, conformément aux directives de l'ACP
- Accès à des pathologistes spécialisés dans le cancer du sein
- Accès, en temps voulu, à une évaluation pathologique appropriée par immunohistochimie
- Accès à des ressources en matière de chirurgie reconstructive
- Accès à des intervenants pivots et à des coordonnateurs des services aux patients ainsi qu'à des réseaux de soutien pour les personnes atteintes d'un cancer

2.1.6 Toutes les patientes doivent bénéficier de partenariats officiels permettant, lorsqu'il y a lieu, un accès en temps opportun aux essais cliniques.

2.1.7 Toutes les patientes doivent bénéficier de partenariats officiels leur permettant d'avoir accès à différentes ressources, notamment à des conseillers en génétique, et ce, dans les meilleurs délais. Toutes les patientes chez lesquelles on soupçonne un cancer héréditaire doivent être aiguillées dès que possible vers les services appropriés de dépistage et de consultation génétiques, afin de veiller à la mise en place du traitement et des soins de suivi adéquats. Lorsque ces tests pourraient avoir une incidence sur la prise en charge chirurgicale, une procédure accélérée doit être mise en place.

2.1.8 Toutes les patientes doivent bénéficier de partenariats officiels leur permettant d'avoir rapidement accès à différentes ressources, notamment, lorsqu'il y a lieu, à des spécialistes de la fertilité. Les patientes en âge de procréer souhaitant préserver leur fertilité doivent se voir offrir une consultation et une évaluation initiales. On doit s'efforcer d'obtenir plus facilement les financements permettant d'appuyer les traitements dans ce domaine^{32, 33}.

2.1.9 Toutes les patientes doivent avoir rapidement accès aux services d'oncologie médicale, notamment aux services de consultation, de mise en place thérapeutique et de prise en charge après la résection de la tumeur. Lorsqu'une

chimiothérapie est indiquée, 90 % des patientes doivent la démarrer dans les douze semaines suivant l'intervention chirurgicale.

2.1.10 Toutes les patientes doivent avoir accès, dans les meilleurs délais, à une consultation en radio-oncologie, à des services de radiothérapie et à des installations offrant les services suivants :

- Irradiation mammaire totale ou partielle avec ou sans complément d'irradiation
- Irradiation ganglionnaire régionale
- Radiothérapie palliative en cas de métastases osseuses ou systémiques
- Radiothérapie stéréotaxique en cas de métastases cérébrales isolées ou limitées.

Lorsqu'une radiothérapie est indiquée, 90 % des patientes doivent la recevoir dans les 28 jours suivant la date à laquelle elles sont prêtes à la commencer.

Les interventions chirurgicales du cancer du sein doivent être pratiquées dans des établissements dotés des installations et des ressources appropriées pour garantir des résultats optimaux aux patientes, comme indiqué ci-dessus. S'il est vrai que des chirurgiens experts et expérimentés sont en mesure de fournir des soins exceptionnels, il n'en demeure pas moins qu'en l'absence de certaines installations et ressources essentielles, les patientes pourraient courir le risque de recevoir des soins de qualité inférieure. Pour les services qui ne sont pas directement offerts dans l'établissement, il est important de connaître des centres susceptibles de fournir ces services

dans la région, d'entretenir des relations officielles avec ces établissements ou les deux^{17,23,34}. L'affiliation avec un centre de cancérologie régional ayant accès à de l'équipement de radiothérapie et dans lequel il est relativement facile d'obtenir une consultation avec des oncologues médicaux et des radio-oncologues fait partie des relations de travail formelles qu'il est important de mettre en place.

