

Normes pancanadiennes en matière de gynéco-oncologie

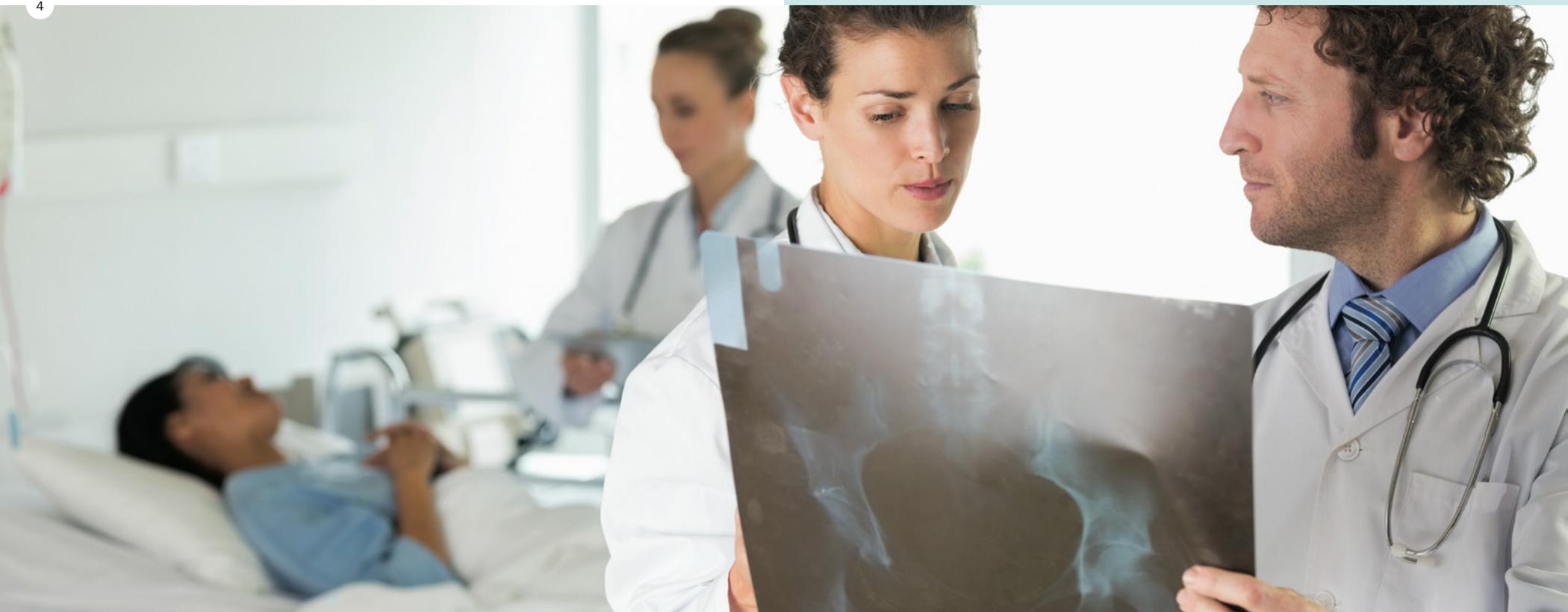




Table des matières

Introduction	8
Portée des normes	10
Utilisateurs visés/Public cible	10
Méthodologie	11
Revue de la documentation et analyse environnementale	11
Discussions d'experts	11
Normes et données probantes	12
—— Critères concernant les chirurgiens	12
1.1 Formation et maintien des compétences	13
1.2 Chirurgie et prise en charge	14
—— Cadres de pratique	15
2.1 Critères organisationnels	15
2.2 Ressources physiques et services partenaires	18
2.3 Ressources humaines	21
2.4 Traitement dans des centres d'oncologie et relation avec les centres affiliés	22
—— Processus axés sur la qualité	23
3.1 Discussion multidisciplinaire et évaluation [de cas]	23
3.2 Collecte des données et amélioration continue de la qualité	24
Orientations futures	26
Références	26

Message du D^r Christian Finley
Expert responsable, Mesures cliniques, Partenariat canadien contre le cancer



J'ai le plaisir de vous présenter les Normes pancanadiennes en matière de gynéco-oncologie. Il s'agit des toutes premières normes canadiennes complètes et fondées sur des données probantes en matière de gynéco-oncologie qui peuvent être adaptées aux systèmes de santé locaux. Dans le cadre des efforts déployés pour mettre à profit le travail remarquable accompli à ce jour, les normes existantes et les revues publiées en gynéco-oncologie ont servi de base à l'élaboration des normes nationales.

En raison de la tendance à la hausse des cas de cancers du système reproducteur, il existe de nombreuses disparités entre les modèles de pratique et les résultats pour les patientes lors de chirurgies oncologiques au Canada. Les conclusions du rapport de novembre 2015, intitulé *Approches en matière de soins connexes aux chirurgies oncologiques à haut risque et à grande intensité de ressources au Canada*, ont mené à l'élaboration des normes pancanadiennes. Elles ont également mis en lumière les différences considérables dans la façon dont chaque province du Canada dispense des services de soins en oncologie, donnant lieu à d'importantes disparités quant aux résultats obtenus par les patients. Ainsi, il est nécessaire d'adopter des approches proactives pour améliorer l'organisation des chirurgies requérant des soins complexes afin d'optimiser les résultats pour les patients et d'alléger le fardeau qui pèse sur les ressources en soins de santé.

Les résections de cancer de l'ovaire, en particulier, ont constitué le deuxième plus haut volume de cas au Canada, et, bien qu'une baisse considérable du taux d'incidence annuel ait été remarquée, les taux de mortalité annuels ont, quant à eux, augmenté de façon importante au fil des ans tout comme le nombre d'interventions associées au cancer des trompes de Fallope et à celui de l'ovaire.

Nous espérons que ce document 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 ayant besoin de soins en gynéco-oncologie. Le présent document fournit des directives de haut niveau ainsi qu'une réflexion sur les exigences et les ressources fondamentales à mettre en place afin d'améliorer soins chirurgicaux du cancer et leurs résultats. Nous avons pour objectif que les recommandations concrètes que renferme le présent document aident à combler les lacunes actuelles, soient prospectives et améliorent la prestation des soins offerts aux patientes souffrant de tumeurs malignes gynécologiques.

L'élaboration des normes repose sur des analyses environnementales, des revues de la documentation et un consensus d'experts s'appuyant sur des données probantes. Le présent document met l'accent sur bon nombre de 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 en gynéco-oncologie. Les chirurgies en gynéco-oncologie nécessitent une approche d'équipe intégrée dans laquelle l'équipe de soins de santé doit être bien formée et disposer de ressources suffisantes pour assurer les meilleurs soins possibles aux femmes souffrant de tumeurs malignes gynécologiques. La responsabilité de la prestation des soins est assurée par la collaboration de spécialistes qui évaluent ensemble les choix de traitement.

Au Canada, les gynécologues oncologues et les oncologues médicaux peuvent prescrire de la chimiothérapie aux patientes ayant subi une chirurgie soit dans des centres de gynéco-oncologie, soit dans des centres qui offrent ses soins plus près de chez elles. L'oncologie médicale est un aspect important des soins multidisciplinaires dans lequel les soins prodigués par l'oncologue sont fondamentaux.

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 fait partie d'une série de rapports qui vont être produits au sujet de normes nationales en matière de soins chirurgicaux oncologiques spécifiques à certains sièges du cancer.

Je suis impatient de travailler avec vous pour améliorer la qualité des soins chirurgicaux oncologiques complexes au Canada.



Dr Christian Finley
Expert responsable, Mesures cliniques
Partenariat canadien contre le cancer



Membres du panel d'experts en gynéco-oncologie

6

D^r Alon Altman, professeur agrégé, Département d'obstétrique, de gynécologie et des sciences de la reproduction à l'Université du Manitoba; gynécologue oncologue, Action Cancer Manitoba, Winnipeg, Manitoba

D^r Robyn Comeau, gynécologue oncologue, hôpital Georges L. Dumont, Moncton, Nouveau-Brunswick

D^r Laurie Elit, professeure agrégée, Département d'oncologie de l'Université McMaster, professeure, Département d'obstétrique et de gynécologie de l'Université McMaster, Hamilton, Ontario

D^r Sarah Finlayson, directrice de programme, MDUG, professeure adjointe d'enseignement clinique, Division de gynéco-oncologie, Hôpital général de Vancouver, Vancouver Coastal Health, Colombie-Britannique

D^r Christian Finley (président), professeur adjoint, Département de chirurgie, Université McMaster; chirurgien thoracique, St. Joseph's Health Centre, Hamilton; expert responsable, Mesures cliniques, Partenariat canadien contre le cancer, Ontario

D^r Prafull Ghatage, professeur agrégé, oncologie, Université de Calgary, Calgary, Alberta

D^r Chris Giede, Faculté d'obstétrique et de gynécologie; oncologue/hématologue, Saskatoon, Saskatchewan

D^r Jean Grégoire, gynécologue, Hôtel-Dieu de Québec (CHUQ), Québec

D^r Katharina Kieser, professeure agrégée, Département d'obstétrique et de gynécologie, Halifax, Nouvelle-Écosse

D^r Jacob McGee, professeur adjoint, division d'oncologie gynécologique, London Health Sciences Centre, London, Ontario

D^r Dianne Miller, chef de la Division de gynéco-oncologie, Département d'obstétrique et de gynécologie, Université de la Colombie-Britannique, British Columbia Cancer Agency, Colombie-Britannique

D^r Patti Power, professeure agrégée d'obstétrique et de gynécologie, Memorial University, St. John's, Terre-Neuve-et-Labrador

D^r Shannon Salvador, professeure adjointe, Département d'obstétrique et de gynécologie, Université McGill; Division de gynéco-oncologie, Hôpital général juif, Montréal, Québec

D^r Jackie Thurston, médecin membre du personnel, Département d'obstétrique et de gynécologie (chirurgie gynécologique minimalement invasive), Calgary, Alberta

Remerciements

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 leur aide lors de la formulation de ces recommandations.

