Oncologie

Les dix examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger

par
L'Association canadienne des oncologues médicaux
L'Association canadienne de radio-oncologie
Partenariat canadien contre le cancer
La Société canadienne d'oncologie chirurgicale
Dernière mise à jour : juillet 2020

Choisir avec soin MC

1 Il faudrait éviter d'ordonner des tests servant à détecter une récidive de cancer chez un patient asymptomatique s'il est irréaliste de croire que la détection précoce d'une récidive du cancer prolongera la survie ou améliorera la qualité de vie.

Dans certains cas particuliers, la détection précoce d'une récidive de cancer (tumeur localisée ou métastases à distance) peut augmenter les chances de réussite d'un traitement curatif ultérieur. Cependant, dans de nombreux cas, la détection précoce d'une récidive n'améliore pas les résultats. Il est donc important de peser les renseignements que l'on peut obtenir de tests diagnostiques poussés en regard de ce qui est préférable pour le patient. Il faut notamment évaluer le besoin du patient d'être rassuré, l'anxiété et l'incertitude que susciteront des examens de suivi exhaustifs lorsqu'il est irréaliste de croire que le dépistage précoce d'une récidive prolongera la survie ou améliorera la qualité de vie.

2 Il faudrait éviter d'effectuer des tests de dépistage de routine ou de surveiller l'apparition d'un nouveau cancer primitif chez la majorité des patients ayant des métastases à distance.

Le dépistage du cancer peut sauver la vie de patients à risque, mais par ailleurs en bonne santé. Les tests de dépistage ont un effet positif sur la mortalité, qui s'observe plusieurs années après qu'ils ont été subis. Néanmoins, ils exposent les patients à certains préjudices immédiats. En règle générale, chez les patients atteints d'un cancer métastatique, on observe des risques de mortalité concurrents qui pèsent plus lourd que les effets positifs du dépistage sur la mortalité, s'observant chez les patients sains. En fait, les patients ayant des métastases risquent davantage de subir des préjudices, car les patients dont l'espérance de vie est réduite sont le plus souvent fragiles et plus sensibles aux complications des tests et des traitements. Par conséquent, compte tenu des bienfaits éventuels par rapport aux effets nuisibles, il n'est pas recommandé d'effectuer des tests de dépistage d'un nouveau cancer primitif non symptomatique chez la plupart des patients ayant des métastases. Le dépistage peut être envisagé dans un sous-groupe très limité de patients lorsque la maladie métastatique est relativement indolente ou que l'on peut espérer prolonger la survie en la traitant.

3 Il faudrait éviter la chimiothérapie pour viser plutôt un soulagement des symptômes et prodiguer des soins palliatifs aux patients atteints d'un cancer au stade avancé, chez qui une chimiothérapie a peu de chances d'être bénéfique (p. ex. : patient dont l'indice fonctionnel est de 3 ou de 4).

Les études montrent qu'en règle générale, les traitements ciblant le cancer sont susceptibles de se révéler inefficaces chez les patients ayant une tumeur solide à un organe et très affaiblis par leur cancer (c'est-à-dire, indice fonctionnel de 3 ou de 4). Mais il existe des exceptions, entre autres les patients ayant des limitations fonctionnelles causées par d'autres maladies entraînant une baisse de l'indice fonctionnel, ou encore ceux qui sont atteints d'une forme particulière de cancer (p. ex. : tumeur germinale) ou d'un cancer ayant des caractéristiques particulières (p. ex. : mutations génétiques) et qui ont de fortes chances de répondre au traitement. Il est aussi démontré qu'un soulagement adéquat des symptômes et la prestation de soins palliatifs peuvent grandement améliorer la qualité de vie.

4 Il faudrait éviter d'exercer une surveillance par coloscopie de routine chaque année après une chirurgie d'un cancer du côlon; la fréquence des examens de surveillance devrait plutôt être établie en fonction des résultats de la coloscopie antérieure et des lignes directrices connexes.

Les études montrent clairement qu'en l'absence de syndromes héréditaires, l'évolution des polypes et leur transformation en cancer (séquence adénome-carcinome) s'étend sur de nombreuses années. Par conséquent, la fréquence de la surveillance de suivi par coloscopie devrait être établie selon les résultats d'une coloscopie antérieure de très bonne qualité. La surveillance par coloscopie après une chirurgie pour cancer du côlon consiste habituellement en une coloscopie au bout de la première année; par conséquent, l'intervalle entre deux examens de surveillance devrait normalement être d'au moins 3 ans après la détection d'un polype au stade avancé, et d'au moins 5 ans après un examen normal ou un examen révélant la présence de polypes de petite taille. Il est démontré qu'au Canada, la coloscopie de surveillance après une chirurgie du cancer du côlon est surutilisée et que les ressources sont limitées dans le domaine de l'endoscopie.

