

# Tableau de bord du Réseau de cancérologie Rossy

## Messages clés

- Les trois hôpitaux partenaires du Réseau de cancérologie Rossy (RCR) s'efforcent de prodiguer des soins de santé de la plus haute qualité.
- Afin d'évaluer la qualité des soins que nous prodiguons, des indicateurs de qualité sont mesurés et comparés aux plus hautes normes de soins.
- Alors que les hôpitaux partenaires du RCR compilent des données liées aux indicateurs de qualité à partager entre eux, des études ont démontré que lorsque les mesures de performance sont signalées au grand public, le personnel de gestion et le personnel clinique sont incités à s'améliorer ou à maintenir une performance élevée.
- En publiant régulièrement une série d'indicateurs de qualité à l'échelle du réseau sur le site Web du RCR, nous souhaitons servir de catalyseur de changements positifs et déclencher des initiatives d'amélioration.

### Partenaires du Réseau de cancérologie Rossy

- Centre universitaire de santé McGill
- Hôpital général juif
- Centre hospitalier de St. Mary
- Faculté de médecine de l'Université McGill

## La sélection des indicateurs

Chaque hôpital mesure sa performance à l'aide d'indicateurs de qualité, dont certains sont requis par le Ministère de la Santé. De plus, les groupes de sites tumoraux spécifiques compilent des données précises axées sur le type de cancer traité.

Les indicateurs proposés dans le cadre de cette première divulgation d'informations liées au RCR ont été sélectionnés par le Comité de la qualité du RCR selon les principes généraux suivants. Les indicateurs doivent être :

- Significatifs et importants aux yeux des patients
- Disponible dans les trois hôpitaux, lorsque applicable
- Choisis à partir d'un inventaire d'indicateurs existant élaboré par chacun des hôpitaux ou par le RCR
- Élaborer et définis de la même façon dans chacun des trois hôpitaux
- Validés par les groupes de sites tumoraux du RCR ou le service de qualité de chacun des hôpitaux

Dans le cadre de cette première divulgation au grand public, nous avons opté pour une série de sept indicateurs ayant des répercussions directes sur les résultats de santé des patients.

## Le processus d'examen des indicateurs

---

Les indicateurs d'ordre général ont été examinés par le service de qualité de chacun des hôpitaux. Les données et le sommaire narratif des indicateurs spécifiques aux tumeurs ont été examinés par les groupes de sites tumoraux.

Le texte et les données ont ensuite été revus par le [Comité de la qualité du RCR](#) et le [Comité exécutif](#) du RCR; le directeur général de chacun des hôpitaux est responsable de l'examen final et de l'autorisation de publication subséquente des données par l'entremise du [Groupe de gouvernance du RCR](#).

## Les cibles

---

La cible indique le niveau de performance visé par le RCR. Lorsque possible, la norme provinciale (émise par le ministère de la Santé et des Services sociaux) constitue la cible visée. Si aucune norme ministérielle n'a été instituée, on a alors recours aux cibles canadiennes (émises par le PCCC ou autre), aux cibles régionales, aux recommandations des organismes professionnels et aux études menées par des établissements universitaires (canadiens ou internationaux).

Dans le cas de certains indicateurs, les cibles ont été définies par les groupes de sites tumoraux du RCR, en fonction des meilleures données probantes et des lignes directrices de traitement existantes.

## Le modèle de rapport

---

Le modèle de rapport a été élaboré à partir de celui préparé par le Partenariat canadien contre le cancer (PCCC). Ce rapport sert à aider les responsables des politiques, les planificateurs de soins de santé, les chercheurs et les professionnels de soins de santé à identifier les meilleures pratiques et les perspectives d'amélioration de la qualité liées à la maîtrise du cancer à travers le Canada.

Tous les indicateurs sont structurés de la même façon :

**Messages clés** – messages générale à retenir

**Contexte** – raisons pour lesquelles cet indicateur est important

**Graphiques et tableaux** – tous les résultats sont regroupés dans cette section. Les résultats sont présentés comme un score combiné pour le RCR à moins qu'il n'y ait des différences significatives entre les trois hôpitaux

**Signification des résultats** – explication des résultats. Identification des principales différences entre les hôpitaux

**Efforts déployés** – inclus seulement si des efforts sont déployés pour améliorer les résultats

**Spécification des données** – définitions détaillées et méthodologie de l'indicateur

Le but est de présenter des informations précises à la direction des établissements et aux professionnels de soins de santé, mais de façon à ce qu'elles demeurent accessibles aux patients.

Tableau 1. Membres du Comité de la qualité du RCR

*Wilson H. Miller*

*Président, chef clinique du RCR*

## **Centre universitaire de santé McGill (CUSM)**

Patricia Lefebvre

Directrice générale adjointe (par intérim) et directrice de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique

Carolyn Freeman

Radio-oncologue, directrice médicale, Programme d'amélioration de la qualité, Mission des soins de cancer

Lucie Tardif

Directrice adjointe en soins infirmiers, Mission des soins de cancer, Centre du cancer des Cèdres

Laurie Hendren

Représentante des patients et des familles

## **Hôpital général juif (HGJ)**

Centre intégré universitaires de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Anne Lemay

Directrice générale adjointe des programmes de soutien, administration et performance

Chantal Cassis

Hématologue

Amanda Afeich

Représentante des patients et des familles

## **Centre hospitalier de St. Mary (CHSM)**

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Nelea Bezman

Directrice adjointe performance, qualité et éthique

Adrian Langleben

Oncologue, chef de l'oncologie

Linda Tracey

Représentante des patients et des familles

## **Personnel du Réseau de cancérologie Rossy, *membres sans droits de vote***

Caroline Rousseau

Secrétariat du Comité de la qualité du RCR, gestionnaire clinique principal

Tony Teti

Directeur des opérations

**Avis de non-responsabilité :** le Réseau de cancérologie Rossy tente de veiller à la précision des données signalées par chacun de ses hôpitaux partenaires. Les données publiées sont sujettes au changement lorsque de nouveaux renseignements deviennent disponibles ou que des corrections sont apportées au contenu, ce qui peut modifier les données compilées.

# Temps d'attente en chirurgie des patients atteints de cancer

## Messages clés

- Le temps d'attente en chirurgie oncologique des hôpitaux partenaires du Réseau de cancérologie Rossy est en dessous de la cible provinciale, au même titre que les autres centres de la région de Montréal<sup>1</sup>.

## Contexte

Les délais d'attente pour une chirurgie oncologique peuvent avoir des répercussions sur les résultats de santé et causer de l'anxiété chez les patients.

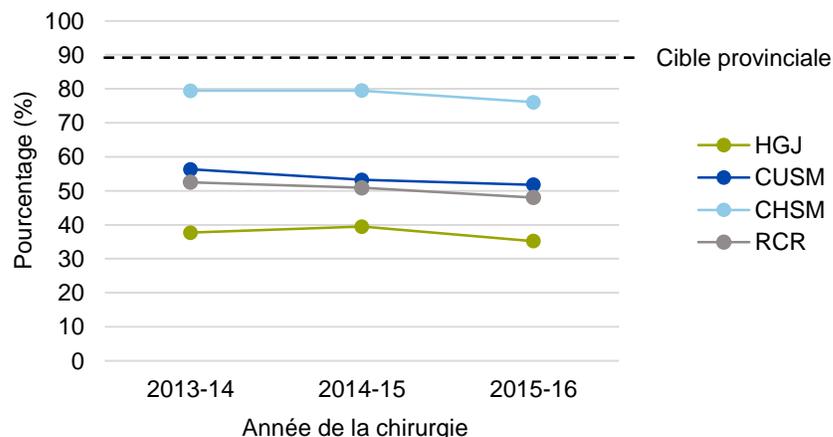
Pour les gestionnaires du système de la santé et les planificateurs de soins, il est essentiel d'être munis de données fiables liées au temps d'attente en chirurgie oncologique afin d'évaluer la capacité du système, et de gérer l'utilisation des ressources.

