



Réseau de
cancérologie
Rossy

Rossy
Cancer
Network

**Soutenir l'excellence.
Unir les soins.**

3^e retraite annuelle Programme

Le vendredi 10 novembre 2017

Plaza Centre-ville
777, boulevard Robert-Bourassa
Montréal



Message du Comité exécutif

Dans le cadre de la retraite du RCR 2016, nous avons présenté les cinq piliers stratégiques érigeant notre processus décisionnel dans le but de réaliser notre objectif commun, c'est-à-dire offrir des soins de calibre international. Lorsque nous tenons compte des efforts déployés au cours de l'année dernière, nous sommes empreints de fierté par rapport aux avancées réalisées selon chacun de ces axes d'orientation, **qui visent tous à améliorer la valeur et la qualité des soins oncologiques offerts aux patients.**

SOINS ÉPROUVÉS - AMÉLIORATIONS CONTINUES EN MATIÈRE DE SOINS AUX PATIENTS APPUYÉES PAR UN TABLEAU DE BORD COMMUN

Groupes de sites tumoraux : offrent des structures de direction clinique aux hôpitaux du RCR et défendent l'auto-évaluation et l'étalonnage liés au rendement (liste d'indicateurs p. 8). De nouveaux chefs des groupes de sites tumoraux ont été sélectionnés à la suite d'une compétition portant sur leur vision pour le groupe : Dr Agulnik et Dr Spicer (poumon), Dr Davison (hématologie), Dr Souhami (gynécologie) et Dr Liberman (GI).

Comité de qualité du RCR : rencontres mensuelles depuis août 2016 visant à veiller à la coordination et à la surveillance collaborative des indicateurs de performance. Le mandat du comité de la qualité est d'identifier les lacunes du système de rendement, travailler vers le signalement public des résultats liés aux indicateurs et se prononcer sur les priorités stratégiques liées aux efforts d'amélioration de la qualité (liste des membres p. 4).

Tableau de bord du RCR : d'abord introduit au public en mars 2017, comportant sept indicateurs. Prochain lancement prévu en décembre 2017, avec trois nouveaux indicateurs. D'autres lancements publics annuels suivront.

Les améliorations apportées aux soins susceptibles de fournir des avantages en matière de survie :

- Tous les **patients atteints de cancer de la vessie** font maintenant l'objet d'une évaluation liée à la chimiothérapie avant la chirurgie;
- Des données par chirurgien sur le taux de **marges chirurgicales positives après une prostatectomie radicale** sont fournies aux chirurgiens afin de leur permettre de s'améliorer en comparant leurs résultats avec ceux de leurs collègues;
- Traitement adjuvant pour le **cancer du côlon de stade III** à l'intérieur du délai ciblé de 12 semaines atteint au CHSM et efforts en cours à l'HGJ et au CUSM.

Implication des résidents : davantage de résidents sont impliqués dans les projets d'amélioration de la qualité en collaboration avec les groupes de sites tumoraux. Parmi les cinq résidents impliqués, deux ont présenté des affiches dans le cadre de la rencontre annuelle du PCCC et quelques publications sont en cours d'achèvement.

ACCÈS AUX SOINS - ACCÈS OPTIMISÉ ET RÉDUCTION DU TEMPS D'ATTENTE DU DIAGNOSTIC, DU TRAITEMENT ET DES SERVICES DE SOUTIEN TOUT AU LONG DE LA TRAJECTOIRE DE SOINS

Réduction des délais liés au diagnostic : des améliorations ciblées appuyées par les indicateurs sélectionnés du côté du groupe tumoral hématologique et pulmonaire ont été implantées :

- **Réduction du temps d'attente pour l'analyse d'anomalies génétiques** tel que FLT3 en pathologie moléculaire dans le contexte de la leucémie aiguë. Réalisé largement grâce aux changements apportés au formulaire d'ordonnance de l'analyse moléculaire et à la priorisation des examens au sein du service de pathologie moléculaire;
- **Résultats des analyses moléculaires (EGFR) achevés** au moment de la consultation initiale des patients ayant reçu un nouveau diagnostic de cancer du poumon. Réalisé grâce aux lignes directrices communes liées à l'analyse des biomarqueurs et à l'implantation d'examen de réflexes des tissus pulmonaires cancéreux.

Centres de soins urgents : à la suite d'une étude de faisabilité financée par le RCR, un projet visant à réduire les visites à l'urgence au sein des trois sites hospitaliers du RCR a été approuvé. L'équipe se concentre maintenant sur deux protocoles : un protocole de triage par téléphone et un protocole de traitement contre la neutropénie fébrile.

Meilleures options de préservation de la fertilité offertes aux hommes atteints de cancer : accès optimisé aux options de préservation de la fertilité par le biais de ressources d'éducation des patients, de séances d'information destinées aux professionnels de soins de santé et d'un processus d'orientation plus efficace vers des spécialistes.