Les obstacles géographiques ou la disponibilité des lits ne doivent entraver ni le traitement ni les consultations nécessaires. L'isolement géographique, en particulier dans le contexte canadien, peut empêcher la prestation de soins de grande qualité aux populations vulnérables^{35,36}. Un réseau de soins fonctionnel, permettant notamment un accès rapide à des services de télésanté et à d'autres solutions technologiques, peut contribuer à atténuer les carences du système dans ces régions et à offrir des soins plus proches du domicile des patientes. C'est pourquoi la régionalisation des services doit tenir compte du choix des patientes et de la distance qu'elles sont prêtes à parcourir, sachant qu'elles ont souvent besoin de soins réguliers^{37,38}. La recherche a montré que la multiplication des déplacements était corrélée à un diagnostic accru de cancers à des stades plus avancés, à l'administration de traitements inappropriés, à un pronostic défavorable et à une qualité de vie inférieure^{35,37,39-41}. Des programmes régionaux innovants, exploitant au mieux les réseaux existants, jouent un rôle

important pour garantir des soins optimaux aux patientes. Que ce soit par le biais de parcours d'évaluations diagnostiques, de modèles de soins intégrés à domicile ou de la participation active de l'équipe de soins primaires de la patiente, de nombreux programmes existants peuvent combler ces lacunes potentielles en matière de soins.

- 2.1.11 Les patientes doivent pouvoir accéder à des services psychologiques et de santé mentale tout au long de leur parcours de soins, depuis le diagnostic et le traitement, jusqu'à la phase de survie.
- 2.1.12 Les patientes doivent pouvoir accéder rapidement, en cas de besoin, à des services et à des systèmes de soutien en matière de soins palliatifs, de préférence à proximité de leur domicile.
- 2.1.13 Des services de soutien social et familial doivent être fournis, notamment de l'information sur les ressources financières et sur les autres ressources de soutien.

Un plan systématique couvrant tous les aspects doit être mis en place pour veiller à ce que toutes les patientes atteintes d'un cancer du sein subissent régulièrement un dépistage des signes de détresse. Il sera ainsi plus facile d'évaluer le parcours de la patiente et de s'assurer qu'elle réagit correctement au diagnostic et au traitement. Les patientes présentant des signes de détresse doivent recevoir, dans les meilleurs délais, un soutien approprié.

- 2.1.14 Tout au long du continuum des soins (avant, pendant et après le traitement), les patientes doivent recevoir de l'information

en matière de surveillance et de survie, notamment sur les facteurs modifiables de leur mode de vie comme le régime alimentaire et l'exercice physique.

- Cette information doit être mise en œuvre conformément aux normes provinciales ou institutionnelles en matière de formation des adultes atteints d'un cancer.

- 2.1.15 Les patientes doivent être informées des soutiens existants en matière de réadaptation, notamment :

- Les services de réadaptation postérieure à un traitement local, y compris la physiothérapie
- La prise en charge des lymphoedèmes
- Les services relatifs aux soutiens-gorge prothétiques et ceux utilisés après une mastectomie

Les chirurgiens, en tant que membres de l'équipe soignante, doivent s'assurer que les patientes sont informées des services de soutien à la réadaptation à leur disposition dont ils doivent faciliter l'accès.



Processus axés sur la qualité

3.1 COLLECTE DES DONNÉES ET AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ

3.1.1 La collecte des données et l'amélioration continue de la qualité font partie intégrante de la prise en charge thérapeutique du cancer du sein, et ce, à l'échelon individuel, local, régional et provincial. Dans ce cadre, ces processus devraient être facilités par les prestataires de soins des patientes atteintes d'un cancer du sein.

3.1.2 Une approche nationale, fondée sur des données, doit être mise en œuvre pour offrir des pratiques de soins exemplaires. La collecte des données sur les processus et sur les résultats doit être effectuée de manière systématique et prospective. Il convient ensuite de comparer ces données avec les normes nationales et internationales en la matière. Il s'agit notamment de mettre en œuvre une classification systématique des effets indésirables, ainsi qu'une analyse périodique des données à des fins d'autoévaluation et de promotion d'une amélioration cyclique continue (grâce à des audits et à des rétroactions). Des approches fondées sur des pratiques exemplaires doivent être employées et diffusées afin d'assurer la prestation de soins de grande qualité. Il incombe aux autorités de santé de financer, de définir et de coordonner

ce processus, ainsi que de fournir les soutiens et la gouvernance appropriés aux établissements afin qu'ils puissent adopter des pratiques exemplaires.

