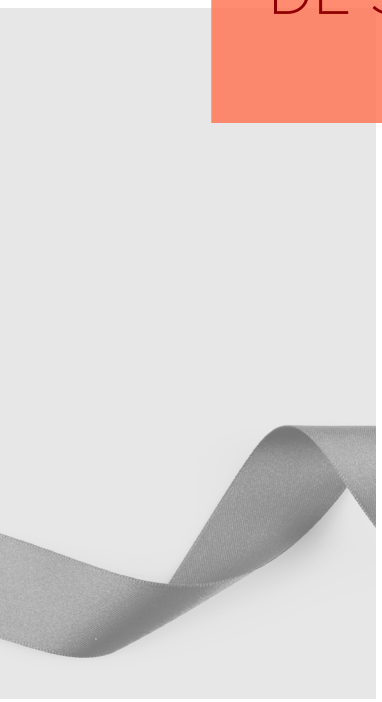
CRÉATION ET FONCTIONNEMENT D'UN COMITÉ DU DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT DU CANCER DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ AU QUÉBEC



12/2015

GUIDE D'EXERCICE

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC

Publication du Collège des médecins du Québec

Collège des médecins du Québec
2170, boulevard René-Lévesque Ouest
Montréal (Québec) H3H 2T8
Téléphone : 514 933-4441
ou 1 888 MÉDECIN
Télécopieur : 514 933-3112
Site Web : www.cmq.org
Courriel : info@cmq.org

Édition
Service des communications

Graphisme
Francis Bernier

Révision linguistique
Odette Lord

Le présent document est valide dans la mesure où aucune disposition législative ou réglementaire à l'effet contraire ou incompatible n'est susceptible de le modifier ou de l'affecter directement ou indirectement, et ce, de quelque façon que ce soit.

La reproduction est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Dépôt légal : 4e trimestre 2015
Bibliothèque et Archives Canada
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN 978-2-9815140-8-0

© Collège des médecins du Québec, décembre 2015

Note : Dans cette publication, le masculin est utilisé sans préjudice et seulement pour faciliter la lecture.

— Membres du groupe de travail

Nommés par le Collège des médecins du Québec (CMQ), les membres du groupe de travail proviennent de spécialités médicales ou chirurgicales diverses, sont reconnus pour leur expertise dans le diagnostic ou le traitement du cancer et interviennent à différentes étapes dans le traitement de patients atteints d'un cancer (thérapie initiale, soins palliatifs, etc.).

PRÉSIDENT

DR ROSAIRE VAILLANCOURT
Chirurgien thoracique
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, Québec

DRE CAROLYN R. FREEMAN
Radio-oncologue
Centre universitaire de santé McGill, Montréal

DR NORMAND GERVAIS
Chirurgien général
CISSS du Bas-Saint-Laurent, Rivière-du-Loup

DR LOUIS LAMARRE
Anatomo-pathologiste
CISSS de la Montérégie-Centre, Longueuil

DR JEAN LATREILLE
Hémato-oncologue
Directeur de la Direction québécoise de cancérologie, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec

DR ROBERT MARCHAND
Médecin de famille
CIUSSS du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal, Montréal

DR GILLES PINEAU
Médecin de famille
Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, Montréal

DRE LISE TREMBLAY
Pneumologue
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, Québec

SECRÉTAIRE

DR FRANÇOIS GOULET
Médecin de famille
Directeur adjoint, Direction de l'amélioration de l'exercice, Collège des médecins du Québec

REMERCIEMENTS

Le groupe de travail remercie les personnes suivantes :

- Charles Boily et Louise Paquet, Direction québécoise de cancérologie, ministère de la Santé et des Services sociaux, pour l'aide à la rédaction du guide et leurs méticuleuses révisions

— Membres du groupe de travail (suite)

REMERCIEMENTS

- Pour l'analyse de la littérature et la révision du chapitre sur la revue de la littérature :
  - Sylvie Bouchard,
    Directrice,
    Usage optimal des médicaments et des technologies en santé,
    Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)
  - Denis Santerre,
    Bibliothécaire,
    INESSS
  - Khalil Moqadem,
    Coordonnateur scientifique,
    Unité d'évaluation en cancérologie (UEC),
    INESSS
- Membres du Comité d'évolution des pratiques en oncologie (CEPO),
  INESSS
- Chantale Lévesque,
  Direction de l'amélioration de l'exercice,
  Collège des médecins du Québec,
  pour sa collaboration à l'édition du guide

Ainsi que les différents ordres et associations consultés.

— Table des matières

06/
INTRODUCTION

08/
MÉTHODE

09/
SECTION 1 REVUE DE LA LITTÉRATURE

09/
1.1 Résultats globaux de la revue de la littérature

10/
1.2 Que font les autres juridictions?

10/
1.3 Utilité perçue des CDTC

11/
1.4 Les bénéfices

11/
1.4.1 Contribution à l'amélioration de la survie

11/
1.4.2 Contribution à l'amélioration de la pratique clinique

12/
1.4.3 Autres bénéfices

12/
1.5 Utilisation de la télémédecine par les CDTC

12/
1.6 Conclusion de la littérature

13/
SECTION 2 LE CDTC DANS L'ORGANISATION DE LA LUTTE CONTRE LE CANCER AU QUÉBEC

13/
2.1 L'interprofessionnalisme

14/
2.2 Le réseautage

15/
SECTION 3 LE COMITÉ DU DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT DU CANCER (CDTC)

15/
3.1 Principes

15/
3.1.1 Le patient et ses proches : au centre de la décision

15/
3.1.2 L'interprofessionnalisme

16/
3.2 Définition et mandat

17/
3.3 Statuts et fonctionnement

18/
3.3.1 Structure proposée

21/
3.3.2 Composition des CDTC

22/
3.3.3 Mode de fonctionnement

24/
3.3.4 Rendre accessibles les CDTC dans les établissements

25/
3.3.5 Confidentialité des renseignements personnels

25/
3.3.6 Présentation d'un cas

26/
3.3.7 Rôle des entreprises commerciales au sein du CDTC

27/
CONCLUSION

29/
ANNEXE I – FICHE DE PRÉSENTATION DE CAS

30/
ANNEXE II – COMITÉ DU DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT DU CANCER : PRÉSENTATION DE CAS

31/
ANNEXE III – COMITÉ DU DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT DU CANCER : SEIN / DIAGNOSIS AND TREATMENT CANCER COMMITTEE: BREAST

36/
RÉFÉRENCES ET LECTURES COMPLÉMENTAIRES

40/
GLOSSAIRE

INTRODUCTION

De 1988 à 2013, le nombre de cas de cancer a doublé au Canada. En 2015, au Québec, on estime qu'il y aura 50 100 nouveaux cas de cancer et 20 900 décès attribuables à cette maladie. On s'attend à ce que deux Canadiens sur cinq (45 % des hommes et 42 % des femmes) soient atteints du cancer au cours de leur vie. La survie relative à cinq ans pour l'ensemble des cancers est en hausse (63 %). Elle est supérieure à 95 % pour certains cancers comme ceux de la prostate et de la glande thyroïde ainsi que pour plusieurs cancers chez les enfants [1].

Le diagnostic et le traitement des cancers sont en constante évolution et ne cessent de se complexifier. Il est devenu difficile pour un médecin de maintenir à jour ses connaissances concernant toutes les modalités diagnostiques et thérapeutiques qui entrent en jeu dans le pronostic et le traitement des cancers.

Au XXIe siècle, le diagnostic et le traitement du cancer ne peuvent plus se faire en vase clos (p. ex. : un médecin seul avec son patient sans consultation avec des collègues). La collaboration interprofessionnelle est dorénavant essentielle pour assurer la qualité des soins aux personnes atteintes de cancer en combinant l'expertise unique de chacune des disciplines et des professions.

Depuis plus de 30 ans, la majorité des centres hospitaliers québécois ont développé des comités de tumeurs* ou comités des thérapies du cancer, comme le recommandait le Programme québécois de lutte contre le cancer en 1998 [2]. Toutefois, plusieurs de ces comités sont sous-utilisés ou mal utilisés par les établissements, et ce, pour différentes raisons. Indépendants les uns des autres, ces comités n'ont pas les mêmes modalités de fonctionnement, les critères de sélection des situations cliniques à discuter peuvent varier et les décisions qui en découlent peuvent également différer. Quoique l'objectif ultime reste toujours la plus grande précision diagnostique et le choix du meilleur traitement pour le patient qui demeure au centre de la décision clinique, ces comités émettent parfois une recommandation sans avoir le point de vue du patient ou de son représentant.

* Appelés généralement *tumor boards* dans le monde anglophone nord-américain.

