

Rapport d'activité 2007-2008

Direction de la lutte contre

# le cancer



Rapport d'activité 2007-2008

Direction de la lutte contre

# le cancer



Le *Rapport d'activité 2007-2008* a été préparé par la Direction de la lutte contre le cancer du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, sous la direction de :

Antoine Loutfi, directeur de la Direction de la lutte contre le cancer  
Brigitte Laflamme, directrice adjointe de la Direction de la lutte contre le cancer

## RÉDACTION

Jocelyn Châteauneuf  
Mélanie Kavanagh  
Mario Corriveau  
Louise Paquet  
Charles Boily  
Marlène Champagne

## COORDINATION

Flereau Eugène  
Pauline Teasdale

En collaboration avec mesdames Denise Lévesque-Boudreault, Ourdia Naïdji, Patricia Caris et monsieur François Grenier pour les sections concernant respectivement les infirmières pivots en oncologie, l'évaluation du processus de la désignation des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer, l'évaluation de la qualité des services ainsi que la modernisation des équipements en radio-oncologie.

## REMERCIEMENTS

La Direction de la lutte contre le cancer tient à remercier la Direction de la santé publique pour sa contribution à la réalisation de ce rapport d'activité ainsi que Madame France Robitaille, adjointe administrative à la Direction de la lutte contre le cancer pour sa collaboration à la révision et à la correction grammaticale du rapport.

Édition produite par :

**La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec**

Ce document a été édité en quantité limitée et n'est maintenant disponible qu'en version électronique à l'adresse : [www.msss.gouv.qc.ca/cancer](http://www.msss.gouv.qc.ca/cancer)

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2008  
Bibliothèque et Archives Canada, 2008

ISSN : 1912-6298 (version imprimée)

ISSN : 1918-476X (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction partielle ou complète de ce document à des fins personnelles et non commerciales est permise, uniquement sur le territoire québécois et à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2008

# Table des matières

LISTE DES TABLEAUX	5
LISTE DES FIGURES	5
INTRODUCTION	7
<b>1 LES ÉQUIPES INTERDISCIPLINAIRES DE LUTTE CONTRE LE CANCER</b>	<b>9</b>
L'ÉTAT DE LA SITUATION	10
L'ÉVALUATION DU PROCESSUS DE DÉSIGNATION DES ÉQUIPES INTERDISCIPLINAIRES DE LUTTE CONTRE LE CANCER	11
L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES EN ONCOLOGIE	11
<b>2. LES INFIRMIÈRES PIVOTS EN ONCOLOGIE</b>	<b>13</b>
L'ÉTAT DE LA SITUATION	14
LA CONCEPTION D'INDICATEURS DE GESTION	15
UN OUTIL POUR LES INFIRMIÈRES PIVOTS EN ONCOLOGIE : LEUR RÉPERTOIRE TÉLÉPHONIQUE EN LIGNE	16
<b>3. LA PROMOTION, LA SURVEILLANCE ET LE DÉPISTAGE</b>	<b>17</b>
LA PROMOTION DES SAINES HABITUDES DE VIE	18
LA SURVEILLANCE DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION AU REGARD DU CANCER	19
LE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN ET DU COL UTÉRIN	20
<b>4. LE CANCER COLORECTAL</b>	<b>21</b>
LE DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL	22
L'INVESTIGATION ET LE DIAGNOSTIC DU CANCER COLORECTAL	23
<b>5. LA CHIRURGIE ONCOLOGIQUE</b>	<b>25</b>
<b>6. L'ACCÈS AUX MÉDICAMENTS ANTINÉOPLASIQUES</b>	<b>27</b>
<b>7. LA RADIO-ONCOLOGIE</b>	<b>29</b>
<b>8. LES SOINS PALLIATIFS</b>	<b>31</b>
L'OFFRE ET L'ORGANISATION DES SERVICES	32
LE PROCESSUS ADMINISTRATIF D'ENCADREMENT DES MAISONS DE SOINS PALLIATIFS	33
LA MAISON ANDRÉ-GRATTON	33
UN PROJET POUR L'ORGANISATION ET LA COORDINATION DES SOINS PALLIATIFS DANS LE CONTEXTE PARTICULIER DES MALADIES PULMONAIRES OBSTRUCTIVES CHRONIQUES	33
LA FORMATION	33
LES INDICATEURS DE GESTION POUR LES SOINS PALLIATIFS	34
<b>9. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES EN ONCOLOGIE ET EN SOINS PALLIATIFS</b>	<b>37</b>
LES HÔTELLERIES CANCER	38
LES ÉTATS GÉNÉRAUX DE LA COALITION PRIORITÉ CANCER AU QUÉBEC	38
LE CONGRÈS DU RÉSEAU DES SOINS PALLIATIFS DU QUÉBEC	38
SOUTIEN D'INITIATIVES COMMUNAUTAIRES	38



10. LE PASSEPORT EN ONCOLOGIE	39
11. LE REGISTRE QUÉBÉCOIS DU CANCER	41
OBTENIR L'AVIS D'EXPERTS	42
EXPLOITER LES RESSOURCES DE LA TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION	42
UTILISER LES DONNÉES CONTENUES DANS LES RAPPORTS DE PATHOLOGIE	42
EMPLOYER DU PERSONNEL QUALIFIÉ	43
SOUTENIR LA GESTION DE L'INFORMATION DANS LES ÉTABLISSEMENTS	43
12. LE SOUTIEN À L'ÉVOLUTION DES PRATIQUES	45
LE COMITÉ DE L'ÉVOLUTION DES PRATIQUES EN ONCOLOGIE	46
LES RELATIONS PANCANADIENNES ET INTERNATIONALES	47
L'ÉVALUATION DE L'UTILISATION DES GUIDES DE PRATIQUE DU CEPO	47
13. LA CENTRALISATION DE SERVICES DE POINTE	49
14. L'OPTIMISATION DE LA RECHERCHE EN ONCOLOGIE	51
15. LE CONGRÈS ANNUEL	53
CONCLUSION	55
ANNEXE I	57
ANNEXE II	59

## Liste des tableaux

TABLEAU 1. ÉVOLUTION DE L'ACCÈS AUX SERVICES DE RADIOTHÉRAPIE POUR TOUT LE QUÉBEC, 2006-2007 ET 2007-2008.	20
TABLEAU 2. SOMMAIRE DES INTERVENTIONS À DOMICILE, EN COMPARAISON À LA CIBLE ANNUELLE.	26

## Liste des figures

FIGURE 1. RÉPARTITION DES INFIRMIÈRES PIVOTS EN ONCOLOGIE DANS LES DIFFÉRENTES RÉGIONS DU QUÉBEC, 2007.	9
FIGURE 2. ESTIMATION DES BESOINS EN INFIRMIÈRES PIVOTS EN ONCOLOGIE DANS LES DIFFÉRENTES RÉGIONS DU QUÉBEC, 2007.	10
FIGURE 3. RÉPARTITION DES INFIRMIÈRES PIVOTS EN ONCOLOGIE SELON LE NOMBRE DE JOURS PAR SEMAINE CONSACRÉS À CETTE TÂCHE POUR L'ENSEMBLE DES INFIRMIÈRES DÉTENANT CETTE FONCTION AU QUÉBEC (N = 211).	10

# Introduction

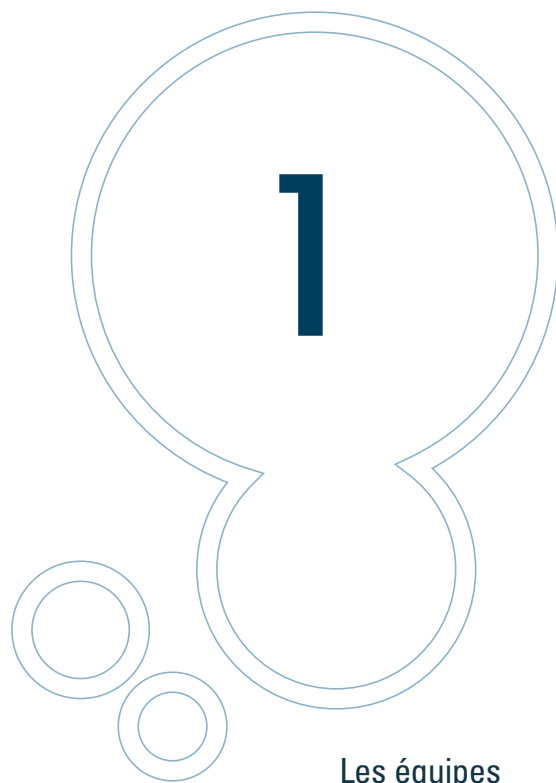
La mission de la Direction de la lutte contre le cancer du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) consiste à orienter et à soutenir les activités de lutte contre le cancer au Québec pour répondre adéquatement aux besoins de la population, des personnes atteintes de cancer et de leurs proches. Cette mission s'inscrit dans la politique du MSSS qui a fait de la lutte contre le cancer une priorité.

Depuis la création de la Direction de la lutte contre le cancer en 2004, des progrès notables ont été accomplis dans l'amélioration de la qualité de service. L'accès aux services de radio-oncologie s'est grandement amélioré et la cible ministérielle voulant que 90 % des patients médicalement prêts soient traités dans un délai de quatre semaines a été atteinte au cours des deux dernières années. Sur le plan organisationnel, le nombre d'infirmières pivots en oncologie est en hausse. Un financement a également été accordé aux agences de la santé et de services sociaux afin de faciliter leur embauche. Des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer ont été évaluées et désignées dans toutes les régions du Québec. Le nombre de lits en soins palliatifs a aussi augmenté de manière substantielle depuis 2004, des *Normes en matière de soins palliatifs pédiatriques* ont été développées, et plusieurs guides de pratique portant notamment sur l'utilisation optimale de nouveaux médicaments oncologiques ont été publiés par le Comité de l'évolution des pratiques en oncologie (CEPO).

Fidèle à sa vision qui est de mettre en place un réseau intégré et fonctionnel afin d'assurer l'excellence dans les soins et les services aux personnes atteintes de cancer et à leurs proches, la Direction de la lutte contre le cancer travaille sans relâche à la consolidation des assises d'une organisation hiérarchisée et intégrée des services. Au cours de l'exercice 2007-2008, le Groupe-conseil de lutte contre le cancer, mandaté par la Direction de la lutte contre le cancer, a poursuivi ses visites auprès des équipes suprarégionales de lutte contre le cancer. Au chapitre des soins palliatifs, la Direction de la lutte contre le cancer a soutenu le développement d'un *Plan directeur de développement des compétences des intervenants en soins palliatifs*. La Direction travaille également à resserrer ses liens avec les organismes communautaires qui œuvrent dans le domaine du cancer et des soins palliatifs.

Afin d'avoir des repères plus solides, la Direction de la lutte contre le cancer a élaboré à l'automne 2007 un document intitulé : ***Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer***. Ce document présente cinq axes prioritaires et comporte soixante mesures pour lutter efficacement contre le cancer. Ces mesures s'étendent de l'organisation des services à l'évaluation de l'atteinte des résultats. Elles visent notamment l'amélioration de la qualité des soins et des services, une meilleure prévention de la maladie et l'optimisation des ressources d'ici 2012. L'élaboration de ce document a nécessité un réexamen du *Programme québécois de lutte contre le cancer* et a été réalisé en consultation avec des partenaires ministériels et des experts du réseau de la santé et des services sociaux. Le texte complet peut être consulté et téléchargé sur le site Internet du ministère : [www.msss.gouv.qc.ca/cancer](http://www.msss.gouv.qc.ca/cancer).

Au cours de l'exercice 2007-2008, plusieurs des mesures ciblées dans ces Orientations ont déjà été réalisées, et d'autres sont en voie de l'être. Bien qu'il ne représente pas la totalité des efforts consacrés à la lutte contre le cancer au Québec, le présent rapport rend compte des actions entreprises et des résultats obtenus par la Direction de la lutte contre le cancer en regard des engagements qui ont été pris dans ces Orientations.



Les équipes  
interdisciplinaires  
de lutte contre le

**cancer**







# Les équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer

**Les soins aux personnes atteintes de cancer, ainsi qu'à leurs proches, requièrent une approche intégrée. Les équipes interdisciplinaires s'inscrivent dans cette perspective. Elles améliorent la qualité du service en apportant une réponse coordonnée et complète aux besoins du patient et de ses proches. De plus, en plaçant le patient au cœur de leurs préoccupations, les équipes interdisciplinaires favorisent l'échange entre les différents intervenants et aident au décloisonnement des spécialités.**

La Direction de la lutte contre le cancer a poursuivi la consolidation de l'organisation des services sur les plans local, régional et suprarégional (voir l'annexe I) par l'évaluation et la désignation d'équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer. De plus, l'organisation des services doit s'incorporer aux activités des réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) afin de favoriser le développement des connaissances en oncologie et la complémentarité des services.

## Les attentes significatives

- Terminer l'évaluation des équipes de lutte contre le cancer, incluant les équipes pour les cancers rares et les problèmes complexes, en vue de leur désignation pour un mandat suprarégional;
- Analyser le processus de désignation des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer et apporter les ajustements nécessaires;
- Évaluer l'impact de cette désignation sur la qualité des services et la satisfaction des patients.

## L'ÉTAT DE LA SITUATION

Le Groupe-conseil de lutte contre le cancer, composé d'experts du domaine, a poursuivi l'évaluation des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer proposées par les agences de la santé et des services sociaux. Le processus de reconnaissance de ces équipes est basé sur l'application de critères précis qui tiennent compte des paramètres d'organisation de services et des normes de qualité attendus d'une telle équipe, conformément aux orientations fondamentales du *Programme québécois de lutte contre le cancer*.

Au cours de l'exercice 2007-2008, le Groupe-conseil de lutte contre le cancer s'est surtout concentré sur l'évaluation des équipes suprarégionales. Le mandat suprarégional de lutte contre le cancer est confié à une équipe interdisciplinaire qui a développé une expertise poussée dans la lutte contre le cancer pour un siège tumoral particulier, un cancer rare ou une problématique complexe. Ce mandat exige des professionnels ultra-spécialisés et une infrastructure à la fine pointe de la technologie. L'expertise des équipes suprarégionales est ainsi complémentaire à celle des équipes et des établissements ayant un mandat local ou régional. En plus, les équipes suprarégionales ont également des responsabilités d'enseignement et de recherche.

Au total, 59 équipes interdisciplinaires suprarégionales de lutte contre le cancer ont été visitées et évaluées en 2007-2008 dans les quatre RUIS:

- RUIS de l'Université Laval: 9 équipes visitées et évaluées;
- RUIS de l'Université de Sherbrooke: 4 équipes visitées et évaluées;
- RUIS de l'Université de Montréal: 19 équipes visitées et évaluées;
- RUIS de l'Université McGill: 27 équipes visitées et évaluées.