5 **Il faudrait éviter de retarder ou de s'abstenir d'offrir des soins palliatifs à un patient atteint d'un cancer métastatique parce qu'il suit un traitement ciblant la maladie.**

De nombreuses études, y compris des essais cliniques randomisés, ont démontré que les soins palliatifs soulagent la douleur et les symptômes, accroissent la satisfaction de la famille à l'égard des soins et réduisent les coûts. Les soins palliatifs n'accélèrent pas la mort; dans certaines populations, ils peuvent même prolonger la vie. Le fait de recourir rapidement aux soins palliatifs pourrait augmenter les bienfaits d'un traitement ciblant la maladie (p. ex. : chimiothérapie ou radiothérapie).

6 **Il faudrait éviter de recommander plus d'une radiothérapie palliative monofractionnée chez le patient présentant des métastases osseuses douloureuses sans complications.**

Des essais randomisés ont démontré qu'une radiothérapie monofractionnée pour traiter des métastases osseuses périphériques ou des métastases vertébrales sans complications, n'ayant jamais été irradiées, produit des résultats comparables pour ce qui est du soulagement de la douleur et de la morbidité par rapport aux traitements de radiothérapie par fractionnement, tout en étant plus pratique tant pour le patient que pour le soignant. En dépit d'une incidence élevée de retraitement ultérieur (20 % vs 8 % pour les thérapies par fractionnement), l'allègement du fardeau du patient l'emporte habituellement sur toutes les questions liées à l'efficacité à long terme pour les patients dont l'espérance de vie est limitée.

7 **Il faudrait éviter d'amorcer un traitement chez les patients présentant un faible risque de cancer de la prostate (T1/T2, APS < 10 ng/mL, score de Gleason < 7) sans avoir discuté d'abord de la surveillance active.**

Patients with localized prostate cancer have a number of reasonable management options. These include surgery, radiation, as well as conservative monitoring without therapy in appropriate patients. Shared decision-making between the patient and the physician can lead to better alignment of patient goals with treatment and more efficient care delivery. The use of patient-directed written decision aids concerning prostate cancer can give patients confidence about their choices, and improve compliance with therapy. Discussion regarding active surveillance should include both the elements and timing of such surveillance, and emphasize the need for compliance.

8 **Il faudrait éviter d'amorcer une radiothérapie du sein en entier, en 25 fractions, comme composante d'un traitement de conservation du sein, chez la femme de > 50 ans atteinte d'un cancer invasif du sein au stade précoce sans envisager des schémas thérapeutiques plus courts.**

L'irradiation du sein en entier est bénéfique chez la plupart des femmes atteintes d'un cancer du sein invasif et recevant un traitement conservateur. De nombreuses études ont utilisé des schémas classiques par fractionnement consistant en une radiothérapie échelonnée sur 5 ou 6 semaines, souvent suivie d'une radiothérapie d'appoint d'une ou deux semaines. Cependant, des données récentes (y compris les données d'une étude importante réalisée au Canada) montrent des résultats comparables sur le plan du contrôle de la progression tumorale et des effets esthétiques dans certaines populations de patientes suivant des traitements plus courts (d'environ 3 ou 4 semaines). Les patientes et leurs médecins devraient revoir ces options pour établir le traitement le plus approprié.

9 **Il faudrait éviter de prodiguer des soins (p. ex. : suivi) dans un contexte où les services sont coûteux (p. ex. : centre de traitement du cancer) lorsque ces soins pourraient être prodigués avec autant d'efficacité dans un contexte où le coût est moins élevé (p. ex. : en contexte de soins primaires).**

Plusieurs études (de même que des essais cliniques randomisés) ont démontré que la surveillance après un traitement définitif du cancer s'exerce tout aussi bien dans un contexte de soins primaires tout en étant plus axée sur le patient. Compte tenu de la hausse appréciable du nombre des survivants du cancer, l'habitude classique de dispenser les soins de suivi dans les centres spécialisés de traitement du cancer fait augmenter la demande et fait concurrence aux autres fonctions de ces établissements de santé. Les fournisseurs de soins primaires sont disposés à assurer les soins de suivi dans les cas de cancer et ont assumé cette responsabilité à maintes reprises. Pourtant, au Canada, la transition vers les soins primaires est autant variable qu'incomplète.