Constatant ces disparités, il est apparu important de réviser la nature, la composition et le fonctionnement de ces comités en tenant compte des acteurs essentiels dans l'évaluation et le traitement des cancers. Quels liens ces comités devraient-ils avoir avec les conseils des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)? Quelles sont les différentes spécialités médicales qui doivent y être représentées? Quels autres professionnels devraient être présents? Quels cas doivent y être présentés? Quels types de tumeurs? Les tumeurs solides et hématologiques? Les cas complexes et les cas simples? Quelles sont les décisions à prendre? S'agit-il uniquement de recommandations pour le médecin traitant? Quel poids auront les décisions? Le patient est-il consulté? Le patient devrait-il être présent? Toutes ces questions sont importantes et il n'existe actuellement aucun guide québécois qui fournit les réponses.

En 2012, le Collège des médecins du Québec (CMQ) a mis sur pied un groupe de travail composé d'experts issus de diverses spécialités médicales et chirurgicales ayant pour mandat d'élaborer un guide d'exercice pour les comités des tumeurs.

Le groupe de travail a vite compris que la détermination de la meilleure approche pour le traitement d'une tumeur repose sur la précision du diagnostic. L'imagerie médicale et l'anatomopathologie sont des disciplines essentielles à cette précision diagnostique. Pour refléter cette réalité, il sera désormais question des comités du diagnostic et du traitement du cancer (CDTC), plutôt que des comités des tumeurs ou comités des thérapies du cancer.

Tous les membres sont convaincus de l'importance de la collaboration interprofessionnelle au sein de ces comités. Cette approche permet une meilleure intégration des savoirs, des expériences et des compétences de chacun et facilite l'harmonisation des interventions.

Le groupe de travail présente ici un aperçu de la littérature scientifique actuelle sur la pertinence, la composition et le mandat d'un CDTC ainsi que les divers aspects de l'implantation et du fonctionnement des CDTC dans les établissements québécois :

- approche interprofessionnelle;
- conditions préalables;
- composition des CDTC pour les tumeurs solides et hématologiques;
- mode de fonctionnement;
- rôle des entreprises commerciales.

Ce guide du Collège des médecins du Québec se veut donc un outil indispensable aux établissements et aux médecins pour qu'ils soient en mesure d'offrir la meilleure qualité de soins aux patients atteints d'un cancer.

MÉTHODE

Dans l'accomplissement de son mandat, le groupe de travail a privilégié une approche réflexive, consensuelle et constructive.

Dans un premier temps, les membres se sont approprié le *Plan directeur en cancérologie* publié en 2013, afin de bien contextualiser la problématique [3]. Une revue de la littérature a également été réalisée dans une perspective de validation basée sur les données probantes. Le groupe de travail a finalement mené une consultation auprès de plusieurs organisations médicales et de différentes organisations professionnelles de la santé.

Section 1/
Revue de la littérature

La base de données MEDLINE par l'entremise de l'interface PubMed a servi à la recherche documentaire. On a utilisé les termes suivants : *tumor* ou *tumour board(s)* et *multidisciplinary* ou *multi-disciplinary team(s)* avec le terme *cancer*. L'exploration de la littérature s'est faite au moyen du moteur de recherche Google. On a alors ajouté aux termes cités précédemment les expressions suivantes : « clinique des tumeurs » et « réunion de concertation pluridisciplinaire ».

L'horizon temporel couvre les dix dernières années. À elle seule, la stratégie de recherche appliquée dans PubMed a fourni plus de 800 références. De la masse d'informations extraite de la base de données et de l'Internet, on a retenu une soixantaine de documents. Par la suite, une veille documentaire a été assurée jusqu'au mois d'août 2015 pour repérer les références récentes pertinentes et les intégrer au document.

1.1 RÉSULTATS GLOBAUX DE LA REVUE DE LA LITTÉRATURE

Ces documents ont pour principal objet l'impact des CDTC sur la survie globale et la modification de la pratique. Ces deux indicateurs de résultats ressortent comme les plus pertinents.

Une confusion marquée règne en matière de définition entre les expressions « comités de diagnostic et de traitement du cancer », « équipes multidisciplinaires » et « équipes interprofessionnelles » quant à leurs structures, leurs fonctions et leurs finalités. Cela dépend principalement de la perspective et de la pratique inhérente à la juridiction. La citation suivante résume bien cette confusion : « Tumor boards are team meetings of the multidisciplinary team » [4]. L'objectif de cet aperçu de la littérature n'est pas de trancher cette question. Les définitions apportées par les auteurs et communément admises dans leur contexte d'usage sont utilisées.

En revanche, certains auteurs [5, 6] proposent des définitions éclairantes qui méritent d'être mémorisées pour retenir celle qui correspond le mieux à la réalité de ces comités au Québec.

« Multidisciplinary cancer committees (MCC)s are defined as regularly scheduled multidisciplinary meetings used to review individual cancer patients in a prospective manner, and to formulate appropriate management plans using evidence-based multimodal input (Wright et al., 2007). [...] The primary function of these conferences is to ensure that all appropriate tests, treatment options and recommendations are considered for each discussed cancer patient. »

1.2 QUE FONT LES AUTRES JURIDICTIONS?

La littérature nous apprend que ces comités existent de longue date. Cette pratique fait partie intégrante du système de soins en oncologie de plusieurs pays [7]. Aux États-Unis, la création de ces comités remonte possiblement au début du siècle dernier et ils existent plus formellement depuis 1930 [8]. Les États-Unis sont la première juridiction à en faire une exigence en matière d'accréditation par la Commission on Cancer [9] de l'American College of Surgeons. Plus récemment, la France, avec ses réunions de concertation pluridisciplinaires et l'Angleterre, avec le rapport Calman-Hine, ont emprunté la même voie [10, 11, 12, 13]. D'autres pays, comme l'Australie et la Belgique, utilisent des approches analogues [7].

Au Canada, l'Ontario Cancer System met de l'avant une stratégie similaire afin de mieux structurer le diagnostic et le traitement du cancer [14]. Il en est de même de la Colombie-Britannique avec la BC Cancer Agency.

1.3 UTILITÉ PERÇUE DES CDTC

La plupart des études soulignent la nécessité de mettre en place de tels comités. Quelques auteurs mettent en doute l'association entre les bénéfices perçus et les retombées concrètes d'une telle pratique organisationnelle, car il existe peu de données qui démontrent leur réelle utilité [6, 15]. On reconnaît facilement la complexité et le défi que représente cette démonstration en l'appuyant solidement par des données probantes, car une telle démarche exige, entre autres, l'élaboration d'indicateurs valides de performance [16].

Il y a cependant consensus voulant que le travail en CDTC constitue une pratique incontournable dans le fonctionnement et la prise en charge du patient atteint de cancer [6]. Ces comités sont perçus par plusieurs auteurs comme des modèles de fonctionnement à adopter [16].

1.4 LES BÉNÉFICES

Bien que l'utilité perçue à plusieurs égards soit souvent invoquée comme argument de déploiement des CDTC, certains indicateurs de résultats comme la survie et l'amélioration de la pratique clinique méritent tout de même d'être mentionnés.

1.4.1 CONTRIBUTION À L'AMÉLIORATION DE LA SURVIE

Les conclusions des articles sélectionnés quant à l'effet des CDTC sur la survie des patients atteints de cancer ne vont pas toutes dans le même sens. Quelques auteurs [4, 16, 17] affirment qu'il n'y a pas de preuves solides qui soutiennent un tel lien. La majorité des articles réfèrent à des études portant sur de petits nombres de patients. D'autres auteurs [12, 18, 19, 20] y voient un effet restreint ou mitigé, soutenu seulement par des preuves de faible qualité [6]. Un nombre limité d'auteurs [21, 22, 23] soutient que les CDTC apportent un bénéfice bien établi sur la survie des patients, même si presque tous s'entendent pour souligner la nécessité de mieux les organiser afin de les rendre plus efficaces et d'obtenir ainsi de meilleurs résultats sur la survie.

1.4.2 CONTRIBUTION À L'AMÉLIORATION DE LA PRATIQUE CLINIQUE

Nombreuses sont les études qui rapportent un lien entre ces comités et la modification des pratiques cliniques [6, 12, 24, 25, 26, 27]. D'autres font un lien avec la qualité des soins [28, 29], bien qu'il soit difficile de démontrer si ce lien est responsable d'une amélioration de la pratique [16, 30]. Coory et ses collaborateurs [19] recommandent d'interpréter de tels résultats avec prudence. D'autres auteurs soulignent l'importance de cette approche comme forum de discussion lors duquel les cliniciens discutent et améliorent leurs plans et protocoles de traitement [17].