À l'issue de ces visites, un rapport d'évaluation est émis concernant la structure de l'équipe, l'expertise manifestée par le personnel la composant, les ressources auxquelles l'équipe a accès, son fonctionnement et sa gestion de l'évaluation. Ce rapport, transmis au MSSS, inclut notamment une recommandation principale quant au statut à accorder.

La désignation suprarégionale est accordée par le MSSS pour une durée de quatre ans. Chaque année, les équipes suprarégionales désignées doivent produire un rapport d'activité. Une équipe peut perdre sa désignation si elle ne satisfait plus aux critères essentiels. Cependant, une année de prorogation lui est accordée pour apporter les correctifs nécessaires et conserver sa désignation.

Cette première étape d'évaluation des équipes suprarégionales de lutte contre le cancer constitue un pas de plus vers la mise en place d'un réseau de services intégrés qui permettra d'offrir des services de qualité le plus près possible du domicile des personnes atteintes tout en concentrant l'expertise.

#### **L'ÉVALUATION DU PROCESSUS DE DÉSIGNATION DES ÉQUIPES INTERDISCIPLINAIRES DE LUTTE CONTRE LE CANCER**

La Direction de l'évaluation du MSSS a complété la première phase de l'évaluation du processus de désignation et de ses effets sur la mise en œuvre des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer de niveau local. Un rapport a été rédigé, et les résultats ont été présentés au congrès annuel de la Direction de la lutte contre le cancer. Les résultats montrent que le processus de désignation a été un levier remarquable pour amorcer le changement et améliorer les façons de faire en matière de lutte contre le cancer dans le contexte de la réorganisation du réseau de la santé.

En ce qui concerne la désignation des équipes suprarégionales, une analyse qualitative de mi-étape a permis à la Direction de la lutte contre le cancer d'en ajuster le processus d'évaluation et de préciser les enjeux ministériels.

#### **L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES EN ONCOLOGIE**

La Direction de la lutte contre le cancer a confié à la Direction des études et des analyses, en partenariat avec l'Institut de la statistique du Québec, le mandat de développer et de réaliser une enquête à portée nationale sur la qualité des services de lutte contre le cancer.

*L'Enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer* permettra de tracer un portrait statistique de la qualité des services de lutte contre le cancer offerts au Québec en se basant sur l'expérience de patients ayant eu un traitement chirurgical, de chimiothérapie ou de radiothérapie. Cette enquête générera des données représentatives tant au niveau provincial que régional.

L'année 2007-2008 aura vu la réalisation de plusieurs activités préparatoires à l'enquête, notamment la finalisation du questionnaire et des outils de collecte, la validation qualitative du questionnaire, la réalisation de nombreux travaux sur la base de sondage et l'administration du pré-test quantitatif. La collecte de données commencera en mai 2008 et s'étendra jusqu'à la mi-août 2008, pour une période de douze semaines. L'analyse des données se fera au cours de l'automne 2008, alors que la diffusion des résultats est prévue pour le début du printemps 2009.



Les infirmières  
pivots en  
**oncologie**





# Les infirmières pivots en oncologie

**Le diagnostic du cancer est une épreuve redoutable pour la personne atteinte et ses proches. Il est souvent la source d'une grande détresse émotionnelle et d'un sentiment d'impuissance, d'où la nécessité d'établir rapidement un contact avec un professionnel qui doit bien connaître la personne et garder un lien durable avec elle. L'infirmière pivot en oncologie joue ce rôle et établit une liaison entre le patient, ses proches et les membres de l'équipe interdisciplinaire de lutte contre le cancer. Elle assume donc un rôle clé, notamment dans la continuité des soins prodigués aux patients, et plus globalement dans la qualité de ces soins.**

## Les attentes significatives

- Documenter le déploiement des infirmières pivots en oncologie par région et mesurer le temps accordé hebdomadairement au poste;
- Établir les besoins en effectifs;
- Élaborer des indicateurs de gestion;
- Centraliser et gérer l'accès aux coordonnées professionnelles facilitant la communication entre les infirmières pivots en oncologie.

## L'ÉTAT DE LA SITUATION

Le nombre d'infirmières pivots en oncologie a augmenté de manière substantielle au cours de l'exercice 2007-2008. Le 31 mars 2008, le Québec en comptait 211, comparativement à 167 en 2006-2007, soit une augmentation de 26%. Le nombre de postes d'équivalents à temps complet (ETC) a connu également une hausse d'environ 30% par rapport à l'exercice 2006-2007, il est passé de 127,4 à 166,5 en 2007-2008. Une nette augmentation du nombre d'infirmières pivots en oncologie a été observée dans les régions de la Capitale-Nationale, de l'Estrie et de la Mauricie et Centre-du-Québec (voir la figure 1).

Figure 1. Répartition des infirmières pivots en oncologie dans les différentes régions du Québec, 2007

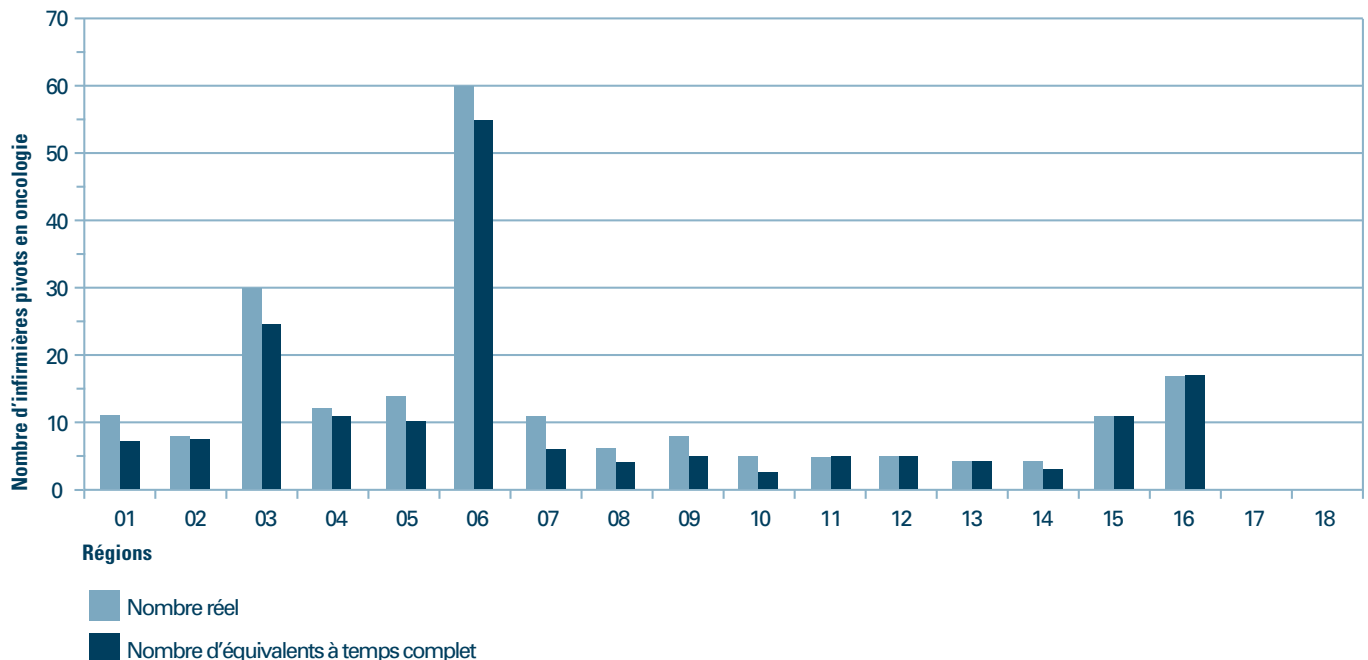
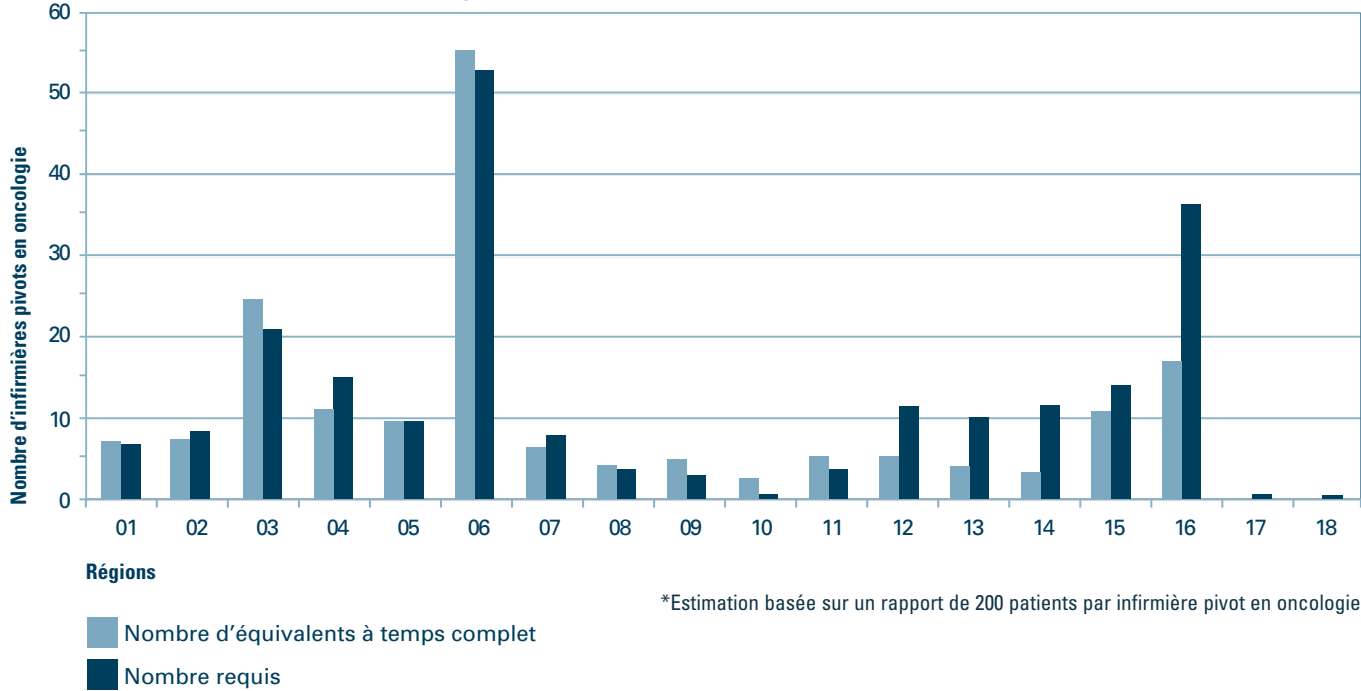


Figure 2. Estimation des besoins en infirmières pivots en oncologie dans les différentes régions du Québec, 2007\*



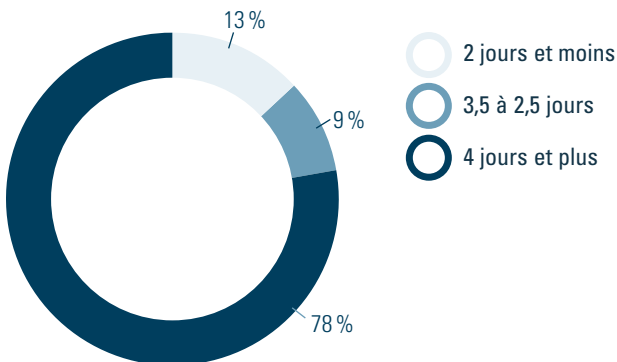
On estime qu'un poste d'infirmière pivot en oncologie est nécessaire pour chaque deux cents cas de cancer. La figure 2 présente le nombre requis d'infirmières pivots en oncologie d'après cette estimation par rapport au nombre réel d'infirmières pivots en oncologie en poste, pour chacune des régions. Cependant, ce ratio n'est pas ajusté au fardeau lié à la complexité des soins requis selon le siège tumoral ni aux besoins spécifiques des équipes ultra-spécialisées. Il y a lieu d'user de prudence quant à l'adéquation entre le nombre réel et le nombre requis d'infirmières pivots en oncologie.

Il convient également de noter que le temps alloué à la fonction d'infirmière pivot en oncologie varie de moins d'un jour par semaine à cinq jours par semaine. La figure 3 illustre la proportion de temps que les 211 infirmières consacrent à la fonction d'infirmière pivot en oncologie.

**LA CONCEPTION D'INDICATEURS DE GESTION**

La Direction de la lutte contre le cancer a mandaté le Comité consultatif des infirmières en oncologie pour proposer des indicateurs qui tiennent compte des activités des infirmières pivots en oncologie. Des données propres à leurs fonctions, jusqu'alors absentes du *Manuel de gestion financière*<sup>1</sup>, seront dorénavant documentées. Ainsi, quatre indicateurs de gestion ont été retenus: les nombres d'utilisateurs, d'interventions téléphoniques, de rencontres de consultation et de nouveaux cas. Ces indicateurs, qui contribueront à quantifier et à préciser le travail de ces professionnelles, sont entrés en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2007. Des précisions concernant la collecte de certaines données par les établissements en faciliteront l'analyse et la comparaison.

Figure 3. Répartition des infirmières pivots en oncologie selon le nombre de jours par semaine consacrés à cette tâche pour l'ensemble des infirmières détenant cette fonction au Québec (n = 211)



1. Le MSSS, tel que le stipule l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2), publie et tient à jour un *Manuel de gestion financière* afin d'assurer l'uniformité de la gestion administrative et financière des établissements publics et privés conventionnés et des agences de la santé et des services sociaux.