Le temps d'attente en chirurgie oncologique est mesuré en fonction du délai précédant une intervention chirurgicale, à la suite de la rencontre avec le chirurgien dans le cadre de laquelle la décision de procéder à une intervention chirurgicale est prise. Nous calculons la période de temps d'attente en chirurgie à partir du jour où le chirurgien demande la procédure, jusqu'au jour où la chirurgie est effectuée. Si un autre traitement est amorcé avant que la chirurgie ait lieu, le calcul ne tient pas compte de cette période de traitement préalable

La cible du gouvernement du Québec en matière de temps d'attente en chirurgie oncologique veut que 90 % des patients subissent leur chirurgie à l'intérieur de 28 jours suivant la demande du chirurgien (peu importe la gravité de la maladie et le degré de priorité de la chirurgie) et que 100 % des patients subissent leur chirurgie à l'intérieur des 56 jours suivant la demande du chirurgien.

## Graphiques et tableaux

Figure 1 : Pourcentage de patients atteints de cancer opérés à l'intérieur de 28 jours suivant la demande de chirurgie



Source: SIMASS

## Signification des résultats

---

Le temps d'attente en chirurgie oncologique des hôpitaux partenaires du Réseau de cancérologie Rossy est en dessous de la cible provinciale, tout au même titre que les autres centres de la région de Montréal<sup>1</sup>. Les résultats portent sur des données agrégées liées aux temps d'attente pour tous les types de cancers.

Plusieurs facteurs expliquent les différences en matière de temps d'attente en chirurgie au sein des hôpitaux partenaires du RCR. D'abord, les chirurgiens déterminent la priorité de leurs cas selon le type de cancer. Certains cancers sont indolents (à croissance lente) et ne requiert pas un traitement immédiat. Le cancer de la thyroïde constitue un exemple de cancer à évolution lente. D'autres cancers sont plus agressifs et nécessitent la priorité. Il est important de bien comprendre que les cas traités (types de cancer des patients) diffèrent d'un hôpital à l'autre. Par exemple, les chirurgies des cancers de la thyroïde sont effectuées presque exclusivement au CUSM et à l'HGJ, et si les chirurgies de la thyroïde à l'HGJ sont retirées, le pourcentage de patients atteints de cancer ayant subi une chirurgie dans les 28 jours de la demande est de 62% à l'HGJ (basé sur les données de début 2017).

Les facteurs suivants peuvent également avoir des répercussions sur le temps d'attente en chirurgie :

- Le volume chirurgical total de l'hôpital, y compris les patients atteints de cancer nécessitant une chirurgie
- Les délais spécifiques à chaque chirurgien liés au nombre de patients référés, à la discipline et aux plages horaires disponibles au bloc opératoire au sein de l'établissement
- Les fonds attribués aux salles opératoires, au personnel de soutien et aux lits de salle de réveil

## Efforts déployés

---

L'amélioration des délais liés aux interventions chirurgicales des patients atteints de cancer constitue une priorité pour les hôpitaux partenaires du RCR et pour le Ministère de la santé et des services sociaux. Au mois de décembre 2016, le gouvernement du Québec a annoncé que des fonds seraient investis afin de réouvrir des salles d'opération fermées faute de financement. Le CUSM et l'HGJ et profiteront tous deux de l'allocation de ces fonds supplémentaires; deux des salles opératoires du CUSM et trois des salles opératoires de l'HGJ seront réactivées du côté des services de soins aux adultes.

Au sein du RCR, nous prévoyons :

- Raffiner les normes de priorité en matière de traitement chirurgical et les appliquer
- Évaluer et rapporter les délais d'attente en chirurgie par type de cancer

Ces renseignements nous aideront à déterminer les priorités liées aux efforts d'amélioration.

## Spécifications des données

---

### Définition

% de patients atteints de cancer traités en chirurgie à l'intérieur de 28 jours, à partir du jour où la chirurgie est demandée par le chirurgien, jusqu'au jour où la chirurgie est effectuée

### Source

Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés (SIMASS)



<b>Numérateur</b>	Nombre total de patients traités en chirurgie oncologique à l'intérieur de 28 jours
<b>Dénominateur</b>	Nombre total de patients ayant subi une chirurgie oncologique
<b>Exclusions</b>	Procédures urgentes, procédures de diagnostic, chirurgies de reconstruction ou palliatives
<b>Fréquence de mesure</b>	Mensuelle
<b>Notes</b>	Ces données sont transmises au ministère de la Santé et des Services sociaux et publiées sur le site Web du MSSS sur une base mensuelle

## Références

---

<sup>1</sup> [www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques](http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques)

**Avis de non-responsabilité :** Le Réseau de cancérologie Rossy tente de veiller à la précision des données signalées par chacun de ses hôpitaux partenaires. Les données publiées sont sujettes au changement lorsque de nouveaux renseignements deviennent disponibles ou que des corrections sont apportées au contenu, ce qui peut modifier les données compilées.

# Temps d'attente en radiothérapie des patients atteints de cancer

## Messages clés

- Au sein des hôpitaux partenaires du Réseau de cancérologie Rossy, la radiothérapie est administrée au CUSM et à l'HGJ. Au cours des dernières années, ces deux hôpitaux ont systématiquement atteint les cibles nationales et provinciales en matière de radiothérapie.

## Contexte

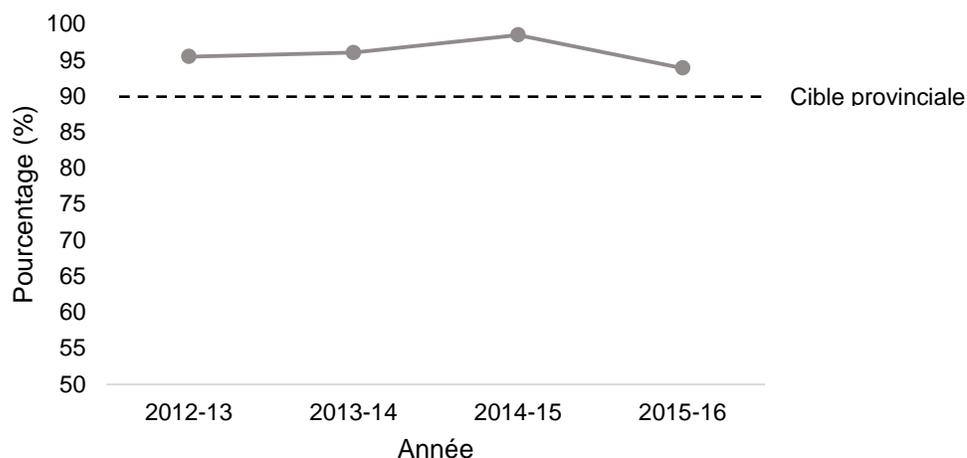
Environ la moitié des patients atteints de cancer recevront un traitement de radiothérapie à un certain point de leur trajectoire de soins. Les délais avant l'amorce de la radiothérapie peuvent avoir des répercussions sur l'efficacité du traitement et les résultats de santé des patients.

Les cibles nationales et provinciales en matière de temps d'attente en radiothérapie sont utilisées depuis plus d'une décennie.

La norme provinciale liée au temps d'attente en radiothérapie veut qu'au moins 90 % des patients amorcent leur traitement de radiothérapie au cours des 28 jours suivant la date où le patient est « médicalement prêt » à être traité. Cette date signifie le moment où le radio-oncologue juge qu'un traitement de radiothérapie peut commencer. C'est alors que la phase de préparation, comportant une simulation et les calculs nécessaires pour planifier le traitement, est lancée.