L'imputabilité des cliniciens en matière de travail en interprofessionnalisme ainsi que l'adoption de lignes directrices et de nouvelles façons de faire sont aussi favorisées par ce type de rencontres [5]. Elles fournissent l'occasion de discuter des options thérapeutiques en présence d'un pathologiste, d'un radiologiste et d'autres experts [12, 31] et de s'assurer de la conformité de l'approche adoptée par rapport aux guides de pratique clinique [21].

La composition de ces comités selon le besoin est aussi à considérer avec soin [5]. Il est de plus en plus établi que la façon de structurer ces comités et la gestion adéquate de leur déroulement représentent un facteur clé de succès et d'efficacité [13].

1.4.3 AUTRES BÉNÉFICES

Outre l'impact non établi sur les indicateurs de résultats comme la survie et l'effet démontré sur la pratique clinique, les études mentionnent certains bénéfices additionnels comme l'amélioration de la communication entre les professionnels et l'organisation du travail [5, 15]. De plus, le bénéfice apporté en matière de développement professionnel continu pour les médecins est souligné [15].

1.5 UTILISATION DE LA TÉLÉMÉDECINE PAR LES CDTC

La télémédecine est un médium qui procure des bénéfices rapportés par plusieurs auteurs pour le fonctionnement adéquat des CDTC [5, 12, 24]. Ces bénéfices sont présents sur différents plans : formation, apport d'expertise à des endroits éloignés, et parfois même avantage financier [16]. Les pays à vaste géographie tirent particulièrement avantage de cette technologie en améliorant les communications et le partage d'expertises entre les équipes surspécialisées, spécialisées et locales [7, 16, 31].

1.6 CONCLUSION DE LA LITTÉRATURE

La littérature examinée permet de constater que le recours à des CDTC est largement répandu. Les principales juridictions s'appuient sur l'utilité consensuelle et les bénéfices additionnels pour justifier leur implantation. L'existence de tels comités fait souvent l'objet d'exigences lors de processus d'accréditation et de désignation. Par contre, la démonstration de leur utilité réelle ne s'appuie que sur des données de faible qualité. Des indicateurs de résultats comme leur effet sur la survie ne permettent pas de tirer des conclusions fermes en matière de bénéfices à cet égard, probablement à cause de la difficulté de réaliser de telles études.

L'hétérogénéité découlant de la diversité des définitions et des modalités de fonctionnement de ces comités d'un environnement clinique et politique à l'autre pourrait expliquer la variabilité des résultats publiés. Une telle variation incite à tirer les leçons suivantes de cet aperçu de la littérature :

1/ mieux définir leur rôle;

2/ mieux définir la structure et leur fonctionnement;

3/ implanter ces comités dans le but d'améliorer la qualité des soins offerts;

4/ évaluer l'efficience du système.

Section 2/
Le CDTC dans l'organisation de la lutte contre le cancer au Québec

En 1998, le Québec a adopté le Programme québécois de lutte contre le cancer (PQLC), centré sur les besoins des personnes atteintes de cancer et de leurs proches [2]. Le PQLC préconise l'utilisation de méthodes d'investigation, de diagnostic et de traitement basées sur les données probantes. Son objectif ultime est la création d'un réseau intégré et hiérarchisé d'équipes interprofessionnelles.

2.1 L'INTERPROFESSIONNALISME

Le modèle interprofessionnel associe au sein d'une équipe divers intervenants ayant une expertise en lien avec le mandat de l'équipe. Le ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) a publié un avis sur le fonctionnement des équipes interprofessionnelles* [32]. La définition retenue dans l'avis fait ressortir que l'équipe interprofessionnelle consiste avant tout en un « regroupement de plusieurs intervenants ayant une formation, une compétence et une expérience spécifiques qui travaillent ensemble à la compréhension globale, commune et unifiée d'une personne en vue d'une intervention concertée à l'intérieur d'un partage complémentaire des tâches ».

Pour assurer l'élaboration et le fonctionnement optimal d'une stratégie d'investigation et de traitement, qui tienne compte des besoins et préférences de la personne atteinte d'un cancer et des résultats escomptés des différentes modalités de traitement, il est essentiel que l'équipe interprofessionnelle se réunisse de façon formelle. L'avis du MSSS souligne l'importance des :

- réunions du CDTC où sont présentés et discutés les différents aspects cliniques de la personne atteinte d'un cancer afin de proposer des stratégies diagnostiques ou thérapeutiques;
- réunions régulières de l'équipe interprofessionnelle afin de décrire la situation biopsychosociale de la personne atteinte et de ses proches et

* Au cours des années, les qualificatifs utilisés pour désigner cette équipe ont été « multidisciplinaire », puis « interdisciplinaire ». Le qualificatif désormais utilisé est « interprofessionnelle ».

les symptômes qu'elle présente et d'assurer la coordination des soins et des services. Ces réunions peuvent se tenir à un moment distinct ou en même temps que la réunion du CDTC;

- réunions administratives de l'équipe interprofessionnelle, qui permettent de tenir des échanges formels sur les aspects opérationnels portant sur les orientations et le fonctionnement de l'équipe, la transmission d'informations en provenance de la gestion ou des demandes des employés et les propositions d'algorithmes d'investigation, de traitement et de suivi;
- réunions de codéveloppement où des sessions de formation et de soutien axées sur le soutien professionnel sont offertes aux membres de l'équipe.

Ainsi, le CDTC est un outil de l'équipe interprofessionnelle qui permet d'optimiser la prise de décision clinique et d'en revoir les résultats.

2.2 LE RÉSEAUTAGE

La Direction québécoise de cancérologie (DQC), créée en 2005, fait partie intégrante du MSSS [33]. Elle a le mandat de coordonner la lutte contre le cancer, d'assurer la mise sur pied des structures requises, d'améliorer et de maintenir la performance des soins et services et de diriger le réseau de cancérologie du Québec.

De 2005 à 2009, après évaluation, chaque établissement de santé s'est vu confier un mandat local ou régional en matière de lutte contre le cancer. Certains établissements abritent des équipes surspécialisées qui ont aussi fait l'objet d'une évaluation, ce qui a permis d'identifier des équipes de référence provinciales pour un siège tumoral ou pour une thématique spécifique (pédiatrie, oncogénétique, radio-oncologie, soins palliatifs, etc.).

Le fonctionnement en réseau exige la mise en place de mécanismes de coordination et de concertation entre les établissements et entre les paliers (local et national) du système public de santé et des services sociaux. Le travail en réseau sous-entend une concentration de l'expertise et une meilleure accessibilité des services sur le plan local ou vers les équipes de référence [3].

Section 3/
Le comité du diagnostic et du traitement du cancer (CDTC)

3.1 PRINCIPES

3.1.1 LE PATIENT ET SES PROCHES : AU CENTRE DE LA DÉCISION

Tous les patients québécois atteints d'un cancer doivent avoir accès à des services de qualité, le plus proche possible de leur milieu de vie et au moment opportun, dès l'annonce du diagnostic. Les décisions thérapeutiques doivent être prises dans le respect du patient, de la compréhension de son cas et de son point de vue. La communication avec le patient doit tenir compte des autres aspects de sa santé. De plus, il faut toujours évaluer son environnement, ses proches et les ressources de son milieu. Il faut donc prendre en compte le désir des personnes atteintes et de leurs proches de participer à toutes les étapes du processus.

Les questions éthiques relatives à la confidentialité des informations, au consentement libre et éclairé, au respect des volontés du patient, à une utilisation adéquate des thérapies invasives dans une perspective de confort et de qualité de vie font en sorte que les CDTC doivent réfléchir à tous les éléments de cette problématique.

Les besoins de la personne atteinte du cancer varient selon sa culture, son âge, son statut socioéconomique, ses caractéristiques personnelles, familiales, environnementales et spirituelles. Les médecins et les professionnels de la santé doivent donc conjuguer tous ces facteurs qui font en sorte que le patient est un être unique avec un cancer unique et une thérapie unique à caractère humaniste.

3.1.2 L'INTERPROFESSIONNALISME

Le travail en oncologie comporte certaines spécificités :

- L'importance d'intervenir rapidement et, dans la grande majorité des cas, d'opter pour une approche diagnostique et thérapeutique dans une perspective de qualité de vie et de survie.

- Le nombre de médecins et d'autres professionnels de la santé en cause.
- La complexité de certaines approches diagnostiques et thérapeutiques.
- Les progrès et les changements rapides de la technologie et des traitements.
- Le coût croissant des approches diagnostiques et thérapeutiques.

Les médecins de famille jouent un rôle essentiel dans la prévention, la détection précoce, l'investigation primaire, le soutien et le suivi des personnes atteintes de cancer. Ils font partie de l'équipe locale du réseau de cancérologie.