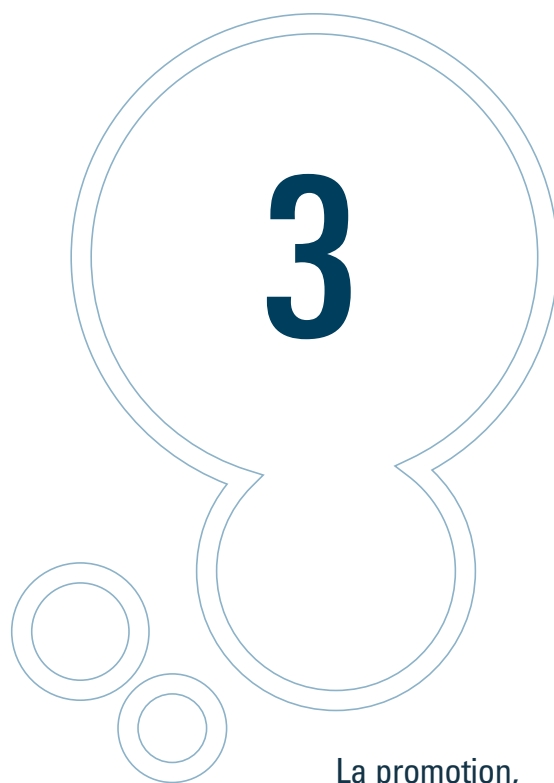


## **UN OUTIL POUR LES INFIRMIÈRES PIVOTS EN ONCOLOGIE: LEUR RÉPERTOIRE TÉLÉPHONIQUE EN LIGNE**

Les sessions de formation organisées en 2006 ont été l'occasion pour les infirmières pivots en oncologie d'établir un réseau de relations professionnelles que la Direction de la lutte contre le cancer entend soutenir.

Un répertoire téléphonique provincial des infirmières pivots en oncologie leur permet, lors des transferts de patients par exemple, de contacter leur collègue pour préparer la venue de la personne et assurer ainsi une meilleure continuité dans les soins.

La Direction de la lutte contre le cancer a mis en ligne ce répertoire, en janvier 2007, sur le site Internet du MSSS, sous la rubrique « Problèmes de santé – Cancer ». Ce répertoire n'est accessible qu'aux infirmières pivots en oncologie qui peuvent y trouver les noms, les coordonnées et les éventuelles spécialisations de leurs collègues partout dans la province.



La promotion,  
la surveillance et

# le dépistage





# La promotion, la surveillance et le dépistage

Les expériences québécoises et internationales confirment que, pour agir efficacement et provoquer un changement effectif d'habitudes de vie, il faut susciter l'instauration d'environnements et de conditions de vie qui en favorisent l'adoption, tout en intervenant sur les comportements individuels. Cet énoncé interpelle tous les intervenants des différents secteurs de la société, tant ceux qui œuvrent en promotion et prévention que ceux qui agissent pour guérir ou soutenir les personnes atteintes de maladies chroniques.

Au cours de l'année 2007-2008, plusieurs actions ont été réalisées au niveau de la prévention et du dépistage de la maladie, de la surveillance de l'état de santé de la population et de la promotion des saines habitudes de vie.

## Attentes significatives

- Poursuivre le développement et la mise en œuvre de politiques ou de cadres favorisant la saine alimentation et la pratique de l'activité physique, notamment dans les établissements scolaires et de santé ainsi que dans les milieux de travail et de loisirs;
- Poursuivre la mise en œuvre des activités prévues au *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2006-2010*;
- Produire et diffuser une information de qualité sur la prévalence, l'incidence, la mortalité, la survie et les projections en fonction des différents types de cancer;
- Assurer l'accès à la mammographie de dépistage, conformément au Programme québécois de dépistage du cancer du sein tous les deux ans, pour les femmes âgées de 50 à 69 ans;
- Assurer l'accès au dépistage du cancer du col pour les femmes âgées de 25 à 69 ans qui n'ont pas participé au dépistage dans les trois dernières années.

**La réduction du taux de mortalité liée au cancer reste un enjeu majeur pour le MSSS. Les résultats de recherche montrent que l'on peut diminuer le taux de prévalence de nombreuses formes de cancers grâce aux saines habitudes de vie. L'alimentation, le tabac et l'activité physique sont des habitudes de vie reconnues comme influençant la prévalence de plusieurs cancers.**

## LA PROMOTION DES SAINES HABITUDES DE VIE

Afin de renforcer les actions déjà mises de l'avant et d'en assurer la continuité, le *Programme national de santé publique 2003-2012* a été mis à jour. Il importe de mentionner que cette mise à jour a été réalisée, notamment, en fonction des actions menées depuis sa conception et en fonction des acquis en ayant découlé. De plus, les nouvelles connaissances et les nouveaux contextes dans lesquels se déploie ce programme ont promu sa révision.

Dans le cadre de la mise en œuvre du *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes liés au poids 2006-2012, Investir pour l'avenir*, des structures de soutien à l'implantation des actions énoncées ont été mises en place ainsi que le début du développement d'une vision commune entre les divers intervenants impliqués.

Au cours de l'exercice 2007-2008, l'adoption du Projet de loi n° 1 a permis la création d'un Fonds pour la promotion des saines habitudes de vie pour une période de dix ans. En lien avec le Fonds, le ministère de la Santé et des Services sociaux et la Fondation Lucie et André Chagnon ont conclu un partenariat afin de financer et de soutenir, de façon paritaire, des projets qui touchent les jeunes Québécois âgés de moins de dix-sept ans. L'objectif de ce partenariat est de promouvoir une saine alimentation, un mode de vie physiquement actif, des normes sociales encourageant ces saines habitudes de vie, ainsi que l'innovation, l'acquisition et le transfert de connaissances en ces matières. Ce partenariat a été confié à la Société de gestion du Fonds pour la promotion des saines habitudes de vie.

En ce qui a trait à la saine alimentation, la collaboration à la campagne gouvernementale de promotion des saines habitudes de vie « Bouger plus, manger mieux » s'est poursuivie, entre autres, par la promotion auprès des restaurateurs des bienfaits d'ajouter des fruits et des



légumes à leurs menus et d'en faire la promotion. De plus, des séances d'informations conjointes faites par le MSSS et le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) auprès des réseaux scolaires et de la santé se sont déroulées à la fin de l'année 2007 et au début de l'année 2008 sur le contenu de la politique *Pour un virage santé* lancée par le MELS. Notons qu'un guide d'application du volet « nutrition » de la Politique sera disponible pour les intervenants afin qu'ils puissent soutenir le milieu scolaire dans son application.

Les activités reliées à la surveillance de l'application de la Loi sur le tabac se sont poursuivies en 2007-2008. Les résultats : 2446 plaintes, 4507 visites d'inspection, 600 constats émis aux exploitants et 1232 constats émis à des individus. Des actions préliminaires à l'interdiction d'étalage du tabac dans les points de vente, notamment une campagne de communication auprès des commerçants et de la population, ont été réalisées en prévision de l'entrée en vigueur de cette nouvelle mesure, le 31 mai 2008. Une consultation a eu lieu au cours des mois de mars et avril 2008 au sujet de deux projets de règlement sur la promotion des produits du tabac aux points de vente et dans les médias écrits, et l'interdiction de la vente à l'unité des cigarillos. Enfin, une unité d'enquête a été mise sur pied afin de soutenir les corps policiers quant au respect des mesures de la loi ayant des incidences sur la lutte contre la contrebande de cigarettes.

Des services de cessation ont été offerts à la population de l'ensemble des régions du Québec : une ligne téléphonique, le site Internet J'ARRÊTE et 150 centres d'abandon du tabagisme ont été implantés. Des activités de communication ont également été menées : *Semaine québécoise pour un avenir sans tabac*, défi *J'arrête, j'y gagne!* visant la cessation tabagique, concours *Familles sans fumée*. Enfin, des projets de prévention et de sensibilisation en milieu scolaire et parascolaire ont été réalisés dans toutes les régions : *Gangs allumées* au secondaire, Réseau conseil auprès du ministre, sites Internet [www.lagangallumee.com](http://www.lagangallumee.com) et [lpof.ca](http://lpof.ca), spectacle *In Vivo* (79 représentations en 2007-2008), commandites sportives et messages antitabac *De Facto* (écoles secondaires, cégeps et universités).

Au regard des pratiques cliniques préventives, un guide pour la promotion et le soutien de ces pratiques a été publié en 2007<sup>2</sup>. Cette documentation vise à guider les intervenants en santé publique du réseau dans leurs démarches de promotion et de soutien des pratiques cliniques préventives auprès des cliniciens. Une revue de la littérature portant sur la description, l'impact et les conditions d'efficacité des stratégies pour l'intégration

de la prévention dans les pratiques cliniques auprès des cliniciens de première ligne a également été réalisée durant l'année 2007-2008<sup>3</sup>.

Enfin, relativement au counseling concernant les saines habitudes de vie, les omnipraticiens rémunérés à l'acte bénéficient, depuis janvier 2007, d'une rémunération pour le counseling en abandon du tabagisme effectué auprès de leurs patients fumeurs. Les directions de santé publique, de concert avec les CSSS, ont mis en œuvre des interventions auprès des milieux cliniques visés par ces pratiques, notamment le programme **0.5.30 COMBINAISON PRÉVENTION**<sup>4</sup> de même que les Centres d'éducation pour la santé créés dans l'ensemble des CSSS de la région de Montréal.

## LA SURVEILLANCE DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION AU REGARD DU CANCER

Dans le cadre de l'application de la Loi sur la santé publique (2001), le MSSS s'est doté d'un Plan ministériel de surveillance qui détermine les objets de surveillance prioritaires, notamment pour le cancer.

### Attente signifiée

- Produire et diffuser une information de qualité sur la prévalence, l'incidence, la mortalité, la survie et les projections en fonction des différents types de cancer.

Au cours de l'exercice 2007-2008, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a publié les résultats d'un projet pilote portant sur le rehaussement du Fichier des tumeurs du Québec (FiTQ), réalisé à la demande du MSSS. Les renseignements colligés dans le FiTQ ont permis de produire des données sur la prévalence, l'incidence et la survie liée au cancer. Ces données servent de guide à l'élaboration et à la mise à jour des politiques, programmes, et services de soins en cancer offerts à la population. Les résultats du projet pilote montrent que la diversification des sources de renseignements qui alimentent le FiTQ et l'ajout de nouvelles variables pertinentes, telles que le stade de la maladie au moment du diagnostic et les traitements initiaux (chimiothérapie, radiologie ou chirurgie), amélioreraient grandement l'exhaustivité du FiTQ.

En regard de la production et de la diffusion de ces données, le site Internet Santéscope de l'INSPQ ([www.inspq.qc.ca/santescope](http://www.inspq.qc.ca/santescope)) offre au public un accès à des données générales sur l'état de santé et de bien-être de la population du Québec, selon différentes perspectives. Ce site a été développé en vertu d'un mandat confié par le MSSS. Il est mis à jour régulièrement et, au cours de l'exercice 2007-2008, de nouvelles données ont été publiées.

2. S. Groulx. *Guide pour la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives*. Collection L'intégration de pratiques cliniques préventives. MSSS, 2007, 72 p.

3. M.-H. Provost, et coll. *Description, impact et conditions d'efficacité des stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques : revue de la littérature*. Collection L'intégration de pratiques cliniques préventives. MSSS, 2007, 168 p.

4. Le 0.5.30 est un programme de prévention des maladies chroniques par l'adoption de saines habitudes de vies : 0 tabagisme, 5 portions de fruits et légumes par jour, 30 minutes d'activités physiques par jour.



Le site Internet Santéscope permet de suivre, pour le Québec dans son ensemble, l'évolution à travers les années de nombreux indicateurs de santé, et de dégager certaines différences géographiques à l'échelle des territoires des réseaux locaux de santé ou selon les milieux ruraux et urbains. Il permet aussi de mieux apprécier l'état de santé et de bien-être du Québec en le comparant à celui des autres provinces canadiennes, des cinquante états américains et de plusieurs pays, en particulier de la France. De façon spécifique, pour le cancer, Santéscope fournit des données sur la mortalité par tumeurs malignes, l'incidence du cancer et les hospitalisations découlant d'une tumeur maligne.

## LE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN ET DU COL UTÉRIN

Le but du dépistage est de réduire la mortalité liée au cancer. Le dépistage reste un outil important dans la lutte contre le cancer. L'encadrement du Programme québécois de dépistage du cancer du sein et des travaux de dépistage du cancer du col utérin relève de la Direction générale de la santé publique.

### Attentes significatives

- Assurer l'accès à la mammographie de dépistage, conformément au *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* tous les deux ans, pour les femmes âgées de 50 à 69 ans;
- Assurer l'accès au dépistage du cancer du col pour les femmes âgées de 25 à 69 ans qui n'ont pas participé au dépistage dans les trois dernières années.

## Le dépistage du cancer du sein

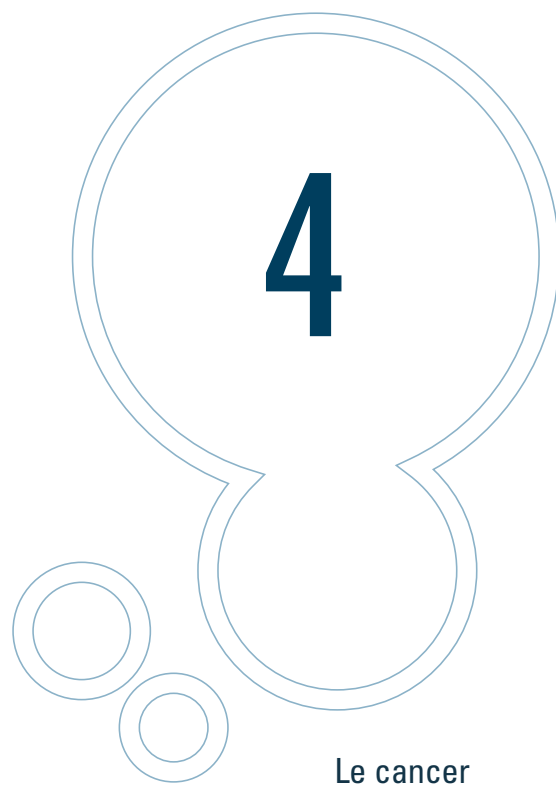
L'accès à la mammographie de dépistage dépend de nombreux facteurs, notamment la disponibilité du personnel technique et médical, l'éloignement des communautés et les aléas qu'impose l'incontournable respect des normes et des exigences de qualité du programme. Au cours de l'exercice 2007-2008, les mécanismes de désignation des centres de programmes ont été révisés en profondeur pour accélérer le processus. Avec le soutien du ministère, une nouvelle unité mobile de dépistage a été déployée dans l'est du Québec à l'initiative de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. Au total 1315 mammographies ont été réalisées depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008.

Il convient également de noter que le taux de participation au Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) à l'échelle de la province est en hausse constante. Il est passé de 51,1 % en 2006 à 53,1 % en 2007. En ce qui a trait aux femmes qui ont eu une mammographie dans le même groupe d'âge, le taux de couverture du programme était de 65 % pour l'année 2006<sup>5</sup>.