Nous souhaitons remercier les membres du **panel d'experts en gynéco-oncologie** pour leur inestimable contribution, ainsi que la **Société de gynéco-oncologie du Canada (GOC)** pour ses commentaires et ses conseils précieux lors de la rédaction de ce document. Le panel d'experts a joué un rôle clé dans l'élaboration des recommandations en se livrant à un examen complet de la documentation universitaire, à une analyse objective et à une revue des documents, et en tenant des discussions en personne.

En outre, **Laura Banfield**, documentaliste à l'Université McMaster, a effectué une recherche documentaire complète au début de ce projet, contribuant ainsi à l'élaboration fondée sur des données probantes des normes nationales.

Afin de tirer parti de l'excellent travail réalisé à ce jour, l'élaboration des normes nationales s'est appuyée sur des travaux publiés : « Directives de l'organisation à l'intention des services de gynéco-oncologie en Ontario »¹.

La supervision stratégique de la rédaction du présent document a été réalisée par les membres suivants du personnel du Partenariat canadien contre le cancer (PCCC) : la **D^{re} Heather Bryant**, vice-présidente, Lutte contre le cancer. La mise au point du processus, la rédaction du rapport et sa diffusion ont été dirigés par l'équipe du diagnostic et des soins cliniques du Partenariat canadien contre le Cancer dans le cadre des initiatives axées sur la qualité : **Corinne Daly**, la **D^{re} Mary Argent-Katwala**, directrice; **Anubha Prashad**, gestionnaire de programme; **Michele Mitchell**, **Natasha Camuso**, analyste; et **Mridula Suri**, gestionnaire de prestation.



Introduction

- En 2010, 82 885 cas de cancer ont été rapportés au Canada chez les femmes, dont 12 % touchaient le système reproducteur².
- Dans 9 cas sur 10, il s'agissait de cancers de l'utérus, de l'ovaire et du col de l'utérus².
- Toujours en 2010, le cancer de l'ovaire a été à l'origine du plus grand nombre de décès signalés, soit 9,5 femmes sur 100 000².
- Selon les statistiques canadiennes de 2010, le cancer de l'utérus est celui des cancers du système reproducteur qui a été le plus souvent diagnostiqué, avec un taux de 30,3 nouveaux cas pour 100 000 femmes².
- L'âge moyen de décès résultant d'un cancer du col de l'utérus a diminué à cause du taux de survie plus élevé des femmes d'un certain âge².

En raison de la tendance à la hausse des cas de cancers du système reproducteur, il existe de nombreuses disparités entre les modèles de pratique et les résultats pour les patientes lors de chirurgies oncologiques au Canada³.

Un rapport publié récemment, intitulé *Les soins chirurgicaux liés au cancer qui conjuguent ressources importantes et risques élevés, et leurs approches au Canada*, souligne les principales disparités des modèles de soins existant dans tout le pays pour plusieurs types de cancer considérés comme à haut risque et à grande intensité de ressources^{3,4}. Étant donné que les résections du cancer de l'ovaire constituent le deuxième plus haut volume, un certain nombre de découvertes clés ont été mises en lumière :

- › un total de 16 949 interventions chirurgicales ont été réalisées dans 232 établissements au Canada (à l'exclusion du Québec)³;
- › une augmentation de 10 résections du cancer de l'ovaire par établissement pour une année donnée a été associée à une diminution de 7 % du risque de mortalité à l'hôpital (après ajustement des facteurs propres au patient, du type de procédure et des effets aléatoires liés à l'hôpital)³;
- › une variabilité importante a été observée entre les provinces pour ce qui est des taux de résection et des résultats³;
- › des variations importantes existent en matière de taux de survie, l'une des provinces présentant une différence de 15 à 20 % par rapport à la moyenne internationale⁴.

De solides données probantes viennent corroborer la répercussion positive du volume sur la chirurgie oncologique. Le rapport, intitulé *Les soins chirurgicaux liés au cancer qui conjuguent ressources importantes et risques élevés, et leurs approches au Canada*, souligne que les patientes et les aidants préfèrent avoir une meilleure qualité de soins chirurgicaux, même si cela est associé à des dépenses inhérentes à la distance de déplacement. Il est important de prendre en compte ces considérations lorsqu'une réorientation des procédures de chirurgie oncologique est envisagée, et ce, dans quelque région que ce soit³. D'autres facteurs liés à la régionalisation des soins doivent également être considérés, comme les exigences en ressources humaines afin d'assurer l'accès aux soins en temps opportun, la formation et le maintien des compétences nécessaires des oncologues en gynécologie, la disponibilité des services et de l'équipement requis, sans oublier les procédures d'assurance qualité et les capacités d'évaluation. Ainsi, la variation dans les taux et les résultats des résections parmi les provinces est venue illustrer l'importance de mettre sur pied des lignes directrices et des normes de pratique clinique pour chaque chirurgie oncologique. En fait, certaines provinces ont déjà pris des mesures visant à régionaliser les chirurgies des cancers gynécologiques³.

En raison de la nature de ces cancers complexes à haut risque, de l'âge et des comorbidités variables en fonction des patientes, ces chirurgies sont particulièrement compliquées et donc assorties d'un risque plus élevé d'effets indésirables pour les patientes. Cependant, elles leur offrent la meilleure chance de guérison; ainsi, une prestation optimale de ces soins, tant au niveau de l'indication que de l'exécution, est primordiale.

Compte tenu des données probantes susmentionnées, lesquelles corroborent l'amélioration des résultats et de la sécurité des patientes dans les centres à volume plus élevé, ainsi que les disparités de soins dans tout le pays, la mise au point d'un ensemble complet de normes pancanadiennes visant à assurer des soins homogènes et de grande qualité à toutes les Canadiennes ayant besoin d'une chirurgie en gynéco-oncologie est une nécessité.

PORTÉE DES NORMES

Le présent document a pour objectif de définir des pratiques exemplaires au niveau national et d'améliorer la prestation des soins pour les patientes atteintes de tumeurs malignes gynécologiques.

Ce document porte notamment sur :

- > les tumeurs malignes gynécologiques en général;
- > l'accès en temps opportun aux traitements et aux soins en période pré, per et postopératoire;
- > la formation et le maintien des compétences des gynécologues oncologues;
- > l'accès aux services et à l'équipement
 - comme l'accès à des oncologues, à des consultants et à des professionnels paramédicaux;
- > les ressources offertes aux patientes et à leur famille (p. ex., des programmes sur les cancers héréditaires);
- > les processus axés sur la qualité (notamment des tables rondes multidisciplinaires).

Ce document ne porte pas sur :

- > la gestion des parcours de soins par type de cancer ou siège de tumeur;
- > l'évaluation des médicaments et options thérapeutiques;
- > l'évaluation de la technologie et de l'équipement utilisés pour prodiguer des soins.

Aux fins de ce document, par « centre de gynéco-oncologie », on entend un centre qui se conforme à toutes les recommandations présentes dans ce document.

Ce document est conçu pour offrir des directives de haut niveau aux ministres de la Santé, aux gynécologues oncologues, aux autorités locales de la santé et aux administrateurs des hôpitaux sur les exigences et sur les ressources fondamentales qui doivent être mises en place pour aider à la prestation de soins de qualité. Il est admis que ces normes devront être adaptées en fonction des caractéristiques de chaque système de santé local.

Les membres du panel d'experts ont reconnu qu'il est possible que les lecteurs du présent document veuillent des seuils ou des chiffres concrets visant à démontrer une relation entre le volume et les résultats. Toutefois, n'étant pas à l'aise avec l'idée de donner des chiffres, ils ont préféré souligner les facteurs importants qui pourraient permettre d'obtenir des résultats optimaux.

UTILISATEURS VISÉS/PUBLIC CIBLE

Le présent document s'adresse en premier lieu aux gynécologues oncologues du Canada, viennent ensuite les ministres de la Santé, ainsi que les autres médecins et spécialistes impliqués (p. ex., les anesthésistes, les radiologistes, les pathologistes). D'autres utilisateurs pourraient tirer profit de ce document, notamment des chirurgiens d'autres pays.

Méthodologie

REVUE DE LA DOCUMENTATION ET ANALYSE ENVIRONNEMENTALE

Une recherche documentaire a été réalisée grâce aux bases de données bibliographiques Medline et Embase des publications parues entre 1946 et juin 2016 pour la première, et entre 1996 et juin 2016, pour la seconde. Une stratégie de recherche exhaustive a été mise sur pied pour évaluer les documents afin d'examiner les données probantes, et incluait Le Medical Subject Headings (ou MeSH), des opérateurs booléens et des exceptions. Certains résultats ont été exclus s'il s'agissait de doublons ou s'ils n'ont pas été jugés pertinents après examen (fig. 1).