L'infirmière pivot en oncologie joue également un rôle de premier plan dans la coordination des soins, le soutien et le suivi. C'est souvent la professionnelle la plus proche du patient et de sa famille.

Le travail interdisciplinaire des différentes spécialités médicales est aussi essentiel au transfert et à l'intégration des connaissances et à l'acquisition des compétences en oncologie. Dans ce contexte, le domaine d'expertise et les responsabilités de chaque spécialité doivent être exercés, reconnus, respectés et soutenus.

Cette collaboration doit également évoluer vers une collaboration interétablissements afin que le cheminement thérapeutique du patient se fasse dans un continuum harmonieux et respectueux de sa dignité et des compétences de chacun.

3.2 DÉFINITION ET MANDAT

Les CDTC réunissent, à intervalles réguliers, des médecins de différentes spécialités et d'autres professionnels de la santé pour réviser, de manière prospective ou rétrospective, la situation clinique de patients atteints de cancer afin d'établir, pour chaque patient pris individuellement, la meilleure stratégie diagnostique et thérapeutique, y compris la participation à un essai clinique. Leurs recommandations sont basées sur la science la plus récente et prennent en compte les bénéfices attendus, les risques encourus et la qualité de vie qui en résultera compte tenu de l'état de santé du patient autant du point de vue physique que psychosocial.

Les CDTC sont le lieu de discussions cliniques et scientifiques sur les cas simples révisés de façon statutaire, tout autant que sur les cas complexes présentés par les médecins traitants. Ils permettent de proposer à ces derniers des orientations assurant une bonne pratique médicale et les meilleurs traitements basés sur les données probantes ou la recherche actuelle.

La présentation du dossier d'un patient au CDTC permet à l'équipe interprofessionnelle et au patient d'obtenir le diagnostic le plus précis de même qu'une recommandation sur le meilleur traitement possible. La discussion entre les experts de différentes spécialités favorise une utilisation optimale des ressources. Le CDTC est donc un allié de l'équipe soignante et du médecin responsable du patient. Ils y trouvent également leur compte, car le CDTC leur permet de revoir les stratégies diagnostiques et thérapeutiques, d'évaluer la qualité des actes posés et de recevoir une formation continue grâce à la discussion avec des collègues.

En effet, les CDTC ont aussi comme mandat d'évaluer et de stimuler l'évolution de la pratique des équipes interprofessionnelles et peuvent émettre toute recommandation pertinente à l'amélioration continue de cette pratique. Ces recommandations peuvent cibler les établissements ou le ministère de la Santé et des Services sociaux. Dans une telle éventualité, une coopération et une concertation entre les CDTC seront requises. La DQC pourra faciliter ces activités d'amélioration des pratiques. Il faut noter d'emblée qu'un CDTC peut être dédié à plusieurs sièges tumoraux (CDTC multisièges) ou dédié à un siège tumoral (CDTC siège spécifique) selon les besoins.

3.3 STATUTS ET FONCTIONNEMENT

Le fonctionnement des CDTC dans un établissement nécessite au préalable les éléments suivants :

- l'obligation des médecins exerçant en cancérologie de travailler en collaboration et de participer aux activités du ou des CDTC;
- le soutien de la direction de l'établissement à la mise en place du ou des CDTC (salle de réunion, soutien clérical, système de visioconférence, etc.);
- une description claire des fonctions et des rôles de chacun des membres du CDTC (président, membres);
- la présence de toutes les expertises nécessaires pour les types de cas présentés;

- l'engagement des professionnels de tenir compte des recommandations du CDTC;
- l'obligation du médecin traitant de présenter au patient les conclusions et les recommandations du CDTC;
- une attitude respectueuse des professionnels impliqués;
- l'aménagement de l'horaire des CDTC afin de favoriser la participation optimale des médecins et autres professionnels.

3.3.1 STRUCTURE PROPOSÉE

Le Collège des médecins du Québec insiste pour que tous les médecins du Québec puissent avoir accès à un CDTC, peu importe où ils pratiquent. La présence d'un CDTC dans un établissement dépend, bien entendu, des expertises sur place. Certains établissements qui ont un haut volume d'activités sont en mesure de créer un ou même plusieurs CDTC. Dans le cas des professionnels des établissements qui ont un faible bassin de desserte ou qui ont un nombre insuffisant de professionnels, l'accès à un CDTC devrait être offert par un autre centre. Ainsi, il est attendu que les équipes des centres de référence dédiées à un siège tumoral créent un CDTC qui soit accessible aux médecins d'une partie ou de toute la province. La télémédecine serait alors l'outil privilégié pour atteindre cet objectif.

LE COMITÉ DE COORDINATION DES CDTC DU CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS DE L'ÉTABLISSEMENT (CMDP)

Un comité de coordination des CDTC doit faire partie des comités obligatoires du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) d'un CISSS, d'un CIUSSS ou d'un CHU. À ce titre, le CMDP en nommera les membres, idéalement quatre, pour avoir des points de vue variés tout en n'alourdissant pas le processus, dont un doit être le chef médical cogestionnaire du programme de cancérologie de l'établissement. Parmi ceux-ci, le CMDP désignera un président.

Le comité de coordination des CDTC est responsable de créer et de superviser le fonctionnement et la qualité des CDTC.

Le comité de coordination a également l'obligation de déposer un rapport annuel au CMDP. Ce rapport contient l'information nécessaire et suffisante pour que le CMDP puisse vérifier : a) la qualité des processus du ou des CDTC, soit le respect des critères de présentation et b) les actes posés et les décisions prises.

Le groupe de travail recommande donc au ministère de la Santé et des Services sociaux d'instaurer un nouveau règlement en ce sens au sein de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) pour la création d'un comité de coordination des CDTC.

En attendant les modifications de la réglementation, le CMDP peut certainement créer un comité de coordination des CDTC en vertu de ses besoins spécifiques. Le Collège des médecins du Québec encourage donc cette prise de décision rapide par les CMDP des établissements concernés. Lorsque le CISSS ne dispose pas des ressources requises pour créer un CDTC, le CMDP, en lien avec le programme de cancérologie de l'établissement, devra prendre les mesures nécessaires pour que ses membres aient accès à un CDTC d'un autre établissement.

Le comité du CMDP responsable de la coordination des CDTC aura pour mandat :

1/ d'adopter les critères obligatoires de présentation des situations cliniques des tumeurs dans le respect des orientations du CMDP, du programme de cancérologie de l'établissement et des comités d'experts de la Direction québécoise de cancérologie;

2/ de revoir les résultats des analyses rétrospectives régulières de cas présentés et l'examen prospectif des cas soumis par les médecins traitants quant à la qualité des recommandations et au respect des critères de présentation;

3/ de créer, si jugé nécessaire, un CDTC multisièges ou des CDTC siège spécifique dans un ou plusieurs lieux physiques;

4/ de créer un registre de toutes les tumeurs solides ou hématologiques diagnostiquées et traitées au sein du CISSS ou de l'établissement qui sont présentées au CDTC;

5/ de définir le mode de fonctionnement des CDTC en lien avec les recommandations des experts du réseau de cancérologie du Québec;

6/ d'assurer, lorsque la mise en place d'un CDTC local n'est pas possible, les liens nécessaires avec les CDTC d'autres établissements;

7/ de veiller à ce que le rapport annuel des activités des CDTC soit transmis au CMDP;

8/ de suggérer et d'organiser des activités pour améliorer la qualité et le fonctionnement des séances de travail de tous les types de CDTC.

Le CMQ est d'avis que la présence d'un coordonnateur administratif employé par le CISSS, le CIUSS ou l'établissement est requise pour soutenir la bonne marche des CDTC de l'établissement. Cette responsabilité administrative peut être confiée au cogestionnaire clinico-administratif des programmes de cancérologie des établissements.

Le coordonnateur administratif (employé par l'établissement) des CDTC aura pour tâches :

- de faire préparer la liste des cas présentés au CDTC;
- de s'assurer que tous les documents et rapports d'anatomopathologie, d'imagerie ou autres sont disponibles;
- de voir à la gestion des ressources de visioconférence, si requises;
- de veiller au bon déroulement de la réunion;
- de faire le lien, si requis, avec le(s) CDTC d'autre(s) établissement(s);
- de veiller à ce que les recommandations du CDTC soient rapidement consignées au dossier du patient;
- d'assurer la transcription rapide des comptes rendus des CDTC.

Le CMQ est d'avis que, dans plusieurs CHU et certains CIUSSS, le comité de coordination des CDTC pourrait accepter la création de CDTC sièges spécifiques. Pour tous les CDTC, un médecin responsable sera nommé par le comité de coordination des CDTC afin d'assurer le bon déroulement des rencontres. Ce médecin responsable aura pour tâches :

- de prioriser les cas à présenter;
- de préparer l'ordre du jour du CDTC;
- de veiller au bon déroulement de la réunion;
- de veiller à ce qu'un ou des médecins participent à la rédaction du compte rendu de la réunion;
- de veiller à ce que les décisions soient rapidement consignées au dossier du patient.

