Rapport d'activité 2009-2010

Direction de la lutte contre le cancer

Québec

Le *Rapport d'activité 2009-2010* 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
Brigitte Laflamme, directrice adjointe

RÉDACTION POUR LA DIRECTION DE LA LUTTE CONTRE LE CANCER :

Christine Bertrand
Charles Boily
Chantal Bouchard
Marlène Champagne
Jocelyn Châteauneuf
Mario Corriveau
Lise Culet
Catherine Gonthier
Stéphanie Goulet
Mélanie Kavanagh
Mélanie Morneau
Louise Paquet (coordination de la rédaction)
Éric Potvin

Soutien administratif :
Élisabeth Plante
France Robitaille

La Direction de la lutte contre le cancer tient à remercier tout particulièrement les personnes suivantes de la **DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE** pour leur contribution à la rédaction des sections consacrées au deuxième axe d'intervention :

Johanne Albert
Danielle Auger
Johanne Corneau
Albert Daveluy
Brigitte Lachance
Anne-Marie Langlois
Rabiâ Louchini
Marie Rochette
Guy Roy
Guy Sansfaçon
Lise Tremblay

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

Le présent document a été publié en quantité limitée et n'est maintenant disponible qu'en version électronique à l'adresse : **www.msss.gouv.qc.ca** section **Documentation**, rubrique **Publications**.

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

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010
Bibliothèque et Archives Canada, 2010

ISBN : 978-2-550-60671-0 (version imprimée)
ISBN : 978-2-550-60672-7 (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 de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.
© Gouvernement du Québec, 2010

Table des matières

LISTE DES TABLEAUX 6

LISTE DES FIGURES 6

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS 7

MOT DU DIRECTEUR 9

SOMMAIRE 11

INTRODUCTION 13

1- CONSOLIDER L'ORGANISATION 15

UNE PLACE PRIORITAIRE À LA LUTTE CONTRE LE CANCER 16

UN RÉSEAU FONCTIONNEL DE LUTTE CONTRE LE CANCER 16

L'ORGANISATION HIÉRARCHISÉE DES SOINS ET DES SERVICES 17

Les équipes suprarégionales 17

L'évaluation des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer 17

2- PROMOUVOIR LA SANTÉ, DÉTECTER PRÉCOCEMENT LE CANCER ET LE PRÉVENIR 19

PROMOUVOIR L'ADOPTION DE SAINES HABITUDES DE VIE ET CRÉER DES ENVIRONNEMENTS QUI EN FACILITENT L'ADOPTION 20

La promotion et la sensibilisation 20

Les politiques et les cadres 21

Les aménagements 22

La lutte contre le tabagisme 22

Le traitement de l'obésité 23

RÉDUIRE L'EXPOSITION AUX AGENTS CANCÉROGÈNES CHIMIQUES OU PHYSIQUES PRÉSENTS DANS L'ENVIRONNEMENT OU EN MILIEU DE TRAVAIL 23

L'amiante 23

La prévention des cancers de la peau – protection des jeunes contre les rayons ultraviolets 24

Le radon 25

Les pesticides 26

FAVORISER, LORSQUE L'EFFICACITÉ ET LA FAISABILITÉ LE DÉMONTRENT, L'ACCÈS AU DÉPISTAGE SYSTÉMATIQUE DE CERTAINS CANCERS ET S'ASSURER QUE LES PARAMÈTRES DE QUALITÉ RECONNUS SONT RESPECTÉS 27

Le dépistage du cancer du sein 27

Le dépistage du cancer colorectal 27

Dépistage du cancer du col de l'utérus 27

PROTÉGER CONTRE LES INFECTIONS QUI CAUSENT LE CANCER 28

Le programme de vaccination contre le virus du papillome humain (VPH) 28

La vaccination contre le virus de l'hépatite B 29

OPTIMISER LA CAPACITÉ DE SURVEILLANCE DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION AU REGARD DU CANCER 29

3- FACILITER LE PARCOURS DE LA PERSONNE ATTEINTE DE CANCER 31

AMÉLIORER L'ACCESSIBILITÉ DES SOINS ET DES SERVICES AINSI QUE LEUR QUALITÉ PAR UNE UTILISATION OPTIMALE DES RESSOURCES 32

Un accès rapide aux services spécialisés 32

Le développement de normes et la gestion de l'accès à la coloscopie 32

La clinique d'accès à la coloscopie 32

L'accompagnement par une infirmière pivot en oncologie 33

Le déploiement des infirmières pivot en oncologie 33

Le développement du rôle de l'IPO 33

Des indicateurs de gestion pour les IPO 34

La réponse aux besoins psychosociaux 34

L'optimisation des ressources 34

La planification de la main-d'œuvre en radio-oncologie 34

Les ressources matérielles 35

L'oncologie bucco-dentaire 35

La gestion des temps d'attente 35

Pour l'accès à la radiothérapie 35

Pour l'accès à la chirurgie oncologique 35

Le passeport en oncologie 36

FACILITER LE RETOUR DANS LEUR MILIEU DE VIE À TOUTES LES PERSONNES ATTEINTES DE CANCER EN LEUR ASSURANT UN ACCÈS À UN MÉDECIN DE FAMILLE 36

OFFRIR DES SOINS PALLIATIFS DE QUALITÉ À TOUTE PERSONNE LE NÉCESSITANT AINSI QU'À SES PROCHES, SANS ÉGARD À SON ÂGE ET À SA MALADIE 36

Les soins palliatifs à domicile 36

Les services de base pour les soins à domicile 36

L'évolution de l'intensité des services de soins à domicile 37

La coordination des soins palliatifs 37

L'agrément des maisons de soins palliatifs 37

Le développement des compétences en soins palliatifs 38

Les équipes interdisciplinaires en soins palliatifs 38

Les lits de soins palliatifs 38

Les unités de soins palliatifs 38

Les soins palliatifs pédiatriques 39

Les soins palliatifs pour les personnes atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique 39

TENIR COMPTE DE LA PERSPECTIVE DES PERSONNES ATTEINTES ET DE LEURS PROCHES AIDANTS 39

L'enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer 2008 : portrait statistique des personnes ayant reçu un traitement 39

Le soutien à des initiatives communautaires 40

Le congrès du Réseau de soins palliatifs du Québec 40

Le Regroupement provincial des organismes et groupes d'entraide communautaire en oncologie 40

Les hôtelleries cancer 40

FAVORISER LA CONTINUITÉ ET LA COMPLÉMENTARITÉ DES SOINS ET DES SERVICES OFFERTS PAR LES ÉTABLISSEMENTS DU RÉSEAU QUÉBÉCOIS ET LES INSTANCES LOCALES AUTOCHTONES 40

4- SOUTENIR L'ÉVOLUTION DES PRATIQUES 43

PROMOUVOIR LE RÔLE DU MÉDECIN DE FAMILLE DANS LA LUTTE CONTRE LE CANCER 44

PROMOUVOIR RÉGIONALEMENT L'EXCELLENCE DES PRATIQUES 44

La formation à l'interdisciplinarité 44

Le rôle de l'équipe régionale 44

Les comités de thérapie du cancer 44

ENCOURAGER L'ENGAGEMENT DES RUIS DANS LA LUTTE CONTRE LE CANCER 45

La contribution des experts des équipes de lutte contre le cancer 45

L'intégration du réseau hiérarchisé de lutte contre le cancer et des ruis 45

L'enseignement 45

FAVORISER L'ADOPTION D'UNE PRATIQUE FONDÉE SUR DES DONNÉES PROBANTES 46

Le comité de l'évolution des pratiques en oncologie (CEPO) 46

L'amélioration continue de la qualité 47

Les protocoles opératoires en chirurgie oncologique 47

L'anatomopathologie 47

Le répertoire des interventions en soins infirmiers oncologiques 48

ENCOURAGER LA PRISE EN COMPTE DES ENJEUX RELIÉS À LA LUTTE CONTRE LE CANCER DANS LES PRIORITÉS DES ORGANISATIONS IMPLIQUÉES DANS LA RECHERCHE SUR LE CANCER 49

FAVORISER LE PARTAGE D'INFORMATION ET DIVERS ÉCHANGES AVEC NOS PARTENAIRES CANADIENS ET INTERNATIONAUX 49

Le 3e forum franco-québécois pasteur-sarrazin sur la santé 49

L'association canadienne des agences provinciales de cancer – canadian association of provincial cancer agencies (CAPCA) 50

Le partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat) 50

5- ÉVALUER L'ATTEINTE DES RÉSULTATS 51

ÉTABLIR DES CIBLES MINISTÉRIELLES CONCERNANT L'ATTEINTE DES RÉSULTATS MISANT NOTAMMENT SUR L'ACCÈS COMME FACTEUR DE QUALITÉ ET D'EFFICACITÉ 50

Les normes d'accès en cancer colorectal 50

Le suivi de l'accès en radio-oncologie 50

Le dispositif de suivi : les indicateurs des ententes de gestion 50

DISPOSER DE L'INFORMATION NÉCESSAIRE À UNE SAINE GESTION DES INTERVENTIONS EN MATIÈRE DE LUTTE CONTRE LE CANCER 51

Le registre québécois du cancer 51

L'évaluation 54

CONCLUSION 57

RÉFÉRENCES 69

ANNEXE 1 : LISTE DES COMITÉS D'EXPERTS 61

ANNEXE 2 : COLLABORATIONS 62

Liste des tableaux

TABLEAU 1 : PORTRAIT DES ÉQUIPES SUPRARÉGIONALES AU 31 MARS 2010 SELON LE SIÈGE TUMORAL, LE RUIS ET L'ÉTABLISSEMENT 18

TABLEAU 2 : POURCENTAGE DE CSSS OFFRANT UN PANIER DE SERVICE DE BASE EN SOINS PALLIATIFS À DOMICILE (CLIENTÈLE ADULTE) 37

TABLEAU 3 : SOMMAIRE DES INTERVENTIONS À DOMICILE EN SOINS PALLIATIFS EN COMPARAISON AVEC LA CIBLE ANNUELLE 37

TABLEAU 4 : NOMBRE DE LITS DÉDIÉS AUX SOINS PALLIATIFS 38

TABLEAU 5 : LOCALISATION DES LITS DE SOINS PALLIATIFS EN 2009-2010 38

TABLEAU 6 : LITS DE SOINS PALLIATIFS REGROUPÉS EN UNITÉS SELON LE TYPE D'ÉTABLISSEMENT 39

TABLEAU 7 : COMPARAISON DE L'ACCÈS EN RADIO-ONCOLOGIE (EXERCICES 2007-2008 À 2009-2010) 52

Liste des figures

FIGURE 1 : ÉVOLUTION DU NOMBRE RÉEL D'IPO ET DU NOMBRE D'ETC (EXERCICES 2006-2007 À 2009-2010) 33

FIGURE 2 : POURCENTAGE DES 230 IPO DU QUÉBEC QUI CONSACRENT 4 JOURS, 2 À 3,5 JOURS OU MOINS DE 2 JOURS À LA FONCTION IPO 33

FIGURE 3. ÉTAPES DU PROJET DE DÉVELOPPEMENT DU FICHIER DES TUMEURS DU QUÉBEC EN UN REGISTRE QUÉBÉCOIS DU CANCER 54

Liste des sigles et abréviations

AETMIS	Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
Agence	Agence de santé et de services sociaux
Bq/m^3	Becquerel/mètre cube
CAPCA	Association canadienne des agences provinciales de cancer (Canadian Association of Provincial Cancer Agencies)
CEPO	Comité de l'évolution des pratiques en oncologie
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre hospitalier de soins de longue durée
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIQR	Comité intersectoriel québécois sur le radon
CIRC-IARC	Centre international de recherche sur le cancer de l'OMS (International Agency for Research in Cancer)
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DGSP	Direction générale de la santé publique
DGTI	Direction générale des technologies de l'information
DRITC	Direction de la recherche, de l'innovation et du transfert des connaissances
ETC	Équivalent temps complet
FiTQ	Fichier des tumeurs du Québec
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
FRSQ	Fonds pour la recherche en santé du Québec
GEOQ	Groupe d'étude en oncologie du Québec
GESTRED	Système de suivi de gestion et de reddition de compte
INESSS	Institut national d'excellence en santé
IRPeQ	Indicateur de risque des pesticides du Québec
INSPQ	Institut national de santé publique
IPO	Infirmière pivot en oncologie
ISQ	Institut de la statistique du Québec
MAPAQ	Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation
MDDEP	Ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la santé
Partenariat (le)	Partenariat canadien contre le cancer (Canadian Partnership Against Cancer)
PGTM	Programme de gestion thérapeutique des médicaments
PQDCCR	Programme québécois de dépistage du cancer colorectal
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PQLC	Programme québécois de lutte contre le cancer
RQC	Registre québécois du cancer
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SIMASS	Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés
UV	Ultraviolets
VPH	Virus du papillome humain

Mot du directeur

C'est avec plaisir et fierté que je présente ce cinquième rapport d'activité de lutte contre le cancer du ministère de la Santé et des Services sociaux.

L'année 2009-2010 a été fertile en événements qui ont mis à l'épreuve notre capacité d'adaptation et nos ressources déjà utilisées au meilleur escient. Je suis reconnaissant à toutes les personnes qui ont su relever avec la Direction de la lutte contre le cancer le défi de la vérification exhaustive des tests de pathologie en cancer du sein. Il s'est avéré que cette vérification, nécessaire pour rassurer une population alarmée par des annonces médiatiques mal avisées, a mis en lumière la qualité des services dispensés par les anatomopathologistes québécois. Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme québécoise. C'est donc une proportion importante du travail des cliniciens en oncologie qui lui est dévolue. æL'élaboration d'un programme d'assurance qualité en anatomopathologie, déjà entreprise avant les événements de l'été 2009, va se poursuivre. Si j'insiste sur ce dossier, c'est qu'il comporte une part d'exemplarité pour la façon dont le système de santé a démontré sa capacité de mobilisation.

C'est pourquoi ce rapport d'activité met en évidence la collaboration que la Direction de la lutte contre le cancer actualise dans tous les dossiers, qu'il s'agisse, entre autres, de l'élaboration du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal, des rapports synoptiques et électroniques de chirurgie oncologique ou du rehaussement du Fichier des tumeurs du Québec en un registre québécois du cancer. Mettant en application la voie tracée par le titre du Programme québécois de lutte contre le cancer, *Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*, c'est avec tous les acteurs des réseaux de santé et de services sociaux du Québec que nous progressons dans l'atteinte de nos buts : moins de cancers, moins de décès dus au cancer et un parcours thérapeutique qui préserve le plus possible la qualité de vie des personnes atteintes de cancer et de leurs proches.

