

**AVIS SUR LES DÉLAIS
DANS LE TRAITEMENT CHIRURGICAL
DU CANCER**

Conseil québécois
de lutte contre le cancer

COMPOSITION DU CONSEIL QUÉBÉCOIS DE LUTTE CONTRE LE CANCER

Président

D^r Jean Latreille, hémato-oncologue, Hôpital Charles-LeMoynes

Vice-président

D^r Arnaud Samson, omnipraticien, Centre hospitalier régional de Baie-Comeau

Membres

D^r Pierre Audet-Lapointe, gynéco-oncologue

M^{me} Nicole Beauchesne, infirmière, CHUS

D^r Jocelyn Demers, pédiatre oncologue, Hôpital Sainte-Justine

M^{me} Marie de Serres, infirmière, CHUQ

D^{re} Josée Dubuc-Lissoir, gynéco-oncologue, CHUM

M^{me} Danielle Ferron, pharmacienne, Hôtel-Dieu d'Arthabaska

M^{me} Diane Fortier-Langlois, bénévole, CHUQ

D^{re} Carolyn Freeman, radio-oncologue, CUSM

M^{me} Huguette Lavoie, travailleuse sociale, Maison Michel-Sarrazin

Secrétariat

M. Martin Coulombe

Représentant du Centre de coordination de la lutte contre le cancer au Québec

D^r Denis Roy, directeur

Pour renseignements ou commentaires :
Secrétariat du Conseil québécois de lutte contre le cancer
1075, chemin Sainte-Foy, 6^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1

Téléphone : (418) 266-6944
Télécopieur : (418) 266-6938
Courriel : cqlc@msss.gouv.qc.ca

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2001
Bibliothèque nationale du Canada, 2001
ISBN 2-550-37985-3

01-908-07

PRÉAMBULE

Le présent avis a été préparé par le Conseil québécois de lutte contre le cancer à la demande de la Direction générale des affaires médicales et universitaires du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Cette demande d'expertise, formulée en janvier 2000, concernait la mise sur pied d'un système de gestion de l'accès aux services pour les personnes atteintes d'un cancer. Les travaux de notre comité devaient traduire l'intérêt du Ministère de définir des délais raisonnables et médicalement acceptables pour des conditions de santé prioritaires au Québec. Les dirigeants du système de santé et de services sociaux souhaitaient du même coup offrir des paramètres pour guider la prise de décision des cliniciens et des gestionnaires du réseau.

Au nom du Conseil québécois de lutte contre le cancer, nous avons accepté le mandat non sans ressentir d'abord un certain embarras. En effet, le concept de délai raisonnable est-il applicable à la chirurgie oncologique ? Existe-t-il des données probantes pour fonder la prise de décision dans ce domaine ? D'entrée de jeu, nous savions qu'étant donné la nature évolutive du cancer, tout délai constitue l'ennemi numéro un pour le succès de l'intervention clinique. De plus, l'anxiété et la détresse psychologique éprouvées par les personnes qui attendent des soins et par leurs proches nous sont bien familières. Par surcroît, notre réflexion devait tenir compte de la responsabilité professionnelle portée par les cliniciens, particulièrement les médecins, tenus à la plus grande diligence dans les soins à apporter à leurs patients atteints de cancer. En aucune façon, notre comité ne voulait se faire complice d'une stratégie ne visant qu'à limiter les services oncologiques et à gérer la rareté croissante des ressources à l'intérieur de notre système public de santé.

Après mûre réflexion, nous nous sommes ralliés à l'idée qu'un minimum de paramètres valait mieux qu'une approche de laisser-faire, trop souvent soumise à toutes sortes d'influences aléatoires et à la loi de ceux qui crient le plus fort. C'est pourquoi nous avons rapidement adopté deux principes fondamentaux. Le premier, c'est qu'un traitement effectué précocement dans l'évolution de la maladie offrira toujours les meilleures chances de succès. Le second, c'est que le laps de temps entre le diagnostic et la chirurgie n'est pas le seul élément qui compte puisque les périodes écoulées avant la consultation ou avant le diagnostic sont tout aussi importantes.

PRÉAMBULE

Forts de ces principes, nous nous sommes assurés la collaboration d'une cinquantaine d'experts québécois en oncologie. Grâce à eux, nous avons été en mesure de faire la revue de la littérature scientifique et des consensus professionnels à ce jour. À partir de leurs recommandations, nous avons formulé le présent avis du CQLC, qui regroupe les principales données sur lesquelles il sera opportun de fonder la prise de décision en oncologie chirurgicale pour le plus grand bénéfice de la population québécoise.