Le comité de coordination des CDTC doit jouir d'une place adéquate au sein de l'organigramme du CMDP. Ce dernier doit voir à la composition et au fonctionnement harmonieux du CDTC de coordination et de tous les CDTC de l'établissement. Il devra, dans le respect de la loi, rendre publique la compilation anonymisée des activités des CDTC et veiller à la qualité des recommandations.

À la demande des équipes interprofessionnelles, ou selon les besoins, et en collaboration avec le comité d'évaluation médicale dentaire et pharmaceutique (CEMDP), le comité de coordination des CDTC doit aussi procéder à des analyses rétrospectives et à des révisions de cas, ainsi qu'évaluer le succès ou le taux de complications des gestes thérapeutiques posés par les professionnels impliqués dans les soins et services offerts à la clientèle en oncologie dans un même établissement.

Le comité de coordination des CDTC peut donc être considéré comme un outil de gestion de la qualité grâce à l'échange d'information, à la formation et à la rétroaction qu'il favorise.

3.3.2 COMPOSITION DES CDTC

Pour évaluer les cas de patients atteints de tumeurs solides, la participation de médecins issus de plusieurs spécialités médicales et chirurgicales est essentielle. Si l'un ou l'autre des experts ci-dessous n'est pas représenté lors d'un CDTC, une consultation antérieure ou ultérieure de cet expert est nécessaire avant de rendre toute recommandation clinique.

Les experts suivants devraient être présents, en personne ou par visioconférence, lors des rencontres de discussion de cas :

- anatomopathologiste (ou, à défaut, son opinion écrite);
- chirurgien, si requis;
- hémato-oncologue ou oncologue médical;
- médecin responsable du patient ou infirmière pivot ou un autre professionnel impliqué dans les soins directs au patient;
- radio-oncologue;
- radiologiste (ou, à défaut, ses rapports d'imagerie);
- nucléiste (ou, à défaut, ses rapports d'imagerie);
- président du comité de coordination des CDTC ou son représentant.

Pour les tumeurs non solides, les experts suivants doivent être présents :

- au moins deux hémato-oncologues;
- pharmacien;

- anatomopathologiste (ou, à défaut, son opinion écrite);
- médecin responsable du patient ou infirmière pivot ou un autre professionnel impliqué dans les soins directs au patient;
- président du comité de coordination des CDTC ou son représentant.

Selon les situations et à l'invitation du président du comité de coordination des CDTC ou du médecin responsable du CDTC, d'autres médecins ou professionnels de la santé tels que le médecin en soins palliatifs, le médecin de famille du patient, l'infirmière pivot, le travailleur social, la nutritionniste ou le pharmacien pourraient se joindre au comité.

D'autres membres de l'équipe médicale peuvent certainement être d'une grande utilité si la tumeur nécessite des traitements qui concernent leur spécialité.

Tous les CDTC doivent rechercher la meilleure décision diagnostique et thérapeutique dans l'intérêt du patient. Les comités devront tenir compte de l'âge du patient, de sa qualité de vie actuelle, du pronostic, de sa qualité de vie future, du soutien familial ou des proches aidants et de la volonté du patient quant au type de soins souhaité.

Il a été clairement reconnu que la présence du patient lors d'une réunion de CDTC n'est pas recommandée. Cependant, le patient doit être informé de la discussion de son cas et de la recommandation du CDTC. Il doit donner son consentement libre et éclairé aux soins qui lui seront prodigués.

3.3.3 MODE DE FONCTIONNEMENT

Le fonctionnement des CDTC doit être tel qu'il leur permette de remplir leur rôle décrit ci-dessus.

Tous les cas présentés au CDTC (tumeurs solides ou hématologiques) doivent être inscrits dans un registre tenu par le comité de coordination des CDTC du CHU, du CISSS ou du CIUSSS.

Parallèlement, un règlement du CMDP doit exiger que les médecins responsables de patients atteints d'une tumeur inscrivent tous leurs cas selon les critères de présentation des diverses situations cliniques dans ce registre. La présence d'un registre local de cancer faciliterait le processus de vérification.

À partir du registre et en conformité avec les orientations du CMDP, de son comité de coordination des CDTC et des recommandations des comités d'experts de la Direction québécoise de cancérologie, les médecins responsables des CDTC déterminent les cas qui devraient être mis à l'ordre du jour d'une réunion pour établir un diagnostic précis, faciliter une intégration des interventions ou déterminer quelle serait la meilleure thérapie à offrir au patient.

Toute tumeur présentée à un CDTC devra avoir été classifiée au préalable selon la nomenclature TNM ou toute autre méthode reconnue afin de bien étayer le diagnostic et la décision thérapeutique.

S'il le juge opportun, le médecin responsable du patient peut demander qu'un cas inscrit soit mis à l'ordre du jour d'un CDTC pour discussion même s'il n'est pas ciblé par les critères de présentation. Différents formulaires sont proposés en annexe afin de faciliter la discussion au sein des CDTC.

Le médecin responsable du patient ou l'infirmière pivot aura la responsabilité de présenter la position du patient au CDTC.

Les CDTC doivent se réunir régulièrement afin de ne pas retarder indûment l'investigation ou le traitement du patient. Le coordonnateur administratif ou le médecin responsable d'un CDTC multisièges ou spécifique veille à colliger rapidement toutes les données cliniques requises pour la prise de décision qui doit viser une recommandation consensuelle.

Une note faisant état de cette recommandation doit être versée au dossier du patient dans les 48 heures suivant chaque rencontre pour que l'investigation et le traitement soient entrepris sans retard. Le recours à un formulaire déjà en utilisation dans certains établissements pourrait uniformiser la consignation des informations au dossier du patient.

Dans une perspective de respect de l'autonomie du patient, le médecin traitant devra l'informer de la recommandation du CDTC. Les diverses options qui s'offrent dans son cas devraient être abordées au cours d'une discussion personnalisée dans le but de soutenir une décision éclairée.

Dans la décision de suivre ou de ne pas suivre les recommandations d'un CDTC, le médecin responsable du patient doit tenir compte de la volonté de son patient, si celui-ci est apte, selon qu'il désire ou non suivre la recommandation. Dans le cas d'une décision qui renverse la recommandation du CDTC, le médecin traitant doit justifier clairement cette position et l'inscrire au dossier de son patient.

Il ne s'agit pas de limiter ou de restreindre l'autonomie professionnelle des médecins ou de contraindre la volonté des patients, mais de les aider à prendre des décisions dans le respect de la littérature actuelle et de la médecine basée sur les données probantes.

Les CDTC doivent être arrimés aux autres regroupements et comités en cancérologie du Réseau de cancérologie du Québec, notamment les équipes de référence dédiées à des sièges tumoraux dans les établissements.

3.3.4 RENDRE ACCESSIBLES LES CDTC DANS LES ÉTABLISSEMENTS

Le fonctionnement des CDTC doit assurer un accès uniforme pour tous les médecins. Des honoraires et des libérations en temps doivent être négociés avec certaines associations médicales et les syndicats afin de permettre aux médecins et aux professionnels de la santé concernés de participer pleinement aux réunions des CDTC sans être pénalisés. Il en va de même pour le président et les membres du comité de coordination des CDTC.

Les CDTC ont été créés afin d'offrir aux professionnels de la santé un soutien diagnostique et thérapeutique ainsi qu'un forum de discussion dans tous les cas, notamment ceux dont le diagnostic ou la conduite thérapeutique s'avèrent complexes.

Le CMDP et la direction de l'établissement doivent développer une approche concertée sur les procédures, tant sur le plan médical qu'administratif.

En conséquence, tous les CDTC devront publiciser le jour, l'heure et le lieu de chacune de leurs réunions auprès des professionnels pouvant être visés ou devant y participer et leur indiquer, s'il y a lieu, le siège de cancer qui sera discuté, par exemple :

Hématologique :	lundi 12 h à 13 h, salle X
Pulmonaire :	jeudi (1 sur 2) 16 h 30 à 17 h 30, salle Y
Sein :	vendredi 7 h à 8 h 30, salle Z

3.3.5 CONFIDENTIALITÉ DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

La présentation et la discussion des cas peuvent se faire au moyen d'un formulaire électronique. Le souci du respect de la confidentialité des renseignements personnels des patients doit être constant de la part de tous les intervenants.

Pour la transmission des données, aucun moyen n'est privilégié. Le moyen utilisé doit également assurer le respect de la confidentialité des informations transmises.