- Les établissements et les régions qui disposent de centres de cancérologie régionaux doivent soutenir les processus axés sur la qualité de sorte que les obstacles financiers ne limitent pas la participation à ces initiatives.
- Les autorités régionales ou provinciales doivent recueillir des données pertinentes en matière de critères de qualité à des fins d'audits et de rétroactions en collaboration avec les chirurgiens, et se coordonner avec les initiatives nationales en la matière.
- Les établissements doivent favoriser la collecte et la mesure adéquates des données relatives à l'expérience des patientes.

3.1.3 On s'attend à ce que les techniques et les processus de soins évoluent au fil du temps. Leur adoption doit se faire de manière systématique afin de favoriser une mise en œuvre normalisée assortie de l'octroi de l'agrément requis lorsque des modifications importantes sont apportées aux technologies et aux pratiques. Lors de l'adoption de technologies et de techniques nouvelles, un suivi actif des résultats et des événements indésirables doit être effectué.

3.1.4 Les patientes présentant un risque élevé de résultats négatifs, en particulier celles issues de populations vulnérables, doivent être recensées aux échelons fédéral, provincial, territorial et institutionnel afin de mettre en place des filières appropriées et de surveiller la conformité. Il est important de dialoguer avec les populations rurales, éloignées et vulnérables afin de déterminer les facteurs culturels et géographiques qui entravent ou facilitent la prestation de soins optimaux.