TRAITEMENTS DE POINTE - ACCÈS PLUS RAPIDE AUX TRAITEMENTS INNOVATEURS

- Page Web portant sur les essais cliniques : liste de tous les essais cliniques en cours à travers le RCR (> 100 essais) avec environ 200 pages vues uniques par mois.
- Rapport des activités liées aux essais cliniques à l'échelle du réseau McGill : notre tout premier rapport portant sur les données recueillies auprès de tous les gestionnaires cliniques indiquant que 6,5 % des patients adultes atteints de cancer du RCR sont inscrits à des essais cliniques portant sur un traitement (voir la liste des affiches).
- Pré-évaluation de l'admissibilité : un nouveau projet visant à pré-évaluer toutes les patientes atteintes de cancer du sein afin de déterminer leur admissibilité aux essais cliniques.

RECHERCHE ET ÉDUCATION - AMÉLIORATIONS MESURABLES GÉNÉRÉES EN MATIÈRE DE SOINS ET DE PRODUCTION SAVANTE GRÂCE À LA RECHERCHE ET À L'ÉDUCATION

- Permettre aux professionnels oncologiques de première ligne d'acquérir de nouvelles connaissances et de perfectionner leurs aptitudes en matière de qualité des soins anticancéreux.
- Près d'un million de dollars investis en 2016-17 afin de soutenir neuf projets de recherche CQI et sept initiatives d'amélioration de la qualité (QI²).
- Perfectionnement des compétences en soins infirmiers : 40 boursiers suivront la formation de perfectionnement professionnel en soins infirmiers oncologiques ou le cours de (re-)certification de l'AIIC à l'Institut de Souza.
- Bourses de recherche CQI : au cours des trois dernières années, nous avons financé plus de 21 projets actifs, impliquant 125 professionnels de la santé à travers le réseau, dont des médecins, des infirmières et des professionnels alliés de la santé, en matière d'amélioration de la qualité de tous les types de soins contre le cancer.
- Bourses Kuok : les boursiers de la deuxième édition de la Bourse Kuok ont été sélectionnés cette année, soit un candidat à la maîtrise en psychologie de l'orientation et un stagiaire doctorant en épidémiologie.

EXPÉRIENCE-PATIENT - SOUTIEN EXCEPTIONNEL OFFERT AUX PATIENTS, DONT DES AMÉLIORATIONS MESURABLES AU NIVEAU DE L'ENGAGEMENT DES PATIENTS ET DE L'EXPÉRIENCE DE SOINS GLOBALE

- Nouveau groupe de soins de soutien du RCR : visant à implanter les résultats signalés par les patients et à améliorer les soins de fin de vie, codirigé par Manuel Borod et Zeev Rosberger.
- Dépistage de la douleur, de la fatigue, de l'anxiété et de la dépression : projet pilote mené en collaboration avec le PCCC ayant permis près de 3 000 visites de patient au sein de certaines cliniques sélectionnées dans les 3 sites hospitaliers du RCR.

L'implantation de changements durables au sein de nos établissements constitue un défi de grande envergure. Les projets d'amélioration de la qualité sont de nature multifactorielle et longitudinale, et exigent énormément de ressources. Nous remercions sincèrement tout le personnel qui offre son temps et ses efforts à ces projets importants.

