



ROADMAP « SEIN » 2012 - 2015

DE MISE EN OEUVRE DES RECOMMANDATIONS

Suivi de l'audit 2010-2011 du système de dépistage, de diagnostic et de prise en charge des cancers du sein



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé

Direction de la santé

Mentions légales

Éditeurs responsables:

Ministère de la Santé

Direction de la Santé

Mise en page:

Marc Wilmes Design S.à r.l.

Édition:

Décembre 2011



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé

Direction de la santé



Table des matières

1. Introduction	05
2. Vision : situation souhaitée en 2015	05
3. Stratégie pour réaliser la vision	05
4. Grandes phases de mise en oeuvre de la roadmap	06
5. Modalités de cadrage, de pilotage et de suivi de la roadmap	07
6. Roadmap	09
7. Conclusions	10
8. Fiches de cadrage thématiques	11
• <i>Programme Mammographie</i>	12
• <i>Imagerie de dépistage et de diagnostic</i>	13
• <i>Suivi oncologique</i>	14
• <i>Soins de support</i>	15
• <i>Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) et données à recueillir par les hôpitaux</i>	16
• <i>Données anatomopathologiques – Laboratoire National de Santé</i>	17
• <i>Prise en charge chirurgicale</i>	18
Annexe : Recommandations de l’audit	19



Liste des abréviations

AMMD: Association des Médecins et Médecins-Dentistes

BCN: Breast Care Nurse

CFB: Centre François Baclesse

CNS: Caisse Nationale de Santé

CMSS: Contrôle Médical de la Sécurité Sociale

CodAc: Comité d'Accompagnement

CRP - Santé: Centre de Recherche Public de la Santé

DirSan: Direction de la Santé

FHL: Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois

European Guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis, Fourth edition, 2006 ; version complète téléchargeable:

[http://www.mlsi.gov.cy/mlsi/dli/dli.nsf/All/4E8B69DC58101FEAC22577DC0039C30B/\\$file/European%20guidelines%20for%20quality%20assurance%20in%20breast%20cancer%20screening%20and%20diagnosis.pdf](http://www.mlsi.gov.cy/mlsi/dli/dli.nsf/All/4E8B69DC58101FEAC22577DC0039C30B/$file/European%20guidelines%20for%20quality%20assurance%20in%20breast%20cancer%20screening%20and%20diagnosis.pdf)

Eusoma: European Society of Breast Cancer Specialists <http://www.eusoma.org/>

ETP: Effectif Temps Plein

LNS: Laboratoire National de Santé

PM: Programme Mammographie

RCP: Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

RHC: Registre Hospitalier du Cancer

RMT: Registre Morphologie des Tumeurs

RNC: Registre National du Cancer

SLO: Société Luxembourgeoise d'Oncologie

SOP: Standard Operating Procedures

Roadmap globale de mise en oeuvre des recommandations de l'audit du système de dépistage, de diagnostic et de prise en charge des cancers du sein

1. Introduction

En juillet 2010, un audit du système de dépistage, de diagnostic et de prise en charge des cancers du sein a été commandité par le Ministre de la Santé et ses résultats ont été présentés en mars 2011.

Cet audit a permis d'identifier une grande diversité dans les modalités de prise en charge des femmes atteintes d'un cancer du sein et un système de documentation fragmentaire des activités et des performances liés à cette prise en charge.

Le rapport d'audit propose des recommandations visant à une meilleure documentation des activités de dépistage, de diagnostic et de traitement du cancer du sein. Sur base de ces propositions, et pour répondre à l'impératif d'améliorer le système actuel de dépistage, de diagnostic et de prise en charge des cancers du sein, la présente roadmap de mise en oeuvre des recommandations de l'audit a été élaborée.

Cette roadmap est le fruit d'une démarche de concertation engagée depuis mai 2011, qui a consisté notamment en :

- une réflexion conduite par la Direction de la Santé de mai à novembre 2011, avec un groupe de travail restreint constitué de 10 médecins praticiens du dépistage, du diagnostic et de la prise en charge des cancers du sein,
- un workshop tenu à Luxembourg le 2 juillet 2011 avec l'ensemble des acteurs du système de dépistage, de diagnostic et de prise en charge des cancers du sein,
- un échange d'informations concernant le projet du futur Registre National des Cancers (RCN) avec le Centre de Recherche Public de la Santé (CRP-Santé).

2. Vision : Situation souhaitée en 2015

En 2015, le système luxembourgeois de dépistage, de diagnostic et de prise en charge des cancers du sein est reconnu à l'échelle de la Grande Région pour son niveau de performance correspondant aux standards internationaux (réf. European Guidelines-Eusoma).

3. Stratégie pour réaliser la vision

Trois grands principes ont été retenus pour atteindre la situation souhaitée en 2015 :

- une mise en oeuvre progressive de la roadmap sur trois ans, de 2012 à 2014, de manière à donner à chaque acteur concerné le temps nécessaire pour mettre en place et valider de nouvelles pratiques, en s'appuyant sur les mesures légales ou réglementaires, structurelles ou organisationnelles mises parallèlement en place dans le système de santé luxembourgeois
- une responsabilité de mise en oeuvre de la roadmap assurée par chaque établissement hospitalier, le Programme Mammographie (PM) et le Laboratoire National de Santé (LNS), dans le cadre de leurs organisations internes respectives

- la constitution de centres de compétences, sur base du respect des bonnes pratiques, des critères et des seuils de performance qui sont définis dans le cadre de la roadmap.