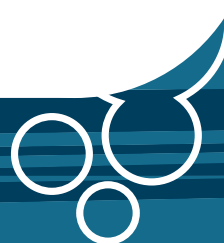
## Le dépistage du cancer du col utérin

Un mandat a été confié à la Régie de l'assurance maladie du Québec pour développer une base de données permettant d'identifier et d'inviter les femmes âgées de 21 à 69 ans non hystérectomisées et qui n'ont pas participé au dépistage cytologique (test de Pap) dans les trois dernières années. L'analyse du cadre légal de la transmission des données nécessaires à ce système d'invitations ciblées est pratiquement terminée.

5. <http://www.inspq.qc.ca/groupe/pqdcs/TableauBord/TableauBordPQDCS.pdf>



Le cancer  
**colorectal**





# Le cancer colorectal

**Au Québec, on estime que 5 600 nouveaux cas de cancer colorectal seront diagnostiqués et que 2 400 personnes décéderont de cette maladie au cours de l'année 2008. Ces estimations positionnent le cancer colorectal au troisième rang, tant chez les hommes (derrière les cancers de la prostate et du poumon) que chez les femmes (derrière les cancers du sein et du poumon), en terme d'incidence, et au deuxième rang (derrière le cancer du poumon), en terme de mortalité pour les deux sexes. L'histoire naturelle de cette maladie et son pronostic favorable, lorsqu'elle est diagnostiquée à un stade précoce, font du cancer colorectal une cible opportune pour le dépistage. Par ailleurs, cette lutte contre le cancer colorectal doit être menée de manière globale, ce qui signifie que des actions concertées sont préconisées tant en matière de prévention des risques de cancer, de promotion de saines habitudes de vie, de dépistage et de traitement que de soins palliatifs.**

## LE DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

De concert avec la Direction générale de la santé publique du MSSS et avec l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), la Direction de la lutte contre le cancer a poursuivi les travaux visant à établir la pertinence et la faisabilité d'un programme de dépistage systématique du cancer colorectal.

### Attente signifiée

- Assurer l'accès au dépistage du cancer colorectal par une recherche de sang occulte dans les selles chez les personnes âgées de 50 à 74 ans, si la faisabilité de ce dépistage est démontrée.

L'INSPQ, sur un mandat du MSSS, a déposé quatre rapports préliminaires au cours de l'année :

- Évolution de l'incidence et de la mortalité du cancer colorectal au Québec : une comparaison avec les provinces canadiennes et les pays industrialisés ;
- Attitudes envers le dépistage du cancer colorectal : le point de vue de la population cible québécoise ;
- Revue systématique des essais cliniques randomisés évaluant l'efficacité du dépistage du cancer colorectal ;
- Revue systématique des programmes de dépistage populationnel du cancer colorectal.

Les versions finales de ces rapports sont attendues au cours de la prochaine année. À cela s'ajoutera également une analyse de la capacité additionnelle requise pour répondre aux besoins des personnes symptomatiques, des gens à haut risque et des individus repérés par un éventuel programme de dépistage tout en respectant des standards d'assurance de qualité et des délais acceptables de prise en charge. L'avis final de l'INSPQ, qui englobera tous ces aspects, devrait être remis au MSSS à l'automne 2008.

La Direction de la lutte contre le cancer a également participé très étroitement au développement du projet de Cadre de référence pour le programme québécois de dépistage du cancer colorectal de la Direction générale de la santé publique. Les principaux paramètres retenus pour ce cadre de référence s'appuient notamment sur les résultats de travaux complétés à l'INSPQ. L'expérience acquise avec le *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* a aussi été mise à contribution.

## L'INVESTIGATION ET LE DIAGNOSTIC DU CANCER COLORECTAL

La recherche de sang occulte dans les selles est la modalité de dépistage la plus répandue. Cependant, le recours à la coloscopie est nécessaire pour confirmer le diagnostic dans les cas suspects. Dans ce contexte, il importe de développer des façons novatrices d'optimiser l'accès à des examens de coloscopie de qualité.

### Attente signifiée

- Établir un système pour faciliter l'accès à l'investigation, au diagnostic et aux médecins spécialistes pour les personnes soupçonnées d'être atteintes de cancer et pour lesquelles une investigation a été demandée.

Au cours de l'année 2007-2008, certaines agences de la santé et des services sociaux ont été invitées à sonder l'intérêt de leurs établissements pour développer des projets de cliniques d'accès aux examens d'investigation et de diagnostic pour les personnes soupçonnées ou atteintes de cancer colorectal. Au total, vingt-et-un établissements de neuf régions différentes ont signifié leur intérêt à participer à un tel projet, et quatorze d'entre eux ont déposé une demande à la Direction de la lutte contre le cancer. Un comité d'experts cliniciens a été mandaté afin d'évaluer ces projets. Quatre candidatures ont été retenues. Les établissements ont été sélectionnés notamment en fonction de leur capacité à améliorer l'accès local à la coloscopie, du nombre potentiel de personnes à risque de développer un cancer colorectal sur leur territoire et de l'engagement des équipes à travailler à l'amélioration de l'accès aux services de coloscopie pour la population de leur territoire. Ces cliniques d'accès s'ajouteront à celles déjà soutenues par la Direction de la lutte contre le cancer et la Société canadienne du cancer dans la région de Montréal.



La chirurgie  
**oncologique**





# La chirurgie oncologique

**L'amélioration de l'accès à la chirurgie oncologique est une priorité pour la Direction de la lutte contre le cancer.**

## Attentes significées

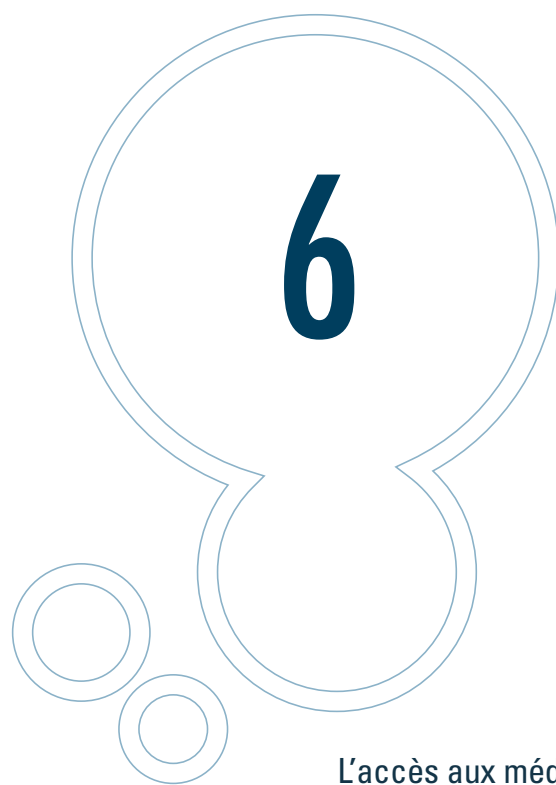
- Mettre en place le système de gestion de l'accès à la chirurgie oncologique et, par la suite, à la chimiothérapie, afin de respecter les normes établies;
- Déterminer et faire connaître aux établissements les cibles ministérielles, notamment sur l'accès aux soins et aux services d'investigation, de diagnostic et de traitements en matière de cancer;
- Recueillir des données sur l'accessibilité aux soins et aux services et entreprendre les actions nécessaires pour respecter les cibles ministérielles;
- Déterminer aux ententes de gestion divers indicateurs relatifs à l'accès, à la qualité et à l'efficacité.

Le mécanisme central de gestion de l'accès pour l'ensemble des activités chirurgicales est en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2007 dans tous les établissements du réseau de la santé et des services sociaux du Québec. Ce mécanisme, ainsi que le système informatique « Système d'information sur le mécanisme d'accès aux services spécialisés » (SIMASS) qui le supporte, permet de suivre l'évolution de l'accès aux différentes chirurgies. Au cours de l'année, des modifications ont été apportées à SIMASS afin de faciliter l'identification des chirurgies oncologiques et d'effectuer le suivi de leur accessibilité dès le 1<sup>er</sup> juin 2008.

La requête opératoire constitue une source essentielle de données dans cette démarche. Pour faciliter le travail de saisie et s'assurer de la qualité des données colligées, les établissements ont entrepris de modifier le formulaire de requête opératoire de façon à ce que chaque chirurgie oncologique y soit clairement identifiée et que le site tumoral à opérer y soit bien précisé.

Afin de faire connaître aux cliniciens des milieux hospitaliers les orientations de la Direction de la lutte contre le cancer, des rencontres ont eu lieu avec les chirurgiens qui auront à compléter cette requête opératoire ainsi qu'avec les associations chirurgicales concernées.

Cette démarche permettra, dans un premier temps, de dresser un portrait juste et actuel des délais d'accès dans les différents établissements de la province. Les données ainsi colligées au cours de l'année 2008-2009 permettront de mesurer les écarts par rapport à la cible et les moyens nécessaires pour l'atteindre. Pour l'instant, la cible ministérielle est que 90 % des patients médicalement prêts soient traités dans un délai de 28 jours. Par ailleurs, pour chacun des sièges de cancer, des cliniciens experts détermineront des délais médicalement acceptables avec des critères d'urgence et en fonction de la pathologie. Ce travail se fera sous l'égide du CEPO.



L'accès aux médicaments

# antinéoplasiques







# L'accès aux médicaments antinéoplasiques

**Afin d'encadrer l'accessibilité aux nouveaux médicaments antinéoplasiques, la Direction de la lutte contre le cancer a mandaté un groupe de travail pour proposer des pistes de solution dans le but d'assurer un accès raisonnable et équitable pour tous les patients du Québec aux nouveaux médicaments d'oncologie et cela dans une perspective d'utilisation optimale. Ce groupe de travail est composé principalement de cliniciens du réseau et d'administrateurs.**

## Attente signifiée

- Mettre en place le système de gestion de l'accès à la chimiothérapie.

Le rapport du groupe de travail a été déposé à l'automne 2007. L'élément principal issu de ce rapport est un modèle d'accès aux nouvelles molécules d'oncologie. Ce modèle repose principalement sur des règles qui viennent baliser et encadrer l'utilisation de la molécule concernée à l'intérieur des critères définis par le Conseil du médicament.

Dans ce contexte, des règles d'utilisation propres au bévacizumab ont été élaborées en fonction des critères spécifiques. À ce titre, une circulaire ministérielle (dossier n° 2007-026) fait état des règles d'utilisation et de l'encadrement à respecter afin que le bévacizumab soit accessible adéquatement sur tout le territoire québécois. Les agences de la santé et des services sociaux ont la responsabilité de s'assurer de la mise en place de ce cadre dans les établissements concernés de leur territoire.

De concert avec la Direction des affaires pharmaceutiques et du médicament, la Direction de la lutte contre le cancer assure le suivi de la circulaire n° 2007-026. Notamment, les agences de la santé et des services sociaux ont été invitées à fournir une liste des établissements habilités à administrer le bévacizumab sur leur territoire. De plus, les établissements doivent colliger certaines données concernant les volumes et les coûts. Ces données devront être transmises au MSSS en juin 2008.



La  
**radio-oncologie**





# La radio-oncologie

## Le travail concernant l'accessibilité aux services de radio-oncologie s'est poursuivi en 2007-2008.

### Attentes significées

- Implanter un mécanisme formel d'accès aux services spécialisés en radio-oncologie;
- Respecter la cible ministérielle quant à l'accès à ce type de services;
- Planifier les besoins en ressources humaines et matérielles;
- Implanter un mécanisme formel de remplacement des équipements spécialisés.

Pour assurer une gestion standardisée de l'accès aux services, un cadre de référence a été élaboré pour soutenir les agences de la santé et des services sociaux et les établissements du réseau. Ce document viendra concrétiser la mise en place d'une approche systématique de gestion de l'accès en radio-oncologie.

Le respect de la cible ministérielle en radiothérapie voulant que 90 % des patients soient traités dans un délai de quatre semaines à partir de la date où ils sont considérés médicalement prêts, demeure une grande priorité pour le MSSS. Un suivi serré par la Direction de la lutte contre le cancer ainsi le soutien des services éprouvant des difficultés sporadiques font en sorte que la cible ministérielle a encore été atteinte en 2007-2008. De ce fait, au 31 mars 2008, 95 % des patients traités l'ont été dans le délai de quatre semaines (voir le tableau 1). Il est aussi à noter que le nombre de patients traités dans l'ensemble des services de radio-oncologie du Québec a augmenté de 3 % au cours de l'année 2007-2008 par rapport à l'année précédente.

**Tableau 1. Évolution de l'accès aux services de radiothérapie pour tout le Québec, 2006-2007 et 2007-2008**

Indicateur	2006-2007	2007-2008
Patients traités (n)	19 154	19 729
Patients traités ≥ 4 semaines (%)	96 % (au 31 mars 2007)	95 % (au 31 mars 2008)

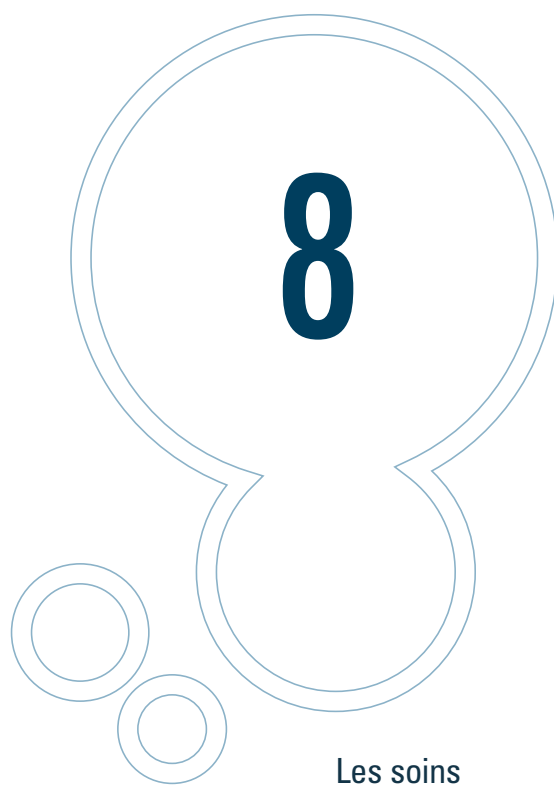
De plus, un mandat a été donné à un comité d'utilisateurs afin de réviser le système actuel de gestion de l'accès aux services de radio-oncologie (SGAS) et de le faire transiter en mode Web vers SIMASS. Ce comité procède à la révision de tous les champs de l'ancien système informatique afin qu'il réponde adéquatement aux besoins de gestion des responsables des services de radio-oncologie et qu'il permette de connaître, de manière optimale, l'évolution de l'accès en radio-oncologie dans tous les centres. Ce système devrait être déployé en juin 2009.

