

ÉTAT DES CONNAISSANCES

Modalité de gestion de l'accès aux soins en cancérologie : revue de la littérature et des pratiques

Une production de l'Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux (INESSS)

Direction des services de santé et de l'évaluation
des technologies



Modalité de gestion de l'accès aux soins en cancérologie : revue de la littérature et des pratiques

Rédigé par
Dominique Arsenault
Gino Boily

Avec la collaboration de
Brigitte Côté

Coordination scientifique
Jim Boulanger

Sous la direction de
Michèle de Guise



Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Membres de l'équipe projet

Auteurs principaux

Dominique Arsenault, Ph. D.
Gino Boily, Ph. D.

Collaboratrice interne

Brigitte Côté, M.Sc., M.D.

Coordonnateur scientifique

Jim Boulanger, Ph. D.

Directrice

Michèle de Guise, M.D., FRCPC, M.M.

Repérage d'information scientifique

Caroline Dion, M.B.S.I., *bibl. prof.*

Mathieu Plamondon, M.S.I.

Lysane St-Amour, M.B.S.I.

Julien Chevrier, M.S.I.

Flavie Jouandon, *tech. doc.*

Équipe de l'édition

Patricia Labelle
Denis Santerre
Hélène St-Hilaire

Sous la coordination de

Renée Latulippe, M.A.

Avec la collaboration de

Gilles Bordage, révision linguistique
Mark Wickens, traduction

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2019

Bibliothèque et Archives Canada, 2019

ISSN 1915-3104 INESSS (PDF) ISBN 978-2-550-83292-8 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2019

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Modalité de gestion de l'accès aux soins en cancérologie : revue de la littérature et des pratiques. Rapport rédigé par Dominique Arsenault et Gino Boily. Québec, Qc : INESSS; 2019. 107 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Autres contributions

L'Institut tient aussi à remercier les personnes suivantes qui ont contribué à la préparation de ce rapport en fournissant soutien, information et conseils clés :

D^r Jean-François Ouellet, chirurgien oncologue, Hôtel-Dieu de Québec (CHU de Québec – Université Laval)

Comité de l'évolution des pratiques en oncologie

Direction

D^r Félix Couture, président, hématologue et oncologue médical, Hôtel-Dieu de Québec (CHU de Québec – Université Laval)

D^r Ghislain Cournoyer, vice-président, hématologue et oncologue médical, Hôpital régional de Saint-Jérôme (CISSS des Laurentides)

Coordination

M. Jim Boulanger, Ph. D., Unité d'évaluation en cancérologie (INESSS)

Membres

M^{me} Karine Almanric, pharmacienne, Hôpital de la Cité-de-la-Santé (CISSS de Laval)

D^r Jean-Sébastien Aucoin, hématologue et oncologue médical, Centre hospitalier affilié universitaire régional (CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec)

M. Philippe Bouchard, pharmacien, Hôpital Maisonneuve-Rosemont (CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal)

D^r Alexis Bujold, radio-oncologue, Hôpital Maisonneuve-Rosemont (CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal)

D^r Normand Gervais, chirurgien oncologue, Centre hospitalier régional du Grand-Portage (CISSS du Bas-Saint-Laurent)

M^{me} Marie-Pascale Guay, pharmacienne, Hôpital général juif (CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal)

D^r Bernard Lespérance, hématologue et oncologue médical, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal)

M^{me} Nathalie Letarte, pharmacienne, Hôpital Notre-Dame (CHUM), représentante du Programme de gestion thérapeutique des médicaments

D^r Ari Meguerditchian, chirurgien oncologue, Hôpital Royal Victoria (CUSM)

D^r Jean-François Ouellet, chirurgien oncologue, Hôtel-Dieu de Québec (CHU de Québec – Université Laval)

D^r Raghu Rajan, hématologue et oncologue médical, Hôpital général de Montréal (CUSM)

D^r Benoît Samson, hématologue et oncologue médical, Hôpital Charles-Le Moyne (CISSS de la Montérégie-Centre)

D^r François Vincent, radio-oncologue, Centre hospitalier affilié universitaire régional (CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec)

Déclaration de conflits d'intérêts

Aucun conflit à déclarer

Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs du présent document. Les conclusions et recommandations ne reflètent pas forcément les opinions des lecteurs externes ou des autres personnes consultées pour le présent dossier.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	I
SUMMARY	IV
SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....	IV
GLOSSAIRE	VIII
INTRODUCTION.....	1
1.1 Problématique et contexte de la demande	1
2 Méthodologie	3
2.1 Question décisionnelle.....	3
2.2 Questions d'évaluation.....	3
2.3 Cadre conceptuel	3
2.4 Stratégie de recherche documentaire	4
2.4.1 Sélection de la littérature	4
2.5 Extraction des données.....	7
2.6 Évaluation de la qualité méthodologique des revues systématiques.....	7
3 Résultats.....	8
3.1 Mise en garde concernant les faiblesses de la littérature	8
3.2 Influence des délais avant un traitement en oncologie sur les résultats cliniques selon le siège tumoral.....	8
3.2.1 Mise en contexte.....	8
3.2.2 Évidences de la littérature scientifique	10
3.2.3 Constats.....	13
3.3 Normes d'accès au traitement au premier traitement en oncologie	14
3.3.1 Normes d'accès au premier traitement en oncologie	14
3.3.2 Limites.....	18
3.3.3 Constats.....	19
3.4 Descriptions des normes d'accès au traitement en oncologie adoptées au Canada et à l'international	20
3.4.1 Description sommaire des normes d'accès au premier traitement en oncologie.....	20
3.4.2 Délai sans priorisation (A)	22
3.4.3 Délai avec priorisation (B)	32
3.4.4 Normes d'accès au traitement sous la forme de chemins cliniques (C)	42
3.4.5 Limites.....	54
3.4.6 Constats.....	56

3.5	Synthèse des normes d'accès au premier traitement en oncologie	57
3.5.1	Provinces canadiennes	57
3.5.2	International	60
	DISCUSSION	63
	CONCLUSION	69
	RÉFÉRENCES.....	70
	ANNEXE A Stratégie de recherche d'information	80
	ANNEXE B Littérature grise : Principales sources de repérage de la littérature grise....	81
	ANNEXE C Recherche documentaire	82
	ANNEXE D Revue systématique d'Alexander et ses collaborateurs [2017]	83
	ANNEXE E Revue systématique de Neal et ses collaborateurs [2015]	85
	ANNEXE F Revue narrative d'Elit [2015]	88
	ANNEXE G Généralité des délais d'accès en oncologie au Canada	89
	ANNEXE H Généralité des délais d'accès en oncologie à l'international	90
	ANNEXE I Délais d'accès émis par l'ATA pour certains cancers	91
	ANNEXE J Variabilité des cibles d'accès pour le traitement en oncologie parmi les pays du Royaume-Uni	92
	ANNEXE K Interventions urgentes sans délais maximaux.....	93
	ANNEXE L Sommaire des chemins cliniques	96
	ANNEXE M Systèmes de mesure des temps d'attente au Canada	101
	ANNEXE N Statistiques utilisées pour présenter les temps d'attente « terminés » et « en cours » pour l'accès au traitement selon les différents pays membres de l'OCDE	105
	ANNEXE O Évaluation méthodologique des revues systématiques sans méta-analyse	107

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Éléments et critères d'inclusion et d'exclusion pour la sélection des revues systématiques et narratives	5
Tableau 2	Recommandations issues d'organismes canadiens concernant les délais maximaux pour la radiothérapie	24
Tableau 3	Normes d'accès aux traitements en oncologie parmi les provinces canadiennes	26
Tableau 4	Normes d'accès aux traitements en oncologie dans certains pays membres de l'OCDE	30
Tableau 5	Normes avec priorisation pour l'accès aux traitements en oncologie selon les provinces canadiennes	36
Tableau 6	Normes avec priorisation pour l'accès aux traitements en oncologie dans certains pays membres de l'OCDE	40
Tableau 7	Recommandations relatives aux délais maximaux selon le siège tumoral émis par certaines associations internationales	45
Tableau 8	Indicateurs de qualité relatifs aux temps d'attente pour l'accès au traitement en oncologie selon le siège tumoral	50
Tableau 9	Indicateurs de qualité relatifs aux temps d'attente pour l'accès au traitement en oncologie en Suède selon le siège tumoral	52
Tableau 10	Synthèse des normes d'accès au premier traitement en oncologie au Canada	58
Tableau 11	Synthèse des normes d'attente pour l'accès au premier traitement en oncologie à l'international	61
Tableau 12	Avantages et inconvénients des différentes catégories de normes d'accès ou de composantes pour l'accès au premier traitement en oncologie	66
Tableau C-1	Aperçu des principales sources de repérage de la littérature grise pour les pays membre de l'OCDE	81
Tableau D-1	Influence des délais avant le traitement sur la survie selon le type de cancer	83
Tableau E-1	Relation entre les délais jusqu'au traitement et les résultats cliniques selon les types de cancer chez des patients présentant une maladie symptomatique	85
Tableau F-1	Association entre les délais entre le diagnostic et la chirurgie et la survie selon les types de cancers	88
Tableau G-1	Vue d'ensemble sur l'accès pour le premier traitement en oncologie selon les provinces canadiennes	89
Tableau H-1	Vue d'ensemble sur l'accès pour le premier traitement en oncologie selon les pays membres de l'OCDE	90
Tableau I-1	Délais maximaux d'accès aux traitements en oncologie émis par l'Alliance sur les temps d'attente	91
Tableau J-1	Cibles d'accès pour les traitements en oncologie selon les pays du Royaume-Uni	92

Tableau K-1	Mentions d'urgence (sans délais maximaux) dans les guides de pratiques selon les types de cancers.....	93
Tableau L-1	Initiative « In Sixty » pour le traitement du cancer au Manitoba.....	96
Tableau L-2	Chemins cliniques pour un accès plus rapide pour le traitement du cancer	98
Tableau L-3	Chemins cliniques pour le traitement du cancer dans l'État de Victoria ...	99
Tableau L-4	Délais optimaux pour le traitement en oncologie selon les types de cancers : chemins cliniques du Victorian Department of Health and Human Services	100
Tableau M-1	Statistiques pour les temps d'attente pour l'accès selon les traitements parmi les provinces canadiennes.....	101
Tableau M-2	Mesures des temps d'attente pour l'accès au traitement en oncologie selon les provinces canadiennes	102
Tableau N-1	Mesures statistiques des temps d'attente « terminés » parmi les pays membres de l'OCDE	105
Tableau N-2	Paramètres mesurés pour les temps d'attente « en cours » parmi les pays membres de l'OCDE.....	106
Tableau O-1	Évaluation méthodologique qualitative des revues systématiques dans méta-analyses selon la grille CASP	107

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Principales étapes avant le premier traitement	4
Figure 2	Variabilité des indicateurs utilisés pour mesurer les temps d'attente pour l'accès au traitement en oncologie au Canada.....	15
Figure 3	Variabilité des indicateurs pour mesurer les temps d'attente pour l'accès au traitement dans certains pays membres de l'OCDE	16
Figure 4	Conceptualisation des composantes qui définissent les normes d'accès au premier traitement en oncologie et les principales catégories identifiées.	18
Figure 5	Sommaire des normes d'accès au premier traitement en oncologie adoptées au Canada.....	21
Figure 6	Sommaire des normes d'accès au traitement en oncologie adoptées à l'international	22
Figure 7	Délais d'attente pour l'accès au traitement en oncologie au Royaume-Uni et en Nouvelle-Zélande	29
Figure 8	Prise en charge clinique et mesures des temps d'attente.....	65

RÉSUMÉ

Introduction

Le diagnostic d'un cancer et l'attente d'un traitement sont des sources importantes d'anxiété pour les patients. Les délais d'attente prolongés avant un traitement peuvent augmenter les risques de progression de la maladie à un stade plus avancé, augmenter la gravité du pronostic et potentiellement réduire les chances de succès du traitement.

Les délais d'accès pour obtenir des traitements sont des enjeux majeurs pour plusieurs pays. La disponibilité des ressources matérielles et humaines oblige la mise en place de stratégies pour assurer un accès au traitement en oncologie dans des délais raisonnables. Ainsi, plusieurs pays ont mis en place des normes basées sur des délais maximaux pour assurer l'accès au traitement.

Contexte de la demande

Depuis 2012, le ministère de la Santé et des Services sociaux a établi deux cibles d'accès en chirurgie oncologique. Ces cibles sont indépendantes des sites tumoraux et de la gravité de la maladie :

- 90 % de la clientèle requérant une chirurgie oncologique pour un cancer soupçonné ou confirmé doit être opérée dans un délai de 28 jours ou moins (jours civils) ;
- 100 % de cette clientèle doit être opérée dans un délai de 56 jours ou moins (jours civils). Aucun patient ne doit être en attente plus de 56 jours (jours civils).

À la fin de la période 5 de l'année 2017-2018, la cible de 28 jours a été respectée pour 68,2 % de la clientèle et celle de 56 jours, pour 92,9 % des cas. Il a été observé que, parmi les patients qui ont été opérés dans des délais supérieurs, certains avaient un cancer moins agressif. Il a été suggéré que, pour certains types de cancer, il serait possible de retarder la chirurgie sans causer préjudice à la survie des patients.

La Direction générale de cancérologie a demandé à l'INESSS s'il était justifié de mettre en place des délais maximaux avant le premier traitement en oncologie qui seraient modulés en fonction du siège tumoral. De plus, une revue des pratiques nationales et internationales concernant les normes d'accès aux traitements en oncologie (chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie) a été demandée.

Méthodologie

Afin d'évaluer la pertinence d'établir des délais d'accès au premier traitement en oncologie selon le siège tumoral, une recherche structurée de littérature scientifique a été effectuée. Les documents recherchés comprenaient les revues

systématiques et les revues narratives concernant l'influence des délais avant un premier traitement en oncologie sur la survie des patients ou l'évolution vers des stades plus avancés. Ils comprenaient également les rapports d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, les guides de pratiques et les rapports gouvernementaux ou d'organismes parapublics sur les indicateurs, cibles et systèmes de priorisation concernant les délais d'attente avant le premier traitement en oncologie.

Résultats

Influence des délais avant un traitement en oncologie sur les résultats cliniques selon le siège tumoral

L'Ontario et la Saskatchewan ont publié des rapports concernant la mise en place de normes pour l'accès à la chirurgie oncologique en fonction du site tumoral. Les deux provinces canadiennes ont conclu que le manque de preuves et la faiblesse de la littérature scientifique ne permettaient pas de déterminer des délais maximaux acceptables pour l'accès à la chirurgie oncologique selon le siège tumoral. Une mise à jour de la littérature scientifique basée sur les revues systématiques et narratives a permis d'exposer les limites méthodologiques des études primaires incluses dans les revues qui rendent difficile l'interprétation des résultats. Les conclusions sont contradictoires et ne permettent pas de démontrer une relation entre la durée des délais pour l'accès au traitement en oncologie et le risque de mortalité. Il n'est pas possible de définir un délai maximal à respecter pour ne pas porter préjudice aux patients atteints d'un cancer.

Normes d'accès au premier traitement en oncologie

Les normes d'accès au premier traitement en oncologie rapportées peuvent être décrites selon quatre composantes : l'indicateur, la population ciblée, le délai maximal et la cible d'accès (%). L'indicateur permet de définir l'intervalle de temps entre deux points de repère de la trajectoire de soins. Celui-ci est variable selon les pays ou les provinces. Autant au Canada qu'à l'international, deux principales catégories de normes d'accès au premier traitement en oncologie ont été identifiées. Une première catégorie sans priorisation vise une population totale indépendamment de la gravité de la maladie. Une seconde catégorie avec priorisation vise des populations de patients classées selon la gravité de la maladie et le degré d'urgence de traiter. Une catégorie complémentaire présente des normes d'accès au traitement sous la forme de chemins cliniques qui sont spécifiques pour des types de cancers. Des délais à respecter sont proposés pour chaque étape de la prise en charge des patients.

Description des normes d'accès au traitement en oncologie au Canada et à l'international

L'évaluation des données probantes disponibles a permis de mettre en évidence l'hétérogénéité des normes d'accès au premier traitement mises en place par les différentes instances gouvernementales. Chaque province et chaque pays a

adopté des normes d'accès au traitement en oncologie uniques. Parmi les instances gouvernementales qui ont choisi des normes d'accès sans priorisation, les délais maximaux établis sont variables et basés principalement sur des avis et recommandations d'experts. Certains pays ou provinces ont déterminé des cibles d'accès, c'est-à-dire un pourcentage minimal de patients qui doivent être traités selon le délai prescrit, ce qui permet une certaine latitude à l'équipe médicale afin de juger de la priorité d'un cas. Un cas non prioritaire pourrait ne pas être traité à l'intérieur du délai maximal afin de prioriser l'accès aux cas jugés urgents. Pour les pays ou provinces qui ont mis en place des normes avec priorisation, les niveaux de priorité sont variables et déterminés selon le jugement de l'équipe médicale.

Certains pays et provinces ont élaborés des chemins cliniques spécifiques à un cancer afin de faciliter l'accès aux soins et d'assurer la prise en charge des patients dans des délais acceptables. Les chemins cliniques sont basés en partie sur les guides de pratique clinique. Cependant, peu de guides de pratique comportent des recommandations sur des délais maximaux avant le premier traitement.

Conclusion

La mise en place de stratégies pour assurer un accès au traitement en oncologie dans des délais raisonnables est primordiale. En raison des divergences et de la faible qualité des études disponibles, il est difficile de déterminer des délais maximaux selon les sièges tumoraux. D'autres stratégies de gestion de l'accès aux traitements en oncologie ont été élaborées.

La revue des systèmes utilisés par les différentes instances gouvernementales a permis d'identifier quatre composantes qui doivent être définies pour établir des normes d'accès pour le premier traitement : l'indicateur (ou intervalle de temps mesuré), la population ciblée (avec ou sans priorisation), le délai maximal et la cible d'accès. Cependant, le manque d'uniformité dans la définition des indicateurs et la variabilité des délais maximaux recommandés, issus de consensus d'experts, ne permet pas de démontrer la supériorité d'un système en particulier.

SUMMARY

Approach to managing access to cancer care: a review of the literature and practices

Introduction

Being diagnosed with cancer and waiting for treatment are significant sources of anxiety for patients. Prolonged treatment wait times can increase the risk of the disease progressing to a more advanced stage, increase the severity of the prognosis and potentially reduce the chances of a successful treatment.

Treatment wait times are a major issue in many countries. The availability of physical and human resources requires implementing strategies to ensure access to cancer treatment within a reasonable timeframe. Many countries have therefore instituted standards based on maximum wait times to ensure access to treatment.

Background to the request

In 2012, the Ministère de la Santé et des Services sociaux established two cancer surgery access targets. These targets are independent of tumour site and disease severity:

- 90% of patients requiring oncologic surgery for suspected or confirmed cancer are to be operated on within 28 days or less (calendar days);
- 100% of these patients are to be operated on within 56 days or less (calendar days), and no patient is to wait for more than 56 days (calendar days).

As at the end of period 5 of the year 2017-2018, the 28-day target had been achieved for 68.2% of patients, while the 56-day target had been achieved for 92.9% of cases. It was observed that some of the patients who were operated on after longer waits had less aggressive cancers. It was suggested that, for certain types of cancer, surgery could be delayed without adversely affecting patient survival.

The Direction générale de cancérologie asked INESSS if it would be appropriate to institute maximum initial cancer treatment wait times that would be adjusted according to the tumour site. INESSS was also asked to conduct a review of practices at the national and international levels regarding standards for access to cancer treatment (surgery, radiotherapy and chemotherapy).

Methodology

To determine the relevance of establishing tumour site-based initial cancer treatment wait times, we conducted a structured search of the scientific literature.

The documentation sought included systematic reviews and narrative reviews concerning the impact of initial cancer treatment wait times on patient survival or progression towards more advanced stages. It also included health technology assessment reports, practice guidelines, and reports from government and parapublic bodies on indicators, targets and prioritization systems for initial cancer treatment wait times.

Results

Impact of cancer treatment wait times on clinical outcomes by tumour site

Ontario and Saskatchewan have published reports on instituting tumour site-based standards for access to cancer surgery. Both of these Canadian provinces concluded that acceptable maximum tumour site-based cancer surgery wait times could not be determined because of the lack of evidence and the weakness of the scientific literature. An update of the scientific literature based on systematic and narrative reviews enabled us to identify the methodological limitations of the primary studies included in the reviews that make it difficult to interpret the results. The conclusions are contradictory and do not show a relationship between cancer treatment wait times and the risk of death. It is not possible to define a maximum wait time that needs to be respected so as not to cause any harm to cancer patients.

Standards for access to initial cancer treatment

The standards for access to initial cancer treatment reported in the literature can be described in terms of four components: the indicator, the target population, the maximum wait time and the access target (%). The indicator is used to define the interval between two time points during the care trajectory. It varies according to the country or province. Two main categories of standards for access to initial cancer treatment were identified both at the Canadian and international levels. One category, without prioritization, is intended for an entire population regardless of disease severity. A second category, with prioritization, is intended for patient populations classified according to disease severity and the degree of treatment urgency. A complementary category involves standards for access to treatment in the form of clinical pathways that are specific to certain types of cancer. Time limits are proposed for each stage of patient management.

Description of the standards for access to cancer treatment in Canada and other countries

The examination of the available evidence showed that the standards for access to initial treatment instituted by the different government bodies are heterogeneous. Each province and country has adopted its own standards for access to cancer treatment. For the government bodies that have opted for access standards without prioritization, the maximum wait times established vary and are based mainly on expert opinions and recommendations. Certain countries and provinces have set access targets, an access target being a minimum percentage of patients

who are to be treated within the prescribed time limit, which gives the medical team a certain amount of leeway for assessing the priority of a given case. A non-priority case might not be treated within the maximum wait time in order to give priority access to cases deemed urgent. For countries and provinces that have instituted standards with prioritization, the priority levels vary and are determined according to the medical team's judgment.

Certain countries and provinces have defined clinical pathways specific to certain types of cancer in order to facilitate access to care and to ensure that patients are managed within an acceptable timeframe. Clinical pathways are based in part on clinical practice guidelines. However, few practice guidelines contain recommendations for maximum initial treatment wait times.

Conclusion

It is important to implement strategies for ensuring access to cancer treatment within a reasonable timeframe. Because of the disparities between and the poor quality of the available studies, it is difficult to determine maximum tumour site-based wait times. Other strategies for managing access to cancer treatment have been developed.

The review of the systems used by the different government bodies led to the identification of four components that need to be defined in order to establish standards for access to initial treatment: the indicator (or the measured time interval), the target population (with or without prioritization), the maximum wait time and the access target. However, because of the lack of uniformity in the definitions of indicators and the variability in the recommended maximum wait times, which are based on expert consensus, it cannot be shown that any particular system is superior.

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ATA	Alliance sur les temps d'attente
ACRO	Association canadienne de radio-oncologie
ASCO	American Society of Clinical Oncology
CASP	Critical Appraisal Skills Programme
CCO	Action Cancer Ontario
COMPAQH	Coordination for Measuring Performance and Assuring Quality in Hospitals
DGC	Direction générale de cancérologie
DLCG	Danish Lung Cancer Group
DLCR	Danish Lung Cancer Registry
EAU	European Association of Urology
EBCN	European breast cancer screening network
ETMIS	Évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
EUSOMA	European Society of Breast Cancer Specialists
ESMO	European Society for Medical Oncology
FCASS	Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé
GISMa	Italian group for mammography screening
GPC	Guide de pratique clinique
HAS	Haute Autorité de Santé
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IQ	Indicateurs de qualité
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NABON	National Breast Cancer Organization of the Netherlands
NCCN	National Comprehensive Cancer Network
NCR	Netherlands Cancer Registry
NHS	National Health Service
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NQMC	National Quality Measures Clearinghouse
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network

GLOSSAIRE

Cible d'accès

Proportion de la population ciblée (%) qui doit respecter le délai maximal. Par exemple, une cible de 90 % indique que 90 % de la population ciblée doit recevoir un traitement dans un délai prédéterminé suivant le diagnostic [Direction québécoise de cancérologie, 2012].

Chemins cliniques

Plans de soins structurés et multidisciplinaires conçus pour appuyer l'application des lignes directrices et de protocoles cliniques. Ils sont conçus pour soutenir la gestion des ressources cliniques, non cliniques et financières ainsi que l'audit clinique. Ils fournissent des conseils détaillés pour chaque étape de la prise en charge d'un patient (traitements, interventions, etc.) avec une condition spécifique sur une période donnée, et incluent les progrès et les détails des résultats [Campbell *et al.*, 1998].

Guides de pratique clinique

Recommandations dans l'intention d'optimiser les soins des patients. Les guides de pratique clinique sont documentés par une revue systématique de la littérature scientifique. Ils permettent de pratiquer une médecine cohérente, efficace et efficiente et d'améliorer les résultats pour la santé des patients [Institute of Medicine (IOM), 2011].

Indicateur

Intervalle de temps défini par deux points de repère dans la trajectoire de soins, par exemple, l'intervalle de temps entre le diagnostic et la chirurgie.

Indicateur de qualité

Outils de mesure d'un état de santé, d'une pratique ou de la survenue d'un événement, qui permet d'évaluer de manière valide et fiable la qualité des soins et ses variations dans le temps et l'espace [HAS, 2017].

Population ciblée

Population pour laquelle le délai maximal est recommandé. Celle-ci peut être totale, c'est-à-dire que tous les patients, peu importe la gravité de leur maladie ou le siège tumoral, sont soumis aux mêmes recommandations concernant les délais maximaux. La population ciblée peut être catégorisée en fonction de la gravité de la maladie où un délai maximal est recommandé selon le niveau de priorité.

Temps d'attente

Mesure d'une durée de temps balisé selon la définition de l'indicateur. Il est défini par un délai recommandé pour assurer que la population ciblée reçoit le traitement ou l'intervention. Par exemple, un délai maximal de 31 jours suivant le diagnostic est alloué pour qu'un patient reçoive une chirurgie.

INTRODUCTION

Les délais pour obtenir des soins de santé sont des enjeux importants dans plusieurs pays, en particulier dans le contexte de systèmes de santé avec un financement public [Yun *et al.*, 2012; Janzen et Hadjistavropoulos, 2008]. En oncologie, le diagnostic d'un cancer et l'attente d'un traitement sont des sources importantes d'anxiété pour les patients. La crainte d'une progression de la maladie à un stade plus avancé pouvant aggraver le pronostic global et ainsi réduire les chances de succès du traitement est très présente, tant pour les patients et leurs proches que pour les cliniciens. Cela a potentiellement pour effet de réduire la qualité de vie des patients et de contribuer à diminuer leur satisfaction par rapport au système de santé.

Afin d'assurer l'accès aux soins dans des délais raisonnables, plusieurs pays ont établi des délais maximaux pour l'accès aux traitements et mis en place des stratégies pour atteindre ces objectifs [Viberg *et al.*, 2013]. Plusieurs instances gouvernementales tendent à s'éloigner du principe de délais d'attente fixes pour tous types de cancer pour évoluer davantage vers des délais adaptés à la gravité de la maladie, indépendamment du site tumoral. Au-delà du délai d'attente pour le traitement lui-même, le concept de délai pour l'ensemble de la trajectoire de soins, du premier symptôme au traitement, guide également la mesure de performance.

1.1 Problématique et contexte de la demande

L'accessibilité aux services est un des trois piliers du cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système de santé [MSSS, 2012]. Depuis 2012-2013, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a établi deux cibles d'accès en chirurgie oncologique, tous sites tumoraux confondus, peu importe la gravité de la maladie :

- 90 % de la clientèle requérant une chirurgie oncologique pour un cancer soupçonné ou confirmé doit être opérée dans un délai de 28 jours ou moins (jours civils);
- 100 % de cette clientèle doit être opérée dans un délai de 56 jours ou moins (jours civils). Aucun patient ne doit être en attente plus de 56 jours (jours civils)¹.

À la fin de la période 5 de l'année 2017-2018, la cible de 28 jours et moins a été respectée pour 68,2 % de la clientèle (10 324 cas sur les 15 140 opérés) tandis que la cible de 56 jours ou moins a été respectée dans 92,9 % des cas (1 082 patients ont attendu plus de 56 jours). Parmi les patients qui ont été opérés

¹ Le temps d'attente se calcule à partir de la date de signature de la requête opératoire par le chirurgien jusqu'à la date de réalisation de la chirurgie oncologique.

dans un délai supérieur à 56 jours, on retrouve des cas de cancer de la vessie, de la prostate, de la thyroïde, du rein, de l'endomètre et des cas de cancer de la peau (autres que le mélanome). Il a été suggéré que pour certains cas de cancers considérés comme moins agressifs, il serait possible de retarder la chirurgie sans causer un préjudice aux patients.

Au Canada, certaines provinces ont instauré des normes d'accès à la chirurgie oncologique et des mesures de performance qui tiennent compte du degré de malignité de la maladie. Par exemple, en Ontario, un délai de 84 jours est accepté dans les cas des tumeurs considérées moins agressives afin de favoriser l'accès à la chirurgie des cas plus urgents [CCO, 2006]. De plus, certaines instances gouvernementales proposent des cibles non seulement pour la chirurgie et la radiothérapie, mais également pour l'accès à la chimiothérapie.

La Direction générale de cancérologie (DGC) a demandé à l'INESSS une revue des pratiques nationales et internationales concernant la gestion des délais d'accès aux traitements en oncologie (chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie) ainsi que l'identification des indicateurs existants (définition et cibles à atteindre).

2 MÉTHODOLOGIE

2.1 Question décisionnelle

Est-il justifié de mettre en place des délais maximaux avant le premier traitement en oncologie qui seraient modulés en fonction du degré de malignité tumorale?

2.2 Questions d'évaluation

Les questions suivantes ont guidé les travaux :

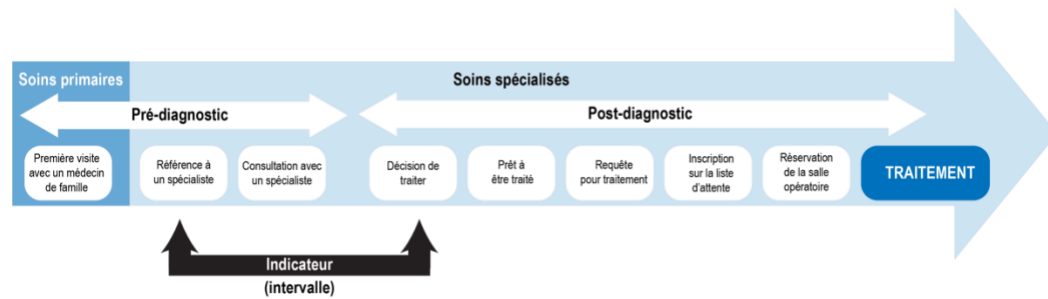
1. Existe-t-il des preuves qui permettraient d'identifier des sièges tumoraux pour lesquels les délais d'accès avant le premier traitement devraient demeurer courts ou, au contraire, pourraient être prolongés, sans porter préjudice au patient en ce qui a trait au succès de son traitement?
2. Quels sont les indicateurs se rapportant aux délais publiés dans la littérature, dans les guides de pratique ou utilisés dans les différents pays, provinces et organismes pour baliser les temps d'attente pour l'accès au premier traitement en oncologie?
3. Quelles sont les références relatives aux délais et les modalités de priorisation adoptées par différentes juridictions nationales et internationales pour l'accès au premier traitement en oncologie?