DISCUSSIONS D'EXPERTS

Les présentes normes ont été élaborées par le biais de consultations avec un panel d'experts en gynéco-oncologie de partout au Canada. Les membres dudit panel 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 pour appuyer les normes, le cas échéant. Une réunion en personne a eu lieu afin de formuler des énoncés de normes (30 normes ont été élaborées) et de parvenir à un consensus sur les énoncés à inclure. Cette réunion a été suivie d'un sondage électronique visant à valider et à voter au sujet des résultats de ladite réunion. À la suite du sondage électronique et des discussions en personne, un (1) énoncé de norme a été ajouté, portant à 31 le nombre de normes incluses dans ce document. Une période d'examen ciblé a été mise en place afin de recueillir d'autres commentaires et de solliciter l'approbation de la Société de gynéco-oncologie du Canada (GOC).

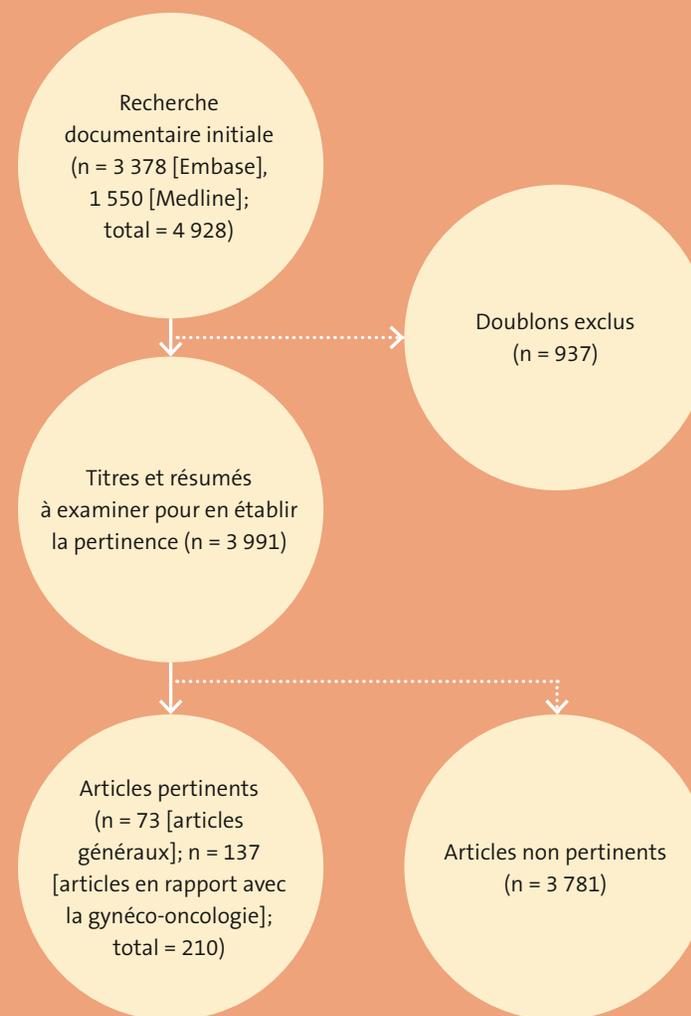
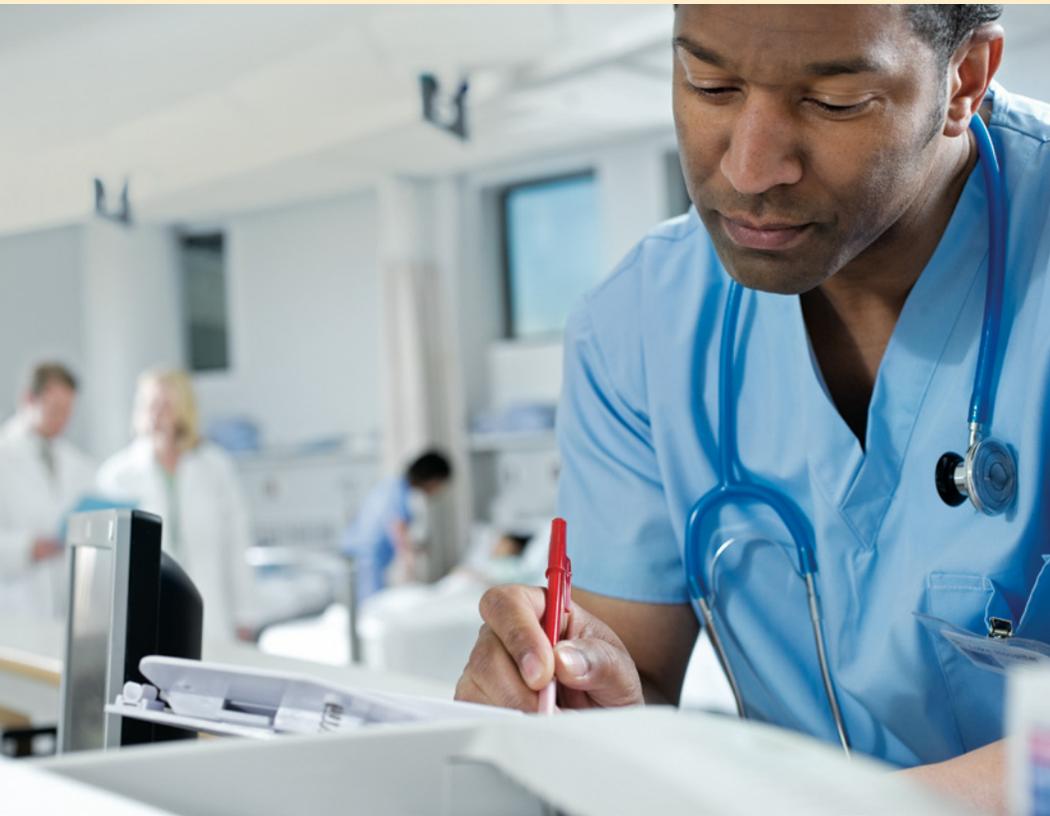


Figure 1. Organigramme des résultats de la recherche et de l'inclusion d'articles

Normes et données probantes

CRITÈRES CONCERNANT LES CHIRURGIENS



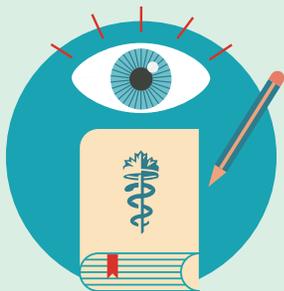
1.1 FORMATION ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES



1.1.1 Un gynécologue oncologue doit avoir une connaissance contemporaine des maladies des voies génitales féminines, comme le définissent les objectifs de la formation surspécialisée en gynéco-oncologie du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC)⁵.



1.1.2 La participation des gynécologues oncologues à des activités de maintien des compétences est obligatoire et doit être conforme aux normes provinciales et nationales propres à la gynéco-oncologie.



1.1.3 Les gynécologues oncologues doivent avoir suivi une formation officielle, réglementée et homologuée en gynéco-oncologie équivalente à celle du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC). Pour ceux dont la formation a eu lieu ailleurs qu'au Canada, il convient de suivre un programme de certification réglementé et homologué, certifié par le CRMCC^{5,6}.

Les connaissances et les compétences techniques nécessaires pour offrir un traitement sécuritaire et de qualité des tumeurs malignes gynécologiques exigent du praticien qu'il ait suivi une formation complète en gynéco-oncologie; par la suite, il convient de s'assurer systématiquement et avec diligence que sa formation est contemporaine. Lorsque cela est possible, il est préférable qu'il ait suivi une formation au Canada est préférable. Bien que le panel d'experts reconnaisse que d'excellents programmes de formation sont dispensés aux États-Unis et dans d'autres pays, les disparités quant à leur portée, leur contenu et leur évaluation sont telles que leur transfert intégral s'en trouve empêché.

1.2 CHIRURGIE ET PRISE EN CHARGE

1.2.1 Les gynécologues oncologues devraient être étroitement associés à l'évaluation diagnostique et à la prise en charge des tumeurs gynécologiques malignes, lorsqu'il appartient au seul gynécologue oncologue de décider si une tumeur est opérable ou résécable.

- La prise en charge des cancers de l'ovaire, des trompes de Fallope et du péritoine, y compris la chirurgie, ne devrait être assurée que par des gynécologues oncologues⁷.
 - Les patientes présentant des masses pelviennes devraient être orientées selon les lignes directrices publiées⁸.
- Toutes les femmes souffrant de tumeurs malignes gynécologiques devraient avoir accès à des équipes multidisciplinaires et être opérées ou traitées directement par un gynécologue oncologue.



De nombreuses études de cas réalisées dans le monde, ainsi que l'expérience d'experts, tendent à démontrer que les modèles de soins qui incluent le gynécologue oncologue dans les prises de décisions quant à l'opérabilité ou la résécabilité d'une tumeur présentent des taux de réussite de résection plus élevés, et permettraient d'obtenir des taux de survie supérieurs pour les tumeurs malignes gynécologiques^{9,10,11}. Les patientes dont la maladie est à un stade avancé connaissent un taux de survie plus élevé lorsqu'un gynécologue oncologue prend part au processus de soins. Les données probantes semblent également indiquer que toutes les femmes subissant des chirurgies pour un cancer de l'ovaire devraient pouvoir obtenir un avis gynécologique¹². Les gynécologues oncologues ont une influence positive sur le traitement, les résultats et la survie des patientes présentant des cancers à haut risque^{10,11}.