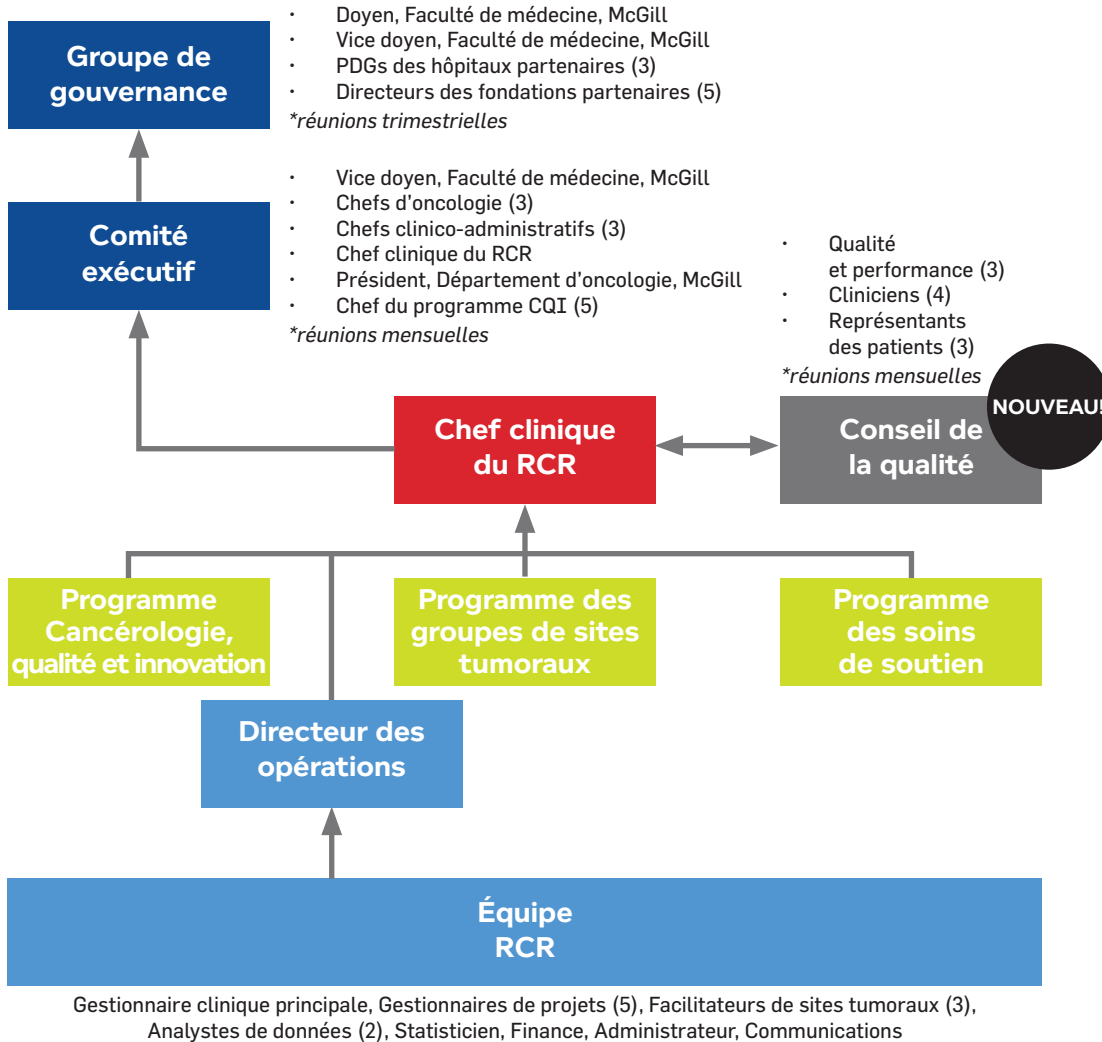
Enfin, nous souhaitons exprimer notre gratitude envers tous ceux qui ont participé à la retraite malgré un horaire surchargé et à tous ceux qui ont offert des commentaires et des suggestions en répondant au sondage soumis avant la retraite (résultats p. 10). Nous croyons fermement que, grâce à votre collaboration et à vos réflexions, nous sommes en mesure de faire rayonner la valeur du Réseau de cancérologie Rossy en créant un centre d'excellence unifié de soins contre le cancer.

Sincères remerciements,

Manon Allard
Armen Aprikian
Gerald Batist
Samuel Benaroya
Antoinette Erhler

Eduardo Franco
Adrian Langleben
Ari Meguerditchian
Wilson H. Miller, Jr.
Lucie Tardif

Organigramme



Comité de la qualité du RCR

Wilson H. Miller, Président, chef clinique du RCR

CUSM	Patricia Lefebvre	Directrice générale adjointe 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 de soins de cancer
	Lucie Tardif	Directrice adjointe en soins infirmiers, Mission des soins de cancer
HGJ	Laurie Hendren	Représentante des patients et des familles
	Anne Lemay	Directrice générale adjointe des programmes de soutien, administration et performance
	Chantal Cassis Amanda Afeich	Hématologue Représentante des patients et des familles
CHSM	Nelea Bezman	Directrice adjointe performance, qualité et éthique
	Adrian Langleben Linda Tracey	Oncologue, chef de l'oncologie Représentante des patients et des familles
RCR	Caroline Rousseau	Gestionnaire clinique principal
	Tony Teti	Directeur des opérations



Les programmes de sites tumoraux et de soins de soutien constituent la principale orientation du RCR. Il s'agit d'équipes multidisciplinaires appelées à répondre aux besoins de la population de patients atteints de cancer. Ces groupes ont pour but d'harmoniser et d'améliorer la qualité des soins offerts aux patients et à leurs proches à travers l'ensemble des hôpitaux affiliés à McGill. Le mandat des codirigeants est de travailler en étroite collaboration dans le but de :

- Alimenter une culture à l'échelle du réseau
- Identifier et analyser les indicateurs de mesure de la qualité
- Mener des initiatives d'amélioration de la qualité
- Faciliter l'accès des patients aux traitements et aux essais cliniques partout à travers le réseau

Co-chefs des groupes et sites tumoraux - Par ordre alphabétique

Cancer du sein :

Jean-Francois Boileau
Chirurgien oncologue, Centre du cancer Segal, HGJ

Sarkis Meterissian
Chirurgien oncologue / directeur, clinique du sein du Centre de cancer des Cèdres, CUSM

Gastrointestinal (GI) :

Petr Kavan
Oncologue médical / directeur, programme d'oncologie pour adolescents et jeunes adultes, service d'oncologie, HGJ