2.3 Cadre conceptuel

Le présent document porte sur les délais maximaux comme références établies à des fins de gestion et d'évaluation de l'accès au premier traitement en oncologie en temps opportun. Toutefois, il importe de mentionner qu'il n'aborde pas les stratégies de gestion permettant d'offrir l'accès au traitement à l'intérieur des délais maximaux établis.

Le cadre conceptuel selon lequel s'articule la notion de norme d'accès au traitement a été défini selon quatre composantes : 1) l'indicateur, 2) la population ciblée, 3) le délai maximal et 4) la cible d'accès. L'indicateur est défini comme la période entre deux étapes de la trajectoire de soins (intervalle). La figure 1 présente les principales étapes à franchir avant le premier traitement.

Figure 1 Principales étapes avant le premier traitement



L'indicateur peut englober une ou plusieurs de ces étapes. La population ciblée est constituée du groupe de patients pour lequel un délai maximal particulier est établi. Il peut s'agir par exemple d'un groupe de patients à qui est attribué un niveau de priorité élevé pour l'accès au traitement. Finalement, la cible d'accès représente la proportion minimale de patients à qui le traitement doit avoir été dispensé à l'intérieur du délai maximal préétabli. Cette composante est parfois introduite en reconnaissance du fait qu'il est parfois impossible, pour toutes sortes de considérations, de fournir le traitement à tous les patients dans le délai maximal prescrit ([figure 4](#)).

2.4 Stratégie de recherche documentaire

Afin de répondre aux trois questions d'évaluation, une revue structurée de la littérature scientifique et de la littérature grise a été réalisée. Les documents recherchés comprenaient les revues systématiques, les rapports d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (ETMIS), les guides de pratiques et les rapports gouvernementaux ou d'organismes parapublics sur les indicateurs, cibles et systèmes de priorisation concernant les délais d'attente avant le premier traitement en oncologie. La question 1 a aussi fait l'objet d'une analyse des revues systématiques et narratives. Les questions 2 et 3 ont fait l'objet d'une revue structurée.

2.4.1 Sélection de la littérature

La recherche de l'information scientifique a été effectuée en consultant les bases de données bibliographiques MEDLINE (PubMed) et Embase. Les mots clés sélectionnés et la stratégie adoptée pour répondre aux questions d'évaluation sont présentés à l'[annexe A](#). Une première recherche, limitée aux articles en français ou en anglais publiés entre 2010 et 2018, a été réalisée le 27 mars 2018. Cette recherche visait les revues traitant de l'influence des délais avant le premier traitement en oncologie sur la survie du patient ou l'évolution vers un stade plus avancé. Les éléments précisant les critères d'inclusion qui ont guidé la recherche documentaire sont présentés au tableau 1

La liste des références des publications retenues a aussi été consultée afin de faciliter le repérage des études pertinentes que la stratégie de recherche de la littérature aurait pu omettre.

Tableau 1 Éléments et critères d'inclusion et d'exclusion pour la sélection des revues systématiques et narratives

ÉLÉMENTS	CRITÈRES D'INCLUSION	CRITÈRES D'EXCLUSION
POPULATION	Patients atteints d'un cancer* traités en intention curative	Patients traités en intention palliative
INTERVENTION	Traitement de première intention : • chirurgie • radiothérapie • thérapie systémique	Imagerie, biopsie ou autres interventions diagnostiques
COMPARATEURS	Différents délais avant le premier traitement	s.o.
RÉSULTATS	• Survie (sans maladie ou globale) • Évolution des stades	s.o.
MOMENT	Délais jusqu'au premier traitement	Délais entre 2 traitements
CONTEXTE	Système de santé public ou privé	s.o.

Abréviation : s.o. : sans objet

* côlon/rectum, peau/mélanome, poumon, prostate, rein, sein, thyroïde, utérus (endomètre) et vessie

Pour les questions d'évaluation 2 et 3, les types de publications sélectionnées comprenaient les articles scientifiques sur les normes ou les modalités de priorisation pour l'accès au traitement en oncologie et leurs indicateurs. Les éléments qui précisent les critères de sélection qui ont guidé la recherche documentaire sont les suivants :

- les populations visées sont constituées des patients atteints d'un cancer traités en intention curative et pris en charge par un système de santé public ou privé;
- les traitements de première intention incluent la chirurgie, la radiothérapie et la thérapie systémique;
- les résultats recherchés incluent la description des indicateurs de délais (dans le contexte, habituellement définis comme le délai pour franchir un intervalle donné dans la trajectoire de soins), des délais maximaux prescrits, des cibles d'accès et des modalités de priorisation pour l'accès au premier traitement (selon le type de cancer ou générale).

Une recherche de la littérature grise a également été effectuée et a été orientée en fonction de trois types de sources :

1. les rapports gouvernementaux ou d'organismes/agences parapublics;
2. les rapports d'organismes qui travaillent en ETMIS;
3. les organismes ou associations qui publient des guides ou des lignes directrices.

Un aperçu des sites Internet des institutions gouvernementales et des organismes/agences parapublics qui ont été consultés est présenté au tableau B-1 de l'[annexe B](#). Afin de limiter les délais de production lorsque les résultats étaient présentés en fonction des sièges tumoraux, seuls certains d'entre eux ont été sélectionnés : côlon/rectum, peau/mélanome, poumon, prostate, rein, thyroïde, utérus (endomètre) et vessie. Dans de tels cas, l'information recherchée concernait les propositions de délais maximaux avant le premier traitement par site de cancer, ainsi que des informations liées à l'urgence d'intervenir.

Pour ce qui est des rapports d'ETMIS, afin de limiter les délais de production, six organismes reconnus internationalement ont été retenus ([annexe C](#)).

Les guides et lignes directrices de six organismes reconnus en oncologie ont été retenus ([annexe C](#)). Tous autres provinces, pays, agences, associations ou organismes proposant des cibles de délais qui auront été identifiées en cours de recherche ont également été retenus.

Le moteur de recherche Google a aussi été interrogé. Les principaux mots clés utilisés ont été : *waiting/wait time policy*, *waiting/wait time target*, *cancer target*, *maximum waiting time*, *health government*, *health policy*. Chaque mot clé a aussi été associé à un pays afin de filtrer la recherche.

La recherche a été effectuée par le service de documentation et deux professionnels scientifiques (DA et GB).

2.5 Extraction des données

L'extraction des données a été effectuée par le professionnel scientifique responsable du dossier (DA) selon un formulaire comprenant la liste des paramètres suivants :

Littérature grise

Selon les différents pays, provinces ou organismes, les paramètres suivants ont été extraits :

- Description des indicateurs (intervalles de temps);
- Description des délais maximaux et des cibles d'accès;
- Description des modalités de priorisation pour l'accès au traitement en oncologie (catégories de priorisation) et la justification des choix.

Revue systématique

Les paramètres suivants ont été extraits : l'objectif de la revue, les bases de données consultées, la période visée par la recherche, le nombre d'études retenues, les sites tumoraux et les résultats cliniques.

Lignes directrices et guides de pratique

Les paramètres suivants ont été extraits : les recommandations ayant trait aux délais avec la méthode de gradation du niveau de preuve et de la force de recommandation, s'il y a lieu.

La vérification des données numériques extraites a été réalisée par un deuxième professionnel scientifique (GB). Les désaccords ont été réglés par consensus avec le coordonnateur scientifique (JB).

2.6 Évaluation de la qualité méthodologique des revues systématiques

La qualité méthodologique des revues systématiques sans méta-analyse a été évaluée avec la grille CASP (acronyme de l'anglais Critical Appraisal Skills Programme) ([annexe O](#)).

3 RÉSULTATS

3.1 Mise en garde concernant les faiblesses de la littérature

Les données présentées dans ce rapport sont principalement issues de la littérature grise. La majorité de l'information provient de sites Internet gouvernementaux, d'organismes ou d'associations scientifiques. Les données sont descriptives et souvent peu référencées. La méthodologie utilisée pour formuler certaines recommandations concernant les délais maximaux acceptables pour l'accès au traitement en oncologie est souvent absente. Il est important de prendre en considération les limites associées à la recherche documentaire de la littérature grise, qui n'est pas systématique, ainsi que celles liées aux résultats extraits, qui souvent ne sont pas référencés ou soutenus par des données scientifiques de qualité élevée.

3.2 Influence des délais avant un traitement en oncologie sur les résultats cliniques selon le siège tumoral

3.2.1 Mise en contexte

La recherche de la littérature relative à cette section avait pour objectif de déterminer si l'ensemble des données probantes permettraient d'appuyer l'instauration de modalités de priorisation pour l'accès aux soins en fonction de critères cliniques ou en fonction de sièges tumoraux. Compte tenu de l'important volume de patients atteints de cancer et des limites d'accès aux plateaux techniques, de tels critères permettraient d'optimiser les temps d'attente, en fonction de la sévérité de la maladie, sans compromettre les chances de succès des traitements.

Une recherche préliminaire de la littérature scientifique a permis de constater qu'un nombre important d'études primaires traitant d'un cancer spécifique ont été publiées concernant l'influence des délais sur les résultats cliniques (survie et évolution des stades). Cependant, une analyse de ces études a permis d'observer que celles-ci comportaient des faiblesses et des limites importantes qui ont également été exposées dans deux rapports publiés par des provinces canadiennes incluant une revue systématique de la littérature. La recherche de littérature scientifique s'est limitée aux revues systématiques et narratives.

3.2.1.1 Rapports de provinces canadiennes

Deux provinces canadiennes ont évalué la pertinence de gérer les délais d'attente pour l'accès au traitement en oncologie selon le siège tumoral et ont émis des recommandations sur les délais optimaux pour l'accès au traitement [FCASS, 2013; CCO, 2006].

3.2.1.1.1 Ontario

En 2004, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario a mandaté Action Cancer Ontario (Cancer Care Ontario, CCO) pour établir des normes d'accès pour la chirurgie oncologique. Leur objectif était de mettre au point des outils de priorisation et d'établir des délais maximaux pour l'accès à la chirurgie oncologique [CCO, 2006]. Une revue systématique de la littérature scientifique a été effectuée afin d'évaluer si des délais avant le diagnostic ou la chirurgie oncologique pouvaient influencer la survie des patients. De plus, une recherche de littérature grise a été effectuée afin de repérer des rapports qui ont défini des délais d'attente acceptables ou excessifs pour des types de cancers spécifiques. Les auteurs ont sélectionné 53 études primaires concernant l'influence des délais pour l'accès à la chirurgie oncologique sur les résultats cliniques. Plusieurs limites ont été soulevées par les auteurs:

- Pour certains types de cancer, aucune littérature n'a été repérée;
- Les intervalles de temps pour mesurer les délais d'attente étaient différents d'une étude à l'autre;
- Aucune des études ne constituait des essais randomisés, et la majorité d'entre elles étaient rétrospectives;
- Les données ne permettaient pas d'arriver à une conclusion quant à la relation entre les temps d'attente et les résultats cliniques.

Les auteurs du rapport ont mentionné que la recherche de la littérature n'avait pas permis d'établir des délais maximaux acceptables pour l'accès au premier traitement selon les types de cancer [CCO, 2006].

3.2.1.1.2 Saskatchewan

En 2013, le ministère de la Santé de la Saskatchewan et la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé ont coproduit un rapport visant à soutenir la mise en place de normes concernant les délais maximaux pour l'accès à la chirurgie oncologique ainsi qu'à recueillir et à rapporter les données sur la prestation de soins chirurgicaux urgents en oncologie [FCASS, 2013]. Le rapport soutenait l'initiative chirurgicale de la Saskatchewan qui visait à établir des délais maximaux consensuels pour l'accès aux traitements en chirurgie oncologique. Tout comme en Ontario, une partie de la démarche a consisté à consulter la littérature scientifique concernant l'influence des délais pour l'accès à la chirurgie oncologique sur les résultats cliniques selon les différents sièges tumoraux. Seulement quelques études ont été retenues, et aucune étude n'était randomisée. Les auteurs ont soulevé plusieurs limites qui ont rendu la comparaison des études difficile :

- Différences dans les intervalles de temps pour mesurer les délais (diagnostic jusqu'à la chirurgie, apparition des symptômes jusqu'à la chirurgie, etc.);

- Type d'études (principalement des études rétrospectives);
- Aucun ajustement pour des variables pronostiques;
- Petit échantillon;
- Faible nombre d'études.

Les auteurs ont indiqué que bien qu'il soit clair que l'évolution de certaines maladies et la gravité de celles-ci peuvent être affectées par des délais prolongés et cumulatifs dans la cascade d'interventions à partir du soupçon de cancer jusqu'au premier traitement, les données actuelles ne sont pas assez robustes pour formuler des recommandations définitives en ce qui concerne les délais maximaux pour l'accès à la chirurgie oncologique selon les sièges tumoraux. Les auteurs ont conclu que l'état actuel des données disponibles ne permet pas de faire le lien entre les délais d'accès pour la chirurgie et les résultats défavorables et ne devrait pas être un facteur clé influençant la prise de décision pour recommander des délais acceptables avant la chirurgie oncologique. Selon les auteurs, les pratiques dans d'autres provinces ou pays fournissent des informations plus significatives à cette fin [FCASS, 2013].

3.2.1.2 En bref – rapports de provinces canadiennes

Deux provinces canadiennes ont publié des rapports pour la mise en place de normes permettant de gérer efficacement les délais d'attente pour l'accès à la chirurgie oncologique en fonction d'un site tumoral spécifique. Les deux rapports concluent que le manque de preuve et la faiblesse de la littérature scientifique ne permettent pas d'établir des délais maximaux pour l'accès à la chirurgie oncologique selon le siège tumoral. Elles ont proposé des classes de priorisation en fonction de l'urgence d'intervenir.

3.2.2 Données de la littérature scientifique

Une revue de la littérature ciblant les revues systématiques et narratives a été effectuée afin d'évaluer si les données scientifiques actuelles permettent d'établir une relation entre les délais d'accès aux traitements en oncologie et la survie des patients atteints d'un cancer. Les résultats publiés par ces revues permettent d'avoir un aperçu des preuves actuelles dans le but d'évaluer si les délais pour l'accès au traitement pour un cancer spécifique affectent la survie des patients.

Littérature sélectionnée

La recherche de la littérature a permis de sélectionner les publications suivantes concernant l'influence des délais avant les traitements en oncologie sur les résultats cliniques selon le siège tumoral :

- Deux revues systématiques [Alexander *et al.*, 2017; Neal *et al.*, 2015];
- Une revue narrative [Elit, 2015].

3.2.2.1 Présentation et objectifs des revues

3.2.2.1.1 Revue systématique d'Alexander et collaborateur [2017]

La revue systématique d'Alexander avait pour objectif d'évaluer l'association entre le délai avant la chimiothérapie et la survie chez des patients atteints d'un cancer (six cancers prioritaires : sein, colorectal, lymphome, myélome, poumon et ovaire) [Alexander *et al.*, 2017]. Cette revue a été entreprise dans le but d'implanter des politiques en santé visant à réduire les temps d'attente dans les hôpitaux de Victoria, en Australie, et pour permettre l'élaboration de lignes directrices concernant les délais maximaux à respecter avant le début de la chimiothérapie. Dans cette étude, les auteurs ont considéré différents intervalles de temps représentant différents temps d'attente dans la prise en charge des patients. Les résultats décrits représentent uniquement les temps d'attente jusqu'au premier traitement (excluant les délais entre deux traitements), disponibles seulement pour le cancer du poumon, un cancer fréquent et ciblé dans la requête ministérielle ([section 2](#)).

Onze études ont été retenues. Huit études portaient sur le cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) et trois sur le cancer du poumon à petites cellules (CPPC). Autant dans un contexte de CPNPC que de CPPC, les résultats sont contradictoires concernant l'influence d'un délai prolongé jusqu'au premier traitement sur la survie (tableau D-1, [annexe D](#)). La définition des intervalles, les comparateurs (durée des délais) et les contextes étaient variables entre les études, ce qui a pu influencer les résultats. Les auteurs ont conclu que le moment optimal pour commencer la chimiothérapie n'était pas clair. Cependant, ils ont mentionné que la croissance rapide de la tumeur et le pronostic défavorable laissent croire que les délais devraient être évités [Alexander *et al.*, 2017].

Au regard des informations disponibles dans l'article d'Alexander, il est à noter que plusieurs des études incluses ont admis une certaine proportion de patients traités en intention palliative, un contexte clinique qui n'est pas pertinent dans le cadre du présent document. De plus, on ne mentionne pas si, dans les études incluses, les groupes comparés avaient des caractéristiques similaires ni si des méthodes permettant de limiter l'effet de facteurs confusionnels ont été utilisées.

3.2.2.1.2 Revue systématique de Neal et ses collaborateurs [2015]

La revue systématique de Neal a évalué si le délai entre le moment du diagnostic et les traitements a une influence sur les résultats cliniques, chez des patients symptomatiques atteints d'un cancer [Neal *et al.*, 2015]. La revue a inclus 177 publications rapportant les résultats de 209 études concernant 29 types de cancers. Seules les données des études concernant le cancer colorectal, de l'endomètre, du poumon, de la prostate, du rein, du sein et de la vessie ont été rapportées.

Pour chaque type de cancer, les résultats des études sont contradictoires. D'une part, certaines études ont démontré une association positive entre le délai et les résultats cliniques, c'est-à-dire qu'une prolongation du délai diminue les chances de survie ou favorise une évolution des stades. Au contraire, certaines études ont montré que la prolongation des délais favorise les chances de survie. Cette observation pourrait être le reflet du « paradoxe des temps d'attente » rapporté par Crawford et ses collaborateurs en 2002, qui s'expliquerait par le fait que les patients présentant une maladie agressive et de moins bon pronostic consulteraient généralement tôt et seraient aussi traités plus rapidement que ceux qui ont un bon pronostic, introduisant ainsi un biais [Crawford *et al.*, 2002]. D'autre part, certaines études ne démontrent aucune association entre les délais et la survie (tableau E-1, [annexe E](#)).

Malgré le nombre important d'études incluses dans l'analyse, les auteurs ont rapporté un consensus modéré concernant l'association entre les intervalles de temps et les résultats cliniques. Ils ont noté que les données probantes étaient plus nombreuses pour le cancer du sein et le cancer colorectal, mais l'hétérogénéité dans les intervalles comparés a rendu impossible toute conclusion sur la durée maximale de délai acceptable. Cependant, les auteurs ont conclu qu'il était raisonnable d'assumer qu'un diagnostic rapide et la prise en charge qui s'en suit seraient bénéfiques pour le patient en matière d'évolution des stades, d'augmentation des chances de survie et de qualité de vie des patients [Neal *et al.*, 2015].

La qualité de l'ensemble des études retenues dans la revue a été qualifiée par les auteurs de variable. Parmi les limites relevées, on mentionne que la représentativité des échantillons n'était pas rapportée dans plusieurs articles et que peu d'études ont fait des ajustements en fonction de facteurs confusionnels ou des tentatives de minimisation des biais.

3.2.2.1.3 Revue narrative d'Elit [2015]

Dans une revue éditoriale, Laurie Elit a dressé un portrait d'études qui ont évalué la relation entre les temps d'attente avant la chirurgie oncologique et la survie globale de patients atteints d'un cancer [Elit, 2015]. Pour chaque site tumoral, les conclusions des études divergent quant à savoir si le délai entre le diagnostic et la chirurgie a une influence sur la survie. L'auteure a mentionné que la faible qualité des études, le devis et la nature rétrospective des études impliquent des biais importants et que l'information concernant les stades et l'histologie des cancers est absente dans plusieurs études. La variabilité dans les comparateurs (durée des délais) rend difficile la comparaison entre les études [Elit, 2015]. Le tableau F-1 de l'[annexe F](#) présente un sommaire des résultats pour certains cancers.

3.2.2.2 En bref – revues systématiques et narratives

Pour chaque type de cancer, les résultats des études sont contradictoires. Certaines ont démontré qu'un délai prolongé augmente les risques de mortalité ou favorise une évolution des stades, tandis que d'autres études n'ont démontré aucune relation, allant même jusqu'à proposer une relation inverse, c'est-à-dire qu'un délai prolongé permettait l'augmentation des chances de survie.

La nature rétrospective des études, l'hétérogénéité des comparateurs, l'absence d'ajustement pour les biais et le manque de consensus sur la définition des intervalles pour mesurer les délais pourraient expliquer ces résultats variables. Ainsi, aucun consensus issu de la littérature scientifique ne permet d'établir un délai maximal acceptable pour le traitement d'un cancer spécifique.

Cependant, malgré le manque de preuves, les auteurs des revues systématiques s'entendent sur la pertinence de traiter la maladie le plus rapidement possible afin de diminuer l'anxiété des patients, d'augmenter les chances de succès des traitements et d'assurer une meilleure qualité de vie.

3.2.3 Constats

- L'Ontario et la Saskatchewan ont conclu que le manque de preuves et la faiblesse de la littérature scientifique ne permettent pas d'établir des délais maximaux acceptables pour l'accès à la chirurgie oncologique selon le siège tumoral.
- Les revues systématiques et narratives répertoriées ont mené aux conclusions suivantes :
 - Les études primaires incluses dans les revues comportent plusieurs limites méthodologiques qui rendent difficile l'interprétation;
 - Les résultats des études incluses sont contradictoires et ne permettent pas de démontrer qu'un délai prolongé avant le traitement en oncologie augmente les risques de mortalité ou favorise la progression de la maladie vers des stades avancés;
 - Les résultats des revues systématiques ne permettent pas de définir un délai maximal à respecter pour donner un premier traitement afin de ne pas porter préjudice aux patients atteints d'un cancer;
 - Malgré le manque de preuves, les auteurs de ces études recommandent, en général, de traiter rapidement les cancers afin de diminuer l'anxiété des patients, d'augmenter la qualité de vie et augmenter les chances de succès du traitement.

3.3 Normes d'accès au traitement au premier traitement en oncologie

Littérature sélectionnée

L'ensemble de l'information présentée dans cette section est issu de la littérature grise. Pour les données canadiennes, les résultats ont été extraits principalement des sites Internet des gouvernements et agences de santé ou de rapports gouvernementaux publiés ([annexe B](#)). Pour les données internationales, la majorité des informations sont issues de l'étude de Viberg et ses collaborateurs. Cette étude avait pour objectif de décrire comment les pays mesurent les temps d'attente. Elle a permis d'identifier 13 pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) qui surveillent et publient des données sur les temps d'attente pour les chirurgies [Viberg *et al.*, 2013]. Les sites gouvernementaux ont également été consultés pour compléter l'information ([annexe B](#)).

3.3.1 Normes d'accès au premier traitement en oncologie

3.3.1.1 Composantes des normes d'accès

La recherche documentaire a permis de mettre en évidence la complexité et la variabilité des différents systèmes de gestion des temps d'attente pour le traitement en oncologie autant parmi les provinces que les pays. Afin d'uniformiser la description des différentes catégories de références, chacun de ces systèmes a été défini en fonction de quatre composantes :

- l'indicateur (intervalle de temps dans la trajectoire de soins; variable selon les provinces ou les pays);
- la population ciblée;
- le délai maximal;
- la cible d'accès.

Ces composantes ont été choisies comme base conceptuelle afin de structurer la description des normes d'accès adoptées par les différentes juridictions dont il sera question dans les sections qui suivent. Les quatre composantes sont expliquées dans la section sur le cadre conceptuel ([section 2.3](#)) et illustrées à la figure 4 ([section 3.3.1.2](#)).

3.3.1.1.1 Variabilité des indicateurs

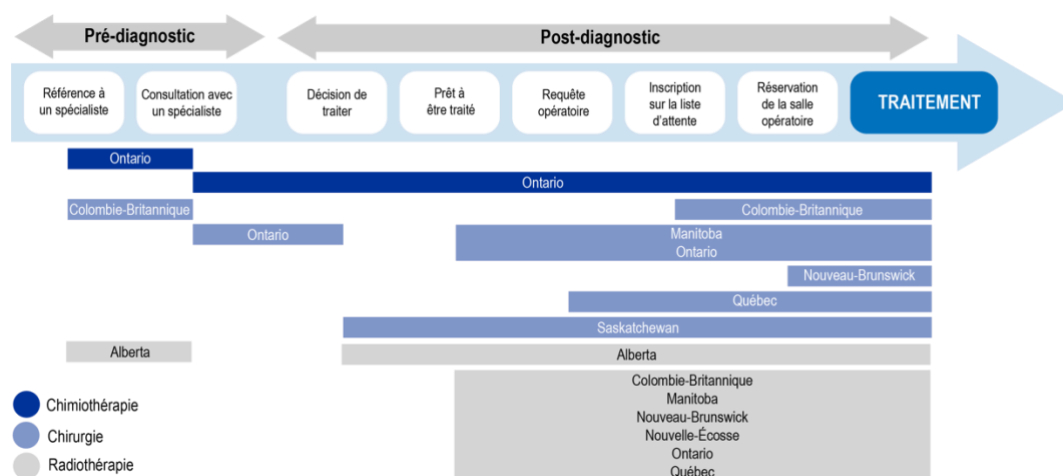
Une composante essentielle à l'évaluation des délais d'attente pour l'accès aux traitements en oncologie est la définition de l'indicateur (l'intervalle mesuré dans la trajectoire de soins). Lors de la prise en charge clinique d'un patient soupçonné d'être atteint d'un cancer, plusieurs étapes précéderont le premier traitement. Certaines d'entre elles sont nécessaires pour la confirmation du diagnostic

(examen clinique, imagerie, tests de laboratoire, consultation avec le spécialiste) tandis que d'autres suivent le diagnostic (décision de traiter, inscription sur la liste d'attente, planification du traitement). Il est à noter que, dans le contexte des délais d'attente, les indicateurs de qualité sont presque toujours définis comme la durée pour franchir un intervalle dans la trajectoire de soins. Puisque, dans la littérature, la notion de temps est presque toujours implicite lorsqu'il est question de l'intervalle, cette composante est souvent rapportée sous forme d'indicateur.

Normes d'accès canadiennes

La recherche documentaire a permis de mettre en évidence le manque d'uniformité dans la définition des indicateurs concernant les délais d'attente pour l'accès au traitement en oncologie au Canada. Chaque province définit ceux-ci de manière différente, ce qui fait en sorte que la comparaison des temps d'attente entre les provinces est difficile. Certaines, dont l'Ontario, la Colombie-Britannique et l'Alberta, mesurent les délais d'attente avant le diagnostic et avant le traitement, tandis que la majorité des provinces mesurent et rapportent les délais associés au traitement à une étape suivant la confirmation du diagnostic uniquement. La figure 2 illustre les différents indicateurs utilisés par les provinces canadiennes pour mesurer et rapporter les temps d'attente pour la chimiothérapie, la chirurgie oncologique et la radiothérapie.

Figure 2 Variabilité des indicateurs utilisés pour mesurer les temps d'attente pour l'accès au traitement en oncologie au Canada



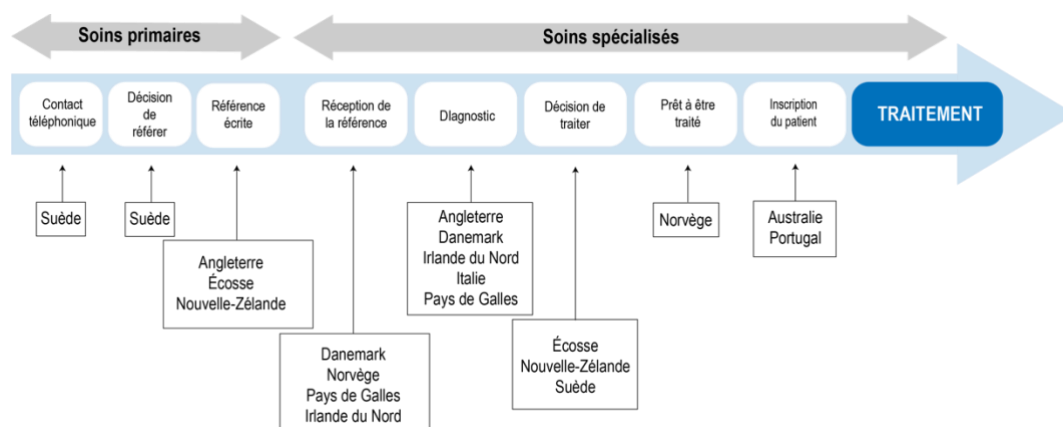
Indicateurs utilisés par les provinces canadiennes afin de mesurer et de rapporter les temps d'attente pour l'accès au traitement en oncologie (chimiothérapie, chirurgie et radiothérapie). L'étendue de chaque bande correspond à l'intervalle couvert par l'indicateur.

Normes d'accès internationales

L'étude de Viberg a permis de décrire les normes d'accès utilisées par certains pays membres de l'OCDE afin de mesurer les temps d'attente et d'examiner s'il était possible de les comparer [Viberg *et al.*, 2013]. Les données recensées dans cette étude ne sont pas spécifiques pour les traitements en oncologie, mais

permettent de mettre en lumière la variabilité des systèmes utilisés à l'international. À l'instar des provinces canadiennes, les définitions des indicateurs servant à mesurer et à rapporter les délais pour l'accès au traitement en oncologie sont variables d'un pays à l'autre. La figure 3 illustre les différents indicateurs à partir desquels les temps d'attente sont mesurés par les différents pays, autant au niveau des soins primaires que des soins spécialisés.

Figure 3 Variabilité des indicateurs pour mesurer les temps d'attente pour l'accès au traitement dans certains pays membres de l'OCDE



Indicateurs à partir desquels les temps d'attente sont mesurés dans différents pays de l'OCDE. (adapté de Viberg *et al.*, 2013)

3.3.1.1.2 En bref – normes d'accès

Les normes d'accès rapportées dans la littérature peuvent être décrites selon quatre composantes : l'indicateur, la population ciblée, le délai maximal et la cible d'accès. Les indicateurs permettent de mesurer et de rapporter les temps d'attente pour l'accès au traitement en oncologie. Ceux-ci sont variables; les étapes choisies dans la trajectoire de soins pour déterminer le début de l'intervalle qui définit l'indicateur sont multiples. Le manque d'uniformité rend difficile la comparaison.