4. Grandes phases de mise en oeuvre de la roadmap

La mise en oeuvre de la roadmap se fera parallèlement à l'avancement des travaux en matière de :

- Registre National du Cancer ;
- Documentation médicale dans les établissements hospitaliers ;
- Adoption et diffusion de guidelines validés par les sociétés scientifiques ;
- Adoption d'un système de reconnaissance de la formation continue des médecins.

Fin 2011 - début 2012

Phase 1: Mise en place du système de gouvernance

- Création d'un comité d'accompagnement (CodAc) sous l'égide du Ministre de la Santé qui en validera la mission, les responsabilités, la composition et les modalités de fonctionnement ;
- Définition et mise en place du système de pilotage, de suivi et de mise en oeuvre de la roadmap globale ;
- Définition d'une liste de variables à collecter par les établissements hospitaliers, le LNS et le PM pour rédiger les rapports annuels d'avancement.

2012 - 2014

Phase 2: Mise en oeuvre de la roadmap

- Élaboration et mise en oeuvre de plans d'action annuels par chaque acteur institutionnel concerné sur base des notes de cadrage émises en début d'année ;
- Mise en place et documentation progressive de bonnes pratiques professionnelles au sein de chaque établissement ;
- Elaboration par chaque acteur concerné d'un rapport d'avancement en fin d'année, analysé par la Direction de la Santé et présenté au CodAc ;
- Partage régulier d'expérience et de bonnes pratiques entre les acteurs (« intervision »).

2014 - 2015

Phase 3: Evaluation et création de centres de compétence

- Second audit externe du système de dépistage, de diagnostic et de prise en charge des cancers du sein (programmé début 2014) ;
- Agrément de centres de compétences selon des critères prédéfinis et en accord avec le futur plan hospitalier, sur base du rapport d'audit.

5. Modalités de cadrage, d'accompagnement et de suivi de la roadmap

5.1. Les différents acteurs et partenaires concernés

	Cadrage	Suivi	Mise en œuvre/ reporting	Echange d'Information et/ou coopération
Ministre de la Santé	•			
Comité d'Accompagnement (CodAc)	•	•		
Direction de la Santé	•	•		•
Programme Mammographie			•	•
Directeurs d'établissements hospitaliers			•	•
Laboratoire National de Santé			•	•
Spécialités médicales concernées				•
CRP - Santé				•
Caisse National de Santé (CNS)				•
Contrôle Médical de la Sécurité Sociale (CMSS)				•
Commission de nomenclature				•
Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (FHL)				•

5.2. Le Comité d'accompagnement (CodAc)

Sous l'égide du Ministre de la Santé et sur base de la note de cadrage annuelle émise par ce dernier, le Comité d'Accompagnement (CodAc) :

1. communique les objectifs annuels à atteindre par chaque acteur concerné,
2. assure la coordination nécessaire entre les acteurs afin d'atteindre les objectifs fixés,
3. définit les variables à documenter dans le rapport annuel en fonction des objectifs fixés, sur proposition de la Direction de la Santé,
4. prend connaissance des rapports annuels d'avancement des différents acteurs et du rapport global d'avancement élaboré par la Direction de la Santé,
5. formule des recommandations à l'attention des acteurs,
6. fait rapport au ministre.

5.3. Cadrage et reporting

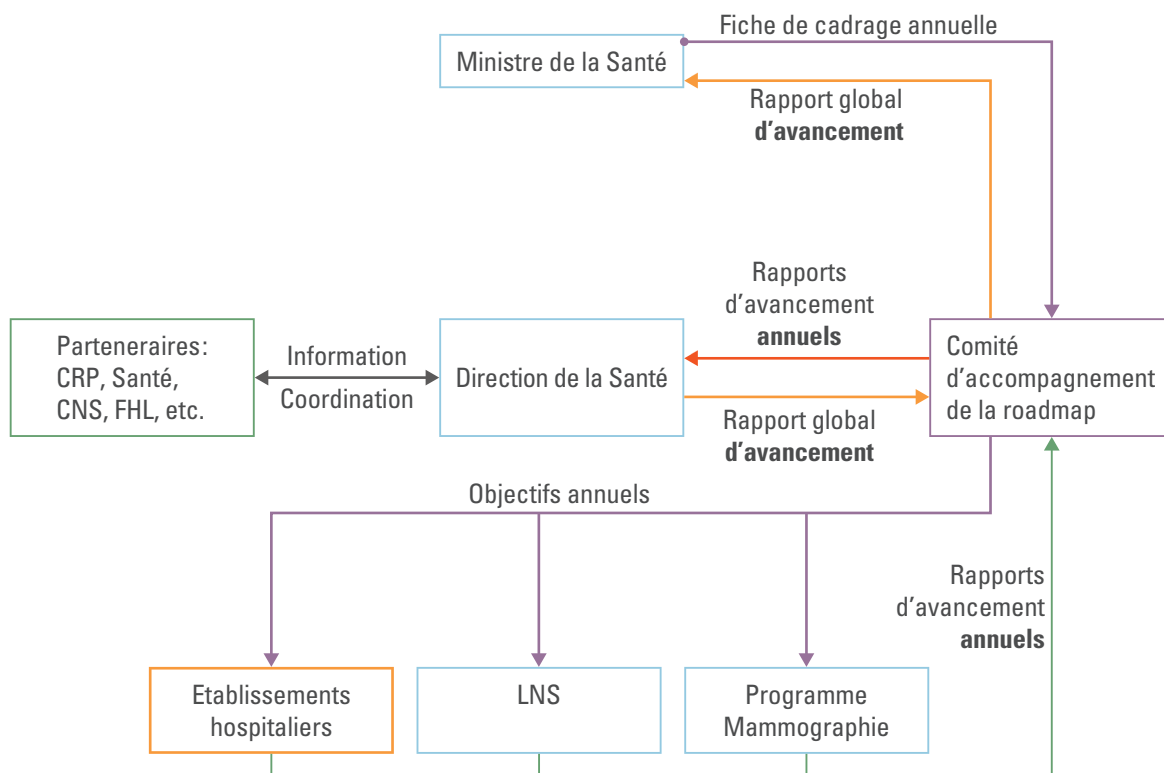
Au début de chaque année (2012-2014), le Ministre de la Santé émet une **fiche de cadrage annuelle** de la roadmap à l'attention du CodAc. Le CodAc décline cette fiche de cadrage en **objectifs annuels** pour chacun des acteurs.