LISTE DES MÉDECINS COLLABORATEURS

COMITÉ SUR LES DÉLAIS D'ACCÈS À LA CHIRURGIE

Mandataires du CQLC

Josée DUBUC-LISSOIR

Diane FORTIER-LANGLOIS

Denis ROY

Secrétariat

Linda LAROUCHE

RESPONSABLES DES GROUPES D'EXPERTS

Responsables

Christine CORRIVEAU

David FORTIN

Louis GUERTIN

Edwin LAFONTAINE

Réal LAPOINTE

Ginette MARTIN

Marie-Claude RENAUD

André ROBIDOUX

Fred SAAD

Robert TURCOTTE

Sièges tumoraux

Ophtalmologique

Neurologique

Oto-rhino-laryngologique

Poumon

Système digestif (excluant le colon et le rectum)

{ Peau

{ Hématologique

{ Colo-rectal

Gynécologique

Sein

Urologique

Musculo-squelettique

GROUPES D'EXPERTS

Colon et rectum

Paul BELLIVEAU
Philip H. GORDON
Jean-François LATULIPPE
Ginette MARTIN
Ramses WASSEF

Digestif

Jeffrey BARKUM
Christine DESBIENS
Pierre DUBÉ
Sylvain GENEST
Réal LAPOINTE
Richard LÉTOURNEAU
Richard RATELLE

Gynécologique

Pierre DROUIN
Marie PLANTE
Diane PROVENCHER
Marie-Claude RENAUD
Gérald STANIMIR

Hématologique

Yves LECLERC
Ginette MARTIN
Sarkis METERISSIAN
Louise PROVENCHER

Musculo-squelettique

Henri-Louis BOUCHARD
Marc ISLER
Robert TURCOTTE

Neurologique

David FORTIN
Brendan KENNY
Daniel LACERTE
Hans McLELLAND
Edward NEUWELT (États-Unis)

Ophthalmologie

Christine CORRIVEAU
Jean DESCHÊNES
Chaim EDELSTEIN
Alain ROUSSEAU

Oto-rhino-laryngologie

Georges DEMERS
Dominique DORION
André FORTIN
Louis GUERTIN
Jean-Claude TABET

Peau

Yves LECLERC
Ginette MARTIN
Sarkis METERISSIAN
Louise PROVENCHER

Poumon

Stéphane GRAVEL
Jocelyn GRÉGOIRE
Gabriel LABERGE
Edwin LAFONTAINE
Denise OUELLETTE

Sein

Jacques CANTIN
Richard MARGOLESE
Louise PROVENCHER
Jean ROBERT
André ROBIDOUX

Urologique

Armen APRIKIAN
Michel CARMEL
Yves FRADET
Louis LACOMBE
Paul PERROTTE
Fred SAAD
Simon TANGUAY

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	2
MÉTHODE	4
Cadre d'analyse	5
RÉSULTATS	9
Prémises de nos recommandations	9
Délai médicalement acceptable.....	10
Situations particulières	10
Stratégie globale de réduction des délais	11
DISCUSSION	16
CONCLUSION	17
BIBLIOGRAPHIE	18

INTRODUCTION

La question des priorités au regard des services et des soins de santé a soulevé un intérêt croissant au cours des dernières années. Dans plusieurs provinces canadiennes, on a conçu des stratégies visant à gérer les listes d'attente à l'aide de critères objectifs. Les travaux de Naylor et collaborateurs en Ontario, dans le domaine de la cardiologie tertiaire, et ceux de Roos et collaborateurs à Winnipeg en constituent des exemples notables. Au Québec, de telles stratégies ont récemment été déterminées pour les services de cardiologie tertiaire, de chirurgie de la cataracte, de chirurgie orthopédique – en ce qui concerne les prothèses de genou et de hanche – ainsi que pour la radio-oncologie. Puisque le fait d'avoir trop de priorités signifie, en pratique, n'en avoir aucune, il faut voir dans cette démarche un effort structuré afin de mieux tenir compte de la condition de santé des malades dans le processus d'organisation et de prestation des services.

C'est dans ce contexte général que nous avons reçu la demande d'expertise sur les délais raisonnables pour la chirurgie dans le traitement du cancer. Dans sa demande, la docteure Sylvie Bernier, directrice de l'excellence de la main-d'œuvre et des services médicaux à la Direction générale des affaires médicales et universitaires du Ministère, précisait que «pour améliorer la qualité des services offerts aux personnes souffrant de cancer, il est essentiel de déterminer, pour chacune des étapes stratégiques du traitement, quels sont les délais cliniquement acceptables pour recevoir le service». C'est ainsi que la docteure Bernier souhaitait que le Conseil québécois de lutte contre le cancer «précise les délais qu'il juge approprié pour les traitements dans les cas de cancer, et ce, selon les cancers qu'il détermine comme prioritaires ».

Ces travaux devaient s'inscrire dans le concept plus large de la gestion de l'accès aux services et viser les objectifs suivants :

- s'assurer que les patients reçoivent les services dans les délais acceptables selon leur état de santé ;
- fournir aux médecins un outil qui les soutienne dans leurs efforts pour rendre les services accessibles à leurs patients ;

- permettre aux gestionnaires des établissements de mieux gérer l'accès aux services ;
- permettre aux autorités du Ministère et des régies régionales de connaître la situation réelle de l'accessibilité aux services.

Afin de répondre à la demande du Ministère, le Conseil québécois de lutte contre le cancer (CQLC) a formé un comité qu'il a mandaté pour préparer un avis sur la question des délais raisonnables en ce qui concerne l'accès aux services de chirurgie oncologique.