3.3.1.2 Principales catégories de normes d'accès au premier traitement en oncologie

Deux principales catégories de normes d'accès au premier traitement en oncologie ont été identifiées, autant au Canada que dans certains pays membres de l'OCDE. Une catégorie complémentaire spécifique aux sièges tumoraux a également été relevée :

- Catégorie A : **sans priorisation** ([section 3.4.2](#));
- Catégorie B : **avec priorisation** ([section 3.4.3](#));
 - Normes d'accès **sous forme de chemins cliniques (C)** ([section 3.4.4](#)).

La figure 4 illustre la conceptualisation des deux principales catégories de normes d'accès au premier traitement en oncologie et la relation avec les chemins cliniques (catégorie complémentaire).

3.3.1.2.1 Catégorie sans priorisation (A)

Selon l'indicateur choisi, des délais maximaux sont recommandés pour que les patients reçoivent un traitement ou une intervention. La population ciblée est la population totale. Les délais maximaux sont indépendants du siège tumoral et ceux-ci doivent être respectés autant pour un patient atteint d'un cancer invasif que pour un patient atteint d'un cancer moins agressif. Les délais maximaux peuvent être associés à une cible d'accès, c'est-à-dire une proportion minimale de patients qui doivent être traités selon les délais maximaux déterminés. Ainsi, selon le jugement des équipes médicales, ces délais peuvent ne pas être respectés pour des cas moins urgents afin de favoriser l'accès à ceux plus urgents ([section 3.4.2](#)) ([figure 4 \[A\]](#)).

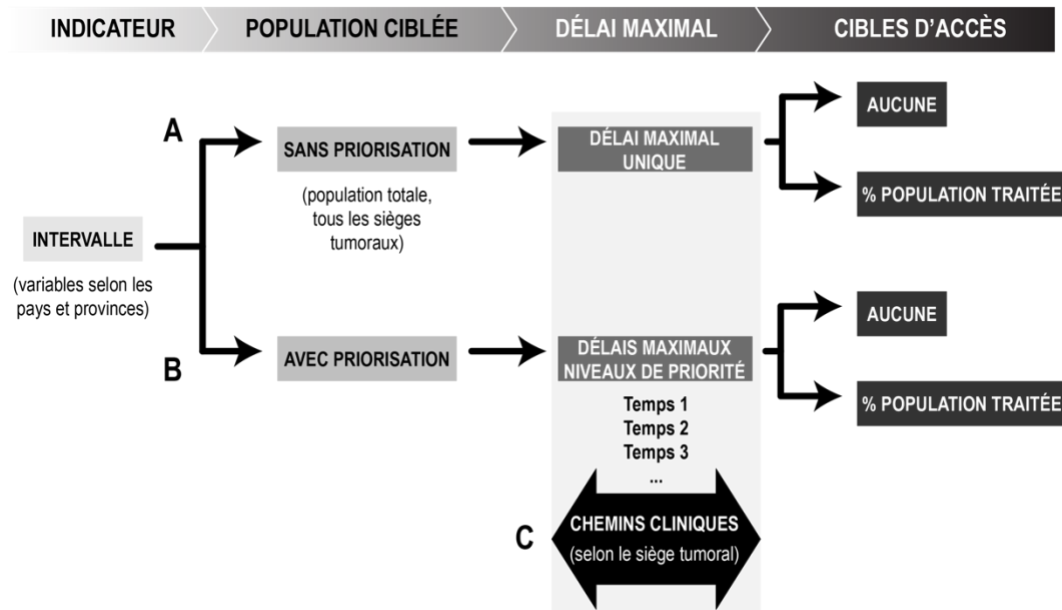
3.3.1.2.2 Catégorie avec priorisation (B)

Certains cancers sont plus agressifs et doivent être traités plus rapidement, alors que d'autres ont une croissance lente et ne nécessitent pas une attention immédiate. Certains pays et certaines provinces canadiennes utilisent un système avec priorisation. Le personnel traitant, en fonction du jugement clinique, assigne un niveau de priorité au patient selon son type de cancer, son évaluation clinique, son état et ses besoins du patient. La population ciblée est ainsi catégorisée selon la gravité des cas. Chacun des niveaux de priorité est associé à un délai maximal afin de favoriser l'accès aux soins des cas plus urgents tout en prenant en considération la prise en charge des cancers moins agressifs. Tout comme la catégorie sans priorisation, des cibles d'accès peuvent être associées à chacun des délais maximaux recommandés ([section 3.4.3](#)) ([figure 4 \[B\]](#)).

3.3.1.2.3 Normes d'accès sous forme de chemins cliniques (C)

Les chemins cliniques sont des plans de soins structurés et multidisciplinaires conçus pour appuyer la mise en œuvre des lignes directrices et de protocoles cliniques. Ceux-ci sont spécifiques pour un siège tumoral. Ils permettent de faciliter la prise en charge des patients atteints d'un cancer et d'assurer que les interventions ou les traitements sont donnés selon les délais maximaux recommandés ([section 3.4.4](#)) ([figure 4 \[C\]](#)).

Figure 4 Conceptualisation des composantes qui définissent les normes d'accès au premier traitement en oncologie et les principales catégories identifiées



Conceptualisation des quatre composantes qui permettent de définir les différentes catégories des normes d'accès au premier traitement en oncologie : l'**indicateur**, la **population ciblée**, les **temps d'attente** et la **cible d'accès**. Deux principaux systèmes ont été identifiés.

3.3.1.2.4 En bref – principales catégories de normes d'accès au traitement

Deux principales catégories de normes d'accès au traitement en oncologie ont été identifiées. Une première catégorie sans priorisation comprend tous les patients et est basée sur des recommandations de délais maximaux pour recevoir un traitement, et ce indépendamment de la gravité de la maladie. Des cibles d'accès peuvent être associées aux délais maximaux. Une deuxième catégorie avec priorisation vise différents groupes de patients classés sur une classification en fonction de la gravité de la maladie. Finalement, les normes d'accès au traitement sont parfois articulées sous forme de chemins cliniques, qui sont spécifiques pour chaque type de cancer.

3.3.2 Limites

La totalité de l'information rapportée concernant les normes d'accès au traitement en oncologie pour les provinces canadiennes provient d'une recherche documentaire de la littérature grise et comporte des faiblesses :

- recherche documentaire non systématique (omission possible d'information);
- sources d'informations issues principalement des sites Internet gouvernementaux, d'agences ou d'organismes qui interviennent dans le domaine du cancer;
- absence de références permettant d'appuyer les systèmes adoptés.

Pour les données internationales, l'information provient d'une seule publication et les données rapportées ne sont pas spécifiques au traitement du cancer. L'information a été complétée avec une recherche de littérature grise, principalement des sites Internet, comportant les mêmes faiblesses que celles relevées pour les provinces canadiennes.

3.3.3 Constats

- Quatre composantes définissent les catégories de normes d'accès au premier traitement en oncologie :
 - l'indicateur (intervalle de temps entre deux points de repère dans le continuum de soins, variable selon les provinces ou pays);
 - la population ciblée;
 - le délai maximal;
 - la cible d'accès (%).
- Deux principales catégories de normes d'accès au premier traitement en oncologie ont été identifiées :
 - catégorie **sans priorisation** (population ciblée totale);
 - catégorie **avec priorisation** (population ciblée selon le degré d'urgence de traiter).
 - Une catégorie complémentaire présente les normes d'accès au traitement sous la forme de **chemins cliniques** spécifiques pour des types de cancer; des délais à respecter pour chaque étape de la prise en charge sont proposés.

3.4 Description des normes d'accès au traitement en oncologie adoptées au Canada et à l'international

L'objectif de cette section est de décrire les normes d'accès mises en place par les provinces canadiennes et certains pays membres de l'OCDE pour baliser les temps d'attente pour l'accès au premier traitement en oncologie.

Littérature sélectionnée

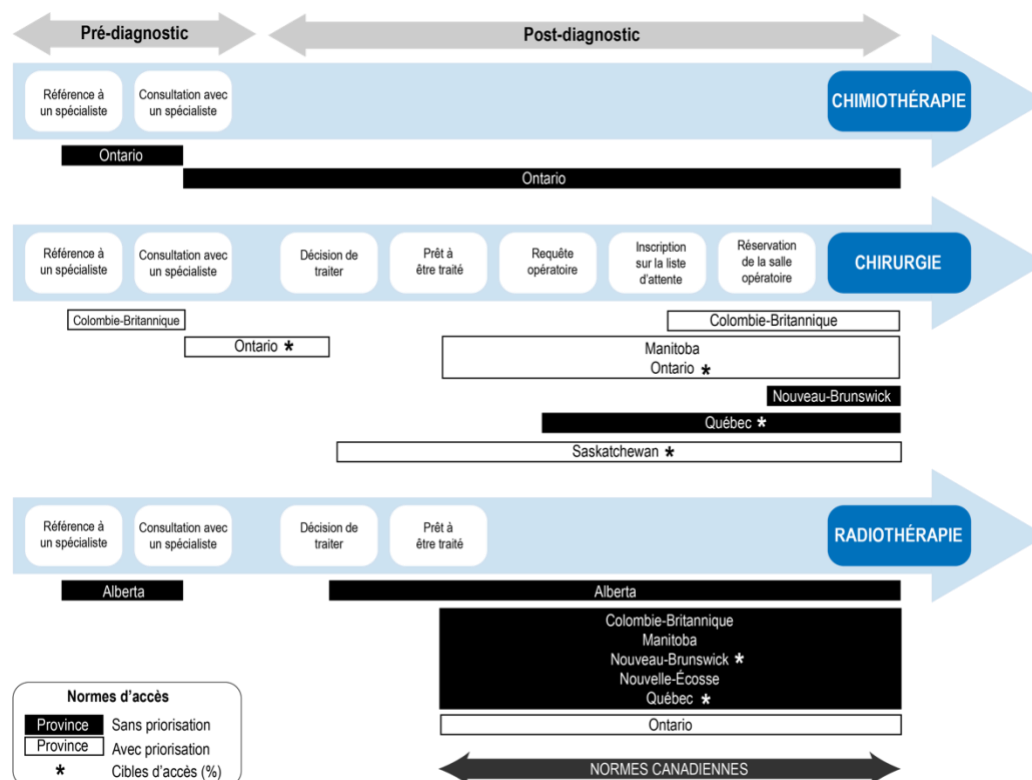
L'ensemble de l'information présentée dans cette section est issue de la littérature grise. Pour les données canadiennes, les résultats ont été extraits principalement des sites Internet des gouvernements et agences de santé ou de rapports gouvernementaux publiés ([annexe B](#)). Pour les données internationales, la majorité des informations sont issues d'un rapport sur les politiques en santé de l'OCDE concernant les temps d'attente [Siciliani *et al.*, 2013]. Dans ce rapport, les auteurs ont décrit les caractéristiques des systèmes de santé de 13 pays membres de l'OCDE et les stratégies utilisées afin de gérer les temps d'attente en santé. Parmi les 13 pays qui ont adopté des normes d'accès pour la gestion des temps d'attente, cinq ont émis des recommandations spécifiques concernant l'accès au traitement en oncologie : le Danemark, l'Italie, la Norvège, le Portugal et le Royaume-Uni (Angleterre, Écosse, Irlande du Nord et Pays de Galles). L'Australie, la Nouvelle-Zélande et la Suède ont des politiques d'accès pour le traitement qui ne sont pas spécifiques au cancer. Cependant, une recherche approfondie de la littérature grise a permis de déterminer qu'ils ont également des stratégies d'accès au traitement en oncologie ([annexe B](#)).

3.4.1 Description sommaire des normes d'accès au premier traitement en oncologie

3.4.1.1 Provinces canadiennes

La gestion de l'accès au traitement en oncologie est unique pour province et des stratégies variables, qui impliquent des normes d'accès sans priorisation ou avec priorisation, sont implantées pour assurer des délais d'accès acceptables. Certaines provinces ont adopté des normes d'accès autant pour la chimiothérapie, la chirurgie que la radiothérapie, tandis que d'autres en ont uniquement pour un type de traitement. La figure 5 illustre la variabilité des normes implantées par les provinces canadiennes pour gérer l'accès à la chimiothérapie, à la chirurgie oncologique et à la radiothérapie. Un résumé des normes adoptées par les provinces canadiennes est présenté à l'[annexe G](#).

Figure 5 Sommaire des normes d'accès au premier traitement en oncologie adoptées au Canada

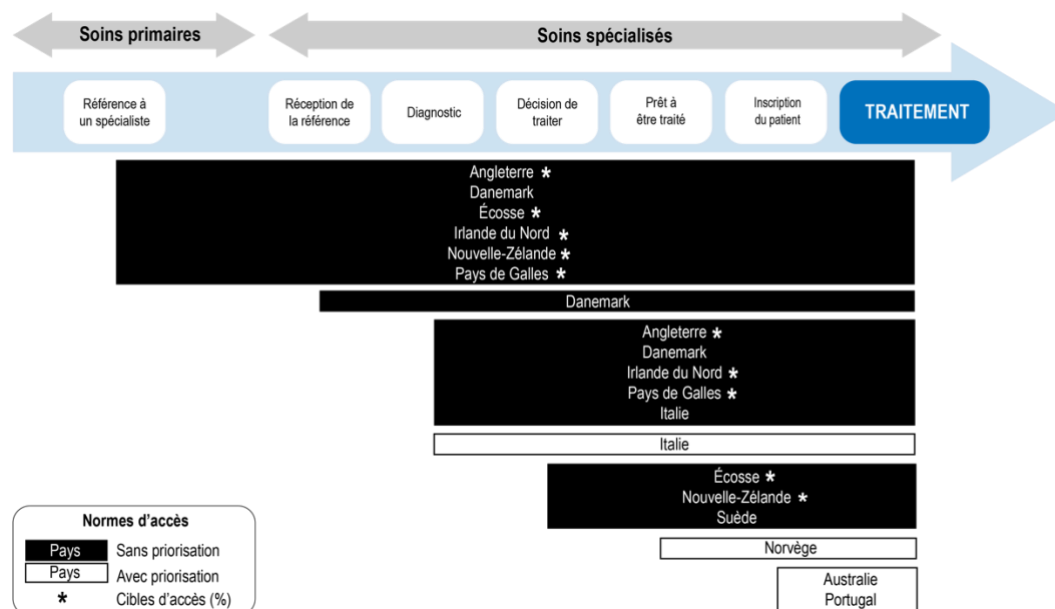


Vue d'ensemble des normes d'accès au premier traitement en oncologie (chimiothérapie, chirurgie et radiothérapie) adoptées au Canada. Chacune des provinces définit des indicateurs pour mesurer les délais d'attente de façon distincte.

3.4.1.2 International

L'information concernant l'accès au traitement en oncologie à l'international est moins abondante. Tout comme au Canada, chaque pays gère l'accès au traitement selon les deux principales catégories de référence, soit sans priorisation ou avec priorisation. La figure 6 présente les normes d'accès au traitement en oncologie selon les pays et illustre le manque d'uniformité quant à la définition des indicateurs choisis pour mesurer les délais d'attente. Seuls les indicateurs qui mesurent directement l'accès au traitement sont indiqués. Le tableau H-1 de l'[annexe H](#) présente en détail les normes utilisées par les différents pays.

Figure 6 Sommaire des normes d'accès au traitement en oncologie adoptées à l'international



Vue d'ensemble des normes utilisées par certains pays membres de l'OCDE pour gérer les délais d'attente pour l'accès au traitement en oncologie. Seuls les indicateurs se rapportant au traitement sont indiqués.

En plus d'avoir adopté des normes d'accès au traitement en oncologie (avec ou sans priorisation), certaines provinces et certains pays ont élaboré des chemins cliniques spécifiques à certains cancers, qui proposent des normes d'accès à chaque étape de la prise en charge des patients afin de respecter le délai maximal global établi ([section 3.4.4](#)).

3.4.1.3 En bref – description sommaire des normes d'accès

Chaque province ou chaque pays présenté a mis en place des normes d'accès au traitement en oncologie. Celles-ci peuvent être classées en deux principales catégories, soit sans priorisation ou avec priorisation en fonction de la gravité de la maladie. Les définitions des indicateurs pour définir les normes d'accès sont variables selon les provinces ou pays. De plus, certains pays ou provinces ont adopté l'utilisation de chemins cliniques dans le but d'uniformiser la pratique clinique et ainsi d'optimiser l'accès à un traitement dans un temps prédéterminé.

3.4.2 Délai sans priorisation (A)

3.4.2.1 Normes sans priorisation pour l'accès au traitement en oncologie au Canada

3.4.2.1.1 Points de repère et recommandations pancanadiens

Au Canada, des points de repère et des recommandations concernant les délais maximaux pour l'accès au traitement en oncologie ont été proposés par le Plan

décennal pour consolider les soins de santé et par des organismes ou associations.

Délais maximaux pancanadiens (Plan décennal)

En 2004, les premiers ministres du Canada, des provinces et des territoires ont présenté le Plan décennal pour consolider les soins de santé afin, entre autres, de définir des délais maximaux à l'égard des temps d'attente pour l'accès au traitement dans cinq domaines prioritaires, soit le cancer, la cardiologie, l'imagerie diagnostique, les remplacements d'articulations et la restauration de la vue [SCIC, 2004]. Des délais maximaux fondés sur des éléments probants ont été annoncés en 2005 et les provinces canadiennes devaient mettre en œuvre des changements afin d'atteindre ces objectifs pour la fin de l'année 2007. Les provinces avaient néanmoins la possibilité d'établir des normes plus restrictives que celles proposées. Dans le secteur prioritaire du cancer, un délai maximal a été déterminé pour la radiothérapie à visée curative. Celui-ci indique que le traitement doit être administré dans un délai maximal de quatre semaines après que le patient ait été jugé apte à le recevoir ([tableau 2](#)) ([figure 5](#), normes canadiennes) [Santé Canada, 2006]. La Colombie-Britannique, le Manitoba et la Nouvelle-Écosse ont adopté ce délai maximal afin de gérer l'accès à la radiothérapie à visée curative ([tableau 3](#)).

L'Alliance sur les temps d'attente (ATA)

Des médecins canadiens ont créé durant cette même période l'Alliance sur les temps d'attente (ATA). Cet organisme avait pour objectif de déterminer les périodes les plus longues acceptables sur le plan médical pendant lesquelles un patient peut attendre avant de recevoir un traitement [ATA, 2004].

L'ATA a recommandé des délais maximaux pour la radiothérapie selon les niveaux d'urgence. Pour les cas urgents correspondant à un danger immédiat pour la vie, un membre ou un organe, le traitement doit être donné dans un délai maximal de 24 heures. Pour les cas urgents correspondant à une situation instable et susceptible de se détériorer rapidement et d'entraîner une hospitalisation d'urgence, le délai est basé sur les besoins individuels du patient. Pour les cas de traitement électifs, l'ATA a recommandé que la consultation pour le traitement ne dépasse pas 10 jours (ouvrables) tandis que le traitement doit être administré dans les 10 jours (ouvrables) suivant la consultation (total de 20 jours; [tableau 2](#)) [ATA, 2014].

L'ATA a également recommandé des délais maximaux pour certains types d'interventions en lien avec l'oncologie. Un sommaire des délais maximaux recommandés est présenté à l'[annexe I](#).

Association canadienne de radio-oncologie

L'Association canadienne de radio-oncologie (ACRO) a recommandé des délais maximaux pour l'accès à la radiothérapie en 2000 ([tableau 2](#)) [ACRO, 2000]. Ces délais ont été repris par l'ATA en 2004.

Tableau 2 Recommandations issues d'organismes canadiens concernant les délais maximaux pour la radiothérapie

ORGANISATIONS [RÉFÉRENCES]	INDICATEURS	DÉLAIS MAXIMAUX
ACRO [ACRO, 2000]	Référence en radio-oncologie → consultation	10 jours ouvrables
	Consultation → traitement	10 jours ouvrables
ATA [ATA, 2014]	Référence en radio-oncologie → consultation	10 jours ouvrables
	Consultation → traitement	10 jours ouvrables
SANTÉ CANADA [Santé Canada, 2006]	Prêt à être traité → traitement	28 jours

Sigles : ACRO : Association canadienne de radio-oncologie; ATA : Alliance sur les temps d'attente.

3.4.2.1.2 Provinces canadiennes

Chimiothérapie

L'Ontario est la seule province canadienne à avoir établi des délais maximaux pour les traitements de chimiothérapie [CCO, 2011]. Deux indicateurs sont utilisés afin de respecter un délai maximal avant le traitement : un délai pour la consultation et un délai pour le traitement (tableau 3).

Radiothérapie

Six provinces ont établi des délais maximaux pour la radiothérapie. La Colombie-Britannique, le Manitoba et la Nouvelle-Écosse utilisent la recommandation émise par Santé Canada (Plan décennal) selon laquelle un patient ne devrait pas attendre plus de quatre semaines entre le moment où il est prêt à être traité et le traitement. L'Alberta a adopté les recommandations de l'ATA et de l'ACRO selon lesquelles la consultation doit se faire dans les dix jours suivant la référence et le traitement doit être offert dix jours suivant la consultation (tableau 3).

Le Nouveau-Brunswick et le Québec ont défini des cibles en paliers. Deux délais maximaux sont associés à une cible d'accès différente. Cette stratégie permet une certaine latitude à l'équipe médicale afin de favoriser l'accès au traitement aux patients jugés urgents et de retarder des interventions jugées moins pressantes.

Le Nouveau-Brunswick a adopté une garantie pour les temps d'attente (délai maximal) en radiothérapie afin de s'assurer que les patients n'attendent pas plus de huit semaines entre la date où ils ont été jugés prêts à être traités et le début de leur premier traitement. La cible ministérielle a été fixée à 90 %. Le point de repère pancanadien a été adopté (28 jours) avec une cible fixée à 90 %, et 100 % des patients doivent être traités dans un délai maximal de 56 jours (tableau 3) [Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick, 2014].

Le MSSS du Québec a déterminé que chaque service de radio-oncologie devait organiser ses activités afin de respecter les cibles ministérielles recommandées (tableau 3). Il est indiqué que même si le seuil du délai de quatre semaines a été

fixé à 90 %, chaque service doit mettre en place des processus visant à traiter tous les patients le plus tôt possible à l'intérieur de ce délai. La totalité de la clientèle doit être traitée dans un délai maximal de 56 jours [Direction de la lutte contre le cancer, 2010].

Chirurgie oncologique

Au Québec, depuis 2012, la Direction québécoise de cancérologie a établi des cibles ministérielles (délais maximaux) pour l'accès à la chirurgie oncologique, et ce, pour tous les sites confondus [Direction québécoise de cancérologie, 2012]. La cible a été définie en paliers : 90 % de la clientèle requérant une chirurgie oncologique pour un cancer soupçonné ou confirmé doit être opérée dans un délai de 28 jours et 100 % de cette clientèle doit être opérée dans un délai de 56 jours (tableau 3). Les consultations et les analyses nécessaires à l'établissement du traitement et à l'évaluation préopératoire, ainsi que l'attente de l'admission à l'hôpital doivent être incluses dans les délais de 28 et 56 jours [Direction québécoise de cancérologie, 2012].

Tableau 3 Normes d'accès aux traitements en oncologie parmi les provinces canadiennes

PROVINCES	INDICATEURS	DÉLAIS MAXIMAUX	CIBLES D'ACCÈS	RÉFÉRENCES
CHIMIOTHÉRAPIE				
ONTARIO	Référence à un spécialiste → consultation	14 jours		CCO, 2011
	Consultation → traitement	28 jours		
CHIRURGIE				
QUÉBEC	Signature de la requête opératoire → traitement	28 jours	90 %	Direction québécoise de cancérologie, 2012
		56 jours	100 %	
RADIOTHÉRAPIE				
ALBERTA	Référence à un spécialiste → consultation	10 jours		Alberta Health, 2018
	Consultation → traitement	10 jours		
COLOMBIE-BRITANNIQUE	Prêt à être traité → traitement	28 jours		Health BC, 2018
MANITOBA	Prêt à être traité → traitement	28 jours		CancerCare Manitoba, 2018; CancerCare Manitoba, 2006
NOUVEAU-BRUNSWICK	Prêt à être traité → traitement	28 jours	90 %	Santé Nouveau-Brunswick, 2018; Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick, 2014
		56 jours	100 %	
NOUVELLE-ÉCOSSE	Prêt à être traité → traitement	28 jours		Department of Health and Wellness, 2018
QUÉBEC	Prêt à être traité → traitement	28 jours	90 %	Direction de la lutte contre le cancer, 2010
		56 jours	100 %	

3.4.2.2 Normes sans priorisation pour l'accès au traitement en oncologie parmi les pays membres de l'OCDE

La recherche documentaire a permis d'identifier cinq pays membres de l'OCDE qui ont établi des délais maximaux sans priorisation en fonction du niveau d'urgence pour l'accès au traitement en oncologie, soit le Danemark, l'Italie, la Nouvelle-Zélande, le Royaume-Uni et la Suède.

3.4.2.2.1 Danemark

Le Danemark a instauré en 2000 une politique sur les temps d'attente qui indique que le traitement pour les maladies graves pouvant causer la mort (incluant le cancer) ne doit pas dépasser trois mois. En 2002, cette politique a été reformulée en tant que garantie sur les temps d'attente et le délai a été réduit jusqu'à quatre semaines, et ce, indépendamment de la maladie et de la sévérité.

En plus de la garantie générale sur les temps d'attente, des politiques sur les délais maximaux pour des maladies graves pouvant causer la mort ont été intégrées. Le National Board of Health a défini des délais maximaux plus courts pour certaines interventions en lien avec le traitement du cancer (tableau 4). Aucune pénalité n'est donnée aux établissements qui ne respectent pas la garantie des temps d'attente ou les politiques sur les délais maximaux. Toutefois, les patients ont le choix d'être traités dans un autre établissement public ou privé, dans un autre pays, et ce aux frais du gouvernement, si le délai n'est pas respecté [Siciliani *et al.*, 2013].

3.4.2.2.2 Italie

Les maladies oncologiques ont été désignées comme prioritaires et des délais maximaux ont été établis. Ceux-ci indiquent que la stadification des tumeurs au diagnostic ne doit pas excéder 30 jours (temps 0 de l'intervalle non défini) et que le traitement ne doit pas être donné plus tard que 30 jours suivant le diagnostic pour au moins 90 % des patients (tableau 4) [Siciliani *et al.*, 2013].

3.4.2.2.3 Nouvelle-Zélande

En 2012, la Nouvelle-Zélande a mis en place un programme qui proposait des délais maximaux pour l'accès accéléré aux traitements du cancer (Faster Cancer Treatment). L'objectif de ce programme était de recenser l'information relative aux patients qui ont été référés pour un soupçon élevé de cancer de manière uniformisée. Ces délais maximaux, basés sur ceux recommandés au Royaume-Uni ([section 3.4.2.2.4](#)), ont ainsi été définis, soit un délai pour la première évaluation (14 jours), et deux délais pour le premier traitement (31 et 62 jours) (figure 7) (tableau 4). Le premier traitement inclut la radiothérapie, la chimiothérapie, la thérapie ciblée, la surveillance attentive et les soins palliatifs. Étant donné qu'une faible proportion de patients n'aura pas besoin de commencer le traitement dans les 62 jours à la suite de la référence pour des raisons variables (examens complémentaires, détérioration de l'état du patient avant la chirurgie, retard du traitement pour raison personnelle), la cible d'accès a été établie à 90 % [New Zealand Ministry of Health, 2018].

3.4.2.2.4 Royaume-Uni

En 2009, le Département de la santé a instauré la *National Health Service (NHS) Constitution* dans le but de définir et de décrire les droits et responsabilités des patients et des citoyens dans différents secteurs de la santé tels l'accès et la

qualité des soins [DoH, 2015]. En 2010, le NHS a créé des droits en matière de délais d'accès et de temps d'attente énoncés comme suit:

- Vous avez le droit d'accéder aux services dans les délais indiqués ou, si cela n'est pas possible, le NHS doit prendre toutes les mesures raisonnables afin de vous offrir une des solutions de remplacement appropriées pour les prestataires de services.

La Constitution englobe deux autres droits :

- Le droit au traitement dans un délai maximal de 18 semaines suivant la première référence par un médecin généraliste;
- Le droit à une consultation avec un spécialiste dans un délai de 2 semaines suivant une référence pour un soupçon de cancer par un médecin généraliste.

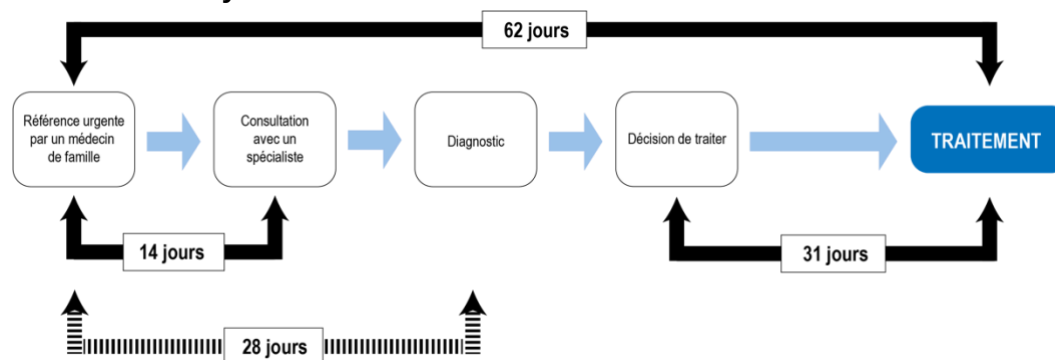
Au moment de la première référence, les patients peuvent choisir tout établissement, public ou privé, sous la gouverne du NHS.

De plus, des engagements additionnels du gouvernement quant aux délais maximaux d'attente pour les patients souffrant de cancer ont été décrits ainsi que des cibles d'accès (figure 7) (tableau 4). Chacune des nations constitutives du Royaume-Uni a établi des cibles différentes ([annexe J](#)) [DoH, 2015; Siciliani *et al.*, 2013]. La violation de ces engagements entraîne une réduction des revenus pouvant aller jusqu'à 5 % pour la spécialité concernée au cours du mois où la violation a eu lieu.