Sender Liberman
Chirurgien colorectal, proctologue, CUSM / directeur, programme de résidence en chirurgie colorectale, Université McGill

Génito-urinaire (GU) :

Franck Bladou
Uro-oncologue / chef du service d'uro-oncologie, HGJ

Simon Tanguay
Uro-oncologue / directeur, service d'uro-oncologie, CUSM

Gynécologie :

Walter Gottlieb
Chirurgien oncologue / directeur, gynécologie, oncologie et colposcopie, HGJ

Luis Souhami
Radio-oncologue, CUSM

Sphère ORL :

Khalil Sultanem
Radio-oncologue, HGJ

Anthony Zeitouni
Chirurgien oncologue / directeur, département d'otolaryngologie – chirurgie de la tête et du cou, CUSM

Hématologie :

Sarit Assouline
Hématologue / codirectrice, unité de recherche clinique, HGJ

Kelly Davison
Hématologue, CUSM

Poumon :

Jason Agulnik
Pneumologue / directeur médical, oncologie pulmonaire, HGJ

Jonathan Spicer
Chirurgien cardiothoracique, CUSM

Co-chefs des programmes de soins de soutien

Manuel Borod
Médecin en soins palliatifs, directeur, programme de soins palliatifs et de soutien, CUSM

Zeev Rosberger
Psychologue, chercheur principal, Institut Lady Davis de recherches médicales

Activités cliniques du RCR

Tableau 1 : Nombre de nouveaux cas de cancer¹

	2014	2015	2016
CUSM	4 418	4 584	4 436
HGJ	2 826	2 818	3 053
CHSM	852	933	872
RCR	8 096	8 335	8 361

Figure 1: Nombre des nouveaux cas de cancer à travers le RCR par groupe de sites tumoraux²

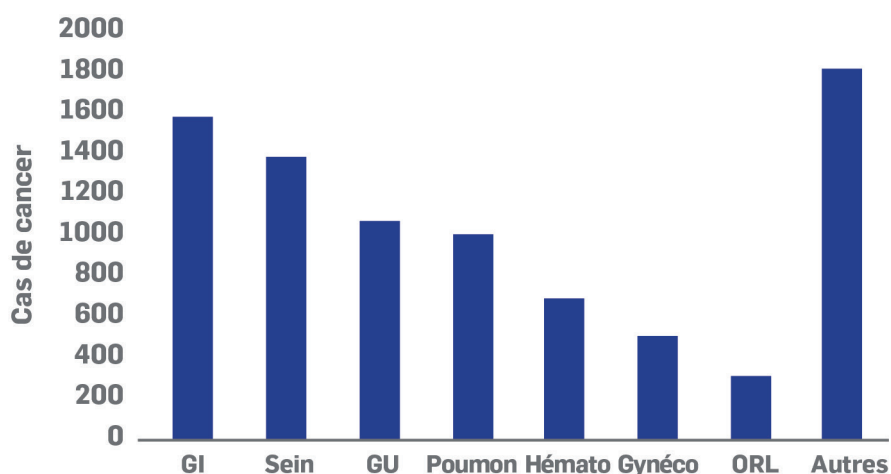


Tableau 2 : Nombre de procédures chirurgicales liées au cancer³

	2014	2015	2016
CUSM	3 167	3 243	3 097
HGJ	2 043	1 925	1 822
CHSM	676	502	418
RCR	5 886	5 670	5 337

Tableau 3: Nombre de « mises en traitement » (MET) en radio-oncologie⁴

	2014	2015	2016
CUSM	2 509	2 539	2 530
HGJ	1 814	1 705	1 609
CHSM	N/A	N/A	N/A
RCR	4 323	4 244	4 139

¹ Les NOUVEAUX CAS DE CANCER font référence aux cas selon lesquels l'hôpital a fourni le diagnostic initial de cancer et/ou a contribué à l'administration du premier traitement seulement. Exclusions : cas de cancer pédiatrique, cancers de la peau autres que le mélanome, néoplasies intraépithéliales de stade III en gynécologie (CINI, VINI, VAINI). Les données ont été recueillies en se basant sur les définitions du cancer et la méthodologie utilisées par le gouvernement du Canada pour produire son rapport annuel des statistiques canadiennes liées au cancer. Source: registre du cancer du RCR (données intégrées des registres de cancer de chacun des hôpitaux partenaires)

² Les données représentent la moyenne de trois années financières (2014, 2015, 2016)

³ Source : SIMASS

⁴ Source : SGAS

Incidence du cancer à travers le RCR

Près de 80 % de tous les nouveaux cas de cancer ont trait à un des groupes de sites tumoraux du RCR.