Pour mener à bien ce mandat, nous avons fait appel à des chirurgiens experts en oncologie. Douze groupes d'experts furent constitués et placés sous la responsabilité de dix chirurgiens reconnus au Québec, au Canada et même, pour certains d'entre eux, sur la scène internationale.

Le mandat donné à ce groupes d'experts était :

- de formuler des recommandations générales quant aux délais raisonnables d'accès aux services selon chacun des sièges tumoraux retenus, en précisant la qualité des preuves scientifiques à l'appui ;
- de déterminer les situations particulières justifiant un délai moindre ;
- de recommander toute autre stratégie visant à réduire les délais avant qu'un patient n'obtienne le traitement chirurgical dont il a besoin.

Le présent document constitue l'aboutissement de notre démarche. Après avoir décrit l'approche générale retenue, nous présentons la méthode que nous avons adoptée, les consensus observés parmi nos groupes d'experts et les recommandations qui s'en dégagent. Enfin, une discussion des résultats sera menée pour éclairer la prise de décision et, à terme, améliorer la gestion des délais dans le domaine de l'oncologie.

MÉTHODE

Nous avons d'abord convenu de constituer des groupes d'experts pour douze sièges tumoraux. Ces sièges retenus regroupent l'essentiel de l'activité oncologique chirurgicale, à l'exclusion de la pédiatrie qui ne faisait pas partie de notre mandat. Chaque groupe a été placé sous la direction d'un chirurgien reconnu dans le domaine, qui était responsable de former un groupe de travail représentatif des différentes régions et universités du Québec (*cf.* liste des médecins collaborateurs).

Les groupes d'experts furent invités à consulter la littérature scientifique de leur domaine afin de rassembler les données portant sur le résultat de la thérapeutique chirurgicale du cancer selon les périodes d'attente. Aux fins de l'exercice, nous avons utilisé des critères généralement reconnus pour l'évaluation de la qualité des études scientifiques.

TABLEAU 1 – Recommandations selon la qualité de la preuve scientifique

Recommandation	Niveau d'évidence
Grade A	Niveau 1 : à partir d'études randomisées et de méta-analyses
Grade B	Niveau 2 : à partir d'études observationnelles et d'autres études expérimentales ou cliniques fiables
Grade C	Niveau 3 : à partir d'études plus limitées et d'opinions d'experts ou entérinées par des autorités reconnues

Source : Modification d'un tableau produit par le Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique (*Canadian Task Force*).

Le mandat et les principaux paramètres adoptés furent confirmés par une lettre adressée à chacun des responsables des groupes d'experts, en date du 19 avril 2000. Deux rencontres de coordination, auxquelles furent invités les responsables de groupes d'experts et les trois mandataires du CQLC, furent tenues le 9 juin et le 24 novembre 2000. Les rapports de chacun

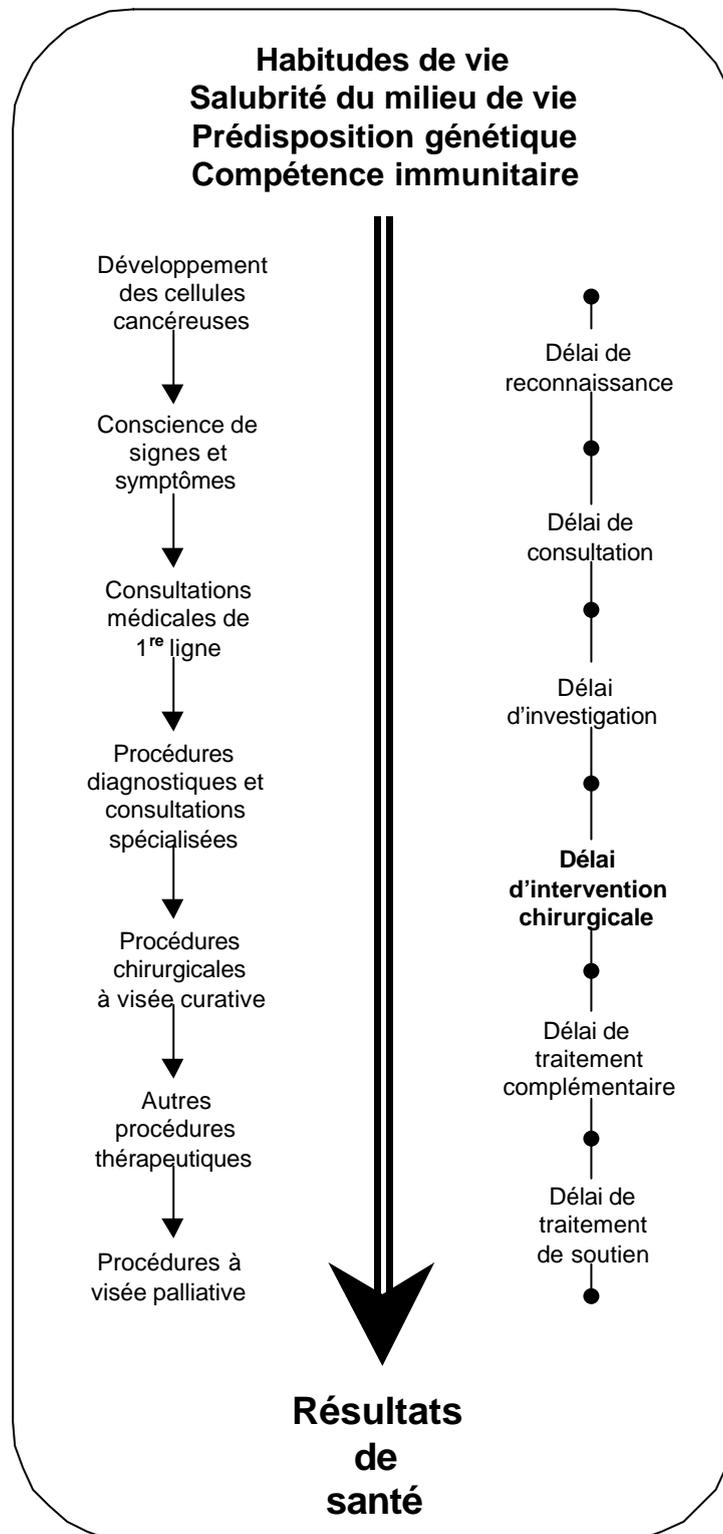
des groupes d'experts furent discutés à cette deuxième rencontre de manière à en dégager les orientations générales. Un rapport préliminaire fut par la suite présenté au Conseil québécois de lutte contre le cancer et discuté d'abord à sa rencontre du 17 décembre 2000 et à celle du 16 janvier 2001.