En 2016, le NHS Angleterre a investi afin de s'assurer de diagnostiquer les cancers plus rapidement et ainsi d'atteindre l'objectif de l'Independent Cancer Taskforce qui visait à ce que 57 % des patients atteints d'un cancer survivent plus de 10 ans, dont 75 % plus d'une année. Conséquemment, une nouvelle norme de diagnostic du cancer, conçue pour s'assurer d'avoir un diagnostic dans un délai maximal de 28 jours, sera introduite en 2020 (figure 6) [NHS England, 2018].

Comme il a été mentionné précédemment, le système du NHS a inspiré d'autres pays, dont la Nouvelle-Zélande ([section 3.4.2.2.3](#))

Figure 7 Délais d'attente pour l'accès au traitement en oncologie au Royaume-Uni et en Nouvelle-Zélande



Système de gestion des délais d'attente pour l'accès au traitement en oncologie conçu et adopté par le Royaume-Uni et implanté également par la Nouvelle-Zélande. Les trois indicateurs avec des délais maximaux sont les suivants: 14 jours entre la référence urgente par un médecin de famille pour un cancer soupçonné et la consultation avec un spécialiste 31 jours suivant la décision de traiter pour le traitement et 62 jours entre la référence par le médecin de famille et le traitement. En Angleterre, un nouvel indicateur entrera en vigueur en 2020 pour indiquer un délai maximal de 28 jours entre la référence du médecin généraliste et le diagnostic (traits de flèches pointillés).

3.4.2.2.5 Suède

Afin de lutter contre les longs temps d'attente, la Suède a introduit des garanties nationales impliquant des délais maximaux. Celles-ci ne sont pas restreintes au traitement du cancer. Ces outils de gestion ont évolué au cours des deux dernières décennies. Des évaluations répétées ont permis de constater des insuffisances menant à de nouvelles réformes.

Les garanties stipulent que tous les patients doivent avoir accès à un centre de santé communautaire le jour même où ils demandent une consultation. De plus, ils doivent obtenir un rendez-vous avec le médecin dans les sept jours. Après un examen initial, aucun patient ne devrait avoir à attendre plus de 90 jours pour voir un spécialiste, et pas plus de 90 jours pour une opération ou un traitement, une fois que les soins nécessaires ont été déterminés (tableau 4). Si le temps d'attente est dépassé, les patients sont pris en charge dans un autre établissement. Le coût, y compris les frais de déplacement, est assumé par leur conseil de comté [Sweden, 2018; Siciliani *et al.*, 2013]

En 2015, la première étape d'un investissement de quatre ans a débuté pour assurer des temps d'attente plus courts pour le traitement du cancer. L'objectif initial était de raccourcir le processus de prise en charge entre le soupçon de cancer et le début du traitement. Pour y parvenir, la mesure la plus importante a consisté à mettre en place un système national de chemins cliniques standardisés. L'introduction de tels chemins cliniques se traduit par un processus de soins plus cohérent autour du patient en lien avec une pathologie précise. Outre des temps d'attente plus courts, ces mesures devaient également permettre une meilleure uniformisation des pratiques, une plus grande participation et une plus grande satisfaction des patients ([section 3.4.4.2.2](#)) [Government Offices of Sweden, 2016].

Tableau 4 Normes d'accès aux traitements en oncologie dans certains pays membres de l'OCDE

PAYS	INDICATEURS	DÉLAIS MAXIMAUX	CIBLES D'ACCÈS	RÉFÉRENCES
DANEMARK	Réception par l'hôpital de la référence provenant d'un médecin généraliste ou d'un spécialiste → examen préliminaire	14 jours		Siciliani <i>et al.</i> , 2013
	Référence suivant un diagnostic de néoplasme → examen préliminaire pour cancer du col de l'utérus*	14 jours		
	Information sur le diagnostic et possibilité de traitement → chirurgie	14 jours		
	Information sur le diagnostic et possibilité de traitement → chimiothérapie	14 jours		
	Réception de la référence en radiothérapie par le centre spécialisé → traitement primaire de radiothérapie	28 jours		
	Référence → traitement de chimiothérapie	28 jours		
	Réception de la référence pour le suivi → suivi	28 jours		
ITALIE	n.d. → stadification au diagnostic	30 jours	90 %	Siciliani <i>et al.</i> , 2013
	Diagnostic → traitement	30 jours	90 %	
NOUVELLE-ZÉLANDE	Référence urgente pour soupçon important de cancer → première évaluation par un spécialiste	14 jours	90 %	New Zealand Ministry of Health, 2018
	Décision de traiter → premier traitement	31 jours		
	Référence urgente pour soupçon important de cancer → premier traitement	62 jours		
ROYAUME-UNI (ANGLETERRE)*	Référence pour une investigation pour symptôme de cancer du sein → consultation par un spécialiste	14 jours	93 %*	NHS England, 2018; DoH, 2015; Siciliani <i>et al.</i> , 2013
	Référence urgente pour un cancer soupçonné → diagnostic†	28 jours		
	Diagnostic → premier traitement	31 jours	96 %*	
	Décision de traiter → traitement subséquent (chirurgie, radiothérapie ou chimiothérapie)	31 jours		
	Référence urgente pour un cancer soupçonné → premier traitement	62 jours	85 %*	

	Référence dans le cadre d'un programme de dépistage → premier traitement	62 jours		
	Référence suivant une décision médicale d'augmenter la priorité du patient pour un cancer soupçonné → premier traitement	62 jours		
SUÈDE	Consultation avec un spécialiste	90 jours		Sweden, 2018; Siciliani <i>et al.</i> , 2013
	Opération ou traitement	90 jours		

* Les cibles d'accès sont variables selon les pays du Royaume-Uni, voir l'[annexe J](#).

† Valide seulement en 2020 [NHS England, 2018].

3.4.2.2.6 En bref – normes sans priorisation

Plusieurs provinces et pays gèrent les temps d'attente pour le traitement en oncologie en recommandant des délais maximaux sans priorisation pour l'accès au traitement.

Au Canada, une norme nationale pour la radiothérapie a été proposée dans le Plan décennal. Le délai doit être d'un maximum de quatre semaines entre le moment où le patient est prêt à être traité et le traitement. Chaque province doit se soumettre à cette norme, mais est également libre de fixer des délais maximaux plus restrictifs. L'ATA et l'ACRO recommandent un délai maximal de 20 jours entre la référence à un médecin spécialiste et le traitement. L'Alberta est la seule province à avoir adopté cette recommandation. Le Québec et le Nouveau-Brunswick ont établi des cibles d'accès par paliers : 90 % de la clientèle requérant un traitement de radiothérapie pour un cancer soupçonné ou confirmé doit être traitée dans un délai de 28 jours et 100 % de cette clientèle doit être traitée dans un délai de 56 jours. Aucune norme nationale n'a été établie pour la chirurgie oncologique et la chimiothérapie.

L'Ontario est la seule province à avoir recommandé des délais maximaux pour l'accès à la chimiothérapie. Un délai de 14 jours est recommandé pour la consultation avec un spécialiste suivant la référence par un médecin généraliste et un délai de 28 jours entre la consultation avec le spécialiste et le début des traitements.

Pour la chirurgie oncologique, le Québec est la seule province à avoir implanté un système d'accès avec des délais maximaux et des cibles d'accès par paliers. Ces cibles indiquent que 90 % de la clientèle requérant une chirurgie oncologique pour un cancer soupçonné ou confirmé doit être opérée dans un délai de 28 jours et 100 % de cette clientèle doit être opérée dans un délai de 56 jours.

À l'international, cinq pays utilisent un système de référence basée sur des délais maximaux pour gérer l'accès au traitement en oncologie, soit le Danemark, l'Italie, la Nouvelle-Zélande, le Royaume-Uni et la Suède. Chaque pays utilise un système unique avec des délais maximaux pour l'accès au traitement.

3.4.3 Délai avec priorisation (B)

3.4.3.1 Normes avec priorisation pour l'accès au traitement en oncologie au Canada

3.4.3.1.1 Chirurgie oncologique

Cinq provinces canadiennes ont adopté une norme d'accès pour la chirurgie oncologique basée sur une priorisation selon la gravité des cas. Chaque province utilise sa propre façon de faire. Parmi celles-ci, seuls l'Ontario et la Saskatchewan ont mis en œuvre des systèmes de mesure (cibles d'accès) et de gestion du rendement à l'appui d'objectifs. Le tableau 5 présente un sommaire des différentes stratégies basées sur le niveau de priorité des provinces canadiennes.

Colombie-Britannique

La norme d'accès utilisée n'est pas spécifique à la chirurgie oncologique, mais à toutes les chirurgies planifiées. Deux indicateurs pour la chirurgie élective sont définis, soit l'attente pour voir un chirurgien et l'attente pour la chirurgie. Les deux indicateurs représentent le temps d'attente total pour le patient. Le niveau de priorité est assigné par le chirurgien. Cependant, aucune information n'a été repérée concernant les critères permettant de juger du niveau de priorité. Pour les chirurgies chez l'adulte, la province a déterminé cinq niveaux de priorité où les délais maximaux associés vont de 2 à 26 semaines (tableau 5).

Manitoba

La province a implanté une norme d'accès à la chirurgie pour les cancers de la tête et du cou uniquement. Ces cancers incluent ceux de la cavité orale, du pharynx, de la thyroïde, du larynx, des sinus, de la cavité nasale et des glandes salivaires. Pour les autres types de cancer, la province a mis en place l'initiative « In Sixty » impliquant des chemins cliniques ([section 3.4.4.2.1](#)). La province a établi des délais maximaux pour la chirurgie oncologique basés sur trois niveaux de priorité. Les délais maximaux dépendent du plan de traitement, du type de cancer (localisation) et du niveau de progression. Ceux-ci varient entre 6 et 24 semaines. Aucune cible d'accès n'a été déterminée (tableau 5).

Nouveau-Brunswick

Le Nouveau-Brunswick a publié les délais d'attente pour toutes les procédures chirurgicales, incluant la chirurgie oncologique, en réponse à la politique pancanadienne de réduction des temps d'attente dans les cinq secteurs prioritaires ([section 3.4.2.1.1](#)). La province a établi deux niveaux de priorité pour l'accès à la chirurgie, soit un délai maximal de 42 jours et un délai maximal de 90 jours. Le chirurgien doit décider du niveau de priorité selon la gravité du cas. Aucune cible d'accès n'a été établie (tableau 5).

Ontario

L'Ontario a mis en place une stratégie afin de réduire les temps d'attente dans cinq domaines, dont la chirurgie oncologique. Un rapport a été publié en 2006 et décrit la démarche utilisée afin d'établir des normes d'accès ([section 3.2.1.1](#)) [CCO, 2006].

Les données limitées et les discussions des membres du comité, basées sur leur expérience clinique et leur expertise, ont permis d'atteindre un consensus concernant la stratégie la plus efficace pour améliorer l'accès à la chirurgie oncologique et d'émettre des recommandations. Le comité a ainsi défini des catégories d'urgences et des cibles et recommandé que :

- les temps d'attente pour la chirurgie dans les cas de soupçons de cancers invasif soient évalués et définis selon quatre catégories d'urgence (tableau 5);

- les patients dont le cancer est nouvellement diagnostiqué et dont la vie est en danger de façon imminente soient affectés à la catégorie I et qu'ils reçoivent des soins immédiatement (par exemple : obstruction des voies respiratoires, hémorragie, compromission neurologique);
- toutes les autres chirurgies oncologiques soient de catégorie III (par exemple : cancer invasif connu ou soupçonné et qui ne répond pas aux critères des niveaux de priorité II ou IV), sauf indication contraire;
- le temps d'attente pour 90 % de toutes les chirurgies oncologiques soit inférieur ou égal à 14 jours à partir de la consultation jusqu'à la décision de traiter, et de 14 jours à partir de la date où le patient est jugé prêt à être traité jusqu'au moment de la chirurgie pour la catégorie II (par exemple : patients diagnostiqués avec une tumeur très agressive, tel un cancer du système nerveux central), de 28 jours pour la catégorie III et de 84 jours pour la catégorie IV (cancers indolents) (tableau 5).

La cible a été fixée à 90 % parce que certains facteurs ou circonstances peuvent faire en sorte que des délais ne soient pas respectés. Par exemple, l'âge du patient, la présence de comorbidité et les choix du patient à l'égard de son traitement peuvent tous influencer le délai à partir duquel le patient est prêt à être traité. Les cibles d'accès selon les niveaux de priorité recommandées dans le rapport ont été considérées comme un consensus d'experts informés par la littérature scientifique.

Saskatchewan

Le système de classification historique de la Saskatchewan pour la chirurgie oncologique implique que les chirurgiens attribuent un niveau de priorité aux patients atteints d'un cancer confirmé ou soupçonné en fonction de leur évaluation clinique, de leur état et de leurs besoins. Chaque niveau de priorité est associé à une cible différente :

- procédures pour un cancer invasif soupçonné ou confirmé : la cible d'accès est de 95 % des patients opérés dans un délai maximal de 21 jours. La plupart des chirurgies du cancer devraient être dans cette catégorie;
- procédures pour le cancer à croissance lente ou indolent : la cible d'accès est de 90 % des patients opérés dans un délai maximal de 90 jours. Un exemple pourrait être un cancer de la prostate à croissance lente ou un cancer de la thyroïde au stade précoce;
- procédures qui sont effectuées lors d'un dépistage de routine ou procédures de suivi planifiées dans le cadre de la surveillance après la résection du cancer. Le délai maximal est de 365 jours.

Cependant, il a été convenu que les délais maximaux de 21 jours et de 90 jours étaient insuffisants, car certains cancers n'ont pas besoin d'être traités dans un délai de 3 semaines, mais ne peuvent toutefois attendre 90 jours [FCASS, 2013]

([section 3.2.1.2](#)). Étant donné que la gestion des listes d'attente dépend de l'attribution appropriée du niveau de priorité, il a été jugé logique de créer des niveaux de priorité pour ces cas en particulier. Un niveau de priorité avec un délai maximal de 42 jours a été adopté (tableau 5).

3.4.3.1.2 Radiothérapie

Ontario

L'Ontario est la seule province à avoir établi des délais maximaux pour l'accès à la radiothérapie basés sur un système de priorisation.

Les délais maximaux recommandés par l'Ontario sont plus restrictifs que ceux proposés dans le Plan décennal du Canada ([section 3.4.2.1.1](#)). Par exemple, le délai maximal pour l'accès à la radiothérapie recommandé par Santé Canada est de quatre semaines à partir du moment où le patient est prêt à être traité jusqu'au traitement. Le délai maximal établi par l'Ontario, pour la priorité 3, qui comprend la plupart des patients, est de deux semaines pour le même intervalle.

La priorité 1 inclut tous les patients atteints d'un cancer qui présentent un état de danger immédiat pour leur vie (par exemple : syndrome de compression de la veine cave supérieure) et qui devraient être traités le plus rapidement possible suivant le diagnostic. La priorité 2 inclut les patients atteints d'un cancer qui n'est pas considéré comme urgent, mais pour qui, selon l'avis du médecin traitant, le traitement devrait commencer dans la semaine suivant le diagnostic (par exemple : tumeurs très agressives et certains cas palliatifs). La priorité 3 inclut tous les patients atteints d'un cancer qui, selon l'avis du médecin traitant, ne satisfont pas aux critères pour les catégories 1 ou 2. Un délai entre 1 et 14 jours a été attribué selon le niveau de priorité (tableau 5). Les normes de l'Ontario sont approuvées par le Comité d'experts sur les temps d'attente d'Action Cancer Ontario et conformes aux normes de l'ACRO.

Tableau 5 Normes avec priorisation pour l'accès aux traitements en oncologie selon les provinces canadiennes

PROVINCES	INDICATEURS	PRIORISATION	DÉLAIS MAXIMAUX	CIBLES D'ACCÈS	RÉFÉRENCES
CHIRURGIE					
COLOMBIE-BRITANNIQUE *	Référence pour un spécialiste → consultation	Priorité 1 Priorité 2	1. 14 jours 2. 28 jours		Health BC, 2017; Health BC, 2011
	Inscription sur la liste d'attente → traitement	Priorité 3 Priorité 4 Priorité 5	3. 42 jours 4. 84 jours 5. 182 jours <i>(le temps d'attente combine les deux intervalles)</i>		
MANITOBA †	Prêt à être traité → traitement	Priorité 1 : urgent Priorité 2 : semi-urgent Priorité 3 : chirurgie élective	1. 42 jours 2. 84 jours 3. 168 jours		Santé, Aînés et Vie active, 2018; CancerCare Manitoba, 2006
NOUVEAU-BRUNSWICK ‡	Réception de la demande de réservation de la salle opératoire → traitement complété	Priorité 1 Priorité 2	1. 42 jours 2. 90 jours		Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick, 2014
ONTARIO §	Consultation → décision de traiter	Priorité 1 Priorité 2 Priorité 3 Priorité 4	1. Immédiat 2. 14 jours 3. 14 jours 4. 14 jours	90 %	CCO, 2006
	Prêt à être traité → traitement	Priorité 1 Priorité 2 Priorité 3 Priorité 4	1. Immédiat 2. 14 jours 3. 28 jours 4. 84 jours	90 %	

PROVINCES	INDICATEURS	PRIORISATION	DÉLAIS MAXIMAUX	CIBLES D'ACCÈS	RÉFÉRENCES
CHIRURGIE					
SASKATCHEWAN II	Décision de traiter → traitement	Niveau 1 Niveau 2 Niveau 3 Niveau 4	1. 21 jours 2. 42 jours 3. 90 jours 4. 365 jours	1. 95 % 2. n.r. 3. 90 % 4. n.r.	FCASS, 2013
RADIOTHÉRAPIE					
ONTARIO **	Prêt à être traité → traitement	Priorité 1 Priorité 2 Priorité 3	1. 1 jour 2. 7 jours 3. 14 jours		CCO, 2009

Abréviation : n.r. : non rapporté

* Non spécifique pour le cancer

† Cancer de la tête et du cou

‡ Le niveau de priorité est déterminé par le chirurgien

§ Priorité I : patients nécessitant une intervention chirurgicale pour éliminer les cancers connus ou soupçonnés qui présentent des conditions mettant la vie en danger (obstruction des voies respiratoires, hémorragie, compromission neurologique); priorité II : patients diagnostiqués d'une tumeur très agressive, tel un cancer du système nerveux central; priorité III : tous les patients atteints d'un cancer invasif connu ou soupçonné et qui ne répondent pas aux critères des niveaux de priorité II ou IV; priorité IV : patients diagnostiqués d'un cancer indolent.

|| Niveau 1 : cancer soupçonné ou confirmé; niveau 2 : cancer soupçonné ou confirmé ne nécessitant pas de soins immédiats; niveau 3 : cancer à croissance lente ou de nature indolente; niveau 4 : dépistage de routine ou suivi planifié pour un cancer détecté.

** Priorité 1 : patients qui présentent un état de danger immédiat pour leur vie (ex. : syndrome de la veine cave supérieure) et qui devraient être traités sur une base émergente; priorité 2 : patients qui ne sont pas considérés comme des cas urgents, mais pour qui, selon l'avis du médecin traitant, le traitement devrait commencer dans la semaine qui suit le diagnostic (ex. : tumeurs très agressives et certains cas palliatifs); priorité 3 : tous les patients, selon l'avis du médecin traitant, qui ne satisfont pas aux critères pour les catégories 1 ou 2.

3.4.3.2 Normes avec priorisation de l'accès au traitement en oncologie à l'international

Quatre pays ont établi des normes d'accès au traitement en oncologie basées sur une catégorisation de l'urgence selon laquelle un délai maximal est indiqué pour chaque niveau de priorité (Australie, Italie, Norvège et Portugal). La plupart des systèmes implantés proposent des stratégies d'accès généralisées aux soins spécialisés qui ne sont pas spécifiques à l'oncologie, mais proposent également des délais maximaux pour le traitement du cancer. Un sommaire de ces normes avec priorisation est présenté au tableau 6.

3.4.3.2.1 Australie

L'Australie n'a pas mis en place de directives concernant les normes qui sont spécifiques pour l'accès à la chirurgie oncologique. Les autorités ont implanté un système national de catégorisation qui décrit le niveau d'urgence pour toutes les chirurgies électives, qui incluent les chirurgies oncologiques. Les chirurgiens attribuent un délai maximal d'attente pour chaque patient selon le niveau d'urgence de la chirurgie planifiée, soit urgent, semi-urgent ou non-urgent. Le délai est mesuré entre le moment où le patient est placé sur la liste d'attente et le moment où il est admis pour la chirurgie, et il ne comprend pas le temps entre la consultation initiale, les visites avec les spécialistes, les traitements néoadjuvants et les consultations par les équipes multidisciplinaires (tableau 6) [NHPA, 2014].

En ce qui a trait aux soins spécifiques à certains types de cancer, des chemins cliniques ont été élaborés pour accélérer la prise en charge des patients qui en sont atteints ([section 3.4.4.2.2](#)).

3.4.3.2.2 Italie

En plus de la norme d'accès au traitement en oncologie ([section 3.4.2.2.2](#)), des normes pour le diagnostic et les traitements, basés sur des catégories d'urgences, ont été définies afin de faciliter l'accès aux différentes interventions et aux traitements dans les délais prescrits (maximum de 30 jours pour le traitement) (tableau 6).

3.4.3.2.3 Norvège

En Norvège, l'accès aux soins spécialisés (non spécifique aux soins oncologiques) est géré en deux étapes. Premièrement, les patients référés à un spécialiste ont droit à une évaluation de leur condition médicale dans les 30 jours, ce qui permet de classer les patients dans l'une des quatre catégories suivantes :

1. soins urgents;
2. traitement électif avec priorisation (délai maximal);
3. traitement électif sans priorisation;
4. autres soins de santé (ex. : soins cosmétiques).

Pour les patients classés dans la catégorie des traitements électifs avec un délai maximal (priorisation), le niveau de priorité est basé sur la sévérité de la maladie, l'efficacité attendue du traitement et le coût en relation avec les résultats attendus du traitement. Des délais maximaux ont été recommandés selon les pathologies. Pour les maladies oncologiques, le délai varie entre 3 jours pour les soins urgents, et 365 jours (tableau 6).

Si le délai maximal recommandé pour un patient est dépassé, 14 jours sont alloués à l'hôpital afin d'administrer le traitement. Si l'hôpital n'est pas en mesure de donner le traitement dans le délai prescrit, le patient a le choix d'être traité dans un autre établissement (public, privé ou à l'étranger) et les coûts sont assumés par l'institution de santé initiale.

3.4.3.2.4 Portugal

Le Portugal a implanté en 2005 le système SIGIC (système intégré de gestion pour les listes d'attente en chirurgie), un système de gestion des temps d'attente et des listes d'attente. Il est géré par une plateforme informatique centralisée et sur un ensemble de règles qui permettent de diriger les patients à travers le système de santé. Il permet à chaque patient de connaître sa position sur la liste d'attente en temps réel et la date prévue de l'intervention.

Le ministère de la Santé du Portugal a établi des normes d'attente selon les priorités cliniques et le type de pathologie. Pour les chirurgies électives, les normes sont inscrites dans la loi sous trois groupes de pathologies, soit les pathologies générales, le cancer et l'obésité. Chaque groupe est composé de quatre catégories de priorité. Celles-ci sont basées sur la sévérité de la condition clinique, les bénéfices potentiels du traitement et leurs conditions sociales du patient. L'évaluation est faite par le médecin traitant. Un patient inscrit dans le système SIGIC peut être transféré dans un autre hôpital afin de garantir l'accès aux soins selon les délais prescrits. Lorsqu'un patient sur la liste d'attente atteint 75 % du temps maximal alloué pour une intervention, il a le droit d'être traité ailleurs dans le secteur public ou privé. Les délais d'attente pour la chirurgie oncologique selon le niveau de priorité sont indiqués au tableau 6.

Tableau 6 Normes avec priorisation pour l'accès aux traitements en oncologie dans certains pays membres de l'OCDE

PAYS	INDICATEURS	PRIORISATION / CATÉGORISATION	DÉLAIS MAXIMAUX	RÉFÉRENCES
AUSTRALIE*	Inscription sur la liste d'attente → admission à la chirurgie oncologie	1. Urgent† 2. Semi-urgent† 3. Non urgent†	1. 30 jours 2. 90 jours 3. 365 jours	NHPA, 2014; Siciliani <i>et al.</i> , 2013
ITALIE	Délai avant les interventions diagnostiques (imagerie, endoscopie, pathologie clinique)	1. Urgent‡ 2. Standard‡ 3. Suivi‡ 4. Dépistage	1. 3 jours 2. 10 jours 3. Selon les lignes directrices 4. Selon les lignes directrices	Ministero della Salute, 2011
	Diagnostic → traitement (chirurgie ou chimiothérapie)	1. Urgent§ 2. Standard§ 3. Faible§ 4. Approche palliative§	1. 3 jours 2. 15 jours 3. 30 jours 4. 60 jours	
	Diagnostic → radiothérapie	1. Urgent 2. Standard 3. Adjuvant	1. 15 jours 2. 30 jours 3. >30 jours	
NORVÈGE	Réception de la référence → décision de traiter (soins spécialisés)	Catégorisation : 1. Soins urgents 2. Traitement électif (priorisation) 3. Traitement électif (sans priorisation) 4. Autres soins	30 jours (délai afin de classer le patient dans l'une des 4 catégories)	Siciliani <i>et al.</i> , 2013
	Prêt à être traité → traitement en oncologie	Priorisation en oncologie**. 1. Normale 2. Prioritaire 3. Élevée 4. Urgente	1. 365 jours 2. 60 jours 3. 14 jours 4. 3 jours	

PORTUGAL	Inscription sur la liste → chirurgie oncologique	1. P1 (normal) 2. P2 (prioritaire) 3. P3 (élevé) 4. P4 (urgent)	1. 60 jours 2. 45 jours 3. 15 jours 4. 3 jours	Siciliani <i>et al.</i> , 2013
-----------------	--	--	---	--------------------------------

* Non spécifique à la chirurgie oncologique.

† Urgent : la santé du patient a le potentiel de se détériorer rapidement; semi-urgent : la santé du patient a peu de risque de se détériorer rapidement; non urgent : la santé du patient a peu de risque de se détériorer.

‡ Urgent : cancer agressif, croissance rapide, symptomatique et complications; standard : diagnostic de cancer ou récurrence nécessitant un traitement spécifique (tumeurs solides, cancer sanguin); suivi : suivi de patients déjà traités pour un cancer.

§ Urgent : cancer agressif, croissance rapide, symptomatique et complications; standard : diagnostic de cancer ou récurrence nécessitant un traitement spécifique (tumeurs solides, cancer sanguin); faible : croissance lente où le délai n'influencera pas le pronostic; approche palliative : patients asymptomatiques, soins palliatifs, traitement immédiat non nécessaire.

|| Urgent : présence de conditions cliniques laissant supposer qu'un délai pourrait potentiellement compromettre les probabilités d'obtenir le résultat thérapeutique attendu; traitement visant à soulager les symptômes; standard : traitements planifiés à visée curative; adjuvant : traitements adjuvants planifiés, intégrés dans une stratégie thérapeutique séquentielle.

** Basée sur la sévérité, l'efficacité attendue du traitement et le coût associé.

3.4.3.3 En bref – normes avec priorisation

Cinq provinces canadiennes ont établi des normes d'attente pour l'accès à la chirurgie oncologique selon la gravité des cas : la Colombie-Britannique, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick, l'Ontario et la Saskatchewan.

La Colombie-Britannique a mis en place des normes avec priorisation (cinq niveaux) pour toutes les chirurgies électives, incluant les chirurgies oncologiques. Les délais maximaux entre la référence et le traitement varient de 14 jours pour les cas prioritaires à 182 jours pour les cas moins urgents.

Le Manitoba a établi des normes d'accès à la chirurgie oncologique (cancer de la tête et du cou) basées sur trois niveaux de priorité dont les délais maximaux varient entre 6 et 24 semaines à partir du moment où le patient est jugé prêt à être traité. Les délais d'attente dépendent du plan de traitement, du type de cancer (localisation) et du niveau de progression.

Le Nouveau-Brunswick a établi deux niveaux de priorité pour l'accès à la chirurgie oncologique basés sur le jugement du chirurgien. Des délais maximaux de 6 semaines (cas urgents) et de 3 mois (cas moins urgents) sont exigés entre la réception de la demande de réservation de la salle opératoire et le traitement.

L'Ontario a mis en place des normes avec priorisation selon quatre niveaux pour la chirurgie oncologique. Un premier délai établi entre la consultation avec le spécialiste et la décision de traiter est d'un maximum de 14 jours selon le niveau de priorité. Un second intervalle a été défini entre la décision de traiter et le traitement et dépend également de la gravité du cas. Le délai maximal pour celui-ci est de 84 jours pour les cas les moins urgents, et aucun délai pour les cas urgents pouvant causer la mort. Une cible d'accès de 90 % a été établie, peu importe le niveau de priorité. La province utilise également trois niveaux de priorisation pour l'accès à la radiothérapie dont les délais maximaux varient entre 1 et 14 jours.

La Saskatchewan a établi des normes d'accès à la chirurgie oncologique basées sur quatre niveaux de priorité dont les délais maximaux varient entre 21 et 365 jours entre la décision de traiter et le traitement. Les cibles d'accès varient entre 90 % et 95 % selon le niveau de priorité.

Quatre pays ont également établi des normes d'accès au traitement en oncologie selon la gravité des cas, soit l'Australie, l'Italie, la Norvège et le Portugal. Chaque pays détermine les niveaux de priorité selon ses propres critères et a établi des délais maximaux selon les niveaux de priorité.

3.4.4 Normes d'accès au traitement sous la forme de chemins cliniques (C)

La recherche documentaire n'a pas permis de repérer des provinces ou pays qui gèrent l'accès au traitement en oncologie uniquement selon le siège tumoral. Le manque de données scientifique sur la relation entre les délais avant le traitement et la survie des patients selon le siège tumoral ne permet pas d'établir des délais

maximaux acceptables ([section 3.2](#)). Cependant, il demeure que certains cancers sont plus agressifs par rapport à d'autres et que le traitement de ceux-ci ou leur prise en charge peut être prioritaire. Certains pays, provinces ou associations ont mis au point des outils afin de faciliter la prise en charge et le traitement des patients atteints de certains types de cancers, soit les **chemins cliniques** ([figure 4](#)).

Les **chemins cliniques** décrivent, pour une pathologie donnée, tous les éléments du processus de prise en charge constituant le parcours du patient. Ils sont un plan multidisciplinaire des meilleures pratiques cliniques pour un groupe de patients qui permet de coordonner et de donner des soins de haute qualité. Ils sont des outils qui englobent, pour certains, des **guides de pratique clinique** (GPC). Ils permettent, entre autres, de faciliter l'introduction de ceux-ci et d'améliorer par conséquent la qualité des soins en plus de limiter les variations de pratique. Ils peuvent être utilisés par des établissements de santé ou un réseau de soins.