## Graphiques et tableaux

Figure 1 : Pourcentage de patients ayant débuté leurs traitements à l'intérieur de 28 jours à travers le Réseau de cancérologie Rossy



Source: SGAS

## Signification des résultats

---

Le CUSM et l'HGJ dépassent systématiquement tous deux la norme liée au temps d'attente en radiothérapie voulant que 90 % des patients amorçant un traitement de radiothérapie (tous types de cancer confondus) soient traités au cours des 28 jours suivant la date « médicalement prêt » à être traité.

Parmi ces cibles de 28 jours, des priorités existent selon le type de cancer et le degré d'urgence du traitement (< 24 h, < 3 jours, < 14 jours et < 28 jours).

## Efforts déployés

---

Les services de radio-oncologie du CUSM et de l'HGJ surveillent leurs processus et veillent à ce que les patients soient non seulement traités au cours d'un délai de 28 jours, mais que les priorités liées au type et au degré d'urgence de leur cancer soient prises en compte.

## Spécifications des données

---

<b>Définition</b>	% de patients atteints de cancer traités par brachythérapie ou par radiothérapie externe ayant débutés leurs traitements à l'intérieur de 28 jours suivant le moment où le radio-oncologue juge que le patient est médicalement prêt à amorcer le traitement
<b>Source</b>	Système de gestion d'accès en radiothérapie (SGAS)
<b>Numérateur</b>	Nombre total de patients traités en radiothérapie ayant débutés leurs traitements à l'intérieur de 28 jours
<b>Dénominateur</b>	Nombre total de patients médicalement prêts à recevoir un traitement de radiothérapie
<b>Fréquence de mesure</b>	Hebdomadaire
<b>Notes</b>	Ces données sont transmises au ministère de la Santé et des Services sociaux et publiées sur le site Web du MSSS sur une base hebdomadaire

***Avis de non-responsabilité :** Le Réseau de cancérologie Rossy tente de veiller à la précision des données signalées par chacun de ses hôpitaux partenaires. Les données publiées sont sujettes au changement lorsque de nouveaux renseignements deviennent disponibles ou que des corrections sont apportées au contenu, ce qui peut modifier les données compilées.*

# Soins multidisciplinaires : comités de diagnostic et de traitement du cancer (CDTC)

## Messages clés

- Des comités de diagnostic et de traitement du cancer (CDTC) sont en place au sein du RCR.
- La majorité des CDTC tiennent des rencontres hebdomadaire ou bimensuelle, incluent la participation de spécialistes multidisciplinaires et sont bien structurés.
- Tous les cas nécessitant un traitement multidisciplinaire complexe, comme les cas de patients atteints de tumeurs au niveau de la sphère ORL, devraient être présentés aux comités de diagnostic et de traitement du cancer. Au sein du RCR, le pourcentage de cas de patients atteints de cancers de la sphère ORL présentés dans le cadre de réunions du CDTC est de plus de 80 %.

## Contexte

Les CDTC constituent la pierre angulaire des soins anticancéreux multidisciplinaires. Ces comités se rencontrent sur une base régulière afin de fournir un forum aux cliniciens issus de différentes disciplines visant à examiner les résultats individuels des patients et parvenir à un consensus par rapport au plan de traitement optimal. Les cas de patients faisant l'objet de discussions dans le cadre des réunions des CDTC sont plus susceptibles d'être pris en charge selon les meilleures pratiques reposant sur les données probantes. Ils sont ainsi pris en charge de façon mieux coordonnée et ont un délai plus court entre le diagnostic et le traitement. De plus, les cas examinés par les CDTC ont davantage accès aux traitements émergents et affichent de meilleurs résultats de santé<sup>1-4</sup>.

Selon les [lignes directrices](#) du Collège des médecins du Québec, un CDTC compétent doit faire appel à la participation d'une équipe multidisciplinaire, incluant habituellement des chirurgiens, des oncologues médicaux, des radio-oncologues, des pathologistes, des spécialistes de l'imagerie diagnostique, des pharmaciens, des infirmières et d'autres professionnels de la santé; quoique la composition du comité peut différer d'un type de tumeurs à l'autre. Le comité peut être réservé à un seul type de cancer ou peut se pencher sur plusieurs types de cancers à la fois.

Afin d'évaluer la qualité de la structure des CDTC du RCR, nous avons recours à un cadre de mesure conçu par Action Cancer Ontario (ACO), selon lequel le « score d'adhésion aux normes » est déterminé en fonction de neuf critères<sup>5</sup>. Ceux-ci comprennent :

- Revue prospective des cas de patients
- Réunions hebdomadaires ou bimensuelles (un CDTC doit tenir une rencontre au moins cinq fois tous les trois mois)
- Désignation d'un coordonnateur du CDTC
- Désignation d'un président du CDTC

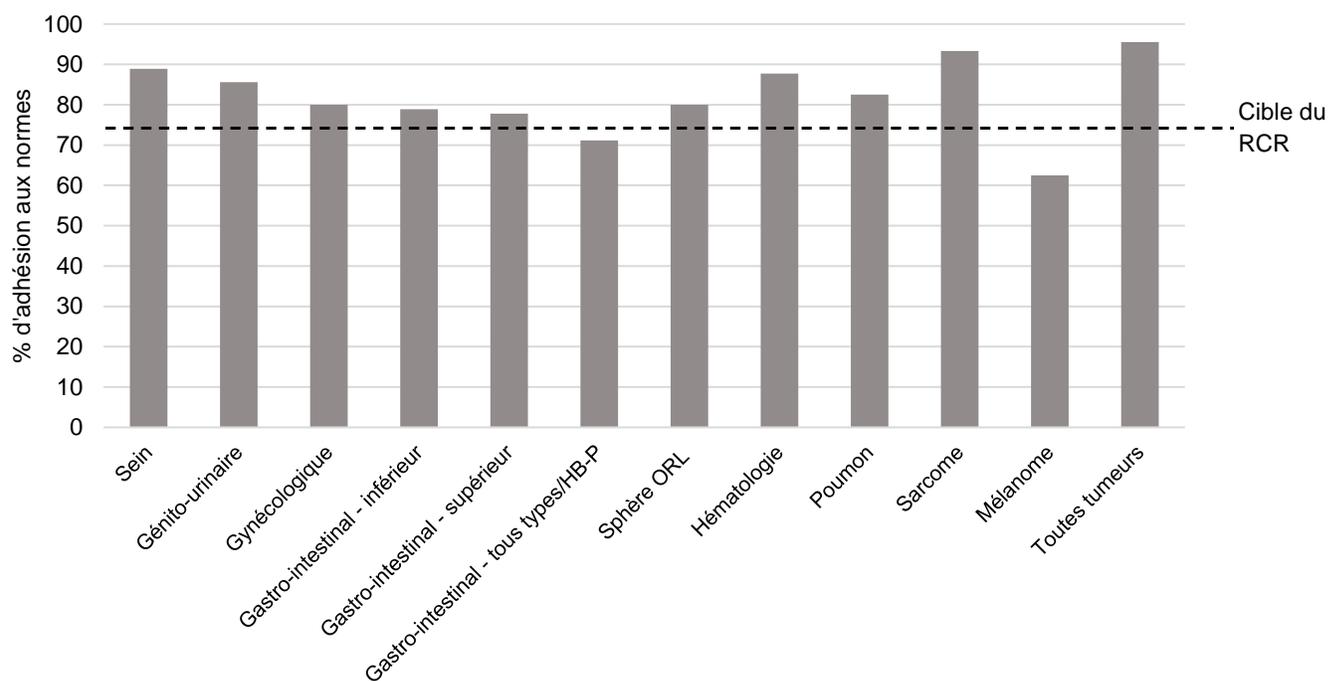
- Participation d'un chirurgien, d'un oncologue médical, d'un pathologiste, d'un radio-oncologue et d'un radiologiste à au moins 75 % des rencontres

L'objectif du RCR est que les CDTC obtiennent un score d'adhésion aux normes d'au moins 75%.