Sur base de ces objectifs annuels à atteindre, les acteurs concernés par la mise en oeuvre et le reporting de la roadmap (voir tableau ci-dessus) élaborent chacun un **plan d'actions annuel**.

En fin d'année, ces mêmes acteurs adressent au CodAc/DirSan un **rapport annuel d'avancement**, selon un modèle standardisé pour rendre compte de la mise en oeuvre de la roadmap.

Sur base de ces rapports annuels d'avancement qui lui sont transmis, la Direction de la Santé rédige un **rapport global d'avancement** de la roadmap consolidé à l'échelle nationale. Ce rapport est présenté au CodAc, soumis au Ministre et enfin transmis aux différents acteurs concernés, ainsi que le montre le schéma suivant :

Système de cadrage et de reporting



6. Roadmap

La roadmap globale contient sept fiches de cadrage thématiques recouvrant les différents aspects du système national de dépistage, de diagnostic et de prise en charge des cancers du sein audité en 2010-11 :

- Programme Mammographie (PM) ;
- Imagerie de dépistage et de diagnostic ;
- Suivi oncologique ;
- Soins de support ;
- Réunion de Concertation pluridisciplinaire (RCP) et données à recueillir par les hôpitaux ;
- Données anatomopathologiques-Laboratoire National de Santé (LNS) ;
- Prise en charge chirurgicale.

La roadmap globale intègre les recommandations de l'audit présenté en 2011, qui ont été approuvées, ajustées ou maintenues dans le cadre de la concertation menée jusqu'en novembre 2011. Des recommandations intégrées dans la roadmap, 90% ont été acceptées dans le cadre de la concertation, comme la documentation standardisée au niveau national, le principe de transparence des données relatives à la prise en charge des cancers du sein, la consultation d'imagerie du sein, la RCP systématique avec participation de tous les acteurs concernés, les délais à respecter tout au long de la prise en charge, l'importance de la Breast Care Nurse (BCN), la standardisation et les modalités de la communication des résultats anatomopathologiques.

10% des recommandations, sur lesquels le groupe restreint n'a pas trouvé un consensus, ont été maintenues par la Direction de la Santé : le critère du volume opératoire minimum à atteindre pour les chirurgiens et la suppression de la pratique d'échographie mammaire isolée.

Enfin, la Direction de la Santé a intégré dans la roadmap des propositions additionnelles ou complémentaires émanant des ateliers du 2 juillet 2011 et/ou du groupe de travail restreint, comme les rôles d'oncologue-référent et d'imageur-référent, le support des RCP par vidéoconférence et la documentation standardisée sur support électronique dans les diverses bases de données.

Les fiches de cadrage thématiques sont présentées au point 8 de ce document (pages 11 à 18).

7. Conclusions

La roadmap « Sein » est une feuille de route à la fois ambitieuse et réaliste pour corriger les faiblesses du système identifiées lors de l'audit 2010-2011, améliorer de manière significative l'organisation actuelle et réaliser la vision souhaitée dans 4 ans : *un système de dépistage, de diagnostic et de prise en charge du cancer du sein reconnu à l'échelle de la grande région pour son niveau de performance correspondant aux standards internationaux.*

La réussite de la roadmap repose d'abord sur un cadrage clair et un suivi effectif des objectifs à atteindre, ainsi que sur la contribution active et coordonnée de tous les acteurs concernés (cf. §5.1). La communication des rapports d'avancement annuels permettra également de partager les bonnes pratiques mises en place par chacun des acteurs et favorisera ainsi l'esprit d'émulation, dans l'intérêt général de la santé publique.