10 **Il faudrait éviter d'avoir recours à un traitement locorégional intensif dans la plupart des cas de cancer où une maladie métastasique est présente et lorsque peu de symptômes sont attribuables à une tumeur primitive (p. ex. : cancer colorectal).**

Par le passé, le traitement locorégional intensif (p. ex. : intervention chirurgicale) était souvent offert aux patients atteints d'une maladie métastasique, peu importe la symptomatologie de la tumeur primitive. Des données récentes semblent toutefois indiquer que dans de nombreux cas, ce type de traitement n'améliore pas les résultats et que parfois, il retarde le traitement plus important de la maladie métastasique (p. ex : chimiothérapie). En règle générale, chez les patients atteints de métastases issues de l'atteinte d'un organe solide et où la tumeur primitive est relativement asymptomatique, on devrait considérer comme prioritaire un traitement systémique. Chez ces patients, il ne faudrait pas retarder le traitement systémique pour éviter le risque d'apparition d'autres morbidités associé aux traitements locorégionaux intensifs.

Comment la liste a été établie

À la fin de l'année 2013, le Partenariat canadien contre le cancer a créé un groupe de travail formé de membres représentant trois sociétés médicales, et lui a demandé de l'aider à établir une liste de recommandations spécifiques au traitement du cancer, dans le cadre de la campagne Choisir avec soin. Ce groupe comprenait des représentants de l'Association canadienne de radio-oncologie (ACRO), de l'Association canadienne des oncologues médicaux (ACOM) et de la Société canadienne d'oncologie chirurgicale (SCOC). Grâce à une méthode à plusieurs étapes ayant permis de parvenir à un consensus et à la participation d'un grand nombre de membres, on a pu dresser une première liste de 66 recommandations. On a élaboré un cadre permettant d'identifier des pratiques peu utiles ou nuisibles, selon les critères suivants : 1) la taille de la population pour laquelle la pratique est pertinente; 2) la fréquence d'utilisation dans l'exercice de la médecine au Canada; 3) le coût de la pratique; 4) les preuves de préjudices liés à la pratique et leur degré; et 5) les possibilités de modifier l'utilisation de la pratique. Après l'évaluation des recommandations et un vote, la liste a été réduite à 41 pratiques, puis à 19 et finalement à 10 pratiques peu utiles, superflues ou même nuisibles. Bon nombre de pratiques ont été examinées, dont certaines reliées au traitement du cancer, ayant été identifiées antérieurement dans le cadre de la campagne Choosing Wisely® menée aux États-Unis. La 3e recommandation a été adaptée avec la permission de l'American Society of Clinical Oncology et élaborée à partir de la liste intitulée Five Things Physicians and Patients Should Question publiée en 2012. Les 5e et 6e recommandations ont été adaptées avec la permission de l'Academy of Hospice and Palliative Medicine et élaborées à partir de la liste intitulée Five Things Physicians and Patients Should Question publiée en 2013. Les 7e et 8e recommandations ont été adaptées avec la permission de l'American College of Family Medicine et élaborées à partir de la liste intitulée Five Things Physicians and Patients Should Question publiée en 2012.

Sources

1. BC Cancer Agency. Cancer Management Guidelines. [Internet, consulté en avril 2014].
Earle C, et coll. Follow-up care, surveillance protocol, and secondary prevention measures for survivors of colorectal cancer [Internet, consulté en avril 2014].
Fahy BN. Follow-up after curative resection of colorectal cancer. Ann Surg Oncol. mars 2014; 21(3):738-46. PMID : 24271157.
Grunfeld E, et coll. Routine follow up of breast cancer in primary care: randomised trial. BMJ, le 14 septembre 1996; 313(7058):665-9. PMID : 8811760.
Khatcheressian J, et coll. Breast cancer follow-up in the adjuvant setting. Curr Oncol Rep, janvier 2008; 10(1):38-46. PMID : 18366959.
Meyerhardt JA, et coll. Follow-up care, surveillance protocol, and secondary prevention measures for survivors of colorectal cancer: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline endorsement. J Clin Oncol, le 10 décembre 2013; 31(35):4465-70. PMID : 24220554.
National Comprehensive Cancer Network. NCCN clinical practice guidelines in oncology: colon cancer [Internet, consulté le 12 avril 2014].