La planification des ressources humaines est indispensable pour assurer le fonctionnement optimal d'un service. Des travaux pour évaluer les besoins en radio oncologues, en physiciens médicaux et en technologues en radio-oncologie se poursuivent. Dans cette optique, des documents balisant cette planification sont en élaboration pour ces trois types de professionnels.

De plus, a été entériné un document proposant des recommandations et établissant les besoins sur la planification des ressources humaines et matérielles pour le secteur de la curiethérapie.

De plus, la disponibilité des équipements de haute technologie est indispensable dans ce secteur de pointe. Un cadre de référence décrivant un processus de maintien d'un parc d'équipement en radio-oncologie est en rédaction. Ce document dresse un portrait complet du parc d'équipement de radio-oncologie, définit les critères de remplacement des équipements et établit également un échéancier en conséquence. Ce cadre spécifiera aussi les responsabilités de toutes les instances dans ce processus découlant des plans triennaux de remplacement des équipements.

Quant au renouvellement des équipements, un montant total de 25 millions de dollars sera octroyé afin de remplacer dix accélérateurs linéaires ayant atteint leur durée de vie utile.



Les soins  
**palliatifs**





# Les soins palliatifs

**En excluant les personnes qui décèdent subitement d'un accident ou d'un traumatisme, il est estimé qu'en 2010, quelque 43 094 personnes seraient susceptibles de recevoir des soins de fin de vie, soit 70% des décès prévisibles. La *Politique en soins palliatifs de fin de vie*, lancée en avril 2004, propose des solutions et des mesures concrètes pour améliorer les services de fin de vie pour toutes les personnes, quels que soient leur âge et leur maladie. Elle préconise l'équité dans l'accès, la continuité et la qualité des services offerts par des équipes interdisciplinaires de soins palliatifs.**

Les soins palliatifs concernent autant les maladies liées au vieillissement que celles qui touchent la clientèle pédiatrique. Ils sont destinés à toute personne atteinte d'une maladie à issue fatale ainsi qu'à ses proches. Les traitements et les soins, autant physiques que psychosociaux et spirituels, ne visent pas à guérir les personnes malades, mais à atténuer leurs souffrances et à les soulager. Ils visent également à accompagner ces personnes ainsi que leurs proches dans le processus normal vers la mort et le deuil.

## Attentes significatives

- Établir l'offre et l'organisation des services adaptées aux besoins des personnes et des proches nécessitant des soins palliatifs, incluant les soins palliatifs pédiatriques;
- Répondre à des indicateurs de gestion précis pour les soins palliatifs à domicile;
- Définir des critères administratifs permettant d'encadrer la prestation et la qualité des services et certains aspects du fonctionnement des maisons de soins palliatifs, un des lieux de dispensation des soins palliatifs;
- Concevoir un plan directeur de formation des intervenants en soins palliatifs.

## L'OFFRE ET L'ORGANISATION DES SERVICES

En vue de la continuité des services, la *Politique de soins palliatifs de fin de vie* incite à l'amélioration de la gouvernance des soins palliatifs et à l'élaboration de modèles de prestation de services performants et efficaces pour s'adapter à l'augmentation prévue de la demande.

En regard de leur responsabilité envers la population, les centres de santé et de services sociaux (CSSS) établissent l'organisation des services en matière de soins palliatifs grâce à leur projet clinique cancer. Cette responsabilité

se traduit par la mesure n° 32 des *Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer* qui indique que tous les CSSS doivent maintenir et bonifier, pour les personnes recevant des soins palliatifs à domicile, l'accessibilité 24 h sur 24 et 7 jours sur 7, aux services de base suivants :

- un service téléphonique (avec mise à profit d'Info-Santé);
- des services médicaux;
- des services infirmiers;
- une couverture pharmaceutique avec trousse d'urgence;
- des services de répit et de dépannage;
- du matériel et des fournitures pour l'aide à domicile.

En plus de ce panier de service de base, des orientations supplémentaires sont données aux agences de la santé et des services sociaux afin que les soins palliatifs se développent et que leur disponibilité soit assurée dans toutes les régions :

- un nombre de lits réservés, établi en fonction de la population (50 lits/500 000 habitants);
- des unités regroupées de lits réservés dans les centres régionaux et universitaires;
- une expertise régionale disponible, incluant des compétences en soins palliatifs pédiatriques;
- une accessibilité à une équipe interdisciplinaire locale de soins palliatifs, comprenant idéalement un intervenant pivot.

Le seul fait que la majorité des soins palliatifs soient prodigués à des personnes atteintes de cancer justifie l'accès à une équipe de soins palliatifs et sa disponibilité dans le contexte du processus de désignation des équipes de lutte contre le cancer. Malgré la présence de lacunes dans le mécanisme de coordination, toutes les équipes

évaluées pour une désignation en oncologie ont démontré qu'elles assurent l'accès des patients à une équipe de soins palliatifs.

### LE PROCESSUS ADMINISTRATIF D'ENCADREMENT DES MAISONS DE SOINS PALLIATIFS

Des modifications législatives ont été introduites par le Projet de loi n° 83 afin d'élargir les règles relatives à l'attribution et à la délivrance d'un agrément de manière à ce que, notamment, les maisons de soins palliatifs puissent s'en prévaloir. La mesure n° 34 des *Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer* prévoit définir des critères administratifs permettant d'encadrer la prestation et la qualité des services et certains aspects du fonctionnement des maisons de soins palliatifs.

L'article 456 de la Loi sur les services de santé et services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2) spécifie que toute personne qui satisfait aux exigences déterminées par le ministre est admissible à l'agrément. La Direction de la lutte contre le cancer a actualisé la mise en place de cet encadrement des maisons de soins palliatifs. À cette fin, un comité de travail mandaté pour développer des critères et un processus uniforme pour l'agrément de ces maisons a déposé ses recommandations.

L'agrément assure que les maisons répondent aux normes et aux pratiques reconnues. Les critères de qualification ont été développés selon les sept axes suivants :

- **statut**: la maison de soins palliatifs est un organisme sans but lucratif (OSBL) qui respecte la partie III de la Loi sur les compagnies au Québec ;
- **clientèle et offre de service**: les soins et services sont offerts aux personnes et à leurs proches selon une approche globale qui inclut la participation des concernés au plan d'intervention ainsi que le travail en interdisciplinarité ;
- **soins**: les soins sont fournis par un personnel qualifié et répondent aux normes, aux protocoles et aux guides de pratique appropriés et reconnus ;
- **sécurité**: la maison de soins palliatifs dispose d'un plan d'urgence et d'une politique de gestion des risques ;
- **éthique**: un code d'éthique qui régit la confidentialité et les conflits d'intérêts pour les intervenants ;
- **qualité**: la maison de soins palliatifs s'assure de l'amélioration continue de ses services et dispose d'un processus de traitement des plaintes ;
- **gestion et gouverne**: le rapport financier est présenté et adopté selon les modalités en vigueur, et la maison de soins palliatifs dispose d'un processus de recrutement, de sélection et d'encadrement des employés et des bénévoles.

Le comité a déterminé 39 conditions qui doivent être respectées pour obtenir et maintenir l'agrément accordé par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Au total, dix-huit maisons de soins palliatifs en activité le 31 mars 2008 ont fait une demande d'agrément. Elles ont été visitées et évaluées par les agences de la santé et des services sociaux et les CSSS concernés. La majorité d'entre elles, soient dix-sept, se sont qualifiées et ont été agréées.

Le document *Modalités d'encadrement administratif des maisons de soins palliatifs - Rapport du Comité sur l'agrément des maisons de soins palliatifs* est disponible sur le site Internet du MSSS à l'adresse suivante : [www.msss.gouv.qc.ca/cancer](http://www.msss.gouv.qc.ca/cancer).

### LA MAISON ANDRÉ-GRATTON

La Direction de la lutte contre le cancer a travaillé avec l'organisme Le Phare Enfant et Famille et tous les partenaires concernés pour la réalisation du projet d'ouverture d'une ressource d'hébergement qui offre du répit dépannage aux parents d'enfants lourdement handicapés. La Maison André-Gratton a été inaugurée à Montréal à l'automne 2007. Sur un total de dix lits, deux lits dédiés aux soins palliatifs pédiatriques sont prévus dans l'offre de service. Il s'agit d'une initiative unique en son genre qui peut accueillir des enfants de partout au Québec et où l'expertise en soins palliatifs pédiatriques se développera.

### UN PROJET POUR L'ORGANISATION ET LA COORDINATION DES SOINS PALLIATIFS DANS LE CONTEXTE PARTICULIER DES MALADIES PULMONAIRES OBSTRUCTIVES CHRONIQUES

Un projet de démonstration particulier à la réalité des maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) est piloté par l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides afin d'expérimenter l'implantation des protocoles de soins pour les personnes atteintes d'une MPOC en fin de vie. Un questionnaire et une grille d'évaluation ont été élaborés. Un atelier de formation où plus de 150 professionnels ont participé a été développé. Le soutien du projet est reconduit afin que les protocoles soient parachevés et les résultats raffinés par l'augmentation de la taille de l'échantillon.

### LA FORMATION

La *Politique de soins palliatifs* de fin de vie soutient que la qualité des services de soins palliatifs repose notamment sur une formation adéquate des intervenants. La mesure n° 35 des *Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer* entérine cette approche en prévoyant la conception d'un plan directeur de formation des intervenants en soins palliatifs.



À cette fin, la Direction de la lutte contre le cancer a mis en œuvre diverses initiatives et collaboré à certains projets pour contribuer à une meilleure formation continue des personnes œuvrant dans le domaine.

### **Le Plan directeur de développement des compétences des intervenants en soins palliatifs**

La Direction de la lutte contre le cancer, à l'instar des leaders en soins palliatifs, souhaite que tous les intervenants qui prodiguent des soins palliatifs aient les compétences minimales adaptées à leur champ d'action.

Un comité de travail coordonné par le Réseau des soins palliatifs du Québec, auquel la Direction de la lutte contre le cancer a participé, a été mis sur pied. Les travaux de ce comité, composé de spécialistes en soins palliatifs et en éducation, ont donné naissance au *Plan directeur de développement des compétences des intervenants en soins palliatifs*. L'objectif de ce plan est de soutenir la formation et l'accroissement des compétences des intervenants offrant des soins palliatifs.

Le Plan a été lancé en avril 2008. Un millier de cédéroms ont été diffusés aux participants du 17<sup>e</sup> congrès du Réseau de soins palliatifs, et il est disponible en version électronique sur le site Internet du MSSS à l'adresse suivante : [www.msss.gouv.qc.ca/cancer](http://www.msss.gouv.qc.ca/cancer).

### **Le projet de formation en cours d'emploi des infirmières auxiliaires**

En collaboration avec des partenaires, dont le Fonds Claudette et Louis Dionne de la Fondation de la Maison Michel-Sarrazin et le Centre de formation professionnelle Fierbourg, la Direction de la lutte contre le cancer a soutenu l'élaboration d'un programme de formation de quelques 280 heures préparé pour les infirmières auxiliaires œuvrant en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD). Une cohorte de douze infirmières auxiliaires expérimente depuis l'automne 2007 cette formation dont le plateau de stage est l'unité des soins palliatifs du CHSLD Jeffery Hale. L'évaluation du projet, en collaboration avec l'unité de recherche en gériatrie de l'Université Laval est en cours et les résultats devraient être disponibles au cours de l'année 2008-2009.

### **L'outil de formation s'adressant aux médecins**

En 2006-2007, la Direction de la lutte contre le cancer a confié au Réseau de soins palliatifs du Québec, un partenaire communautaire précieux, la traduction et l'adaptation à la réalité québécoise d'un outil de formation conçu par les collaborateurs du Projet Pallium ([www.pallium.ca](http://www.pallium.ca)). La publication de ce programme de formation de base en soins palliatifs constituera un instrument d'enseignement de qualité destiné aux professionnels de la santé et en particulier aux médecins. Son contenu standardisé contribuera à assurer des soins de qualité.

### **Service Info-Santé**

La consultation téléphonique est un service de première ligne qui contribue à offrir des services de santé 24 heures par jour, 7 jours par semaine. La Direction de la lutte contre le cancer a confié à Info-Santé la révision et l'élaboration du protocole « Soins infirmiers de fin de vie » dans le cadre de ses interventions téléphoniques. Un cahier du participant, un cédérom et un cahier de formation ont été produits. Durant l'hiver 2008, plus de 800 intervenants d'Info-Santé de 13 régions ont reçu une formation. Ainsi, ces intervenants sont mieux outillés pour soutenir judicieusement les personnes requérant leurs conseils par téléphone.

### **La diffusion d'outils**

Guidée par le quatrième axe d'intervention des Orientations, qui promeut le soutien de l'évolution des pratiques, et motivée par le souci d'améliorer la qualité des soins par la diffusion des connaissances, la Direction de la lutte contre le cancer aide à la diffusion d'outils utiles pour les soignants. Ainsi, au cours de 2007-2008, la Direction de la lutte contre le cancer a soutenu la distribution de 1 000 exemplaires d'un nouveau guide clinique sur les ulcères de pression. Est aussi prévue la diffusion de 1 000 exemplaires d'un autre guide clinique traitant des soins de la bouche chez les malades en phase terminale auprès des CSSS, des ressources de maintien à domicile en soins palliatifs, des équipes de soins palliatifs, des maisons de soins palliatifs, etc.

## **LES INDICATEURS DE GESTION POUR LES SOINS PALLIATIFS**

### **La prestation des soins à domicile**

Le suivi des indicateurs de gestion concernant le nombre de personnes qui ont reçu des soins à domicile indique que la cible ministérielle a été atteinte à plus de 95 %. Il y a lieu de souligner que toutes les personnes qui ont demandé à recevoir de tels soins à domicile ou qui ont été recommandées pour les recevoir ont été soignées et, selon les agences de santé et de services sociaux, il n'existe aucune liste d'attente pour ce type de service.

La cible concernant l'intensité de ces services est dépassée et a atteint en moyenne 18,6 interventions par personne, alors que celle qui était fixée était de 16. On constate de nouveau cette année une augmentation du nombre d'interventions par personne soignée (voir le tableau 2). Il y a lieu de penser que la qualité des services aux citoyens s'améliore chaque année.