La réussite de la roadmap est également conditionnée par une bonne concertation avec les partenaires du système de dépistage, de diagnostic et de prise en charge des cancers du sein. Il s'agit en effet d'assurer la cohérence des plans d'actions annuels de la roadmap avec les initiatives et les dispositifs externes qui seront parallèlement mis en place : le plan hospitalier national (Ministère de la Santé), le RNC et ses dispositions légales afférentes (Ministère de la Santé, CNPD), les dispositions tarifaires (Commission de nomenclature : imagerie mammaire), le dossier patient hospitalisé, ainsi que le Dossier de Soins Partagé (DSP) prévu à l'art. 60 quarter de la loi du 17 décembre 2010.

En particulier, la mise en place du Registre National du Cancer et de son « module Registre Hospitalier du Cancer (RHC) » facilitera l'organisation et la gestion documentaire des RCP, de même que la disponibilité des informations pertinentes pour les différents acteurs de la prise en charge, notamment sur les flux de données et la rétro-information des prestataires.

La réussite de la roadmap sera enfin évaluée par un audit externe programmé en 2014, qui permettra de montrer les progrès réalisés depuis 2012 pour améliorer l'efficacité du système actuel de dépistage, de diagnostic et de prise en charge des cancers du sein, prendre en compte les efforts qui auront été réalisés par chacun pour l'agrément de centres de compétence « sein ».

8. Fiches de cadrage thématiques

Glossaire

- a) fiche de cadrage thématique : définit pour chaque thème de recommandations les 3 cibles 2012, 2013 et 2014 (défini dans le document) ;
- b) fiche de cadrage annuelle : définit de manière globale les cibles à atteindre à l'échelle nationale en fin d'année (émise par le Ministre de la Santé en début d'année) ;
- c) objectifs annuels : définissent de manière spécifiée pour chaque acteur les cibles à atteindre (émis par le CodAc en début d'année, sur base de la note de cadrage annuelle) ;
- d) plans d'action annuels : sont définis par chaque acteur pour atteindre les objectifs annuels attribués par le CodAc ;
- e) rapport d'avancement annuel : rédigé par chaque acteur en fin d'année pour rendre compte de l'atteinte des objectifs annuels qui lui ont été fixés (émis par chaque acteur vers CodAc et DirSan) ;
- f) rapport global d'avancement : consolide les plans d'avancement annuels et en fait l'analyse (émis par la DirSan vers le CodAc, soumis au Ministre et transmis aux différents acteurs concernés).

• Fiche de cadrage : Programme Mammographie

Finalité	Améliorer la qualité du Programme Mammographie par un monitoring et une évaluation régulière selon les European Guidelines.
Approche générale	La capacité à documenter et communiquer au PM tous les résultats de bilans diagnostiques complémentaires, y inclus les biopsies et leur ratio bénin-malin, est prise en compte pour agréer un centre de dépistage et diagnostic. Une évaluation épidémiologique est publiée tous les 2 ans.
Cible fin 2012	<p>Les dispositions suivantes sont en vigueur et appliquées par tous les acteurs concernés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le rappel d'invitation est envoyé au bout de 3 mois au lieu de 6 mois. • toutes les femmes âgées de 50 ans en 2012 sont sensibilisées à la nécessité de faire leur 1^{ère} mammographie de dépistage avant 51 ans échus, afin de garantir à chaque femme son droit à 10 mammographies avant l'âge de 70 ans échus dans le cadre du PM; • 90% des femmes obtiennent leur rendez-vous dans les 2 mois suivant l'envoi de l'invitation ; • les raisons de la non participation au PM sont analysées au travers d'une enquête nationale. <p>Le rapport annuel d'avancement de la roadmap du PM est établi. Le rapport biennal d'évaluation épidémiologique est publié. Les « Standard Operating Procedures » (SOP) du PM sont formalisées et communiquées à tous les acteurs concernés.</p> <p>Le référentiel pour la prise en charge des « femmes à risque » et les critères de régularité de dépistage pour les femmes âgées en dessous de 40 ans sont définis, validés par le Conseil Scientifique de la Santé et communiqués au corps médical et aux autres acteurs concernés.</p> <p>Un avant-projet de législation gouvernant les activités de dépistage est élaboré par le Ministère de la Santé.</p>
Cible fin 2013	Le rapport annuel d'avancement de la roadmap du PM est établi, portant -entre autres- sur l'application du référentiel pour la prise en charge des « femmes à risque » et des critères de régularité de dépistage.
Cible fin 2014	Le rapport biennal d'évaluation épidémiologique du PM est publié. Les dispositions et les procédures du PM ont été auditées ; des plans d'action sont élaborés et engagés pour corriger les écarts constatés. Des centres de diagnostic sont agréés par le Ministre de la Santé selon des critères prédéfinis, sur base du rapport de l'audit externe réalisé début 2014.

