



Réseau de
cancérologie
Rossy

Rossy
Cancer
Network

4^e retraite annuelle Programme

Le vendredi 16 novembre 2018

Centre Mont-Royal
2200, Mansfield
Montréal



Message du Comité exécutif

Depuis les cinq dernières années, le Réseau de cancérologie Rossy (RCR) œuvre à améliorer la qualité des soins pour les patients atteints de cancer en constituant un partenariat à long terme entre la Faculté de médecine de l'Université McGill, le Centre universitaire de santé McGill (CUSM), l'Hôpital général juif (HGJ) et le Centre hospitalier de St. Mary (CHSM). Le RCR finance donc des initiatives d'amélioration de la qualité reposant sur une approche multidisciplinaire de sorte que ses hôpitaux partenaires puissent offrir des soins anticancéreux de la plus haute qualité possible de façon sécuritaire, efficace, opportune, efficiente, bien coordonnée et surtout axée sur le patient. De fait, nous sommes fiers de partager avec vous les progrès que nous avons réalisés dans nos principaux domaines.

AMÉLIORER LA QUALITÉ PAR DES INITIATIVES - NOUS TRAVAILLONS DE PAIR AVEC LE PERSONNEL DE SOINS DE SANTÉ À LA MISE EN OEUVRE D'AMÉLIORATIONS DURABLES EN MATIÈRE DE SERVICES AUX PATIENTS.

3 projets à impact élevé

- **Fournir un parcours de soins intégré aux patient atteints du cancer du poumon :** réduire les inefficacités du système actuel en harmonisant l'accès aux soins de santé dans nos hôpitaux partenaires. Les principaux domaines d'intervention incluent le dépistage et la prévention, le diagnostic, le traitement, la survie, le suivi médical et la surveillance ainsi que l'implantation d'un système informatique intégré.
- **Centre de soins d'urgence personnalisé pour les patients atteints d'un cancer :** réduire les complications et les visites à l'urgence en mettant sur pied un système téléphonique de triage permettant de gérer les symptômes reliés aux traitements oncologiques.
- **Mesures de résultats des patients pour le dépistage et l'évaluation de la détresse :** Accroissement de l'initiative pilotée par le RCR à un plus grand nombre de types de cancer pour améliorer la gestion des symptômes avec un dépistage de routine et la mise en place de discussions et d'interventions entre le patient et le médecin traitant.

7 améliorations au niveau du parcours du patient

- **Soins palliatifs précoces pour les patients atteints de cancer du poumon de stade IV.** Élaboration d'un processus visant à définir les objectifs de traitement fondés sur les préférences du patient dans les deux mois suivant le diagnostic dans l'optique de mieux gérer les symptômes et d'améliorer la qualité de vie du patient.
- **Protocoles de récupération améliorée après la chirurgie pour les patients ayant subi une cystectomie.** Nous avons démontré que ces protocoles viennent réduire les complications et la durée du séjour hospitalier.
- **Préservation de la fertilité chez les femmes atteintes de cancer.** Accès optimisé aux options de préservation de la fertilité par le biais de ressources d'éducation des patients et de séances d'information destinées aux professionnels de soins.
- **Optimisation de la gestion des comités de tumeurs (CDTC : comité de diagnostic et de traitement du cancer).** Création d'un outil administratif et d'un bulletin CDTC automatisé pour tous les sites de tumeurs. *Projet aligné avec la Direction générale de cancérologie.
- **Amélioration de la communication et réduction des complications liées à la GEP pour les patients atteints de cancers de la tête et du cou.** Élaboration de nouveaux outils d'éducation des patients subissant un traitement de chimioradiothérapie et d'une carte de soin visant à informer les équipes du service d'urgence ou les médecins de famille du statut du traitement et de l'équipe précise de soins.
- **Dépistage et surveillance de l'hépatite B avant l'amorce d'un traitement par rituximab.** Normalisation du dépistage optimal chez les patients atteints d'une hémopathie maligne visant à éliminer les complications potentiellement mortelles liées à la réactivation de l'hépatite B.
- **Préparer les aidants à aborder le cancer auprès des enfants.** Donner aux professionnels de la santé et aux individus atteints de cancer les outils adéquats pour aborder le sujet du cancer auprès des enfants grâce à des modules en ligne accessibles sur Parlonsen.ca.