Tableau 4 : Nouveaux cas de cancer par groupe tumoral et par hôpital partenaire du RCR au cours des 3 dernières années

	CANCER	CUSM			HGJ			CHSM		
		2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016
GI	Œsophage	51	63	71	13	11	10	4	5	4
	Estomac	124	126	105	35	46	37	13	20	8
	Intestin grêle	22	14	24	10	9	4	6	5	5
	Colon et rectum	403	407	397	282	308	408	133	174	159
	Anus et canal anal	23	34	25	6	17	13	3	5	3
	Foie	60	70	58	10	19	14	3	6	2
	Pancréas	105	94	83	62	63	78	19	14	13
	Vésicule biliaire	55	78	73	27	18	25	14	10	9
	Total	843	886	836	445	491	589	195	239	203
SEIN	Total	680	647	606	567	514	521	236	177	186
GU	Vessie	140	149	127	101	94	95	59	39	59
	Reins, urinaires, autres	119	147	157	56	60	59	14	16	22
	Prostate	284	299	240	208	236	262	7	13	10
	Testicules, org. génitaux mâles	22	28	26	12	14	16	5	7	8
	Total	565	623	547	377	404	432	85	75	99
POUMON	Poumons et bronches	629	682	753	219	217	195	72	59	56
	Autres	11	11	25	9	5	5	5	3	0
	Total	641	693	778	228	222	200	77	62	56
HÉMATO	Lymphome de Hodgkin	23	23	11	18	21	23	9	4	6
	Lymphome non hodgkinien	151	155	141	113	124	141	34	27	33
	Myélome multiple	49	50	48	27	42	29	8	13	12
	Leucémie	62	63	71	51	50	53	9	19	17
	Autres	47	33	30	31	13	31	18	28	22
	Total	332	324	301	240	250	277	78	91	90
GYNÉCO	Col de l'utérus	33	28	26	44	44	29	8	14	7
	Corps de l'utérus et utérus	128	110	115	95	114	84	27	37	30
	Ovaire	45	49	50	71	43	47	11	11	9
	Vulve, vagin, autres	25	29	30	16	25	24	6	5	2
	Total	231	216	221	226	226	184	52	67	48
SPHÈRE ORL	Cavité buccale	45	77	72	33	22	35	2	0	2
	Larynx	46	36	51	15	15	19	6	2	4
	Pharynx	40	49	50	36	39	41	5	1	2
	Autres	25	21	32	18	17	12	2	4	0
	Total	156	183	205	102	93	107	15	7	8

Portfolio des mesures de qualité du RCR

La liste suivante est de nature dynamique. Les indicateurs sont sujets au changement au gré des groupes liés aux sites tumoraux selon l'évolution des priorités ou des lignes directrices de la pratique clinique rendant l'indicateur de mesure obsolète ou inutile, ou selon une compilation inadéquate de données liées à la qualité à travers les trois hôpitaux partenaires du RCR. Le Comité de la qualité du RCR doit approuver chacun des indicateurs proposés avant que les données liées à l'indicateur en question puissent être demandées de la part du système hospitalier. Il s'agit de veiller à ce que l'expertise soit également distribuée à travers le réseau, d'éviter le dédoublement des tâches et d'améliorer la communication entre les services de qualité de chacun des hôpitaux.

Site	N° de l'indicateur	Dimension	Description	Statut*
SEIN	BR1	Accessibilité	Temps écoulé entre le diagnostic de cancer du sein et la chirurgie (de la biopsie à la chirurgie)	A
	BR2	Accessibilité	Participation aux essais cliniques	A
GASTRO- INTESTINAL	GI1	Efficacité	Chimiothérapie postopératoire selon les lignes directrices pour les patients atteints de cancer du côlon de stade III	A
		Efficacité	Présentation aux comités de diagnostic et de traitement du cancer (CDTC) (avant la chirurgie ou au cours des 4 semaines suivant la chirurgie) pour les patients ayant reçu un diagnostic ou chez qui l'on suspecte un diagnostic de cancer rectal de stade II ou III	
		Efficacité	Examen(s) d'imagerie effectué(s) avant la chirurgie	
GÉNITO- URINAIRE	GU1	Efficacité	Marges chirurgicales positives liées à la prostatectomie radicale	A
	GU2	Efficacité	Traitement à l'aide de chimiothérapie néoadjuvante chez les patients atteints du cancer de la vessie et délais appropriés d'attente du premier traitement	A
	GU3	Efficacité	Traitement approprié comprenant une radiothérapie de sauvetage après échec de la prostatectomie	EC
	GU4	Efficience	Examen(s) d'imagerie approprié(s) aux patients atteints de cancer du rein dans le contexte des soins de survie	A
GYNÉCOLOGIE	GY1	Accessibilité	Délai pour l'analyse des prélèvements chirurgicaux et des biopsies au sein du service de pathologie	A
	GY2	Efficience	Durée du séjour postopératoire pour les patientes atteintes d'un cancer gynécologique	EC
		Efficacité	Orientation des patientes atteintes d'un cancer de l'endomètre aux fins de dépistage du cancer colorectal héréditaire sans polypose (HNPCC)	
		Efficacité	Orientation des patientes atteintes de cancer sévère de l'ovaire vers un spécialiste de conseil génétique et du dépistage de la mutation BRCA1	
SPHÈRE ORL	HN1	Efficacité	Approche multidisciplinaire face à la planification du traitement dans tous les cas de cancer de la sphère ORL	A
	HN2	Sécurité	Taux de visites non prévues à l'hôpital avant, pendant et après la période de traitement pour les patients atteints d'un cancer de sphère ORL recevant de la chimioradiothérapie	EC