• Fiche de cadrage : Imagerie de dépistage et de diagnostic

Finalité	<p>Respecter le droit de chaque femme à bénéficier d'un dépistage programmé, d'un dépistage individuel ou d'un bilan diagnostique :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. correspondant aux guidelines établies, 2. réalisé exclusivement par un « radiologue-sénologue » justifiant d'une qualification initiale appropriée et d'une formation continue documentée, 3. sous la forme d'une « consultation d'imagerie médicale » de synthèse documentée.
Approche générale	<p>Critère de volume de lecture par centre d'imagerie : 1000 mammographies/an/1er lecteur. Bilan d'imagerie réalisé exclusivement par un « radiologue sénologue » qui démontre son engagement</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) en participant aux RCP, 2) en respectant les délais de moins de 3 semaines pour les bilans et les résultats, 3) en documentant son activité de façon standardisée
Cible fin 2012	<p>Les dispositions suivantes sont en vigueur et appliquées par tous les acteurs concernés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le volume de lecture dans chaque centre est fixé à 1000 mammos/an/1er lecteur ; • la sensibilité/spécificité des lecteurs est vérifiée chaque année. Les évaluations sont communiquées aux 1ers lecteurs et aux Directeurs Médicaux ; • le trépied diagnostique Examen Clinique/Mammographie/Echographie mammaire et biopsie percutanée éventuelle, est effectué par un seul radiologue-sénologue, en une seule « Consultation d'imagerie du sein » ; • l'échographie mammaire est facturée exclusivement par le radiologue-sénologue et intégrée à la « Consultation d'imagerie du sein » (cf. « Livre Bleu » avalisé par le Conseil Scientifique) ; • un bilan complet d'imagerie du sein (hors IRM) doit être réalisé endéans un délai maximum de 3 semaines à la suite d'une mammographie « suspecte », pour au moins 90% des femmes concernées. • tout médecin agréé par un établissement hospitalier déclare collaborer effectivement à la constitution du dossier médical du patient, sur le support de l'établissement, conformément au contrat d'agrément-type arrétant les principes de coopération médecins-établissements hospitaliers (FHL-AMMD). <p>Des formations de radiologues-sénologues sont référencées et mises à disposition avec un dispositif de « credit hour ».</p> <p>Un système de « labellisation » des radiologues-sénologues est défini, incluant la réévaluation annuelle, conformément aux nouvelles dispositions mises en vigueur (voir ci-dessus). La Commission de Nomenclature a procédé à la modification de la nomenclature pour limiter les actes de consultation d'imagerie du sein aux seuls radiologues-sénologues. Les variables relatives aux actes radiologiques sont collectées et intégrées dans les rapports annuels d'avancement des établissements hospitaliers adressés au CodAc/DirSan.</p>
Cible fin 2013	<p>Les premiers labels de radiologues-sénologues sont attribués. Les variables relatives aux actes radiologiques sont intégrées dans les rapports annuels d'avancement des établissements hospitaliers, qui rendent compte de la bonne application des dispositions mises en vigueur en 2012.</p>
Cible fin 2014	<p>Les dispositions et les procédures relatives à l'imagerie du sein ont été auditées ; des plans d'action sont élaborés et engagés pour corriger les écarts constatés. Elles sont prises en compte dans l'agrément de centres de compétence.</p>

• **Fiche de cadrage : Suivi oncologique**

Finalité	<p>Chaque femme diagnostiquée « cancer du sein » bénéficie d’une prise en charge oncologique :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. correspondant aux guidelines établies, 2. par un oncologue justifiant d’une formation avec qualification appropriée et formation continue en oncologie mammaire « oncologue référent ».
Approche générale	<ul style="list-style-type: none"> • Adoption des guidelines de St Gallen et de leur mise à jour biennale. • Un oncologue avec qualification appropriée et formation continue en oncologie mammaire documentée, exerçant une activité dédiée à l’oncologie mammaire est désigné <i>inter pares</i> (« oncologue référent ») dans chaque établissement. Il démontre son engagement : <ul style="list-style-type: none"> • en participant aux RCP • en documentant son activité de façon standardisée
Cible fin 2012	<p>Les <i>guidelines</i> et les référentiels concernant le traitement du cancer du sein ont été définis par la Société Luxembourgeoise d’Oncologie (SLO) et diffusés à tous les oncologues, avec une mise à jour programmée tous les deux ans.</p> <p>Des formations qualifiantes en oncologie mammaire, reconnues comme formation professionnelle continue, ont été référencées et mises à disposition, avec un système de « credit hour ».</p> <p>Un « oncologue-référent » est agréé dans chaque établissement hospitalier, conformément aux critères internationaux existants, notamment : plus de 40 % d’un ETP consacré à la prise en charge et au traitement du cancer du sein, participation aux RCP.</p> <p>Les variables relatives à l’activité oncologique mammaire sont collectées et intégrées dans les rapports annuels d’avancement des établissements hospitaliers adressés au CodAc/Direction de la Santé.</p>
Cible fin 2013	<p>Les variables relatives aux actes oncologiques sont collectées et intégrées dans les rapports annuels d’avancement des établissements hospitaliers, qui rendent compte de la bonne application des dispositions mises en vigueur depuis 2012.</p>
Cible fin 2014	<p>Les dispositions et les procédures relatives à l’oncologie ont été auditées ; des plans d’action sont élaborés et engagés pour corriger les écarts constatés.</p> <p>L’inclusion de patientes par les oncologues-référents dans des essais cliniques est prise en compte dans l’agrément des futurs centres de compétence.</p> <p>Les variables relatives à l’activité oncologique mammaire sont collectées et intégrées dans les rapports annuels d’avancement des établissements hospitaliers.</p> <p>Elles sont prises en compte dans l’agrément de centres de compétence.</p>