Antoine Loutfi, MD, FRCSC, FACS

Sommaire

Ce cinquième rapport d'activité annuel préparé par la Direction de la lutte contre le cancer du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) concerne l'exercice 2009-2010. Comme le précédent, il épouse les axes d'intervention des *Orientations prioritaires 2007-2012* du Programme québécois de lutte contre le cancer (PQLC) pour présenter les actions entreprises et les accomplissements de l'année.

En 2009-2010, le système de santé du Québec a été mis à l'épreuve : la vaccination contre la grippe H1N1 et la vérification des résultats des tests de marqueurs hormonaux dans le cancer du sein ont exigé des efforts qui se sont additionnés à ceux qui sont normalement dévolus aux activités prévues dans les *Orientations prioritaires 2007-2012* du PQLC.

Néanmoins, les actions de lutte contre le cancer ont été nombreuses et déployées dans des secteurs variés, toujours dans le but d'améliorer les soins et les services de lutte contre le cancer sur les plans de leur qualité et de leur accessibilité. Pour ne citer que quelques dossiers: un plan d'action pour un programme d'assurance qualité en anatomopathologie a été élaboré et publié; les fondations d'un programme québécois de dépistage du cancer colorectal ont été jetées et des jalons importants ont été posés pour le rehaussement du Fichier des tumeurs du Québec en un registre québécois du cancer. En radio-oncologie, l'accès aux soins a été maintenu tout au long de l'année dans les limites imposées par la cible ministérielle : plus de 90 % des patients ont obtenu leurs soins en moins de quatre semaines et un guide pour l'application du mécanisme d'accès est actuellement disponible.

La Direction de la lutte contre le cancer est heureuse de pouvoir compter sur des coopérations fructueuses avec les autres directions du MSSS, notamment la Direction générale de la santé publique, qui a collaboré à la rédaction de ce rapport, et avec toutes les parties prenantes dans le réseau de santé et de services sociaux québécois (annexe 2).

Remerciements

La Direction de la lutte contre le cancer reconnaît que l'essor de la lutte contre le cancer doit s'appuyer sur l'apport des experts québécois de toutes disciplines et sollicite donc leur participation active dans tous les dossiers. Leur précieuse collaboration a contribué aux avancées présentées dans ce rapport. Une liste des comités d'experts mis sur pied par la Direction de la lutte contre le cancer est présentée à l'annexe 1. La Direction de la lutte contre le cancer tient à exprimer sa reconnaissance et rend hommage aux nombreux experts qui acceptent de partager leur savoir au profit de la population québécoise, des personnes atteintes de cancer et de leurs proches.

Introduction

Le cancer est la principale cause de décès au Québec [1]. Le nombre de nouveaux cas de cancer augmente chaque année en raison principalement de l'accroissement et du vieillissement de la population [2]. *Le Programme québécois de lutte contre le cancer* (PQLC), *Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe* paru en 1998 a été poursuivi et mis à jour avec l'adoption des *Orientations prioritaires 2007-2012* du PQLC. Mise en place en 2004, la Direction de la lutte contre le cancer du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) doit, entre autres mandats, faire rapport au ministre de l'avancement de la lutte contre le cancer au Québec.

Ce cinquième rapport annuel concerne l'exercice 2009-2010. Comme le précédent, il épouse les axes d'intervention et les objectifs des *Orientations prioritaires 2007-2012* du PQLC pour présenter les accomplissements de l'année. Les activités consécutives aux mesures décrites visent à consolider le réseau de lutte contre le cancer, prévenir le cancer et le détecter rapidement, atténuer le fardeau des personnes atteintes de cancer, maintenir l'amélioration continue de la qualité des soins et des services et, finalement, rehausser nos capacités en évaluation.

La planification, la gestion et l'évaluation des activités de lutte contre le cancer au MSSS s'inscrivent dans le cadre de la stratégie de développement durable du gouvernement du Québec par la promotion de la santé et de la qualité de vie, la prévention et l'accès au savoir.

1

Consolider l'organisation

Consolider l'organisation

Le système de santé québécois a subi des transformations importantes, dont l'implantation des réseaux locaux de santé depuis 2004. Cette réorganisation du système, qui avait pour but, entre autres, de mieux cibler les besoins des communautés comme des individus, a changé les frontières organisationnelles et fusionné les missions des établissements pour soutenir une approche populationnelle. La réforme a nécessité une adaptation de la part de tous les acteurs engagés dans les soins et les services aux malades et à la population : il a fallu se doter de projets cliniques adaptés aux besoins de la population de chaque réseau local de services.

En matière de lutte contre le cancer, les approches préconisées par le PQLC épousent cette orientation : des soins et des services hiérarchisés et intégrés fondés sur des équipes interdisciplinaires, la gouvernance clinique et l'évaluation continue de la performance [3].

Le premier axe d'intervention des *Orientations prioritaires 2007-2012* du PQLC est ainsi libellé : « Consolider les assises d'une organisation hiérarchisée et intégrée ».
Les objectifs y sont de trois ordres : assurer une place prioritaire à la lutte contre le cancer dans le réseau de la santé et des services sociaux, établir un réseau fonctionnel de lutte contre le cancer et consolider l'organisation hiérarchisée des soins et des services.

UNE PLACE PRIORITAIRE À LA LUTTE CONTRE LE CANCER

En raison de l'importance des défis que pose le cancer au système de santé et à la population, qu'il s'agisse des personnes à risque ou des personnes atteintes de cancer et leurs proches, une place prioritaire doit lui être accordée dans l'organisation, à tous les niveaux.

Mesure des Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer

- Poursuivre l'implantation d'un programme de lutte contre le cancer dans chaque région.

L'année qui s'est écoulée a mis en évidence certains faits :

- le niveau d'implantation des programmes régionaux de lutte contre le cancer est variable d'un territoire à l'autre : certaines régions ont déjà réalisé un premier bilan et travaillent à l'actualisation de leur programme régional de lutte contre le cancer, d'autres sont à l'étape de la mise en œuvre de leur programme alors que dans d'autres régions, le programme de lutte contre le cancer est en cours d'élaboration ;
- dans une même région, on peut observer une certaine disparité dans le niveau d'intégration des services selon qu'il s'agit de la prévention, de l'investigation, du traitement et du suivi ou des soins palliatifs et de fin de vie.

Ainsi, des actions ont été réalisées pour que la lutte contre le cancer prenne une place prépondérante dans la planification régionale. Mais le travail doit être poursuivi pour que, dans tous les milieux, et dans toutes les régions, la lutte contre le cancer occupe une place prioritaire de dans le réseau de soins et de services.

UN RÉSEAU FONCTIONNEL DE LUTTE CONTRE LE CANCER

Pour être efficace, la lutte contre le cancer doit viser l'ensemble des éléments du continuum de soins et de services, soit la prévention, la détection précoce, l'investigation, le traitement et le suivi jusqu'aux soins palliatifs et de fin de vie. Cette approche globale exige diverses expertises qui se retrouvent dans différents établissements. La continuité des services à travers cette multiplicité d'acteurs nécessite une offre intégrée qui repose sur la mise en place d'un réseau fonctionnel de lutte contre le cancer. Celui-ci doit pouvoir compter non seulement sur des équipes interdisciplinaires locales pour offrir des services généraux et certains services spécialisés le plus près possible du lieu de résidence de la personne, mais également sur le soutien d'une équipe régionale pour offrir des services spécialisés, de la formation aux intervenants, de l'accompagnement aux équipes locales et une évaluation de la qualité, de la sécurité et de la continuité des services. Enfin, des corridors de services doivent être établis avec les équipes suprarégionales qui offrent des services surspécialisés.

Mesure des Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer

- Finaliser la structure et le fonctionnement des réseaux régionaux de lutte contre le cancer.

Le travail en réseau permet de faire face à la complexité du cancer [4]. À l'échelle régionale, une coopération et une coordination (un réseau) doivent s'établir entre les équipes locales et une équipe régionale pour assurer que tous bénéficient de formation continue, d'accompagnement et de soutien, si nécessaire, et que l'évaluation de la performance est possible. Les liens et les échanges (contenus, processus) sont à renforcer ou, parfois, à créer.

La mise en place de réseaux régionaux de lutte contre le cancer exige d'opérer des changements autant cliniques qu'organisationnels. Ces changements doivent être entrepris sur la base de données probantes concernant les meilleures pratiques de lutte contre le cancer. Quoique ce mouvement ait déjà été entamé dans certaines régions, la Direction de la lutte contre le cancer, au cours de l'année 2009-2010, a tenu des discussions avec ses partenaires de

l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) afin que celle-ci établisse, dans le contexte québécois, les conditions essentielles à la mise en place de réseaux régionaux de lutte contre le cancer et à l'optimisation des réseaux existants. Les recommandations de l'AETMIS, qui permettront de mieux appuyer les agences dans la consolidation de leur réseau régional de lutte contre le cancer, sont attendues pour 2012.

L'ORGANISATION HIÉRARCHISÉE DES SOINS ET DES SERVICES

Les réalités auxquelles sont confrontées les agences sont différentes d'une région à l'autre. Une région plus urbaine, avec un plus grand nombre d'établissements, implique un réseau intégré plus complexe. Viser l'efficience et la fluidité exige alors d'optimiser la cohérence d'ensemble [5]. En contraste, dans les milieux ruraux, la dispersion de la population peut rendre difficile l'accès à une expertise appropriée pour des soins et des services de pointe. La hiérarchisation des services entre les équipes locales, régionales et suprarégionales permet de relever ce défi.

Depuis 2004, la mise en œuvre, sur l'ensemble du territoire québécois, de l'organisation préconisée par le PQLC s'est effectuée par les visites d'évaluation et la désignation d'équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer locales, régionales et suprarégionales. Un cadre d'évaluation a présidé aux visites des équipes pressenties. Au niveau suprarégional, un mandat d'équipe de lutte contre le cancer peut être attribué à une équipe interdisciplinaire qui a développé une expertise pour un siège tumoral spécifique, un cancer rare ou une problématique particulière. Ce mandat exige, entre autres, des professionnels ultraspécialisés et une infrastructure à la fine pointe de la technologie.

Mesure des Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer

- 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.

LES ÉQUIPES SUPRARÉGIONALES

En 2009-2010, le processus de désignation des équipes suprarégionales s'est terminé. Le total des équipes suprarégionales désignées parmi les quatre réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) du Québec est passé de 48 au 31 mars 2009 à 67 au 31 mars 2010. Parmi celles-ci, 34 sont de niveau quaternaire[1] alors que 33 sont de niveau tertiaire. Quatre équipes tertiaires ont été désignées quaternaires en 2009-2010.

Le tableau 1 présente l'ensemble des équipes suprarégionales, leur niveau de désignation, le siège tumoral ou la problématique, l'établissement et le RUIS d'appartenance. Les équipes désignées en 2009-2010 sont identifiées par un astérisque.

Afin de dresser un portrait de l'organisation de la lutte contre le cancer, la Direction de la lutte contre le cancer, en collaboration avec la Direction générale adjointe aux ententes de gestion et la Direction de la gestion intégrée de l'information, réalise une collecte de données à l'aide du Système de suivi de gestion et de reddition de comptes (GESTRED). Le suivi annuel des équipes permet de générer des informations sur le degré d'atteinte des critères du premier cycle d'évaluation. Ces informations sont partagées avec les intervenants du réseau. En plus des questions de GESTRED s'adressant aux équipes locales et régionales, d'autres ont été ajoutées afin d'obtenir un portrait des équipes suprarégionales désignées.

Mesures des Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer

- Assurer la pérennité du processus d'évaluation des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer.
- Mettre en place un mécanisme visant à soutenir les agences dans la correction des lacunes observées lors des visites d'évaluation et de désignation des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer, ce qui inclut notamment les mesures d'amélioration du Programme québécois de dépistage du cancer du sein.

L'ÉVALUATION DES ÉQUIPES INTERDISCIPLINAIRES DE LUTTE CONTRE LE CANCER

La planification du deuxième cycle d'évaluation des équipes interdisciplinaires s'est amorcée au cours de l'année. Cette planification, qui s'inscrit dans un processus d'assurance qualité, s'articule autour du fonctionnement des équipes interdisciplinaires et des améliorations à y apporter, dans la suite du premier cycle d'évaluation.

C'est dans cette perspective que la Direction de la lutte contre le cancer a mandaté l'AETMIS pour revoir et élaborer, en partenariat avec les experts du domaine, les critères d'évaluation et de désignation des équipes de lutte contre le cancer pour les trois paliers de désignation, soit local, régional et suprarégional. Les recommandations de l'AETMIS sont attendues pour 2012.

1. L'équipe quaternaire se distingue notamment par ses activités d'enseignement universitaire au 2e et au 3e cycle et les activités de recherche de chacun de ses membres.