Site	N° de l'indicateur	Dimension	Description	Statut*
SPHÈRE ORL		Efficacité	Taux de récurrence locorégionale à 2 ans pour les patients atteints d'un cancer de la sphère ORL	
		Continuité	Patients atteints de cancers de la tête et du cou de stade III-IV évalués par une infirmière pivot	
HÉMATOLOGIE	HE1	Sécurité	Dépistage de l'hépatite B avant l'administration d'un traitement par rituximab	A
	HE2	Accessibilité	Temps d'attente pour l'analyse d'anomalies génétiques tel que FLT3 en pathologie moléculaire	A
	HE3	Effizienz	Soins de fin de vie appropriés pour les patients atteints d'une hématologie maligne	EC
POUMON	LG1	Sécurité	Taux de mortalité liés au traitement chirurgical du cancer du poumon	NSQIP**
	LG2	Accessibilité	Délais entre la procédure de prélèvement et les résultats du test de dépistage des mutations du gène EGFR	A
	LG3	Accessibilité	Délai entre le diagnostic et la chirurgie (1 ^{ère} partie), puis le traitement adjuvant de chimiothérapie/radiothérapie (2 ^e partie) chez les patients atteints d'un cancer du poumon résectable de stade I à III	EC
GÉNÉRAL	A1	Accessibilité	Temps d'attente en chirurgie (4 principaux types de cancer)	A
	A2	Accessibilité	Temps d'attente en radiothérapie	A
		Accessibilité	Temps d'attente en chimiothérapie	
	E1	Efficacité	Captation des données liées au stade du cancer selon le registre du cancer (4 principaux types de cancer)	A
	E2.1	Efficacité	Soins multidisciplinaires : structure des CDTC	A
	E2.2	Efficacité	Patients ayant reçu un nouveau diagnostic de cancer faisant l'objet de discussions au sein des CDTC	EC
	E3	Efficacité	Participation des patients adultes aux essais cliniques	A
	P1	Expérience pt	Évaluation globale de l'expérience de soins des patients en clinique externe	A
	P2	Expérience pt	Évaluation de l'expérience des patients en clinique externe selon six domaines de soins	A

*Légende :

A : mesure achevée

EC : mesure en cours

Case vide : indicateur de mesure de la qualité devant faire l'objet d'une discussion au sein du comité de pilotage avant de procéder à son implantation)

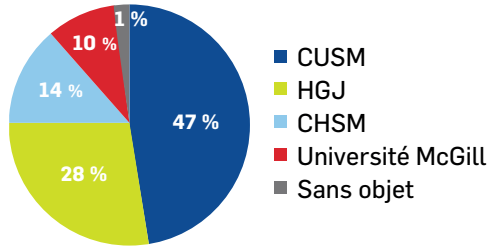
**NSQIP : National Surgical Quality Improvement Program [Programme national d'amélioration de la qualité chirurgicale]

Votre opinion - résultats du sondage

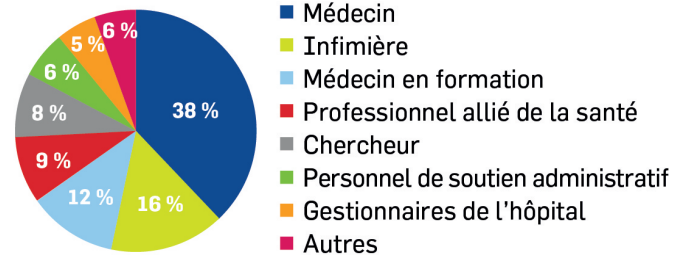
Nous avons distribué un sondage à plus de 500 répondants impliqués dans la prestation de soins de cancer au sein du CUSM, de l'HGJ et du CHSM. 137 réponses ont été compilées du 29 septembre au 19 octobre 2017.

Répartition des répondants

Par principale affiliation au RCR (N = 133)



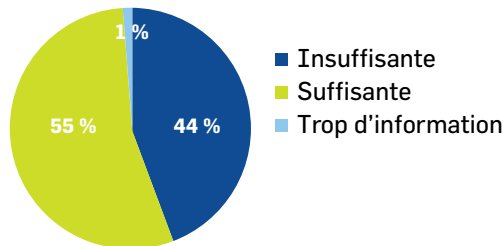
Par poste (N = 134)



