



# Programme québécois de cancérologie

Élaboration des Orientations prioritaires en cancérologie

Présenté par  
Dr Jean Latreille

24 novembre 2022

Votre  
gouvernement 

Québec 

# D'où l'on vient, où l'on va?

- 1998 : « Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe »
- 2007 : « Orientations prioritaires 2007-2012 »
- 2013 : « Plan directeur - Ensemble en réseau, pour vaincre le cancer »
- Entre 2013 et 2019 : plans d'action annuels ou bisannuels
- 2022 : désir de recentrer le programme à la suite de la pandémie et aux nombreuses avancées scientifiques et organisationnelles; réduire les délais, évaluation exhaustive, tous ensemble pour réduire la mortalité due au cancer

# Cadre existant du Programme



- 24 ans d'existence
- Pas de remise en question des orientations de base (visite d'accréditation)
  - Le patient, les intervenants, les équipes et le réseau sont des incontournables depuis le début
  - Un engagement de l'établissement envers son programme, le directeur et les deux cogestionnaires
  - Un registre local, un CDTC, les trajectoires, la performance
- Les comités des intervenants et des patients sont essentiels à la maturité du programme

# Orientations stratégiques et plan d'action:

## Tenir compte de la complexité grandissante

- Plan Santé du ministre, tableaux de bord et objectifs de réduire les délais d'attente
- En oncologie, à travers le monde, tous prennent en compte que les délais sont associés à une diminution de survie et ils recommandent une pratique normée
- Le Vérificateur général en 2017
- Hanna : mortalité accrue par mois de délai

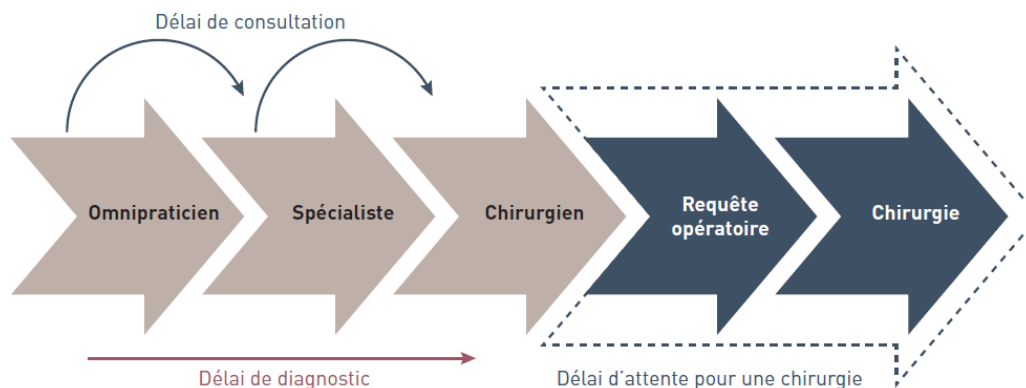
# Recommandations du Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale - Mai 2018

5


Revoir la méthode de calcul des délais d'attente et les cibles, et contrôler la qualité des données utilisées

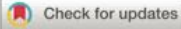
« La statistique suivie par le Ministère sur le délai d'attente pour une chirurgie constitue une partie importante, mais incomplète, de l'ensemble du temps d'attente d'un patient »


Figure 6 Divers délais d'attente jusqu'à la chirurgie



# Mortalité en lien avec les retards des traitements

 OPEN ACCESS

 Check for updates

 **FAST TRACK**

## Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis

Timothy P Hanna,<sup>1,2,3</sup> Will D King,<sup>3</sup> Stephane Thibodeau,<sup>2</sup> Matthew Jalink,<sup>1,2</sup> Gregory A Paulin,<sup>2</sup> Elizabeth Harvey-Jones,<sup>4</sup> Dylan E O'Sullivan,<sup>3</sup> Christopher M Booth,<sup>1,2,3,5</sup> Richard Sullivan,<sup>6</sup> Ajay Aggarwal<sup>4,6,7</sup>

For numbered affiliations see end of the article.