3 projets de faisabilité

- **Optimiser l'accès aux infirmières pivots en oncologie**
Phase 1 : Comprendre les principaux défis concernant le rôle et la pratique des IPO, et formuler des recommandations pour améliorer la collaboration, la sensibilisation et l'accès aux IPO.
- **Le cannabis médical comme traitement complémentaire.** Offrir une supervision médicale spécialisée et une surveillance continue aux patients admissibles pour aider à soulager leurs symptômes.
- **Prédépistage des patientes atteintes de cancer du sein en prévision d'essais cliniques.** Accroître la participation aux essais cliniques interventionnels des patientes atteintes de cancer du sein grâce au prédépistage systématique.

MESURER ET SIGNALER LE RENDEMENT - NOUS ÉVALUONS LES MESURES QUI SONT IMPORTANTES AUX YEUX DES PATIENTS ET NOUS PARTAGEONS LES DONNÉES COMPILÉES AFIN DE S'ASSURER QU'ELLES SOIENT PARTAGÉS AVEC LES PROFESSIONNELLES DE LA SANTÉ DE NOS HÔPITAUX PARTENAIRES.

28 indicateurs de qualité de mesure active (voir page 8) définis en collaboration avec les équipes de sites tumoraux et le Conseil de la qualité du RCR pour déterminer les améliorations à apporter et développer les initiatives d'amélioration de la qualité.

10 indicateurs communiqués publiquement sur le site du RCR. Deux mises à jour publiques des données sur mcgill.ca/rcr-rcn/scorecard en décembre 2017 et en septembre 2018, incluant :

1 rapport spécial sur l'expérience-patient reposant sur cinq années de données et plus de 3 000 réponses compilées du questionnaire standardisé *Ambulatory Oncology Patient Satisfaction Survey* (AOPSS).

RELIER LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

8 groupes de sites tumoraux : collaborent sur 19 indicateurs de mesure ainsi que sur 11 efforts d'amélioration de la qualité menés à travers les hôpitaux, 4 résidents impliqués dans des indicateurs de mesure et 2 affiches approuvées à présenter dans le cadre de congrès internationaux. Ajout du nouveau groupe tumoral du sarcome dirigé par Dr Robert Turcotte (liste des membres, page 5).

Groupe de gouvernance du RCR : approuve la direction générale du RCR et le budget d'exploitation (liste des membres, page 4). Anciennement présidé par le doyen de la faculté de médecine de l'Université McGill, le comité sera maintenant présidé à tour de rôle par le président-directeur général de chacun des hôpitaux partenaires.

Comité exécutif du RCR : approuve tous les nouveaux projets; les nouveaux membres de cette année comprennent des chefs clinico-administratifs (soins infirmiers) provenant des trois hôpitaux partenaires (liste des membres, page 4).

Conseil de la qualité du RCR (QC) : examine et approuve les nouveaux indicateurs, les rapports publics et toutes les autres initiatives du RCR. Le Conseil de la qualité est composé de cliniciens, d'experts en matière d'amélioration de la qualité et de représentants des patients provenant des trois hôpitaux partenaires du RCR (liste des membres, page 4).

FINANCER LA RECHERCHE ET L'ÉDUCATION - NOUS APPUYONS LA RECHERCHE QUI VISE L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SOINS POUR LES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER ET NOUS PARTICIPONS À LA FORMATION DE LA PROCHAINE GÉNÉRATION DE PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ.