**Tableau 2. Sommaire des interventions à domicile, en comparaison à la cible annuelle**

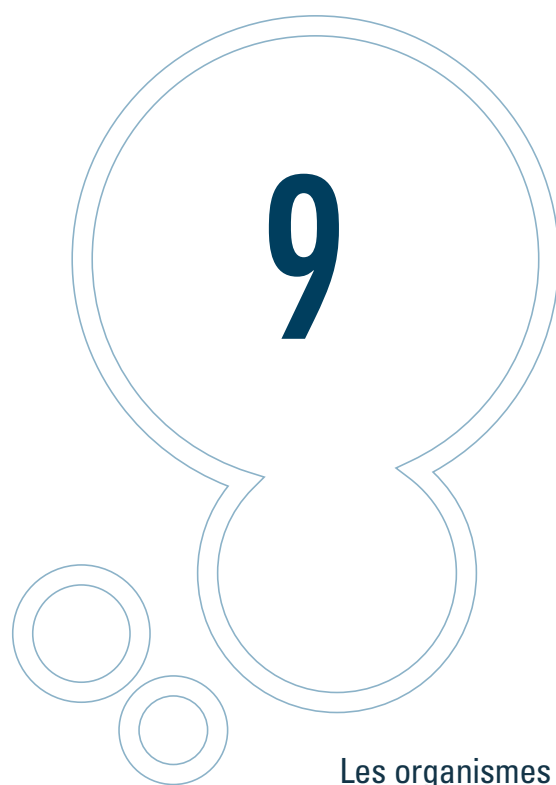
Indicateur	Cible 2007-2008	Résultat 2007-2008
Nombre de personnes soignées à domicile	19 681	18 701
Nombre moyen d'interventions à domicile par personne	16	18,6

\*Source : Fiche de reddition de compte 07-08 – Bilan P13

### Le nombre de lits dédiés aux soins palliatifs

Donnant suite aux commentaires des partenaires et à une évaluation d'experts menée par l'INSPQ, un indicateur relatif au nombre de lits en soins palliatifs a été développé, qui inclut la définition de lit dédié aux soins palliatifs et précise des caractéristiques et des exigences de son environnement. Un ratio d'un minimum de 50 lits par 500 000 habitants a été choisi. Cet indicateur, en élaboration pendant l'exercice financier 2007-2008, est maintenu comme cible pour le développement et l'organisation des services de soins palliatifs.





Les organismes  
communautaires  
en oncologie et en

# soins palliatifs





# Les organismes communautaires en oncologie et en soins palliatifs

**Les organismes communautaires sont des partenaires indispensables et indissociables pour soutenir la personne atteinte de cancer tout au long de cette épreuve. Ils ont d'ailleurs souvent un rôle transversal à jouer auprès des personnes malades à toutes les étapes des soins. La Direction de la lutte contre le cancer a mené quelques actions pour faciliter le rapprochement des organismes communautaires et du réseau de la santé et des services sociaux. Il reste certes beaucoup de travail à réaliser, mais progressivement nous améliorerons les interfaces au plus grand bénéfice des personnes malades et de leurs proches.**

## Attentes significatives

- Prévoir des arrimages avec les organismes communautaires;
- Mettre en place, dans chaque CSSS, une coordination des services en soins palliatifs avec les intervenants du milieu, notamment les pharmaciens, les bénévoles et les organismes communautaires.

## LES HÔTELLERIES CANCER

Les hôtelleries cancer offrent des services d'hébergement temporaire aux personnes qui doivent se déplacer sur une grande distance pour recevoir leur traitement. La Direction de la lutte contre le cancer soutient ces hôtelleries qui accueillent des patients atteints de cancer. En 2007-2008, quelque 43000 nuitées ont été enregistrées par les hôtelleries cancer dans l'ensemble des régions qui offrent des services de radiothérapie.

L'entente d'aide financière avec les organismes communautaires qui possèdent et gèrent ces hôtelleries a été actualisée au cours de cet exercice. Une entente valable jusqu'en 2010 est intervenue entre la Direction de la lutte contre le cancer et la Fondation québécoise du cancer qui possède cinq maisons dans les régions de l'Estrie, de Montréal, de la Mauricie et du Centre-du-Québec et en Outaouais. L'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent a conclu elle-même une entente avec l'Association du cancer de l'est du Québec, et l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal avec la Société canadienne du cancer qui possèdent et gèrent chacune une hôtellerie.

## LES ÉTATS GÉNÉRAUX DE LA COALITION PRIORITÉ CANCER AU QUÉBEC

La Direction de la lutte contre le cancer a contribué financièrement à l'organisation des États généraux de la lutte contre le cancer tenus au Palais des congrès de Montréal le 29 septembre 2007. Un millier de personnes, dont des personnes atteintes de cancer, y ont participé. À l'issue de

ces États généraux, 68 recommandations ont été formulées pour lutter contre le cancer. Un comité de travail conjoint entre la Direction de la lutte contre le cancer et la Coalition Priorité Cancer au Québec a été formé afin d'optimiser les actions individuelles et communes, et rendre la lutte contre le cancer encore plus efficace. Les premières rencontres de ce comité de travail ont permis d'identifier les intérêts communs, d'établir une alliance et de développer des projets visant une convergence des efforts pour atteindre des objectifs communs. Le soutien et l'encouragement pour la société civile à s'engager dans la lutte contre le cancer, l'intégration des organismes communautaires dans les projets cliniques sont également au cœur des préoccupations du comité de travail.

## LE CONGRÈS DU RÉSEAU DES SOINS PALLIATIFS DU QUÉBEC

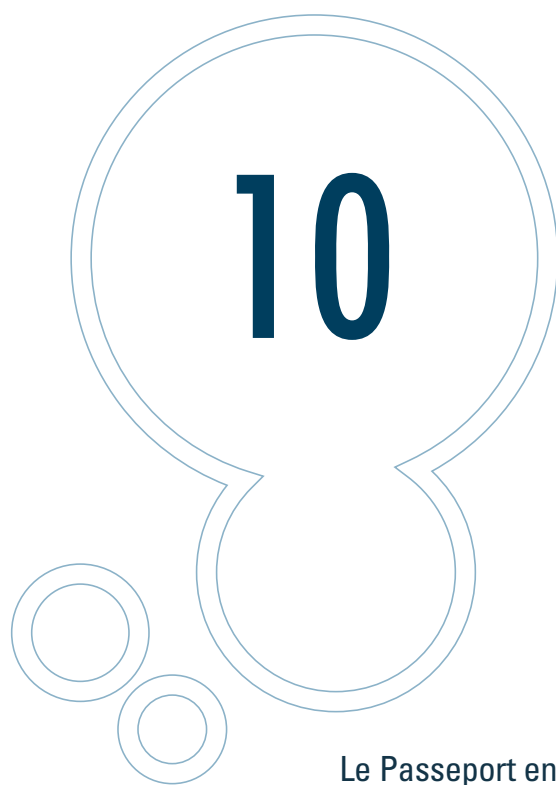
La Direction de la lutte contre le cancer a soutenu financièrement le congrès organisé par le Réseau des soins palliatifs du Québec les 28 et 29 mai 2007 à Sherbrooke. Ce soutien a contribué à l'organisation de la journée des bénévoles dans le cadre du congrès et facilité leur participation à un coût minime.

## SOUTIEN D'INITIATIVES COMMUNAUTAIRES

Un soutien financier est accordé au Regroupement provincial des organismes et groupes d'entraide communautaires en oncologie pour améliorer le réseautage entre les groupes et favoriser la participation des organismes et des bénévoles auprès des personnes malades et de leurs proches.

Un projet visant le transfert d'expertise et de connaissance est également soutenu dans la région de la Montérégie. Ce projet, en collaboration avec un CSSS, vise à ce qu'un organisme communautaire forme et entraîne des bénévoles d'un autre organisme moins expérimenté.

La Direction de la lutte contre le cancer a également accordé une contribution financière à l'organisme Vie nouvelle pour l'organisation de son colloque en octobre 2007. Cet organisme rassemble des bénévoles et des intervenants communautaires.



Le Passeport en  
**oncologie**





# Le Passeport en oncologie

**Le Passeport en oncologie est un carnet destiné aux personnes atteintes de cancer. Il leur sert d'aide-mémoire et de source d'informations utiles pour devenir et rester des participants actifs dans leurs soins. Il facilite également la communication entre les intervenants.**

À cette fin, un groupe de travail, composé de professionnels soignants, a été mis sur pied, avec pour mandat de développer un Passeport patient standardisé accessible à la population du Québec atteinte de cancer.

Plusieurs carnets existaient déjà, issus d'initiatives locales ou d'organismes provinciaux, notamment celui de la Fondation québécoise du cancer. Cependant les personnes atteintes de cancer et certains soignants ont souligné la pertinence d'uniformiser la présentation de ces carnets dans toute la province et de les rendre disponibles.

L'utilisation uniforme de ce carnet est articulée autour de deux grands objectifs qui sont le partenariat entre la personne atteinte et les professionnels de la santé ainsi que l'autogestion de la maladie par la personne. Nous nous attendons à qu'il soit un outil utile pour simplifier le parcours des personnes atteintes de cancer dans le système de soins et de services, les aider à participer activement à leurs soins et faciliter les communications avec les différents intervenants à l'hôpital, chez le médecin, au CLSC, à l'urgence.

## Attente signifiée

- Favoriser l'utilisation d'un carnet de santé pour la personne atteinte de cancer, contenant toutes les informations pertinentes.

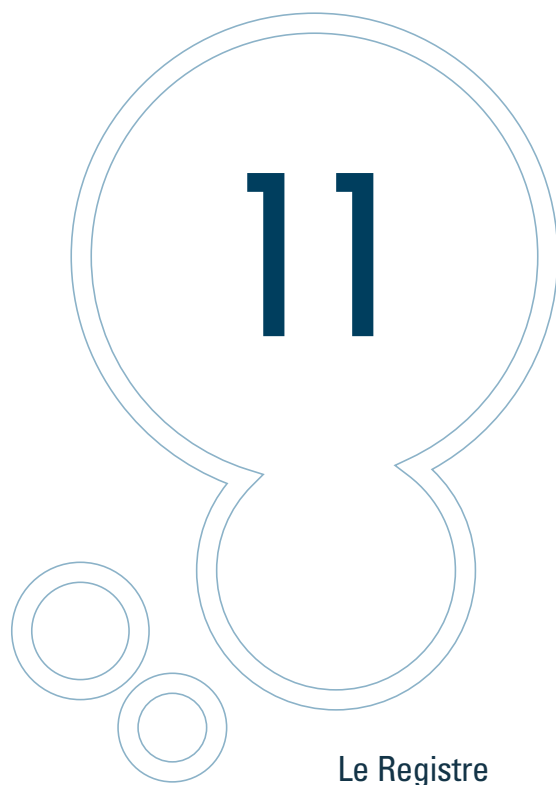
La préparation et la diffusion du Passeport en oncologie correspondent à la mesure n° 30 des *Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer*, dans l'objectif de faciliter le parcours de la personne atteinte dans le continuum de soins et de services.

Le Passeport en oncologie contient, entre autres :

- un aide-mémoire sur des informations générales utiles comme les numéros de téléphone d'urgence ;
- des informations sur les signes et symptômes nécessitant une attention immédiate ;
- des informations à colliger par la personne elle-même, comme son calendrier de rendez-vous, la liste des professionnels soignants, la liste des médicaments prescrits et son état de santé général.

Ce carnet sert de « carte de visite » quand les personnes se présentent à l'urgence, de telle sorte que le personnel soignant soit alerté par le fait que la personne est en soins actifs de son cancer, d'où l'appellation de « Passeport en oncologie ». De plus, le Passeport permet de trouver des informations présentées dans un format standard partout dans la province. Le Passeport est également disponible en anglais.

Par ailleurs, une version électronique « active » du Passeport a été mise au point, à l'intention des personnes atteintes de cancer qui ne fréquentent pas les cliniques ambulatoires. Les personnes peuvent télécharger ce Passeport à partir du site Internet du MSSS, pour y inscrire et conserver sur leur ordinateur les informations utiles ([www.msss.gouv.qc.ca/cancer](http://www.msss.gouv.qc.ca/cancer)).



Le Registre  
québécois

**du cancer**





# Le Registre québécois du cancer

**L'instauration d'un Registre québécois du cancer correspond à la mesure n° 59 des *Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer*. Le ministre de la Santé et des Services sociaux a déclaré à l'automne 2007 qu'un Registre québécois du cancer devra être opérationnel en 2010.**

Rappelons qu'en matière de données sur le cancer, le Québec dispose actuellement d'une base de données provinciale, le Fichier des tumeurs du Québec (FITQ). De plus, les établissements les plus actifs en traitement du cancer se sont dotés de bases de données locales, dont certaines sont de véritables registres de cancer.

## Attente signifiée

- Se donner un plan d'action pour la mise en place d'un Registre québécois du cancer.

La Direction de la lutte contre le cancer, conjointement avec la Direction générale de la santé publique, a entrepris un programme d'activités multiples s'attaquant aux différents défis que représente l'entreprise de faire évoluer le FITQ en un Registre québécois du cancer. Les bases de ce programme ont été consolidées au cours de l'exercice 2007-2008.

## OBTENIR L'AVIS D'EXPERTS

Un comité consultatif sur le registre de cancer, mis en place par la Table sectorielle des RUIS en oncologie, a émis en mars 2008 un avis intitulé « *Balises pour l'implantation et l'exploitation d'un Registre québécois du cancer* ». Ce comité était formé d'experts en épidémiologie, en pratique clinique, en recherche et en gestion des registres de cancer, issus des quatre RUIS.

Le comité recommande, entre autres, d'utiliser les données des rapports de pathologie et d'hématologie pour améliorer l'exhaustivité du FITQ et la validité de la date du diagnostic qui y est inscrite. De plus, l'avis du comité préconise que les données contenues dans les bases de données ou les registres de cancer locaux dans les établissements, soient transférées au FITQ, en particulier les données sur le stade du cancer et les traitements. Le comité recommande aussi que les données des registres (central et bases de données ou registres locaux) soient saisies par du personnel qualifié, en l'occurrence des registraires en oncologie. Ce rapport peut être consulté sur le site Internet du MSSS ([www.msss.gouv.qc.ca/cancer](http://www.msss.gouv.qc.ca/cancer)).

## EXPLOITER LES RESSOURCES DE LA TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION

Dans le cadre de son Plan triennal d'investissement, la Direction des ressources informatiques du MSSS a entrepris l'analyse des solutions technologiques possibles pour l'amélioration du FITQ. Ces travaux visent le transfert automatisé des données des rapports de pathologie et des bases de données ou registres locaux des établissements vers le Registre québécois du cancer, dans le respect des impératifs de sécurité et de confidentialité des données. La préoccupation de tirer parti des ressources informationnelles existantes au ministère et dans le réseau est constamment présente dans l'évolution de ces travaux.