Tableau 1 : Portrait des équipes suprarégionales selon le siège tumoral, le RUIS et l'établissement au 31 mars 2010

Équipes suprarégionales désignées par établissement et par RUIS d'appartenance

		RUIS Laval					RUIS Sherbrooke		RUIS Montréal				RUIS McGill		
SIÈGE TUMORAL	**Nombre**	**CHA**	**CHUQ**	**CHUQ-CHA**	**MMS**	**IUPCQ**	**CHUS**	**HCLM**	**CHUM**	**HSCM**	**CHUSJ**	**HMR**	**CUSM**	**HGJ**	**CUSM-HG**
Poumon	7					3	3		3	3		3	4	3	
Sein	6	4						3*	4			3	4	4	
Système digestif	1		3*												
Digestif haut	1								3						
Digestif bas	4								3			3	4	4	
Hépato-biliaires	2								4				3*		
Gynécologique	5		3				3		4*				4	4	
Uro-génitaux	3		4*						4				4		
Hématologiques	7	3*					3*	3*	3			4**	4	3	
Greffe cellules souches	2											4**	4		
Musculo-squelettique	2											3	4		
Tête et cou	5			3*			3		4**				3	3*	
Système nerveux	4	4**					4		3*				4		
Peau	1													3*	
Oculaire	1								3*						
Thyroïde	1								3						
Glandes surrénales	1								4*						
PROBLÉMATIQUE	**Nombre**														
Pédiatrie	3		3*								4		4		
Jeunes adultes	0														
Oncogériatrie	1													3*	
Onco. psychosociale	1		4												
Réadaptation	2												3	4*	
Radio-oncologie	3		4						4*				4		
Oncogénétique	1														4
Soin palliatifs	3				4								4*	3	
DÉSIGNÉES	**67**	**3**	**6**	**1**	**1**	**1**	**5**	**2**	**14**	**1**	**1**	**6**	**15**	**10**	**1**

*équipes désignées en 2009-2010 **équipes tertiaires désignées quaternaires en 2009-2010 3 = niveau tertiaire 4 = niveau quaternaire

CHA : Centre hospitalier affilié universitaire de Québec
CHUM : Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CHUQ : Centre hospitalier universitaire de Québec
CHUS : Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CHUSJ : Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine
CUSM : Centre universitaire de santé McGill
HCLM : Hôpital Charles LeMoyne
HGJ : Hôpital général juif – Sir Mortimer B. Davis
HMR : Hôpital Maisonneuve-Rosemont
HSCM : Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
IUCPQ : Institut universitaire de cardiologie et pneumologie de Québec
MMS : Maison Michel Sarrazin

2

Promouvoir la santé, détecter précocement le cancer et le prévenir

PROMOUVOIR LA SANTÉ, DÉTECTER PRÉCOCEMENT LE CANCER ET LE PRÉVENIR

Le deuxième axe d'intervention des *Orientations prioritaires 2007-2012* concerne les actions de santé publique qui visent à éviter ou retarder la survenue du cancer par la promotion de saines habitudes de vie, la prévention de l'exposition aux risques de cancer et sa détection précoce. Les objectifs de cet axe sont les suivants :

- promouvoir l'adoption de saines habitudes de vie, à savoir une saine alimentation, un mode de vie physiquement actif et le non-tabagisme, et créer des environnements qui en facilitent l'adoption ;
- réduire l'exposition aux agents cancérogènes chimiques ou physiques présents dans l'environnement ou en milieu de travail ;
- favoriser, lorsque l'efficacité et la faisabilité le démontrent, l'accès au dépistage systématique de certains cancers et s'assurer que les paramètres de qualité reconnus sont respectés ;
- optimiser la capacité de surveillance de l'état de santé de la population au regard du cancer.

PROMOUVOIR L'ADOPTION DE SAINES HABITUDES DE VIE ET CRÉER DES ENVIRONNEMENTS QUI EN FACILITENT L'ADOPTION

Selon un rapport du Fonds mondial de recherche contre le cancer et de l'American Institute for Cancer Research paru en 2009, les habitudes de vie exercent une grande influence sur le risque de plusieurs types de cancers. Avec le tabagisme, responsable de 30 % des cancers, la mauvaise alimentation et le manque d'activité physique associés à l'obésité augmentent le risque de cancer. Ainsi, près de 34 % de tous les cancers pourraient être prévenus par l'adoption d'une saine alimentation, d'un mode de vie physiquement actif et le maintien d'un poids corporel adéquat. Dans les mêmes termes que ce qui est préconisé dans le *Programme national de santé publique 2003-2012* et dans le *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012, Investir pour l'avenir*, qui sont actuellement mis en œuvre, le rapport mentionne l'importance d'agir autant auprès des individus que sur les environnements dans lesquels ils vivent, travaillent et se divertissent.

LA PROMOTION ET LA SENSIBILISATION

Mesure des Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer

- Poursuivre l'organisation des campagnes sociétales et des activités de communication axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie.

Le *Plan de communication gouvernemental 2009-2010 sur les saines habitudes de vie et l'amélioration de la qualité de vie* comporte deux axes majeurs :

- la sensibilisation accrue des décideurs à l'importance et aux bénéfices de créer et de mettre en place des environnements favorables à l'adoption et au maintien de saines habitudes de vie ainsi qu'aux bénéfices qui vont en découler;
- la poursuite de la promotion de la pratique régulière d'activités physiques et de l'adoption d'une saine alimentation.

Ce plan a généré la réalisation de plusieurs activités visant à ce que les saines habitudes de vie constituent à long terme une norme sociale pour la population québécoise.

L'engagement des municipalités

La tournée des ambassadeurs de la campagne *Au Québec, on aime la vie* dans huit municipalités (Québec, Montréal, Sherbrooke, Bécancour, Rouyn-Noranda, Rimouski, Saguenay, Gatineau) vise à mettre en lumière, par une activité de relations publiques, l'engagement de la municipalité en faveur des saines habitudes de vie. À cette occasion, les ambassadeurs (un maire, une nutritionniste et une personnalité connue du domaine des sports) rencontraient les maires des villes afin de reconnaître les initiatives de ces derniers dans la mise en place d'environnements qui favorisent l'adoption de saines habitudes de vie, dont une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif, et de les encourager à poursuivre leurs efforts en ce sens. Par la signature de la *Déclaration d'engagement pour les saines habitudes de vie* préparée pour l'occasion, les maires ont été encouragés à créer des environnements favorables à l'adoption de saines habitudes de vie pour leurs citoyennes et citoyens. Les municipalités contribueront aussi à faciliter, dans les infrastructures municipales et sur le territoire, l'accès à des aliments de haute valeur nutritive.

La campagne promotionnelle du programme Fruits et légumes en vedette

Une autre activité digne de mention s'est déroulée pendant le mois de mars : l'événement *Fruits et légumes en vedette* s'inscrit dans le programme du même nom, mené par le MSSS avec la collaboration du ministère de l'Agriculture,

des Pêcheries et de l'Alimentation (MAPAQ), et se rattache au grand chantier du gouvernement du Québec visant à offrir des environnements alimentaires sains.

Des menus mettant en valeur les fruits et les légumes ont été à l'honneur dans près de 450 restaurants participants. Autour du thème *Mettez de la couleur dans votre assiette*, les Québécoises et les Québécois ont pu ainsi bénéficier d'une offre alimentaire améliorée, tout en savourant le plaisir de manger sainement au restaurant.

Afin de satisfaire à la demande de ces consommateurs et en raison de leur influence considérable sur les habitudes alimentaires de la population, les restaurateurs se doivent eux aussi de prendre le virage santé. Ce faisant, ils deviennent des agents de changement dans l'adoption et le maintien de saines habitudes alimentaires. Leurs idées originales peuvent inspirer la clientèle et encourager une saine alimentation, que ce soit au restaurant ou ailleurs. Le programme se poursuit d'ailleurs toute l'année[2]!

Un mode de vie physiquement actif

Menées sous l'égide du programme gouvernemental Kino-Québec en 2009-2010, d'autres campagnes comme *Plaisirs d'hiver et Rendez-vous d'automne* ont aussi incité les gens, jeunes et adultes, à adopter un mode de vie physiquement actif. Que ce soit dans les écoles, les municipalités ou les milieux de travail, ces campagnes permettent de redécouvrir les joies de l'hiver ou les bienfaits de la marche en tout temps.

LES POLITIQUES ET LES CADRES

Mesure des Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer

- Continuer 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.

Revoir l'offre alimentaire dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux

Il est légitime de s'attendre à ce qu'en raison de leur mission et de leurs responsabilités, les établissements du réseau de la santé et des services sociaux fassent en quelque sorte figure de modèles en matière de saine alimentation. C'est dans cette perspective que le MSSS a publié, en 2009, le *Cadre de référence à l'intention des établissements du réseau de la santé et des services sociaux pour l'élaboration d'une politique alimentaire adaptée* intitulé *Miser sur une saine alimentation : une question de qualité*. Le cadre de référence a pour but de permettre aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux d'élaborer une politique alimentaire adaptée à leurs milieux respectifs en vue de créer un environnement alimentaire favorable à la saine alimentation. Il vise à ce que tous les établissements dispensateurs de soins n'offrent plus, à terme, que des boissons et des aliments sains, et ce, tant aux usagers qu'au personnel et aux visiteurs. Qu'il s'agisse des repas ou des collations, de la cafétéria ou des machines distributrices, l'offre alimentaire des établissements du réseau sera bientôt résolument saine. La qualité sensorielle des aliments, l'atmosphère dans laquelle sont servis les repas ainsi que les règles d'hygiène et de salubrité seront également au cœur de l'amélioration de l'offre alimentaire[3].

Chaque établissement devait se doter, pour le 30 juin 2010, d'une politique alimentaire qui respecte les orientations du cadre de référence. La mise en application de l'ensemble des orientations devra être terminée d'ici mars 2012. Le cadre de référence a déjà été diffusé auprès des présidents-directeurs généraux des agences, des directeurs de santé publique et des directeurs généraux des établissements du réseau.

La promotion de la santé en milieu de travail

Le milieu de travail constitue un environnement exceptionnellement favorable pour agir en prévention et en promotion de la santé. Il s'agit d'un milieu de vie relativement clos, où les personnes se retrouvent jour après jour et dans lequel des structures de communication existent déjà. De plus en plus d'employeurs offrent ce genre d'interventions, puisqu'il s'agit d'initiatives rentables qui aident à réduire l'absentéisme et le taux de roulement tout en améliorant le climat de travail, la productivité et le recrutement.

La norme *Entreprise en santé* élaborée par le Bureau de normalisation du Québec à la demande du Groupe de promotion pour la prévention en santé constitue une démarche structurée pour implanter en milieu de travail un programme efficace de prévention, de promotion et de pratiques organisationnelles favorables à la santé. Les interventions touchent quatre sphères reconnues pour leur impact sur la santé des travailleurs, soit les habitudes de vie, la conciliation entre le travail et la vie personnelle, l'environnement de travail et les pratiques de gestion.

2. Source : www.saineshabitudesdevie.gouv.qc.ca

3. Des adaptations sont prévues pour les établissements considérés comme des milieux de vie « substituts »

Lancée en février 2008 et opérationnelle depuis mars 2009, la norme *Entreprise en santé* est en implantation dans une centaine d'entreprises. Des projets pilotes sont en marche impliquant diverses entreprises et organisations des secteurs privé, municipal et de la santé. En tant qu'organisation, le MSSS lui-même s'est inscrit avec succès dans la démarche de certification.

LES AMÉNAGEMENTS

Mesure des Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer

- Promouvoir l'aménagement de l'environnement pour favoriser la pratique de l'activité physique (p. ex. : aménagement des cours d'école, utilisation optimale des équipements et des infrastructures sportives ou récréatives, aménagement urbain favorisant le transport actif, soutien à des réseaux organisés).

Tout se joue… dans la cour d'école!

Chaque jour, la cour d'école est le premier et le dernier contact que les jeunes ont avec le milieu scolaire. C'est aussi l'un des principaux lieux de rassemblement durant les périodes de garde et l'endroit où les élèves refont le plein d'énergie en matinée et en après-midi. La cour d'école est donc un environnement propice à l'adoption et au maintien d'un mode de vie physiquement actif tout en permettant aux jeunes d'être mieux disposés aux apprentissages scolaires. Afin qu'un maximum d'élèves puisse tirer profit de cet environnement favorable, Kino-Québec a développé à l'intention des intervenants des écoles primaires qui participent à la mise en œuvre de la *Politique-cadre pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif, Pour un virage santé à l'école, le guide Ma cour : un monde de plaisir !*

Le guide comprend 100 fiches de jeux et 5 brochures thématiques :

1) Mise en contexte ;

2) Mobilisation ;

3) Aménagement de la cour d'école ;

4) Organisation des périodes d'activités ;

5) Animation de la cour d'école et jeunes leaders.

Ces brochures sont autant d'outils susceptibles de faciliter la création d'un comité de cour d'école, la mobilisation du milieu, l'élaboration d'un plan d'aménagement, l'organisation des activités ainsi que la formation d'élèves à l'animation de jeux (jeunes leaders). Les écoles désireuses de s'engager dans une démarche d'aménagement, d'organisation ou d'animation de leur cour peuvent être accompagnées par un expert.

LA LUTTE CONTRE LE TABAGISME

Mesure des Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer

- Poursuivre la mise en œuvre des activités prévues au Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2006–2010 :
  - services d'abandon du tabac (centres d'abandon du tabac, ligne téléphonique sans frais et site Internet) ;
  - activités de prévention du tabagisme chez les jeunes ;
  - soutien à la mise en œuvre de la Loi sur le tabac ;
  - activités de communication.

Dans le but de donner au gouvernement du Québec les outils nécessaires permettant d'intenter des poursuites contre l'industrie du tabac afin de recouvrer une partie des coûts associés au problème du tabagisme et aux dommages causés à la santé de la population, la *Loi sur le recouvrement du coût des soins de santé et des dommages intérêts liés au tabac* a été adoptée, le 16 juin 2009, à l'instigation du ministre de la Santé et des Services sociaux, le docteur Yves Bolduc. Rappelons que les statistiques de la Société canadienne du cancer publiées en mai 2010 indiquent que près du tiers des décès par cancer au Québec, soit 32,5 %, sont imputables uniquement au cancer du poumon contre 27 % pour le Canada. Par ailleurs, on estime aujourd'hui que le tabac est la cause de 85 % de tous les nouveaux cas de cancer du poumon au Canada.

Comme par les années passées, la lutte contre le tabagisme s'exerce sur plusieurs fronts complémentaires.

Les fumeurs ont accès à des services de soutien gratuits offerts dans les 150 centres d'abandon du tabagisme dans toutes les régions du Québec. Le cahier de formation en soutien à l'intervention de counseling pour les intervenants des centres d'abandon du tabagisme a été mis à jour.

Une ligne téléphonique (1 866 JARRETE(527-7383)) ainsi qu'un site Internet (J'ARRÊTE - www.jarrete.qc.ca) permettent aussi de venir en aide aux personnes qui veulent cesser de fumer.

Le régime général d'assurance médicaments de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) couvre le remboursement des aides pharmacologiques.

Dans le cadre des négociations entreprises entre le MSSS et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), la mesure concernant la rémunération de l'acte

préventif *Soutien médical à l'abandon du tabagisme* a été reconduite pour la période du 1er janvier 2009 au 31 décembre 2010. Pour soutenir cette intervention de counseling, l'outil d'aide à la pratique *Soutien médical à l'abandon du tabagisme* demeure disponible sur le site de la FMOQ.

De même, une campagne a été menée afin de sensibiliser les jeunes à la rapidité avec laquelle la dépendance à la nicotine apparaît. Plusieurs projets ont eu lieu en milieu scolaire, dont *Gangs allumées*, les messages antitabac *De Facto*, des spectacles promouvant un idéal de vie saine en pratiquant un sport et en évitant de fumer.