Plus de 500 000 \$ investis dans la dernière année

4 subventions de recherche octroyées (CQI)

3 subventions octroyées pour des initiatives d'amélioration de la qualité

130 infirmières formées dans le cadre d'une certification ou d'une formation spécialisée en d'oncologie ou en soins palliatifs grâce au Programme d'actualisation des compétences en soins infirmiers. Le RCR a reçu une mention honorable en lien avec le Prix de reconnaissance aux employeurs du Programme de certification de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada..

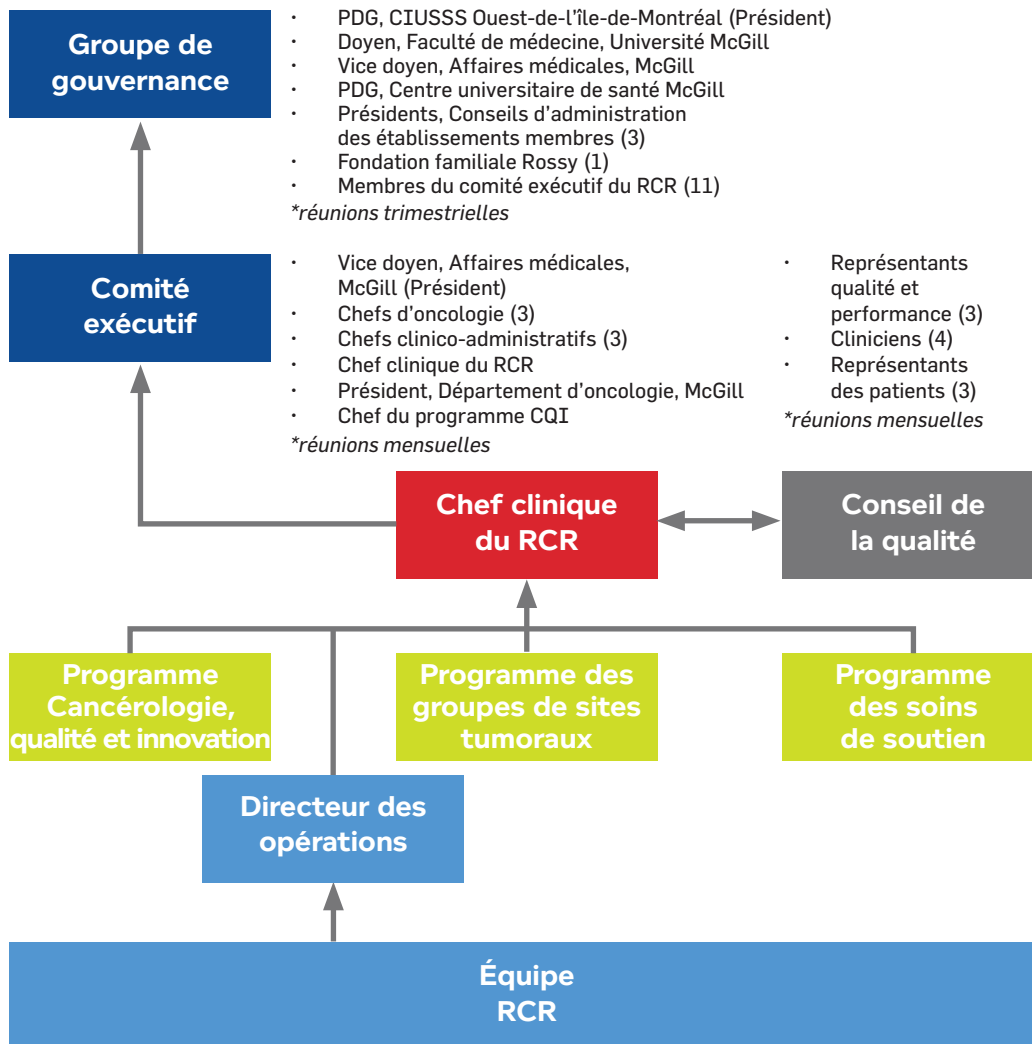
2 Bourses Kuok décernées visant à appuyer une étudiante au doctorat en épidémiologie et une étudiante à la maîtrise en psychologie de l'orientation.