## UTILISER LES DONNÉES CONTENUES DANS LES RAPPORTS DE PATHOLOGIE

Le fait que le contenu des rapports de pathologie au Québec ne soit pas toujours uniforme, pour un même siège de cancer, constitue une embûche importante pour l'utilisation de leurs données aux fins de la surveillance du cancer. Le CEPO a fait de l'uniformisation des rapports de pathologie une priorité. Les cancers les plus fréquents sont visés en premier (poumon, sein, prostate et colorectal). Les listes du *College of American Pathologists* ont été retenues, et leur traduction en français sera entreprise sous peu. Dans cette optique, un mandat sera octroyé à un comité en anatomopathologie qui devra se pencher, entre autres enjeux, sur l'adoption par les pathologistes québécois des rapports de pathologie uniformes et la possibilité d'instaurer dans les laboratoires le transfert automatisé de leurs données vers les registres locaux et central du cancer. Ce comité sera notamment constitué de pathologistes issus des quatre RUIS.

Des solutions technologiques existent pour transférer en temps réel les données des rapports aux registres de cancer. Ces logiciels « lisent » les rapports, déterminent selon un vocabulaire prédéterminé qu'il s'agit bien d'un cas de cancer, effectuent un encodage préliminaire (qui doit être vérifié par le registraire en oncologie) et transfèrent

électroniquement le résultat au registre local ou central. Pour le moment, ces logiciels ne peuvent décoder que les rapports en langue anglaise. Des membres de l'Association québécoise des registraires en oncologie ont présenté une proposition de projet au Partenariat canadien contre le cancer pour obtenir une subvention qui permettra de traduire les listes de mots reconnus par un logiciel utilisé notamment en Ontario dans son *Pathology Information Management System*. Un autre projet, présenté par l'équipe de lutte contre le cancer, d'un important centre hospitalier anglophone de la région montréalaise, sollicite le soutien du Partenariat canadien contre le cancer pour la démonstration de la faisabilité du transfert automatique des données du laboratoire de pathologie vers le registre local ou central. La mobilisation du milieu québécois de la gestion de l'information en cancer est soutenue et encouragée par la Direction de la lutte contre le cancer.

Les travaux pour utiliser les rapports de pathologie comme nouvelle source de données pour le Registre québécois de cancer pourront s'appuyer sur une source de renseignements précieux grâce à la publication par l'INSPQ d'un rapport dans lequel les défis reliés à l'utilisation des rapports de pathologie au Québec sont cernés<sup>6</sup>.

#### EMPLOYER DU PERSONNEL QUALIFIÉ

Tout un champ de connaissance est dévolu aux normes dans les registres de cancer. Le respect de ces normes assure l'exhaustivité, la validité et la comparabilité des données des registres. Parce que les présentations du cancer sont souvent complexes, que les traitements varient et qu'il faut des connaissances anatomiques et physiologiques poussées pour interpréter correctement les multiples sources de données, les registres de cancer doivent être tenus par du personnel qualifié : les registraires en oncologie. La Direction de la lutte contre le cancer collabore avec la Direction du personnel réseau et ministériel, les instances en éducation et l'Association québécoise des registraires en oncologie pour mettre en place les conditions qui permettront d'augmenter les effectifs des registraires en oncologie au Québec. Pour cette fin, divers incitatifs pour augmenter le recrutement au programme « Registre de tumeurs » du Cégep Ahuntsic sont actuellement à l'étude.

#### SOUTENIR LA GESTION DE L'INFORMATION DANS LES ÉTABLISSEMENTS

Dans le domaine de la gouvernance clinique, nous sommes à l'ère de l'exploitation de l'information au service des résultats. Quelle est l'information utile pour orienter et soutenir les interventions de lutte contre le cancer dans un établissement? Quels indicateurs devrait-on retenir? Comment suivre la performance d'une équipe de lutte contre le cancer? Ce sont là des questions qui préoccupent les cliniciens et gestionnaires non seulement au Québec, mais partout dans le monde.

La Direction de la lutte contre le cancer est bien consciente de ces défis et investit dans le développement des connaissances en matière de gestion de l'information en cancer. En effet, deux projets de démonstration de l'implantation de bases de données cliniques en oncologie et un projet de développement des outils nécessaires à la saisie des signes et des symptômes éprouvés par les malades ont été soutenus par la Direction de la lutte contre le cancer. (Voir Annexe II)

6. S. Vézina, M. St-Onge. *Projet pilote : rehaussement du fichier des tumeurs du Québec – Rapport final*. Institut national de santé publique du Québec, 2007.



Le soutien  
à l'évolution des  
**pratiques**







# Le soutien à l'évolution des pratiques

Afin d'encourager la mise à jour et le transfert des connaissances auprès des médecins, des spécialistes et des partenaires en santé, la Direction de la lutte contre le cancer collabore via le CEPO et les experts appropriés à la rédaction et la diffusion des guides de pratique clinique. L'élaboration de ces guides de pratique vise à ajuster la pratique clinique actuelle afin que celle-ci soit toujours de meilleure qualité en s'appuyant sur des données probantes valides et reconnues par le milieu scientifique médical.

## Attentes significatives

- Soutenir la production et l'adaptation de guides de pratique clinique en oncologie par le CEPO et en évaluer l'adoption par les praticiens;
- Concevoir et créer les outils nécessaires afin d'uniformiser la pratique en oncologie et en favoriser l'appropriation par les associations professionnelles concernées (par exemple, standardisation des rapports de pathologie, uniformisation des protocoles opératoires);
- Participer à des initiatives canadiennes et internationales visant notamment à optimiser la production des guides de pratique clinique ou à développer des normes et des méthodes novatrices de soins.

## LE COMITÉ DE L'ÉVOLUTION DES PRATIQUES EN ONCOLOGIE

Le CEPO est un comité d'experts mandaté par la Direction de la lutte contre le cancer pour la conseiller sur l'amélioration de la pratique oncologique au Québec. Une consolidation de son mode de fonctionnement a été effectuée en lui fournissant notamment le support méthodologique requis. Son mandat consiste à :

- préparer ou adopter (et adapter, au besoin) des recommandations pour la pratique clinique sur le dépistage et le traitement (radiothérapie, chirurgie, chimiothérapie, etc.) du cancer, ainsi que sur les examens d'investigation liés à cette maladie;
- préparer des guides d'administration des différents médicaments utilisés en oncologie et des fiches de conseils destinés aux patients;
- proposer des mécanismes favorisant l'adoption des guides de pratique dans le milieu clinique;

**Le maintien de soins de qualité nécessite l'application de hauts standards de soins et de services basés sur des données probantes. Ces standards aident aussi à réduire les variations inappropriées des pratiques entre les régions et facilitent l'utilisation optimale des ressources.**

- effectuer une veille scientifique;
- agir comme comité scientifique du module oncologie de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS).

À l'automne 2007, le CEPO a entamé des travaux afin de rédiger un guide méthodologique qui se veut un outil de référence standardisé pour assurer un processus rigoureux et uniformisé de l'élaboration des guides de pratique clinique du CEPO. Aussi, des guides de pratique clinique portant sur dix sujets différents ont été entamés ou poursuivis au cours de l'année 2007-2008. De ce nombre, trois ont été publiés :

- mise à jour du guide d'utilisation du trastuzumab (Herceptin<sup>MC</sup>) dans le traitement adjuvant du cancer du sein;
- guide d'utilisation de la thermodestruction par radiofréquence dans le traitement des métastases hépatiques d'origine colorectale;
- guide d'utilisation de la thalidomide dans le traitement du myélome multiple.

Le Comité des pharmaciens, un sous-comité du CEPO, a élaboré ou mis à jour plusieurs guides d'administration et fiches de conseils destinés aux patients. Ces documents peuvent être consultés sur le site Internet du Groupe d'étude en oncologie du Québec (GEOQ), à l'adresse suivante : [www.geq.info](http://www.geq.info).

- paclitaxel (Taxol<sup>MC</sup>) / trastuzumab (Herceptin<sup>MC</sup>) et cancer du sein;
- trastuzumab (Herceptin<sup>MC</sup>) en adjuvant et cancer du sein;
- alemtuzumab (MabCampath<sup>MC</sup>) et leucémie lymphoïde chronique;
- divers protocoles de chimiothérapie en otorhino-laryngologie.

En respect de la collaboration fructueuse établie avec le Conseil du médicament, le CEPO a soutenu le Conseil dans quatre dossiers touchant l'oncologie. Particulièrement, des travaux ont été menés conjointement à propos de l'évaluation de la valeur thérapeutique du bévacicumab (Avastin<sup>MC</sup>) et de l'encadrement de son utilisation dans

le réseau de la santé et des services sociaux. Le CEPO a également participé aux travaux du module oncologie de l'AETMIS en agissant à titre de comité scientifique pour les dossiers suivants :

- évaluation comparative des techniques d'imagerie utilisées pour la stadification locorégionale du cancer du rectum (publication en août 2007);
- performance diagnostique des techniques de détermination du statut HER-2 dans le cancer du sein : revue systématique;
- performance diagnostique des méthodes de stadification initiale du cancer de l'œsophage;
- traitement du cancer de l'œsophage.

Le CEPO a poursuivi son travail de standardisation de rapports de pathologie pour les principaux sièges de cancer (sein, poumon, prostate, côlon et rectum). De concert notamment avec l'Association des pathologistes du Québec, ces travaux devraient être complétés au cours du prochain exercice financier. De même, le CEPO est impliqué dans la standardisation de protocoles opératoires pour les cancers du côlon et du rectum. Cette démarche s'inscrit dans le cadre d'un projet subventionné par le Partenariat canadien de lutte contre le cancer. Le remplacement des rapports conventionnels narratifs par des rapports synoptiques et la création d'une base de données provinciale offriront de nombreux avantages à moyen et à long terme, notamment :

- une diminution du temps consacré à produire les protocoles opératoires, que ce soit par les chirurgiens ou par le personnel de bureau;
- l'optimisation de la qualité des données et l'uniformisation de la pratique;
- des données fiables sur toutes les chirurgies oncologiques pour un cancer donné;
- une meilleure appréciation des problèmes et des lacunes reliés aux interventions chirurgicales pour le cancer colorectal au Québec;
- un outil unique d'éducation et d'évaluation des performances propres à chaque chirurgien pour, éventuellement, mieux diriger les activités de perfectionnement professionnel et optimiser la performance clinique;
- une meilleure planification des actions de lutte contre le cancer.

## LES RELATIONS PANCANADIENNES ET INTERNATIONALES

Le CEPO participe aux travaux du groupe ADAPTE, un groupe d'experts réunissant des chercheurs et des décideurs du domaine de la médecine fondée sur des données probantes. Les membres de ce groupe proviennent d'autres provinces canadiennes (Ontario et Alberta), de la France, des Pays-Bas et de la Suisse. La mission de ce groupe est de promouvoir l'adaptation des guides de pratique pour en favoriser l'appropriation locale.

Le CEPO est également impliqué dans le projet de la 61<sup>e</sup> commission de coopération franco-québécoise intitulée « Étude interdisciplinaire de l'impact du contexte culturel et organisationnel sur la formulation des recommandations de pratique clinique en cancérologie ». L'objectif de ce projet est d'analyser la construction des jugements dans l'élaboration de recommandations au sein de deux contextes organisationnels et culturels différents, soit la France (via les SOR<sup>7</sup>) et le Québec (via le CEPO).

Finalement, le CEPO est membre observateur de CoCanCPG<sup>8</sup>, un projet du programme ERA-Net (coordination et coopération dans les activités de recherche en Europe) de la Communauté européenne. Ce projet vise la coopération transnationale dans le développement des guides de pratique clinique en oncologie. Les objectifs généraux du projet sont de réduire la duplication dans les travaux des programmes nationaux existants dans le secteur des guides de pratique clinique en oncologie et d'établir une structure durable pour la coopération entre les programmes nationaux, pour une réponse coordonnée aux défis communs. Les partenaires sont la France, la Belgique, la Hongrie, Israël, la Lituanie, les Pays-Bas, l'Espagne, le Royaume-Uni, l'Italie, l'Allemagne et le Québec.

## L'ÉVALUATION DE L'UTILISATION DES GUIDES DE PRATIQUE DU CEPO

La Direction de la lutte contre le cancer estime que les guides de pratique élaborés par le CEPO apportent une valeur ajoutée à la qualité des soins fournis par les intervenants. Cependant, il reste impératif d'en mesurer l'intégration dans la pratique clinique. Pour ce faire, la Direction de la lutte contre le cancer a mandaté l'INSPQ pour évaluer le degré d'appropriation de ces guides par les cliniciens. Deux questionnaires ont été élaborés et validés. Ces questionnaires portent sur le CEPO en général et concernent deux guides de pratique en particulier : le guide d'utilisation d'un fractionnement accéléré de radiothérapie pour le traitement du cancer du sein et la mise à jour du guide d'utilisation du trastuzumab (Herceptin<sup>MC</sup>) dans le traitement adjuvant du cancer du sein. Les résultats de cette évaluation devraient être connus à l'automne 2008.

7. Programme Standards, options: recommandations (SOR) en cancérologie initié par la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer.

8. « Coordination of Cancer Clinical Practice Guidelines ».



La centralisation  
de services

**de pointe**





## La centralisation de services de pointe

**L'une des priorités d'action de la Direction de la lutte contre le cancer est de favoriser la mise en place de centres d'excellence en oncologie. La concentration de certains services doit être entreprise afin de viser le développement et l'excellence de centres québécois de stature internationale. En ce sens, des efforts ont été consentis pour optimiser l'organisation de certains services au Québec.**

### L'attente signifiée

- Explorer la pertinence d'appliquer la centralisation à la chirurgie thoracique.

Au cours de l'exercice de 2007-2008, la Direction de la lutte contre le cancer a entamé des travaux afin d'explorer la faisabilité de centralisation de l'expertise québécoise en chirurgie thoracique au profit des patients, des cliniciens et des chercheurs. Dans cette optique, a été mis sur pied un groupe de travail composé principalement de chirurgiens généraux, thoraciques et vasculaires, de pneumologues et d'administrateurs du réseau. Le mandat de ce groupe de travail consiste à recommander, à la Direction de la lutte contre le cancer, les stratégies pertinentes à mettre en place afin d'optimiser l'accessibilité et la qualité des soins et des services de chirurgie thoracique sur tout le territoire québécois.