Bien qu'il n'existe pas de cible formelle liée au pourcentage de patients devant faire l'objet de discussion dans le cadre de rencontres de CDTC, tous les cas de patients nécessitant des interventions complexes impliquant plusieurs disciplines devraient être présentés. Par exemple, tous les cas de patients atteints de cancer de la sphère ORL devraient être formellement examinés par l'équipe de spécialistes multidisciplinaires avant l'amorce du traitement. Les membres d'un CDTC peuvent également comprendre des dentistes, des orthophonistes et des diététistes. Selon les données probantes, le plan de traitement initial de près d'un tiers des cas de cancers de la sphère ORL est modifié à la suite de la rencontre du CDTC<sup>6</sup>.

## Graphiques et tableaux

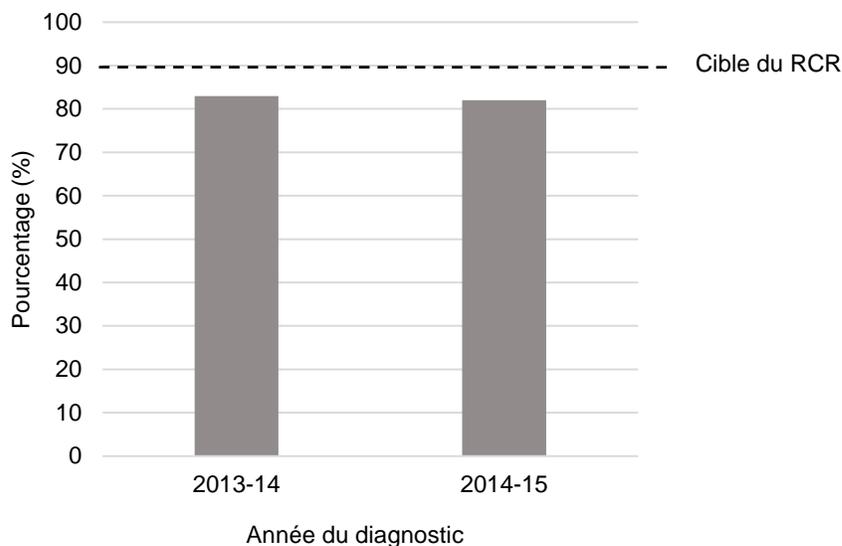
Figure 1: Pourcentage d'adhésion aux normes du CDTC



Source: Registre du cancer de l'hôpital, coordonnateurs de CDTC

Les données représentent la moyenne de cinq périodes d'examen de comités de tumeurs spécifiques au CUSM et/ou à l'HGJ au cours de trois années (2014 à 2016). La colonne « Toutes tumeurs » représente le score du CDTC du CHSM, lequel est non-spécifique.

Figure 2 : Pourcentage de nouveaux cas de patients atteints de cancers de la sphère ORL présentés dans le cadre d'une rencontre d'un CDTC à travers le Réseau de cancérologie Rossy



Source: Registre du cancer de l'hôpital

## Signification des résultats

### En général, les CDTC adhèrent aux normes structurelles (Figure 1)

Certains CDTC sont mieux structurés que d'autres, mais la plupart d'entre eux respectent les normes liées à la constitution et à la participation. Le CDTC du mélanome est sous la cible, surtout en raison d'un taux de participation moins élevé du côté des pathologistes et des radio-oncologues.

### La plupart des patients atteints de cancers de la sphère ORL sont présentés dans le cadre de réunions de CDTC (Figure 2)

Les résultats démontrent que plus de 80 % des patients atteints de cancers de la sphère ORL du RCR sont présentés au CDTC. Bien que cela représente un pourcentage élevé de patients, on procède présentement à l'évaluation des cas non présentés au comité afin de déterminer les raisons de ces omissions.

## Efforts déployés

- Le RCR travaille à améliorer le processus de compilation de données en implantant des modèles électroniques de prise de notes sommaires à l'intention des CDTC. L'objectif étant de rendre les rapports disponibles au dossier du patient aussitôt que ce dernier est signé par le président du CDTC. Les rapports électroniques favoriseront la collecte de renseignements du côté des registres de cancer et permettront la vérification des recommandations.

- Les patients atteints de cancers de la sphère ORL dont le cas n'a pas été présenté au CDTC ont fait l'objet d'un examen. Des efforts visant à améliorer la documentation et à souligner l'importance de présenter les nouveaux cas admissibles aux CDTC ont été déployés.

## Spécifications des données

Figure 1.

<b>Définition</b>	% d'adhésion du CDTC aux normes de l'Action Cancer Ontario
<b>Score d'adhésion</b>	<p>Un point est alloué pour chacun des éléments suivants, évalués sur une période de 12 semaines :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Cas faisant l'objet d'une discussion générale avant l'amorce du traitement (1 point)</li> <li>■ Rencontres hebdomadaires ou bimensuelles (un CDTC doit se réunir au moins 5 fois au cours d'une période de 12 semaines) (1 point)</li> <li>■ Désignation d'un coordonnateur du CDTC (1 point)</li> <li>■ Désignation d'un président du CDTC (1 point)</li> <li>■ Participation d'un chirurgien (1 point), d'un oncologue médical (1 point), d'un pathologiste (1 point), d'un radio-oncologue (1 point) et d'un radiologiste (1 point) à 75 % des rencontres</li> </ul> <p>Le score total est de 7 à 9 points, dépendamment du type de tumeur. Certains types de tumeurs font appel à la participation de tous les spécialistes, alors que d'autres font seulement appel à trois des cinq spécialistes.</p>
<b>% d'adhésion aux normes</b>	$= \frac{\text{Score total sur une période d'évaluation de 12 semaines}}{\text{Score total possible (7 à 9)}} \times 100$
<b>Source</b>	<p>CUSM : registre du cancer</p> <p>HGJ, CHSM : administrateur de CDTC par type de tumeur</p>
<b>Fréquence de mesure</b>	Deux fois par année (deux périodes de 12 semaines, soit d'avril à juin et d'octobre à décembre)
<b>Notes</b>	<p>L'analyse repose sur les périodes d'évaluation ci-dessous :</p> <p>2016 : avril à juin, octobre à décembre</p> <p>2015 : avril à juin, octobre à décembre</p> <p>2014: octobre à décembre</p>

Figure 2.

<b>Définition</b>	% de nouveaux cas de patients atteints de cancers de la sphère ORL présentés au CDTC
<b>Numérateur</b>	Nombre de patients atteints d'un cancer de la sphère ORL présentés à un des CDTC du RCR
<b>Dénominateur</b>	Nombre total de nouveaux patients atteints de cancers de la sphère ORL, par année financière
<b>% de cas de patients présentés au CDTC</b>	$= \frac{\text{Numérateur}}{\text{Dénominateur}} \times 100$
<b>Source</b>	Registre du cancer
<b>Fréquence de mesure</b>	Annuelle

## Références

1. MacDermid E1, Hooton G, MacDonald M, McKay G, Grose D, Mohammed N, Porteous C. *Colorectal Dis.* 2009 Mar;11(3):291-5.
2. Stephens MR, Lewis WG, Brewster AE, et coll. *Multidisciplinary team management is associated with improved outcomes after surgery for esophageal cancer. Dis Esophagus.* 2006;19:164–71.
3. Coory M, Gkolia P, Yang IA, et coll. *Systematic review of multidisciplinary teams in the management of lung cancer. Lung Cancer.* 2008;60:14–21.
4. Taylor C, Munro AJ, Glynne-Jones R, et coll. *Analysis: multidisciplinary team working in cancer: What is the evidence? BMJ.* 2010;340:c951.
5. Brar, S.S., Provvidenza, C., Hunter, A. et coll. *Improving Multidisciplinary Cancer Conferences: a population-based intervention. Ann Surg Oncol (2014) 21: 16*
6. Brunner M, Gore, SM, Read RL et coll. *Head and neck multidisciplinary team meetings: Effect on patient management. Head Neck 37: 1046–1050, 2015.*

**Avis de non-responsabilité :** le Réseau de cancérologie Rossy tente de veiller à la précision des données signalées par chacun de ses hôpitaux partenaires. Les données publiées sont sujettes au changement lorsque de nouveaux renseignements deviennent disponibles ou que des corrections sont apportées au contenu, ce qui peut modifier les données compilées.