Nous désirons exprimer notre gratitude à toutes les personnes qui ont contribué à faire progresser les initiatives d'amélioration de la qualité du RCR. Nous savons que ces projets nécessitent du temps et des ressources et qu'ils représentent de nombreux défis. Votre engagement à offrir des soins de santé de calibre international à vos patients nous motive à progresser. Nous désirons aussi vous remercier de prendre le temps d'assister à cette retraite annuelle malgré votre horaire très chargé. Merci de votre collaboration, de vos idées et du partage de vos connaissances. Ensemble, nous visons et atteindrons l'excellence.

Manon Allard
Armen Aprikian
Gerald Batist
Samuel Benaroya
Erin Cook
Eduardo Franco

Adrian Langleben
Ari Meguerditchian
Wilson H. Miller, Jr.
Lucie Tardif
Tony Teti

Organigramme



Gestionnaire principale de la qualité, Chef de projet sénior (BGP), Conseillère scientifique et médicale, Gestionnaires de projets (3), Coordinateurs d'amélioration de la qualité, Analyste clinique, Statisticien, Directrice des finances, Administratrice, Agente de communication, Registraires de cancer (2)

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
	Laurie Hendren	Représentante des patients et des familles
HGJ	Anne Lemay	Directrice générale adjointe des programmes de soutien, administration et performance
	Sinziana Dumitra	Chirurgienne oncologue
	Amanda Afeich	Représentante des patients et des familles
CHSM	Nelea Bezman	Directrice adjointe performance, qualité et éthique
	Adrian Langleben	Oncologue, chef de l'oncologie
	Linda Tracey	Représentante des patients et des familles
RCR	Jackie Girgis	Conseillère médicale et scientifique
	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, programme de résidence en chirurgie colorectale, Université McGill

Génito-urinaire (GU) :

Cristiano Ferrario
Oncologiste médical, HGJ

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

Gynécologie :

Walter Gotlieb
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 :

Chantal Cassis
Hématologue, HGJ

Kelly Davison
Hématologue, CUSM

Poumon :

Jason Agulnik
Pneumologue / directeur médical, oncologie pulmonaire, HGJ

Jonathan Spicer
Chirurgien cardiothoracique, CUSM

Sarcome :

Robert Turcotte
Chirurgien orthopédique, 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