Cadre d'analyse

Au fur et à mesure que la réflexion et le travail des groupes avançaient, le besoin de se doter d'un cadre d'analyse s'est imposée. Ce cadre a pris forme au fil des discussions avec les collègues, à différents stades du projet. La représentation finale dont nous avons convenue constitue le schéma A.

Schéma A

Cadre d'analyse des délais en fonction de l'évolution des formes chirurgicales de cancer



Le cadre d'analyse permet de mettre en relation les différents éléments à considérer quand il est question d'intervenir en temps opportun pour contrer le cancer. En amont se retrouvent les différents facteurs étiologiques qui contribuent à l'incidence du cancer. Entre le moment où le développement des cellules cancéreuses est soutenu et celui où la personne atteinte prend conscience de la présence de signes ou de symptômes s'écoule un temps plus ou moins long, que nous avons appelé le délai de reconnaissance. Entre le moment où les signes et symptômes sont reconnus par la personne et celui où elle prend l'initiative de consulter un médecin de première ligne se situe le délai de consultation. Les facteurs qui influent sur ces deux périodes sont largement attribuables à la personne atteinte, dans la mesure où elles dépendent de ses valeurs, de ses connaissances et de ses attitudes par rapport au système de soins. Il faut aussi comprendre que le délai de consultation peut être allongée en raison de difficultés à rencontrer un médecin de première ligne.

Entre la première consultation médicale en omnipratique et l'enclenchement de procédures à visée diagnostique se situe le délai d'investigation, qui inclut notamment l'attente avant de rencontrer le médecin spécialiste. La qualité de la préparation de l'omnipraticien à agir est déterminante en matière de lutte contre le cancer. Toutefois, on doit comprendre que l'accessibilité aux ressources professionnelles spécialisées et diagnostiques jouent à cette étape un rôle primordial. De plus, des difficultés de communication entre l'omnipraticien et les médecins spécialistes, de même qu'entre les spécialistes de différentes disciplines peuvent entraver l'articulation des diverses interventions spécialisées requises par certains patients.

Une fois que les analyses sont complétées et que le diagnostic présumé de cancer justifie une chirurgie, on parle alors du délai d'intervention chirurgicale. On comprendra ici que ce diagnostic présumé ne pourra souvent être confirmé qu'au moment de l'analyse anatomopathologique des tissus prélevés au moment de la chirurgie. Nous étions pleinement conscients que ce délai d'intervention chirurgicale constituait le point capital de notre mandat et nos recommandations témoignent de ce fait.

Après l'intervention chirurgicale initiale, d'autres procédures thérapeutiques complémentaires peuvent être nécessaires, par exemple une chimiothérapie ou un traitement de radio-oncologie. Les périodes d'attente sont fréquentes à cette étape. On parle alors de délais de traitement complémentaire. De plus, dans certaines situations, ces autres modalités thérapeutiques sont utilisées en phase préopératoire. La planification de l'intervention chirurgicale à la suite de tels

traitements doit être respectée de façon assez rigoureuse pour que l'intervention demeure efficace.

Nos recommandations font également valoir les situations particulières qui motivent des approches d'exception liées à la gravité et au caractère d'extrême urgence de certains cas. Enfin, compte tenu de l'évolution de certains cancers, des procédures chirurgicales palliatives peuvent être utiles. Celles-ci sont malheureusement souvent retardées (délai de traitement de soutien).