• Fiche de cadrage : Soins de support

Finalité	Les soins de support sont organisés et coordonnés par la Breast Care Nurse (BCN) pour mieux encadrer la patiente et donner une réponse satisfaisante à ses besoins
Approche générale	<ul style="list-style-type: none">• Mettre en place un syllabus et une check-list de prise en charge d'une patiente - en fonction de ses besoins - selon la gravité de la maladie et la durée du séjour hospitalier.• Disposer de profils de compétence de la BCN, du psychologue et du kinésithérapeute, relatifs à la prise en charge d'une patiente (soins de support).
Cible fin 2012	<p>Les rôles et les profils de compétences de la Breast Care Nurse (BCN), du kinésithérapeute et du psychologue en ce qui concerne la prise en charge d'une patiente atteinte du cancer du sein sont définis de manière concertée et communiqués à tous les acteurs concernés.</p> <p>Le processus de prise en charge pluridisciplinaire et de coordination des différents acteurs de soins de support a été défini et communiqué aux établissements hospitaliers.</p> <p>La liste de l'offre de soins de support de base à proposer aux patientes dans chaque établissement hospitalier (brochures, kit de prothèses mammaires externes, etc.) est définie et communiquée.</p> <p>Les variables relatives aux activités de soins de support sont collectées et intégrées dans les rapports annuels d'avancement des établissements hospitaliers adressés au CodAc/DirSan.</p>
Cible fin 2013	<p>Les ressources sont allouées aux établissements hospitaliers pour les soins de support de base, en fonction du volume de leur activité dédiée à la prise en charge du cancer du sein.</p> <p>Les variables relatives aux activités de soins de support sont collectées et intégrées dans les rapports annuels d'avancement des établissements hospitaliers.</p>
Cible fin 2014	<p>Les dispositions et les procédures relatives aux soins de support ont été auditées ; des plans d'action sont élaborés et engagés pour corriger les écarts constatés.</p> <p>Les variables relatives aux activités de soins de support sont collectées et intégrées dans les rapports annuels d'avancement des établissements hospitaliers. Elles sont prises en compte dans l'agrément de centres de compétence.</p>

• Fiche de cadrage : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) et données à recueillir par les hôpitaux

Finalité	Assurer la prise en charge des patientes atteintes du cancer du sein dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire, de manière systématiquement documentée.
Approche générale	Systématiser la tenue d'une RCP pour chaque cas. Standardiser la documentation de la prise en charge des cancers du sein dans les hôpitaux et la diffusion des rapports annuels des hôpitaux.
Cible fin 2012	<p>Le processus de prise en charge pluridisciplinaire et de coordination des différents acteurs de la prise en charge des patientes atteintes du cancer du sein a été défini et communiqué aux établissements hospitaliers.</p> <p>La fréquence et la structure de tenue des RCP, les modalités de prise en compte et de documentation des différents types de cancer du sein dans les différentes phases (pré-thérapeutique, post-chirurgie, nouveau cas, récurrence), et les modalités de suivi des recommandations thérapeutiques issues des RCP, sont définis de manière concertée et communiqués à tous les établissements hospitaliers.</p> <p>Tout médecin agréé par un établissement hospitalier déclare collaborer effectivement à la constitution du dossier médical du patient, sur le support de l'établissement, conformément au contrat d'accréditation-type arrêtant les principes de coopération médecins-établissements hospitaliers (FHL-AMMD).</p> <p>Un projet d'équipement vidéoconférence pour permettre aux médecins du Centre François Baclesse (CFB) et du LNS concernés d'assister aux RCP est élaboré entre les établissements hospitaliers, le Centre National de Radiothérapie et le Laboratoire National de Santé.</p> <p>Les variables relatives aux activités de RCP et les données relatives aux cas traités sont collectées et intégrées dans les rapports annuels d'avancement des établissements hospitaliers adressés au CodAc/DirSan.</p>
Cible fin 2013	Les variables relatives aux activités de RCP et à la gestion des données relatives aux cas traités sont collectées et intégrées dans les rapports annuels d'avancement des établissements hospitaliers, qui rendent compte de la bonne application des dispositions en vigueur en 2012.
Cible fin 2014	<p>Les dispositions et les procédures relatives aux activités de RCP et à la gestion des données ont été auditées; des plans d'action sont élaborés et engagés pour corriger les écarts constatés.</p> <p>Les variables relatives aux activités de RCP et à la gestion des données relatives aux cas traités sont collectées et intégrées dans les rapports annuels d'avancement des établissements. Elles sont prises en compte dans l'accréditation de centres de compétence.</p>

• Fiche de cadrage : Données anatomopathologiques - Laboratoire National de Santé