# Chimiothérapie postopératoire pour les patients atteints de cancer du côlon de stade III

## Messages clés

- Au cours des trois dernières années, 75 % des patients atteints de cancer du côlon de stade III ont amorcé un traitement de chimiothérapie au cours des 12 semaines suivant la chirurgie.

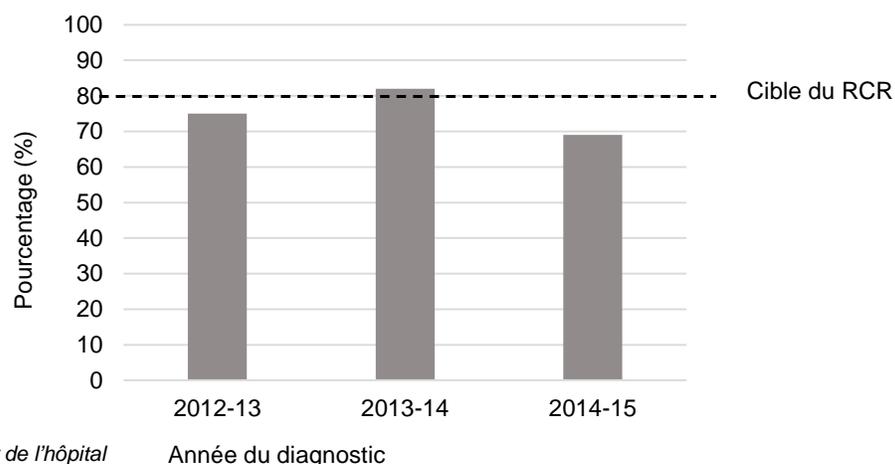
## Contexte

En général, le cancer du côlon de stade III est d'abord traité par le retrait chirurgical de la tumeur. On sait que procéder à un traitement de chimiothérapie à la suite de cette chirurgie (et de la récupération du patient) diminue le risque de récurrence du cancer et améliore le taux de survie global. En revanche, l'amorçage du traitement de chimiothérapie après une période de 12 semaines suivant la chirurgie entraîne des effets nocifs sur la survie des patients atteints de cancer du côlon de stade III.

Les lignes directrices de la pratique clinique, actualisées en 2012 selon un consensus international lors de la conférence de l'ESMO (Société européenne d'oncologie médicale) recommandent d'amorcer la chimiothérapie aussitôt que 4 semaines après la chirurgie, jusqu'à un maximum de 12 semaines après la chirurgie<sup>1</sup>. La cible fixée par le groupe du site tumoral des cancers gastro-intestinaux du RCR veut que 80 % des patients atteints de cancer du côlon de stade III reçoivent un traitement de chimiothérapie adjuvant au cours de la période postopératoire de 12 semaines.

## Graphiques et tableaux

Figure 1 : Pourcentage de patients atteints de cancer du côlon de stade III ayant reçu un traitement de chimiothérapie adjuvant au cours d'une période postopératoire de 12 semaines à travers le Réseau de cancérologie Rossy



Source: Registre du cancer de l'hôpital

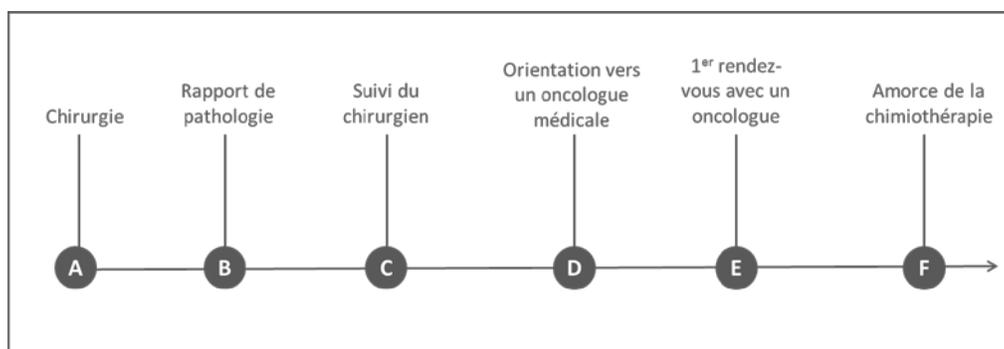
## Signification des résultats

Globalement, 75 % des patients atteints de cancer du côlon de stade III traités au sein du Réseau de cancérologie Rossy amorcent leur traitement de chimiothérapie au cours des 12 semaines suivant la chirurgie. La vérification du respect des lignes directrices nous permet d'identifier les variations en matière de pratique clinique qui pourraient faire l'objet de stratégies subséquentes d'amélioration de la qualité.

La prise en charge des patients atteints de cancer du côlon de stade III repose sur la collaboration entre plusieurs différents spécialistes et/ou domaines d'expertise au sein d'un même établissement hospitalier. De nombreux facteurs peuvent influencer la synchronisation du traitement de chimiothérapie adjuvant.

## Efforts déployés

Le groupe de site tumoral gastro-intestinal du RCR analyse les facteurs liés aux processus susceptibles de retarder l'amorce de la chimiothérapie. L'optimisation de la fluidité des processus de la chirurgie aux traitements par chimiothérapie pour les hôpitaux partenaires du RCR permettra d'atteindre les cibles d'une manière plus systématique.



## Spécifications des données

<b>Définition</b>	Pourcentage de patients atteints de cancer du côlon de stade III ayant amorcé leur traitement de chimiothérapie au cours des 12 semaines suivant la chirurgie
<b>Source</b>	Registre du cancer
<b>Numérateur</b>	Nombre de patients atteints de cancer du côlon de stade III ayant reçu un traitement de chimiothérapie $\leq$ 12 semaines suivant la chirurgie
<b>Dénominateur</b>	Nombre de patients atteints de cancer du côlon de stade III ayant reçu un traitement de chimiothérapie suivant la chirurgie
<b>Exclusions</b>	<p>Patients ayant subi leur chirurgie ou reçu leur traitement de chimiothérapie en dehors des hôpitaux partenaires du Réseau de cancérologie Rossy</p> <p>Patients ayant reçu un traitement de chimiothérapie avant la chirurgie (traitement de chimiothérapie néoadjuvant)</p>

## Fréquence de mesure

Patients ayant reçu un traitement de chimiothérapie après 180 jours (6 mois) ou plus suivant la chirurgie

Annuelle

## Notes

Les patients inclus dans l'analyse devaient avoir subi leur chirurgie et reçu leur traitement de chimiothérapie au sein d'un des hôpitaux partenaires du Réseau de cancérologie Rossy

Les patients recevant un traitement de chimiothérapie par voie orale ont été inclus dans l'analyse

Les délais sont représentatifs de l'hôpital où le traitement de chimiothérapie a été administré

## Références

---

1. *Schmoll HJ, Van Cutsem E, Stein A et coll. ESMO Consensus guidelines for management of patients with colon and rectal cancer. A personalized approach to clinical decision making. Annals of Oncology 23: 2479-2516, 2012.*

**Avis de non-responsabilité :** le Réseau de cancérologie Rossy tente de veiller à la précision des données signalées par chacun de ses hôpitaux partenaires. Les données publiées sont sujettes au changement lorsque de nouveaux renseignements deviennent disponibles ou que des corrections sont apportées au contenu, ce qui peut modifier les données compilées.