RÉSULTATS

Il est généralement admis dans la littérature scientifique qu'un diagnostic précoce du cancer améliore la survie des patients. Les meilleures preuves qui existent se rapportent au cancer du sein, du col de l'utérus et du colon. C'est sur la base de ces démonstrations scientifiques que furent conçus des programmes de dépistage à l'échelle des populations. Cependant, il n'existe que peu de données prouvant l'efficacité d'un traitement précoce. À l'heure actuelle, des essais cliniques visant à obtenir de telles preuves ne seraient pas acceptables sur le plan éthique.

La revue de la littérature sur les délais de traitement chirurgical nous a permis de constater la rareté des données à ce sujet. Sauf quelques exceptions, les preuves de niveau 1 ou de niveau 2 n'existent pas. C'est pourquoi nous avons dû extrapoler à partir de résultats sur les traitements non chirurgicaux du cancer, de protocoles de recherche internationaux qui fixent certains délais dans le traitement et, enfin, de l'opinion des médecins experts (preuves de niveau 3).

Nous avons également examiné la possibilité de mettre la rapidité de l'évolution du cancer en relation avec l'efficacité relative du traitement pour mieux gérer les délais. Nous n'avons pas retenu cette approche, d'une part, parce que la rapidité de la progression de la maladie (temps de doublement) varie substantiellement d'un individu à un autre pour un même type de cancer et, d'autre part, parce qu'une discrimination négative basée sur l'efficacité moyenne de la thérapeutique pourrait être préjudiciable à de nombreux malades.

Un élément incontestable demeure la progression inévitable de la maladie tant que le traitement n'a pas commencé. De plus, les conséquences négatives de nature personnelle, familiale et sociale peuvent être aggravées par des délais excessifs.

Prémises de nos recommandations

Au terme de nos travaux, nous avons obtenu un consensus sur certaines notions fondamentales qui devraient guider la prise de décision et les efforts de gestion en matière d'oncologie chirurgicale.

Ainsi, il nous est permis d'affirmer que les délais peuvent avoir un effet défavorable sur :

- le stade d'évolution de la maladie au moment de la chirurgie ;
- l'efficacité de l'intervention, car les résultats sont moins bons si les gestes sont posés plus tard dans l'évolution de la maladie ;
- la détresse psychologique que peuvent ressentir la personne atteinte et ses proches ;
- les coûts de l'épisode de soins, car un diagnostic tardif peut entraîner le recours à des interventions supplémentaires.

Délai médicalement acceptable

Sur la base des observations qui précèdent et des travaux réalisés par les groupes d'experts, notre comité recommande que le délai entre le moment où un diagnostic présumé de cancer est posé par le médecin spécialiste et le moment où l'intervention chirurgicale à visée curative est effectuée n'excède pas **quatre semaines**. Ce délai doit inclure les consultations et les analyses nécessaires à la détermination du traitement et à l'évaluation préopératoire ainsi que l'attente de l'admission à l'hôpital. Il est à noter que ce délai de quatre semaines est un délai moyen. Le tableau 2 fait la synthèse des travaux des groupes d'experts. Les informations présentées précisent le délai considéré comme acceptable pour les différents cancers étudiés. Il importe de souligner que le délai prescrit pour certains cancers est inférieur à quatre semaines.

Situations particulières

Certaines conditions cliniques exigent une intervention plus rapide que la norme de quatre semaines. Elles constituent des urgences médicales qui présentent une menace immédiate pour la vie des malades (voir le tableau 2). Le système de gestion de l'accès aux services de chirurgie oncologique au Québec doit explicitement en tenir compte. De plus, certaines conditions impliquent une hospitalisation rapide avant la chirurgie afin d'éviter une détérioration de l'état de santé des patients et de préparer le mieux possible ces patients à l'opération. Par exemple, certains patients atteints du cancer de l'œsophage ont besoin d'interventions nutritionnelles intensives préopératoires visant à diminuer les risques de complications liées à la dénutrition et au traitement chirurgical.

Stratégie globale de réduction des délais

Nous avons déjà mentionné que, même si le délai précédant la chirurgie est le plus visible, ce n'est pas la seule période qui a une importance sur le plan médical. La stratégie relative à la réduction des délais doit tenir compte d'un ensemble de facteurs. Voici les cibles à considérer :

Patients

La méconnaissance des signes et symptômes du cancer, la connaissance insuffisante des ressources en place et la méfiance par rapport à un diagnostic de cancer ou à un traitement pour le cancer peuvent expliquer des retards importants à diverses étapes du traitement ;

Fournisseurs de soins

L'attente avant l'obtention d'un rendez-vous et avant la prescription ou l'obtention de tests diagnostics ainsi que les difficultés éprouvées par le patient à rencontrer le médecin consultant ou celles qu'ont les divers spécialistes à établir un consensus représentent également des facteurs à prendre en compte. À cet égard, les groupes d'experts ont beaucoup insisté sur l'accessibilité aux tests diagnostics, qui est insatisfaisante dans plusieurs milieux ;

Établissements

Compte tenu de la mission générale des établissements et du rôle souvent mal défini de ces établissements lorsqu'il est question de traitement contre le cancer, on observe une organisation plus ou moins adéquate des ressources et une compétition entre les divers départements hospitaliers concernant ces ressources. Des difficultés relatives à la collaboration entre les établissements (ex. : corridors de référence) contribuent également à rendre l'organisation des services moins efficace ;

Système de santé

Certains facteurs sont liés au système de santé et à la façon dont il est organisé. Vu l'évolution projetée de l'incidence du cancer, la mobilisation des ressources spécialisées dans le traitement du cancer appelle le redressement de certaines situations problématiques. En particulier, l'absence d'une planification systématique, l'insuffisance des ressources spécialisées ainsi que des lacunes dans les ressources matérielles et financières sont à l'origine de plusieurs difficultés.