Finalité	<p>A l'échelle du patient, mettre à disposition le plus rapidement possible des intervenants concernés les résultats anatomo-pathologiques.</p> <p>A l'échelle nationale, mettre à disposition les données du Registre Morphologique des Tumeurs (RMT) / Registre National du Cancer (RNC) aux fins d'évaluation épidémiologique.</p>
Approche générale	<p>Standardiser les procédures, les formulaires de demande et les fiches de transmission des données. Assurer la transmission des données du RMT/RNC aux acteurs impliqués dans la prise en charge du cancer du sein.</p>
Cible fin 2012	<p>Les procédures, les formulaires de demande d'analyse de pièces opératoires et les fiches de transmission des données du LNS ont été définies et standardisées.</p> <p>Les dispositions suivantes sont en vigueur et appliquées par tous les acteurs concernés :</p> <ul style="list-style-type: none">• les données du RMT/RNC concernant le dépistage sont accessibles par le PM pour assurer l'évaluation épidémiologique,• les données anatomopathologiques sont transmises dans les 5 jours ouvrables après réception des pièces opératoires, par le moyen le plus efficace,• la technique et l'analyse des ganglions sentinelles sont systématiquement appliquées dans les cas prévus par les guidelines en vigueur. <p>Les variables relatives à la gestion des données anatomopathologiques sont collectées et intégrées dans les rapports annuels d'avancement du LNS, qui rendent compte de l'application des nouvelles dispositions mises en place.</p>
Cible fin 2013	<p>Les variables relatives à la gestion des données anatomopathologiques sont collectées et intégrées dans les rapports annuels d'avancement du LNS, qui rendent compte de la bonne application des dispositions en vigueur depuis 2012.</p>
Cible fin 2014	<p>Les dispositions et les procédures relatives à la gestion des données anatomo-pathologiques ont été auditées ; des plans d'action sont élaborés et engagés pour corriger les écarts constatés.</p> <p>Les variables relatives à la gestion des données anatomopathologiques sont collectées et intégrées dans les rapports annuels d'avancement du LNS, qui confirment la bonne application des dispositions en vigueur.</p> <p>La présence physique d'un anatomo-pathologiste est requise lors de la prise en charge chirurgicale d'une patiente, dans la mesure où l'activité de chirurgie oncologique est concentrée (centre de compétence).</p>

• Fiche de cadrage : Prise en charge chirurgicale

Finalité	Les patientes sont prises en charge par des chirurgiens qualifiés, possédant une expérience suffisante et une pratique régulière de la chirurgie mammaire, documentant leurs activités dans le cadre de RCP hospitalières.
Approche générale	Mise en place et respect de critères qualitatifs et quantitatifs pour la pratique de la chirurgie mammaire.
Cible fin 2012	<p>Les dispositions suivantes sont en vigueur et appliquées par tous les acteurs concernés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les actes de chirurgie mammaire sont documentés pour chaque chirurgien ; • l'opérateur principal participe systématiquement aux RCP et à l'évaluation de résultats cliniques concernant les cas de cancer du sein qu'il a pris en charge; • le volume opératoire minimal par équipes de chirurgiens est fixé à 10 cas de cancer/an/opérateur principal du cancer du sein. <p>Des formations qualifiantes en chirurgie mammaire, reconnues comme formation professionnelle continue, ont été référencées et mises à disposition, avec un système de « credit hour ».</p> <p>Les variables relatives aux activités de chirurgie sont collectées et intégrées dans les rapports annuels d'avancement des établissements hospitaliers, qui rendent compte de la bonne application des nouvelles dispositions mises en place.</p>
Cible fin 2013	<p>Les dispositions suivantes sont en vigueur et appliquées par tous les acteurs concernés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le volume opératoire minimal par équipe de chirurgiens est fixé à 20 cas de cancer/an/opérateur principal du cancer du sein. <p>Les statistiques individuelles, ainsi que les statistiques de l'équipe dont il fait partie et relatives aux actes de chirurgie mammaire sont diffusées de manière confidentielle à chaque chirurgien concerné en lui indiquant l'écart de sa pratique par rapport au profil moyen (ou médian) des opérateurs et des équipes au Luxembourg.</p> <p>Les variables relatives aux activités de chirurgie sont collectées et intégrées dans les rapports annuels d'avancement des établissements hospitaliers, qui rendent compte de la bonne application des nouvelles dispositions mises en place en 2012.</p>
Cible fin 2014	<p>Les dispositions suivantes sont en vigueur et appliquées par tous les acteurs concernés: le volume opératoire minimal par équipe de chirurgiens est fixé à 30 cas de cancer/an/opérateur principal du cancer du sein.</p> <p>Les dispositions et les procédures relatives à la prise en charge chirurgicale des cancers du sein ont été auditées; des plans d'action sont élaborés et engagés pour corriger les écarts constatés. La liste des opérateurs au Luxembourg et le nombre des interventions chirurgicales par établissement hospitalier sont publiés à l'échelle nationale et accessibles par les patients.</p> <p>Le volume d'interventions chirurgicales par opérateur et par établissement est pris en compte pour l'agrément des futurs centres de compétences.</p>

Annexe : Recommandations de l'audit



Annexe : Les recommandations de l'audit concernant le dépistage, le diagnostic et la prise en charge du cancer du sein

Audit externe du fonctionnement du Programme Mammographie et de la prise en charge du cancer du sein dans les établissements hospitaliers du Grand-Duché de Luxembourg

Source: Mars 2011

Auteurs : Dr Doris SCHOPPER // Dr Chris DE WOLF

Les recommandations concernant le dépistage, le diagnostic et la prise en charge du cancer du sein.