Les **guides de pratique clinique** sont des recommandations dans l'intention d'optimiser les soins des patients. Les GPC sont parfois documentés par une revue systématique de la littérature scientifique. Ils permettent de pratiquer une médecine plus cohérente, efficace et efficiente et d'améliorer les résultats pour la santé des patients. Ils sont une composante des **chemins cliniques**.

Relation entre les GPC et les chemins cliniques

Les GPC sont des recommandations basées sur une revue de la littérature scientifique et une évaluation des avantages et des inconvénients des traitements alternatifs. Un chemin clinique traduit essentiellement les lignes directrices de la pratique en soins standards spécifiques pour une population.

Dans cette section, les GPC spécifiques pour certains cancers qui contiennent des recommandations concernant les délais maximaux pour le traitement en oncologie sont présentés. Les chemins cliniques, spécifiques pour certains sièges tumoraux, sont également abordés.

Littérature sélectionnée

Pour les guides ou consensus de pratique, la recherche de la littérature a permis de sélectionner :

- six GPC ou consensus de pratique où des délais maximaux ont été établis pour la prise en charge de patients atteints soit d'un cancer colorectal (1 guide), du poumon (1 guide) ou de la vessie (4 guides) [NCCN, 2018a; Alfred Witjes *et al.*, 2017; Milowsky *et al.*, 2016; HAS, 2012a; NICE, 2011; HAS, 2010a];
- dix GPC où la notion d'urgence d'intervenir (sans délai) a été mentionnée pour les patients atteints soit d'un mélanome (1 guide), d'un cancer du poumon (3 guides), de la prostate (1 guide), du rein (1 guide), du sein (2 guides), de l'utérus (1 guide) et de la vessie (1 guide) [NCCN, 2018d;

NCCN, 2018c; NCCN, 2018b; Finelli *et al.*, 2017; Baldwin *et al.*, 2016; SIGN, 2014; HAS, 2013; HAS, 2012b; Brazda *et al.*, 2010; HAS, 2010c; HAS, 2010b];

- aucun rapport d'ETMIS.

Pour les chemins cliniques, l'ensemble de l'information présentée dans cette section est issue de la littérature grise. Les résultats ont été extraits principalement des sites Internet des gouvernements et agences de santé ou de rapports gouvernementaux publiés ([annexe B](#))

3.4.4.1 Guides ou consensus de pratique

Malgré le manque de preuve de la littérature scientifique concernant les délais acceptables pour recevoir un traitement en oncologie sans porter préjudice aux patients, certains organismes ont émis des recommandations sur les délais maximaux à respecter pour des interventions spécifiques pour certains types de cancers.

3.4.4.1.1 Recommandations avec délais maximaux

Cancer colorectal

La Haute Autorité de Santé (HAS) a recommandé un délai maximal d'un mois avant le début de la prise en charge d'un cancer colorectal à partir du moment où le traitement a été décidé avec le patient (tableau 7). Cette recommandation est basée sur la littérature et des avis d'experts. Cependant, aucune information n'a été fournie concernant la méthodologie utilisée et la littérature repérée afin d'émettre cette recommandation [HAS, 2012a].

Cancer du poumon

Les recommandations de la National Institute for Health and Care Excellence (NICE) concordent avec les délais maximaux et les cibles d'accès établis par le NHS au Royaume-Uni (31 jours suivant la décision de traiter et 62 jours suivant la référence urgente) ([section 3.4.2.2.4](#)). Les recommandations sont issues de données probantes de la littérature et d'avis d'experts, mais la méthodologie utilisée et la littérature repérée ne sont pas décrites (tableau 7) [NICE, 2011].

Cancer de la vessie

Quatre guides de pratique ont été repérés pour le cancer de la vessie dans lesquels des recommandations concernant le délai maximal avant le premier traitement ont été formulées [NCCN, 2018a; Milowsky *et al.*, 2016; EAU, 2015; HAS, 2010a]. Dans un contexte de cancer de la vessie infiltrant le muscle, un délai maximal de trois mois a été recommandé pour la cystectomie radicale suivant le diagnostic afin de limiter les risques de progression (tableau 7). La méthodologie utilisée pour émettre cette recommandation a été décrite pour l'ASCO, le NCCN et l'EAU, mais pas pour la HAS. Bien que les recommandations aient été basées sur des données de faible qualité issues de la littérature et principalement des avis d'experts, il y a consensus parmi les quatre organisations.

Tableau 7 Recommandations relatives aux délais maximaux selon le siège tumoral émis par certaines associations internationales

CANCERS	ORGANISMES / ASSOCIATIONS [RÉFÉRENCES]	DÉLAIS MAXIMAUX	NIVEAU DE PREUVE DES RECOMMANDATIONS
COLORECTAL	HAS (INCa) [HAS, 2012a]	La prise en charge doit débuter dans un délai d'un mois à partir du moment où le traitement est décidé avec le patient.	Littérature et avis d'experts*
POUMON	NICE [NICE, 2011]	On doit s'assurer que les patients atteints d'un cancer du poumon à petites cellules (CPPC) obtiennent une évaluation par un oncologue dans la semaine qui suit la décision de traiter.	Littérature et avis d'experts †
		Les patients admissibles à la chirurgie, à la chimiothérapie ou à la radiothérapie devraient être traités sans retard injustifié (31 jours suivant la décision de traiter et 62 jours suivant la référence urgente)	
VESSIE	ASCO [Milowsky <i>et al.</i> , 2016]	Pour les patients avec un cancer de la vessie envahissant le muscle et qui ne reçoivent pas de chimiothérapie néoadjuvante, on ne doit pas retarder la cystectomie plus de 3 mois suivant le diagnostic, car les risques de progression tumorale et de mortalité spécifique sont augmentés	Littérature et avis d'experts‡
	HAS (INCa) [HAS, 2010a]	Le traitement de première intention des stades infiltrant le muscle repose sur la cystectomie totale. Elle est réalisée au plus tard dans les 3 mois suivant le diagnostic.	Aucune information disponible
	NCCN [NCCN, 2018a]	Si aucune thérapie n'est donnée, la cystectomie doit être faite dans les 3 mois suivant le diagnostic.	Catégorie 2A §
	EAU [Alfred Witjes <i>et al.</i> , 2017]	On ne doit pas retarder la cystectomie plus de 3 mois , car les risques de progression tumorale et de mortalité spécifique sont augmentés.	Grade B II

Sigles : ASCO : American Society of Clinical Oncology; CPPC : cancer du poumon à petites cellules; EAU : European Association of Urology; HAS : Haute Autorité de Santé; INCa : Institut National du Cancer; NCCN : National Comprehensive Cancer Network; NICE : National Institute for Health and Care Excellence

*Le document repose sur les recommandations pour la pratique clinique ou les conférences de consensus. Le travail a été complété par des avis d'experts lorsque les données étaient manquantes.

† Les lignes directrices ont été élaborées par le National Collaborating Center for Cancer qui a travaillé conjointement avec un groupe de professionnels de la santé qui incluait des consultants, des médecins généralistes et des infirmières, des patients et des soignants, des équipes techniques, qui, ensemble, ont revu les données probantes de la littérature et ont rédigé des recommandations. Les recommandations ont été finalisées après une consultation publique.

‡ Un comité d'approbation de l'ASCO a été convoqué pour envisager d'adopter les recommandations et les lignes directrices de l'EAU sur le MIBC et le cancer de la vessie métastatique fondées sur une revue systématique de la littérature médicale. Le comité d'approbation de l'ASCO a examiné la méthodologie utilisée dans la ligne directrice de l'EAU en considérant les résultats de l'outil AGREE II. Le groupe d'experts a examiné attentivement le contenu des lignes directrices de l'EAU afin de déterminer si l'approbation de l'ASCO était appropriée.

§ Catégorie 2A : basée sur des preuves de niveau inférieur il y a consensus du NCCN que l'intervention est appropriée.

|| Grade B : basé sur des études cliniques bien menées, mais sans essais cliniques randomisés [EAU, 2015].

3.4.4.1.2 Recommandations avec mentions de traiter rapidement

Certaines associations ont émis des recommandations qui font mention de la nécessité d'intervenir rapidement dans certaines situations sans toutefois proposer de délais maximaux définis. Un résumé de ces recommandations est présenté au tableau K-1 de l'[annexe K](#).

3.4.4.1.3 Indicateurs de qualité relatifs au temps d'attente pour les traitements en oncologie selon le siège tumoral

Certains pays et organismes ont défini des [indicateurs de qualité](#) (IQ) relatifs au temps d'attente pour certains sièges tumoraux. Ces IQ permettent d'évaluer la performance des systèmes de santé d'un établissement ou d'un pays.

La recherche de la littérature scientifique et de la littérature grise a permis de repérer :

- cinq études sur des indicateurs relatifs aux délais avant le premier traitement en oncologie [Biganzoli *et al.*, 2017; Ponti *et al.*, 2015; Van Hove *et al.*, 2014; Jakobsen *et al.*, 2013; Ferrua *et al.*, 2012];
- un rapport gouvernemental [NBHW et SALAR, 2013]

Quatre études rapportent des IQ pour la prise en charge de patients atteints d'un cancer du sein et une étude en rapporte des IQ dans un contexte de cancer du poumon. Un rapport gouvernemental fait état de différents indicateurs relatifs au temps d'attente selon différents sièges tumoraux.

Description des études

Cancer du sein

En 2010, l'European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMA) a publié un rapport qui décrit un ensemble d'IQ qui pourraient être adoptés par les centres spécialisés en cancer du sein afin d'évaluer leur performance. Ces IQ permettraient un audit et une assurance qualité normalisés afin d'établir un standard minimal de soins. Ces IQ sont inscrits dans la National Quality Measures Clearing House (NQMC) et définissent des mesures qui permettent aux centres de suivre les patients dans le temps de manière standardisée et de repérer des lacunes qui nécessitent des ajustements dans les soins de santé. Un IQ relativement au temps d'attente avant la chirurgie a été déterminé afin de maximiser les bénéfices de la détection précoce du cancer et de réduire l'anxiété des patients et de leur famille (tableau 8). Deux aspects importants ont été précisés, soit la nécessité d'avoir un délai minimal afin de favoriser la prise de décision éclairée avec le patient et la nécessité de commencer le premier traitement le plus tôt possible afin de réduire l'anxiété [Biganzoli *et al.*, 2017].

Ponti et ses collaborateurs ont publié les résultats annuels d'un système d'audit sur la qualité des soins pour le diagnostic et le traitement du cancer du sein en Italie entre 2011 et 2012 [Ponti *et al.*, 2015]. Ce système d'audit (Audit System on

Quality of Breast Cancer Treatment) a été instauré par l'European Breast Cancer Screening Network (EBCN). Les indicateurs inclus dans le rapport ont été définis par un groupe consensuel d'experts appelé Senonetwork-GISMa (www.senonetwork.it). Des indicateurs relatifs aux délais maximaux jusqu'à la chirurgie ont été élaborés (tableau 8).

Van Hove et ses collaborateurs ont publié une étude dont l'objectif a été de déterminer la pertinence d'implanter un chemin clinique ([section 3.4.4.2](#)) afin d'améliorer la qualité des soins offerts aux patients atteints d'un cancer du sein dans trois hôpitaux des Pays-Bas [Van Hove *et al.*, 2014]. La qualité des soins avant et après l'implantation du chemin clinique a été évaluée en sélectionnant 14 indicateurs dont 2 se rapportaient aux délais avant le premier traitement (tableau 8). Les indicateurs sont disponibles dans le Netherlands Cancer Registry (NCR) et sont basés sur les lignes directrices nationales (www.oncoline.nl) et les normes de la National Breast Cancer Organization (NABON).

Dans l'étude de Ferrua et ses collaborateurs, des IQ relativement à la rapidité et l'organisation des soins pour les nouveaux patients atteints d'un cancer du sein infiltrant, non inflammatoire et sans métastases ont été définis et validés. L'objectif de l'étude a été d'utiliser ces IQ pour comparer différents hôpitaux français [Ferrua *et al.*, 2012]. Les IQ ont été définis avec l'aide d'experts dans le domaine du cancer du sein, soumis à la Société française de sénologie et de pathologie mammaire (SFSPM) au Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) pour leur opinion, et sélectionnés par un groupe de travail d'experts et de consultants en cancer du sein. Les critères pour élaborer les IQ étaient issus des guides de pratique français, des règlements légaux et des guides de consensus. Un indicateur relativement au délai maximal pour la chirurgie a été défini (tableau 8).

Cancer du poumon

Le Danish Lung Cancer Group (DLCG), en collaboration avec le Danish Lung Cancer Registry (DLCR), a élaboré des IQ et suivi les résultats afin d'améliorer le pronostic et la qualité des soins pour les patients atteints d'un cancer du poumon au Danemark [Jakobsen *et al.*, 2013]. Les IQ ont régulièrement été révisés selon les rapports qui évaluent la littérature pertinente. L'objectif de l'étude a été de décrire la méthodologie utilisée pour améliorer la qualité des soins pour les patients atteints d'un cancer du poumon par l'utilisation et le suivi d'IQ. Dans cette étude, cinq IQ relativement aux délais maximaux avant le traitement en oncologie ont été définis (tableau 8).

Le Swedish National Board of Health and Welfare (NBHW) et la Swedish Association of Local Authorities and Regions (SALAR) ont développé des indicateurs spécifiques à certains cancers pour comparer la qualité des soins des différentes régions de la Suède [NBHW et SALAR, 2013]. Parmi les indicateurs définis, certains relatifs aux délais d'attente ont permis de mettre en lumière les variations des délais pour l'accès au traitement en oncologie dans les différentes

régions étudiées et selon les différents types de cancer. Le tableau 9 présente les IQ relatifs aux délais maximaux utilisés pour évaluer la qualité des soins en oncologie.

Tableau 8 Indicateurs de qualité relatifs aux temps d'attente pour l'accès au traitement en oncologie selon le siège tumoral

ORGANISATIONS (PAYS)	INDICATEURS	DÉLAIS	CIBLES	NIVEAU DE PREUVE	RÉFÉRENCES
CANCER DU SEIN					
EUSOMA (EUROPE)	Date du premier examen de diagnostic → chirurgie (ou autres traitements)	≤ 6 semaines (42 jours)	90 % (standard minimal de 80 %)	IV (jugement d'experts, absence d'étude clinique de qualité)	Biganzoli <i>et al.</i> , 2017
Senonetwork-GISMa (ITALIE)	Référence → chirurgie	≤ 30 jours	90 % (standard minimal de 80 %)	Consensus d'experts	Ponti <i>et al.</i> , 2015
	Diagnostic → chirurgie	≤ 42 jours	90 % (standard minimal de 80 %)		
	Dépistage → chirurgie	≤ 60 jours	90 % (standard minimal de 80 %)		
	Dépistage → chirurgie	≤ 90 jours	n.a.		
NCR / NABON (PAYS-BAS)	Confirmation pathologique → chirurgie	≤ 5 semaines (35 jours)	90 %	n.r.	Van Hove <i>et al.</i> , 2014
	Confirmation pathologique → chimiothérapie adjuvante	≤ 5 semaines (35 jours)	n.a.		
INSERM / COMPAQH (FRANCE)	Premier RDV avec le chirurgien → chirurgie	≤ 21 jours	n.a.	n.r. (consensus d'experts)	Ferrua <i>et al.</i> , 2012
CANCER DU POUMON					
DLCG-DLCR (DANEMARK)	Référence → chirurgie	≤ 42 jours	85 %	Données de la littérature	Jakobsen <i>et al.</i> , 2013
	Référence → traitement oncologique	≤ 42 jours	85 %		
	Référence → chimiothérapie	≤ 42 jours	85 %		

	Référence → radiothérapie	≤ 42 jours	85 %		
	Référence → radiothérapie et chimiothérapie	≤ 42 jours	85 %		

Sigles et abréviations : COMPAQH : Coordination for Measuring Performance and Assuring Quality in Hospitals; DLCC : Danish Lung Cancer Group; DLCR : Danish Lung Cancer Registry; EUSOMA : European Society of Breast Cancer Specialists; GISMa : Italian group for mammography screening; INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale; n.a. : non applicable; NABON : National Breast Cancer Organization of the Netherlands; NCR : Netherlands Cancer Registry

Tableau 9 Indicateurs de qualité relatifs aux temps d'attente pour l'accès au traitement en oncologie en Suède selon le siège tumoral

CANCERS	INDICATEURS	DÉLAIS MAXIMAUX	CIBLES D'ACCÈS
POUMON	Réception de la référence → décision de traiter	28 jours	80 %
PROSTATE	Référence pour un spécialiste → visite avec un spécialiste	90 jours	
SEIN	Consultation avec un spécialiste → chirurgie	21 jours	90 %
		28 jours	100 %
REIN	Décision de traiter → chirurgie	Le plus rapidement possible	

Adapté de NBHW et SALAR, 2013.

3.4.4.2 Chemins cliniques pour le traitement en oncologie

3.4.4.2.1 Chemins cliniques au Canada

Manitoba

En 2011, le Manitoba a implanté une stratégie canadienne afin de réduire les temps d'attente pour le traitement du cancer, soit l'initiative « In Sixty » [Manitoba Government, 2011]. Cette initiative se répercute sur l'ensemble du parcours de soins, à partir du moment où le médecin de famille soupçonne un cancer jusqu'à ce que le traitement commence réellement.

CancerCare Manitoba a estimé que le séjour complet pour certains patients atteints d'un cancer pouvait durer entre 3 et 9 mois. L'objectif de « In Sixty » a été de réduire les temps d'attente entre les premiers soupçons de cancer et le premier traitement à un maximum de 60 jours (pour 2016). Ce délai inclut tous les examens diagnostiques et pathologiques jusqu'au traitement [Skwarchuk et Guerard, 2015].

CancerCare Manitoba a élaboré des chemins cliniques pour cinq cancers :

- Cancer du sein;
- Cancer de la prostate de haut grade;
- Cancer colorectal;
- Cancer du poumon;
- Lymphome.

Le tableau L-1 à l'[annexe L](#) présente un sommaire des délais maximaux recommandés par « In Sixty » pour certaines étapes du diagnostic, de la consultation et du traitement.

3.4.4.2.2 Chemins cliniques à l'international

Suède

Entre 2015 et 2018, le gouvernement de la Suède et la Swedish Association of Local Authorities and Regions ont mis en place une série de mesures afin d'améliorer l'accès aux soins pour les patients atteints d'un cancer avec une attention particulière sur la réduction des délais d'attente en oncologie.

Parmi les mesures mises en place, les autorités ont introduit des chemins cliniques standardisés. Les chemins cliniques décrivent les examens et les traitements nécessaires à la suite d'un diagnostic de cancer, ainsi que les délais maximaux pour effectuer les interventions. Ils ont été élaborés à partir de guides de pratique nationaux et de groupes d'experts. Le National Board of Health and Welfare est responsable de sa mise en place et de son évaluation [Government Offices of Sweden, 2016].

L'initiative nationale pour la réduction des temps d'attente a proposé des parcours cliniques pour plusieurs cancers qui ont été introduits depuis 2015 et 2016 (tableau L-2, [annexe L](#)). Cependant, aucune information n'a été trouvée concernant les détails de ces chemins cliniques.

Australie

Le ministère de la Santé et des Services sociaux de l'État de Victoria a mandaté Cancer Council Victoria pour évaluer les chemins cliniques optimaux pour le traitement du cancer. Des chemins cliniques ont été élaborés pour 15 types de cancers (tableau L-3, [annexe L](#)) [Cancer Council Victoria, 2018].

Ces chemins cliniques ont depuis été approuvés par le National Cancer Expert Review Group (NCERG), Cancer Australia, le Cancer Council Australia et l'Australian Health Ministers' Advisory Council (AHMAC). Les chemins cliniques sont implantés à l'échelle nationale. Un sommaire des délais maximaux recommandés pour le traitement de certains cancers (sein, endomètre, poumon, colorectal, prostate, carcinome basocellulaire et tête et cou) est présenté au tableau M-4 de l'[annexe L](#).

Royaume-Uni

Cancer Alliance est une organisation basée en Angleterre qui regroupe des cliniciens, des patients et des leaders qui collaborent afin d'uniformiser les soins et d'améliorer l'expérience des patients et leur traitement [Cancer Alliance, 2018a].

L'organisation a publié des voies cliniques proposant les meilleures pratiques pour sept cancers :

- cancer colorectal;
- cancer des ovaires;
- cancer de la tête et cou;

- mélanome;
- cancer de la prostate;
- cancer du tractus gastro-intestinal supérieur;
- cancer du poumon (révision).

Des délais maximaux sont recommandés pour différentes étapes de la prise en charge clinique des patients afin de respecter les normes nationales établies par le NHS. Celles-ci indiquent que le traitement doit être donné dans un délai de 31 jours suivant le diagnostic ou 62 jours suivant la référence du médecin généraliste ([section 3.4.2.2.4](#)). Les détails de chemins cliniques sont accessibles sur le site Internet de l'Alliance [Cancer Alliance, 2018b].

3.4.4.3 En bref – normes d'accès au traitement sous forme de chemins cliniques

Malgré le manque de preuves sur le lien entre les délais avant le traitement et la survie des patients atteints de cancers particuliers, certains cancers sont plus agressifs et leur traitement peut être prioritaire. Par conséquent, certains pays et provinces ont implanté des chemins cliniques afin de faciliter l'accès au traitement en oncologie et de s'assurer de fournir des soins dans les délais maximaux recommandés par les différentes instances. Ces chemins cliniques sont spécifiques à différents cancers et issus des recommandations émises dans les GPC.

Parmi les organismes sélectionnés qui ont publié des GPC, peu ont émis des recommandations concernant les délais maximaux acceptables avant le premier traitement afin de ne pas porter préjudice aux patients atteints d'un cancer. Certains organismes font mention de l'urgence d'intervenir dans certaines situations, sans toutefois définir un délai maximal. Toutefois, un consensus a été observé pour le cancer de la vessie. Quatre organisations ont indiqué que la cystectomie ne doit pas être retardée plus de trois mois afin de minimiser les risques de progression tumorale pour les patients avec un cancer de la vessie envahissant les muscles. Cependant, cette recommandation est basée sur une littérature scientifique de faible qualité et issue de consensus d'experts.

Différents organismes ont également défini des indicateurs de qualité relativement aux délais maximaux avant le premier traitement en oncologie selon le siège tumoral afin d'évaluer la qualité des soins dans différents pays ou établissements. Ces indicateurs de qualité sont principalement issus d'avis d'experts.

3.4.5 Limites

La totalité de l'information rapportée concernant les normes d'accès au traitement en oncologie provient d'une recherche documentaire de la littérature grise et comporte des faiblesses :

- recherche documentaire non systématique (omission possible d'information, interprétation biaisée);
- sources d'informations sont sans référence, provenant principalement de sites Internet gouvernementaux, d'agences ou d'organismes qui interviennent dans le domaine du cancer (site Web archivé, organismes qui ne sont plus en fonction).

Autant pour les provinces canadiennes que certains pays membres de l'OCDE, peu d'information a été repérée concernant la méthodologie utilisée pour émettre des recommandations :

- justification des délais maximaux ou des cibles d'accès;
- justification des niveaux de priorités et des critères de gradation de la gravité;
- recommandations issues de démarches consensuelles avec des données probantes de la littérature de faible qualité.

Les recommandations émises dans les GPC présentent des faiblesses :

- elles sont appuyées par une littérature de faible qualité;
- elles sont issues principalement de consensus et d'avis d'experts;
- peu d'information est disponible quant à la méthodologie employée pour leur formulation.

3.4.6 Constats

- Chaque province et chaque pays a adopté des normes d'accès au traitement en oncologie uniques.
 - Au Canada, des normes nationales ont été établies pour l'accès à la radiothérapie, mais pas pour la chirurgie ou la chimiothérapie. Les provinces sont libres de déterminer des délais maximaux plus restrictifs pour l'accès au traitement.
- Pour les provinces ou pays qui ont choisi des normes sans priorisation, les délais maximaux établis sont variables et basés principalement sur des avis et recommandations d'experts.
 - Certains pays ou provinces ont établi des cibles d'accès, ce qui permet une certaine latitude à l'équipe médicale afin de juger de la priorité d'un cas. Un cas jugé moins urgent pourrait ne pas être traité à l'intérieur du délai maximal afin de prioriser l'accès à des cas jugés urgents; toutefois, la cible limite la proportion des patients que l'on pourrait vouloir traiter dans un délai plus long.
 - Certains pays ou provinces ont choisi d'adopter un système avec des cibles d'accès à paliers.
- Pour les provinces ou pays qui ont choisi des normes avec priorisation, les niveaux de priorité sont variables et ceux-ci sont déterminés selon le jugement de l'équipe médicale plutôt qu'en fonction de critères bien définis.
- Les GPC recommandent des délais maximaux spécifiques aux sièges tumoraux. Les recommandations sont basées sur la littérature scientifique et des avis d'experts.
 - Peu de guides de pratique ont recommandé des délais maximaux à respecter avant le premier traitement;
 - Pour un type de cancer, un consensus a été obtenu afin de recommander un délai maximal :
 - Un délai de 3 mois avant la cystectomie est recommandé afin de minimiser les risques de progression tumorale dans les cas de cancer de la vessie avec envahissement des muscles.
- Des chemins cliniques spécifiques à un type de cancer ont été élaborés afin de faciliter l'accès aux soins et d'assurer la prise en charge des patients dans les délais maximaux recommandés. Les chemins cliniques permettent l'intégration des recommandations émises dans les GPC et facilitent leur diffusion et leur pratique.

- Des IQ ont été définis relativement aux délais d'attente maximaux avant un traitement en oncologie selon différents sièges tumoraux. Toutefois, les IQ sont des outils permettant d'évaluer la qualité des soins dans un établissement particulier ou à l'échelle nationale et ne sont pas nécessairement une recommandation de pratique.

3.5 Synthèse des normes d'accès au premier traitement en oncologie

3.5.1 Provinces canadiennes

Le tableau 10 présente une synthèse des normes d'accès au premier traitement en oncologie selon le traitement (chimiothérapie, chirurgie et radiothérapie) mis en place par les provinces canadiennes.

Un sommaire des paramètres statistiques utilisés par les provinces canadiennes afin de mesurer et de rapporter les temps d'attente pour l'accès au traitement en oncologie est présenté à l'[annexe M](#) (tableau M-1). Les détails des organismes canadiens qui publient des statistiques sur les délais d'attente sont également présentés (tableau M-2 de l'[annexe M](#)).

Tableau 10 Synthèse des normes d'accès au premier traitement en oncologie au Canada

PROVINCES	INDICATEURS	POPULATION CIBLÉE (SANS OU AVEC PRIORISATION)	DÉLAIS MAXIMAUX	CIBLES D'ACCÈS
CHIMIOTHÉRAPIE				
ONTARIO	Référence pour un spécialiste → consultation	Tous les patients (sans priorisation)	14 jours	
	Consultation → traitement		28 jours	
CHIRURGIE				
COLOMBIE-BRITANNIQUE *	Référence pour un spécialiste → consultation	Priorité 1 Priorité 2 Priorité 3 Priorité 4 Priorité 5	14 jours 28 jours 42 jours 84 jours 182 jours	
	Inscription sur la liste d'attente → traitement			
MANITOBA †	Prêt à être traité → traitement	Priorité 1 : urgent Priorité 2 : semi-urgent Priorité 3 : chirurgie élective	42 jours 84 jours 168 jours	
NOUVEAU-BRUNSWICK ‡	Réception de la demande de réservation de la salle opératoire → traitement complété	Priorité 1 Priorité 2	42 jours 90 jours	
ONTARIO §	Consultation → décision de traiter	Priorité 1	Immédiat	90 %
		Priorité 2	14 jours	90 %
		Priorité 3	14 jours	90 %
		Priorité 4	14 jours	90 %
	Prêt à être traité → traitement	Priorité 1	Immédiat	90 %
		Priorité 2	14 jours	90 %
Priorité 3		28 jours	90 %	
Priorité 4		84 jours	90 %	
QUÉBEC	Signature de la requête opératoire → traitement		28 jours	90 %
			56 jours	100 %
SASKATCHEWAN	Décision de traiter → traitement	Niveau 1	21 jours	95 %
		Niveau 2	42 jours	n.r.
		Niveau 3	90 jours	90 %
		Niveau 4	365 jours	n.r.

RADIOTHÉRAPIE				
ALBERTA	Référence pour un spécialiste → consultation		10 jours	
	Consultation → traitement		10 jours	
COLOMBIE-BRITANNIQUE	Prêt à être traité → traitement		28 jours	
MANITOBA	Prêt à être traité → traitement		28 jours	
NOUVEAU-BRUNSWICK	Prêt à être traité → traitement		28 jours	90 %
			56 jours	100 %
NOUVELLE-ÉCOSSE	Prêt à être traité → traitement		28 jours	
ONTARIO **	Prêt à être traité → traitement	Priorité 1	1 jour	
		Priorité 2	7 jours	
		Priorité 3	14 jours	
QUÉBEC	Prêt à être traité → traitement		28 jours	90 %
			56 jours	100 %

n.r. : non rapporté

* Non spécifique pour le cancer; † cancers de la tête et du cou uniquement; ‡ le niveau de priorité est déterminé par le chirurgien.

§ : Priorité 1 : patients nécessitant une intervention chirurgicale pour éliminer les cancers connus ou soupçonnés qui présentent des conditions mettant la vie en danger (obstruction des voies respiratoires, hémorragie, compromission neurologique); priorité 2 : patients diagnostiqués avec une tumeur très agressive, tel un cancer du système nerveux central; priorité 3 : tous les patients atteints d'un cancer invasif connu ou soupçonné et qui ne répondent pas aux critères des niveaux de priorité 2 ou 4; priorité 4 : patients diagnostiqués avec des cancers indolents.

|| : Niveau 1 : cancer soupçonné ou confirmé; niveau 2 : cancer soupçonné ou confirmé ne nécessitant pas de soins immédiats; niveau 3 : cancer à croissance lente ou de nature indolente; niveau 4 : cancer détecté lors d'un dépistage de routine ou suivi planifié pour un cancer.