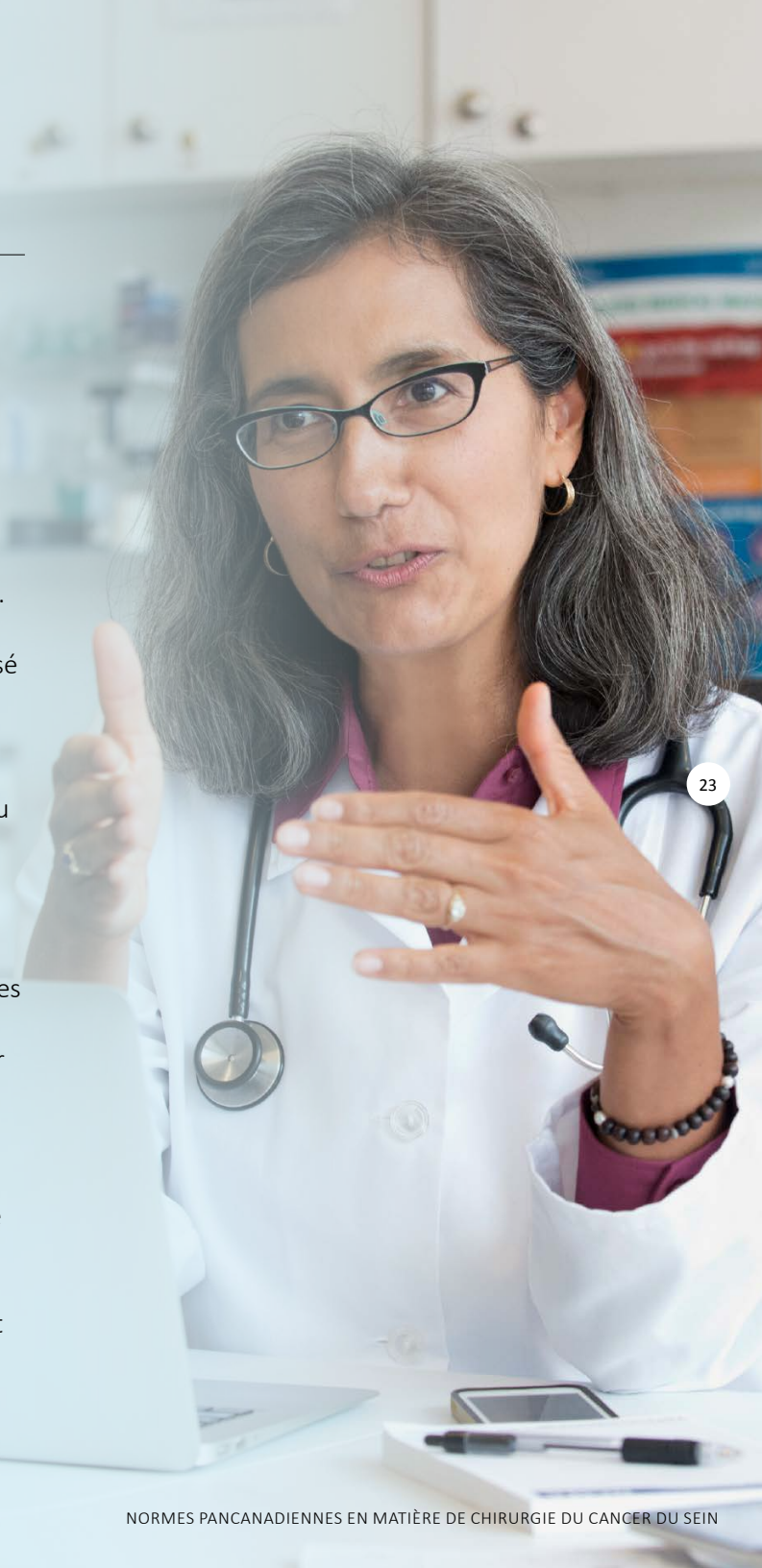


Bien qu'il soit difficile de la définir avec précision, l'amélioration de la qualité est souvent mesurée en fonction de composants liés à la structure, aux résultats et aux processus.

L'une des méthodes à la disposition des chirurgiens spécialistes du cancer du sein pour évaluer leurs pratiques consiste à les comparer aux lignes directrices fondées sur des données probantes, ou, le cas échéant, aux indicateurs de la qualité déjà établis^{42,43}. Les données relatives à la qualité sont souvent générées à partir de renseignements saisis dans de grandes bases de données sur les patients. Ces données, traitant de la qualité des soins, des processus et des mesures des résultats, peuvent fournir des renseignements pertinents relatifs à la qualité et aux résultats chirurgicaux. Dans le cadre d'un suivi régulier, elles peuvent aider à prévoir la morbidité et la mortalité chirurgicales. Au fil du temps, la collecte systématique de données permet d'améliorer la qualité des données, conduisant, *in fine*, à une amélioration des soins fournis aux patientes. Toutefois, les résultats ne dépendent pas uniquement du chirurgien et du niveau d'activité de l'hôpital, mais aussi des techniques chirurgicales utilisées, de facteurs propres à la patiente (comme les comorbidités) et des décisions thérapeutiques multidisciplinaires^{44,45}. La collecte de données à différentes étapes du parcours des patientes et l'évaluation comparative par rapport aux objectifs ou aux normes nationales et internationales peuvent contribuer à la prestation de soins de grande qualité centrés sur la patiente. Ce processus doit donc être appuyé aux échelons individuel, institutionnel et provincial ou territorial^{42,46}.

La collecte, l'évaluation et le suivi des données visent à améliorer les résultats chirurgicaux et le rendement des hôpitaux de façon non punitive et à se détacher d'une approche basée sur la stigmatisation et le reproche. Lors de l'adoption de nouvelles techniques ou de nouvelles technologies, le risque pour les patientes doit être évalué par rapport à l'ampleur d'une innovation et à son importance. On a montré qu'un examen et une vérification régulière des données ainsi qu'un suivi normalisé des complications permettaient d'améliorer les résultats. Les données à l'échelon de l'établissement doivent être réintroduites dans le système pour accroître la qualité et réduire au minimum les obstacles interprovinciaux, ainsi que pour permettre aux participants locaux qui fournissent des services d'améliorer la qualité. La surveillance des données relatives aux résultats peut aider les cliniciens à déterminer les processus qu'ils ont suivis ou non et qui ont eu des répercussions directes sur les résultats pour les patientes.

Dans la mesure où il existe des différences considérables quant à l'évaluation de la qualité des soins, l'utilisation uniforme d'indicateurs de la qualité des soins bien définis pour mesurer et surveiller le rendement donne l'espoir d'améliorer les résultats des patientes subissant une chirurgie mammaire.