Programme Mammographie	Phase diagnostique	Prise en charge chirurgicale et oncologique	Concertation multidisciplinaire	Soins et support	Données et monitoring
La digitalisation de toutes les mammographies de dépistage dès 2011 va de pair avec une nouvelle concentration des centres radiologiques, d'où amélioration de la qualité technique.	Le Registre Morphologique des Tumeurs doit fournir des données qui permettent une comparaison des stades des cancers détectés par dépistage et par mammographie individuelle.	Les raisons d'un taux bas de marquage préopératoire doivent être élucidées dans chaque établissement et une approche systématique et commune établie.	La présence d'un pathologue à toutes les RCP est incontournable.	Les offres de soins de support devraient être systématisées et harmonisées tant que possible.	Le recueil des données au Registre Morphologique des Tumeurs doit être informatisé, rendu plus efficient, et accessible au PM.
Le reporting devrait être fait systématiquement soit par année soit par vague (2 ans). Le Programme doit établir des Standard Operating Procedures (SOP) afin d'assurer la qualité du programme sur la durée et au-delà de changements de personnel.	Le temps entre le résultat de la mammographie et le début du bilan complémentaire est trop long. Les raisons de ce délai doivent être connues et des correctifs apportés.	La procédure du ganglion sentinelle doit être systématisée et améliorée : Toutes les tumeurs doivent bénéficier d'un examen du ganglion sentinelle, sauf atteinte ganglionnaire confirmée. L'examen extemporané du ganglion sentinelle devrait être rendu possible. Le pourcentage de curage axillaire devrait diminuer, et ne pas être pratiqué pour les cancers in situ.	Un rapport structuré notant les décisions prises lors de la RCP doit être fait systématiquement et rendu accessible à tous les participants.	Le rôle et les responsabilités de la BCN doivent débiter en phase préopératoire, inclure la participation aux RCP et l'information globale de la patiente (soins de supports et choix thérapeutiques) et être harmonisé tant que possible entre établissements.	Un registre de cancers devrait être implémenté pour recueillir un nombre croissant de données pour évaluer l'efficacité et la qualité des soins et ceci pour tous les cancers du sein (et non seulement ceux découverts dans le Programme).

Programme Mammographie	Phase diagnostique	Prise en charge chirurgicale et oncologique	Concertation multidisciplinaire	Soins et support	Données et monitoring
<p>Volume de lecture mammographique des radiologues 1^{ers} lecteurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • augmenter le volume de lecture ; • monitoring systématique de la qualité pour les lecteurs à relativement faible volume (<1000/an). 	<p>Le délai entre l'envoi d'un échantillon biopsique au LNS et la réception des résultats par le médecin demandeur ne doit pas dépasser 10 jours-calendrier.</p>	<p>Concernant le nombre de cancers du sein opérés, il serait souhaitable de tendre vers un volume opératoire d'au moins 30 interventions par gynécologue par an.</p>	<p>Les nouveaux cas de cancer du sein doivent être discutés en RCP au moins toutes les deux semaines.</p>	<p>Le soutien psycho-oncologique doit être offert systématiquement à toutes les patientes.</p>	<p>Le recueil des données dans les établissements hospitaliers devrait être harmonisé et systématique et inclure les données requises par les European guidelines.</p>
<p>Inviter les femmes 22 mois après leur dernière mammographie et non pas après 24 mois comme actuellement. Envoi d'un rappel après 3 mois (et non pas 6 mois).</p>	<p>Le bilan complémentaire doit être de la responsabilité d'un médecin radiologue expérimenté d'un des centres de dépistage. Les investigations devraient être faites dans la mesure du possible par le même médecin ou sous sa coordination.</p>	<p>Les raisons pour le taux relativement élevé de mastectomie dans certains établissements doivent être documentées, et si nécessaire, des correctifs apportés.</p>	<p>Le pourcentage de cas de cancer du sein discutés en RCP doit être au moins de 90%. Plus de cas devraient aussi être discutés en phase préopératoire.</p>	<p>Des consultations de physiothérapie et de diététique doivent être accessibles, selon les besoins.</p>	<p>Une base légale solide et un financement à long terme doivent être assurés pour le Registre Morphologique des Tumeurs et le registre des cancers.</p>
<p>Afin d'augmenter le taux de participation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Appel téléphonique pour élucider les raisons de la non-participation des femmes au programme et procéder à d'éventuels ajustements ; • Envoi d'une invitation avec rendez-vous déjà fixé. 	<p>Tous les établissements faisant des bilans complémentaires pour mammographie suspecte doivent fournir le nombre d'exams biopsiques faits et leur ratio bénin-malin sur une base annuelle.</p>	<p>Une majorité des oncologues traitant les patientes atteintes de cancer du sein ne sont pas spécialistes dans ce domaine. Afin de garantir néanmoins la qualité de la prise en charge, une adhésion à des guidelines de traitement communs et la mise en place de cercles de qualité sont à considérer.</p>			
<p>Une stratégie fondée scientifiquement concernant les mammographies de dépistage avant l'âge de 50 ans devrait être développée et acceptée par les médecins traitants.</p>	<p>Fournir les données nécessaires doit être inclus dans les critères d'agrément d'un centre de dépistage.</p>				