# Marges chirurgicales liées à la prostatectomie radicale

## Messages clés

- Le taux de marge chirurgicale positif des patients atteints de cancer de la prostate traités au sein des hôpitaux partenaires du Réseau de cancérologie Rossy est de moins de 25 %; ce qui correspond à la cible fixée.

## Contexte

La prostatectomie radicale est une intervention chirurgicale visant à retirer complètement la prostate. À quelques millimètres de la paroi de la prostate, on retrouve des faisceaux de fibres nerveuses responsables de la maîtrise de la fonction érectile, et un peu plus loin, le sphincter urinaire. Le chirurgien doit retirer avec doigté la prostate, ainsi que suffisamment de tissus environnants afin d'extraire complètement le cancer, tout en laissant un maximum de fibres nerveuses intactes pour préserver la fonction érectile et la maîtrise de la vessie.

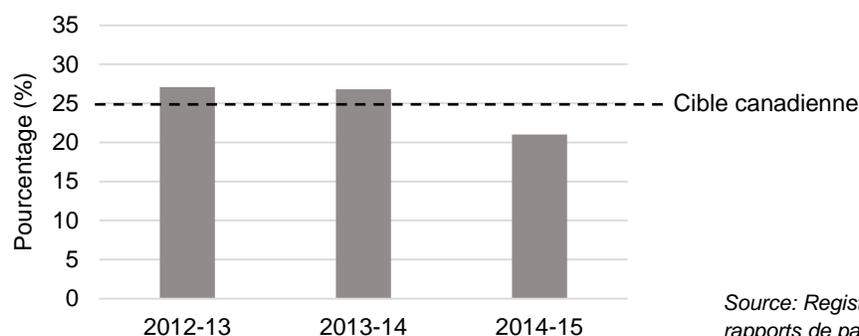
Lorsqu'un pathologiste détecte des cellules cancéreuses directement à la frontière des tissus retirés, la marge chirurgicale est alors dite positive, suggérant ainsi qu'il se peut que le cancer n'ait pas été complètement retiré. Les marges chirurgicales positives (MCP) peuvent engendrer de l'anxiété chez les patients et augmenter le risque de récurrence du cancer, quoiqu'il ne s'agisse pas du seul facteur de risque.

Le taux de MCP est largement considéré comme un indicateur de la qualité des soins chirurgicaux dispensés. Au sein du Réseau de cancérologie Rossy, les prostatectomies radicales sont effectuées au CUSM et à l'HGJ par des chirurgiens urologues d'expérience. Bien que le taux de MCP soit variable d'un chirurgien à l'autre et d'un hôpital à l'autre, les données probantes indiquent que les chirurgiens et les centres à volume élevé obtiennent de meilleurs résultats chirurgicaux.

La ligne directrice consensuelle publiée dans le Journal de l'Association des urologues du Canada en 2010 a fixé le taux de MCP acceptable lié aux maladies confinées à un seul organe (pT2) à < 25 %<sup>1</sup>.

## Graphiques et tableaux

Figure 1 : Taux de marges chirurgicales positives liées au cancer de la prostate (pT2)



Source: Registre du cancer de l'hôpital, rapports de pathologie

## Signification des résultats

La prostatectomie radicale a pour but de retirer le cancer de l'organisme du patient. On s'attend à ce que tous les centres atteignent un taux de MCP de moins de 25 % dans le cas des patients atteints d'un cancer pT2. En ce qui a trait aux patients subissant cette chirurgie au sein de l'HGJ et du CUSM (les deux seuls établissements du RCR où la prostatectomie radicale est effectuée), le taux de MCP est de moins de 25 % en 2014-15, ce qui correspond à la cible visée. Ceci correspond également au taux de MCP de 25 % (21 à 35 %) fixé par la Biobanque Procure du cancer de la prostate au Québec pour les quatre centres hospitaliers universitaires (CUSM, CHUM, CHUQ et CHUS) de 2007 à 2012 (1 162 cas)<sup>2</sup>.

Le risque lié à la MCP ne dépend pas du type d'intervention chirurgicale (ouverte, laparoscopique ou robotique), pourvu qu'elle soit effectuée par un chirurgien d'expérience. Bien que l'expertise chirurgicale soit citée comme l'un des principaux facteurs déterminants de la MCP, d'autres facteurs entrent également en ligne de compte; ceux-ci comprennent :

- Un score de Gleason plus élevé (mesure du degré d'agressivité du cancer)
- Procédure de préservation des fibres nerveuses
- Taille du cancer dans la prostate
- Emplacement du cancer dans la prostate

## Efforts déployés

L'évaluation des résultats chirurgicaux a pour but d'améliorer la qualité des soins anticancéreux prodigués aux patients. Le groupe de site tumoral génito-urinaire procède présentement à l'analyse de la MCP en fonction de certains facteurs de risques additionnels. L'idée est que le taux de MCP de chaque chirurgien effectuant des prostatectomies radicales soit comparé à la moyenne de l'ensemble du groupe de site tumoral. Les chirurgiens individuels pourront ainsi comparer leurs résultats chirurgicaux et ajuster leur technique chirurgicale en conséquence, lorsque nécessaire.

## Spécifications des données

<b>Définition</b>	Pourcentage de patients atteints de cancer de la prostate (pT2) dont la marge chirurgicale est positive
<b>Source</b>	Registre du cancer, rapports de pathologie
<b>Numérateur</b>	Patients atteints de cancer de la prostate (pT2) ayant reçu un diagnostic au cours de l'année financière observée, dont la marge chirurgicale est positive à la suite d'une prostatectomie radicale
<b>Dénominateur</b>	Patients atteints de cancer de la prostate (pT2) ayant reçu un diagnostic au cours de l'année financière observée et subi une prostatectomie radicale
<b>Exclusions</b>	Aucune
<b>Fréquence de mesure</b>	Annuelle

## Références

---

1. Webster TM, Newell C, Amrhein JF, Newell KJ. Cancer Care Ontario Guidelines for radical prostatectomy: striving for continuous quality improvement in community practice. *Can Urol Assoc J* 2012;6:442-5.
2. Armen Aprikian, MD. Chairman of the Procure Quebec Prostate Cancer Biobank. Personal communication.

**Avis de non-responsabilité :** le Réseau de cancérologie Rossy tente de veiller à la précision des données signalées par chacun de ses hôpitaux partenaires. Les données publiées sont sujettes au changement lorsque de nouveaux renseignements deviennent disponibles ou que des corrections sont apportées au contenu, ce qui peut modifier les données compilées.

## Évaluation globale de l'expérience de soins des patients en clinique externe

### Messages clés

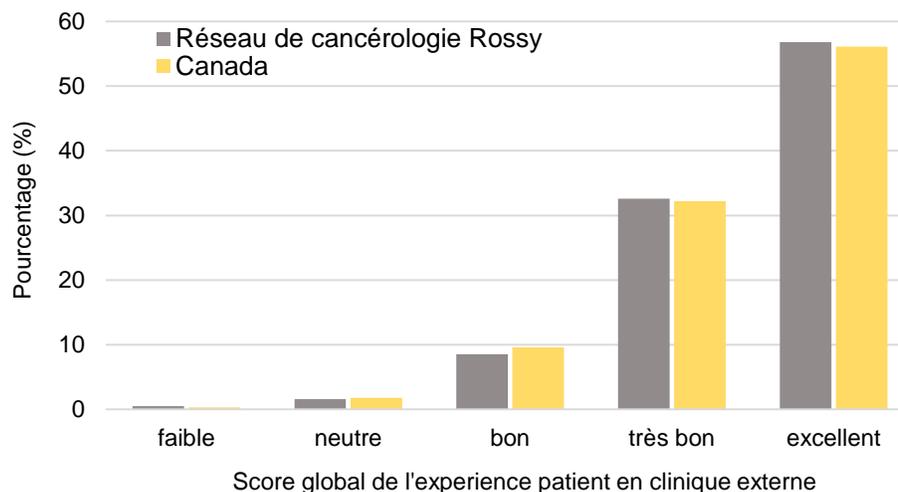
- Les patients indiquent un degré élevé de satisfaction par rapport à la qualité globale des soins reçus.
- 97,9 % des patients atteints de cancer traités au sein des hôpitaux partenaires du Réseau de cancérologie Rossy jugent que les soins qu'ils ont reçus sont « d'excellente qualité » (56,8 %), « de très bonne qualité » (32,6%) ou « de bonne qualité » (8,5 %).