14

L'optimisation de  
la recherche en

**oncologie**





# L'optimisation de la recherche en oncologie

**Aujourd'hui, 62% des personnes qui reçoivent un diagnostic de cancer survivent au moins cinq ans à la maladie, comparativement à 33% au cours des années 60. Grâce à la recherche, les résultats de soins et la qualité de vie des personnes atteintes de cancer se sont améliorés de façon spectaculaire au cours des dernières années. Par exemple, chez les enfants canadiens diagnostiqués d'un cancer, entre les périodes 1985-1988 et 1999-2003, la survie à cinq ans s'est améliorée de 11 points, passant de 71% à 82%<sup>9</sup>. La recherche en cancer permet de comprendre, de prévenir, de traiter et de contrôler cette maladie. Des investissements appréciables ont été effectués au cours des dernières années et des résultats tangibles sont déjà visibles.**

En plus des percées importantes ayant mené à de nouveaux traitements, la recherche a aussi permis de raffiner considérablement les principales approches diagnostiques et thérapeutiques (chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie). Même si certaines d'entre elles sont utilisées depuis des décennies, le degré de sophistication qu'elles ont atteint aujourd'hui découle directement des résultats de la recherche. Grâce à la recherche, les chercheurs et les cliniciens disposent maintenant d'une quantité impressionnante de connaissances sur le cancer. Ils sont désormais mieux outillés pour comprendre la maladie et la mettre en échec.

## Attente signifiée

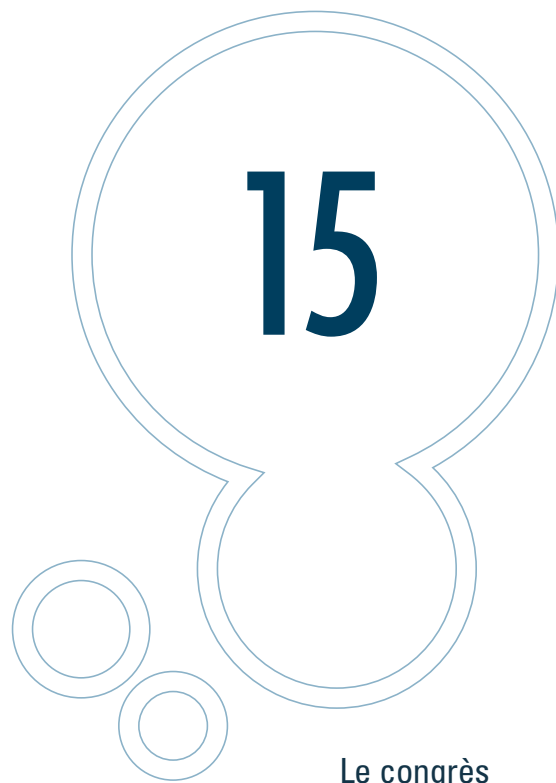
- Intensifier les liens entre la Direction de la lutte contre le cancer et les organisations actives en recherche sur le cancer, notamment le Réseau de recherche en cancer du Fonds pour la recherche en santé du Québec.

La Direction de la lutte contre le cancer poursuit sa collaboration avec les milieux de la recherche fondamentale, épidémiologique, clinique et évaluative en oncologie afin de traduire rapidement en applications pratiques les résultats de ces recherches.

À cet égard, des travaux conjoints entre la Direction de la lutte contre le cancer, la Direction générale adjointe de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation du MSSS, le ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation et le FRSQ ont été entamés au printemps 2008 afin que des objectifs et des plans d'actions ministériels en recherche sur le cancer soient déterminés. Plus particulièrement, les domaines suivants ont été jugés prioritaires :

- la recherche évaluative dans sa globalité (pertinence, efficacité ou impact des interventions en oncologie);
- la recherche clinique (soins, modes d'intervention, dépistage, prévention, pharmaco-économie);
- la recherche sur les services de santé (organisation et performance).

9. L. F. Ellison, L. Pogany, L. S. Mery. « Childhood and adolescent cancer survival: a period analysis of data from the Canadian Cancer Registry ». Eur J Cancer 2007 Sep; 43(13): 1967-1975.



Le congrès  
**annuel**





# Le congrès annuel

**La Direction de la lutte contre le cancer souhaite favoriser la diffusion des connaissances et créer des lieux d'échanges entre les intervenants.**

## Attentes significées

- Organiser un événement rassembleur à l'échelle provinciale pour les intervenants;
- Soutenir la formation sur l'interdisciplinarité pour améliorer le fonctionnement des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer.

Le 23 novembre 2007, la Direction de la lutte contre le cancer tenait son quatrième congrès sous le thème « Cancer – Ensemble vers une pratique interdisciplinaire performante ». Le congrès a favorisé le partage des expériences et des points de vue en plus d'avoir permis de réfléchir sur le rôle et la place de l'ensemble des intervenants et sur les façons de fonctionner en équipes interdisciplinaires. Près de 425 personnes ont participé à ce congrès, où un programme de soutien et de consolidation des équipes interdisciplinaires a été annoncé. Les présentations des conférenciers peuvent être consultées à partir de la section « Événements » du site Internet du MSSS ([www.msss.gouv.qc.ca/cancer](http://www.msss.gouv.qc.ca/cancer)).

Rappelons encore que la Direction de la lutte contre le cancer a intégré concrètement les organisations communautaires dans son congrès annuel. En plus de la participation de deux membres issus du milieu communautaire au comité scientifique et organisateur du congrès, des conférences ont été données et des ateliers ont été animés par des bénévoles et des intervenants de groupes communautaires. De plus, pour faciliter la participation de ces groupes au congrès, la Direction de la lutte contre le cancer a accordé la gratuité de l'inscription pour les groupes communautaires.



# Conclusion

En dépit des percées scientifiques remarquables dans la compréhension et le traitement de certaines formes de cancers, il reste encore beaucoup de défis à relever. La lutte contre le cancer se poursuit et les résultats du *Rapport d'activité 2007-2008* démontrent une évolution vers l'atteinte des objectifs que la Direction de la lutte contre le cancer s'est fixés dans les *Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer*.

La mise en place des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer de niveaux local, régional et suprarégional, l'augmentation du nombre d'infirmières pivots en oncologie, l'amélioration de l'accessibilité en radio-oncologie, le soutien aux hôtelleries de cancer, la diffusion du Passeport en oncologie, la Loi sur le tabac, la création du Fonds pour la promotion des saines habitudes de vie, témoignent notamment des efforts déployés autour des cinq axes d'intervention décrits dans les Orientations et ce, dans une perspective d'amélioration continue de la qualité des soins et des services fournis aux personnes atteintes de cancer et à leurs proches. La Direction de la lutte contre le cancer prend également toutes les dispositions nécessaires à la création du Registre québécois de cancer, qui devra être opérationnel en 2010.

Beaucoup de travail reste encore à faire afin de réaliser tous les objectifs et d'appliquer toutes les mesures décrites dans les Orientations. Au cours de la prochaine année, la Direction de la lutte contre le cancer entend poursuivre ses efforts tout en améliorant les voies de communications avec les différents organismes qui œuvrent dans lutte contre le cancer pour assurer une plus grande fluidité de l'information.

La personne atteinte de cancer et ses proches restent toujours au cœur des préoccupations de la Direction de la lutte contre le cancer. C'est pourquoi la Direction s'engage à travailler avec tous les acteurs des secteurs concernés pour fournir des soins et des services de qualité, au moment opportun, partout au Québec.

# Annexe I

## Les niveaux de désignation des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer<sup>10</sup>

- Mandat local:** Équipe interdisciplinaire d'intervenants de première ligne, ayant des compétences professionnelles générales et diversifiées, offrant des services généraux et spécifiques de lutte contre le cancer et œuvrant au sein d'un établissement qui possède des infrastructures et des technologies légères. L'équipe participe aux activités du réseau de lutte contre le cancer.
- Mandat régional:** Équipe interdisciplinaire d'intervenants spécialisés de seconde ligne, ayant une expertise pointue dans un champ d'intervention qui demeure répandu et qui offre des services généraux et spécifiques. Ces services regroupent l'expertise et les conseils pour les cancers les plus fréquents (sein, poumon, colorectal, prostate) ainsi que pour les cancers hématologiques. L'établissement possède des infrastructures particulières et des technologies diagnostiques ou thérapeutiques lourdes, mais répandues. L'équipe contribue à l'animation des activités du réseau de lutte contre le cancer, assume les rôles de formation, de supervision, de soutien et d'évaluation, et est engagée en recherche clinique.
- Mandat suprarégional:** Équipe interdisciplinaire d'intervenants ultra-spécialisés de troisième ligne, accessibles sur référence, et dédiée à un siège tumoral ou à une problématique complexe. L'équipe offre des services de consultation, de diagnostic et de traitements ultra-spécialisés notamment pour des cas compliqués ou rares. L'établissement possède des infrastructures de pointe et des équipements ultra-spécialisés. L'équipe assume les rôles de formation, de supervision, de soutien et d'évaluation pour le réseau de lutte contre le cancer en plus d'être engagée en recherche clinique, évaluative ou fondamentale.

10. Pour plus de détails, la Direction de la lutte contre le cancer a élaboré un document intitulé *Le réseau de services intégrés de lutte contre le cancer* qui peut être consulté via l'intranet réseau sous la rubrique « Sites intranets thématiques – Lutte contre le cancer ».

## Annexe II

# Projets de démonstration : instaurer une base de données en oncologie dans des établissements de deux régions

La Direction de la lutte contre le cancer a soutenu des projets de démonstration de l'implantation de systèmes d'information sur les personnes atteintes de cancer dans les régions du Bas-Saint-Laurent (deux établissements) et de la Montérégie (trois établissements). Les projets sont gérés par les agences de la santé et des services sociaux de ces régions.

Dans le Bas-Saint-Laurent, le projet a permis de mettre en lumière les défis relatifs à l'implantation d'un tel système d'information dans une région de faible densité de population. Par exemple, l'embauche, la rétention et la formation de personnel qualifié peuvent s'avérer particulièrement difficiles.

Par ailleurs, dans chacun des deux établissements participants, la mise en œuvre du projet s'est effectuée suivant les jalons ci-dessous et selon les échéanciers et procédures reflétant leurs contextes organisationnels respectifs :

- la mise en place et la composition d'une équipe de projet;
- le début et la continuité de la saisie des données ont été conditionnés par la disponibilité et la nécessité de former les archivistes médicales. Dans les deux établissements, la nécessité de respecter les spécifications techniques régionales a imposé un ralentissement dans l'avancement du projet au début;
- la source de détection des cas;
- la collaboration des cliniciens pour interpréter les cas difficiles;
- les délais pour l'obtention des données d'incidence complètes pour une période donnée;
- l'exploitation de la banque de données pour produire des résultats d'analyse. Les produits d'information extraits du système peuvent être : incidence, provenance des malades, stade du cancer au diagnostic. Ces données peuvent être croisées;
- l'utilisation des informations ainsi obtenues à de fins de gestion et de planification. Par exemple, la disponibilité rapide de données d'incidence est fort précieuse, étant donné les délais dont souffre le Fichier des tumeurs et le fait qu'il n'inclut pas les cas externes. De plus, les données sur le stade, croisées avec l'origine des personnes, présentent un fort potentiel d'intérêt pour les intervenants en santé publique. Le partage d'information avec les autres établissements de la région peut renseigner les gestionnaires de certains réseaux locaux au sujet de leur clientèle.

De plus, une concertation s'est exercée entre les deux établissements quant aux données à saisir dans le système. Les données saisies sont, pour tous les sièges tumoraux : les données identitaires et démographiques concernant la personne atteinte de cancer, les données décrivant les caractéristiques du cancer, la date et la nature de la première chirurgie, les progressions, les récurrences et le suivi. Des données supplémentaires sont saisies pour le cancer du sein, notamment tous les traitements, le statut des récepteurs hormonaux, les ganglions sentinelles, le stade et le grade.

Un autre écueil a été mis en lumière et s'est réglé de façon différente dans chacun des établissements. Il s'agit de la nécessité de faire connaître, auprès des cliniciens, le rôle et l'utilité des systèmes d'information en cancer. Leur adhésion est cruciale pour le succès de l'implantation et la pérennité des gains en gestion de l'information. C'est une leçon importante à dégager de ces efforts.

En Montérégie, les leçons qu'on peut retirer de cette expérience se situent surtout dans la gestion du projet. Le déroulement du projet s'est fait de façon ordonnée dans les trois établissements, avec implantation de comités et responsables locaux, détermination des paramètres du projet, suivis d'ententes formelles avec le fournisseur et embauche de personnel pour la saisie des données.



La présence d'une registraire régionale en oncologie certifiée constitue un important atout, notamment pour la formation du personnel dans les établissements et la planification de la saisie des données.

L'élaboration des listes de variables à collecter s'est effectuée sous la coordination de la registraire régionale, qui est aussi membre du Comité consultatif sur le registre de la Direction de la lutte contre le cancer. Le choix des variables en question repose sur le volume II de la *North American Association of Central Cancer Registries, Data Standards and Data Dictionary* (NAACCR) qui fournit des standards appropriés à deux niveaux de collecte de données, soit un premier niveau répondant au besoin de documentation de l'incidence pour tous les cas de cancer et un deuxième niveau correspondant aux informations plus détaillées pour les cas de cancer du sein et du cancer colorectal. L'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie a émis l'exigence que l'incidence générale de tous les cas de cancer identifiés et traités dans les trois centres soit répertoriée et que les variables choisies permettent d'obtenir de fournir des informations plus spécifiques relatives au stade et aux traitements du cancer du sein et du cancer colorectal. Ces listes ont été distribuées aux médecins spécialistes pour consultation et analyse pour être rehaussées en fonction des besoins locaux en information.

Les sources de données pour déceler les cas de cancer ont été identifiées dans chaque établissement. Les sources retenues sont les suivantes :

- rapports de pathologie;
- rapports de cytologie;
- rapports de ponction de moelle;
- archives médicales;
- listes de rendez-vous de la clinique d'oncologie;
- liste des diagnostics d'admission;
- liste des diagnostics du bloc opératoire.

L'analyse des données contenues dans ces bases de données devrait générer les premiers résultats en 2008-2009.

### **Étendre la saisie des données aux signes et aux symptômes éprouvés par les personnes atteintes de cancer**

La Direction de la lutte contre le cancer a mandaté le Réseau Cancer Montérégie pour effectuer un projet pilote sur la saisie des signes et des symptômes dans trois établissements de la Montérégie.

Un comité consultatif d'experts en soins infirmiers et en informatique de la santé et des gestionnaires clinico-administratifs a été formé. Une revue de la littérature scientifique a été effectuée. Les principes guidant le choix des données, modèles et outils ont été déterminés, à partir desquels un modèle d'évaluation des symptômes a été retenu. Des essais préliminaires ont été accomplis dans un milieu de soin, afin de vérifier la compatibilité de l'outil avec les processus de soin. La base de données locale en oncologie a été rehaussée pour pouvoir accepter les nouvelles données.



Direction de la lutte contre **le cancer**

[www.msss.gouv.qc.ca/cancer](http://www.msss.gouv.qc.ca/cancer)