Si les soins sont prodigués de façon informelle ou si l'évaluation et le traitement du cancer à haut risque ne sont pas normalisés, les patientes ont bien souvent moins de chances de se voir proposer des modalités curatives. Ainsi, le panel d'experts recommande que toutes les patientes souffrant de tumeurs malignes gynécologiques au Canada soient évaluées de façon systématique afin que les soins puissent être normalisés. Dans ce modèle, les gynécologues oncologues doivent être étroitement associés aux décisions de traitement. En outre, les médecins en milieu communautaire doivent obtenir facilement l'opinion d'un gynécologue ayant la possibilité de communiquer sur appel avec un gynécologue oncologue. Les appels de la collectivité relatifs aux aiguillages devraient trouver réponse dans les 24 heures.

Bien qu'il arrive qu'au Canada des chirurgiens non spécialisés aient une excellente formation et de l'expérience en traitement chirurgical de certaines tumeurs malignes gynécologiques, le panel d'experts recommande que, pour optimiser les résultats, ces résections soient pratiquées par des gynécologues oncologues, ou en collaboration avec l'un d'entre eux, dans un centre de soins qui répond aux cadres de pratique (comme il est mentionné dans la section suivante). Le panel d'experts estime que le poids des données probantes est écrasant et qu'il vient corroborer l'idée selon laquelle les soins prodigués dans ce modèle sont meilleurs et dans l'intérêt supérieur du patient.

CADRES DE PRATIQUE



2.1 CRITÈRES ORGANISATIONNELS

2.1.1 Au moins trois (3) gynécologues oncologues sont nécessaires dans chaque centre de gynécologie désigné.

- La collaboration péopératoire est recommandée en gynéco-oncologie et devrait être retenue pour les cas complexes.

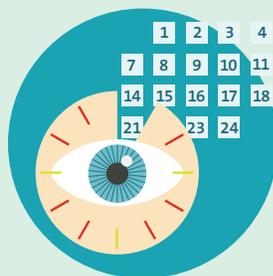
D'après des facteurs tels que la géographie canadienne, les patientes, les chirurgiens et les hôpitaux, il semble qu'il devrait y avoir au moins trois gynécologues oncologues au sein du personnel pour offrir une évaluation diagnostique et une prise en charge des tumeurs malignes gynécologiques. Une équipe d'au moins trois (3) gynécologues oncologues permet de réduire la fatigue du chirurgien, contribue à diminuer la durée de l'intervention, et donc à donner des résultats optimaux¹³. Les données probantes semblent indiquer que la fatigue qui pèse sur un gynécologue oncologue peut se traduire par de moins bons résultats¹³.

2.1.2 Le recrutement de gynécologues oncologues ou de ressources humaines adéquates peut être justifié en fonction de certains facteurs/seuils :

- › l'augmentation des fonctions non cliniques de formation, de recherche ou de leadership;
- › l'augmentation importante de la charge de travail d'un chirurgien en gynéco-oncologie susceptible de compromettre sa capacité à offrir des soins efficaces et en temps opportun aux patientes; cela étant fondé sur un postulat de moins de 60 heures de travail par semaine pour les gynécologues oncologues;
- › l'augmentation importante et durable du nombre d'aiguillages compromettant la prestation des soins;
- › l'augmentation des temps d'attente pour les patientes atteintes d'un cancer.

La planification des effectifs est liée au niveau de participation à la prestation du traitement systémique et dans la tenue de l'évaluation génétique.

2.1.3 Les centres de gynéco-oncologie devraient établir des objectifs afin de surveiller et d'évaluer les temps d'attente et l'accès en temps opportun aux soins.



2.1.4 Dans les limites géographiques de chaque province, les services de gynéco-oncologie devraient être concentrés et régionalisés.

2.1.5 Les opérations de gynéco-oncologie devraient être réalisées dans des centres de gynéco-oncologie désignés¹⁴.



16

La planification des effectifs n'est pas exacte et peut énormément varier selon les circonstances, l'étendue du travail et les autres activités non cliniques locales. Ainsi, il est difficile de donner un nombre exact, mais le panel d'experts, en évaluant l'historique de l'expérience canadienne, estime que l'embauche de gynécologues oncologues/ressources humaines peut être justifiée en fonction des facteurs précédemment mentionnés. La planification des effectifs dépend d'un nombre de facteurs comme la participation au traitement des maladies préinvasives, le conseil, l'implication dans des rôles de leadership, etc.

En outre, en raison de la multitude de responsabilités assumées par les gynécologues oncologues, à savoir la participation à des programmes de prévention, l'élaboration de directives de traitement, l'assurance de la qualité pour les soins oncologiques, les tâches cliniques, éducatives, administratives et de recherche, un échancier de paiement devrait être mis en place et tenu à jour. Les tâches cliniques devraient être rémunérées en fonction de leur complexité.

Les membres du panel d'experts recommandent les buts suivants pour le triage et le dépistage afin de faciliter la pose en temps opportun du diagnostic et la référence appropriée aux consultants :

- › Une recommandation complète à un centre de gynéco-oncologie devrait être triée dans la semaine qui en suit la réception. En outre, aucun délai ne devrait se produire dans le triage de cas pour lesquels la recommandation n'est peut-être pas complète, mais dont la documentation reçue est suffisante pour justifier ladite recommandation.
- › Selon les lignes directrices régionales, 90 % des patientes présentant des tumeurs malignes symptomatiques et à haut risque devraient être vues, évaluées et examinées dans les deux à trois semaines, pour ensuite être opérées dans les trois semaines suivantes. Une décision de traitement devrait être prise dans les quatre à six semaines pour tous les autres cas⁸.

Dans l'idéal, l'information spécifique sur la qualité de la chirurgie et des soins devrait orienter le processus de régionalisation dans les limites géographiques des autorités sanitaires. L'information actuellement disponible semble indiquer que la variable modifiable la plus sûre dans le modèle des soins aux patientes est la régionalisation des soins par l'envoi des patientes dans des hôpitaux à haut volume pour certaines procédures à haut risque afin qu'elles soient davantage susceptibles d'obtenir de meilleurs résultats¹⁵. Les centres à haut volume tendent à avoir des gynécologues oncologues mieux formés, une meilleure infrastructure, des unités de soins aux patientes mieux encadrées, davantage de ressources et des collaborations accrues avec des équipes multidisciplinaires. Ces facteurs permettraient de réduire les taux de mortalité et d'améliorer les taux de survie à long terme¹⁶⁻²⁶. Cela dit, il semble que ce ne soit pas le volume lui-même, mais les facteurs associés décrits dans ce document qui font la différence pour ce qui est des soins aux patientes; ainsi, la simple centralisation des cas sans aborder le reste de ces recommandations est une erreur et est peu susceptible d'améliorer les soins.

2.1.6 Les centres de gynécologie oncologique devraient être affiliés ou impliqués dans l'évaluation des syndromes héréditaires en gynéco-oncologie et des maladies préinvasives.

2.1.7 Le traitement et le pronostic des patientes atteintes de tumeurs malignes gynécologiques dépendent en grande partie de la pathologie et la majorité des cas référés nécessite souvent l'examen d'échantillons pathologiques par des spécialistes en gynécologie ou des pathologistes intéressés par les tumeurs malignes gynécologiques.

Selon un avis partagé par les membres du panel d'experts, les cas d'adénocarcinome endométrial de l'utérus de grade 1/stade clinique 1 devraient être réexaminés par deux pathologistes ayant accès à un pathologiste spécialisé en gynécologie. Tous les autres cas de tumeur maligne gynécologique devraient être réexaminés par un pathologiste spécialisé en gynécologie.

2.1.8 Les centres de gynéco-oncologie devraient participer à des réseaux de soins établis et intégrés à l'échelle régionale et provinciale afin de garantir la prestation de soins appropriés de proximité.



Dans le contexte canadien, l'isolement géographique peut empêcher la prestation de soins de grande qualité aux populations vulnérables. La disponibilité d'un réseau de soins fonctionnel avec un accès facile à la télésanté ou à d'autres solutions technologiques peut aider à atténuer les risques et permettre d'offrir des soins de proximité. Ainsi, la régionalisation des services devrait tenir compte du choix des patientes et de la distance qu'elles sont prêtes à parcourir puisqu'elles ont bien souvent besoin de services de soins de santé fréquents et réguliers, et ce, pendant des années^{27, 28}. Il convient de souligner l'importance des programmes régionaux novateurs qui s'appuient sur les réseaux existants afin de permettre aux patientes d'obtenir des soins optimaux. Que ce soit par une évaluation diagnostique, des modèles de soins à domicile intégrés ou la participation active de l'équipe de soins primaires de la patiente, bon nombre de programmes existants peuvent pallier ces lacunes potentielles au niveau des soins.

2.1.9 Toutes les patientes devraient avoir l'occasion de participer à des essais cliniques.



Des infrastructures, comme l'accès à des réseaux d'essais cliniques consacrés à une maladie, devraient être mises en place afin d'appuyer et de faire augmenter la participation des patientes à la recherche clinique. Pour le traitement des tumeurs malignes gynécologiques, une attention particulière devrait être portée à la disponibilité et au financement des essais cliniques puisque ces cancers manquent cruellement de ressources par rapport à leurs taux de mortalité et d'incidence.

2.2 RESSOURCES PHYSIQUES ET SERVICES PARTENAIRES

2.2.1 Tous les centres de gynéco-oncologie ont besoin d'un accès aux diagnostics en temps opportun de sorte que tous les examens (comme la tomodensitométrie, la radiologie d'intervention, les biopsies, etc.) puissent être réalisés dans les délais établis pour les cancers avancés. La région, l'établissement et les gynécologues oncologues sont conjointement responsables d'offrir le soutien approprié et l'accès aux services en temps opportun (de la suspicion au diagnostic puis au traitement). Une région dotée de centres de gynéco-oncologie doit s'engager à offrir des ressources et une main-d'œuvre adéquates afin de proposer des soins de grande qualité.