### Contexte

Cet indicateur compare les scores de satisfaction des patients traités au sein des hôpitaux partenaires du Réseau de cancérologie Rossy (RCR) ayant eu recours au questionnaire sur l'expérience de soins des patients appelés Ambulatory Oncology Patient Satisfaction Survey (AOPSS). Le questionnaire AOPSS a été lancé à travers le RCR en 2012 et sert à évaluer l'expérience des patients ayant reçu un traitement anticancéreux (radiothérapie, chimiothérapie ou chirurgie) dans un contexte de soins en clinique externe. Cet outil a été conçu par la « National Research Corporation (NRC) » Canada, et est présentement utilisé dans huit provinces canadiennes.

### Graphiques et tableaux

Figure 1 : Score global de l'expérience patient en clinique externe – 2015 à 2016



Source: Questionnaire Ambulatory Oncology Patient Satisfaction Survey

## Signification des résultats

Plus de 97 % des répondants indiquent que la qualité globale des services est « excellente », « très bonne » ou « bonne ». Ce score correspond à la moyenne canadienne.

Le taux de réponse au questionnaire AOPSS (distribué par courrier) du RCR est de 40 à 50 %. Parmi les patients répondants, 60 % d'entre eux étaient des femmes, 50 % d'entre eux étaient âgés de 65 ans ou plus, et environ 25 % d'entre eux étaient atteints de cancer du sein.

## Spécifications des données

<b>Définition</b>	Questionnaire AOPSS de la NRC (données rapportées par le patient)
<b>Source des données</b>	<p>Les questionnaires ont été acheminés par courrier quatre fois par année (HGJ = 150, CUSM = 150, CHSM = 115) à des patients âgés de 18 ans et plus sélectionnés au hasard, ayant reçu un traitement actif (chirurgie, radiothérapie [HGJ et CUSM seulement] ou chimiothérapie) au cours des 3 mois précédant la sélection.</p> <p>Les patients recevant un agent de chimiothérapie administrée par voie orale sont inclus dans la taille de l'échantillon.</p> <p>Chaque patient a rempli le questionnaire une seule fois.</p>
<b>Fréquence de mesure</b>	Aux trois mois, depuis 2012; Figure 1 représente le pourcentage moyen des quatre plus récents trimestres (2015 à 2016)
<b>Notes</b>	<p>Le questionnaire AOPSS pose la question suivante :</p> <p><i>Dans l'ensemble, comment évalueriez-vous la qualité des soins reçus à <u>votre hôpital</u> au cours des six derniers mois?</i></p> <p>Réponses possibles : excellente, très bonne, bonne, neutre, faible</p>

**Avis de non-responsabilité :** Le Réseau de cancérologie Rossy tente de veiller à la précision des données signalées par chacun de ses hôpitaux partenaires. Les données publiées sont sujettes au changement lorsque de nouveaux renseignements deviennent disponibles ou que des corrections sont apportées au contenu, ce qui peut modifier les données compilées.

## Évaluation de l'expérience des patients en clinique externe selon 6 domaines de soins

### Messages clés

- L'**accès aux soins** constitue le domaine de soins au sein duquel il existe le plus grand écart entre le Réseau de cancérologie Rossy (RCR) et la moyenne canadienne (60,8 % vs 69,5 %). Les patients du RCR jugent que le délai en salle d'attente précédant une visite auprès d'un clinicien et/ou l'administration d'un traitement de chimiothérapie ou de radiothérapie est plus long que le délai auquel ils s'attendaient.
- Selon les patients, le **soutien émotionnel** est l'aspect laissant le plus à désirer parmi les six domaines de soins du RCR, ce qui est semblable au reste du Canada (51,9 % vs 53,4 %).
- Comparativement à la moyenne nationale, un pourcentage plus élevé de patients du RCR indiquent qu'ils ont dû être orientés vers d'autres prestataires de soins de santé afin de traiter leurs craintes et leur anxiété (53,6% vs 43,5%).

### Contexte

Le point de vue du patient constitue le guide essentiel de la prestation d'une meilleure expérience patient.

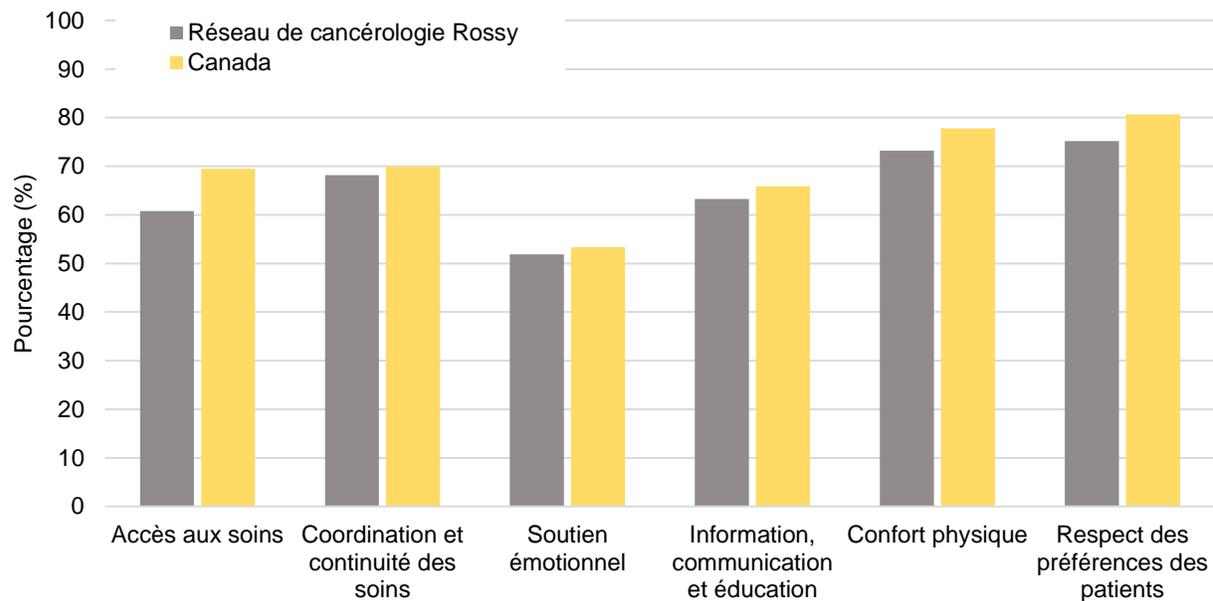
L'évaluation de l'expérience des patients recevant un traitement anticancéreux (radiothérapie, chimiothérapie ou chirurgie) en clinique externe repose sur le questionnaire sur l'expérience de soins de patients que l'on appelle Ambulatory Oncology Patient Satisfaction Survey (AOPSS). Cet outil a été conçu par la « National Research Corporation (NRC) » Canada et est présentement en vigueur dans huit provinces canadiennes.