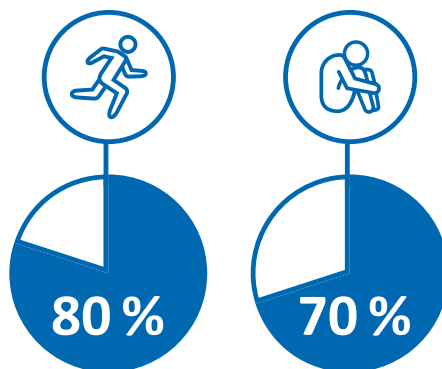
4.1 SURVIE ET SURVEILLANCE

4.1.1 À la fin du traitement actif, il incombe aux médecins ayant pris en charge une patiente atteinte d'un cancer du sein de veiller à ce qu'elle ait accès à une surveillance structurée, systématique et complète, ainsi qu'à des ressources destinées aux survivantes. Un plan formel de survie, portant sur la période suivant la phase de traitement aigu, doit être clairement défini lors de la transition du système hospitalier au(x) fournisseur(s) de soins primaires ayant le plus haut niveau de responsabilité dans la prise en charge de la patiente concernée. Ce plan doit décrire les pratiques de surveillance recommandées.

Il est important d'établir un plan formel de transition à l'intention du fournisseur de soins primaires afin de veiller à ce que toutes les patientes reçoivent le suivi, la surveillance et la continuité des soins requis lorsqu'elles sortent du système de soins liés au cancer. Ce point est d'autant plus important qu'un récent rapport intitulé « Vivre avec un cancer : rapport sur l'expérience du patient » a mis en lumière les lacunes en matière de soins après le traitement du cancer.

La majorité des patients interrogés pour établir ce rapport ont déclaré, à respectivement 80 % et 70 %, avoir éprouvé des difficultés physiques et émotionnelles à l'issue du traitement.

Les patients pouvant s'appuyer sur des structures formelles de soins de suivi ont indiqué qu'ils trouvaient de plus en plus souvent l'aide requise pour résoudre leurs problèmes. La collaboration entre les spécialistes en oncologie et les médecins de famille est essentielle pour assurer une transition efficace vers le système de soins primaires. À l'issue d'un traitement actif d'un cancer du sein, il convient de fournir aux patientes des ressources sur les services de soutien supplémentaires disponibles, en dehors du fournisseur de soins primaires ou de l'oncologue, tels que des services en santé mentale.



ORIENTATIONS FUTURES

Ce document a pour objectif de servir de ressource à visée informative et décisionnelle permettant d'améliorer et de normaliser la prestation des soins chirurgicaux du cancer du sein au Canada.

Après sa publication, il s'agira de le diffuser le plus largement possible et de déterminer des stratégies favorisant une adoption systématique et complète des normes présentées afin de contribuer à la réduction des écarts et de remédier aux carences et à la variabilité actuelles en matière de soins.

Des initiatives sont en cours en vue d'élaborer un cadre d'évaluation permettant de mesurer l'adoption des présentes normes et d'analyser le rôle que pourraient jouer les sociétés nationales et Agrément Canada pour les promouvoir et pour offrir des processus d'agrément visant à les faire respecter.