	2015/16	2016/17	2017/18
CUSM	4 242	4 662	4 705
HGJ	2 969	2 991	2 831
CHSM	762	777	801
RCN	7 973	8 430	8 337

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

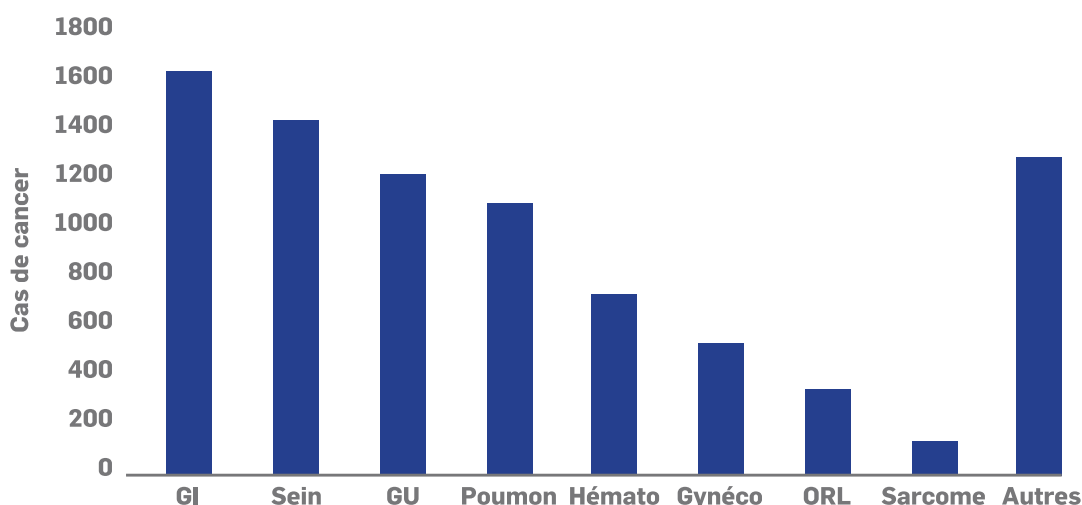


Tableau 2 : Nombre de procédures chirurgicales liées au cancer³

	2015/16	2016/17	2017/18
CUSM	3 139	3 255	2 976
HGJ	1 860	1 801	1 778
CHSM	418	500	445
RCN	5 417	5 556	5 199

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

	2015/16	2016/17	2017/18
CUSM	2 530	2 629	2 786
HGJ	1 609	1 630	1 578
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)

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 85 % 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		
		2015/16	2016/17	2017/18	2015/16	2016/17	2017/18	2015/16	2016/17	2017/18
GI	Œsophage	70	62	84	10	19	8	4	3	4
	Estomac	104	108	128	37	35	38	8	12	19
	Intestin grêle	20	18	11	4	7	6	5	1	3
	Colon et rectum	403	371	423	411	359	367	161	127	163
	Anus et canal anal	26	35	25	16	11	15	4	2	11
	Foie	63	77	48	15	32	25	2	12	6
	Pancréas	83	94	99	80	70	59	13	20	10
	Vésicule biliaire	70	62	54	25	33	32	7	6	3
	Total	839	827	872	598	566	550	204	183	219
SEIN	Total	614	747	705	522	553	497	186	243	204
GU	Vessie	128	142	139	95	96	89	58	74	79
	Reins, urinaires, autres	166	178	171	65	81	72	23	17	27
	Prostate	246	324	342	269	258	328	11	13	9
	Testicules, org. génitaux mâles	15	15	13	12	10	12	7	4	3
	Total	555	659	665	441	445	501	99	108	118
POUMON	Poumons et bronches	755	766	801	201	204	231	55	60	54
	Autres	25	15	16	5	5	6	0	2	0
	Total	780	781	817	206	209	237	55	62	54
HÉMATO	Lymphome de Hodgkin	11	21	25	23	21	11	6	3	4
	Lymphome non hodgkinien	142	174	169	158	142	142	33	29	36
	Myélome multiple	50	53	54	34	32	32	12	13	10
	Leucémie	72	75	87	68	58	58	18	6	13
	Autres	32	49	35	39	50	50	26	24	18
	Total	307	372	370	322	303	207	95	75	81
GYNÉCO	Col de l'utérus	26	42	31	30	41	21	7	8	7
	Corps de l'utérus et utérus	116	132	155	89	134	110	31	23	34
	Ovaire	50	51	50	49	50	52	12	2	6
	Vulve, vagin, autres	31	31	49	23	16	26	2	9	5
	Total	223	256	285	191	241	209	52	42	52
SPHÈRE ORL	Cavité buccale	70	81	76	36	41	37	2	0	2
	Larynx	51	56	38	20	16	11	4	0	1
	Pharynx	51	63	52	41	44	39	2	4	1
	Autres	31	20	16	12	22	25	0	4	5
	Total	203	220	182	109	123	112	8	8	9
SARCOME	Os et articulations	20	1	7	2	0	0	1	0	0
	Tissus mous	89	80	90	9	17	5	4	1	1
	Total	109	101	117	11	17	5	5	1	1