Dans ce contexte, les groupes d'experts ont proposé différentes solutions susceptibles de réduire les délais, dont la sensibilisation de la population aux signes et symptômes du cancer et la transmission de l'information sur les ressources en place, la sensibilisation des médecins généralistes à la problématique du cancer, la formation adéquate et en nombre suffisant du personnel spécialisé, le rehaussement du parc technologique en imagerie médicale, la réservation de blocs opératoires, d'unités dans les services de soins intensifs et de lits d'hôpitaux pour les soins aux personnes atteintes d'un cancer et l'accès aux services de radiothérapie pour ces personnes.

TABLEAU 2 – Délai considéré comme acceptable pour les différents cancers étudiés

Siège tumoral	Type de tumeur et technique	Délai (semaines)	Recommandation (grade)	Situations particulières
Colo-rectal		4-6	C	<ul style="list-style-type: none"> Perforations ou occlusions, ou imminence de ces complications
Système digestif (excluant colo-rectal)	<ul style="list-style-type: none"> Œsophage Estomac Intestin grêle Foie Voies biliaires Pancréas 	4	C	<ul style="list-style-type: none"> Œsophage : dysphagie avec perte de poids Estomac et intestin grêle : <ul style="list-style-type: none"> perte de poids importante hémorragie digestive perforation occlusion Foie : rupture tumorale Voies biliaires et pancréas : <ul style="list-style-type: none"> fièvre ictère avec prurit perte de poids atteinte de l'état général
Gynécologique	<ul style="list-style-type: none"> Ovaire et trompe Carcinomatose d'origine péritonéale Endomètre Col utérin et vagin Vulve Cancer du col utérin et grossesse 	4 4-8	C B	<ul style="list-style-type: none"> Ovaire : carcinomatose causant une ascite importante Endomètre et col utérin : saignements importants <p>Mise en garde La norme de quatre à huit semaines doit être appliquée au cas par cas et peut varier selon le stade de la maladie</p>
Hématologique	<ul style="list-style-type: none"> Lymphome <ul style="list-style-type: none"> biopsie ganglionnaire Myélome 	2	C	<ul style="list-style-type: none"> Atteinte osseuse diffuse avec risque de fracture Thrombocytopénie grave
Musculo-squelettique	<ul style="list-style-type: none"> Sarcome osseux de haut grade : <ul style="list-style-type: none"> biopsie chirurgie post-chimiothérapie Sarcome osseux de bas grade : <ul style="list-style-type: none"> biopsie chirurgie Sarcome des tissus mous : <ul style="list-style-type: none"> sans radiothérapie préopératoire à la suite d'une radiothérapie liposarcome bien différencié ou dermatofibrosarcome Tumeurs bénignes agressives : (ex. : tumeur à cellules géantes) <ul style="list-style-type: none"> biopsie chirurgie 	1 2 1-2 4 2-3 4-6 6-8 1-2 4	C	<ul style="list-style-type: none"> Métastases osseuses avec risque de fracture

TABLEAU 2 – Délai considéré comme acceptable pour les différents cancers étudiés (suite)

Siège tumoral	Type de tumeur et technique	Délai (semaines)	Recommandation (grade)	Situations particulières
Neurologique ADULTES	Supra-tentorielle		C	
	<ul style="list-style-type: none"> • Gliome de bas grade en progression prouvée par l'examen radiologique ou clinique • Gliome de haut grade • Méningiome • Adénome hypophysaire • Lymphome du système nerveux central - biopsie stéréotaxique 	<ul style="list-style-type: none"> 2 2 Cas par cas 4 1 		<ul style="list-style-type: none"> • Selon la localisation, l'âge et les symptômes • Détérioration de l'état du patient malgré les stéroïdes • Cas par cas • Compression chiasmatique avec atteinte de la fonction visuelle • Apoplexie hypophysaire • Détérioration de l'état du patient malgré les stéroïdes
	Infra-tentorielle		C	
	<ul style="list-style-type: none"> • Schwannome, méningiome, épidermoïde 	Cas par cas		<ul style="list-style-type: none"> • Hydrocéphalie • Atteinte des nerfs crâniens ou du système cérébelleux
	Maladie métastatique		C	
	Prognostic > 3 à 6 mois			
	<ul style="list-style-type: none"> • Lésion unique • Lésions multiples 	<ul style="list-style-type: none"> 1 Cas par cas 		<ul style="list-style-type: none"> • Lésion de la fosse postérieure avec hydrocéphalie • Effet de masse significatif
Ophthalmologique	<ul style="list-style-type: none"> • Mélanome de la choroïde ou du corps ciliaire, pseudomélanome, tumeur maligne de l'orbite • Iris et conjonctive • Paupière • Rétinoblastome 	<ul style="list-style-type: none"> 1-4 2-6 2-8 1 	C	<ul style="list-style-type: none"> • Patient jeune • Grosse tumeur • Tumeur active, négligée ou causant des symptômes
Oto-rhino-laryngologique	<ul style="list-style-type: none"> • Panendoscopie diagnostique • Chirurgie 	<ul style="list-style-type: none"> 2 4 	C	<ul style="list-style-type: none"> • Obstruction des voies respiratoires supérieures
Peau	<ul style="list-style-type: none"> • Mélanome • Autre tumeur 	<ul style="list-style-type: none"> 2-4 ≥ 4 	C	