RÉFÉRENCES

1. Société canadienne du cancer. (2017). Statistiques sur le cancer du sein.
2. Institut canadien d'information sur la santé. (2012). Chirurgies pour le traitement du cancer du sein au Canada, 2007-2008 à 2009-2010, 1-63.
3. Finley, C., et coll. (2015). *Approaches To High-Risk, Resource Intensive Cancer Surgical Care In Canada*.
4. Société canadienne du cancer. (2018). Statistiques sur le cancer du sein. Disponible à l'adresse : <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/breast/statistics/?region=on>.
5. Sawka, C., Olivotto, I., Coldman, A., Goel, V., Holowaty, E., Hislop, T.G. (1997). The association between population-based treatment guidelines and adjuvant therapy for node-negative breast cancer. British Columbia/Ontario Working Group. *British Journal of Cancer*, **75**(10), 1534-1542.
6. Goel, V., Olivotto, I., Hislop, T.G., Sawka, C., Coldman, A., Holowaty, E.J. (1997). Patterns of initial management of node-negative breast cancer in two Canadian provinces. British Columbia/Ontario Working Group. *Journal de l'Association médicale canadienne*, **156**(1), 25-35.
7. Gooiker, G.A., et coll. (2010). A systematic review and meta-analysis of the volume-outcome relationship in the surgical treatment of breast cancer. Are breast cancer patients better off with a high volume provider? *European Journal of Surgical Oncology*, **36**(SUPPL. 1), S27-S35.
8. Gort, M., et coll. (2007). Improvement of best practice in early breast cancer: Actionable surgeon and hospital factors. *Breast Cancer Research and Treatment*, **102**(2), 219-226.
9. Guller, U., et coll. (2005). High hospital volume is associated with better outcomes for breast cancer surgery: Analysis of 233,247 patients. *World Journal of Surgery*, **29**(8), 994-999.
10. Peltoniemi, P., et coll. (2011). The effect of hospital volume on the outcome of breast cancer surgery. *Annals of Surgical Oncology*, **18**(6), 1684-1690.
11. Cataliotti, L., et coll. (2007). Guidelines on the standards for the training of specialised health professionals dealing with breast cancer. *European Journal of Cancer*, **43**(4), 660-675.
12. Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein. (2000). *Rapport du Groupe de travail sur l'intégration des processus de dépistage et de diagnostic de l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein*.
13. Association canadienne des radiologistes. Lignes directrices de pratique. (2018). Disponible à l'adresse : <https://car.ca/fr/soins-aux-patients/lignes-directrices-de-pratique/>.
14. College of American Pathologists. (2017). *Protocol for the Examination of Specimens From Patients With Ductal Carcinoma In Situ (DCIS) of the Breast*.
15. College of American Pathologists. (2017). *Protocol for the Examination of Specimens From Patients With Invasive Carcinoma of the Breast*.
16. Rebecca Warburton, et coll. (2018). Current Surgical Management of Breast Cancer. *BC Medical Journal*, **60**(2), 92-98.
17. Marshall, C.L., et coll. (2011). A multidisciplinary cancer center maximizes surgeons' impact. *Journal of Surgical Research*, **171**(1), 15-22.
18. Bickell, N.A., et coll. (2007). Lost opportunities: Physicians' reasons and disparities in breast cancer treatment. *Journal of Clinical Oncology*, **25**(18), 2516-2521.
19. Anderson, B.O., et coll. (2008). Interdisciplinary coordination for breast healthcare: A rational approach to detection, diagnosis, and treatment. *Disease Management and Health Outcomes*, **16**(1), 7-11.
20. Gfrerer, L., et coll. (2015). Assessment of patient factors, surgeons, and surgeon teams in immediate implant-based breast reconstruction outcomes. *Plastic and reconstructive surgery*, **135**(2), 245e-252e.
21. Ghaferi, A.A., J.D. Birkmeyer, et J.B. Dimick. (2011). Hospital volume and failure to rescue with high-risk surgery. *Medical Care*, **49**(12), 1076-1081.
22. Hopkins, M., et J. Andersen. (2010). Breast cancer consultation service: A nurse navigator based community model. *American Journal of Clinical Oncology: Cancer Clinical Trials*, **33**(5), 524-525.
23. Chao, A.H., et coll. (2014). Process outcomes in breast reconstruction and the impact of a comprehensive breast center. *Plastic and reconstructive surgery*, **134**(5), 675e-681e.
24. Partenariat canadien contre le cancer. (2017). *Dépistage du cancer du sein au Canada : surveillance et évaluation des indicateurs de qualité – rapport des résultats de janvier 2011 à décembre 2012*.
25. BC Cancer. (2017). *Screening Mammography Program 2017 Annual Report*.
26. BC Cancer. (2018). *Surgery Wait Times for "Adult - Mastectomy"*.