Portfolio des mesures de la qualité

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	Projet de AQ*
SEIN	BR1	Accessibilité	Temps écoulé entre le diagnostic de cancer du sein et la chirurgie (de la biopsie à la chirurgie)	
	BR2	Accessibilité	Participation aux essais cliniques	•
	BR3	Accessibilité	Délai suivant les tests génétiques	
GASTRO- INTESTINAL	GI1	Efficacité	Chimiothérapie adjuvante pour le cancer du côlon de stade III selon les lignes directrices	
	GI2	Efficacité	Présentation aux comités liés aux groupes de sites tumoraux pour les patients chez qui l'on suspecte un diagnostic de cancer rectal	
GÉNITO-URINAIRE	GU1	Efficacité	Marges chirurgicales positives en matière de prostatectomie radicale	•
	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	•
	GU3	Efficacité	Traitement approprié comprenant une radiothérapie de sauvetage pour les patients atteints de cancer de la prostate	
	GU4	Efficiéce	Examen(s) d'imagerie approprié(s) aux patients atteints de cancer du rein dans le contexte des soins de survie	CKCis ¹
GYNÉCOLOGIE	GY1	Accessibilité	Délai suivant la biopsie et l'analyse des prélèvements chirurgicaux au sein du service de pathologie	•
	GY2	Efficiéce	Durée du séjour postopératoire pour les patientes atteintes d'un cancer gynécologique	
	GY3	Accessibilité	Délai suivant la chimiothérapie avant de débiter les traitements de radiothérapie pour les patientes atteintes d'un cancer de l'endomètre	
SPHÈRE ORL	HN1	Efficacité	Approche multidisciplinaire face à la planification du traitement dans tous les cas de cancer de la sphère ORL	•
	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 chimiothérapie	•

¹ Canadian Kidney Cancer Information System (CKCis)

Site	N° de l'indicateur	Dimension	Description	Projet de AQ*
HÉMATOLOGIE	HE1	Sécurité	Dépistage de l'hépatite B avant l'administration d'un traitement par rituximab	•
	HE2	Accessibilité	Temps d'attente des résultats du dépistage de la mutation FLT3 en pathologie moléculaire	•
	HE3	Efficacité	Soins de fin de vie appropriés pour les patients atteints d'une hémopathie maligne	
POUMON	LG1	Sécurité	Taux de mortalité liés au traitement chirurgical du cancer du poumon	NSQIP ²
	LG2	Accessibilité	Délais entre la procédure de prélèvement et les résultats du test de dépistage moléculaire de la mutation R-EGF	•
	LG3	Accessibilité	Intervalles d'attente du diagnostic à la chirurgie (1 ^{re} partie), jusqu'au traitement adjuvant de chimiothérapie/radiothérapie (2 ^e partie) chez les patients atteints d'un cancer du poumon résecable de stade I à III	•
SARCOMES	SR1	Accessibilité	Délai dans le cheminement du diagnostic pour les patients atteints d'un sarcome	
GÉNÉRAL	A1	Accessibilité	Temps d'attente en chirurgie (pour les 4 principaux types de cancer)	
	A2	Accessibilité	Temps d'attente en radiothérapie	
	A3	Accessibilité	Participation aux essais cliniques	•
	C1	Continuité	Pourcentage de nouveaux cas assignés à un IPO (infirmière pivot) et nombre de visites par IPO	•
	E1	Efficacité	Soins multidisciplinaires : structure des comités de diagnostic et traitement du cancer	•
	E2	Efficacité	Patients ayant reçu un nouveau diagnostic de cancer faisant l'objet de discussions au sein des comités liés aux sites tumoraux	
	E3	Efficacité	Cas incidents pour lesquels des données de stade sont disponibles dans les registres d'hôpitaux (4 cancers principaux)	

² NSQIP : National Surgical Quality Improvement Program [Programme national d'amélioration de la qualité chirurgicale]