** : Priorité 1 : patients qui présentent un état de danger immédiat pour leur vie (ex. : syndrome de la veine cave supérieure) et qui devraient être traités en urgence; priorité 2 : patients qui ne sont pas considérés comme devant être traités en urgence, mais pour qui, selon l'avis du médecin traitant, le traitement devrait commencer dans la semaine suivant le diagnostic (ex. : tumeurs très agressives et certains cas palliatifs); priorité 3 : tous les patients, selon l'avis du médecin traitant, qui ne satisfont pas aux critères pour les catégories 1 ou 2.

3.5.2 International

Le tableau 11 présente une synthèse des normes d'attente pour l'accès au premier traitement en oncologie selon le traitement (chimiothérapie, chirurgie et radiothérapie) mis en place par certains pays membres de l'OCDE. Les différentes statistiques utilisées par certains pays afin de mesurer les temps d'attente « en cours » et « terminés » sont présentées à l'[annexe N](#).

Tableau 11 Synthèse des normes d'attente pour l'accès au premier traitement en oncologie à l'international

PAYS	INDICATEURS	POPULATION CIBLÉE (SANS OU AVEC PRIORISATION)	DÉLAIS MAXIMAUX	CIBLES D'ACCÈS
CHIMIOTHÉRAPIE				
DANEMARK	Information sur le diagnostic et possibilité de traitement → traitement		14 jours	
ITALIE	Diagnostic → traitement	Urgent Standard Faible Approche palliative	3 jours 15 jours 30 jours 60 jours	
CHIRURGIE				
AUSTRALIE*	Inscription sur la liste d'attente → admission pour le traitement	Urgent † Semi-urgent † Non urgent †	30 jours 90 jours 365 jours	
DANEMARK	Information sur le diagnostic et possibilité de traitement → traitement		14 jours	
ITALIE	Diagnostic → traitement	Urgent ‡ Standard ‡ Faible ‡ Approche palliative ‡	3 jours 15 jours 30 jours 60 jours	
PORTUGAL	Inscription sur la liste → traitement	P1 (normal) P2 (prioritaire) P3 (élevé) P4 (urgent)	60 jours 45 jours 15 jours 3 jours	
RADIOTHÉRAPIE				
DANEMARK	Réception de la référence en radiothérapie par le centre spécialisé → traitement primaire		28 jours	
ITALIE	Diagnostic → traitement	Urgent § Standard § Adjuvant §	15 jours 30 jours > 30 jours	

TOUS TRAITEMENTS EN ONCOLOGIE				
ITALIE	Diagnostic → traitement en oncologie		30 jours	90 %
NOUVELLE-ZÉLANDE	Référence urgente avec un soupçon important de cancer → évaluation par un spécialiste		14 jours	90 %
	Décision de traiter → traitement		31 jours	90 %
	Référence urgente avec un soupçon important de cancer → traitement		62 jours	90 %
NORVÈGE	Prêt à être traité → traitement	Normale II Prioritaire II Élevée II Urgente II	365 jours 60 jours 14 jours 3 jours	
ROYAUME-UNI (ANGLETERRE)	Référence urgente pour une investigation pour symptôme de cancer → consultation par un spécialiste		14 jours	93 %
	Référence urgente pour un cancer soupçonné → diagnostic		31 jours	
	Diagnostic → premier traitement		31 jours	96 %
	Référence urgente pour un cancer soupçonné → premier traitement		62 jours	85 %
	Référence dans le cadre d'un programme de dépistage → premier traitement		62 jours	
SUÈDE	Consultation avec un spécialiste		90 jours	
	Opération ou traitement		90 jours	

* Non spécifique à la chirurgie oncologique

† : Urgent : la santé du patient a le potentiel de se détériorer rapidement; semi-urgent : la santé du patient a peu de risque de se détériorer rapidement; non urgent : la santé du patient a peu de risque de se détériorer.

‡ : Urgent : cancer agressif, croissance rapide, symptomatique et complications; standard : diagnostic de cancer ou récurrence nécessitant un traitement spécifique (tumeurs solides, cancer sanguin); faible : croissance lente où le délai n'influencera pas le pronostic; approche palliative : patients asymptomatiques, soins palliatifs, traitement immédiat non nécessaire.

§ : Urgent : présence de conditions cliniques laissant supposer qu'un délai pourrait potentiellement compromettre les probabilités d'obtenir le résultat thérapeutique attendu; traitement visant à soulager les symptômes; standard : traitements planifiés à visée curative; adjuvant : traitements adjuvants planifiés, intégrés dans une stratégie thérapeutique séquentielle.

|| : Basée sur la sévérité, l'efficacité attendue du traitement et le coût associé.

DISCUSSION

La gestion des temps d'attente pour l'accès au traitement en oncologie est une préoccupation majeure pour les systèmes de santé publique. La nature de la maladie, mortelle si elle n'est pas traitée, nécessite une prise en charge rapide afin d'établir le diagnostic, de définir les possibilités de traitement et d'assurer l'accès à ces derniers dans des délais raisonnables.

La Direction générale de cancérologie (DGC) a demandé à l'INESSS une revue des pratiques nationales et internationales concernant les délais d'accès aux traitements en oncologie (chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie) ainsi que l'identification des indicateurs existants (définition et cibles à atteindre).

Dans la perspective de diminuer les temps d'attente et d'améliorer les délais d'accès aux soins oncologiques, deux provinces canadiennes, l'Ontario et la Saskatchewan, ont évalué la possibilité de gérer les délais d'attente pour l'accès à la chirurgie oncologique selon le siège tumoral. Cependant, ces provinces ont constaté l'impossibilité d'implanter des directives sur les délais maximaux pour l'accès au traitement selon le type de cancer en raison d'une littérature scientifique variable, de faible qualité, ne permettant pas de clairement définir des délais qui ne porteraient pas préjudice à la survie des patients. Une révision de la littérature, axée sur les revues systématiques et narratives, a permis de constater qu'à l'instar des conclusions rapportées dans les rapports de l'Ontario et de la Saskatchewan, les mêmes constats s'imposaient. Cependant, malgré ce manque de qualité de la littérature, la communauté scientifique reconnaît la nécessité de traiter certains cancers plus rapidement que d'autres. Dans cette optique, les instances gouvernementales ont établi des normes d'attente pour baliser l'accès au traitement en oncologie.

La recherche documentaire concernant la gestion des temps d'attente pour l'accès au premier traitement en oncologie a permis de constater que la littérature était abondante. Cependant, la majorité des résultats est issue de la littérature grise à reposant sur une recherche non systématique. Les données qui ont été présentées proviennent principalement de sites Internet gouvernementaux, d'organismes ou d'association scientifiques, et sont peu référencées et parfois archivées. Ainsi, les résultats rapportés peuvent ne pas représenter les pratiques actuelles ou être incomplets ou manquants.

Normes d'accès au traitement

Parmi les provinces canadiennes et certains pays membres de l'OCDE, deux principales catégories de normes d'accès au traitement en oncologie ont été identifiées. Celles-ci sont basées sur la recommandation de délais maximaux pour l'accès au traitement. Une première catégorie, sans priorisation, s'adresse à la population entière, c'est-à-dire à tous les patients, indépendamment du siège tumoral ou de leurs conditions. Au Canada, le Québec a implanté cette catégorie

de normes d'accès pour la chirurgie oncologique de même que pour la radiothérapie à visée curative. Un délai maximal de 28 jours est indiqué pour l'accès au traitement pour 90 % de la clientèle et de 56 jours pour 100 % de celle-ci². Cette directive s'applique à tous les patients atteints d'un cancer, peu importe le siège tumoral ou leur condition. Ces cibles d'accès permettent un peu de latitude afin de traiter les cas urgents plus rapidement et de retarder les cas jugés moins urgents.

La seconde catégorie, avec priorisation, permet de définir des délais maximaux variables selon la gravité de la maladie et la condition des patients. Les niveaux de priorité sont prédéfinis et attribués aux patients est déterminé par l'équipe médicale lors du diagnostic. La province de l'Ontario a déterminé des normes d'accès à la chirurgie oncologique où des délais maximaux variables sont associés à quatre niveaux de priorité. Une cible d'accès de 90 % a été établie parce qu'une certaine proportion de patients n'aura pas besoin de commencer le traitement dans les délais recommandés pour des raisons variables (examens complémentaires, retard du traitement pour raison médicale ou personnelle).

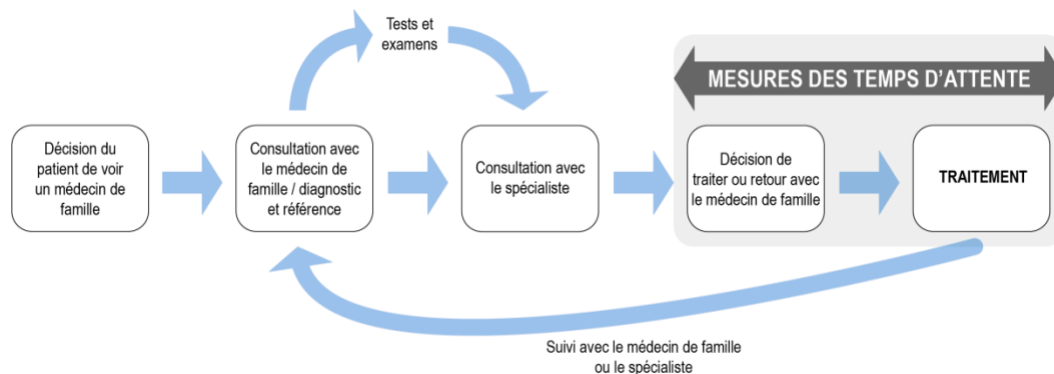
Problématiques

Un examen des normes d'accès au traitement en oncologie mises en place par les provinces canadiennes et certains pays membres de l'OCDE a permis de constater différentes problématiques. L'une de celles-ci est la définition des indicateurs pour mesurer les temps d'attente. La variabilité des indicateurs constitue une contrainte majeure qui ne permet pas de comparer les délais pour l'accès au traitement entre les provinces et les pays. La comparaison de la performance des différentes normes utilisées est donc difficile, sinon impossible. Par exemple, au Québec, les délais d'attente pour l'accès à la chirurgie oncologique sont mesurés entre le moment de la requête opératoire et la chirurgie. En Ontario, pour la chirurgie oncologique, le délai se rapportant au traitement est mesuré entre la décision de traiter et la chirurgie. En plus de la variabilité des indicateurs entre les provinces et les pays, les normes d'attente varient en fonction du traitement (chimiothérapie, chirurgie, radiothérapie), et une norme n'est pas nécessairement en place pour tous les traitements. L'accessibilité au traitement oncologique dans un délai raisonnable pourrait dépendre également du traitement offert par l'équipe médicale. Une autre contrainte importante concernant les systèmes actuels pour mesurer les temps d'attente pour l'accès à un traitement en oncologie est que ceux-ci ne reflètent pas l'attente réelle qu'un patient doit subir pour avoir accès à son traitement (figure 8). Les indicateurs établis par les provinces ou les pays permettent généralement de mesurer le temps d'attente pour le traitement à partir du diagnostic ou de la décision de traiter. Cependant, plusieurs étapes qui précèdent le diagnostic peuvent être longues et influencer considérablement l'attente totale du patient. L'Ontario a défini deux indicateurs pour l'accès à la chimiothérapie et à la chirurgie oncologie, qui incluent un délai

² Délais mesurés entre la requête opératoire et la chirurgie oncologique.

pour une consultation avec un médecin spécialiste et un délai pour l'accès au traitement. Au Québec, un seul indicateur pour l'accès au traitement est utilisé. Par ailleurs, certains intervalles fréquemment utilisés ne sont pas définis de façon suffisamment claire. Cela peut permettre de repousser, dans une certaine mesure, le temps zéro afin d'obtenir une marge supplémentaire pour respecter la norme de délai. Les définitions du temps zéro comme « patient prêt à être traité » ou « dépôt de la requête opératoire » sont des exemples qui permettent une telle marge de manœuvre, mais qui ne diminuent en rien l'attente réelle du patient.

Figure 8 Prise en charge clinique et mesures des temps d'attente



Étapes de la prise en charge d'un patient atteint d'un cancer à partir du moment où il consulte un médecin généraliste pour des symptômes jusqu'au traitement en oncologie. Les provinces ou les pays mesurent les temps d'attente pour l'accès au traitement en oncologie à partir du diagnostic ou de la décision de traiter, ce qui ne reflète pas l'attente réelle du patient dans le continuum de soins. Adapté de ICES, 2005.

Avantages et désavantages relatifs à certaines composantes des normes d'accès

Aucune donnée ne permet de démontrer la supériorité de certaines catégories de normes par rapport à d'autres ni de certaines composantes des normes de délai. Le tableau 12 présente certains des avantages et des inconvénients relativement aux différents systèmes de gestion des temps d'attente. Malgré le manque de preuve permettant d'attribuer une priorité d'accès selon le siège tumoral, les deux principales catégories permettent aux équipes médicales, à un niveau variable, de porter un jugement clinique et d'assurer que les cas urgents sont priorisés, soit par la classification des cas ou par les cibles d'accès associées à des délais maximaux.

Tableau 12 Avantages et inconvénients des différentes catégories de normes d'accès ou de composantes pour l'accès au premier traitement en oncologie

CATÉGORIE OU COMPOSANTE	AVANTAGES	INCONVÉNIENTS
SANS PRIORISATION (A)	- Assure un accès rapide au traitement, peu importe le diagnostic. - Diminution de l'anxiété vécue par le patient. - Diminution du risque de progression de la maladie.	- Ne permet pas de prioriser des cas plus urgents. Les cas moins urgents doivent être traités dans les mêmes délais. - Certains cancers, traités rapidement, pourraient attendre sans mettre la vie du patient en danger. - Utilisation des ressources non optimale. - Possible engorgement du système si le délai maximal n'est pas réaliste en fonction des ressources disponibles.
AVEC PRIORISATION (B)	- Assure un accès au traitement adapté au niveau réel de la gravité et de l'urgence de traiter la maladie. - Le prolongement des délais maximaux en fonction de la priorisation des cas permet le prolongement du temps disponible pour traiter tous les patients, ce qui pourrait désengorger le système. - Procure une plus grande flexibilité aux équipes de soins.	- Basé sur le jugement clinique des équipes médicales (plus subjectif et moins transparent). - Critères de priorisation pas toujours bien définis. - Une mauvaise priorisation pourrait avoir des conséquences délétères pour le patient. - La priorisation est dépendante de l'expertise «en silo» de chaque spécialité. Un cancer jugé prioritaire par un spécialiste d'une discipline pourrait en fait être, au sens global, moins urgent qu'un autre cancer jugé de priorité standard par un spécialiste d'une autre discipline (ex. : un cancer de la prostate urgent par rapport à un cancer de l'œsophage non urgent). - Pourrait augmenter

		l'anxiété et diminuer la qualité de vie des patients qui ont un cancer jugé non urgent à traiter (attente plus longue).
AVEC CIBLES D'ACCÈS (%)	• Permettent une priorisation des cas considérés comme urgents par rapport à ceux qui le sont moins. • Permet une certaine latitude à l'équipe médicale dans l'atteinte des délais maximaux et des cibles au regard de certains impondérables (ex. : pointe d'achalandage, non-disponibilité des patients).	• Basé sur le jugement clinique des équipes médicales (plus subjectif et moins transparent). • Critères de priorisation pas toujours bien définis. • Délais maximaux relativement courts, même pour des cas non prioritaires.
CHEMINS CLINIQUES (C)	• Suggère des délais pour chacune des étapes de prise en charge afin de mieux respecter le délai maximal. • Optimisation des ressources. • Trajectoire adaptée au siège tumoral.	• Ne tient pas compte du niveau d'urgence de différents types de cancers pour un même siège.

Du médecin de famille au traitement en oncologie

Les temps d'attente ne se limitent pas aux délais entre le diagnostic et le premier traitement. D'autres étapes sont sujettes à des délais éventuels, telles que les consultations avec différents spécialistes ainsi que les examens complémentaires et diagnostiques, et influent sur l'attente totale du patient dans le continuum de soins (figure 7). Le système du Royaume-Uni, également utilisé en Nouvelle-Zélande, est plus représentatif de cette réalité et assure un flux continu entre le moment de la visite avec un médecin généraliste et le traitement en oncologie avec un médecin spécialiste. Le Royaume-Uni a défini quatre indicateurs qui permettent d'attribuer des délais maximaux pour différentes étapes de la prise en charge d'un patient atteint d'un cancer, et ce, peu importe le traitement recommandé. Un délai maximal de 62 jours est indiqué entre la référence par le médecin généraliste et le traitement en oncologie. Dans cet intervalle, un délai maximal de 14 jours est indiqué entre la référence par le médecin généraliste et la consultation avec le spécialiste et un délai de 28 jours entre la référence par un médecin généraliste et le diagnostic³. À la suite de la décision de traiter la maladie, un délai de 31 jours est indiqué pour recevoir le traitement. Au Canada, l'Ontario,

³ En vigueur en 2020.

l'Alberta et la Colombie-Britannique ont défini plusieurs indicateurs pour l'accès au traitement, mais ceux-ci se limitent à la période de temps entre la consultation avec un spécialiste et le traitement, et ne prennent pas en considération les délais précédents.

Stratégies pour diminuer les temps d'attente

Plusieurs stratégies existent pour diminuer les temps d'attente pour l'accès au traitement. Par exemple, certains pays membres de l'OCDE ont mis en place des pénalités ou sanctions si les délais ne sont pas respectés. Ces pénalités peuvent être financières ou autres. Cette méthode est utilisée au Royaume-Uni, où une réduction de 5 % des revenus est appliquée pour la spécialité concernée. Une deuxième stratégie permet aux patients d'être traités dans un autre établissement si les délais maximaux recommandés ne sont pas respectés, y compris à l'extérieur du pays, si nécessaire, et aux frais de leur gouvernement. Cette stratégie est utilisée par exemple au Danemark et au Portugal. Cependant, peu de données permettent d'évaluer laquelle de ces stratégies est la plus performante en ce qui concerne la réduction des temps d'attente. Selon un rapport de l'OCDE, une stratégie efficace serait une combinaison de différentes méthodes [Siciliani *et al.*, 2014], par exemple des garanties de délais maximaux pour l'accès aux traitements combinées à des sanctions si ces délais ne sont pas respectés, en plus de la possibilité pour les patients d'être traités ailleurs. Le système du Royaume-Uni est un exemple qui met en œuvre ces méthodes avec des sanctions financières. De plus, lors de la première référence, les patients peuvent choisir tout établissements, publics ou privés, sous la gouverne du NHS. Selon le même rapport, l'implantation d'outils de priorisation, avec l'appui de guides ou de consensus de pratique, serait également bénéfique pour la réduction des délais d'attente pour l'accès au traitement [Siciliani *et al.*, 2014].

CONCLUSION

La préoccupation des temps d'attente pour l'accès au traitement en oncologie est liée à la possibilité que la maladie progresse, diminuant ainsi les chances de succès des traitements et, par le fait même, les chances de survie des patients. De plus, ces derniers peuvent développer de l'anxiété, ce qui risque d'affecter leur qualité de vie. La satisfaction des patients par rapport au système de soins de santé peut aussi être mise en doute.

La disponibilité des ressources matérielles et humaines dans les systèmes de santé publics oblige la mise en place de stratégies pour assurer un accès au traitement en oncologie dans des délais raisonnables. Certaines provinces ont tenté de déterminer un délai en fonction d'un cancer spécifique. Il a été conclu que, malgré le fait que certains cancers aient une progression lente ou un caractère moins agressif, prioriser l'accès au traitement selon le siège tumoral n'est pas une stratégie soutenue par la littérature scientifique. Les données sont multiples, variables et difficilement comparable, même pour des maladies semblables.

La revue des normes d'accès de plusieurs provinces et pays dans le monde montre les nombreux choix qui peuvent être faits pour établir de telles références. La mise en place d'indicateurs, la détermination de la population ciblée (priorisation ou non en fonction du niveau d'urgence d'intervenir), le délai maximal et la cible d'accès peuvent être des moyens mis en place pour baliser les délais d'attente. Cependant, l'hétérogénéité des indicateurs et l'impossibilité de comparer les normes entre elles ne permettent pas de démontrer la supériorité d'une manière de faire par rapport à une autre. Des solutions et/ou des sanctions ont été retenues par certains pays ou certaines provinces si les délais ne sont pas respectés. L'utilisation de chemins cliniques, spécifiques pour un type de cancer, a pour objectif d'assurer que chaque étape de la prise en charge du patient jusqu'au traitement respecte les délais maximaux recommandés, qu'il y ait priorisation des cas ou non.

Les normes d'attente pour l'accès au traitement doivent refléter le plus possible l'attente réelle des patients et inclure le temps entre l'apparition des symptômes et l'accès au médecin de famille, les consultations avec un spécialiste et les examens de diagnostic.

RÉFÉRENCES

- Alberta Health. Chemotherapy and radiation wait times [site Web]. Edmonton, AB : Alberta Health; 2018. Disponible à : <http://waittimes.alberta.ca/CancerChemotherapy.jsp>.
- Alexander M, Blum R, Burbury K, Coutsouvelis J, Dooley M, Fazil O, et al. Timely initiation of chemotherapy: A systematic literature review of six priority cancers – results and recommendations for clinical practice. *Intern Med J* 2017;47(1):16-34.
- Alfred Witjes J, Lebre T, Comperat EM, Cowan NC, De Santis M, Bruins HM, et al. Updated 2016 EAU guidelines on muscle-invasive and metastatic bladder cancer. *Eur Urol* 2017;71(3):462-75.
- Alliance sur les temps d'attente (ATA). Soins du cancer. Points de repère pour les temps d'attente dans le cas des patients atteints d'un cancer [site Web]. Ottawa, ON : ATA; 2014. Disponible à : <http://www.waittimealliance.ca/points-de-repere/soins-du-cancer/?lang=fr>.
- Alliance sur les temps d'attente (ATA). Alliance sur les temps d'attente – À notre sujet [site Web]. Ottawa, ON : ATA; 2004. Disponible à : <http://www.waittimealliance.ca/a-propos-de-nous/?lang=fr>.
- Annakkaya AN, Arbak P, Balbay O, Bilgin C, Erbas M, Bulut I. Effect of symptom-to-treatment interval on prognosis in lung cancer. *Tumori* 2007;93(1):61-7.
- Association canadienne de radio-oncologie (ACRO). Definition of RT waiting. Markham, ON : ACRO; 2000. Disponible à : <http://caro-acro.ca/wp-content/uploads/2016/10/Manpower-and-Standards-of-Care-in-Radiation-Oncology-Committee-Definition-of-RT-Waiting-September-2000.pdf>.
- Ayres BE, Gillatt D, McPhail S, Cottrell A, McGrath J, Cottier B, et al. A delay in radical cystectomy of >3 months is not associated with a worse clinical outcome. *BJU Int* 2008;102(8):1045.
- Baldwin DR, Callister ME, Graham R, Gleeson F. Pulmonary nodules again? The 2015 British Thoracic Society guidelines on the investigation and management of pulmonary nodules. *Clin Radiol* 2016;71(1):18-22.
- Berthelet E, Truong PT, Lesperance M, Lim JT, Wai ES, MacNeil MV, et al. Examining time intervals between diagnosis and treatment in the management of patients with limited stage small cell lung cancer. *Am J Clin Oncol* 2006;29(1):21-6.
- Biganzoli L, Marotti L, Hart CD, Cataliotti L, Cutuli B, Kuhn T, et al. Quality indicators in breast cancer care: An update from the EUSOMA working group. *Eur J Cancer* 2017;86:59-81.
- Brazda A, Estroff J, Euhus D, Leitch AM, Huth J, Andrews V, et al. Delays in time to treatment and survival impact in breast cancer. *Ann Surg Oncol* 2010;17(Suppl 3):291-6.
- Campbell H, Hotchkiss R, Bradshaw N, Porteous M. Integrated care pathways. *BMJ* 1998;316(7125):133-7.

- Cancer Alliance. East of England Cancer Alliance [site Web]. Cambridge, Royaume-Uni : Cancer Alliance; 2018a. Disponible à : <https://www.canceralliance.co.uk/>.
- Cancer Alliance. Best practice pathways [site Web]. Cambridge, Royaume-Uni : Cancer Alliance; 2018b. Disponible à : <https://www.canceralliance.co.uk/our-work/best-practice-pathways.aspx>.
- Cancer Care Ontario (CCO). Systemic treatment wait times [site Web]. Toronto, ON : CCO; 2011. Disponible à : <https://archive.cancercare.on.ca/ocs/wait-times/systemicwt/>.
- Cancer Care Ontario (CCO). Wait time targets [site Web]. Toronto, ON : CCO; 2009. Disponible à : <https://archive.cancercare.on.ca/ocs/wait-times/radiationwt/wttargets/>.
- Cancer Care Ontario (CCO). Target wait times for cancer surgery in Ontario. Toronto, ON : CCO; 2006. Disponible à : https://www.cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/guidelines/full/SurgWTTTargetsRpt_0.pdf.
- Cancer Council Victoria. Optimal care pathways [site Web]. Melbourne, Australie : Cancer Council Victoria; 2018. Disponible à : <https://www.cancervic.org.au/for-health-professionals/optimal-care-pathways>.
- CancerCare Manitoba. Radiation therapy. Winnipeg, MB : CancerCare Manitoba; 2018. Disponible à : <https://www.gov.mb.ca/health/waittime/historical/radiation.pdf>.
- CancerCare Manitoba. Cancer care pathway: Wait time issues. Winnipeg, MB : CancerCare Manitoba; 2006. Disponible à : <https://www.gov.mb.ca/health/waittime/cancer/pathway.pdf>.
- Cerdan-Santacruz C, Cano-Valderrama O, Cardenas-Crespo S, Torres-Garcia AJ, Cerdan-Miguel J. Colorectal cancer and its delayed diagnosis: Have we improved in the past 25 years? Rev Esp Enferm Dig 2011;103(9):458-63.
- Crawford SC, Davis JA, Siddiqui NA, de Caestecker L, Gillis CR, Hole D, Penney G. The waiting time paradox: Population based retrospective study of treatment delay and survival of women with endometrial cancer in Scotland. BMJ 2002;325(7357):196.
- Currie AC, Evans J, Smith NJ, Brown G, Abulafi AM, Swift RI. The impact of the two-week wait referral pathway on rectal cancer survival. Colorectal Dis 2012;14(7):848-53.
- Deng SX, An W, Gao J, Yin J, Cai QC, Yang M, et al. Factors influencing diagnosis of colorectal cancer: A hospital-based survey in China. J Dig Dis 2012;13(10):517-24.
- Department of Health (DoH). The handbook to the NHS Constitution. Londres, Angleterre : DoH; 2015. Disponible à : <https://www.bl.uk/britishlibrary/~media/bl/global/social-welfare/pdfs/non-secure/h/a/n/handbook-to-the-nhs-constitution-for-england.pdf>.

- Department of Health and Wellness. Healthcare wait times: National benchmarks [site Web]. Halifax, NS : Nova Scotia Department of Health and Wellness; 2018. Disponible à : <https://waittimes.novascotia.ca/national-benchmarks>.
- Diaconescu R, Lafond C, Whittom R. Treatment delays in non-small cell lung cancer and their prognostic implications. *J Thorac Oncol* 2011;6(7):1254-9.
- Direction de la lutte contre le cancer. Mécanisme central de gestion de l'accès aux services de radio-oncologie – Cadre de référence. Québec, Qc : Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS); 2010. Disponible à : http://www.msss.gouv.qc.ca/inc/documents/ministere/lutte-contre-le-cancer/mecanisme_acces_radio-onco_cadre_reference.pdf.
- Direction québécoise de cancérologie. Mécanisme central de gestion de l'accès à la chirurgie oncologique – Cadre de référence. Québec, Qc : Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS); 2012. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-902-10W.pdf>.
- Eastman A, Tammaro Y, Moldrem A, Andrews V, Huth J, Euhus D, et al. Outcomes of delays in time to treatment in triple negative breast cancer. *Ann Surg Oncol* 2013;20(6):1880-5.
- Elit L. Wait times from diagnosis to treatment in cancer. *J Gynecol Oncol* 2015;26(4):246-8.
- Elit LM, O'Leary EM, Pond GR, Seow HY. Impact of wait times on survival for women with uterine cancer. *J Clin Oncol* 2014;32(1):27-33.
- European Association of Urology (EAU). European Association of Urology Guidelines. Arnhem, Pays-Bas : EAU; 2015. Disponible à : <http://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Extended-Guidelines-2015-Edn..pdf>.
- Ferrua M, Couralet M, Nitenberg G, Morin S, Serin D, Minvielle E. Development and feasibility of a set of quality indicators relative to the timeliness and organisation of care for new breast cancer patients undergoing surgery. *BMC Health Serv Res* 2012;12:167.
- Finelli A, Ismaila N, Russo P. Management of small renal masses: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline summary. *J Oncol Pract* 2017;13(4):276-8.
- Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS). Interventions chirurgicales urgentes du cancer en Saskatchewan dans les délais normalisés. Ottawa, ON : FCASS; 2013. Disponible à : https://www.fcass-cfhi.ca/sf-docs/default-source/reports/sullivan-saskreport-f.pdf?sfvrsn=6a35c744_2.
- Gonzalez-Barcala FJ, Garcia-Prim JM, Alvarez-Dobano JM, Moldes-Rodriguez M, Garcia-Sanz MT, Pose-Reino A, Valdes-Cuadrado L. Effect of delays on survival in patients with lung cancer. *Clin Transl Oncol* 2010;12(12):836-42.
- Gore JL, Lai J, Setodji CM, Litwin MS, Saigal CS. Mortality increases when radical cystectomy is delayed more than 12 weeks: Results from a Surveillance, Epidemiology, and End Results-Medicare analysis. *Cancer* 2009;115(5):988-96.