En ce qui a trait aux autres campagnes de communication, notons La Semaine québécoise pour un avenir sans tabac, le *Défi J'arrête, j'y gagne!* et le concours *Familles sans fumée*.

Les activités reliées à la surveillance de l'application de la Loi sur le tabac se sont poursuivies en 2008-2009, afin de s'assurer que les mesures sont appliquées.

Le système de monitorage du *Plan québécois de lutte contre le tabagisme*, sous la direction de l'Institut national de santé publique (INSPQ), permet de surveiller l'évolution du tabagisme et l'impact des diverses stratégies de lutte mises en place au Québec.

LE TRAITEMENT DE L'OBÉSITÉ

Mesure des Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer

- Promouvoir le counseling sur les saines habitudes de vie et soutenir les intervenants.

Outre les mesures prises dans le cadre de la lutte contre le tabagisme, le MSSS s'est assuré la collaboration de l'AETMIS dans les travaux du *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012, Investir pour l'avenir* portant sur l'amélioration des services pour les personnes aux prises avec un problème de poids. Étant donné que de plus en plus de jeunes sont affectés par l'obésité, il est essentiel que le Québec se dote de ses propres lignes directrices pour aider les cliniciens de première ligne dans leur travail. L'AETMIS assure donc la coordination des travaux d'élaboration du *Guide de pratique clinique sur le traitement de l'obésité pédiatrique*. Le guide est élaboré en collaboration avec plusieurs partenaires provenant de différentes disciplines.

RÉDUIRE L'EXPOSITION AUX AGENTS CANCÉROGÈNES CHIMIQUES OU PHYSIQUES PRÉSENTS DANS L'ENVIRONNEMENT OU EN MILIEU DE TRAVAIL

Certains facteurs de risque de cancer, qu'ils soient d'origine naturelle ou anthropique, peuvent être présents dans l'environnement (sol, air, eau, aliments). En général, le contrôle des contaminants environnementaux ne relève pas comme tel de la responsabilité du MSSS, mais de celle d'autres ministères tels que le ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs (MDDEP) et le MAPAQ ainsi que de ministères fédéraux (Environnement Canada, Santé Canada). Le MSSS demeure néanmoins responsable de la protection de la santé de la population contre les risques de cancer.

Mesure des Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer

- Évaluer les risques de la présence dans l'environnement d'agents cancérogènes chimiques ou physiques pouvant conduire à des actions de contrôle des niveaux d'exposition.

L'AMIANTE

Le MSSS a collaboré avec l'INSPQ, les directions de santé publique des régions concernées ainsi que les autres ministères responsables, dont le MDDEP, à l'analyse et à la gestion du risque associé à la présence de fibres d'amiante dans l'air intérieur et extérieur de la région de Thetford Mines. D'autres travaux sur l'épidémiologie et l'analyse de risque concernant l'amiante ont également été réalisés par l'INSPQ à la demande du MSSS. De plus, ce dernier a collaboré avec d'autres ministères concernés à évaluer l'exposition et à prévenir les risques associés à l'amiante particulièrement dans les milieux les plus affectés.

La présence de fibres d'amiante dans l'air ambiant de Thetford Mines.

L'amiante en général, et dans une moindre mesure sa forme chrysotile, est un agent cancérogène reconnu lié au cancer du poumon ou au mésothéliome de la plèvre.

En 2009, l'INSPQ publiait son rapport d'analyse de risque intitulé *Présence de fibres d'amiante dans l'air intérieur et extérieur de la ville de Thetford Mines – Estimation des risques de cancer du poumon et de mésothéliome* [6]. L'INSPQ concluait, selon les différents modèles d'analyse utilisés, à un excès de risque de mortalité par cancer du poumon et par mésothéliome allant de 72 à 125 pour 100 000 personnes avec une exposition durant toute la vie aux fibres d'amiante au niveau de celle qui avait été mesurée dans les études mentionnées précédemment. Par contre, le modèle de Berman et Crump, considéré comme plus réaliste, donnait un excès de risque moindre, soit de 8,2 par 100 000 personnes.

Conformément aux recommandations du rapport de l'INSPQ, la population de la région concernée a été informée par sa direction de santé publique des résultats de cette analyse et a été incitée à « réduire ou limiter les activités susceptibles de remettre en suspension dans l'air

des fibres d'amiante provenant, notamment, de la manipulation ou de l'utilisation des résidus miniers ».

D'autres études sur l'amiante publiées par l'INSPQ en 2009-2010

Par ailleurs, à la demande du MSSS, l'INSPQ a réalisé des études scientifiques sur d'autres problématiques reliées à l'amiante, en milieu de travail ou dans l'environnement en général. À titre d'exemple[4].

- *Revue des études épidémiologiques sur les maladies reliées à l'exposition à l'amiante ajouté aux enrobés bitumineux*
- *Étude des nouveaux cas de maladies professionnelles pulmonaires reliées à l'exposition à l'amiante au Québec : 1988-2003*
- *Relation entre la teneur en amiante dans les matériaux et la concentration de fibres dans l'air ambiant lors de travaux de démantèlement*

La surveillance des expositions à l'amiante au Québec et des maladies qui y sont reliées

En 2002, le gouvernement québécois adoptait la *Politique d'utilisation accrue et sécuritaire de l'amiante chrysotile au Québec* qui confiait des mandats à différents ministères et organisations de compétence québécoise. Le MSSS a reçu, entres autres, le mandat d'exercer la surveillance des expositions à l'amiante au Québec et la surveillance des maladies qui en découlent, tant chez les travailleurs que dans la population générale. Le mandat, dans ce contexte, a été confié par le MSSS à l'INSPQ.

L'INSPQ a ainsi préparé un cadre de référence qui servira d'assise à la formulation et à l'élaboration d'un système de surveillance permettant de répondre aux exigences du mandat reçu. Il comprend d'abord un état sommaire des connaissances sur l'exposition à l'amiante au Québec et sur les maladies qui y sont reliées. Ce document peut être consulté sur Internet à l'adresse suivante : http://www.inspq.qc.ca/publications/notice.asp?E=p&NumPublication=942.

4. Source : www.inspq.qc.ca/publications

LA PRÉVENTION DES CANCERS DE LA PEAU – PROTECTION DES JEUNES CONTRE LES RAYONS ULTRAVIOLETS

Mesure des Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer

- Organiser des campagnes d'information sur les moyens efficaces pour protéger les enfants âgés de 0 à 18 ans contre les rayons ultraviolets.

En matière de prévention des cancers de la peau, conformément aux objectifs du *Programme national de santé publique 2003-2012*, le MSSS s'emploie à protéger tout particulièrement les jeunes contre les dangers liés à l'exposition aux rayons ultraviolets provenant du soleil ou des lampes de bronzage artificiel.

Dans la foulée des recommandations du rapport intitulé *Le bronzage artificiel au Québec – Bilan des connaissances et recommandations* [7] publié par le MSSS en 1998, celui-ci a formé, en collaboration avec l'INSPQ, le Comité intersectoriel sur la prévention des cancers de la peau. Ce comité a pour objectif de réduire l'exposition aux rayons ultraviolets (UV), particulièrement chez les jeunes, au moyen d'actions concertées. Outre le MSSS (incluant la Direction de la lutte contre le cancer) et l'INSPQ, le Comité regroupe le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS), celui de la Famille et des Aînés et des organismes tels que l'Association des dermatologues du Québec, la Société canadienne du cancer, le Conseil québécois des services de garde à l'enfance, la Société de sauvetage et la Commission de la santé et de la sécurité au travail, notamment. Des initiatives ont été prises par les membres du Comité en 2009-2010, telles que des activités de sensibilisation des sauveteurs nautiques à la protection contre le soleil (Société de sauvetage), le recours à des paysagistes pour créer des zones d'ombre afin de protéger les enfants des garderies contre le soleil et le développement d'outils promotionnels sur la protection solaire (Société canadienne du cancer).

Le MSSS, pour sa part, publie sur les rayons UV un dépliant intitulé *Danger! Le bronzage pourrait avoir votre peau!* que l'on peut consulter sur son site Internet[5] ainsi que sur la page Internet de la Direction de la lutte contre le cancer dans la section « Agir pour prévenir »[6]. Ce dépliant met en garde la population, particulièrement les jeunes, contre les risques de l'exposition aux rayons ultraviolets (UVA et UVB) sous le soleil ou sous les lampes de bronzage artificiel. On y dénonce entre autres les mythes fort répandus sur le bronzage artificiel.

Par ailleurs, le MSSS, en collaboration avec l'INSPQ, examine particulièrement la problématique du bronzage artificiel quant aux moyens efficaces pour réduire l'utilisation des lits de bronzage par les jeunes, en particulier de moins de 18 ans. À cet égard, autant

5. www.msss.gouv.qc.ca/rayonsUV

6. www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/cancer

l'Association des dermatologistes du Québec, l'Association canadienne de dermatologie et l'American Academy of Dermatology, que des organismes comme la Société canadienne du cancer et l'Organisation mondiale de la santé (OMS), dénoncent le bronzage artificiel en raison des dangers de cancer de la peau associés à l'exposition intense aux rayons ultraviolets (UVA et UVB) et demandent aux gouvernements de légiférer pour protéger les jeunes de moins de 18 ans. En juillet 2009, le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC-IARC) a classé les appareils de bronzage à émissions UV dans la catégorie des risques de cancer les plus élevés pour l'humain au même titre que la cigarette ou l'amiante[7].En avril 2010, l'OMS réitérait sa recommandation de 2005 au sujet des lits de bronzage : « La priorité en matière de réglementation devrait être de limiter l'utilisation de ces lits par les moins de 18 ans[8] […]. »

La réflexion concernant la nécessité de protéger les jeunes contre les dangers du bronzage artificiel est alimentée par les considérations particulières suivantes :

- les rayons UV des lits de bronzage peuvent être de 10 à 15 fois plus intenses que ceux du soleil [8] ;
- les jeunes ont une peau plus vulnérable aux dommages causés par les lits de bronzage[9] ;
- les personnes nées durant les années 1990 risquent deux à trois fois plus d'être atteintes du cancer de la peau que les personnes nées durant les années 1960. En d'autres termes, les jeunes de moins de 20 ans présentent un risque 3 fois plus élevé d'être atteints du cancer de la peau que les personnes âgées de plus de 50 ans[10] ;
- une proportion allant jusqu'à 77 % des adeptes du bronzage artificiel sont des jeunes femmes de 16 à 24 ans [9] ;
- le mélanome se classe maintenant au septième rang parmi les cancers les plus courants au Canada ; il touchera 5 300 personnes en 2010 et causera 920 décès. Parmi tous les cancers diagnostiqués chez les 15 à 29 ans, le mélanome est le troisième plus fréquent chez les jeunes femmes, où il compte pour 11 % des nouveaux cas. Des preuves croissantes démontrent que l'exposition aux rayons ultraviolets des lits de bronzage et des lampes solaires augmente le risque d'apparition du mélanome, surtout si cette exposition commence au cours de l'adolescence ou au début de l'âge adulte[11].

En conclusion, la protection des jeunes contre les dangers du bronzage artificiel est maintenant considérée comme prioritaire dans l'optique de la lutte contre les cancers de la peau au Québec.

LE RADON

Mesure des Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer

- Promouvoir des moyens efficaces pour réduire l'exposition au radon par des activités de sensibilisation auprès de la population et des décideurs sur les risques associés au radon domiciliaire.

En collaboration avec l'INSPQ et les autres ministères et organismes concernés, le MSSS a entrepris la mise en œuvre d'un plan d'action intersectoriel pour l'évaluation et la gestion des risques de cancer du poumon associés au gaz radon, élément radioactif cancérogène d'origine naturelle pouvant contaminer l'air intérieur des habitations.

Le plan d'action intersectoriel sur le radon

Le radon est un élément gazeux radioactif d'origine naturelle qui provient de la désintégration de l'uranium présent dans la croûte terrestre. On le retrouve partout à la surface du globe, bien que sa concentration ne soit pas uniforme. Le radon peut s'infiltrer dans les habitations par les fissures et d'autres voies d'entrée au niveau du sous-sol. C'est essentiellement le risque de cancer du poumon qui commande la vigilance à l'égard du radon dans les habitations. En effet, après le tabagisme, dont on estime qu'il cause 85 % des cas de cancer du poumon au Canada [2], l'exposition au radon est la deuxième cause de cancer du poumon (10 % des cas).

En partie à la suite des représentations du Québec [10], la ligne directrice sur le radon de Santé Canada a été abaissée en 2007 du niveau de 800 becquerels/mètre cube (Bq/m^3) à 200 Bq/m^3. Cet abaissement de la concentration jugée acceptable de radon signifie bien sûr qu'un plus grand nombre de bâtiments présenteront des niveaux de radon susceptibles d'indiquer la nécessité de mettre en place des mesures correctives.

Le MSSS a par la suite formé le Comité intersectoriel québécois sur le radon (CIQR) en vue de mettre en œuvre le *Plan d'action intersectoriel sur le radon* (document à caractère évolutif). Outre le MSSS et l'INSPQ, le CIQR regroupe des ministères et organismes tels que la Société d'habitation du Québec, la Régie du bâtiment, la Société immobilière du Québec, la Corporation d'hébergement du

7. Source : http://www.iarc.fr/fr/media-centre/iarcnews/2009/sunbeds_uvradiation.php
8. Source : http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs287/fr/
9. Source : http://www.dermatology.ca/french/bronzageartificiel
10. Source : http://www.dermatology.ca/patients_public/info_patients/skin_cancer/2010-SkinCancer-factsheet_f.pdf
11. Source : http://www.dermatology.ca/patients_public/info_patients/skin_cancer/2010Melanoma-factsheet_f.pdf

Québec, le MELS, le ministère de la Famille et des Aînés, Santé Canada, l'Association pulmonaire du Québec, et autres. Le Plan d'action intersectoriel sur le radon vise notamment à informer et à sensibiliser la population et les gestionnaires d'édifices publics sur les risques pour la santé liés au radon, à dresser une cartographie de zones « à risque » d'émanation de radon au Québec et à promouvoir les mesures préventives ou correctives au besoin.

Par ailleurs, les directions de santé publique de certaines régions ont déjà effectué des campagnes de dépistage du radon dans les résidences privées, en collaboration avec les municipalités concernées : c'est le cas, entre autres, de la Direction de santé publique des Laurentides (Oka, Saint-André-d'Argenteuil), de la Montérégie (p. ex. : Mont-Saint-Hilaire) et de la Côte-Nord.