Le CMQ n'interdit pas l'utilisation de moyens électroniques pour le transfert d'informations concernant un patient. Il recommande cependant que pour toute utilisation de moyens électroniques, incluant les courriels, pour le transfert de contenu sensible (le cancer étant par définition un sujet à contenu sensible), le maximum de sécurité soit assuré. Le médecin doit expliquer à son patient les procédures de la discussion de son dossier au CDTC et les implications résultant de la transmission électronique de renseignements confidentiels.

Il faut se rappeler cependant qu'à l'exception du réseau RTSS, les systèmes de messagerie actuels ne peuvent garantir la confidentialité ni même l'intégrité du contenu des messages transmis ou reçus.

3.3.6 PRÉSENTATION D'UN CAS

Afin de respecter le droit à la vie privée et dans un souci de normalisation et d'harmonisation des procédures, différentes informations doivent être transmises dans un formulaire et dans le délai prévu par le comité de coordination des CDTC.

Le lieu, l'adresse courriel, le poste téléphonique ou le numéro de télécopie où doivent être reçus les formulaires et les informations requises devraient être clairement indiqués pour tous les intervenants.

Une procédure simple et claire devra être établie pour les médecins de l'établissement ou d'un établissement partenaire qui souhaitent présenter un dossier au CDTC. Le médecin responsable du patient peut participer aux réunions sur place, par téléphone ou par un moyen audiovisuel sécurisé (p. ex. : par RTSSS et non par Skype), et ce, toujours avec l'accord du patient. Il doit cependant en informer le responsable administratif au préalable.

3.3.7 RÔLE DES ENTREPRISES COMMERCIALES AU SEIN DU CDTC

Afin d'éviter tout conflit ou apparence de conflit d'intérêts, les entreprises commerciales ne doivent en aucune façon être présentes lors des rencontres des CDTC ni en appuyer, de quelque manière, l'organisation ou la tenue.

Les ressources humaines et financières nécessaires aux activités des CDTC devraient être rendues disponibles par la RAMQ, le MSSS ou par l'établissement.

Le groupe de travail recommande aux établissements d'instaurer un processus annuel de déclaration de conflits d'intérêts pour tous les médecins impliqués de loin ou de près dans le fonctionnement et les délibérations des CDTC. Ces médecins seraient tenus de déclarer toute subvention de recherche ou activité de présentation pour une entreprise commerciale.

CONCLUSION

Pour assurer au patient atteint de cancer la meilleure qualité de soins possible, la mise en place de CDTC fonctionnels est considérée comme essentielle dans tout établissement où sont posés des diagnostics et où sont prodigués des traitements contre le cancer. Les CDTC s'intègrent dans les structures du réseau de cancérologie et les complètent.

Par ailleurs, là où le nombre d'experts ou la variété des spécialités médicales ne sont pas suffisants, les médecins traitants devront pouvoir présenter leurs dossiers à des CDTC au sein d'un CISSS, d'un CIUSSS ou d'un CHU. En aucun cas, l'absence de CDTC local et l'obligation de présenter des cas à un CDTC d'un centre de référence ne devraient retarder indûment le traitement d'un patient. Cette procédure a pour but d'harmoniser les pratiques, de soutenir les décisions basées sur des évidences scientifiques et de permettre la formation professionnelle continue.

Les différentes spécialités médicales devront collaborer et conjuguer leurs expertises afin de prodiguer aux patients québécois atteints de cancer le traitement optimal dans des délais minimaux.

La mise en place d'un réseau de CDTC, dans les CHU, les CISSS et les CIUSSS où sont posés des diagnostics et où sont prodigués des traitements contre le cancer, requiert des conditions préalables (incontournables) :

- la reconnaissance du comité de coordination des CDTC comme comité relevant du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et un ajout dans ce sens en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*;
- l'assurance que chaque CDTC dispose des ressources nécessaires pour bien fonctionner et bénéficie d'un soutien administratif concret, à savoir un coordonnateur et, au besoin, une ressource cléricale.

Nous espérons que ce quide d'exercice pour la mise sur pied et le fonctionnement de CDTC guideront la réflexion de tous les médecins œuvrant en cancérologie.

Nous sommes conscients de la complexité des soins offerts aux patients

qui sont aux prises avec le cancer. Nous sommes convaincus que des CDTC fonctionnels amélioreront la qualité des soins offerts aux patients tout en assurant aux médecins un soutien systématique dans leur pratique.

Nous souhaitons que dès la publication de ce guide, les CMDP des établissements québécois mettent en place un processus d'évaluation des CDTC.

La Direction québécoise de cancérologie nous a assuré qu'elle soutiendra les établissements, par l'entremise du réseau de cancérologie et de ses comités d'experts dans la mise sur pied progressive des CDTC et leur fonctionnement.

Les membres du comité recommandent au CMQ de procéder à une révision du présent guide tous les cinq ans.

— Annexes

ANNEXE I - FICHE DE PRÉSENTATION DE CAS

FICHE DE PRÉSENTATION DE CAS

Rencontre du : _____

N° dossier : _____

Nom - Prénom : _____

NAM : _____ (Exp. : _____)

Brève description clinique

_____

_____

_____

Médecin : _____

Imagerie médicale à présenter : ○ Oui ○ Non (Si oui, par ordre de présentation)

Examens radiologiques	Date

Examens en médecine nucléaire	Date

Pathologie à discuter : ○ Oui ○ Non Si oui, numéro de patho : _____

— Annexes

ANNEXE II - COMITÉ DU DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT DU CANCER : PRÉSENTATION DE CAS

COMITÉ DU DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT DU CANCER : PRÉSENTATION DE CAS

(Initiales du patient seulement et son numéro de dossier)

Date : _____

Présentateur : _____

○ hématologie ○ sein ○ poumon ○ digestif ○ gynécologie ○ ORL

○ thyroïdien ○ urologie : ○ prostate ○ rein ○ vessie ○ autre : _____

○ urgent

Comorbidités : _____

Base d'informations :

Questions :

Discussion :

Plan :

Signature du secrétaire de la réunion : _____

c. c. médecin traitant : _____

Source : CISSS de la Montérégie-Centre.

— Annexes

ANNEXE III – COMITÉ DU DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT DU CANCER : SEIN
DIAGNOSIS AND TREATMENT CANCER COMMITTEE: BREAST

DDN/DOB : _____ NAM/RAMQ : _____ Exp. : _____		Admission-Visite/Visit : _____ Site : _____ Emplacement/location : _____	
Médecin référent *Referring physician*			
HISTOIRE/*HISTORY*			
Histoire pertinente *Relevant history*			
ECOG			
Histoire familiale *Family history*			
Présentation *Presentation*		**Latéralité** *Laterality*	
Examen clinique du sein *Clinical breast examination*			
Examen clinique axillaire *Clinical axilla examination*			
Taille/*Size*			
IMAGERIE/*IMAGING*			
Mammographie/*Mammography*			
Échographie/*Ultrasound*			
IRM/*MRI*			

Source : Centre universitaire de santé McGill.

ANNEXE III – COMITÉ DU DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT DU CANCER : SEIN (SUITE)
DIAGNOSIS AND TREATMENT CANCER COMMITTEE: BREAST (CONTINUATION)

MÉTHODES DIAGNOSTIQUES/*DIAGNOSTIC METHODS*					
Sein ou paroi thoracique *Breast or chest wall*		**Date du diagnostic** *Diagnosis date (AAYY/MM/JD)*			
Ganglions *Lymph nodes*					
DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE/*HISTOLOGIC DIAGNOSIS*					
Pathologie/ *Pathology*					
Grade		**RE/ER**		**RP/PR**	
Her2/neu					
Deuxième lésion/ *Second lesion*					
Site					
Grade		**RE/ER**		**RP/PR**	
Her2/neu					
Stade clinique/ *Clinical stage*					
Traitement à ce jour/ *Treatment to date*					
RT néo-adjuvante/ *Neoadjuvant RT*					
CHIRURGIE/*SURGERY*					
Chirurgie/*Surgery*					
Date (AAYY/MM/JD)		**Site :**			

ANNEXE III – COMITÉ DU DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT DU CANCER : SEIN (SUITE)
DIAGNOSIS AND TREATMENT CANCER COMMITTEE: BREAST (CONTINUATION)