2. Fisher DA, et coll. Inappropriate colorectal cancer screening: findings and implications. Am J Gastroenterol, novembre 2005; 100(11):2526-30. PMID : 16279910.
Lee SJ, et coll. Time lag to benefit after screening for breast and colorectal cancer: meta-analysis of survival data from the United States, Sweden, United Kingdom, and Denmark. BMJ, 2013; 346:e8441. PMID : 23299842.
Moyer VA. Screening for prostate cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med, le 17 juillet 2012; 157(2):120-34. PMID : 22801674.
Schroder FH, et coll. Prostate-cancer mortality at 11 years of follow-up. N Engl J Med, le 15 mars 2012; 366(11):981-90. PMID : 22417251.
Whitlock EP, et coll. Screening for colorectal cancer: a targeted, updated systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med, le 4 novembre 2008; 149(9):638-658. PMID : 18838718.

3. Azzoli CG, et coll. 2011 Focused Update of 2009 American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update on Chemotherapy for Stage IV Non-Small-Cell Lung Cancer. J Clin Oncol, le 1er octobre 2011; 29(28):3825-31. PMID: 21900105.
Carlson RW, et coll. Breast cancer. Clinical practice guidelines in oncology. J Natl Compr Canc Netw, février 2009; 7(2):122-192. PMID : 19200416.
Engstrom PF, et coll. Colon cancer clinical practice guidelines in oncology. J Natl Compr Canc Netw, juillet 2005; 3(4):468-91. PMID : 16038639.
Ettinger DS, et coll. Non-small cell lung cancer. J Natl Compr Canc Netw, juillet 2010; 8(7):740-801. PMID : 20679538.
Peppercorn JM, et coll. American society of clinical oncology statement: toward individualized care for patients with advanced cancer. J Clin Oncol, le 20 février 2011; 29(6):755-60. PMID : 21263086.
Smith TJ, et coll. Bending the cost curve in cancer care. N Engl J Med, le 26 mai 2011; 364(21):2060-5. PMID : 21612477.
Temel JS, et coll. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. N Engl J Med, le 19 août 2010; 363(8):733-42. PMID : 20818875.

4. BC Cancer Agency. Cancer Management Guidelines. Gastrointestinal, Colon [Internet]. 2014 Feb 1 [cited 2014 Sep 23].
Hill MJ, et coll. Aetiology of adenoma--carcinoma sequence in large bowel. Lancet. 1978 Feb 4;1(8058):245-7. PMID : 74668.
Leddin D, et coll. Colorectal cancer surveillance after index colonoscopy: guidance from the Canadian Association of Gastroenterology. Can J Gastroenterol. 2013 Apr;27(4):224-8. PMID : 23616961.
Levin B, et coll. Screening and surveillance for the early detection of colorectal cancer and adenomatous polyps, 2008: a joint guideline from the American Cancer Society, the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer, and the American College of Radiology. Gastroenterology. 2008 May;134(5):1570-95. PMID : 18384785.
Urquhart R, et coll. Population-based longitudinal study of follow-up care for patients with colorectal cancer in Nova Scotia. J Oncol Pract. 2012 Jul;8(4):246-52. PMID : 23180991.
van Kooten H, et coll. Awareness of postpolypectomy surveillance guidelines: a nationwide survey of colonoscopists in Canada. Can. J. Gastroenterol. Feb 2012;26(2):79-84. PMID : 22312606.