En 2009-2010, dans le cadre du *Plan d'action intersectoriel sur le radon*, le MSSS a mandaté l'INSPQ pour mener, en collaboration avec le MELS, un projet pilote de dépistage du radon dans les écoles primaires de commissions scolaires situées dans trois régions cibles : l'Outaouais, les Laurentides et la Gaspésie. Ces régions sont connues pour être plus propices que les autres aux émanations de radon. Les dosimètres pour la mesure du radon ont été installés dans les écoles au cours de l'hiver 2009-2010. Les directions de santé publique concernées sont mises à contribution, notamment sur les plans de l'information du public et du soutien au déroulement du projet. Les résultats du projet pilote sont attendus pour l'automne 2010.

L'intérêt soulevé par ce premier projet mènera éventuellement les autorités compétentes provinciales et régionales à soutenir ou à développer d'autres projets similaires auprès des gestionnaires de bâtiments publics et des propriétaires de bâtiments privés. Mentionnons que plusieurs commissions scolaires ont d'ailleurs déjà manifesté un grand intérêt à mesurer le radon dans leurs établissements, avec le soutien du MELS. De plus, à la demande du ministère de la Famille et des Aînés, un projet pilote concernant la mesure de la concentration de radon dans les services de garde à l'enfance sera mis en place à la fin de l'année 2010 en collaboration avec l'INSPQ.

Pour l'information du public, le MSSS publie une page Internet sur le radon, à l'adresse suivante : www.msss.gouv.qc.ca/radon. On y trouve les renseignements nécessaires aux citoyens pour mesurer les niveaux de radon dans leurs résidences, et, au besoin, entreprendre des mesures correctives pour réduire les niveaux de radon dans leurs maisons.

LES PESTICIDES

Mesure des Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer

- Poursuivre la mise en place des activités prévues à l'entente entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et la Commission de la santé et de la sécurité au travail en ce qui concerne les cancers d'origine professionnelle.

La prévention des risques liés à l'utilisation des pesticides en agriculture

Le MSSS assume le volet santé de la *Stratégie phytosanitaire québécoise en agriculture 2010-2020*, fruit de la concertation de divers organismes du milieu agricole et des ministères concernés (MDDEP et MAPAQ). Cette stratégie vise à « accroître l'adoption de la gestion intégrée des ennemis des cultures et réduire les risques des pesticides pour la santé et l'environnement en assurant la viabilité économique des productions agricoles ». Pour la mise en œuvre du volet santé de la Stratégie, le MSSS s'adjoint la collaboration de l'INSPQ.

Plus spécifiquement, le volet santé de la Stratégie vise le contrôle de l'exposition des travailleurs agricoles et de la population générale aux pesticides, ainsi que la réduction des résidus de ces produits dans les aliments. À cet égard, la Stratégie phytosanitaire se base sur l'application par les producteurs agricoles de l'« Indicateur de risque des pesticides du Québec » (IRPeQ), qui a été développé en collaboration avec les spécialistes de l'INSPQ. L'IRPeQ-santé, plus spécifiquement, est un indicateur de risques toxicologiques s'appuyant notamment sur des indices de toxicité aiguë et chronique des pesticides, tout en considérant leur potentiel de biodisponibilité. Des variables comme la concentration des matières actives, le type de formulation, la dose d'application des préparations commerciales et l'influence des techniques d'application sont considérées dans la détermination du risque traduit par l'indicateur[12].

Dans la foulée des recommandations de la Commission sur l'avenir de l'agriculture et de l'agroalimentaire québécois[13], la rationalisation et la réduction de l'utilisation des pesticides en agriculture sont essentielles aux efforts du MSSS en promotion de la santé visant à encourager la consommation de fruits et de légumes, qui se doivent d'être aussi sains et exempts que possible de résidus de pesticides.

12. Source : http://www.inspq.qc.ca/publications/notice.asp?E=p&NumPublication=602

13. Source : http://www.caaaq.gouv.qc.ca/

FAVORISER, LORSQUE L'EFFICACITÉ ET LA FAISABILITÉ LE DÉMONTRENT, L'ACCÈS AU DÉPISTAGE SYSTÉMATIQUE DE CERTAINS CANCERS ET S'ASSURER QUE LES PARAMÈTRES DE QUALITÉ RECONNUS SONT RESPECTÉS

Le dépistage du cancer consiste à rechercher la présence du cancer chez des personnes qui n'en montrent aucune manifestation clinique. Le but du dépistage est de réduire la mortalité liée au cancer. En effet, la détection précoce de certains types de cancer peut augmenter les chances de succès du traitement.

Le dépistage systématique du cancer consiste en un programme organisé pour inviter une population définie à subir un tel test. Les conditions d'exécution du test, son interprétation et ses suites sont soumises à des critères de qualité stricts. Les programmes systématiques de dépistage du cancer du sein, du cancer du col de l'utérus et du cancer colorectal ont été démontrés comme efficaces pour réduire la mortalité due à ces cancers.

LE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

Mesure des Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer

- Assurer l'accès à la mammographie de dépistage tous les deux ans pour les femmes âgées de 50 à 69 ans, conformément au Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS).

En 2009-2010, les grandes priorités de travail au PQDCS ont notamment porté sur l'assurance qualité du programme (normes professionnelles, administratives et techniques), sur son accessibilité et sur le consentement éclairé des femmes invitées à y participer.

Ainsi, au palier national, une entente a été conclue avec le Collège des médecins du Québec et l'Association des radiologistes du Québec en vue de mettre en place un mécanisme pour assurer le suivi des normes du programme relatives à la pratique de la mammographie de dépistage. Par ailleurs, la campagne de communication du PQDCS 2009-2010 a porté sur la notoriété du PQDCS pour inciter les femmes à s'informer davantage afin de prendre une décision éclairée quant à leur participation au dépistage.

Le taux de participation est en hausse constante depuis le début du programme, il y a maintenant plus de dix ans. Il est passé de 54,8 % en décembre 2008 à 56,4 % en décembre 2009.

LE DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

Mesure des Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer

- 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.

À la suite d'un avis favorable de l'INSPQ, le MSSS prépare le déploiement d'un programme systématique de dépistage du cancer colorectal par recherche de sang occulte dans les selles chez les personnes âgées de 50 à 74 ans. Un comité directeur a été formé, lequel assure la planification, l'orientation et l'encadrement des travaux de trois groupes de travail portant sur les normes d'organisation des services, sur les normes de pratique clinique et sur le déploiement et l'évaluation de projets de démonstration.

Afin de tester les outils du programme et d'en apprécier la faisabilité, un processus d'appel de candidatures pour des sites de démonstration a été préparé. Il sera mis en place au début de l'année 2010-2011 [11]. Les projets de démonstration se dérouleront en deux phases dans les sites sélectionnés. La première phase permettra d'améliorer la qualité des services de coloscopie ainsi que leur accessibilité et de tester le mécanisme de gestion de l'accès en endoscopie digestive retenu au niveau provincial. En phase 2, les établissements devront répondre à la demande supplémentaire en coloscopie générée par le dépistage, qui s'ajoutera à celle des personnes à haut risque, symptomatiques ou en suivi de cancer colorectal, tout en respectant les normes organisationnelles et cliniques retenues au programme. Cette approche vise à ce que l'accessibilité et la qualité des services reçus soient les mêmes, que ces services soient offerts dans le cadre du programme de dépistage ou dispensés hors de ce programme.

Des travaux pour soutenir la surveillance clinique des personnes à haut risque de cancer colorectal ont aussi été amorcés.

LE DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

Mesure des Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer

- Assurer l'accès au dépistage du cancer du col de l'utérus pour les femmes âgées de 25 à 64 ans et qui n'ont pas participé au dépistage dans les trois dernières années.

Le 28 janvier 2009, l'INSPQ déposait au ministre de la Santé et des Services sociaux un *Avis sur l'optimisation du dépistage du cancer du col utérin au Québec*. Les actions suivantes ont été entreprises afin de donner suite aux recommandations de l'INSPQ et pour favoriser l'accès au dépistage pour les femmes qui n'y ont pas participé dans les trois dernières années.

Dans le cadre d'un projet de démonstration financé par la Direction de la lutte contre le cancer du MSSS, un système d'invitation au dépistage du cancer du col de l'utérus et de rappel est en développement pour les femmes qui n'ont pas subi de test de dépistage, de cytologie ou de test de Papanicolaou (Pap) dans les trois dernières années. Il sera testé à petite échelle avant que ne soit envisagé un déploiement provincial. Un modèle d'ordonnance collective est aussi élaboré dans le même projet afin de permettre à des infirmières de procéder au test de Pap, particulièrement pour les femmes qui auront reçu la lettre d'invitation mais qui n'ont pas accès à un médecin, puis de les diriger en investigation selon le résultat du prélèvement. Des ententes de services devront prévoir la référence à un médecin si une consultation s'avérait nécessaire. La mise en œuvre de cette ordonnance collective doit favoriser une fréquence d'utilisation du dépistage conforme aux pratiques cliniques reconnues.

Un mandat a aussi été confié à l'INSPQ pour qu'il propose un guide de pratique pour le dépistage du cancer du col utérin au moyen de la cytologie et pour les examens de confirmation diagnostique. Le guide de pratique devra être approuvé par les ordres professionnels concernés. L'INSPQ doit aussi apprécier les coûts et les bénéfices du passage au test de détection du virus du papillome humain (VPH) pour le tri des résultats « ASCUS[14] » en laboratoire et déterminer les modalités organisationnelles optimales pour offrir cet examen. Finalement, les mécanismes d'assurance qualité pour la cytologie sont en révision dans le cadre de la démarche provinciale de hiérarchisation des laboratoires.

Dans les prochaines années, le dépistage du cancer du col au moyen de la cytologie pourrait être remplacé par un dépistage au moyen de la recherche du VPH. Une telle modification entraînera une révision en profondeur des principaux paramètres du dépistage.

PROTÉGER CONTRE LES INFECTIONS QUI CAUSENT LE CANCER

Certaines infections virales persistantes peuvent causer des cancers comme le cancer du col de l'utérus et le cancer du foie (carcinome hépatocellulaire). La vaccination des enfants et des adolescents avec les vaccins disponibles contre certains des agents pathogènes responsables, pourra faire diminuer dans le futur la mortalité adulte due à ces cancers [12]

LE PROGRAMME DE VACCINATION CONTRE LE VIRUS DU PAPILLOME HUMAIN (VPH)

Transmissible lors des activités sexuelles, l'infection par le VPH, lorsqu'elle persiste, est une cause majeure du cancer du col de l'utérus de même qu'un facteur important dans l'apparition d'autres cancers du tractus respiratoire et digestif supérieur (cancers de la tête et du cou) et du tractus anogénital (cancers de la vulve, du vagin, de l'anus et du pénis)[13, 14]. À un moment ou l'autre de leur vie, 80 % des femmes en âge de procréer seront porteuses d'une infection par le VPH. Il existe différents types de ce virus et la plupart des infections ne causent pas de symptômes et disparaissent spontanément. Comme le virus est très répandu dans la population, l'infection est difficile à prévenir, hormis la protection limitée qu'accordent la diminution du nombre de partenaires sexuels et l'adoption de pratiques sexuelles prophylactiques. La disponibilité, en 2007, d'un vaccin efficace et sécuritaire contre les types 16 et 18 du VPH (types impliqués dans le développement de 70 % des cas de cancer du col de l'utérus) a offert une option supplémentaire comme mesure préventive primaire, surtout lorsque le vaccin est administré avant le début de l'activité sexuelle.

Un programme de vaccination contre le VPH a été implanté au Québec le 1er septembre 2008, dans l'objectif principal de prévenir le cancer du col de l'utérus. Ce dernier est le deuxième cancer le plus fréquent chez les femmes de 20 à 44 ans. Ce programme complète les activités de dépistage de cancer du col de l'utérus (voir la section 2.3.3 ci-dessus) et s'ajoute aux actions de prévention des infections transmissibles sexuellement et aux activités de promotion de comportements sexuels sains et responsables. Le vaccin utilisé présentement cible les types 16 et 18 du virus mais inclut également les types 6 et 11, offrant aussi une protection contre les condylomes. Il est offert gratuitement à l'école à toutes les filles de 4e primaire et de 3e secondaire. Les filles âgées de 18 ans, qui ne peuvent être vaccinées en 3e secondaire parce qu'elles ne fréquentent pas l'école, ont également accès gratuitement au vaccin.

On estime qu'à la fin de l'année scolaire 2008-2009, 81 % des filles de la 4e année du primaire et 80 % de celles de 3e secondaire avaient été vaccinées contre le VPH.

14. « Atypical squamous cells of undetermined significance (atypie des cellules malpighiennes de signification indéterminée) ». La catégorie ASCUS s'applique aux frottis qui présentent des modifications mineures ou mal définies. En l'absence d'une infection par le VPH, le risque de développer un cancer du col est alors très faible.

Au terme de la campagne 2009-2010, quelque 159 760 doses ont été administrées, soit 54 430 en 4e année du primaire et 105 330 en 3e secondaire (données fournies par les 16 Directions de santé publique du Québec et la région du Nunavik). La couverture vaccinale provinciale est estimée à 76 % tant au primaire qu'au secondaire. Suivant la région, le taux de couverture vaccinale varie entre 64 % et 92 % en 4e primaire et entre 62 % et 92 % en 3e secondaire[15].

Une évaluation du programme est en cours, portant notamment sur la surveillance des effets secondaires du vaccin et l'atteinte de l'objectif de réduction de l'infection.

LA VACCINATION CONTRE LE VIRUS DE L'HÉPATITE B

Le virus de l'hépatite B est la cause la plus fréquente (55 %) du carcinome hépatocellulaire dans le monde [12]. Depuis 1994, les élèves québécois de la 4e année du primaire sont vaccinés gratuitement contre le virus de l'hépatite B. Depuis 2008, le vaccin utilisé protège également contre l'hépatite A (vaccin combiné contre les hépatites A et B). À la suite de l'implantation de ce programme, l'infection par le virus de l'hépatite B a presque complètement disparu dans les cohortes vaccinées et l'incidence de cette infection a diminué dans les autres groupes d'âges.