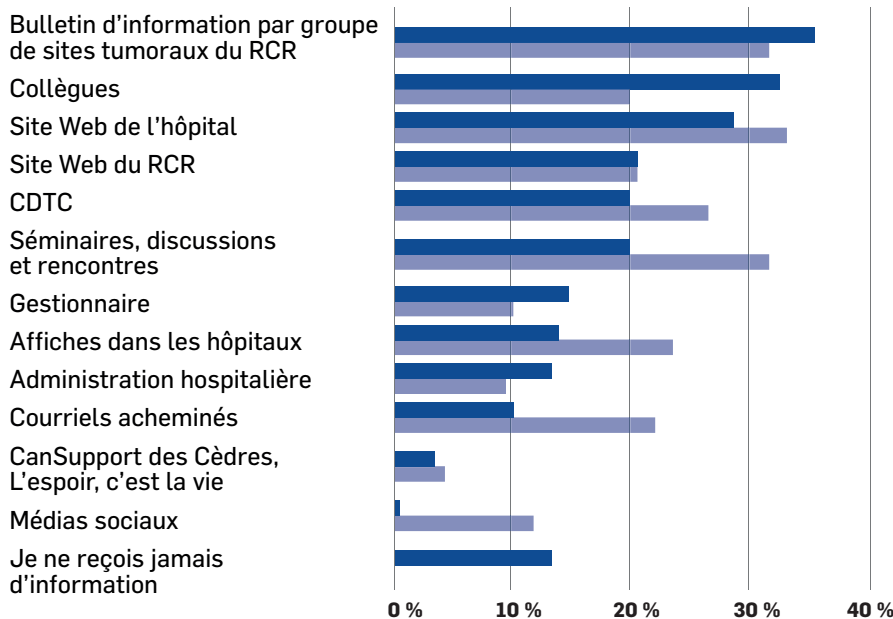
Communication

Près de la moitié des répondants souhaitent recevoir plus de renseignements de la part du RCR, par le biais du site Web des hôpitaux (33 % des 136 répondants), d'un bulletin d'information mensuel par site tumoral (32 %) et de rencontres (32 %). Les médecins en formation constituent la tranche de répondants indiquant en plus grand nombre un manque d'informations de la part du RCR et une vague connaissance de la mission du RCR.

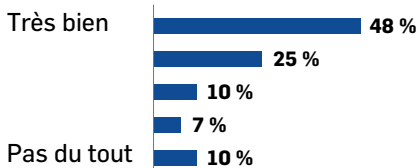
Selon vous, la quantité d'informations reçues au sujet des activités du RCR est : (N = 136)



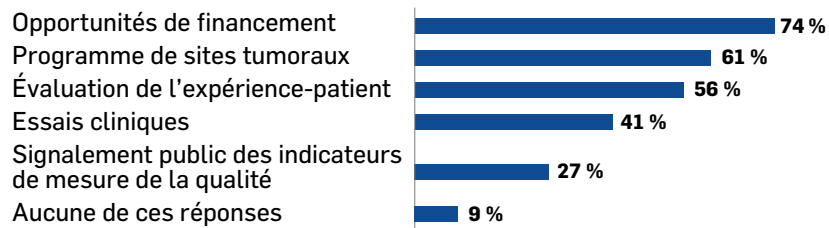
Sources d'information actuelles (bleu foncé) et préférées (bleu pâle) au sujet du RCR (N = 136)



À quel point connaissez-vous la mission du RCR? (N = 135)



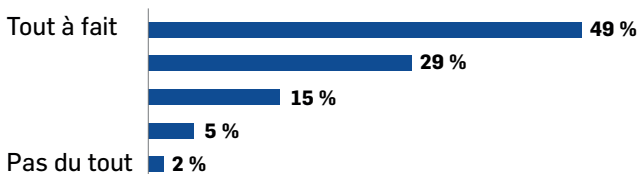
Êtes-vous au courant des activités suivantes du RCR? (N = 135)



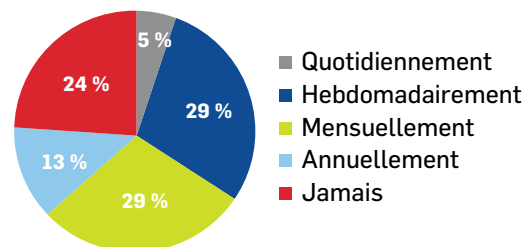
Collaboration

La vaste majorité des répondants (78 %) considèrent que la collaboration entre les hôpitaux partenaires du RCR est bénéfique. La plupart des répondants (71 %) ont signalé qu'ils collaborent avec des professionnels de la santé issus d'un autre hôpital partenaire du RCR au moins sur une base mensuelle. Aucune tendance claire n'a été relevée qui pourrait lier ces résultats à un établissement ou à un poste spécifique.

Selon vous, est-il utile ou avantageux de collaborer avec des collègues affiliés à d'autres hôpitaux partenaires du RCR? (N=136)



À quelle fréquence interagissez-vous avec des professionnels de la santé affiliés à un autre hôpital partenaire du RCR que le vôtre?