- Gort M, Otter R, Plukker JT, Broekhuis M, Klazinga NS. Actionable indicators for short and long term outcomes in rectal cancer. Eur J Cancer 2010;46(10):1808-14.
- Government Offices of Sweden. Measures for shorter waiting times in cancer care [site Web]. Stockholm, Suède : Government Offices; 2016. Disponible à : <https://www.government.se/articles/2016/01/measures-for-shorter-waiting-times-in-cancer-care/>.
- Gulliford MC, Petruckevitch A, Burney PG. Survival with bladder cancer, evaluation of delay in treatment, type of surgeon, and modality of treatment. BMJ 1991;303(6800):437-40.
- Guzman Laura KP, Bolibar Ribas I, Alepuz MT, Gonzalez D, Martin M. Impact on patient care time and tumor stage of a program for fast diagnostic and treatment of colorectal cancer. Rev Esp Enferm Dig 2011;103(1):13-9.
- Haque N, Raza A, McGoey R, Boulmay B, Diethelm L, Kantrow S. Small cell lung cancer: Time to diagnosis and treatment. South Med J 2012;105(8):418-23.
- Haute Autorité de Santé (HAS). Qu'est-ce qu'un indicateur de qualité et de sécurité des soins ? [site Web]. Saint-Denis La Plaine, France : HAS; 2017. Disponible à : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1456631/fr/qu-est-ce-qu-un-indicateur-de-qualite-et-de-securite-des-soins.
- Haute Autorité de Santé (HAS). Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique – Cancers broncho-pulmonaires. Guide du parcours de soins. Saint-Denis La Plaine, France : HAS; 2013. Disponible à : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-10/guide_k_bronchopulmonaires_finalweb_091013.pdf.
- Haute Autorité de Santé (HAS). Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique – Cancer colorectal - Adénocarcinome. Guide - Affection de longue durée. Saint-Denis La Plaine, France : HAS; 2012a. Disponible à : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/ald_30_guide_ccr_web.pdf.
- Haute Autorité de Santé (HAS). Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique – Mélanome cutané. Guide - Affection de longue durée. Saint-Denis La Plaine, France : HAS; 2012b. Disponible à : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/ald_30_guide_melanome_web.pdf.
- Haute Autorité de Santé (HAS). Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique – Cancer de la vessie. Guide - Affection longue durée. Saint-Denis La Plaine, France : HAS; 2010a. Disponible à : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-07/ald_30_gm_vessie_inca_has_web.pdf.
- Haute Autorité de Santé (HAS). Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique – Cancer de l'endomètre. Guide - Affection de longue durée. Saint-Denis La Plaine, France : HAS; 2010b. Disponible à : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-02/ald_30_gm_endometre_inca_has_web.pdf.

- Haute Autorité de Santé (HAS). Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique – Cancer du sein. Guide - Affection longue durée. Saint-Denis La Plaine, France : HAS; 2010c. Disponible à : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-02/ald_30_gm_ksein_vd.pdf.
- Health BC. Wait time targets: Federal benchmarks [site Web]. Victoria, BC : Health BC; 2018. Disponible à : <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/accessing-health-care/surgical-wait-times/understanding-wait-times/wait-time-targets>.
- Health BC. Wait time definitions [site Web]. Surgery Wait Times. Victoria, BC : Health BC; 2017. Disponible à : <https://swt.hlth.gov.bc.ca/WaitTimeDefinitions.xhtml>.
- Health BC. BC's patient prioritization initiative (affiche présentée à la conférence Maîtriser les files d'attente, Ottawa, 24-25 mars 2011). Victoria, BC : Health BC; 2011. Disponible à : https://www.fcass-cfhi.ca/NewsAndEvents/Events/Taming_of_the_Queue/TamingOfTheQueue2011/TamingOfTheQueue2011FinalReport/PosterExhibits.aspx.
- Holmang S et Johansson SL. Impact of diagnostic and treatment delay on survival in patients with renal pelvic and ureteral cancer. Scand J Urol Nephrol 2006;40(6):479-84.
- Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES). Access to health services in Ontario: ICES Atlas. Toronto, ON : ICES; 2005. Disponible à : <https://www.ices.on.ca/Publications/Atlases-and-Reports/2005/Access-to-health-services>.
- Institute of Medicine (IOM). Clinical practice guidelines we can trust. Washington, DC : National Academies Press; 2011. Disponible à : <http://data.care-statement.org/wp-content/uploads/2016/12/IOMGuidelines-2013-1.pdf>.
- Jakobsen E, Green A, Oesterlind K, Rasmussen TR, Iachina M, Palshof T. Nationwide quality improvement in lung cancer care: The role of the Danish Lung Cancer Group and Registry. J Thorac Oncol 2013;8(10):1238-47.
- Janzen JA et Hadjistavropoulos HD. Examination of negative affective responses to waiting for surgery. Can J Nurs Res 2008;40(4):72-91.
- Korets R, Seager CM, Pitman MS, Hruby GW, Benson MC, McKiernan JM. Effect of delaying surgery on radical prostatectomy outcomes: A contemporary analysis. BJU Int 2012;110(2):211-6.
- Kulkarni GS, Urbach DR, Austin PC, Fleshner NE, Laupacis A. Longer wait times increase overall mortality in patients with bladder cancer. J Urol 2009;182(4):1318-24.
- Lee CT, Madii R, Daignault S, Dunn RL, Zhang Y, Montie JE, Wood DP Jr. Cystectomy delay more than 3 months from initial bladder cancer diagnosis results in decreased disease specific and overall survival. J Urol 2006;175(4):1262-7.

- Loh LC, Chan LY, Tan RY, Govindaraju S, Ratnavelu K, Kumar S, et al. Effect of time delay on survival in patients with non-small cell lung cancer – A Malaysian study. *Asia Pac J Public Health* 2006;18(1):69-71.
- Manitoba Government. News Release – Manitoba will implement first-in-Canada wait time strategy: Premier [site Web]. Winnipeg, MB : Manitoba Government; 2011. Disponible à : <http://news.gov.mb.ca/news/index.html?item=11726>.
- Matsuo K, Oppner NR, Ciccone MA, Garcia J, Tierney KE, Baba T, et al. Time interval between endometrial biopsy and surgical staging for type I endometrial cancer: Association between tumor characteristics and survival outcome. *Obstet Gynecol* 2015;125(2):424-33.
- McLaughlin JM, Anderson RT, Ferketich AK, Seiber EE, Balkrishnan R, Paskett ED. Effect on survival of longer intervals between confirmed diagnosis and treatment initiation among low-income women with breast cancer. *J Clin Oncol* 2012;30(36):4493-500.
- Menczer J, Krissi H, Chetrit A, Gaynor J, Lerner L, Ben-Baruch G, Modan B. The effect of diagnosis and treatment delay on prognostic factors and survival in endometrial carcinoma. *Am J Obstet Gynecol* 1995;173(3 Pt 1):774-8.
- Milowsky MI, Rumble RB, Booth CM, Gilligan T, Eapen LJ, Hauke RJ, et al. Guideline on muscle-invasive and metastatic bladder cancer (European Association of Urology Guideline): American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Endorsement. *J Clin Oncol* 2016;34(16):1945-52.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et des services sociaux à des fins de gestion. Québec, Qc : MSSS; 2012. Disponible à : http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/mesure-et-analyse-de-la-performance/Cadre_de_reference_ministeriel_devaluation_de_la_performance.pdf.
- Ministero della Salute. Tempi di attesa nelle patologie oncologiche [site Web]. Rome, Italie : Ministero della Salute; 2011. Disponible à : <http://www.salute.gov.it/rssp/paginaParagrafoRssp.jsp?sezione=risposte&capitolo=valutazione&id=2670>.
- Mommsen S, Aagaard J, Sell A. Presenting symptoms, treatment delay and survival in bladder cancer. *Scand J Urol Nephrol* 1983;17(2):163-7.
- Mujar M, Dahlui M, Yip CH, Taib NA. Delays in time to primary treatment after a diagnosis of breast cancer: Does it impact survival? *Prev Med* 2013;56(3-4):222-4.
- Myrdal G, Lambe M, Hillerdal G, Lamberg K, Agustsson T, Stahle E. Effect of delays on prognosis in patients with non-small cell lung cancer. *Thorax* 2004;59(1):45-9.
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Bladder cancer. Version 5.2018. Clinical Practice Guidelines in Oncology. Plymouth Meeting, PA : NCCN; 2018a. Disponible à : https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/.

- National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Non-small cell lung cancer. Version 4.2018. Clinical Practice Guidelines in Oncology. Plymouth Meeting, PA : NCCN; 2018b. Disponible à : https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/.
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Breast cancer. Version 1.2018. Clinical Practice Guidelines in Oncology. Plymouth Meeting, PA : NCCN; 2018c. Disponible à : https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/.
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Prostate cancer. Version 2.2018. Clinical Practice Guidelines in Oncology. Plymouth Meeting, PA : NCCN; 2018d. Disponible à : https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/.
- National Health Performance Authority (NHPA). Hospital performance: Cancer surgery waiting times in public hospitals in 2012-13. Sydney, Australie : NHPA; 2014. Disponible à : https://www.myhospitals.gov.au/getmedia/8b0c7bc4-ab63-4617-9767-2c564b30a240/hp_cancersurgerywaitingtimes_2012_13_rpt.aspx.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Lung cancer: Diagnosis and management. CG121. Manchester, Royaume-Uni : NICE; 2011. Disponible à : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg121/resources/lung-cancer-diagnosis-and-management-pdf-35109444863941>.
- Neal RD, Tharmanathan P, France B, Din NU, Cotton S, Fallon-Ferguson J, et al. Is increased time to diagnosis and treatment in symptomatic cancer associated with poorer outcomes? Systematic review. Br J Cancer 2015;112(Suppl 1):S92-107.
- New Zealand Ministry of Health. Faster cancer treatment programme [site Web]. Wellington, Nouvelle-Zélande : New Zealand Ministry of Health; 2018. Disponible à : <https://www.health.govt.nz/our-work/diseases-and-conditions/cancer-programme/faster-cancer-treatment-programme>.
- NHS England. Diagnosing cancer earlier and faster [site Web]. Londres, Angleterre : NHS England; 2018. Disponible à : <https://www.england.nhs.uk/cancer/early-diagnosis/>.
- Nielsen ME, Palapattu GS, Karakiewicz PI, Lotan Y, Bastian PJ, Lerner SP, et al. A delay in radical cystectomy of >3 months is not associated with a worse clinical outcome. BJU Int 2007;100(5):1015-20.
- O'Brien D, Loeb S, Carvalhal GF, McGuire BB, Kan D, Hofer MD, et al. Delay of surgery in men with low risk prostate cancer. J Urol 2011;185(6):2143-7.
- Pacifico MD, Pearl RA, Grover R. The UK Government two-week rule and its impact on melanoma prognosis: An evidence-based study. Ann R Coll Surg Engl 2007;89(6):609-15.
- Ponti A, Mano MP, Tomatis M, Baiocchi D, Barca A, Berti R, et al. Audit system on Quality of breast cancer diagnosis and Treatment (QT): Results of quality indicators on screen-detected lesions in Italy, 2011-2012. Epidemiol Prev 2015;39(3 Suppl 1):40-7.

- Radzikowska E, Roszkowski-Sliz K, Glaz P. The impact of timeliness of care on survival in non-small cell lung cancer patients. *Pneumonol Alergol Pol* 2012;80(5):422-9.
- Ramos M, Esteva M, Cabeza E, Campillo C, Llobera J, Aguiló A. Relationship of diagnostic and therapeutic delay with survival in colorectal cancer: A review. *Eur J Cancer* 2007;43(17):2467-78.
- Redaniel MT, Martin RM, Cawthorn S, Wade J, Jeffreys M. The association of waiting times from diagnosis to surgery with survival in women with localised breast cancer in England. *Br J Cancer* 2013;109(1):42-9.
- Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick. Rendement du système de lutte contre le cancer 2012. Fredericton, NB : Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick; 2014. Disponible à : <https://www.gnb.ca/0051/cancer/pdf/2012/9603f-6.pdf>.
- Richards MA, Westcombe AM, Love SB, Littlejohns P, Ramirez AJ. Influence of delay on survival in patients with breast cancer: A systematic review. *Lancet* 1999;353(9159):1119-26.
- Roland CL, Schwarz RE, Tong L, Ahn C, Balch GC, Yopp AC, et al. Is timing to delivery of treatment a reliable measure of quality of care for patients with colorectal adenocarcinoma? *Surgery* 2013;154(3):421-8.
- Salomaa ER, Sallinen S, Hiekkanen H, Liippo K. Delays in the diagnosis and treatment of lung cancer. *Chest* 2005;128(4):2282-8.
- Santé, Âînés et Vie active. Chirurgie du cancer de la tête et du cou [site Web]. Information au sujet des délais d'attente. Winnipeg, MB : Santé, Âînés et Vie active (ministère du gouvernement du Manitoba); 2018. Disponible à : <https://www.gov.mb.ca/health/waittime/cancer/surgery/neck.fr.html>.
- Santé Canada. Rapport final du conseiller fédéral sur les temps d'attente. Ottawa, ON : Santé Canada; 2006. Disponible à : https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2006-wait-attente/index-fra.pdf.
- Santé Nouveau-Brunswick. Délais d'attente pour la radiothérapie [site Web]. Fredericton, NB : Santé Nouveau-Brunswick; 2018. Disponible à : https://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/sante/reseau_du_cancer_du_nouveau-brunswick/content/Delais_dattente_pour_la_radiotherapie.html.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of primary cutaneous squamous cell carcinoma. SIGN 140. Édimbourg, Écosse : SIGN; 2014. Disponible à : <http://www.sign.ac.uk/assets/sign140.pdf>.
- Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes (SCIC). Un plan décennal pour consolider les soins de santé. Ottawa, ON : SCIC; 2004. Disponible à : http://www.scics.ca/wp-content/uploads/CMFiles/800042005_f1JXB-342011-5782.pdf.
- Siciliani L, Moran V, Borowitz M. Measuring and comparing health care waiting times in OECD countries. *Health Policy* 2014;118(3):292-303.

- Siciliani L, Borowitz M, Moran V. Waiting time policies in the health sector: What works? OECD Health Policy Studies. Paris, France : OECD Publishing; 2013. Disponible à : http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/waiting-times-for-elective-surgery-what-works_9789264179080-en.
- Simunovic M, Rempel E, Theriault ME, Baxter NN, Virnig BA, Meropol NJ, Levine MN. Influence of delays to nonemergent colon cancer surgery on operative mortality, disease-specific survival and overall survival. *Can J Surg* 2009;52(4):E79-E86.
- Skwarchuk D et Guerard R. Manitoba's In Sixty Initiative: Tracking the cancer patient journey [présentation PowerPoint à la conférence *Go with the Flow* de la Winnipeg Regional Health Authority]. Winnipeg, MB : 2015. Disponible à : <http://www.wrha.mb.ca/quality/files/DanSkwarchuk.pdf>.
- Smith EC, Ziogas A, Anton-Culver H. Delay in surgical treatment and survival after breast cancer diagnosis in young women by race/ethnicity. *JAMA Surg* 2013;148(6):516-23.
- Stec AA, Coons BJ, Chang SS, Cookson MS, Herrell SD, Smith JA Jr, Clark PE. Waiting time from initial urological consultation to nephrectomy for renal cell carcinoma—Does it affect survival? *J Urol* 2008;179(6):2152-7.
- Sue GR, Lannin DR, Killelea B, Tsangaris T, Chagpar AB. Does time to definitive treatment matter in patients with ductal carcinoma in situ? *Am Surg* 2013;79(6):561-5.
- Sun M, Abdollah F, Hansen J, Trinh QD, Bianchi M, Tian Z, et al. Is a treatment delay in radical prostatectomy safe in individuals with low-risk prostate cancer? *J Sex Med* 2012;9(11):2961-9.
- Sweden. Healthcare in Sweden [site Web]. Stockholm, Suède : Swedish Institute (SI); 2018. Disponible à : <https://sweden.se/society/health-care-in-sweden>.
- Swedish National Board of Health and Welfare (NBHW) et Swedish Association of Local Authorities and Regions (SALAR). Quality and efficiency in Swedish health care: Regional comparisons 2012. Stockholm, Suède : NBHW et SALAR; 2013. Disponible à : <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19072/2013-5-7.pdf>.
- Terhaar sive Droste JS, Oort FA, van der Hulst RW, Coupe VM, Craanen ME, Meijer GA, et al. Does delay in diagnosing colorectal cancer in symptomatic patients affect tumor stage and survival? A population-based observational study. *BMC Cancer* 2010;10:332.
- Thompson MR, Asimwe A, Flashman K, Tsavellas G. Is earlier referral and investigation of bowel cancer patients presenting with rectal bleeding associated with better survival? *Colorectal Dis* 2011;13(11):1242-8.
- Van Hoeve J, de Munck L, Otter R, de Vries J, Siesling S. Quality improvement by implementing an integrated oncological care pathway for breast cancer patients. *Breast* 2014;23(4):364-70.

- Van Hout AM, de Wit NJ, Rutten FH, Peeters PH. Determinants of patient's and doctor's delay in diagnosis and treatment of colorectal cancer. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2011;23(11):1056-63.
- Viberg N, Forsberg BC, Borowitz M, Molin R. International comparisons of waiting times in health care – Limitations and prospects. *Health Policy* 2013;112(1-2):53-61.
- Wagner JL, Warneke CL, Mittendorf EA, Bedrosian I, Babiera GV, Kuerer HM, et al. Delays in primary surgical treatment are not associated with significant tumor size progression in breast cancer patients. *Ann Surg* 2011;254(1):119-24.
- Wallace DM, Bryan RT, Dunn JA, Begum G, Bathers S. Delay and survival in bladder cancer. *BJU Int* 2002;89(9):868-78.
- Walsh SR, Gilson NL, Brown K, Novell JR. Trends in colorectal cancer survival following the 2-week rule. *Colorectal Dis* 2007;9(3):207-9.
- Wang L, Correa CR, Hayman JA, Zhao L, Cease K, Brenner D, et al. Time to treatment in patients with stage III non-small cell lung cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2009;74(3):790-5.
- Wright GP, Wong JH, Morgan JW, Roy-Chowdhury S, Kazanjian K, Lum SS. Time from diagnosis to surgical treatment of breast cancer: Factors influencing delays in initiating treatment. *Am Surg* 2010;76(10):1119-22.
- Yun YH, Kim YA, Min YH, Park S, Won YJ, Kim DY, et al. The influence of hospital volume and surgical treatment delay on long-term survival after cancer surgery. *Ann Oncol* 2012;23(10):2731-7.
- Zafar A, Mak T, Whinnie S, Chapman MA. The 2-week wait referral system does not improve 5-year colorectal cancer survival. *Colorectal Dis* 2012;14(4):e177-80.

ANNEXE A

Stratégie de recherche d'information

Date de la recherche : 27 mars 2018

Limites : 2010 – 2018 ; anglais et français

PubMed (NLM)

- #1 quality indicators, health care[mh] AND (neoplasms[majr] OR cancer[ti] OR tumor*[ti] OR tumour*[ti] OR neoplasm*[ti]) AND (wait[tiab] OR waiting[tiab] OR increas*[tiab] OR delay*[tiab]) AND time*[tiab]
- #2 (neoplasms[majr] OR cancer[ti] OR tumor*[ti] OR tumour*[ti] OR neoplasm*[ti]) AND (wait[tiab] OR waiting[tiab] OR increas*[tiab] OR delay*[tiab]) AND time*[tiab] AND indicator*[tiab]
- #3 guideline[pt] OR practice guideline[pt] OR guidelines as topic[mh:noexp] OR practice guidelines as topic[mh] OR health planning guidelines[mh] OR algorithms[mh] OR consensus[mh] OR critical pathways[mh] OR clinical protocols[mh] OR guideline*[tiab] OR guide line*[tiab] OR guidance*[tiab] OR practical guide*[tiab] OR algorithm*[tiab] OR best practice*[tiab] OR clinical path[tiab] OR clinical paths[tiab] OR clinical pathway*[tiab] OR clinical protocol*[tiab] OR committee opinion*[tiab] OR consensus[tiab] OR critical pathway*[tiab] OR policy statement*[tiab] OR position statement*[tiab] OR practice parameter*[tiab] OR practice pathway*[tiab] OR practice protocol*[tiab] OR recommendation*[tiab] OR standard*[ti] OR standard of care[tiab] OR standards of care[tiab] OR standard care*[tiab] OR gold standard*[tiab] OR practice standard*[tiab]
- #4 (#1 OR #2) AND #3

ANNEXE B

Littérature grise : Principales sources de repérage

Tableau C-1

Aperçu des principales sources de repérage de la littérature grise pour les pays membre de l'OCDE

PAYS MEMBRES DE L'OCDE	SOURCES (ADRESSE WEB)
AUSTRALIE	- Australian Institute of Health and Welfare (https://www.aihw.gov.au/) - Australian Government (https://www.australia.gov.au/information-and-services/health)
CANADA	- Cancer Care Ontario (CCO) (http://www.cancercare.on.ca/) - Health Quality Ontario (HQP) (http://www.hqontario.ca/Evidence) - CancerCare Manitoba (http://www.cancercare.mb.ca/) - Cancer Care Nova Scotia (http://www.cancercare.ns.ca/en/home/default.aspx) - British Columbia Cancer Agency (http://www.bccancer.bc.ca/) - Alberta Health Services (http://www.albertahealthservices.ca/) - Saskatchewan Cancer Agency (http://www.saskcancer.ca/) - Eastern Health/Terre-Neuve-et-Labrador (http://www.easternhealth.ca/) - Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick (https://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/sante/reseau_du_cancer_du_nouveau-brunswick.html) - Institut canadien d'information sur la santé (https://www.cihi.ca/fr) - Nova Scotia Cancer Care Program (https://www.cdha.nshealth.ca/nova-scotia-cancer-care-program) - Nova Scotia Health Authority (http://www.nshealth.ca/) - Cancer Care PEI (https://www.princeedwardisland.ca/en/information/health-pei/cancer-care-pei)
DANEMARK	Danish Health Authority (https://www.sst.dk/en)
FINLANDE	National Institute for Health and Welfare (https://www.thl.fi/web/thlfi-en), Health Finland (http://www.finlandhealth.fi/)
ITALIE	http://www.salute.gov.it/portale/home.html
NOUVELLE-ZÉLANDE	https://www.health.govt.nz
PAYS-BAS	https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport
ROYAUME-UNI (ANGLETERRE, ÉCOSSE, IRLANDE DU NORD ET PAYS DE GALLES)	https://www.nhs.uk/pages/home.aspx https://www.gov.uk/government/organisations/department-of-health-and-social-care http://www.healthcareimprovementscotland.org/about_us.aspx
SUÈDE	http://www.socialstyrelsen.se/english
AUTRES	SOURCES (SITES WEB)
NATIONALE	Wait Time Alliance Canadian Healthcare (http://www.waittimealliance.ca/)
INTERNATIONALE	- European Observatory of Health Care System (http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory) - OCDE (http://www.oecd.org/fr)

ANNEXE C

Recherche documentaire

Rapport d'ETMIS

1. Guideline International Network
2. International Network for Agencies for Health Technology Assessment
3. Health Technology Assessment international
4. Agency for Healthcare Research and Quality
5. National and Medical Research Council
6. New Zealand Guidelines Group.

Organismes reconnus en oncologie

1. American Society of Clinical Oncology (ASCO)
2. European Society for Medical Oncology (ESMO)
3. Haute Autorité de Santé (HAS)
4. National Comprehensive Cancer Network (NCCN)
5. National Institute for Health and Care Excellence (NICE)
6. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN).

ANNEXE D

Revue systématique d'Alexander et ses collaborateurs [2017]

Tableau D-1 Influence des délais avant le traitement sur la survie selon le type de cancer

CANCERS (NOMBRE TOTAL D'ÉTUDES)	INTERVALLES (NOMBRE D'ÉTUDES)	CONTEXTE	COMPARATEURS	ASSOCIATION ENTRE LE DÉLAI ET LA SURVIE	SOMMAIRE DES RÉSULTATS	STATISTIQUES	RÉFÉRENCES
POUMON, CPNPC (8)	Radiographie anormale → 1 ^{er} traitement* (1)	Stades IIIb-IV	Par jour	Non (relation inverse)	Diminution du risque de mortalité lorsque le délai est prolongé	Mortalité (1 semaine) : HR = 0,93 [IC 95 % 0,88 – 0,98] Mortalité (1 mois) : HR = 0,74 [IC 95 % 0,59 – 0,93]	Diaconescu <i>et al.</i> , 2011
	Diagnostic radiologique → 1 ^{er} traitement† (1)	Stade III non résécable	≤ 60 jours, 61- 90 jours, > 90 jours	Oui	Augmentation du risque de mortalité pour les patients avec survie globale >5 ans lorsque le délai >90 jours	Mortalité : HR = 1,029 [IC 95 % 1,003 – 1,005], p = 0,029	Wang <i>et al.</i> , 2009
	Première consultation avec un médecin → 1 ^{er} traitement (3)	Stade I (5 %), II (86 %), III (9 %)	< 30 jours, 30- 60 jours, >60 jours	Non	Aucune influence des délais sur la survie	Survie : p = 0,577	Loh <i>et al.</i> , 2006
		Stades I-II (31 %), IIA (8 %), IIIB (34 %), IV (28 %)	< 1 mois, 1-2 mois, 2-3 mois, > 3 mois, par mois	Non	Aucune influence des délais sur la survie	Survie : p > 0,6	Myrdal <i>et al.</i> , 2004
		Stade I (2 %), II (14 %), III (42 %), IV (16 %)	< 42 jours, > 42 jours	Non (relation inverse)	Augmentation du risque de mortalité lorsque le délai <42 jours	Mortalité : HR = 1,14, p = 0,001	Radzikowska <i>et al.</i> , 2012
	Apparition des symptômes →	Stades I-II (31 %), IIA	< 3 mois, 3-6 mois, > 6 mois, par mois	Non	Aucune influence des délais sur la	Survie : p > 0,7	Myrdal <i>et al.</i> , 2004

	traitement	(8 %), IIIB (34 %), IV (28 %)			survie		
POUMON, CPPC (3)	Première consultation avec un oncologue → traitement (1)	Limité	≤ 15 jours, > 15 jours	Non	Aucune influence des délais sur la survie	Survie : p > 0,3	Berthelet <i>et al.</i> , 2006
	Radiographie anormale → traitement (1)	Limité (39 %), extensif (61 %)	15 jours, 39 jours	Non	Aucune influence des délais sur la survie	Survie : Valeur p non significatif (non rapportée)	Haque <i>et al.</i> , 2012
	Première consultation avec un médecin (tous) → traitement (1)	Limité (32 %), extensif (68 %)	< 42 jours, > 42 jours	Non (relation inverse)	Augmentation du risque de mortalité lorsque le délai <42 jours	Mortalité : HR = 1,20, p = 0,002	Radzikowska <i>et al.</i> , 2012

Sigles : CPNPC : cancer du poumon non à petites cellules, CPPC : cancer du poumon à petites cellules; IC : intervalle de confiance; HR : rapport de risque

* % de patient dont la chimiothérapie est le 1^{er} traitement est non rapporté

† 69 % des patients ont eu chimiothérapie, chimioradiothérapie ou radiothérapie comme premier traitement

Adapté d'Alexander *et al.*, 2017.

ANNEXE E

Revue systématique de Neal et ses collaborateurs [2015]

Tableau E-1 Relation entre les délais jusqu'au traitement et les résultats cliniques selon les types de cancer chez des patients présentant une maladie symptomatique

	↓ délai → effet positif*			↓ délai → aucun effet †			↓ délai → effet négatif ‡		
CANCERS	DÉLAIS	RÉSULTATS	RÉFÉRENCES	DÉLAIS	RÉSULTATS	RÉFÉRENCES	DÉLAIS	RÉSULTATS	RÉFÉRENCES
COLORECTAL	< > 31 jours	↓ survie (rectum)	Yun <i>et al.</i> , 2012	< > 16 jours	Ø survie	Roland <i>et al.</i> , 2013	< > 30 jours	↑ survie (rectum)	Guzman Laura <i>et al.</i> , 2011
	< > 30 jours	↓ prog. stades	Guzman Laura <i>et al.</i> , 2011	Continue	Ø prog. stades	Deng <i>et al.</i> , 2012			
	Continue	↓ survie (côlon)	Gort <i>et al.</i> , 2010	Continue	Ø prog. stades	Cerdan-Santacruz <i>et al.</i> , 2011			
				< > 6 mois	Ø survie	Thompson <i>et al.</i> , 2011			
				Continue	Ø prog. stades	Van Hout <i>et al.</i> , 2011			
				Continue	Ø prog. stades	Terhaar sive Droste <i>et al.</i> , 2010			
ENDOMÈTRE							Variable	↑ survie	Elit <i>et al.</i> , 2014
							40-61 jours 62-91 jours >92 jours	↑ survie	Crawford <i>et al.</i> , 2002
POUMON				< > 31 jours	Ø survie	Yun <i>et al.</i> , 2012	<3 mois 3-6 mois >6 mois	↑ survie	Gonzalez-Barcala <i>et al.</i> , 2010
				< > 50 jours	Ø survie	Diaconescu <i>et al.</i> , 2011	< > 15 jours	↑ prog. stades	Salomaa <i>et al.</i> , 2005
				≤ > 45 jours	Ø survie	Annakkaya <i>et al.</i>	<3 mois	↑ prog.	Myrdal <i>et al.</i> ,

				≤ > 60 jours ≤ > 90 jours		<i>al.</i> , 2007§	3-6 mois >6 mois	stades	2004
PROSTATE	< > 6 mois	↓ survie	O'Brien <i>et al.</i> , 2011	<60 jours 61-90 jours >90 jours	Ø survie Ø prog. stades	Korets <i>et al.</i> , 2012			
				< > 3mois	Ø survie Ø prog. stades	Sun <i>et al.</i> , 2012			
REIN							Variable	↑ prog. stades	Holmang et Johansson, 2006
SEIN	<2 semaines 2-4 semaines 4-6 semaines >6 semaines	↓ survie	Smith <i>et al.</i> , 2013	≤45 jours 46-90 jours >90 jours	Ø survie	Eastman <i>et al.</i> , 2013			
	<31 jours ≥31 jours	↓ survie	Yun <i>et al.</i> , 2012	< > 2 semaine s < > 1 mois < > 2 mois	Ø survie	Mujar <i>et al.</i> , 2013			
				<25 jours 25-38 jours 39-62 jours	Ø survie	Redaniel <i>et al.</i> , 2013			
				<39,5 jours ≥39,5 jours	Ø survie	Sue <i>et al.</i> , 2013			
				<60 jours ≥60 jours	Ø survie	McLaughlin <i>et al.</i> , 2012			
				<45 jours 46-90 jours >90 jours	Ø survie	Brazda <i>et al.</i> , 2010			
				Variable	Ø prog. stades	Wagner <i>et al.</i> , 2011			
				≤30 jours >30 jours	Ø prog. stades	Wright <i>et al.</i> , 2010			
VESSIE	< > 110 jours	↓ survie	Wallace <i>et al.</i> , 2002	<2 semaines >2 semaines >8 semaines	Ø survie	Gulliford <i>et al.</i> , 1991			

				<20 semaines 21- 52 semaines >52 semaines	Ø survie	Mommsen <i>et al.</i> , 1983			
--	--	--	--	--	----------	------------------------------	--	--	--

Abréviation : prog. stades : progression des stades

Sauf indication contraire, l'intervalle est les délais entre le diagnostic et le traitement

Symboles : ↓ diminution; ↑ augmentation; Ø aucun changement significatif.