Au terme de la campagne 2009-2010, on estime que 85 % des élèves de 4e année sont considérés comme protégés contre l'hépatite B. Selon la région, cette proportion varie entre 77 % et 96 %[15].

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

Pour comprendre la magnitude du défi posé par le cancer dans une nation et prendre les décisions appropriées dans la planification, la gestion et l'évaluation des programmes, les informations de surveillance sont essentielles.

Mesure des Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer

- 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.

Grâce au Fichier des tumeurs du Québec, on est en mesure de produire annuellement les indicateurs globaux que sont l'incidence et la mortalité des différents sièges de cancer au Québec. Ces informations, présentées aussi selon la région sociosanitaire sont disponibles dans la section « Statistiques » des pages « Cancer » du site Internet du MSSS (www.msss.gouv.qc.ca/cancer). On y trouve aussi des graphiques et des tableaux sur la tendance de l'incidence globale et des différents cancers au cours du temps.

Des productions de surveillance de cancer sont attendues en 2010-2011:

- survie relative à cinq ans entre 1984-1999 (été 2010) ;
- *Évolution du cancer du col de l'utérus chez les jeunes femmes adultes au Québec, 1983 à 2006* (présentation au congrès de la North American Association of Central Cancer Registries - NAACCR 2010) ;
- projections 2010 des principaux sièges de cancer, incidence et mortalité, publiées dans le feuillet État de santé de la population *québeçoise*- Quelques repères (2010) ;
- *Cancer anal au Québec, portrait et évolution* (printemps 2010) ;
- *Portrait du cancer au Québec, 2006* (automne 2010).

15. Source : Flash Vigie, Bulletin québécoisde vigie et d'intervention en maladies infectieuses. Septembre 2010, volume 5, nº3.

3

Faciliter le parcours de la personne atteinte de cancer

Faciliter le parcours de la personne atteinte de cancer

Le troisième axe d'intervention des Orientations prioritaires 2007-2012 du PQLC aborde les difficultés qu'affrontent les personnes atteintes de cancer et les moyens de les atténuer : « Faciliter le parcours de la personne atteinte de cancer dans le continuum de soins et de services », cinq objectifs ont été ciblés pour cet axe :

- améliorer l'accessibilité des soins et des services ainsi que leur qualité par une utilisation optimale des ressources ;
- faciliter le retour dans leur milieu de vie à toutes les personnes atteintes de cancer en leur assurant un accès à un médecin de famille ;
- offrir des soins palliatifs à toute personne le nécessitant, sans égard â son âge et à sa maladie, et du soutien à ses proches ;
- tenir compte de la perspective des personnes atteintes et de leurs proches aidants ;
- favoriser la continuité et la complémentarité des soins et des services offerts par les établissements du réseau québécois et les instances locales dans les communautés autochtones.

AMÉLIORER L'ACCESSIBILITÉ DES SOINS ET DES SERVICES AINSI QUE LEUR QUALITÉ PAR UNE UTILISATION OPTIMALE DES RESSOURCES

La société québécoise consacre des ressources importantes à son système de santé. L'appréciation de la performance de ce système se fonde notamment sur l'accessibilité des soins et des services.

UN ACCÈS RAPIDE AUX SERVICES SPÉCIALISÉS

L'intervalle entre la découverte de signes ou de symptômes de cancer et le traitement peut exercer une influence sur les résultats de soins. Dès les premiers signes ou symptômes suspects de cancer et le plus tôt possible après le diagnostic, le parcours de la personne entre la première ligne de soins et de services et les ressources spécialisées en investigation, diagnostic et médecine spécialisée doit être le plus direct possible (temps et distance). La Direction de la lutte contre le cancer s'assure que cette préoccupation reste constante dans les différents projets menés.

Mesure des Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer

- Établir un système pour faciliter l'accès à l'investigation, au diagnostic et aux médecins spécialistes pour les personnes chez qui on suspecte un cancer et pour lesquelles une investigation a été demandée.

Le développement de normes et la gestion de l'accès à la coloscopie

Dans la foulée du développement du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR), un cadre de référence est en rédaction à la Direction générale de la santé publique. Ce cadre décrira notamment les normes relatives à la qualité des tests de dépistage et de confirmation diagnostique (coloscopie longue) ainsi que les délais d'accès à la coloscopie, modulés selon la présence de signes, de symptômes, de facteurs de risque ou d'antécédent de cancer colorectal. Par ailleurs, dans le cadre de ces travaux, la Direction de l'organisation des services médicaux et technologiques du MSSS compte instaurer un mécanisme de gestion de l'accès en endoscopie digestive, qui documentera les délais à partir du moment où le médecin de famille transmet une requête à l'unité d'endoscopie jusqu'à la prise de rendez-vous. Ce système permettra aux centres de mieux cibler les personnes qui nécessitent un accès prioritaire au service de coloscopie.

En 2009-2010, la Direction de la lutte contre le cancer a soutenu des projets porteurs comme celui du Centre de navigation pour les patients atteints de cancer du poumon au Centre universitaire de santé McGill.

La clinique d'accès à la coloscopie

En 2007 et 2008, la Direction de la lutte contre le cancer a sélectionné cinq sites pilotes pour la mise en place de modèles organisationnels afin d'améliorer l'accès aux examens d'investigation et de diagnostic pour les personnes soupçonnées ou atteintes de cancer colorectal. Chacun de ces sites a été visité à l'automne 2009.

Parmi les résultats issus de ces projets, on note :

- une production accrue de coloscopies longues à la suite des changements organisationnels appliqués (p. ex. : harmonisation des références des médecins de famille, hiérarchisation des services, réaménagement physique des lieux, etc.) ;
- la saisie de données permettant de témoigner de l'application de normes de pratique clinique en endoscopie digestive, comme il est recommandé par la Direction de la lutte contre le cancer ;

- une amélioration de l'accès aux services d'endoscopie digestive grâce à l'optimisation du rôle de l'infirmière dans ce secteur.

Ces résultats, notamment les difficultés associées à l'implantation de ces projets, ont été pris en compte dans le cadre de la planification de l'implantation du PQDCCR, dont le déploiement se fera de façon graduelle par le biais de sites de démonstration à partir de la fin de l'automne 2010. Cet apprentissage a permis notamment de mieux estimer les échéanciers, le financement requis, et d'identifier des mesures de soutien et de suivi adéquats auprès des sites sélectionnés.

Enfin, rappelons que la Direction de la lutte contre le cancer finance une étude visant à optimiser l'offre de services médicaux de première et de deuxième ligne pour la clientèle atteinte de cancer colorectal dans la région de Québec. L'étude se poursuit et les résultats devraient être disponibles sous peu.

L'ACCOMPAGNEMENT PAR UNE INFIRMIÈRE PIVOT EN ONCOLOGIE

Mesure des Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer

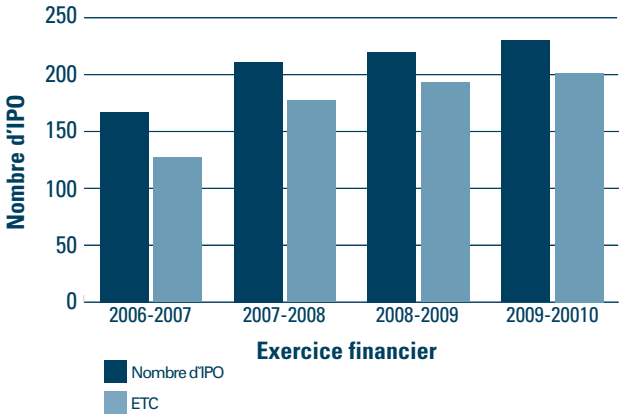
- Optimiser le nombre d'infirmières pivots en oncologie.

Le déploiement des infirmières pivot en oncologie

Au cœur des équipes interdisciplinaires, l'infirmière pivot en oncologie (IPO) possède les compétences nécessaires pour évaluer l'ensemble des besoins de la personne atteinte de cancer et de ses proches. De plus, elle prodigue de l'enseignement et du soutien et elle coordonne les soins et les services. La Direction de la lutte contre le cancer donne priorité à l'implantation des IPO dans les établissements du Québec offrant des services aux personnes atteintes de cancer.

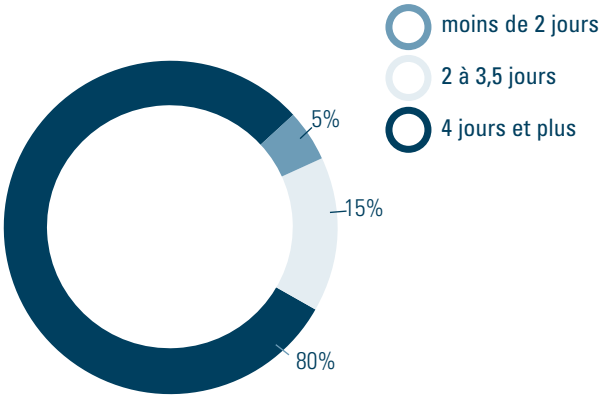
La figure 1 montre l'évolution du déploiement des IPO depuis 2006-2007 alors qu'elles étaient 167 à exercer cette fonction au Québec (pour 127 équivalents temps complet – ETC). En 2009-2010, ce sont 230 IPO qui œuvrent au Québec (201,5 ETC). Quatre-vingts pourcent (80%) de ces professionnelles consacraient 4 jours et plus à cette fonction en 2009-2010 (figure 2) comparativement à 65 % en 2006-2007, ce qui leur permet de maintenir et d'améliorer leur expertise.

Figure 1 : Évolution du nombre d'IPO et du nombre d'ETC
(Exercices 2006-2007, 2007-2008, 2008-2009, 2009-2010)



Source : GESTRED.

Figure 2 : Pourcentage des 230 IPO du Québec selon le nombre de jours consacrés à la fonction IPO



Source : GESTRED.

Le développement du rôle de l'IPO

Pour soutenir le développement et préciser le rôle de l'IPO, le comité consultatif des infirmières en oncologie a réalisé, entre autres, au cours de la dernière année:

- l'élaboration et la validation d'un outil d'évaluation initiale pour la pratique IPO dans les établissements, qui sera disponible à l'automne 2010 ;
- l'élaboration d'un outil d'appréciation de la pratique des IPO pour permettre d'harmoniser le cadre des appréciations faites auprès des IPO et soutenir les chefs clinico administratifs dans leur suivi clinique et organisationnel du travail de ces infirmières, en fonction du rôle décrit par la Direction de la lutte contre le cancer en 2008. Cet outil sera aussi disponible à l'automne 2010 ;
- la planification des travaux visant à documenter la charge de travail des IPO.

Des indicateurs de gestion pour les IPO

Au cours des dernières années, quatre indicateurs de suivi de gestion ont été développés pour suivre, mesurer et standardiser le travail des IPO et ils ont été intégrés au manuel de gestion financière. Il s'agit du nombre d'usagers, d'interventions téléphoniques, de rencontres de consultation et de nouveaux cas. Des travaux se sont poursuivis pour élaborer un nouvel indicateur visant à établir un délai maximal pour avoir accès à une IPO à la suite de l'annonce d'un diagnostic de cancer. La fiche de cet indicateur ayant été élaborée, il sera validé au cours de la prochaine année auprès de quelques sites au Québec, en collaboration avec le Comité consultatif des infirmières en oncologie (voir la liste des comités en annexe 1).

LA RÉPONSE AUX BESOINS PSYCHOSOCIAUX

Outre le combat contre la maladie elle-même, le cancer impose des défis de tous ordres aux malades et à leurs proches : atteintes physiques, bouleversements émotifs, difficultés matérielles et financières, qui peuvent dépasser les capacités d'adaptation ou de réadaptation des personnes. Une aide professionnelle peut s'avérer nécessaire.

Mesures des Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer

- Optimiser l'accès aux services de soutien psychosocial.

Tous les professionnels intervenant auprès des personnes atteintes de cancer sont ultimement impliqués dans leur soutien psychosocial, mais plus particulièrement, l'infirmière pivot en oncologie, le psychologue, le travailleur social, le psychiatre, le sexologue, l'ergothérapeute et l'accompagnateur de vie spirituelle.

Au cours de l'année 2009-2010, la Direction de la lutte contre le cancer a mis sur pied un comité constitué d'experts voués à l'oncologie psychosociale afin d'en soutenir, d'en développer et d'en structurer la pratique. Les thèmes de travail sont les suivants : le dépistage (de la détresse, notamment), le soutien, l'évaluation et l'intervention psychosociales en oncologie, considérés sous l'angle de la collaboration interprofessionnelle centrée sur les besoins des personnes atteintes de cancer et leurs proches. Entre autres travaux, des profils de compétence seront élaborés pour les professions concernées et le rôle des équipes suprarégionales sera exploré pour soutenir le développement de l'expertise en oncologie psychosociale. Une série de recommandations seront proposées par le comité en ce qui a trait, entre autres, aux critères de référence vers les différents professionnels, à la définition du rôle de chaque discipline professionnelle impliquée dans le soutien psychosocial et participant à l'équipe interdisciplinaire de lutte contre le cancer, aux indicateurs de suivi, aux outils pour mesurer les besoins psychosociaux chez les patients, notamment un outil de détection de la détresse.

L'OPTIMISATION DES RESSOURCES

Mesure des Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer

- Poursuivre la planification des ressources humaines et matérielles en radio-oncologie et en hémato-oncologie en tenant compte du réseautage intra et inter RUIS.

La planification de la main-d'œuvre en radio-oncologie

Les technologues en radio-oncologie

Les besoins de 2010 en technologues pour chaque service de radio-oncologie ont été évalués à l'aide du modèle développé en 2008-2009.

Un projet de répartition de la cohorte de finissants de juin 2009 a été proposé aux agences et aux services de radio-oncologie. Ces derniers ont accepté de le mettre de l'avant. Le processus adopté a permis aux services de se répartir équitablement 36 finissants de la cohorte de juin 2009.

L'objectif consistant à atteindre l'équilibre des ressources vers 2012 s'avère toujours réaliste.

Les physiciens médicaux cliniques

La planification de la main-d'œuvre pour les physiciens médicaux s'est également poursuivie en 2009-2010. Le modèle développé par l'Association québécoise des physiciens médicaux cliniques a été utilisé pour procéder à la révision annuelle des besoins de chaque service de radio-oncologie pour ce type de professionnels.

Un projet de répartition de la cohorte de finissants a été proposé aux agences et aux services de radio-oncologie. Tous les intervenants ont entériné le projet. Cela a permis aux services de se répartir équitablement 12 finissants de la cohorte 2009.