Ordre du jour

8 h 30	Revue de l'année et orientations futures <i>Wilson Miller, Chef clinique, RCR</i>
Trajectoires de soins	
9 h 05	Mot des PDGs des hôpitaux partenaires du RCR sur la collaboration afin d'améliorer les soins aux patients <i>Membre du comité de gouvernance du RCR : Pierre Gfeller, PDG Centre universitaire de santé McGill (CUSM); Lynne McVey, PDG CIUSSS de l'Ouest-de-l'île-de-Montréal; Lawrence Rosenberg, PDG CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'île-de-Montréal</i>
9 h 15	Une vision à l'échelle du réseau pour améliorer la trajectoire de soins des patients atteints d'un cancer du poumon <i>Co-chefs du groupe de site tumoral du poumon du RCR : Jason Agulnik, Directeur médical, oncologie pulmonaire, Hôpital général juif (HGJ); Jonathan Spicer, chirurgien cardiothoracique, CUSM</i>
9 h 45	Session d'affiches scientifiques et pause café
SÉANCE DE GROUPE 1	
10 h 30	A. Rationaliser le processus de diagnostic : un survol de l'imagerie diagnostique, de l'obtention de tissus et de la pathologie B. Identifier les défis et les opportunités en matière de thérapie systémique et de radiothérapie
L'expérience-patient	
11 h 30	Discours liminaire : réorganiser les modèles de soins pour la gestion des symptômes et de la toxicité pendant le traitement du cancer <i>Monika Krzyzanowska – Directrice, programme de la qualité, division d'oncologie médicale et d'hématologie, Princess Margaret Cancer Centre, Toronto</i>
12 h 15	Développer une réponse coordonnée au dépistage des patients (projet rEFOCUS) <i>Nathalie Aubin – Équipe du projet rEFOCUS du RCR / Infirmière clinicienne spécialisée en soins palliatifs, CUSM</i>
12 h 30	Que nous disent les patients sur leur expérience de soins? <i>Carmen Loisselle – Directrice, Programme de soins infirmiers en oncologie et d'oncologie psychosociale, Université McGill</i>
12 h 45	Dîner
Cancérologie qualité et innovation	
13 h 45	Cancérologie, qualité et innovation 2017-2018 : Nouveaux boursiers et aperçu des mécanismes de financement disponibles <i>Ari Meguerditchian - Gestionnaire du programme CQI du RCR / Chirurgien oncologue, CUSM</i>
13 h 50	Tests PD-L1 d'échantillons EBUS-TBNA pour le cancer du poumon non à petites cellules : faisabilité et impact sur la prise en charge du patient <i>Anne Gonzalez – Boursière, Fond de recherche CQI / Directrice, Respirologie interventionnelle, CUSM</i>
14 h 05	Intégration du cannabis médical à la pratique clinique <i>Antonio Vigano, Chef de projet QI² / Directeur, Clinique de réadaptation du cancer, CUSM</i>
14 h 20	Facteurs de risque pour l'utilisation chronique d'opiacés chez les patients cancéreux après leur sortie <i>Siyana Kurteva – Boursière CQI Kuok / Candidate au doctorat en épidémiologie, Université McGill</i>
14 h 30	L'impact positif de la certification de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) sur la rétention et l'engagement des infirmières <i>Maya Jeanty – Champion du projet RCR / Chef d'unité clinique de cancérologie, Centre hospitalier de St. Mary</i>
Soins de soutien	
14 h 35	Répondre aux défis uniques des patients atteints de cancers hématologiques <i>Victoria Korsos – Résidente, Médecine interne, HGJ</i>
14 h 45	Mieux répondre aux besoins en soins palliatifs et de soutien pour les patients atteints d'un cancer du poumon métastatique <i>Manuel Borod – Co-chef du programme de soutien du RCR / Directeur, Programme de soins de soutien, CUSM</i>
Essais cliniques	
14 h 55	L'impact de la présélection systématique des patients atteints de cancer sur la participation aux essais cliniques <i>Jean-François Boileau – Co-chef, site tumoral du sein, RCR / Oncologue chirurgicale, HGJ</i>
SÉANCE DE GROUPE 2	
15 h 15	A. Optimiser l'accès de tous les patients aux essais cliniques B. Utilisation des données du programme national d'amélioration de la qualité chirurgicale (NSQIP) pour guider les initiatives d'amélioration de la qualité visant à atteindre l'excellence en matière de soins chirurgicaux C. Optimiser l'accès des infirmières en oncologie par le biais d'infirmières pivot (IPO) et d'infirmières praticiennes