Pathologie/ *Pathology*					
Focalité/*Focality*					
Grade					
Taille/*Tumour size*		**ILV/LVI**			
Pathologie secondaire *Secondary pathology*			**Grade**		
Marge proche (invasif) *Closest margin (invasive)*					
Site marge proche (invasif) *Closest margin (invasive) location(s)*					
Marge proche (CCIS) *Closest margin (DCIS)*					
Site marge proche (CCIS) *Closest margin (DCIS) location(s)*					
RE/ER		**RP/PR**			
Her2/neu					
Ganglions examinés/ *Nodes examined*		**Positive**		**EEC/ECE**	
Autre pathologie/ *Other pathology*					
Stade pathologique/ *Pathologic stage*					
CHIRURGIE/*SURGERY*					
Chirurgie/*Surgery*					
Date (AAYY/MM/JD)		**Site :**			
Pathologie/ *Pathology*					
Focalité/*Focality*					
Grade					

ANNEXE III – COMITÉ DU DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT DU CANCER : SEIN (SUITE)
DIAGNOSIS AND TREATMENT CANCER COMMITTEE: BREAST (CONTINUATION)

Taille/*Tumour size*		**ILV/LVI**			
Pathologie secondaire *Secondary pathology*			**Grade**		
Marge proche (invasif) *Closest margin (invasive)*					
Site marge proche (invasif) *Closest margin (invasive) location(s)*					
Marge proche (CCIS) *Closest margin (DCIS)*					
Site marge proche (CCIS) *Closest margin (DCIS) location(s)*					
RE/ER		**RP/PR**			
Her2/neu					
Ganglions examinés/ *Nodes examined*		**Positive**		**EEC/ECE**	
Autre pathologie/ *Other pathology*					
Stade pathologique/ *Pathologic stage*					
Autres investigations/ *Other investigations*					
Autre information/ *Other information*					

RECOMMANDATIONS/*RECOMMENDATIONS*
1.
2.
3.
4.
5.
6.

ANNEXE III – COMITÉ DU DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT DU CANCER : SEIN (SUITE)
DIAGNOSIS AND TREATMENT CANCER COMMITTEE: BREAST (CONTINUATION)

Préparé par / *Prepared by :*

Nom / *Name* :

N° permis / *License no.* :

Date (AAYY-MM-JD) :

Signature du professionnel / *Professional's Signature*

N° permis / *License no.* :

Date (AAYY-MM-JD) :

ABRÉVIATIONS/*ABBREVIATIONS*

HCA/*AHD*	Hyperplasie canalaire atypique/Typical ductal hyperplasia
CCIS/*DCIS*	Carcinome canalaire in situ/Ductal carcinoma in situ
CLIS/*LCIS*	Carcinome lobulaire in situ/Lobular carcinoma in situ
EA/*ALND*	Évidement axillaire/Axillary lymph node dissection
EEC/*ECE*	Extension extracapsulaire/Extracapsular extension
ECOG	Eastern Cooperative Oncology Group
RE/*ER*	Récepteur d'estrogène/Estrogen receptor status
CA/*FNAC*	Cytologie à l'aiguille/Fine needle aspiration cytology
GS/*SLNB*	Biopsie du ganglion sentinelle/Sentinel lymph node biopsy
Her2/neu	Récepteurs Her2/neu/Her2/neu receptor status
IHC	Immunohistochimie/Immunohistochemistry
IRM/*MRI*	Imagerie par résonance magnétique/Magnetic resonance imaging
ILV/*LVI*	Invasion lymphovasculaire/Lymphovascular invasion
MRM	Mastectomie radicale modifiée/Modified radical mastectomy
RP/*PR*	Récepteurs de progestérone/Progesterone receptor status
RT	Radiothérapie/Radiotherapy

Source : Centre universitaire de santé McGill.

— Références et lectures complémentaires

1. SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER (2015). *Statistiques canadiennes sur le cancer 2015,* Toronto, Ontario, SCC. [http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-101/canadian-cancer-statistics-publication/?region=qc].

2. COMITÉ CONSULTATIF SUR LE CANCER (1998). *Programme québécois de lutte contre le cancer : Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). [http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1997/97-729-5.pdf].

3. DIRECTION QUÉBÉCOISE DE CANCÉROLOGIE (2013). *Plan directeur en cancérologie*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). [http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-902-02W.pdf].

4. BLAYNEY, D. W. (2013). « Tumor boards (team huddles) aren't enough to reach the goal », *Journal of the National Cancer Institute*, vol. 105, n° 2, p. 82-84.

5. HONG, N. J. L., ET COLLAB. (2009). « Multidisciplinary cancer conferences: exploring the attitudes of cancer care providers and administrators », *Journal of Interprofessional Care*, vol. 23, n° 6, p. 599-610.

6. WRIGHT, F. C., ET COLLAB. (2007). « Multidisciplinary cancer conferences: a systematic review and development of practice standards », *European Journal of Cancer*, vol. 43, n° 6, p. 1002-1010.

7. WRIGHT, F. C., ET COLLAB. (2009). « Multidisciplinary cancer conferences: identifying opportunities to promote implementation », *Annals of Surgical Oncology*, vol. 16, n° 10, p. 2731-2737.

8. AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS (1934). « Minimum standard for cancer clinics in general hospitals », *Twenty-first year book*, Chicago, ACS, p. 26.

9. COMMISSION ON CANCER (2012). *Cancer program standards 2012: Ensuring Patient-Centered Care*, Chicago, American College of Surgeons (ACS). [https://www.facs.org/~/media/files/quality%20programs/cancer/coc/programstandards2012.ashx].

10. HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (2014). *Développement professionnel continu : Fiche méthode - Réunion de concertation pluridisciplinaire*, Saint-Denis, HAS. [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/reunion_de_concertation_pluridisciplinaire_fiche_technique_2013_01_31.pdf].

— Références et lectures complémentaires

11. DEPARTMENT OF HEALTH (1995). *A policy framework for commissioning cancer services: A report by the Expert Advisory Group on Cancer to the Chief Medical Officers of England and Wales*, Londres, Angleterre, DoH. [http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4014366.pdf].

12. CROKE, J. M., ET S. EL-SAYED (2012). « Multidisciplinary management of cancer patients: chasing a shadow or real value? An overview of the literature », *Current Oncology*, vol. 19, n° 4, p. e232.

13. GUILLEM, P. ET COLLAB. (2011). « Évaluation des réunions de concertation pluridisciplinaire en cancérologie : quelles priorités pour quelles améliorations? », *Bulletin du Cancer*, vol. 98, n° 9, p. 989-998.

14. CANCER CARE ONTARIO (2012). *Ontario Cancer System. Pathways* [site Web], Toronto, Ontario. [https://www.cancercare.on.ca/cms/one.aspx?objectId=124588&contextId=1377].

15. KEATING, N. L., ET COLLAB. (2013). « Tumor boards and the quality of cancer care », *Journal of the National Cancer Institute*, vol. 105, n° 2, p. 113-121.

16. LAMB, B. W., ET COLLAB. (2011). « Quality of care management decisions by multidisciplinary cancer teams: a systematic review », *Annals of Surgical Oncology*, vol. 18, n° 8, p. 2116-2125.

17. PALMER, G., ET COLLAB. (2011). « Preoperative tumour staging with multidisciplinary team assessment improves the outcome in locally advanced primary rectal cancer », *Colorectal Disease*, vol. 13, n° 12, p. 1361-1369.

18. BYDDER, S., ET COLLAB. (2010). « Lung cancer multidisciplinary team meetings: a survey of participants at a national conference », *Journal of Medical Imaging and Radiation Oncology*, vol. 54, n° 2, p. 146-151.

19. COORY, M., ET COLLAB. (2008). « Systematic review of multidisciplinary teams in the management of lung cancer », *Lung Cancer*, vol. 60, n° 1, p. 14-21.

20. KEHL, K. L., ET COLLAB. (2015). « Tumor Board Participation Among Physicians Caring for Patients With Lung or Colorectal Cancer », *Journal of Oncology Practice*, vol. 11, n° 3, p. e267-e268.

21. WILCOXON, H., ET COLLAB. (2011). « Multidisciplinary cancer care in Australia: A national audit highlights gaps in care and medico-legal risk for clinicians », *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology*, vol. 7, n° 1, p. 34-40.

— Références et lectures complémentaires

22. PATEL, A., E. R. FRANKO JR ET JAMES W. FLESHMAN (2015). « Utilizing the multidisciplinary team for planning and monitoring care and quality improvement ». *Clinics in Colon and Rectal Surgery*, vol. 28, n° 1, p. 12-20.

23. PRADES, J., ET COLLAB. (2015). « Is it worth reorganising cancer services on the basis of multidisciplinary teams (MDTs)? A systematic review of the objectives and organisation of MDTs and their impact on patient outcomes », *Health Policy*, vol. 119, n° 4, p. 464-474.

24. BRÄNNSTRÖM, F., ET COLLAB. (2015). « Multidisciplinary team conferences promote treatment according to guidelines in rectal cancer », *Acta Oncologica*, vol. 54, n° 4, p. 447-453.