Un centre de gynéco-oncologie doit disposer des ressources nécessaires afin de pouvoir établir des diagnostics en temps opportun et pratiquer des interventions précoces. L'ensemble des services de chirurgie, de radiothérapie et de thérapie systémique doit être proposé¹⁴.





2.2.2 Les ressources et les services partenaires suivants sont considérés comme étant des critères raisonnables à respecter pour permettre aux centres de gynéco-oncologie d'offrir des soins complets et en temps opportun :

- une unité de chirurgie en gynéco-oncologie spécialisée géographiquement définie avec une unité consolidée de lits désignés visant à assurer un niveau d'expertise adéquat en soins infirmiers, en gynéco-oncologie, en oncologie chirurgicale, en pathologie gynécologique, en oncologie médicale et en expertise palliative dans l'attente que tous les cas puissent trouver une place dans des unités spécialisées afin que leurs soins soient normalisés;
- des lits de soins postintensifs en cas de besoin pour répondre au volume de patientes traitées;
- un accès 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 au bloc opératoire, à l'unité de soins intensifs, à la radiologie d'intervention et aux soins intensifs;
- un accès à des services de laboratoire à réponse rapide (comme la biochimie, l'hématologie, la transfusion et la microbiologie);
- la préparation de coupes cryogéniques et un service de pathologie sur place afin d'aider le bloc opératoire;
- un accès en temps opportun à l'immunohistochimie et à la génomique appropriées;
- un accès en temps opportun aux services de coloscopie;
- un accès en temps opportun aux services de gynéco-oncologie pour les patientes hospitalisées, en particulier à la chimiothérapie, de sorte que les soins ne soient pas compromis; un accès en temps opportun à la gynéco-oncologie pour les patientes des services de chimiothérapie, hospitalisées ou non.

La question du lieu où les patientes obtiennent les meilleurs soins possibles en gynécologie est multidimensionnelle et influencée par le nombre de cas, les ressources de l'hôpital et les relations historiques. Au sein de ce système, il est d'avis commun que les patientes subissant une chirurgie gynéco-oncologique obtiennent de meilleurs services lorsqu'elles sont géographiquement regroupées afin de concentrer l'expertise. En raison de la nature spécialisée de leurs soins et des complications auxquelles elles sont exposées, cette expertise fait toute la différence en ce sens que « le sentiment d'impuissance » n'est plus d'actualité. L'objectif est que la majorité des patientes dont le traitement est ajournable obtiennent les meilleurs soins dans le domaine. En clair, bien qu'il soit possible que des problèmes liés à la capacité en chirurgie et au flux hospitalier puissent influencer sur la prestation de ces soins, l'hôpital doit néanmoins établir son flux de travail en fonction de ce concept. La question des besoins en soins de haut niveau doit également être définie. Bon nombre de patientes souffrant d'un cancer ont besoin de lits de soins postintensifs ou de lits de soins intensifs équivalents afin d'assurer des soins optimaux et de réduire au minimum la mortalité, et ces lits doivent être dotés de ressources suffisantes pour assurer des soins optimaux et en temps opportun.

2.2.3 Tous les centres de gynéco-oncologie doivent posséder de l'équipement bien entretenu et avoir les ressources adéquates pour les chirurgies ouvertes et minimalement invasives.

2.2.4 Des dépenses en immobilisations doivent être provisionnées afin d'acquérir de l'équipement moderne et être réévaluées à mesure que la main-d'œuvre change afin de veiller à avoir les ressources adéquates.

2.2.5 Tous les rapports de pathologie liés au domaine gynécologique devraient être rédigés en format synoptique dans les deux (2) semaines suivant l'intervention.

Tous les rapports de pathologie liés au domaine gynécologique devraient être rédigés en format synoptique dans les deux (2) semaines suivant l'intervention. Les rapports synoptiques électroniques de pathologie sont des listes de vérification normalisées qui recueillent des informations au point d'intervention; une fois rédigés, ils doivent être transmis sans délai aux autres professionnels de la santé²⁹. Les informations recueillies peuvent être utilisées par les gynécologues oncologues afin d'évaluer le respect des données probantes et des procédures de sécurité, et d'analyser la qualité des soins et les résultats pour les patientes²⁹.



2.2.6 La chirurgie robotique, si toutefois elle est disponible, nécessite formation et mentorat; elle devrait également être tenue à jour et disposer des ressources adéquates.

La technologie robotique en chirurgie gynécologique a permis aux gynécologues oncologues de réaliser des interventions chirurgicales complexes minimalement invasives. Cela étant dit, l'adoption de toute nouvelle technique peut donner lieu à des effets indésirables et doit, à ce titre, être abordée de manière réfléchie et systématique. Comme les technologies évoluent au fil du temps, les effets indésirables et les résultats doivent être suivis afin d'aider à l'amélioration de la qualité.

2.2.7 Lorsque la thérapie systémique est offerte (chimiothérapie et agents biologiques), de l'aide en oncologie médicale, en pharmacie oncologique et en soins infirmiers doit être à disposition des patientes hospitalisées ou non¹⁴.

Les services de thérapie systémique doivent être adéquatement équipés et disposer de ressources suffisantes pour offrir de la chimiothérapie et des agents biologiques, ainsi que de l'aide en pharmacie oncologique aux patientes hospitalisées ou non.

2.3 RESSOURCES HUMAINES

2.3.1 L'équipe multidisciplinaire d'un centre de gynéco-oncologie doit se composer¹⁴ :

- > d'un accès aux services d'oncologie médicale et chirurgicale;
- > d'un radio-oncologue formé en gynécologie;
- > d'un accès à la curiethérapie intracavitaire;
- > de médecins généralistes formés en oncologie;
- > d'un nombre adéquat de pathologistes spécialisés en pathologie gynéco-oncologique, ou ayant un intérêt dans ce domaine;
- > d'un accès à des généticiens et à un pathologiste ayant de l'expérience en gynécologie;
- > de spécialistes en radiologie, notamment ceux ayant une expérience en imagerie diagnostique gynécologique et en radiologie d'intervention;
- > d'un accès à un corps infirmier spécialisé en oncologie et à un corps infirmier permanent en pratique avancée dans le cadre de consultations externes;
- > Les spécialistes ou les services suivants doivent être disponibles :
 - spécialiste en soutien et service d'aide psychologique, sociale et sexuelle,
 - spécialiste ou médecin en soins palliatifs, ce qui peut inclure une évaluation au niveau du centre de gynéco-oncologie, ayant un lien permanent ou étant en coordination avec des prestataires de la collectivité d'origine de la patiente,
 - accès à des diététistes,
 - accès à des spécialistes médicaux en cas de besoin,
 - généticiens/clinique d'oncologie génétique auprès desquels les patientes ayant des prédispositions héréditaires au cancer peuvent recevoir des conseils et passer les examens appropriés, si cela est indiqué,
 - accès à un expert en médecine reproductive,
 - accès à un expert en obstétrique et en conseils avant la grossesse, etc.,
 - accès à un corps infirmier en stomatologie, à des ergothérapeutes, et à des spécialistes en réadaptation, en soins spirituels et en soutien culturel approprié pour les Autochtones,
 - accès à des traducteurs, à des agents de liaison communautaire et à des experts en dépistage,
 - accès à la médecine sexuelle.

Il est important de souligner que l'équipe soignante est essentielle au succès des soins prodigués aux patientes. Les gynécologues oncologues reconnaissent eux-mêmes que s'ils sont responsables du leadership, des connaissances et de l'expertise technique, c'est à l'équipe de soins tout entière qu'il incombe d'assurer la prévention de la mortalité et de la morbidité, et de secourir les patientes en cas d'événement indésirable. L'« incapacité à secourir les patientes » est un échec qui revient tant à l'établissement qu'au médecin. Selon l'avis du panel d'experts, si le chirurgien thoracique a un rôle essentiel à jouer, la collaboration avec d'autres spécialistes et consultants et avec le personnel infirmier clinique spécialisé est primordiale pour offrir des soins connexes de grande qualité en gynéco-oncologie. En raison de la vulnérabilité inhérente à la population de patientes, le risque de carence au niveau des soins qui sont assurés par ces professionnels augmente.

Les infirmières en pratique avancée aident à la formation et à l'évaluation des patientes, à la normalisation de la prise en charge péropératoire des patientes hospitalisées, à la désignation et à la prévention des événements indésirables, ainsi qu'au congé en temps opportun afin d'assurer un flux de patientes. Puisque les évaluations diagnostiques ont permis de réduire les temps d'attente, il est recommandé que les centres de gynéco-oncologie soutiennent les ressources, notamment l'équipe de pratique avancée, laquelle peut comprendre des infirmières-pivots. Le rôle des infirmières-pivots en oncologie a entraîné une amélioration de l'expérience des patientes. L'embauche d'infirmières-pivots est vue comme étant une stratégie efficace

pour améliorer la norme de soin et peut permettre aux patientes d'obtenir de meilleurs résultats³⁰.

Les femmes souffrant d'un cancer gynécologique trouvent utile de recevoir des soins et des renseignements personnalisés pour répondre à leurs besoins personnels et renforcer l'image qu'elles ont d'elles-mêmes. Les infirmières jouent un rôle prépondérant lorsqu'il s'agit d'aider les femmes à renforcer leurs sentiments d'espoir et de les aider, si possible, à conserver une image positive d'elles-mêmes³¹.