5. Delgado-Guay MO, et coll. Symptom distress, interventions, and outcomes of intensive care unit cancer patients referred to a palliative care consult team. Cancer. 2009 Jan 15;115(2):437-45. PMID : 19107768.
Elsayem A, et coll. Impact of a palliative care service on in-hospital mortality in a comprehensive cancer center. J Palliat Med. 2006 Aug;9(4):894-902. PMID : 16910804.
Elsayem A, et coll. Palliative care inpatient service in a comprehensive cancer center: clinical and financial outcomes. J Clin Oncol. 2004 May 15;22(10):2008-14. PMID : 15143094.
Gelfman LP, et coll. Does palliative care improve quality? A survey of bereaved family members. J Pain Symptom Manage. 2008 Jul;36(1):22-8. PMID : 18411019.
Higginson IJ, et coll. Is there evidence that palliative care teams alter end-of-life experiences of patients and their caregivers? J Pain Symptom Manage. 2003 Feb;25(2):150-68. PMID : 12590031.
Jordhøy MS, et coll. A palliative-care intervention and death at home: a cluster randomised trial. Lancet. 2000 Sep 9;356(9233):888-93. PMID : 11036893.
London MR, et coll. Evaluation of a Comprehensive, Adaptable, Life- Affirming, Longitudinal (CALL) palliative care project. J Palliat Med. 2005 Dec;8(6):1214-25. PMID : 16351535.
Temel JS, et coll. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. J Clin Oncol. 2011 Jun 10;29(17):2319-26. PMID : 21555700.
Zimmermann C, et coll. Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial. Lancet. 2014 May 17;383(9930):1721-30. PMID: 24559581.

6. Fairchild A, et coll. International patterns of practice in palliative radiotherapy for painful bone metastases: evidence-based practice? Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2009 Dec 1;75(5):1501-10. PMID : 19464820.
Lutz S, et coll. Palliative radiotherapy for bone metastases: an ASTRO evidence-based guideline. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2011 Mar 15;79(4):965-76. PMID : 21277118.
Popovic M, et coll. Review of international patterns of practice for the treatment of painful bone metastases with palliative radiotherapy from 1993 to 2013. Radiother Oncol. 2014 Apr;111(1):11-7. PMID : 24560750.
Zimmermann C, et coll. Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial. Lancet. 2014 May 17;383(9930):1721-30. PMID : 24559581.

7 Bill-Axelson A, et coll. Radical prostatectomy versus watchful waiting in early prostate cancer. N Engl J Med. 2011 May 5;364(18):1708-17. PMID : 21542742.
Dahabreh IJ, et coll. Active surveillance in men with localized prostate cancer: a systematic review. Ann Intern Med. 2012 Apr 17;156(8):582-90. PMID : 22351515.
Klotz L. Active surveillance for prostate cancer: overview and update. Curr Treat Options Oncol. 2013 Mar;14(1):97-108. PMID: 23318986.
Klotz L, et coll. Clinical results of long-term follow-up of a large, active surveillance cohort with localized prostate cancer. J Clin Oncol. 2010 Jan 1;28(1):126-31. PMID : 19917860.
Stacey D, et coll. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Apr 12;4:CD001431. PMID: 28402085.
Thompson I, et coll. Guideline for the management of clinically localized prostate cancer: 2007 update. J Urol. 2007 Jun;177(6):2106-31. PMID : 17509297.
Wilt TJ, et coll. Radical prostatectomy versus observation for localized prostate cancer. N Engl J Med. 2012 Jul 19;367(3):203-13. PMID : 22808955.

8 Clarke M, et coll. Effects of radiotherapy and of differences in the extent of surgery for early breast cancer on local recurrence and 15-year survival: an overview of the randomised trials. Lancet. 2005 Dec 17;366(9503):2087-106. PMID : 16360786.
Darby S, et coll. Effect of radiotherapy after breast-conserving surgery on 10-year recurrence and 15-year breast cancer death: meta-analysis of individual patient data for 10,801 women in 17 randomised trials. Lancet. 2011 Nov 12;378(9804):1707-16. PMID : 22019144.
Smith BD, et coll. Fractionation for whole breast irradiation: an American Society for Radiation Oncology (ASTRO) evidence-based guideline. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2011 Sep 1;81(1):59-68. PMID : 20638191.
Whelan TJ, et coll. Long-term results of hypofractionated radiation therapy for breast cancer. N Engl J Med. 2010 Feb 11;362(6):513-20. PMID : 20147717.