25. BRUNNER, M., ET COLLAB. (2015). « Head and neck multidisciplinary team meetings: Effect on patient management », *Head & neck*, vol. 37, n° 7, p. 1046-1050.

26. OXENBERG, J., ET COLLAB. (2015). « Multidisciplinary Cancer Conferences for Gastrointestinal Malignancies Result in Measureable Treatment Changes: A Prospective Study of 149 Consecutive Patients », *Annals of Surgical Oncology*, vol. 22, n° 5, p. 1533-1539.

27. SCHMIDT, H. M., ET COLLAB. (2015). « Thoracic Multidisciplinary Tumor Board Routinely Impacts Therapeutic Plans in Patients With Lung and Esophageal Cancer: A Prospective Cohort Study », *The Annals of Thoracic Surgery*, vol. 99, n° 5, p. 1719-1724.

28. MARRE, A. (2009). « Démarche d'assurance qualité et organisation des soins en cancérologie : au centre hospitalier de Rodez », *Techniques hospitalières*, vol. 64, n° 717, p. 67-70.

29. MARRE, A., ET COLLAB. (2011). « La réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) en cancérologie : la meilleure ou la pire des choses », *Techniques hospitalières, médico-sociales et sanitaires*, vol. 66, n° 725, p. 61.

30. CASTEL, P., ET COLLAB. (2012). « Multidisciplinarity and medical decision, impact for patients with cancer: sociological assessment of two tumour committees' organization », *Bulletin du cancer*, vol. 99, n° 4, p. e34-e42.

31. KANE, B., ET COLLAB. (2007). « Multidisciplinary team meetings and their impact on workflow in radiology and pathology departments », *BMC medicine*, vol. 5, n° 1, p. 15.

— Références et lectures complémentaires

32. COMITÉ DES ÉQUIPES INTERDISCIPLINAIRES DE LUTTE CONTRE LE CANCER (2005). *Les équipes interdisciplinaires en oncologie : avis*. Québec, Direction de la lutte contre le cancer, ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). [http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/lutte-contre-le-cancer/documents/equipes_interdisciplinaires_avis_aout2005.pdf].

33. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2015). *Organisation administrative* [site Web présentant l'organigramme du MSSS], Québec, MSSS. [http://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/poa/index.php].

Les références suivantes n'ont pas été citées dans le texte; elles renvoient cependant à des articles qui ont retenu notre attention et que nous voulons signaler aux lecteurs.

BORRAS, J. M., ET COLLAB. (2014). « Policy statement on multidisciplinary cancer care », *European Journal of Cancer*, vol. 50, n° 3, p. 475-480.

CAMPBELL, B. A., D. BALL ET F. MORNEX (2015). « Multidisciplinary Lung Cancer Meetings: Improving the practice of radiation oncology and facing future challenges », *Respirology*, vol. 20, n° 2, p. 192-198.

CASTEL, P., ET COLLAB. (2004). « Fonctionnement et impact d'un comité pluridisciplinaire en cancérologie », *Bulletin du cancer*, vol. 91, n° 10, p. 799-804.

EL SAGHIR, N. S., ET COLLAB. (2014). « Tumor boards: optimizing the structure and improving efficiency of multidisciplinary management of patients with cancer worldwide », *American Society of Clinical Oncology educational book,* American Society of Clinical Oncology, p. e461-466.

GAGLIARDI, A. R., ET COLLAB. (2008). « Challenges in multidisciplinary cancer care among general surgeons in Canada », *BMC Medical Informatics and Decision Making*, vol. 8, n° 1, p. 59.

KIDGER, J., ET COLLAB. (2009). « Clinical decision-making in a multidisciplinary gynaecological cancer team: a qualitative study », *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, vol. 116, n° 4, p. 511-517.

LAMB, B. W., ET COLLAB. (2012). « Multidisciplinary team working across different tumour types: analysis of a national survey », *Annals of Oncology*, vol. 23, n° 5, p. 1293-1300.

TAYLOR, C., ET COLLAB. (2012). « Measuring the quality of MDT working: an observational approach », *BMC Cancer*, vol. 12, n° 1, p. 202.

— Glossaire

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE (CHU)

Centre hospitalier affilié à une des quatre facultés de médecine québécoises.

CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (CISSS)

Réseau de services de santé et de services sociaux qui offre des services intégrés de santé. Il compte des médecins spécialistes, des médecins de famille et d'autres professionnels dans le domaine de la santé et des services sociaux offrant des services spécialisés ou surspécialisés (CH, CHSLD, centre jeunesse, etc.).

CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (CIUSSS)

Réseau de services de santé et de services sociaux associé à une faculté de médecine d'une université québécoise.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (CMQ)

Ordre professionnel des médecins du Québec. Sa mission : Une médecine de qualité au service du public.

COMITÉ DE COORDINATION DU OU DES CDTC

Comité nommé par le CMDP et responsable de la coordination du ou des CDTC de l'établissement. Même s'il n'y a qu'un CDTC dans un établissement, il est nécessaire d'avoir un comité de coordination.

COMITÉ DU DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT DU CANCER (CDTC)

Les CDTC réunissent, à intervalles réguliers, des médecins de différentes spécialités et d'autres professionnels de la santé pour réviser, de manière prospective ou rétrospective, la situation clinique de patients atteints de cancer afin d'établir, pour chaque patient pris individuellement, la meilleure stratégie diagnostique et thérapeutique, y compris la participation à un essai clinique. Leurs recommandations sont basées sur la science la plus récente et prennent en compte les bénéfices attendus, les risques encourus et la qualité de vie qui en résultera compte tenu de l'état de santé du patient autant du point de vue physique que psychosocial.

Les membres d'un CDTC multisièges peuvent aborder des questions relatives au diagnostic et au traitement des différents sièges de cancer. Un CDTC siège spécifique se

— Glossaire

limite à un siège de cancer en particulier. Les établissements ayant des équipes surspécialisées organisent des CDTC siège spécifique, soit le siège de cancer auquel elles sont dédiées. Ces CDTC doivent être accessibles aux médecins d'autres établissements qui désirent obtenir une opinion d'experts.

CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP)

Comité obligatoire d'un établissement de santé composé de tous les médecins, dentistes et pharmaciens qui exercent dans le CISSS, le CIUSSS ou le CHU. Le CMDP a notamment pour responsabilité de contrôler et d'apprécier la qualité et la pertinence des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques, d'évaluer et d'assurer le maintien des compétences de ses membres, d'émettre des recommandations quant aux règles de soins médicaux et dentaires et aux règles d'utilisation des médicaments.

DIRECTION QUÉBÉCOISE DE CANCÉROLOGIE (DQC)

Direction du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) responsable d'élaborer les politiques de santé en matière de cancérologie.

ÉQUIPE DE RÉFÉRENCE

Certains établissements abritent des équipes surspécialisées ayant fait l'objet d'une évaluation qui a permis d'identifier des équipes de référence provinciales pour un siège tumoral ou pour une problématique spécifique.

ÉQUIPE INTERPROFESSIONNELLE

Regroupement de professionnels de la santé, exerçant dans plus de deux professions ou spécialités, travaillant en équipe à une compréhension globale, commune et unifiée pour le diagnostic et le traitement d'une personne atteinte d'un cancer.

L'équipe comprend des médecins (chirurgiens, radio-oncologues, etc.) et différents professionnels de la santé (pharmaciens, infirmières et infirmiers, ergothérapeutes, etc.).

Les membres de l'équipe ont des objectifs communs et partagent la prise de décision et les responsabilités. En tant que professionnel, chacun conserve son pouvoir décisionnel.

INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (INESSS)

Sa mission : Promouvoir l'excellence clinique et l'utilisation efficace des ressources dans le secteur de la santé et des services sociaux par des études évaluatives et des recommandations.

— Glossaire

MÉDECIN TRAITANT

Médecin qui a la responsabilité du patient. Cette responsabilité peut être transférée en fonction de la trajectoire de soins du patient. Le médecin responsable peut également être le même tout au long du parcours.

PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Membres d'un ordre professionnel du Québec dans le domaine de la santé (p. ex. : infirmières, physiothérapeutes, pharmaciens).

PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE LUTTE CONTRE LE CANCER (PQLC)

Programme québécois élaboré par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec dans le but d'offrir une politique concertée de lutte contre le cancer.

SPÉCIALITÉ MÉDICALE

L'une des 60 spécialités reconnues par le Collège des médecins du Québec.

TNM

Classification des cancers en fonction de la grosseur ou du nombre de tumeurs (T), de la présence ou de l'absence d'atteinte des ganglions lymphatiques (N) et de la présence ou de l'absence de métastases locales ou à distance (M).