L'équipe d'oncologie principale doit régulièrement évaluer la douleur et les autres symptômes, et se renseigner sur la compréhension qu'une patiente a de sa maladie et de ses objectifs de soins. Les soins palliatifs spécialisés peuvent offrir un appui supplémentaire aux patientes souffrant de tumeurs malignes gynécologiques et à leur famille en leur apportant un soutien psychologique et en les aidant à gérer les symptômes les plus complexes, à prendre des décisions difficiles, à effectuer une planification avancée des soins et à aborder la transition dans les soins³². Les résultats reconnus ne sont pas liés uniquement au médecin et au centre, mais également au personnel interne et au personnel infirmier spécialisé³³. Les données probantes semblent indiquer que les hôpitaux dont le personnel est en nombre suffisant ont de meilleurs résultats pour ce qui est des patientes ayant subi une chirurgie oncologique³⁴.

Pour les services qui ne sont pas immédiatement disponibles dans l'établissement, il est important de connaître ou d'établir des relations formelles avec des centres susceptibles d'offrir ces services dans la région.

2.4 TRAITEMENT DANS DES CENTRES D'ONCOLOGIE ET RELATION AVEC LES CENTRES AFFILIÉS

2.4.1 En plus des soins chirurgicaux, les gynécologues oncologues et leurs équipes doivent être équipés pour procéder à la radiothérapie et à la thérapie systémique, et avoir une relation formelle avec un centre de lutte contre le cancer¹⁴.

Les obstacles liés à la géographie ou à la disponibilité des lits ne devraient pas entraver le traitement ni les consultations nécessaires. Bien qu'un centre de gynéco-oncologie se doive de disposer de ressources suffisantes pour prendre en charge l'ensemble des soins de gynéco-oncologie, si tel n'est pas le cas, une association ou une relation de travail formelle avec un centre de cancérologie régional doit être établie^{35, 36}. Cela inclut 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-oncologues³⁵.

De plus, des traitements comme la chimiothérapie, la radiothérapie et les soins palliatifs doivent être proposés dans des centres affiliés afin de permettre aux patientes de recevoir des traitements continus près de chez elles¹⁴. La collaboration avec un centre affilié doit avoir des répercussions générales positives sur les temps d'attente pour le traitement, se traduire par un meilleur flux de patientes et représenter une occasion pour les équipes multidisciplinaires des hôpitaux spécialisés de collaborer étroitement avec d'autres hôpitaux¹⁴.





3.1 DISCUSSION MULTIDISCIPLINAIRE ET ÉVALUATION [DE CAS]

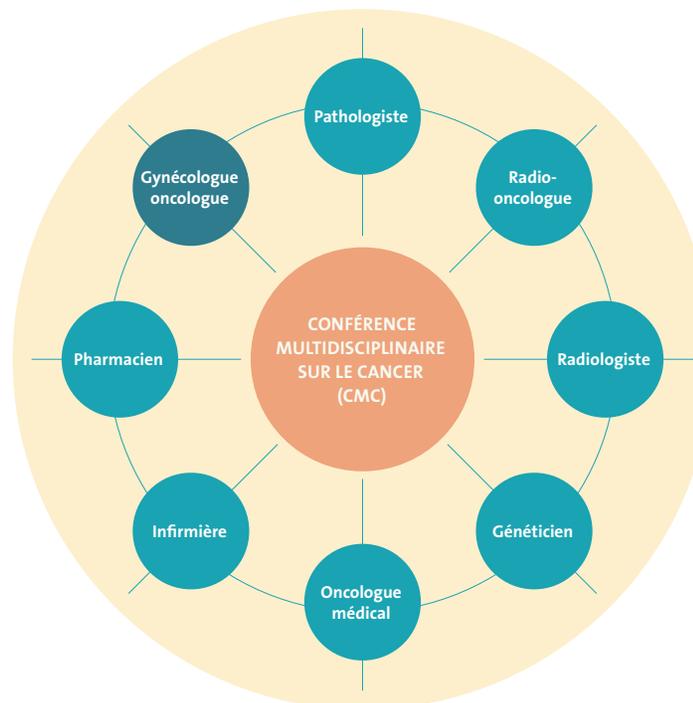
3.1.1 La conférence multidisciplinaire sur le cancer doit inclure, au minimum, un gynéco-oncologue, un pathologiste formé en tumeurs malignes gynécologiques, et un radio-oncologue ayant un intérêt ou une formation en cancer gynécologique pour favoriser l'atteinte de résultats optimaux. Pour compléter le tout, un radiologiste, un généticien, un oncologue médical, du personnel infirmier et de pharmacie ainsi que des partenaires de la collectivité participant aux soins devraient également y prendre part.

3.1.2 Toutes les tumeurs malignes gynécologiques doivent être discutées dans un format multidisciplinaire.

La collaboration et le partage des connaissances sont essentiels pour ceux qui, parmi eux, participent aux soins de la patiente. La collaboration entre les professionnels de diverses spécialités a démontré une amélioration des résultats pour les patientes, ainsi qu'une diminution importante du temps écoulé entre le diagnostic et le traitement³⁶⁻⁴⁹. Il est important que les infirmières, les radiologistes, les oncologues médicaux, les radio-oncologues et les gynécologues oncologues rédigent un plan de prise en charge uniforme fondé sur des données probantes pour les patientes⁴⁰. Par exemple, en fonction de la région, la chimiothérapie peut être administrée par un gynécologue oncologue ou par un oncologue médical, et ces relations doivent donc être mises en place pour prodiguer les soins appropriés. La communication entre les membres des équipes multidisciplinaires doit se faire en temps opportun afin de veiller à la conformité des cheminements convenus des patientes, notamment la prise en charge personnalisée de chaque cas et le respect du traitement définitif⁵⁰. Grâce à la télémédecine et à la vidéoconférence, la géographie ne devrait désormais plus être un obstacle.

La réhabilitation psychologique, sociale et sexuelle des patientes après un traitement pour un cancer gynécologique requiert une approche holistique et proactive de la part de professionnels qualifiés pour prodiguer ces soins. Dans une équipe multidisciplinaire, l'infirmière clinique spécialisée est en première ligne pour régler ces problèmes bien souvent complexes et sensibles. Le développement fructueux de partenariats médicaux et infirmiers permet aux femmes atteintes d'un cancer gynécologique d'avoir accès à des connaissances spécialisées

et à des informations essentielles, et de prendre des décisions éclairées⁵¹. De plus, des données probantes tendent à démontrer que les patientes qui reçoivent des soins palliatifs abordant la coordination physique, psychosociale et des soins en même temps que des soins en oncologie ont une meilleure qualité de vie et sont de meilleure humeur⁵². La connaissance des perspectives et des préférences de la patiente quant aux soins de suivi en oncologie gynécologique par une équipe de soins de santé peut améliorer son expérience et son cheminement.



3.2 COLLECTE DES DONNÉES ET AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ

3.2.1 Les établissements et les régions qui disposent de centres de gynéco-oncologie doivent soutenir des processus axés sur la qualité de sorte que les obstacles financiers ne limitent pas la participation.

3.2.2 Il incombe aux centres de gynéco-oncologie et aux gynécologues oncologues de surveiller activement toute complication dont pourrait être victime la patiente et de s'assurer que des processus sont mis en œuvre afin d'aider à l'amélioration de la qualité. Chaque centre de gynéco-oncologie se doit d'avoir en place un système visant à déterminer les effets indésirables et les résultats tôt dans le cheminement des patientes et à leur venir en aide afin d'éviter la survenue d'autres événements plus graves.

3.2.3 Une approche nationale fondée sur des données devrait être mise en œuvre pour dispenser des soins exemplaires et pour que les autorités sanitaires puissent offrir un soutien approprié aux établissements afin que ceux-ci soient en mesure d'adopter les pratiques exemplaires. La collecte de données sur le processus et sur les résultats devrait être réalisée de façon systématique et prospective pour ensuite les comparer aux normes nationales et internationales. Cela inclut la classification systématique des effets indésirables, l'examen régulier des taux de mortalité et de morbidité, ainsi que l'examen périodique des données pour permettre une autoévaluation et pour promouvoir une amélioration cyclique continue (grâce à des audits et à des rétroactions). Des approches fondées sur des pratiques exemplaires devraient être employées et partagées afin d'assurer des soins de grande qualité.

3.2.4 Les établissements devraient appuyer la collecte et la mesure adéquates des données relatives à l'expérience du patient.

3.2.5 Nous nous attendons à ce que les techniques et les processus de soins changent au fil du temps. Il est attendu qu'avec l'adoption de techniques et de technologies nouvelles, un suivi actif des résultats et des effets indésirables soit effectué.

3.2.6 Les entités fédérales, provinciales et régionales appropriées devraient recenser les patientes à haut risque d'obtenir des résultats négatifs, en particulier celles issues de populations vulnérables, et mettre au point des cheminements de soins appropriés et veiller à garantir la conformité à ceux-ci.

3.2.7 Des outils de documentation et de communication systématiques, conformes aux directives de pratique exemplaire publiées, devraient être mis en place et incorporés aux processus de qualité afin de réduire les erreurs au niveau des soins et d'augmenter la qualité des soins prodigués aux patientes.