TABLEAU 2 – Délai considéré comme acceptable pour les différents cancers étudiés (suite)

Siège tumoral	Type de tumeur et technique	Délai (semaines)	Recommandation (grade)	Situations particulières
Poumon	<ul style="list-style-type: none"> Tout type 	3	C	<ul style="list-style-type: none"> Syndrome de la veine cave supérieure Obstruction des voies respiratoires Pneumonie obstructive Empyème Anomalies métaboliques paranéoplasiques Hémoptysie massive Métastases cérébrales synchrones
Sein	<ul style="list-style-type: none"> Confirmation diagnostique Chirurgie Cancer inflammatoire ou localement avancé (post-chimiothérapie, si indiqué) 	4 4 3-4	C	
Urologique	<ul style="list-style-type: none"> Prostate Rein Vessie <ul style="list-style-type: none"> superficiel infiltrant Testicule <ul style="list-style-type: none"> confirmation diagnostique chirurgie de stadification Pénis 	4-8 2-6 4-6 2-4 2 4 2-4	C	<ul style="list-style-type: none"> Cancer métastatique causant des symptômes

DISCUSSION

Nos travaux ont mis en lumière la rareté des données scientifiques portant sur l'accessibilité aux soins pour traiter le cancer. C'est pourquoi notre avis repose sur un consensus d'experts, tout en témoignant de l'importance de la dimension humaine et sociale du problème. À nos yeux, la question des délais d'intervention chirurgicale devait être analysée dans une perspective globale, en considérant l'ensemble des facteurs qui entraînent ces délais. Nous avons donc effectué notre analyse en tenant compte de l'ensemble de la période de traitement (cadre d'analyse) et avons proposé une stratégie globale de réduction des délais. Cette vision est davantage susceptible de contribuer à l'amélioration de la qualité des services en oncologie au Québec. Elle implique cependant des actions qui incluent mais dépassent la mise en place d'un système pour gérer l'accès à la chirurgie oncologique.

Certaines mises en garde concernant les listes d'attente doivent être faites. En effet, celles-ci peuvent poser des problèmes de validité puisqu'elles sont difficiles à maintenir à jour et qu'elles incluent souvent des patients déjà opérés ou inscrits par plus d'un médecin ou plus d'un centre. Par ailleurs, les listes peuvent être peu fiables, soit parce que les données sur les caractéristiques médicales sont erronées ou qu'elles permettent difficilement d'apprécier le risque posé par l'attente. Quel que soit le système d'information retenu, celui-ci devra tenir compte des situations particulières et du degré d'urgence qui s'y rattache. Le système de gestion devrait également comporter des mécanismes de contrôle de la qualité permettant de vérifier et d'actualiser régulièrement les listes utilisées.

Une meilleure gestion des délais contribuera sans doute à une plus grande productivité dans le domaine des soins de santé en oncologie. Toutefois, seule une planification appropriée de l'activité chirurgicale ainsi que des services diagnostiques et thérapeutiques connexes permettra, à terme, d'obtenir le succès escompté. Les efforts visant une meilleure gestion des délais devront enfin s'inscrire dans la dynamique plus générale de la mise en place du Programme québécois de lutte contre le cancer.

CONCLUSION

Nos travaux ont montré l'intérêt des cliniciens à s'impliquer pour améliorer la qualité des services en oncologie. Ils nous ont permis de préciser certaines des conditions à réunir pour réduire les délais à chacune des différentes étapes de la période de traitement. L'importance de mieux considérer l'évolution des besoins et de planifier les ressources appropriées pour y répondre a été démontrée d'une façon non équivoque. Notre réflexion nous portent à croire qu'une stratégie globale de réduction des délais serait hautement souhaitable pour le Québec.

BIBLIOGRAPHIE

« *Association of Coloproctology of a Great Britain and Irland annual meeting* », juin 1997.

« *Clinical practice guidelines for the care and treatment of breast cancer* », A Canadian Consensus Document, Canadian Medical Association Journal, février 1998, vol. 158, suppl. n° 3, S83 p.

Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique, « *Guide canadien de médecine clinique préventive* », Santé Canada, ministère des Approvisionnement et Services Canada, 1994, 1136 p.

« *The Steering Committee on Clinical Practice Guidelines for the Care and Treatment of Breast Cancer* », A Canadian Consensus Document, Canadian Medical Association Journal, février 1998, vol. 158, suppl. n° 3, 81 p.