Le déploiement du plan quinquennal de répartition des ressources, visant un équilibre provincial, se poursuit comme prévu.

La main d'œuvre médicale en radio-oncologie

Le projet développé par le Comité consultatif en radio-oncologie concernant la planification de la main d'œuvre médicale en radio-oncologie pour l'année 2010 a été accepté par l'Association des radio-oncologues du Québec et la Fédération des médecins spécialistes du Québec. Il a été déposé au MSSS, lequel a entériné les demandes et la répartition des postes.

Les besoins ont été évalués à un total de 115 postes de radio-oncologues au Québec en 2010.

Pour les prochaines années, le modèle d'analyse des besoins sera révisé par un comité d'experts et sera soumis pour approbation à toutes les instances concernées. De ce travail découlera une planification à long terme afin de combler annuellement les besoins en radio oncologues.

Les ressources matérielles

La radiothérapie nécessite des équipements coûteux dont la durée de vie utile est limitée. Une planification éclairée assure que les ressources matérielles nécessaires sont disponibles au bon endroit et au bon moment.

La Direction de l'organisation des services médicaux et technologiques a poursuivi la préparation du processus d'achats regroupés visant l'acquisition d'accélérateurs linéaires. Un comité auquel siègent des physiciens de chaque service de radio-oncologie a apporté une expertise de pointe et contribué à l'élaboration du devis global d'appel d'offres. De cette manière, les besoins de chaque partenaire dispensateur de services seront satisfaits.

L'appel d'offres provincial devrait être lancé en juin 2010.

L'ONCOLOGIE BUCCO-DENTAIRE

Le panier de services de base en oncologie bucco-dentaire permettant une prise en charge optimale des patients souffrant de cancers de la sphère oto-rhino-laryngologique (ORL) et maxillo-faciale a été déployé partout au Québec en 2009-2010. Pour la majorité des patients, cette prise en charge pré, per et postradiothérapie permet d'éviter les effets secondaires majeurs causés par la radiothérapie.

Tous les patients nécessitant de la radiothérapie au niveau de la cavité buccale ont maintenant accès à ces soins gratuitement. Le MSSS a assumé l'ensemble des coûts reliés à ce panier de services (600 000 $ pour l'année 2009-2010).

LA GESTION DES TEMPS D'ATTENTE

Pour l'accès à la radiothérapie

La radiothérapie joue un rôle important dans le traitement du cancer. En effet, plus de la moitié des patients atteints par cette maladie doivent y avoir recours. La croissance annuelle du nombre de patients traités en radiothérapie se situe approximativement à 3 %.

Il est donc primordial que la gestion de l'accès aux services de radio-oncologie soit standardisée partout au Québec pour que ceux-ci atteignent un fonctionnement optimal.

Mesure des Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer
○ Concevoir des outils facilitant la gestion standardisée de l'accès aux services de radio-oncologie et mettre en place une banque centrale pour le Système de gestion de l'accès aux services (SGAS).

Pour faciliter la mise en place d'une approche systématique de gestion de l'accès en radio-oncologie, la Direction de la lutte contre le cancer a poursuivi ses travaux pour mener à terme la production d'un cadre de référence sur le mécanisme d'accès en radio-oncologie. Ce document, décrivant un modèle d'organisation de la gestion de l'accès dans ce secteur surspécialisé et définissant les rôles et les responsabilités de chaque instance concernée, servira de guide aux agences et aux établissements dans l'implantation du processus de gestion standardisée de l'accès en radio-oncologie.

Le cadre de référence a été déposé sur le site Internet du MSSS en avril 2010.

Pour l'accès à la chirurgie oncologique

Mesure des Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer
○ 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.

En vigueur depuis le 1er juin 2007 dans tous les établissements du réseau de la santé et des services sociaux du Québec, le système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés (SIMASS) permet de suivre l'évolution de l'accès aux différentes chirurgies. Des modifications ont été apportées à ce système afin de faciliter l'identification de la chirurgie oncologique et le suivi de son accès à partir du 1er juin 2008. Depuis l'entrée en vigueur du suivi de la chirurgie oncologique dans SIMASS, des évaluations ad hoc des données ont été réalisées. Comme c'est habituellement le cas avec de nouveaux systèmes d'information, certains écarts ou artéfacts ont été observés. Afin d'obtenir des données fiables, valides et en temps réel, la Direction de la lutte contre le cancer a acheminé un questionnaire dans toutes les régions du Québec dans le but de dresser un portrait des méthodes de validation des données colligées dans SIMASS par tous les établissements du réseau. Ce questionnaire visait aussi à connaître les processus de validation mis en place au niveau régional.

Les données recueillies par ce questionnaire seront analysées afin de connaître la marge d'erreur associée à la fiabilité des données colligées dans le système

d'information. Par la suite, des actions seront entreprises afin d'établir, s'il y a lieu, des processus de validation des données colligées. Finalement débutera la gestion active de la liste d'attente en chirurgie oncologique.

LE PASSEPORT EN ONCOLOGIE

Le « passeport en oncologie » est disponible gratuitement pour toutes les personnes au Québec qui apprennent qu'elles sont atteintes de cancer. C'est un carnet qui aide les patients ou leurs proches à devenir des participants actifs dans leur cheminement de soins. Par exemple, le passeport contient des zones où inscrire, entre autres, les signes et les symptômes ressentis entre les traitements. Des sections sont consacrées à des recommandations sur les gestes à faire en cas de complications comme la fièvre ou la nausée.

Mesure des Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer

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

En 2009-2010, une mise à jour du passeport a été entreprise afin de répondre aux commentaires des utilisateurs. Outre une réduction du format, des modifications mineures seront introduites dans le contenu. Par ailleurs, la Direction de la lutte contre le cancer a présenté une demande à la Direction de l'évaluation du MSSS pour que cette dernière évalue le passeport, notamment quant à son utilisation et à son impact sur les processus de soins.

FACILITER LE RETOUR DANS LEUR MILIEU DE VIE À TOUTES LES PERSONNES ATTEINTES DE CANCER EN LEUR ASSURANT UN ACCÈS À UN MÉDECIN DE FAMILLE

Dans la lutte contre le cancer, le rôle du médecin de famille est des plus importants, que ce soit pour la promotion d'habitudes de vie saines, la médecine préventive primaire et secondaire, ou pour assurer un suivi médical et un soutien adéquats au malade et à sa famille entre les traitements spécialisés et lors des soins palliatifs de fin de vie.

Mesure des Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer

- Établir un processus de prise en charge des personnes atteintes de cancer par un médecin de famille dans chaque réseau local.

Des contacts ont été établis avec la Direction de l'organisation des services de première ligne intégrés du MSSS afin que soient pris en compte les besoins des personnes atteintes de cancer dans la planification de la réorganisation de la première ligne au Québec.

OFFRIR DES SOINS PALLIATIFS DE QUALITÉ À TOUTE PERSONNE LE NÉCESSITANT AINSI QU'À SES PROCHES, SANS ÉGARD À SON ÂGE ET À SA MALADIE

La *Politique en soins palliatifs de fin de vie* du MSSS établit les balises de l'organisation des services pour faire face au défi grandissant posé par les besoins des personnes en fin de vie, quelle que soit la maladie en cause.

Les mesures dédiées aux soins palliatifs de fin de vie dans les Orientations prioritaires 2007-2012 suivent les préceptes énoncés dans la Politique.

LES SOINS PALLIATIFS À DOMICILE

Le développement des services de soins palliatifs prend en compte l'objectif de maintenir le plus longtemps possible dans leur milieu de vie naturel les usagers qui le souhaitent et dont la condition le permet.

Les services de base pour les soins à domicile

Mesure des Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer

- Dans tous les CSSS, maintenir et bonifier l'accessibilité aux personnes recevant des soins palliatifs à domicile aux services de base suivants, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 :
    - un service téléphonique (avec mise à profit d'Info-Santé) ;
    - les services médicaux ;
    - les services infirmiers ;
    - la couverture pharmaceutique avec trousse d'urgence ;
    - les services de répit et de dépannage ;
    - le matériel et les fournitures pour l'aide à domicile.

En 2009-2010, les services du panier de base sont disponibles dans plus de CSSS qu'en 2008-2009 (tableau 2) à l'exception de la disponibilité d'une équipe de soins palliatifs à domicile. Il y a lieu de noter que dans certains établissements, l'équipe de soins palliatifs est présente bien qu'incomplète en raison de la rareté de certaines ressources, de congés de maladie ou de maternité, etc.

Ces données sont encourageantes en ce qu'elles révèlent une amélioration générale de l'offre et de la disponibilité des services.

Tableau 2 : Pourcentage de CSSS offrant un panier de service de base en soins palliatifs à domicile (clientèle adulte)

	2008-2009	2009-2010	
Accès à une équipe de soins palliatifs à domicile	83 %	78 %	↓
Accès à une trousse pharmaceutique 24/7	64 %	72 %	↑
Accès à un médecin de garde 24/7	75 %	81 %	↑
Accès à une infirmière 24/7	93 %	97 %	↑
Enregistrement de plus 90 % des usagers à Info-Santé	82 %	87 %	↑
Accès au matériel, aux fournitures et à l'équipement requis dans un délai de 48 heures	96 %	99 %	↑

Sources : GESTRED, Bilan P- 10, 2009.
GESTRED, Bilan P-13, 2010.

L'évolution de l'intensité des services de soins à domicile

Les indicateurs concernant le nombre de personnes soignées à domicile et le nombre d'interventions de soins palliatifs à domicile (tableau 3) montrent une légère diminution du nombre de personnes ayant reçu des services à domicile prodigués par des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux. Toutefois, les services offerts par des organismes communautaires selon des ententes de service intervenues avec des agences ne sont pas compilés dans nos bases de données. De plus, il faut se rappeler que les services offerts aux résidents des centres hospitaliers de soins de longue durée (leur domicile effectif) par le personnel de ces centres ne sont pas documentés dans les statistiques.

Tableau 3 : Sommaire des interventions en soins palliatifs à domicile en comparaison avec la cible annuelle

Indicateur	Résultats		Cible
	2008-2009	2009-2010	2009-2010
Nombre de personnes desservies en soins palliatifs à domicile	19 047	18 860	20 248
Nombre moyen d'interventions à domicile par personne	19,7	19,4	16

Source : GESTRED, Bilan P-13, 20 mai 2009.
GESTRED, Bilan P-13, 2010.

Même si la cible concernant le nombre de personnes desservies en soins palliatifs à domicile n'est pas atteinte, les agences affirment ne pas avoir de liste d'attente et répondre en priorité à toutes les demandes de soins palliatifs qui leur sont adressées.

LA COORDINATION DES SOINS PALLIATIFS

Mesure des Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer

- 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.

Une collecte de données indique que 70 % des CSSS confirment l'existence d'un mécanisme de coordination des services en soins palliatifs. Toutefois, les données ne permettent pas de conclure que les intervenants du milieu sont intégrés dans cette coordination. Ces constats orienteront les travaux à venir pour que les CSSS mettent en place et consolident cette coordination en collaboration avec l'ensemble des acteurs utiles à la prestation de soins palliatifs de qualité dans tous les milieux de vie et de soins.

L'AGRÉMENT DES MAISONS DE SOINS PALLIATIFS

Mesure des Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer

- Définir des critères administratifs permettant d'encadrer la prestation et la qualité des services et certains aspects du fonctionnement des maisons de soins palliatifs.

Le processus d'encadrement administratif des maisons de soins palliatifs mis en place en avril 2008 prévoyait des mesures de transition pour allouer aux maisons existantes qui ne répondaient pas à certaines exigences spécifiques un délai maximal de deux ans pour la mise à niveau de leurs installations et de leur offre de service. Les dix maisons qui devaient démontrer qu'elles avaient apporté les correctifs pour se conformer à l'ensemble des conditions ont reçu leur agrément, valide jusqu'au 31 mars 2012.

Par ailleurs, quatre nouvelles maisons dans autant de régions ont reçu leur agrément jusqu'en mars 2012, ce qui représente un ajout de 39 lits.

Le document intitulé *Modalités d'encadrement administratif des maisons de soins palliatifs – Rapport du Comité sur l'agrément des maisons de soins palliatifs* est disponible à l'adresse suivante : www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/cancer/index.php?id=19,55,0,0,1,0.

LE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES EN SOINS PALLIATIFS

Mesure des Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer

- Concevoir un plan directeur de formation des intervenants en soins palliatifs.

Le *Plan directeur de développement des compétences des intervenants en soins palliatifs* a notamment établi le profil des compétences d'une douzaine de professions susceptibles de participer à une équipe interdisciplinaire en soins palliatifs. Il propose également des stratégies pour le développement des compétences et un inventaire de ressources de formation en soins palliatifs.

À titre indicatif, ce document de 250 pages a été téléchargé à 387 reprises entre le 1er février 2010 et le 31 mars 2010, ce qui suggère que la formation des intervenants est une préoccupation réelle et que le document garde son intérêt en dépit du fait qu'il a été publié il y a deux ans.

Un comité de travail a continué à développer le profil des compétences d'autres intervenants. Les profils des auxiliaires familiales, des inhalothérapeutes, des massothérapeutes, et des intervenants de la thérapie par l'art ou par la musique seront disponibles dans les pages « Cancer » du site Internet du MSSS aussitôt leur édition terminée.

Le Plan directeur de développement des compétences des intervenants en soins palliatifs est disponible sur le site Internet du MSSS à l'adresse suivante : publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-902-03.pdf.

LES ÉQUIPES INTERDISCIPLINAIRES EN SOINS PALLIATIFS

Mesure des Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer

- Constituer pour chacune des régions du Québec une équipe interdisciplinaire spécialisée en soins palliatifs, y compris les soins palliatifs pédiatriques.

Le premier cycle du processus de désignation des équipes n'a pas permis de reconnaître de telles équipes dans toutes les régions du Québec. Toutefois, les équipes désignées spécialisées en soins palliatifs sont des équipes suprarégionales, de sorte qu'elles peuvent soutenir des équipes locales dans leur offre de service.

En raison du petit nombre de patients en soins palliatifs pédiatriques, la mise en place d'une équipe spécialisée dans chaque région ne permettrait pas d'avoir une masse critique suffisante pour développer et maintenir une expertise de pointe. Toutefois, des corridors avec les équipes spécialisées dans les centres mère-enfant et les hôpitaux spécialisés doivent être consolidés pour permettre l'accès à ces services partout au Québec.