*Association positive : délai prolongé = augmentation significative du risque de mortalité ou évolution des stades cliniques

†Aucune association : délai prolongé = aucune augmentation ou diminution (non significative) du risque de mortalité ou évolution des stades

‡Association négative : délai prolongé = diminution significative du risque de mortalité ou évolution des stades cliniques

§Les délais sont mesuré depuis l'apparition des symptômes jusqu'au traitement et du diagnostic jusqu'au traitement

Adapté de Neal *et al.*, 2015.

ANNEXE F

Revue narrative d'Elit [2015]

Tableau F-1 Association entre les délais entre le diagnostic et la chirurgie et la survie selon les types de cancers

CANCERS	ASSOCIATION POSITIVE*		ASSOCIATION NÉGATIVE	
	DÉLAIS	RÉFÉRENCES	DÉLAIS	RÉFÉRENCES
COLORECTAL	1 mois	Yun <i>et al.</i> , 2012	n.d.	Currie <i>et al.</i> , 2012
			n.d.	Zafar <i>et al.</i> , 2012
			2 semaines	Simunovic <i>et al.</i> , 2009
			2 semaines	Walsh <i>et al.</i> , 2007
			n.d.	Ramos <i>et al.</i> , 2007
MÉLANOME	2 semaines	Pacifico <i>et al.</i> , 2007		
POUMON	1 mois	Yun <i>et al.</i> , 2012	n.d.	Myrdal <i>et al.</i> , 2004
PROSTATE			3, 6 mois	Redaniel <i>et al.</i> , 2013
REIN			n.d.	Stec <i>et al.</i> , 2008
SEIN	1 mois	Yun <i>et al.</i> , 2012	(stades précoces)	McLaughlin <i>et al.</i> , 2012
	60 jours (stades avancés)	McLaughlin <i>et al.</i> , 2012	n.d.	Brazda <i>et al.</i> , 2010
	3 mois	Richards <i>et al.</i> , 1999		
UTÉRUS	12 semaines	Elit <i>et al.</i> , 2014	14, 42, 84 jours	Matsuo <i>et al.</i> , 2015
			4 mois	Menczer <i>et al.</i> , 1995
VESSIE	40 jours	Kulkarni <i>et al.</i> , 2009	n.d.	Nielsen <i>et al.</i> , 2007
	3 mois	Ayres <i>et al.</i> , 2008		
	3 mois	Lee <i>et al.</i> , 2006		
	12 semaines	Gore <i>et al.</i> , 2009		

Abréviation : n.d. : non disponible

* Une association positive indique une relation nuisible claire entre le délai et la survie

Adapté d'Elit, 2015.

ANNEXE G

Généralité des délais d'accès en oncologie au Canada

Tableau G-1 Vue d'ensemble sur l'accès pour le premier traitement en oncologie selon les provinces canadiennes

PROVINCES	TRAITEMENTS	MESURES DES TEMPS D'ATTENTE	DÉLAIS MAXIMAUX	CIBLES D'ACCÈS	NIVEAUX DE PRIORISATION
ALBERTA	Chirurgie	Oui*			
	Radiothérapie	Oui	Oui	Non	Non
	Chimiothérapie	Oui			
COLOMBIE- BRITANNIQUE	Chirurgie*	Oui*	Oui	Non	Oui
	Radiothérapie	Oui	Oui	Non	Non
	Chimiothérapie				
ÎLE-DU-PRINCE- ÉDOUARD	Chirurgie				
	Radiothérapie	Oui	Oui	Non	Non
	Chimiothérapie				
MANITOBA	Chirurgie†	Oui	Oui	Non	Oui
	Radiothérapie	Oui	Oui	Non	Non
	Chimiothérapie				
NOUVEAU- BRUNSWICK	Chirurgie	Oui	Oui	Non	Oui
	Radiothérapie	Oui	Oui	Oui	Non
	Chimiothérapie				
NOUVELLE- ÉCOSSE	Chirurgie	Oui	Non	Non	Non
	Radiothérapie	Oui	Oui	Non	Non
	Chimiothérapie				
ONTARIO	Chirurgie	Oui	Oui	Oui	Oui
	Radiothérapie	Oui	Oui	Non	Oui
	Chimiothérapie	Oui	Oui	Non	Non
QUÉBEC	Chirurgie	Oui	Oui	Oui	Non
	Radiothérapie	Oui	Oui	Oui	Non
	Chimiothérapie				
SASKATCHEWAN	Chirurgie	Oui	Oui	Oui	Oui
	Radiothérapie	Oui			
	Chimiothérapie	Oui			
TERRE-NEUVE- ET- LABRADOR	Chirurgie	Oui	Non	Non	Non
	Radiothérapie	Oui	Oui	Non	Non
	Chimiothérapie				

*Non spécifique au cancer; †cancers de la tête et du cou

ANNEXE H

Généralité des délais d'accès en oncologie à l'international

Tableau H-1 Vue d'ensemble sur l'accès pour le premier traitement en oncologie selon les pays membres de l'OCDE

PAYS	INTERVENTIONS / TRAITEMENT	DÉLAIS MAXIMAUX	CIBLES D'ACCÈS	NIVEAUX DE PRIORISATION
AUSTRALIE	Traitement (chirurgie)	Oui	Oui	Oui
CANADA	Traitement (radiothérapie)	Oui	Non	Non
ITALIE	- Diagnostic - Traitement (chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie)	Oui	Non	Oui
NORVÈGE	Traitement (décision et traitement en oncologie)	Oui	Non	Oui
NOUVELLE-ZÉLANDE	- Consultation - Traitement (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, thérapie ciblée, surveillance active et soins palliatifs)	Oui	Oui	Non
PORTUGAL	Traitement (oncologie)	Oui	Non	Oui
ROYAUME-UNI (ANGLETERRE, ÉCOSSE, IRLANDE DU NORD ET PAYS DE GALLES)	- Consultation - Diagnostic - Traitement (chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie)	Oui	Oui	Non
SUÈDE	Consultation	Oui	Non	Non

ANNEXE I

Délais d'accès émis par l'ATA pour certains cancers

Tableau I-1 Délais maximaux d'accès aux traitements en oncologie émis par l'Alliance sur les temps d'attente

CANCERS/CONDITIONS	INTERVENTIONS	DÉLAIS MAXIMAUX*
SANTE DIGESTIVE : FORTE PROBABILITÉ DE CANCER BASÉE SUR L'IMAGERIE OU L'EXAMEN PHYSIQUE	Traitement	≤ 2 semaines
CANCER GYNÉCOLOGIQUE : MALADIE PRÉ-INVASIVE	Consultation	≤ 4 semaines
CANCER GYNÉCOLOGIQUE : MALADIE INVASIVE	Consultation	≤ 2 semaines
CANCER GYNÉCOLOGIQUE	Traitement †	1. Cas d'urgence : immédiatement 2. Cas urgent : 2- 4 semaines 3. Cas prévu : 12 semaines (cancers indolents)

*Sauf indication contraire, le délai se réfère aux jours calendaires entre la décision de traiter par un spécialiste et le jour où le traitement est donné.

†cas d'urgence : danger immédiat pour la vie, un membre ou un organe; cas urgent : situation instable susceptible de se détériorer rapidement et d'entraîner une hospitalisation d'urgence; cas prévus : situation impliquant une douleur, un dysfonctionnement ou un handicap minime.

Adapté de : Alliance sur les temps d'attente (ATA). Points de repère [site Web], disponible à : <http://www.waittimealliance.ca/points-de-repere/?lang=fr>.

ANNEXE J

Variabilité des cibles d'accès pour le traitement en oncologie parmi les pays du Royaume-Uni

Tableau J-1 Cibles d'accès pour les traitements en oncologie selon les pays du Royaume-Uni

PAYS (ROYAUME-UNI)	INTERVALLE DE 14 JOURS		INTERVALLE DE 31 JOURS		INTERVALLE DE 62 JOURS	
	INDICATEUR	CIBLES D'ACCÈS	INDICATEUR	CIBLES D'ACCÈS	INDICATEUR	CIBLES D'ACCÈS
ANGLETERRE	Référence urgente pour un cancer soupçonné → consultation avec un spécialiste	93 %	Diagnostic → 1 ^{er} traitement	96 %	Référence urgente par un médecin spécialiste → traitement	85 %
ÉCOSSE	n.r.		Décision de traiter → traitement	95 %	Référence urgente pour un cancer soupçonné → traitement	95 %
IRLANDE DU NORD	Référence urgente pour un cancer du sein → consultation	100 %	Diagnostic → 1 ^{er} traitement	98 %	Référence urgente → traitement	95 %
PAYS DE GALLES	n.r.		Diagnostic → 1 ^{er} traitement	95 %	Soupçon de cancer → traitement	95 %

Abréviation : n.r. : non rapporté

ANNEXE K

Interventions urgentes sans délais maximaux

Tableau K-1 Mentions d'urgence (sans délais maximaux) dans les guides de pratiques selon les types de cancers

CANCERS	ORGANISMES	INTERVENTION	INDICATIONS	RÉFÉRENCES
MÉLANOME	HAS/INCa	Diagnostic (examen clinique)	À ce stade de la prise en charge (examen clinique), un avis dermatologique est recommandé dans les meilleurs délais pour confirmation du diagnostic. Une exérèse à visée diagnostique de toute la lésion visible doit être réalisée rapidement .	HAS, 2012b
	SIGN	Référence à un spécialiste	Le groupe considère que ces caractéristiques devraient inciter à une référence urgente pour un carcinome épidermoïde soupçonné : • taux élevé de psoralène cumulatif plus photochimiothérapie à ultraviolet A; • croissance rapide de la tumeur; • cancérisation du champ; • marges cliniques mal définies; • douleur / dysesthésie	SIGN, 2014
POUMON	HAS/INCa	Diagnostic (imagerie)	Lors de l'imagerie initiale : • Devant une suspicion clinique de cancer broncho-pulmonaire, une imagerie doit être réalisée dans les meilleurs délais; • Une radiographie du thorax (face et profil) est une première étape. Ses performances sont limitées, son intérêt étant d'être facile d'accès, permettant une première orientation rapide. Toute image suspecte doit amener à la réalisation d'un scanner thoracique dans les plus brefs délais; • Les examens d'imagerie, même normaux, n'éliminent pas formellement le diagnostic. En cas d'anomalie à la radiographie thoracique ou de fort soupçon clinique d'un cancer broncho-pulmonaire malgré un bilan radiologique normal, une consultation spécialisée (pneumologue, oncologue, chirurgien thoracique) à visée diagnostique doit être organisée dans les plus brefs délais.	HAS, 2013

	NCCN	Traitement (chirurgie)	Concernant la chirurgie : • Les délais de traitement, en raison d'une mauvaise coordination entre les spécialistes, doivent être évités; • Les patients avec un soupçon élevé de cancer du poumon de stade 1 ou 2 (basé sur les facteurs de risques et l'imagerie) n'ont pas besoin de biopsie avant la chirurgie; celle-ci augmente le délai de traitement et n'est pas nécessaire pour la décision de traitement.	NCCN, 2018b
	BTS	Traitement (chirurgie)	Concernant la résection de nodules sous solides : • Les nodules sous-solides ont un temps de dédoublement du volume plus long, et ces lésions ont un bon pronostic même si la résection est retardée.	Baldwin <i>et al.</i> , 2016
PROSTATE	NCCN	Diagnostic	Concernant l'évaluation clinique initiale : • Pour les patients avec une espérance de vie inférieure à 5 ans et sans symptômes cliniques, les procédures ou les traitements ultérieurs devraient être retardés jusqu'à l'apparition des symptômes.	NCCN, 2018d
		Traitement	Concernant la surveillance active : • La surveillance active est principalement applicable aux jeunes hommes avec un cancer indolent et a comme but de différer le traitement et ces effets secondaires associés.	
REIN	ASCO	Traitement	Concernant la surveillance active : • L'algorithme de traitement des masses rénales issu du guide de pratique de l'American Urological Association indique que la surveillance active est une option pour les patients à risque pour la chirurgie ou présentant des comorbidités importantes. Par contre, les caractéristiques de ces patients ne sont pas bien définies. La décision clinique doit être individualisée.	Finelli <i>et al.</i> , 2017
SEIN	HAS/INCa	Diagnostic	Concernant l'examen d'imagerie : • Toute suspicion diagnostique de cancer justifie un avis spécialisé sans délai. Concernant l'histologie : • Toute suspicion diagnostique de cancer justifie une documentation histologique et un avis spécialisé sans délai.	HAS, 2010c

	NCCN	Traitement (chirurgie)	Concernant l'évaluation de la réponse lors de la chimiothérapie préopératoire : Les patients avec un cancer du sein opérable et qui ont une progression de la maladie lors de la thérapie systémique préopératoire devraient subir la chirurgie rapidement.	NCCN, 2018c
UTÉRUS	HAS/INCa	Diagnostic (second cancer)	Concernant la prévention et le dépistage d'un second cancer : En cas d'hématurie macroscopique chez une patiente ayant bénéficié d'une radiothérapie pelvienne, un bilan diagnostique à la recherche d'un cancer de la vessie sera réalisé sans délai.	HAS, 2010b
VESSIE	HAS/INCa	Diagnostic	Concernant le bilan initial : - Toute suspicion de cancer justifie un avis spécialisé sans délai. Concernant la cytologie urinaire : - Lorsqu'elle est positive, elle justifie des explorations complémentaires sans délai auprès d'un urologue	Brazda <i>et al.</i> , 2010

ANNEXE L

Sommaire des chemins cliniques

Tableau L-1 Initiative « In Sixty » pour le traitement du cancer au Manitoba

CANCERS	INTERVENTIONS	INDICATEURS	DÉLAIS MAXIMAUX
COLORECTAL	Diagnostic	Visite du patient → référence pour le diagnostic et référence à un spécialiste pour l'endoscopie	1 jour
		Référence → endoscopie urgente (chirurgien)	13 jours
		Référence → endoscopie semi urgente (spécialiste en endoscopie)	27 jours
		Endoscopie → rapport de la pathologie	7 jours
	Consultation avec un spécialiste	Endoscopie → CT/IRM/EUS	10 jours
		Endoscopie → consultation avec le chirurgien ou suivi	10 jours
	Traitement	Consultation avec le chirurgien → 1 ^{re} chirurgie	21 jours
		Consultation avec le chirurgien → consultation en oncologie médicale ou radiothérapie	10 jours
POUMON	Diagnostic	Visite du patient → référence pour CT ou spécialiste pour le diagnostic	1 jour
		Référence → CT complété	7 jours
		Référence ou CT → visite avec un spécialiste pour le diagnostic	10 jours
		Visite avec le spécialiste pour le diagnostic → procédures diagnostiques et rapport de la pathologie	14 jours*
	Consultation avec un spécialiste	Procédure diagnostiques et rapport de pathologie → suivi avec le spécialiste du diagnostic	4 jours
	Traitement	Suivi avec le spécialiste du diagnostic → chirurgie ou consultation en oncologie médicale ou en radiothérapie	10 jours
		Suivi avec le spécialiste du diagnostic → consultation en soins palliatifs ou discussion sur la surveillance attentive avec le patient (considérée comme 1 ^{er} traitement)	10 jours
		Consultation pour la chirurgie, la radiothérapie ou la chimiothérapie → 1 ^{er} traitement	14 jours

SEIN	Diagnostic	Visite du patient → référence pour l'imagerie de diagnostic ou référence à un spécialiste pour le diagnostic	1 jour
		Référence → mammographie diagnostique/ultrason	7 jours
		Mammographie → biopsie	7 jours
		Biopsie → rapport de pathologie	7 jours
	Consultation avec un spécialiste	Rapport de pathologie → consultation en chirurgie	7 jours
		Rapport de pathologie → consultation en oncologie médicale ou radiothérapie	14 jours
	Traitement	Consultation avec un spécialiste → 1 ^{re} consultation en soins palliatif	10 jours
		Consultation avec un spécialiste → 1 ^{er} traitement chirurgical, de radiothérapie ou chimiothérapie	10 jours

*7 jours pour les procédures diagnostiques et 7 jours pour le rapport de pathologie

Tableau L-2 Chemins cliniques pour un accès plus rapide pour le traitement du cancer

PARCOURS CLINIQUES INTRODUIITS EN 2015	
• Leucémie myéloïde aiguë • Cancer de la tête et du cou • Cancer gastrique et de l'œsophage • Cancer de la prostate • Cancer de la vessie et du tractus urinaire	
PARCOURS CLINIQUES INTRODUIITS EN 2016	
• Cancer du sein • Cancer du pancréas • Cancer des troubles biliaires • Tumeurs primaires inconnues • Soupçon de cancer en tant que cas de symptômes graves et diffus • Cancer du cerveau	• Cancer du foie • Cancer du poumon • Myélome • Mélanome malin • Cancer colorectal • Cancer des ovaires • Lymphome

Adapté de Government Offices of Sweden, 2016.

Tableau L-3 Chemins cliniques pour le traitement du cancer dans l'État de Victoria

TYPES DE CANCERS	
• Leucémie myéloïde aiguë • Carcinome basocellulaire ou épidermoïde • Cancer du sein • Cancer colorectal • Cancer de l'endomètre • Cancer de la tête et du cou • Carcinome hépatocellulaire	• Gliome de haut grade • Lymphome • Cancer du poumon • Mélanome • Cancer gastrique • Cancer des ovaires • Cancer du pancréas • Cancer de la prostate

Tableau L-4 Délais optimaux pour le traitement en oncologie selon les types de cancers : chemins cliniques du Victorian Department of Health and Human Services

CANCERS	TRAITEMENTS	INDICATEURS	DÉLAIS MAXIMAUX
SEIN	Chirurgie	Décision de traiter → traitement	≤1 mois
	Chimiothérapie néoadjuvante	Décision de traiter → traitement	Le plus rapidement possible
ENDOMÈTRE	Chirurgie	Diagnostic → traitement	≤4 semaines
	Radiothérapie	Décision de traiter → traitement	2–4 semaines
	Chimiothérapie	Décision de traiter → traitement	2–4 semaines
POUMON	n.d.	Référence → traitement	≤6 semaines
COLORECTAL	Chimiothérapie néoadjuvante	Planification de la prise en charge → traitement	≤3 semaines
	Radiothérapie adjuvante	Planification de la prise en charge → traitement	≤3 semaines
PROSTATE	Chirurgie	Diagnostic → traitement	≤3 mois
	Chimiothérapie	Diagnostic → traitement	≤3 mois
CARCINOME BASOCELLULAIRE	Excision complète (investigation)	Décision de la nécessité → excision complète	≤4 semaines
TÊTE ET COU (INCLUS LA THYROÏDE)	Chirurgie ou chimiothérapie	Décision de traiter → traitement	≤4 semaines
	Radiothérapie à visée curative	Décision de traiter → traitement	≤4 semaines
	Radiothérapie à visée palliative	Décision de traiter → traitement	≤2 semaines

Abréviation : n.d. : non défini.

ANNEXE M

Systèmes de mesure des temps d'attente au Canada

Tableau M-1 Statistiques pour les temps d'attente pour l'accès selon les traitements parmi les provinces canadiennes

PROVINCES	% COMPLETE*	TEMPS (JOURS OU SEMAINES)	25 ^E PERCENTILE	50 ^E PERCENTILE	75 ^E PERCENTILE	90 ^E PERCENTILE	% COMPLETE*	TEMPS (JOURS OU SEMAINES)	25 ^E PERCENTILE	50 ^E PERCENTILE	75 ^E PERCENTILE	90 ^E PERCENTILE	% COMPLETE*	TEMPS (JOURS OU SEMAINES)	25 ^E PERCENTILE	50 ^E PERCENTILE	75 ^E PERCENTILE	90 ^E PERCENTILE
	CHIMIOTHÉRAPIE						CHIRURGIE						RADIOTHÉRAPIE					
ALBERTA				X		X			X	X	X	X				X		X
COLOMBIE-BRITANNIQUE										X		X				X		X
ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD													X					
MANITOBA								X						X				
NOUVEAU-BRUNSWICK										X		X	X					
NOUVELLE-ÉCOSSE										X		X				X		X
ONTARIO	X						X						X					
QUÉBEC							X						X					
SASKATCHEWAN						X	X											X
TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR										X		X				X		X

Voir [annexe N](#) pour les détails et références complètes.

* % complété : % des patients qui ont eu leur traitement.

Tableau M-2 Mesures des temps d'attente pour l'accès au traitement en oncologie selon les provinces canadiennes

PROVINCES	PRÉSENTATION DES DONNÉES	ORGANISMES (RÉFÉRENCE)
CHIMIOTHÉRAPIE		
ALBERTA	Nombre de semaines afin que 50 % ou 90 % aient reçu leur traitement	Ministère de la Santé de l'Alberta (http://waittimes.alberta.ca/CancerChemotherapy.jsp)
ONTARIO	Référence → consultation Proportion (%) de patients qui ont eu leur consultation selon la cible ministérielle et par types de cancers.	Cancer Care Ontario (https://archive.cancercare.on.ca/cms/One.aspx?portalId=1377&pageId=8888#)
	Consultation → traitement Proportion (%) de patient qui ont eu leur traitement selon les cibles ministérielles et par types de cancers.	
SASKATCHEWAN	Référence → consultation avec un oncologiste Nombre de jours afin que 90 % des patients aient eu leur consultation	Saskatchewan Cancer Agency (http://www.saskcancer.ca/Default.aspx?DN=4615d08a-178c-425e-9a5f-9c1dfd415ffe)
	Consultation → 1 ^{er} traitement Nombre de jours afin que 90 % des patients aient eu leur traitement	
	Prêt à être traité → 1 ^{er} traitement Nombre de jours afin que 90 % des patients aient eu leur traitement	
CHIRURGIE		
ALBERTA*	Temps d'attente en semaines afin que 25 %, 50 %, 75 % et 90 % des patients aient eu leur traitement	Ministère de la Santé de l'Alberta (http://waittimes.alberta.ca/WaitTimeTrends.jsp)
COLOMBIE-BRITANNIQUE*	Nombre de semaines afin que 50 % ou 90 % des patients aient eu leur traitement	Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique et BC Cancer Agency (https://swt.hlth.gov.bc.ca/WaitTimeDataCollection.xhtml)
MANITOBA†	Délais d'attente médians en semaines selon le niveau de priorité	Ministère de la Santé et CancerCare Manitoba (http://www.gov.mb.ca/health/waittime/historical/headneck.pdf)
NOUVEAU-BRUNSWICK*	Nombre de jours afin que 50 % ou 90 % des patients aient eu leur traitement	Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick (https://www1.gnb.ca/0217/surgicalwaittimes/index-f.aspx)

NOUVELLE-ÉCOSSE	Temps d'attente pour la consultation Nombre de jours afin que 50 % ou 90 % des patients aient eu leur consultation	Nova Scotia Health Authority (https://waittimes.novascotia.ca/procedures)
	Temps d'attente pour la chirurgie Nombre de jours afin que 50 % ou 90 % des patients aient reçu leur traitement	
ONTARIO	Temps d'attente pour le 1 ^{er} rendez-vous avec le chirurgien Proportion (%) qui ont eu leur rendez-vous à l'intérieur des cibles ministérielles	Health Quality Ontario (http://www.hqontario.ca/System-Performance/Wait-Times-for-Surgeries-and-Procedures/)
	Temps d'attente pour la chirurgie Proportion (%) de patients opérés à l'intérieur des cibles ministérielles	
QUÉBEC	Proportion (%) de patients opérés à l'intérieur des cibles ministérielles	MSSS (https://g74web.pub.msss.rtss.qc.ca/)
SASKATCHEWAN	Proportion (%) de patients traités selon les niveaux de priorité	Saskatchewan Surgical Initiative (http://www.sasksurgery.ca/sksi/cancersurgery.html)
TERRE-NEUVE-ET- LABRADOR	Nombre de jours afin que 50 % ou 90 % des patients aient eu leur traitement (par type de cancer)	Ministère de la Santé de Terre-Neuve-et-Labrador (http://www.health.gov.nl.ca/health/wait_times/cancer_wait_times.html)
RADIOTHÉRAPIE		
ALBERTA	Référence → consultation Nombre de semaines pour que 50 % ou 90 % des patients aient reçu leurs traitements	Ministère de la Santé de l'Alberta (http://waittimes.alberta.ca/CancerChemotherapy.jsp)
	Prêt à traiter → traitement Nombre de semaines pour que 50 % ou 90 % des patients aient reçu leurs traitements	
COLOMBIE-BRITANNIQUE	Nombre de semaines afin que 50 % ou 90 % des patients aient reçu leur traitement	Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique et BC Cancer Agency (https://swt.hlth.gov.bc.ca/WaitTimeDataCollection.xhtml)
ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD	Référence → consultation Proportion de patients (%) qui ont eu leur consultation dans les délais de référence	Ministère de la Santé de l'Île-du-Prince-Édouard (https://www.princeedwardisland.ca/en/information/health-pe/cancer-treatment-wait-times)
	Réservation pour le traitement → traitement Proportion de patients (%) traités dans les délais de référence	
MANITOBA	Délais d'attente en semaines pour le traitement	Ministère de la Santé du Manitoba

		http://www.gov.mb.ca/health/waittime/historical/radiation.pdf
NOUVEAU-BRUNSWICK	Proportion de patients (%) qui ont reçu leurs traitements à l'intérieur de la cible ministérielle	New-Brunswick Department of Health (http://www2.gnb.ca/content/gnb/en/departments/health/NewBrunswickCancerNetwork/content/Radiation_Therapy_Wait_Times.html)
NOUVELLE-ÉCOSSE	Temps d'attente pour la consultation Nombre de jours afin que 50 % ou 90 % des patients aient eu leur consultation	Nova Scotia Health Authority (https://waittimes.novascotia.ca/procedures)
	Temps d'attente pour la chirurgie Nombre de jours afin que 50 % ou 90 % des patients aient reçu leur traitement	
ONTARIO	Référence → consultation Proportion (%) de patients qui ont eu leur consultation selon la cible ministérielle par type de cancer	Cancer Care Ontario (https://archive.cancercare.on.ca/cms/One.aspx?portalId=1377&pageId=8851)
	Consultation → traitement Proportion (%) de patients qui ont reçu leurs traitements à l'intérieur des cibles ministérielles par type de cancer	
QUÉBEC	Proportion (%) de patients ayant débuté leurs traitements à l'intérieur de la cible ministérielle	MSSS (https://g74web.pub.msss.rtss.qc.ca/)
SASKATCHEWAN	Référence → 1 ^{er} rendez-vous avec oncologue Nombre de jours afin que 90 % des patients aient eu leur rendez-vous	Saskatchewan Cancer Agency (http://www.saskcancer.ca/Default.aspx?DN=4615d08a-178c-425e-9a5f-9c1dfd415ffe)
	Premier rendez-vous avec oncologue → 1 ^{er} traitement Nombre de jours afin que 90 % des patients aient eu leur traitement	
	Prêt à être traité → 1 ^{er} traitement Nombre de jours afin que 90 % des patients aient eu leur traitement	
TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR	Nombre de jours afin que 50 % ou 90 % des patients aient reçu leur traitement	Ministère de la Santé de Terre-Neuve-et-Labrador (http://www.health.gov.nl.ca/health/wait_times/Q2_16_17/waittime-data_q1q2_16-17.html)

* Non spécifique au cancer † Cancer de la tête et du cou

ANNEXE N

Statistiques utilisées pour présenter les temps d'attente « terminés » et « en cours » pour l'accès au traitement selon les différents pays membres de l'OCDE

Viberg et ses collaborateurs ont distingué trois types de temps d'attente permettant de faire état de l'efficacité du système de santé en termes de délais d'attente pour l'accès au traitement [Viberg *et al.*, 2013]. Premièrement, les temps d'attente qui sont terminés. Ceux-ci sont un regard rétrospectif aux patients qui ont reçu leur traitement. Deuxièmement, les temps d'attente « en cours », c'est-à-dire pour lesquels les patients sont présentement en attente d'un traitement (nombre de patients en attente). Finalement, les temps d'attente estimés pour un traitement.

Tableau N-1 Mesures statistiques des temps d'attente « terminés » parmi les pays membres de l'OCDE

PAYS	% COMPLETE DANS L'INTERVALLE	TEMPS MOYEN	50 ^E PERCENTILE	90 ^E PERCENTILE	95 ^E PERCENTILE
ANGLETERRE		X	X		X
AUSTRALIE			X	X	
DANEMARK		X	X		
ÉCOSSE	X		X	X	
NORVÈGE		X			
PAYS DE GALLES	X				
PORTUGAL		X			
SUÈDE	X				

Aucune information n'a été repérée pour l'Irlande du Nord, l'Italie et la Nouvelle-Zélande

Adapté de Viberg *et al.*, 2013.

**Tableau N-2 Paramètres mesurés pour les temps d'attente « en cours »
parmi les pays membres de l'OCDE**

PAYS	NOMBRE DE PATIENTS EN ATTENTE	NOMBRE DE PATIENTS EN ATTENTE DANS L'INTERVALLE	NOMBRE DE PATIENTS EN ATTENTE PAR HABITANT	TEMPS D'ATTENTE MOYEN
ANGLETERRE	X			
ÉCOSSE	X	X		
IRLANDE DU NORD	X	X		X
PAYS DE GALLES	X	X		
PORTUGAL	X			
SUÈDE	X	X	X	

Aucune information n'a été repérée pour l'Australie, le Danemark, l'Italie, la Norvège et la Nouvelle-Zélande.

Adapté de Viberg *et al.*, 2013.

ANNEXE O

Évaluation méthodologique des revues systématiques sans méta-analyse

Tableau O-1 Évaluation méthodologique qualitative des revues systématiques dans méta-analyses selon la grille CASP

QUESTIONS	ÉTUDES	
	Alexander <i>et al.</i> , 2017	Neal <i>et al.</i> , 2015
1-La revue repose-t-elle sur une question bien définie?	Oui	Oui
2-Les auteurs ont-ils cherché le bon type d'article?	Oui	Oui
3-Croyez-vous que les études importantes et pertinentes ont été incluses?	Oui	Oui
4-Les auteurs en ont-ils fait assez pour évaluer la qualité des études retenues?	Oui	Oui
5-Si les résultats de la revue ont été combinés, cette combinaison était-elle raisonnable?	Oui	Oui
6-Dans quelle mesure les résultats sont-ils précis?	Assez	Oui (matériel supplémentaire)
7-Les résultats peuvent-ils s'appliquer dans votre milieu?	Oui	Oui
8-Les résultats importants ont-ils été pris en considération?	Oui	Oui

**Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux**

Québec 

Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12^e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563

inesss.qc.ca