9 Del Giudice ME, et coll. Primary Care physician willingness to provide follow-up care for adult cancer survivors. J Clin Oncol. 2007 Jun:25(18 suppl);6562.
Ristovski-Slijepcevic S. Environmental scan of cancer survivorship in Canada: Conceptualization, practice & research. Vancouver (BC): BC Cancer Agency; 2008.
Erikson C, et coll. Future supply and demand for oncologists: challenges to assuring access to oncology services. J Oncol Pract. 2007 Mar;3(2):79-86. PMID : 20859376.
Grunfeld E. Looking beyond survival: how are we looking at survivorship? J Clin Oncol. 2006 Nov 10;24(32):5166-9. PMID : 17093281.
Grunfeld E, et coll. Randomized trial of long-term follow-up for early-stage breast cancer: a comparison of family physician versus specialist care. J Clin Oncol. 2006 Feb 20;24(6):848-55. PMID: 16418496.
Grunfeld E, et coll. Routine follow up of breast cancer in primary care: randomised trial. BMJ. 1996 Sep 14;313(7058):665-9. PMID : 8811760.
Murchie P, et coll. Patient satisfaction with GP-led melanoma follow-up: a randomised controlled trial. Br. J. Cancer. May 11 2010;102(10):1447-1455. PMID : 20461089.
Wattchow DA, et coll. General practice vs surgical-based follow-up for patients with colon cancer: randomised controlled trial. Br J Cancer. 2006 Apr 24;94(8):1116-21. PMID : 16622437.

10 Badwe, R. Surgical removal of primary tumor and axillary lymph nodes in women with metastatic breast cancer at first presentation: A randomized controlled trial. San Antonio Breast Conference; 2013.
Kleespies A, et coll. Determinants of morbidity and survival after elective non-curative resection of stage IV colon and rectal cancer. Int J Colorectal Dis. 2009 Sep;24(9):1097-109. PMID : 19495779.
National Comprehensive Cancer Network. NCCN Guidelines for Colon Cancer Version 3 [Internet]. 2014 [cited 2014 April].

À propos de La Société canadienne d'oncologie chirurgicale

La Société canadienne d'oncologie chirurgicale (SCOC) est une fière partenaire de Choisir avec soin – une campagne de Choosing Wisely Canada. La SCOC est une association nationale de chirurgiens oncologues qui fait la promotion du traitement optimal des patients atteints de cancer par le biais d'une approche multidisciplinaire du traitement. La Société favorise le développement de l'éducation en oncologie au niveau des premier et deuxième cycles et en éducation médicale continue et encourage le développement de la recherche en chirurgie oncologique. La SCOC estime qu'il faut faciliter la communication entre les chirurgiens qui s'intéressent principalement au domaine de l'oncologie et elle encourage l'élaboration d'un programme de formation en chirurgie oncologique dans les universités canadiennes.

À propos de L'Association canadienne des oncologues médicaux

L'Association canadienne des oncologues médicaux du Canada (ACOM) est une fière partenaire de Choisir avec soin – une campagne de Choosing Wisely Canada. L'ACOM, une société nationale de spécialistes du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, contribuera à la lutte contre le cancer par le biais de la recherche, de l'éducation, de la pratique clinique pour la prévention, du dépistage, du diagnostic, du traitement, des soins de soutient, des soins palliatifs et de la réadaptation. L'ACOM s'est engagée à atteindre et à maintenir l'excellence des activités cliniques et de recherche parmi ses membres, au sein d'une culture de compassion et de respect de la dignité humaine.

À propos du Partenariat canadien contre le cancer

Le Partenariat canadien contre le cancer (PCCC) est un fier partenaire de Choisir avec soin – une campagne de Choosing Wisely Canada. Le PCCC est un organisme indépendant financé par le gouvernement fédéral et investi du mandat d'accélérer la lutte contre le cancer au bénéfice de tous les Canadiens et Canadiennes. Il collabore avec des spécialistes du cancer, des organismes caritatifs, les gouvernements, des organismes de lutte contre le cancer, des organismes de soins de santé nationaux, les patients, les survivants du cancer et d'autres intervenants pour mettre en oeuvre la stratégie canadienne de lutte contre le cancer.

À propos de L'Association canadienne de radiooncologie

L'Association canadienne de radio-oncologie (ACRO) est une fière partenaire de Choisir avec soin – une campagne de Choosing Wisely Canada. L'ACRO est une association nationale de professionnels qui est la porte-parole officielle de la radiooncologie au Canada en ce qui a trait aux intérêts publics et professionnels dans la prestation de services de consultation et de traitements en radio-oncologie. Un Conseil d'administration composé de représentants régionaux et une adhésion nationale facilitent, pour l'Association, la réalisation de sa mission.

Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Choisir avec soin agit comme porte-parole national pour la réduction des examens et des traitements inutiles en santé. L'un de ses principaux rôles est d'aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue menant à des choix judicieux et efficaces.

choisiravecsoin.org | info@choisiravecsoin.org | @choisiravecsoin | /choisiravecsoin