Le questionnaire AOPSS caractérise six domaines de soins de santé en fonction des paramètres individuels suivants :

- Soutien émotionnel
- Coordination et continuité des soins
- Respect des préférences du patient
- Confort physique
- Information, communication et éducation
- Accès aux soins

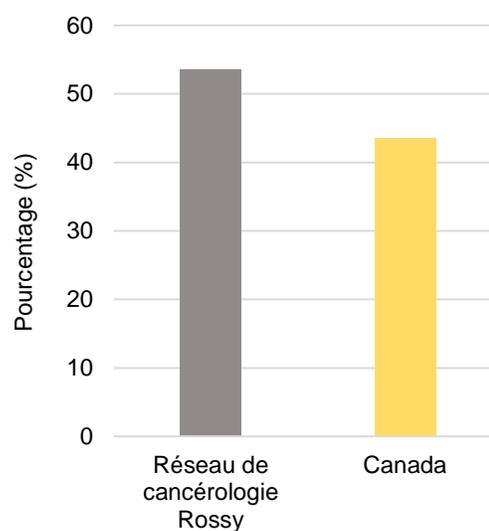
## Graphiques et tableaux

Figure 1 : Évaluation des domaines de soins des hôpitaux partenaires du Réseau de cancérologie Rossy et des moyennes canadiennes (2015 à 2016)



Source: Questionnaire Ambulatory Oncology Patient Satisfaction Survey

Figure 2 : Pourcentage des patients ayant été orientés vers un autre prestataire de soins de santé afin de traiter leurs craintes et leur anxiété (2015 à 2016)



Source: Questionnaire Ambulatory Oncology Patient Satisfaction Survey

## Signification des résultats

---

Les résultats de l'évaluation des six dimensions de soins des patients dans les hôpitaux partenaires du RCR sont légèrement moins élevés que ceux des autres patients canadiens atteints de cancer.

Le soutien émotionnel est le domaine de soins du RCR affichant les résultats les moins élevés, ce qui correspond au reste du Canada. Le score total de ce domaine de soins est caractérisé à l'aide de huit questions. Certaines questions servent à évaluer si le patient a reçu suffisamment de renseignements au sujet de l'activité sexuelle, de l'état émotif et des relations avec le conjoint ou partenaire; d'autres questions servent à évaluer si le patient a dû être orienté vers d'autres prestataires de soins de santé afin de traiter ses craintes et son anxiété au moment du diagnostic initial ou au cours des six mois de traitement. La performance du RCR est plus élevée que la moyenne canadienne dans ce domaine de soins.

L'accès aux soins constitue le domaine au sein duquel il existe le plus grand écart entre les hôpitaux partenaires du RCR et la moyenne canadienne. Ce domaine sert à évaluer la perception et les attentes du patient par rapport aux temps d'attente avant de voir leur clinicien et/ou de recevoir leur traitement de chimiothérapie ou de radiothérapie, et sert à déterminer si les prestataires de soins de santé ont déployé tous les efforts possibles pour contribuer au confort du patient pendant ce temps d'attente. Les résultats démontrent que les patients du RCR jugent que le temps d'attente avant le traitement est plus long que le temps d'attente souhaité comparativement aux autres patients canadiens atteints de cancer.

## Efforts déployés

---

### **Accès aux soins**

Des initiatives visant à réduire le temps d'attente précédant l'amorce du traitement de chimiothérapie ont été mises en place. Un système de 2 jours (selon lequel les analyses sanguines ne sont pas effectuées le même jour que le rendez-vous d'administration de la chimiothérapie) a été implanté afin de réduire le temps d'attente dans le cadre de la journée de traitement, optimiser la gestion de la clinique de chimiothérapie et améliorer la sécurité globale du traitement. Malgré que ce système de 2 jours ait été en mesure de réduire le temps d'attente lors de la journée de chimiothérapie, le patient doit ainsi se présenter deux fois à l'hôpital, ce qui n'est pas optimal.

On a également mis en œuvre un système de gestion de la salle d'attente au sein de la clinique du Centre de cancer des Cèdres du CUSM, ce qui a permis de réduire le temps d'attente et la durée de l'enregistrement à l'admission. De plus, une application mobile visant à favoriser l'autonomie des patients en leur donnant accès à leurs données est en cours de développement. Cette application sera intégrée au système de gestion de la salle d'attente et comportera des prédictions liées aux temps d'attente et une fonction permettant de joindre les patients par téléphone au moment de leur rendez-vous. Cet outil devrait contribuer à réduire le stress induit par l'attente et permettre aux patients de quitter la salle d'attente sans qu'ils aient à s'inquiéter de manquer l'appel de leur rendez-vous.

### **Soutien émotionnel**

Une initiative pancanadienne visant à combler le manque de soutien émotionnel et évaluer le niveau de détresse des patients atteints de cancer en utilisant des mesures selon les résultats rapportés par les patients est en cours. Un exemple est l'échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton (EASE), qui mesure neuf symptômes liés au cancer fréquemment signalés, soit la douleur, la fatigue, la nausée, la dépression, l'anxiété, la somnolence, l'appétit, le manque de bien-être et l'essoufflement. Les réponses sont passées en revue par l'équipe de soins de santé du patient, et celle-ci est alors en mesure d'offrir le soutien nécessaire; c'est-à-dire,

modifier le plan de traitement du patient, procéder à une intervention psychosociale, soumettre une recommandation vers un autre professionnel de soins de santé ou accroître la surveillance des symptômes. L'évaluation des résultats rapportés par les patients permet d'améliorer la communication et de mieux prendre en charge les symptômes.

Au sein des hôpitaux partenaires du RCR, on procède au dépistage de la détresse lorsque les patients nécessitent un soutien psychosocial. Pour les autres patients, le RCR participe à un projet pilote intitulé Initiative concertée d'amélioration de l'expérience des patients et des résultats sur la santé (iPEHOC), selon laquelle les patients sont systématiquement appelés à répondre à des questions liées à la fatigue, l'anxiété et/ou la dépression, à des jalons temporels précis. Ce projet est en cours de pilotage au CHSM, au sein de la clinique de gynécologie de l'HGJ et au sein de la clinique de cancer du poumon du CUSM.

De plus, des groupes de soutien aux patients tels que CanSupport des Cèdres au CUSM et l'Espoir, c'est la vie à l'HGJ permettent d'apporter du soutien émotionnel et d'adresser certains besoins d'information pour les patients.

### **Autres efforts**

Le questionnaire AOPSS constitue une riche source de données tirées de plus de 2 500 sondages complétés de 2012 à 2016. Chaque question représente une perspective d'amélioration, au-delà de la moyenne canadienne. Tous les hôpitaux partenaires du RCR se penchent présentement sur l'analyse des réponses et des données dans le but de contribuer à améliorer l'expérience du patient selon des stratégies ciblées.

## Spécifications des données

---

<b>Définition</b>	Questionnaire AOPSS de la NRC (données rapportées par le patient)
<b>Source</b>	<p>Les questionnaires ont été acheminés par courrier quatre fois par année (HGJ = 150, CUSM = 150, CHSM = 115) à des patients âgés de 18 ans et plus sélectionnés au hasard, ayant reçu un traitement actif (chirurgie, radiothérapie [HGJ et CUSM seulement] ou chimiothérapie) au cours des 3 mois précédant la sélection.</p> <p>Les patients recevant un agent de chimiothérapie administrée par voie orale sont inclus dans la taille de l'échantillon.</p> <p>Chaque patient a rempli le questionnaire une seule fois.</p>
<b>Fréquence de mesure</b>	Aux trois mois, depuis 2012

***Avis de non-responsabilité :** Le Réseau de cancérologie Rossy tente de veiller à la précision des données signalées par chacun de ses hôpitaux partenaires. Les données publiées sont sujettes au changement lorsque de nouveaux renseignements deviennent disponibles ou que des corrections sont apportées au contenu, ce qui peut modifier les données compilées.*