Le sondage comportait également trois questions ouvertes visant à obtenir une rétroaction. Les catégories des réponses les plus communes figurent dans le tableau ci-dessous. Certaines réponses individuelles appartiennent à plus d'une catégorie. Les catégories ne comportant qu'une ou deux réponses ne sont pas incluses.

À votre avis, comment les trois hôpitaux du RCR peuvent-ils maximiser ensemble leur impact sur l'amélioration des soins en oncologie? (N = 90)	N	%
Par la collaboration, la communication et l'organisation de réunions	28	31 %
En partageant des idées, des bonnes pratiques et de l'expertise	20	22 %
En normalisant et en coordonnant les pratiques	19	21 %
En partageant des données	14	16 %
Via les essais cliniques	7	8 %
Via l'expertise complémentaire de chaque hôpital	5	6 %
Quels sont les choses que le RCR accomplit bien? (N = 79)		
Communication et collaboration intersites	14	18 %
Projets d'amélioration	13	16 %
Soutien et financement de la recherche	13	16 %
Indicateurs de mesure de la qualité	7	9 %
Soutien à la gestion de projet	6	8 %
Visibilité des essais cliniques	6	8 %
Communication et éducation	6	8 %
Comités de sites tumoraux	4	5 %
Aucun point fort	7	9 %
Quelles sont les choses que le RCR pourrait améliorer? (N = 77)		
Visibilité	17	22 %
Communication interne	17	22 %
Collaboration au sein du RCR	14	18 %
Utilisation des ressources et du financement	3	4 %
Critères pour les projets	3	4 %
Orientations stratégiques	3	4 %

Ordre du jour

8 h 30	Revue de l'année <i>Wilson Miller, chef clinique du RCR</i>
9 h	La qualité compte : résultats du tableau de bord à l'échelle du réseau <i>Carolyn Freeman, Comité de la qualité du RCR / directrice médicale, programme d'amélioration de la qualité, mission soins de cancer, CUSM</i>
Séance de groupe 1	
9 h 30	A. Comment intégrer aux soins de routine le dépistage des symptômes par le biais de résultats rapportés par les patients? <i>Modérateur : Gerald Batist, comité exécutif du RCR / directeur, Centre du cancer Segal, HGJ</i>
	B. Améliorations de la qualité des soins chirurgicaux fondées sur les données <i>Modérateur : Armen Aprikian, comité exécutif du RCR / directeur, mission soins de cancer, CUSM</i>
10 h 30	Session d'affiches et pause-café
11 h 15	Réussites et défis des sites tumoraux du RCR (table ronde) <i>Modérateur : Gerald Batist, comité exécutif du RCR / directeur, Centre du cancer Segal, HGJ</i>
12 h 10	Financer les initiatives d'amélioration : le programme Cancérologie, qualité et innovation du RCR <i>Ari Meguerditchian, chef du programme Cancer, qualité et innovation du RCR / chirurgien oncologue, CUSM</i>
12 h 30	Dîner
Séance de groupe 2	
13 h 30	A. Intégration rapide des soins palliatifs et de la planification préalable des soins à travers le RCR <i>Modérateur : Manuel Borod, co-chef du programme de soins de soutien, RCR / directeur du service de soins palliatifs et de soutien, CUSM</i>
	B. Former la prochaine génération de cliniciens : les rôles possibles du RCR <i>Modératrice : Joanne Alfieri, directrice du programme de résidence en radio-oncologie, Université McGill</i>
	C. Répondre aux besoins des patients adolescents et des jeunes adultes <i>Modérateur : Petr Kavan, directeur, programme d'oncologie pour adolescents et jeunes adultes, Université McGill</i>
Initiatives d'amélioration de la qualité (QI²)	
14 h 30	Préparer le terrain pour des centres d'évaluation et de traitement en oncologie dans le Réseau de cancérologie Rossy <i>Erin Cook, chef du projet QI² / infirmière en chef, oncologie, HGJ</i>
	Préservation de la fertilité pour les hommes ayant reçu un nouveau diagnostic de cancer <i>William Buckett, équipe du projet QI² / directeur médical, centre de la reproduction du CUSM</i>
Bourses de recherche CQI	
14 h 45	Tomodensitométrie biénergétique avancée et radiomique spectrale utilisant l'intelligence artificielle dans l'évaluation des carcinomes épidermoïdes de la tête et du cou <i>Reza Forghani, enquêteur principal / chef adjoint, radiologie, HGJ</i>
	Préadaptation multimodale visant à améliorer les résultats des patients frères subissant une résection du cancer colorectal <i>Enrico Minnella, équipe de projet / étudiant au doctorat en chirurgie expérimentale</i>
Bourses d'éducation CQI	
15 h	Les coûts liés aux examens radiologiques inutiles dans le contexte de la détermination du stade du cancer du sein <i>Tarek Hijal, récipiendaire de la bourse d'éducation CQI, directeur intérimaire, division de radio-oncologie, CUSM</i>
15 h 10	Points saillants des séances de groupe <i>Wilson Miller, chef clinique du RCR</i>