27. Qualité des services de santé Ontario. (2018). Délai entre la décision d'opérer et les chirurgies du cancer. Disponible à l'adresse : <https://www.hqontario.ca/Rendement-du-système/Tempsdattente-pour-les-opérations-et-les-interventions/Tempsdattente-pour-les-opérations-du-cancer/Attente-entre-la-décision-et-loopération-du-cancer>.
28. Ministère de la Santé du Manitoba. (2016). In Sixty Cancer Action: Breast Cancer.
29. Ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse. (2018). Healthcare Wait Times: Breast Cancer Surgery. Disponible à l'adresse : <https://waittimes.novascotia.ca/procedure/breast-cancer-surgery>.
30. Saskatchewan Health. (2018). *Mastectomy (simple) in all Locations: Wait Time Report by Specialist for One-Year Period Ending October 07, 2018*. Disponible à l'adresse : <http://specialists.health.gov.sk.ca/specialist-directory/faces/Home.xhtml>.
31. American Society of Breast Surgeons. (2016). Official Statements: Consensus Statements. Disponible à l'adresse : <https://www.breastsurgeons.org/about/statements/>.
32. Loren, A.W., et coll. (2013). Fertility Preservation for Patients With Cancer: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *J Clin Oncol*, **31**(19), 2500-2510.
33. Roberts, J. (2018). Fertility Preservation for Young Cancer Patients. *BC Medical Journal*, **60**(4), 217-222.
34. Knox, S. (2015). The European patient advocacy perspective on specialist breast units and accreditation. *Breast*, **24**(3), 287-289.
35. Holloway, C.M.B., R. Saskin, et L. Paszat. (2008). Geographic variation and physician specialization in the use of percutaneous biopsy for breast cancer diagnosis. *Canadian Journal of Surgery*, **51**(6), 453-463.
36. Goel, V., et coll. (1997). Patterns of initial management of node-negative breast cancer in two Canadian provinces. British Columbia/Ontario Working Group. *Journal de l'Association médicale canadienne*, **156**(1), 25-35.
37. Ambroggi, M., et coll. (2015). Distance as a barrier to cancer diagnosis and treatment: Review of the literature. *Oncologist*, **20**(12), 1378-1385.
38. Al-Sahaf, M. et E. Lim. (2015). The association between surgical volume, survival and quality of care. *Journal of Thoracic Disease*, **7**, S152-S155.
39. Craft, P.S., et coll. (2010). Variation in the management of early breast cancer in rural and metropolitan centres: Implications for the organisation of rural cancer services. *Breast*, **19**(5), 396-401.
40. Kong, A.L., et coll. (2011). Socioeconomic and racial differences in treatment for breast cancer at a low-volume hospital. *Annals of Surgical Oncology*, **18**(11), 3220-3227.
41. Boscoe, F.P., et coll. (2011). Geographic proximity to treatment for early stage breast cancer and likelihood of mastectomy. *Breast*, **20**(4), 324-328.
42. Eck, D.L., et coll. (2012). Breast surgery outcomes as quality measures according to the NSQIP database. *Annals of Surgical Oncology*, **19**(10), 3212-3217.
43. Arnaout, A., et coll. (2015). Use of Preoperative Magnetic Resonance Imaging for Breast Cancer: A Canadian Population-Based Study. *JAMA oncology*, **1**(9), 1238-1250.
44. Hall, G.M., et coll. (2016). Colorectal specialization and survival in colorectal cancer. *Colorectal Dis*, **18**(2), 51-60.
45. Bickell, N.A., A.H. Aufses, Jr., et M.R. Chassin. (2000). The quality of early-stage breast cancer care. *Annals of Surgery*, **232**(2), 220-224.
46. Kaufman, C.S. et J. Landercasper. (2011). Can we measure the quality of breast surgical care? *Annals of Surgical Oncology*, **18**(11), 3053-3060.

Le présent document fournit des directives générales ainsi qu'une réflexion sur les exigences et les ressources fondamentales à mettre en place afin d'améliorer les soins chirurgicaux du cancer et leurs résultats. Il servira de ressource d'aide à la prise de décision afin de soutenir la prestation de soins homogènes et de grande qualité à toutes les Canadiennes et tous les Canadiens ayant besoin d'une chirurgie du sein.