Bien qu'il soit difficile de la définir, l'amélioration de la qualité est souvent mesurée en fonction de composants de structure, de résultats et de processus. Un des moyens permettant aux gynécologues oncologues d'évaluer leur pratique consiste à la comparer aux directives nationales fondées sur des données probantes et à surveiller les données sur la qualité, qui sont souvent générées à partir d'entrées de grandes bases de données de patientes. Ces données, traitant de la qualité des soins, des processus et des mesures des résultats, peuvent fournir des informations significatives relatives à la qualité et aux résultats chirurgicaux; dans le cadre d'un suivi régulier, elles peuvent aider à prévoir la morbidité et la mortalité chirurgicales⁵³. Au fil du temps, la collecte systématique de données améliorera la qualité des données, ce qui, par conséquent, conduira à de meilleurs soins pour la patiente. Toutefois, les résultats ne dépendent pas uniquement du chirurgien et du niveau d'activité de l'hôpital, mais aussi des facteurs propres à la patiente (p. ex., les comorbidités, la présence d'une « équipe de soutien » composée de professionnels de la santé, comme des physiothérapeutes et des professionnels des soins intensifs). L'ensemble des compétences complémentaires du gynécologue oncologue peut également influencer sur les résultats gynécologiques⁵⁴.

Ainsi, la collecte de données à différents moments du cheminement de la patiente et l'évaluation comparative par rapport aux objectifs ou aux normes nationales et internationales peuvent aider à la prestation de soins de grande qualité centrés sur la patiente.

Le but de la collecte, de l'évaluation et de la surveillance des données est d'aider l'amélioration des résultats chirurgicaux et du rendement des hôpitaux de façon non punitive et de se départir de l'approche « de blâme et de honte ». Lors de l'adoption de nouvelles techniques ou de nouvelles technologies, le risque pour les patientes doit être évalué par rapport à la quantité d'innovations et à leur importance. Il a été démontré que la vérification systématique des données et le suivi des complications d'une manière normalisée améliorent les résultats^{55,56}. Les données au niveau de l'établissement devraient être réintroduites dans le système pour améliorer la qualité et réduire au minimum les obstacles interprovinciaux, ainsi que pour permettre aux participants locaux qui fournissent des services de gynéco-oncologie 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 une répercussion directe sur les résultats des patients⁵⁷. Des outils, comme le rapport d'intervention synoptique et le National Surgical Quality Improvement Program (États-Unis), un des principaux programmes axés sur les résultats validés et ajusté selon les risques, peuvent aider à mesurer et à améliorer la qualité des soins chirurgicaux⁵⁸.

Les temps d'attente peuvent être de bons indicateurs et révéler des inégalités dans l'accès aux soins en oncologie. Les mesurer pourrait permettre de définir ces inégalités et de proposer des actions visant à améliorer l'accès aux soins en oncologie dont les répercussions pourraient être évaluées^{59,60}. Étant donné qu'il existe des différences considérables dans l'évaluation de la qualité des soins, l'utilisation uniforme d'indicateurs

de qualité de soins bien définis pour mesurer et surveiller le rendement laisse présager une amélioration des résultats chez les patientes qui subissent des chirurgies gynéco-oncologiques²⁴.

Une analyse approfondie des résultats, une rétroaction appropriée aux médecins et des discussions en équipe peuvent aider à déterminer les possibilités d'amélioration et servir de puissant outil éducatif. Les données relatives aux résultats et aux processus utilisés dans le domaine chirurgical devraient être communiquées aux chirurgiens et aux centres concernés de façon systématique, ce qui peut donner lieu à d'importantes améliorations dans la pratique⁶¹.

Une gestion minutieuse des toxicités et des services d'aide doit être mise en place afin d'assurer un traitement optimal⁶². Par exemple, en travaillant avec de nouvelles technologies, la comparaison avec les options de traitement standard peut donner la priorité aux ressources, encourager l'adoption de nouvelles technologies et aider à fournir les soins les plus avancés aux patientes⁶³.

En conclusion, il doit exister une responsabilité collective entre l'établissement et les fournisseurs de soins de santé en vertu de laquelle ces derniers doivent acquérir de nouvelles compétences de façon continue afin d'améliorer le rendement de l'équipe et démontrer leur engagement à participer à des initiatives institutionnelles d'amélioration de la qualité et à des initiatives relatives à la sécurité des patientes pour analyser les erreurs et mettre en œuvre des plans visant à prévenir les récurrences⁶⁴. Cela implique également que les établissements doivent établir des priorités et s'investir dans la mise au point de solides systèmes de rapports non punitifs, dans le soutien des cliniciens à la suite d'événements indésirables ou d'une erreur médicale, et dans l'élaboration de moyens de soutenir les patientes ayant subi des effets secondaires dus à des erreurs^{64,65}.





ORIENTATIONS FUTURES

Ce document a pour objet de servir de ressource d'information et d'aide à la prise de décision pour définir les pratiques exemplaires nationales, et améliorer la prestation des soins pour les patientes souffrant de tumeurs malignes gynécologiques. À la suite de la publication du présent document, les travaux futurs consisteront à le diffuser à grande échelle et à recenser des stratégies visant à catalyser l'adoption systématique et globale des normes pour aider à réduire les écarts et à combler les lacunes actuelles et la variabilité dans les soins.

Des efforts seront déployés afin de mettre sur pied un cadre d'évaluation destiné à déterminer l'adoption des présentes normes et à étudier le rôle des organismes d'accréditation en tant que mécanisme pour promouvoir et offrir un processus d'accréditation visant à faire appliquer les normes recommandées. En outre, toutes les possibilités seront mises à profit pour susciter des commentaires significatifs de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, de Cancer de l'ovaire Canada, des patientes, des administrateurs, des cliniciens et des autorités sanitaires, à mesure que les normes seront mises en œuvre.

RÉFÉRENCES

1. Fung-Kee-Fung M et coll., Organizational Guideline for Gynecologic Oncology Services in Ontario, dans *Program in Evidence-based Care Evidence-based Series*. 2013. p. 1-95.
2. Statistique Canada et T. Navaneelan. *Cancers de l'appareil reproducteur féminin : tendances de l'incidence et de la mortalité*. 2015 15 décembre 2016; Coup d'œil sur la santé; disponible à l'adresse : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2015001/article/14095-fra.pdf>.
3. Finley C.J., Schneider, L. et Shakeel, S. *Les soins chirurgicaux liés au cancer qui conjuguent ressources importantes et risques élevés, et leurs approches au Canada*. 2015, Partenariat canadien contre le cancer.
4. Coleman M.P. et al., *Cancer survival in Australia, Canada, Denmark, Norway, Sweden, and the UK, 1995-2007 (the International Cancer Benchmarking Partnership): an analysis of population-based cancer registry data*. *Lancet*, 2011. **377**(9760): p. 127-38.
5. Le Comité de la spécialité en gynéco-oncologie et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. *Objectives of Training in the Subspecialty of Gynecologic Oncology*. 2014.
6. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. *Routes d'évaluation pour les diplômés internationaux en médecine*. 2017 [cité en mars 2017]; disponible à l'adresse : <http://www.royalcollege.ca/rcsite/credentials-exams/exam-eligibility/assessment-routes-international-medical-graduates-f>.
7. Prat J. Staging Classification for cancer of the ovary, fallopian tube, and peritoneum. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2014; **124**: p. 1-5.
8. Kupets R., Giede K.C., Power P. et Agrawal A. The Investigations Required Before Referring a Patient to a Gynaecologic Oncologist. *Journal of Obstetrics and Gynecology Canada*. 2016; **38**(2): p. 164-167.e2.
9. Chan J.K. et coll. Influence of gynecologic oncologists on the survival of patients with endometrial cancer. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2011; **29**(7): p. 832-828.
10. Chan J.K. et coll. Influence of the gynecologic oncologist on the survival of ovarian cancer patients. *Obstetrics and Gynecology*. 2007; **109**(6): p. 1342-50.
11. Aletti G.D. et coll. Ovarian cancer surgical resectability: Relative impact of disease, patient status, and surgeon. *Gynecologic Oncology*. 2006; **100**(1): p. 33-37.
12. Woodman C. et coll. What changes in the organisation of cancer services will improve the outcome for women with ovarian cancer? *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 1997; **104**(2): p. 135-139.
13. Ahmad S.A. et coll. Reduced morbidity following cytoreductive surgery and intraperitoneal hyperthermic chemoperfusion. *Annals of Surgical Oncology*. 2004; **11**(4): p. 387-392.
14. Fung-Kee-Fung M. et coll. An organizational guideline for gynecologic oncology services. *International Journal of Gynecological Cancer*. 2015; **25**(4): p. 551-558.
15. Lin, J.F. et coll. Impact of facility volume on therapy and survival for locally advanced cervical cancer. *Gynecologic Oncology*. 2014; **132**(2): p. 416-422.
16. Al-Sarira A.A. et coll. Oesophagectomy practice and outcomes in England. *The British Journal of Surgery*. 2007. **94**(5): p. 585-591.
17. Bentrem D.J. et Brennan M.F. Outcomes in oncologic surgery: Does volume make a difference? *Canadian Journal of Surgery*. 2005; **29**(10): p. 1210-1216.
18. Birkmeyer J.D. et Dimick J.B. Potential benefits of the new Leapfrog standards: Effect of process and outcomes measures. *Surgery*. 2004; **135**(6): p. 569-575.
19. Birkmeyer J.D. et coll. Hospital volume and surgical mortality in the United States. *New England Journal of Medicine*. 2002; **346**(15): p. 1128-1137.
20. Brusselsaers N., Mattsson F. et Lagergren J. Hospital and surgeon volume in relation to long-term survival after oesophagectomy: Systematic review and meta-analysis. *Gut*. 2014; **63**(9): p. 1393-1400.
21. Casson A.G. et Van Lanschot J.J.B. Improving outcomes after esophagectomy: The impact of operative volume. *Journal of Surgical Oncology*. 2005; **92**(3): p. 262-266.
22. Henneman D. et coll. Centralization of Esophagectomy: How Far Should We Go? *Annals of Surgical Oncology*. 2014; **21**(13): p. 4068-4074.
23. Feo C.V., Villafior V.M. et Patti M.G. Should esophageal resections for cancer be performed in high-volume centers only? *Updates in Surgery*. 2011; **63**(3): p. 147-150.
24. Courrech Staal E.F.W. et coll. Quality-of-care indicators for oesophageal cancer surgery: A review. *European Journal of Surgical Oncology*. 2010; **36**(11): p. 1035-1043.