AMOKO, D.H.A., et autres. « *Surgical waiting lists : definition, desired characteristics and uses* », Healthcare Management FORUM, 1992, vol. 5, n° 2, p. 17-22.

BARTON, M.B., et autres. « *Does waiting affect outcome of larynx cancer treated by radiotherapy ?* » Radiotherapy and Oncology, 1997, vol. 44, p. 137-141.

BRADY, L.W. « *In response to « Waiting for radiotherapy in Ontario »* », International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics, août 1994, vol. 30, n° 1, p. 245-246.

CHIN, N. et K.M. HARRIGILL. « *Delay in gynecologic surgical treatment : a comparison of patients in Managed Care and Fee-for-service Plans* », Obstetric and Gynecology, juin 1999, vol. 93, n° 6, p. 922-927.

FISHER, R.I. et M.M. OKEN. « *Clinical practice guidelines : non-Hodgkin's lymphomas* », Cleveland Clinic Journal of Medicine, 1995, vol. 62, suppl. I., S16-42, S143-5.

GERNER, E.W. « *Re : Waiting for radiotherapy in Ontario* » by Mackillop et al. « *in response to « waiting...» by L.W. Brady, IJROBP 30; 1994* » », International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics, juin 1995, vol. 32, n° 3, p. 895-896.

GLUCKSBERG, H., et autres. « *Combination chemotherapy (CMFVP) versus L-Phenylalanine mustard (L-PAM) for operable breast cancer with positive axillary nodes* », Cancer, 1982, vol. 50, p. 423-434.

HANSEN, L.S., et autres. « *Chondrosarcoma. The initial symptomatology, therapeutic delay and prognosis based on 31 cases* », Ugeskr Laeger, novembre 1984, vol. 146, n° 48, p. 3752-3755.

KHAN, F. et J.C. MCGREGOR. « *Polaroid photographic referral for skin cancer – a potentially useful method of reducing time to surgery* », Scottish Medical Journal, juin 1999, vol. 44, n° 3, p. 77-78.

LAME, D.S., et autres. « *Reducing delays in cancer treatment* », Clinical Oncology, 1994, n° 6, p. 68-69.

LAWRENCE, W. Jr., et autres. « *Adult soft tissue sarcomas. A pattern of care survey of the American College of Surgeons* », Annals of Surgery, avril 1987, vol. 205, n° 4, p. 349-359.

MACKILLOP, W.J. et autres. « *Waiting for radiotherapy in Ontario* », International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics, août 1994, vol. 30, n° 1, p. 221-228.

MAGLINTE, D.D., et autres. « *The role of the physician in the late diagnosis of primary malignant tumors of the small intestine* », American Journal of Gastroenterology, mars 1991, vol. 86, n° 3, p. 304-308.

MAMOUNAS, E.P., et autres. « *Does delaying breast irradiation in order to administer adjuvant chemotherapy increase the rate of ipsilateral breast tumor recurrence ?* » Results from NSABP adjuvant studies in node-positive breast cancer (B-15 and B-16). Breast Cancer Research Treatment, 1996, vol. 41, p. 219.

MENCZER, J. « *Diagnosis and treatment delay in gynecological malignancies. Does it affect outcome ?* » International Journal Gynecological Cancer, 2000, vol. 10, p. 89-94.

NISSEN-MEYER, R., et autres. « *Surgical adjuvant chemotherapy : results with one short course with cyclophosphamide after mastectomy for breast cancer* », Cancer, juin 1978, vol. 41, n° 6, p. 2088-2098.

SANMARTIN, C., et autres. « *Waiting for medical services in Canada : lots of heat, but little light* », Canadian Medical Association Journal, mai 2000, vol. 162, n° 9, p. 1305-1310.

SNEPPEN, O., et L.M. HANSEN. « *Presenting symptoms and treatment delay in osteosarcoma and Ewing's sarcoma* », Acta Radiological Oncology, août 1984, vol. 23, n° 2-3, p. 159-162.

SPURGEON, P., et autres. « *Waiting times for cancer patients in England after general practitioner's referrals : retrospective national survey* », British Medical Journal, mars 2000, vol. 320, n° 7238, p. 838-839.

VELEZ-GARCIA, E., et autres. « *Postsurgical adjuvant chemotherapy with or without radiotherapy in women with breast cancer and positive axillary nodes : a South-Eastern Cancer Study Group (SEG) Trial* », European Journal of Cancer 1992, vol. 28A, n° 11 p. 1833-1837.

WALLGREN, A., et autres. « *Timing of radiotherapy and chemotherapy following breast conserving surgery for patients with node-positive breast cancer* », International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics, 1996, vol. 35, n° 4, p. 843-844.

WURTZ, L.D., et autres. « *Delay in the diagnosis and treatment of primary bone sarcoma of the pelvis* », The Journal of Bone and Joint Surgery, mars 1999, vol. 81, n° 3, p. 317-325.

ZELDER, M., et G. WILSON. « *Waiting your turn : Hospital waiting lists in Canada* », The Fraser Institute, 10^e édition, octobre 2000.