Correspondence to: T Hanna tim.hanna@kingstonhsc.ca (or @HannaRadOnc on Twitter: ORCID 0000-0003-3228-6042)

Additional material is published online only. To view please visit the journal online.

Cite this as: *BMJ* 2020;371:m4087 <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m4087>

Accepted: 16 October 2020

**ABSTRACT**

**OBJECTIVE**  
To quantify the association of cancer treatment delay and mortality for each four week increase in delay to inform cancer treatment pathways.

**DESIGN**  
Systematic review and meta-analysis.

**DATA SOURCES**  
Published studies in Medline from 1 January 2000 to 10 April 2020.

**ELIGIBILITY CRITERIA FOR SELECTING STUDIES**  
Curative, neoadjuvant, and adjuvant indications for surgery, systemic treatment, or radiotherapy for cancers of the bladder, breast, colon, rectum, lung, cervix, and head and neck were included. The main outcome measure was the hazard ratio for overall survival for each four week delay for each indication. Delay was measured from diagnosis to first treatment, or from the completion of one treatment to the start of the next. The primary analysis only included high validity studies controlling for major prognostic factors. Hazard ratios were assumed to be log linear

1.08 (eg, colectomy 1.06, 95% confidence interval 1.01 to 1.12; breast surgery 1.08, 1.03 to 1.13). Estimates for systemic treatment varied (hazard ratio range 1.01-1.28). Radiotherapy estimates were for radical radiotherapy for head and neck cancer (hazard ratio 1.09, 95% confidence interval 1.05 to 1.14), adjuvant radiotherapy after breast conserving surgery (0.98, 0.88 to 1.09), and cervix cancer adjuvant radiotherapy (1.23, 1.00 to 1.50). A sensitivity analysis of studies that had been excluded because of lack of information on comorbidities or functional status did not change the findings.

**CONCLUSIONS**  
Cancer treatment delay is a problem in health systems worldwide. The impact of delay on mortality can now be quantified for prioritisation and modelling. Even a four week delay of cancer treatment is associated with increased mortality across surgical, systemic treatment, and radiotherapy indications for seven cancers. Policies focused on minimising system level delays to cancer treatment initiation could improve population level survival outcomes.

Impact pour chaque  
4 semaines de délai;  
plus pour certains  
cancers

*BMJ* 2020;371:m4087  
<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m4087>

# Modèles dans le monde

- Le Danemark et la Grande-Bretagne ont introduit des trajectoires spécifiques pour les patients ayant une suspicion de cancer ou symptômes vagues
- Des modèles éprouvés avec résultats aux rendez-vous dont une augmentation de la survie relative à 3 ans de 45 à 54 % pour le Danemark et absolue de 1,6 % pour le cancer du poumon chez la femme en Angleterre
- Pas des modèles parfaits, mais des exemples d'une évolution positive réalisable chez nous.

# Innovation à suivre : tenir compte de la complexité grandissante

- Trajectoires spécifiques pour les cancers les plus fréquents
- Guichets d'investigation rapides
- Investigation exhaustive des patients et des tumeurs
- Le soutien aux personnes atteintes par d'autres personnes touchées par le cancer
- La vie après un cancer



# Les axes à valider

- ❖ Favoriser la participation de la personne touchée par le cancer et de ses proches
- ❖ Prévenir, dépister et détecter précocement le cancer
- ❖ Optimiser l'investigation afin de confirmer rapidement le diagnostic de cancer
- ❖ Traiter les personnes atteintes de cancer par des thérapies appropriées en temps opportun
- ❖ Soutenir la prestation des soins et des services par une gouverne forte, des partenariats et un travail en réseau
- ❖ Produire des données pertinentes et accessibles sur l'état de santé de la population et la performance en cancérologie

# La démarche

- Sondage des axes auprès des participants du congrès
- Les axes sont les *chapitres* où l'on trouvera les orientations et actions
- Constitution d'un groupe de travail
- Consultation plus ciblée et étendue selon notre structure de réseau
- Écriture et approbation par autres directions du Ministère, le ministre et le réseau
- Publication des orientations stratégiques et plan d'action - printemps 2023



Questions ou  
commentaires?