25. Thomas P.A. Standards of surgery in bronchogenic carcinoma. *Revue du Praticien*. 2009; **59**(7): p. 934-938.
26. Verleye L., Vergote I. et Van Der Zee A.G.J. Patterns of care in surgery for ovarian cancer in Europe. *European Journal of Surgical Oncology*. 2010; **36**(SUPPL. 1): p. S108-S114.
27. Ambroggi, M. et coll. Distance as a barrier to cancer diagnosis and treatment: Review of the literature. *Oncologist*. 2015; **20**(12): p. 1378-1385.
28. Al-Sahaf M. et Lim E. The association between surgical volume, survival and quality of care. *Journal of Thoracic Disease*. 2015; **7**: p. S152-S155.
29. Partenariat canadien contre le cancer. *La normalisation des rapports de chirurgie du cancer peut contribuer à améliorer les soins*. 2015 [cité en 2016; Disponible à l'adresse : <http://www.partenariatcontrecancer.ca/la-normalisation-des-rapports-de-chirurgie-du-cancer-peut-contribuer-a-ameliorer-les-soins/>].
30. Shejila C.H., Pai M.S. et Fernandes D.J. Oncology nurse navigator programme- A narrative review. *Nitte University Journal of Health Science*. 2015; **5**(1): p. 103-107.
31. Ekwall E., Ternstedt B.M. et Sorbe B. Important aspects of health care for women with gynecologic cancer. *Oncology Nursing Forum*. 2003; **30**(2): p. 313-319.
32. Shin J. et Temel J. Integrating palliative care: When and how? *Current Opinion in Pulmonary Medicine*. 2013; **19**(4): p. 344-349.
33. Christian, C.K. et coll. The Leapfrog Volume Criteria May Fall Short in Identifying High-Quality Surgical Centers. *Annals of Surgery*. 2003; **238**(4): p. 447-457.
34. Yasunaga H. et coll. Variation in cancer surgical outcomes associated with physician and nurse staffing: a retrospective observational study using the Japanese Diagnosis Procedure Combination Database. *BMC Health Services Research*. 2012; **12**: p. 129.
35. Sundaresan S. et coll. Standards for Thoracic Surgical Oncology in a Single-Payer Healthcare System. *Annals of Thoracic Surgery*. 2007; **84**(2): p. 693-701.
36. Fischel R.J. et Dillman R.O. Developing an effective lung cancer program in a community hospital setting. *Clinical Lung Cancer*. 2009; **10**(4): p. 239-243.
37. Adam A. Next important steps for IR. *CardioVascular and Interventional Radiology*. 2015; **38**(3 SUPPL. 1): p. S109-S110.
38. Addario B.J., Santarella S. et Hicks D. Excellence in treatment-exporting teaching hospital standards of care to the community hospital setting. *Journal of Thoracic Oncology*. 2015; **10**(9 SUPPL. 2): p. S121 et S122.
39. Bailey C. Nursing as therapy in the management of breathlessness in lung cancer. *European Journal of Cancer Care*. 1995; **4**(4): p. 184-190.
40. Bjegovich-Weidman M. et coll. Establishing a community-based lung cancer multidisciplinary clinic as part of a large integrated health care system: Aurora Health Care. *Journal of Oncology Practice*. 2010; **6**(6): p. e27-e30.
41. Blyth K. et coll. The effectiveness of an outpatient interdisciplinary team in reducing distress in patients with lung cancer & mesothelioma. *Journal of Thoracic Oncology*. 2013; **8**: p. S1311 et S1312.
42. Bolton S. Impact of lung cancer nurse specialist interventions and contact card. *Lung Cancer*. 2010; **67**: p. S25.
43. Boudou-Rouquette P. et coll. Clinical benefit of a one-day multidisciplinary work-up for risk assessment in unfit cancer patients. *European journal of cancer care*. 2013; **49**: p. S340.
44. Brouwers M. et coll. Cancer diagnostic assessment programs: Standards for the organization of care in Ontario. *Current Oncology*. 2009; **16**(6): p. 29-41.
45. Catino A. et coll. An interdisciplinary early simultaneous palliative approach in advanced lung cancer (a-LC): Preliminary data in outpatient setting experience. *Journal of Clinical Oncology*. 2015; **33**(29 SUPPL. 1): p. pas de page.
46. Darlison L. NICE guidelines for the diagnosis and treatment of lung cancer. *Nursing Times*. 2005; **101**(14): p. 47-48.
47. Diver C. et coll. Creating additional clinic capacity in new lung cancer clinics by use of an advanced nurse practitioner. *Lung Cancer*. 2014; **83**: p. S40.
48. Hunnibell L.S. et coll. Using nurse navigation to improve timeliness of lung cancer care at a veterans hospital. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2012; **16**(1): p. 29-36.
49. King L. et coll. Implementing best practice approaches for the management of lung cancer: A national approach. *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology*. 2014; **10**: p. 220.
50. Ghaferi A.A., Birkmeyer J.D. et Dimick J.B. Hospital volume and failure to rescue with high-risk surgery. *Medical Care*. 2011; **49**(12): p. 1076-1081.
51. Allen J. The clinical nurse specialist in gynaecological oncology - The role in vulval cancer. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 2003; **17**(4): p. 591-607.
52. Bakitas M. et coll. Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer: The project ENABLE II randomized controlled trial. *JAMA - Journal of the American Medical Association*. 2009; **302**(7): p. 741-749.
53. Tong B.C. et Harpole Jr D.H. Audit, Quality Control, and Performance in Thoracic Surgery: A North American Perspective. *Thoracic Surgery Clinics*. 2007; **17**(3): p. 379-386.
54. Louie B.E. Is Esophagectomy the paradigm for volume-outcome relationships? *Journal of Gastrointestinal Surgery*. 2010; **14**(Suppl 1): p. S115-S120.
55. Beckett P. et coll. The national lung cancer audit-no evidence of a "seven-year itch". *Thorax*. 2012; **67**: p. A43 et A44.
56. Bo Svendsen L. et coll. Differences in the pattern of anastomotic leakage after oesophagectomy in two high-volume centres. *Danish Medical Journal*. 2013; **60**(12): p. pas de page.
57. Brunelli A. et Rocco G. Clinical and Nonclinical Indicators of Performance in Thoracic Surgery. *Thoracic Surgery Clinics*. 2007; **17**(3): p. 369-377.
58. American College of Surgeons. *ACS National Surgical Quality Improvement Program (ACS NSQIP)*. 2016 [cité le 15 décembre 2016]; disponible à l'adresse : <https://www.facs.org/quality-programs/acs-nsqip>.
59. Pourcel G. et coll. *Délais de prise en charge des quatre cancers les plus fréquents dans plusieurs régions de France en 2011 et 2012, 2013*. **100**(12): p. 1237-1250.
60. Sankaranarayanan R. et Ferlay J. Worldwide burden of gynaecological cancer: The size of the problem. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 2006; **20**(2): p. 207-225.
61. Aletti G.D. et coll. Quality Improvement in the Surgical Approach to Advanced Ovarian Cancer: The Mayo Clinic Experience. *Journal of the American College of Surgeons*. 2009; **208**(4): p. 614-620.
62. Alhayki M., Hopkins L. et Le T. Intraperitoneal chemotherapy for epithelial ovarian cancer. *Obstetrical & Gynecological Survey*. 2006; **61**(8): p. 529-34.
63. Bennett C.L. et Stinson T.J. Comparing cost-effectiveness analyses for the clinical oncology setting: The example of the Gynecologic Oncology Group 111 trial. *Cancer Investigation*. 2000; **18**(3): p. 261-268.
64. Bell S.K. et coll. Accountability for medical error: Moving beyond blame to advocacy. *Chest*. 2011; **140**(2): p. 519-526.
65. du Bois A. et coll. Variations in institutional infrastructure, physician specialization and experience, and outcome in ovarian cancer: A systematic review. *Gynecologic Oncology*. 2009; **112**(2): p. 422-436.

En raison de la tendance à la hausse des cas de cancers du système reproducteur, il existe de nombreuses disparités entre les modèles de pratique et les résultats pour les patientes lors de chirurgies oncologiques au Canada.

Ce document fournit des directives de haut niveau ainsi qu'une réflexion sur les exigences et les ressources fondamentales à mettre en place afin d'améliorer 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 ayant besoin de soins en gynéco-oncologie.

Partenariat canadien contre le cancer
1, avenue University, bureau 300
Toronto (Ontario) M5J 2P1 CANADA

<http://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/>

This report is also available in English.