LES LITS DE SOINS PALLIATIFS

Le nombre de lits dédiés aux soins palliatifs est passé de 557 en 2008-2009 à 615 en 2009-2010 soit une augmentation 58 lits ou 10%. En 2009-2010, la cible de 50 lits par 500 000 de population est atteinte à 78 % (tableau 4).

Tableau 4 : Nombre de lits dédiés aux soins palliatifs

	Nombre de lits	Cible	Proportion	Écart
2009-2010	615	788*	78%	173

Source : GESTRED, Bilan P-13 2010, revu et corrigé en septembre 2010.

* Basé sur la cible de 50 lits par 500 000 personnes et la population du Québec en 2010 selon l'Institut de la statistique du Québec.

La moitié des 615 lits se retrouvent en milieu hospitalier, 27 % en maison de soins palliatifs et le reste en centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD) (tableau 5).

Tableau 5 : Localisation des lits de soins palliatifs en 2009-2010

	2009-2010	
	Lits	% du total des lits
Centre hospitalier (CH)	180	29 %
CH universitaire	127	21 %
CHSLD	140	23 %
Maison de soins palliatifs	168	27 %
Total	615	100 %

LES UNITÉS DE SOINS PALLIATIFS

Mesure des Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer

- Mettre en place des unités de soins palliatifs dans les centres hospitaliers universitaires et régionaux.

L'objectif de cette mesure est d'assurer que des établissements pourront développer une expertise de pointe en soins palliatifs grâce à un volume d'activités suffisant pour permettre de dédier le personnel de l'unité entièrement à cette fonction. Cette expertise faciliterait le transfert des connaissances et les équipes de ces unités pourraient soutenir les intervenants d'équipes plus petites ou aux prises avec des situations complexes.

Le regroupement en unités favorise également un aménagement physique plus adapté aux soins et plus agréable pour les malades et leurs proches. De fait, dans les centres hospitaliers universitaires et les maisons de soins palliatifs, les lits dédiés aux soins palliatifs sont tous regroupés en unités (tableau 6). Dans les centres hospitaliers non universitaires, 75% des 180 lits dédiés aux soins palliatifs recensés soit 135 lits sont regroupés en unités. Aussi, 63 %, des 140 lits de soins palliatifs en CHSLD, soit 88 lits sont regroupés en unités.

Tableau 6 : Lits de soins palliatifs regroupés en unités selon le type d'établissement

	Pourcentage des lits regroupés
Centre hospitalier (CH)	75 %
CH universitaire	100 %
CHSLD	63 %
Maison de soins palliatifs	100 %

LES SOINS PALLIATIFS PÉDIATRIQUES

Mesure des Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer

- Encourager l'appropriation et faciliter l'application des Normes en matière de soins palliatifs pédiatriques.

Cette mesure a été l'objet d'une attention particulière au cours des années antérieures. En effet, la Direction de la lutte contre le cancer a publié et largement diffusé dans les différents milieux concernés par la pratique pédiatrique les *Normes en matière de soins palliatifs pédiatriques* ainsi que sa *Grille de suivi et d'évaluation pour l'application des nomes en matière de soins palliatifs pédiatriques.*

La Maison André-Gratton est un organisme où des soins palliatifs pédiatriques sont prodigués selon ces normes. Un travail étroit avec la ressource en 2009-2010 ainsi qu'avec l'ensemble des partenaires financiers aura permis de consolider le financement de cette maison, qui est de plus en plus reconnue pour son expertise et qui pourrait être une alliée de différents milieux partout au Québec.

LES SOINS PALLIATIFS POUR LES PERSONNES ATTEINTES DE MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE

La Direction de la lutte contre le cancer a soutenu financièrement un projet pilote sur les soins palliatifs offerts aux personnes atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) en fin de vie. Mené dans la région des Laurentides, le projet visait à accroître l'accès aux services de soins palliatifs de fin de vie pour les personnes atteintes de ces maladies de même qu'à améliorer l'organisation de ces services tout en mettant de l'avant des pratiques cliniques à partager. Un volet pronostic faisait également partie du projet dans le but de prédire le meilleur moment pour passer des soins curatifs aux soins palliatifs.

Les résultats de ce projet à portée régionale, dont notamment 21 outils cliniques, ont été mis à profit par des activités de formation à plus de 300 professionnels. Au printemps 2010, l'équipe de projet a déposé à la Direction de la lutte contre le cancer son rapport intitulé *Guide pour l'implantation optimale des Protocoles pour les personnes atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) en fin de vie*. Ce rapport a été distribué auprès des agences, qui sont invitées à le diffuser dans les milieux de soins appropriés.

De projet pilote, il est devenu un projet de recherche posant comme hypothèses, notamment, que l'intervention devrait avoir pour effet de diminuer le nombre de visites à l'urgence, de diminuer le nombre d'actes invasifs à la fin de la vie et d'augmenter le nombre de patients pouvant bénéficier de soins palliatifs. Une évaluation approfondie du projet est en cours.

TENIR COMPTE DE LA PERSPECTIVE DES PERSONNES ATTEINTES ET DE LEURS PROCHES AIDANTS

La prise en compte des besoins des patients, de leurs préférences, de leurs attentes et de leurs priorités constitue une facette essentielle de la qualité des soins.

Mesures des Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer

- Faire une enquête sur la qualité des services en matière de lutte contre le cancer au Québec, en se basant sur l'expérience des personnes atteintes de cancer.

L'ENQUÊTE QUÉBÉCOISE SUR LA QUALITÉ DES SERVICES DE LUTTE CONTRE LE CANCER 2008 : PORTRAIT STATISTIQUE DES PERSONNES AYANT REÇU UN TRAITEMENT

La Direction de la lutte contre le cancer, en collaboration avec la Direction des études et des analyses, a mandaté (en 2006) l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) pour tenir une enquête à portée provinciale auprès des adultes ayant reçu des soins et des services (chirurgie, chimiothérapie ou radiothérapie) pour un cancer entre le 1er avril 2005 et le 31 mars 2006. Ce mandat s'inscrivait non seulement dans un contexte marqué par le déploiement des IPO et la désignation des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer préconisés par le PQLC mais également par la préoccupation du MSSS de disposer d'information sur la « qualité rendue » des services de lutte contre le cancer en vérifiant l'expérience de soins vécue par les usagers (par opposition à une enquête de satisfaction).

En rendant compte du point de vue des personnes atteintes de cancer quant à leur expérience des soins et des services reçus, les objectifs de cette enquête étaient les suivants:

- dégager les éléments susceptibles d'améliorer la qualité des services et des soins du point de vue des personnes atteintes de cancer ;
- générer des données représentatives au niveau provincial et, si possible, au niveau régional ;
- obtenir une mesure de base de la qualité des services de lutte contre le cancer au moment de l'implantation des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer au Québec ;
- suivre les changements dans la qualité des traitements et des services reçus par les personnes atteintes de cancer dans le temps (plus d'un cycle est prévu).

Pour élaborer le questionnaire, on s'est inspiré d'enquêtes effectuées ailleurs (Royaume-Uni, États-Unis, Canada) et des groupes de discussion avec des experts et des patients ont été tenus. Le questionnaire était organisé selon la séquence habituelle du parcours thérapeutique : l'investigation, le diagnostic et la planification des traitements, les traitements proprement dits (chimiothérapie, radiothérapie et chirurgie) et le suivi. Des questions portant sur différentes dimensions concernant la prestation de services (respect, qualité de la relation/communication entre les intervenants et les patients, information, accessibilité des soins, soutien, etc.) ont également été formulées. Un volet portant sur la prévention/promotion a été développé.

Le début des envois du premier cycle a eu lieu du 28 au 30 mai 2008. Le questionnaire a été expédié par la poste. Les gens pouvaient y répondre seuls ou avec de l'aide par entrevue téléphonique. La réception des réponses a été complétée le 7 septembre 2008.

Cette enquête est la première du genre dans le domaine du cancer à l'échelle du Québec. Plus de 8 700 personnes réparties dans 16 régions sociosanitaires du Québec ont témoigné de la qualité des services reçus. Rendu public le 13 avril 2010, le rapport de l'ISQ [15] fournit des données populationnelles sur les événements de la période prétraitement, sur les soins et les services reçus pendant le traitement et sur le suivi médical une fois le traitement terminé. Plusieurs sujets sont abordés, dont l'implication des personnes visées et de leurs proches dans la prise de décision, l'information transmise par les professionnels et le soutien dont les personnes ont pu bénéficier. pour parvenir à modifier leurs habitudes de vie, si nécessaire. Les résultats sont présentés de façon globale pour tout le Québec et sont aussi stratifiés par région.

La dissémination active des résultats de cette enquête auprès des parties prenantes (MSSS, agences de la santé et des services sociaux, établissements) est en cours.

Le rapport de l'ISQ est disponible en ligne à l'adresse suivante:

http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/enq_cancer.htm

LE SOUTIEN À DES INITIATIVES COMMUNAUTAIRES

Le congrès du Réseau de soins palliatifs du Québec

La Direction de la lutte contre le cancer a contribué financièrement au congrès annuel du Réseau de soins palliatifs du Québec. Ce congrès est un événement extrêmement porteur de formation et de réseautage entre les intervenants. Près de 1 100 intervenants des secteurs de la santé et des services sociaux, bénévoles ou non, participent à cette importante activité de formation continue et améliorent ainsi leur savoir, leur savoir être et leur savoir faire.

Le Regroupement provincial des organismes et groupes d'entraide communautaire en oncologie

Les bénévoles et les groupes communautaires sont des partenaires importants dans la lutte contre le cancer et l'accompagnement des personnes atteintes et leurs proches. C'est pourquoi la Direction de la lutte contre le cancer a accordé un soutien financier au Regroupement, dont la mission consiste à représenter ses organisations membres, à soutenir leur développement, à promouvoir l'entraide et l'action communautaire en oncologie.

Les hôtelleries cancer

Les hôtelleries cancer sont des organismes communautaires qui offrent des services d'hébergement aux patients qui doivent recevoir des traitements loin de leur résidence, en particulier lors des traitements de radiothérapie. Suivant son objectif de faciliter l'accès aux services, la Direction soutient financièrement les hôtelleries de la Fondation québécoise du cancer qui accueillent des personnes atteintes de cancer dans ses installations en Estrie, en Outaouais, à Montréal et en Mauricie. En 2009-2010, ces quatre hôtelleries ont enregistré 19 267 nuitées. Il y a lieu de préciser que ces données excluent les nuitées de l'hôtellerie montréalaise de la Société canadienne du cancer et celles de l'Association du cancer de l'Est du Québec, qui ont respectivement une entente avec l'Agence de Montréal et celle du Bas-Saint-Laurent.

FAVORISER LA CONTINUITÉ ET LA COMPLÉMENTARITÉ DES SOINS ET DES SERVICES OFFERTS PAR LES ÉTABLISSEMENTS DU RÉSEAU QUÉBÉCOIS ET LES INSTANCES LOCALES AUTOCHTONES

La satisfaction des besoins de santé des personnes appartenant aux dix Premières Nations et des Inuits du Québec pose des défis particuliers aux systèmes de soins et de services. Les 11 nations autochtones du Québec représentent environ 1 % de sa population. Les 55 communautés autochtones sont réparties sur tout le territoire du Québec, avec des îlots de concentration

localisés surtout dans les régions de la Côte-Nord, de l'Abitibi-Témiscamingue, des Terres-Cries-de-la-Baie-James et du Nunavik. Vingt-cinq pour cent des autochtones vivent dans des centres urbains, hors des communautés. En plus des défis entraînés par la dispersion de cette population et par la nécessité d'adapter les soins et les services aux différents traits culturels propres à ces nations, la prestation continue et complémentaire des soins et des services doit s'ajuster selon les champs de compétence établis. En effet, la responsabilité de la prestation et du financement des services de santé et des services sociaux destinés aux Autochtones relève de différents paliers de gouvernement selon la nature des services offerts et selon le lieu de résidence [16] :

- Dans les communautés autochtones conventionnées, c'est-à-dire vivant sur les terres qui sont régies par la Convention de la Baie-James et du Nord québécois et la Convention du Nord-Est québécois, le gouvernement du Québec assume la responsabilité du financement des services de santé et des services sociaux en vertu des conventions précitées. Les territoires de la nation inuite et ceux de la nation crie constituent deux régions sociosanitaires distinctes au Québec administrées respectivement par la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, et le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James. Quant à la communauté naskapie de Kawawachikamach, elle possède, depuis le 21 juillet 2001, son propre CLSC, lequel relève de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord. En plus des services et des programmes universels, y compris ceux de santé publique, le Québec est également responsable du financement des services de santé non assurés pour les Cris, les Inuits et les Naskapis qui résident dans les communautés conventionnées, et ce, selon les mêmes règles que Santé Canada en la matière (principalement le remboursement des médicaments prescrits, des soins de la vue, des soins dentaires, de certains types de fournitures et d'équipements médicaux, du transport pour raison médicale et des interventions en situation de crise (suivi psychologique). Enfin, les nations crie, inuite et naskapie continuent de bénéficier de certains programmes financés par le gouvernement fédéral en matière de santé, notamment celui des soins à domicile et la plupart des programmes de santé communautaire financés par Santé Canada.
- Dans les communautés autochtones non conventionnées, le financement des services de santé et des services sociaux est la responsabilité du gouvernement fédéral, à l'exception des soins médicaux qui sont couverts par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Cela inclut, notamment, les programmes de santé communautaire axés sur la promotion de la santé et la prévention des maladies, y compris la vaccination et la prévention du tabagisme. Les établissements du réseau québécois prodiguent les soins et les services de santé de deuxième et de troisième lignes, notamment les soins nécessitant une hospitalisation ou un hébergement de longue durée. Par ailleurs, il est important de préciser que tous les autochtones, peu importe leur lieu de résidence, peuvent venir chercher des services dans le réseau de la santé et des services sociaux comme tout autre québécois.
- Les membres des Premières Nations et les Inuits qui résident hors des communautés autochtones bénéficient du programme de services de santé non assurés de Santé Canada.

Ce morcellement des responsabilités impose des ajustements organisationnels pour que ces populations reçoivent des soins et des services de lutte contre le cancer qui soient complémentaires et offerts en continuité.

Mesure des Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer

- Établir des liens et réaliser des protocoles pour assurer le suivi, lors du retour dans une communauté autochtone, des soins et des services dispensés dans un établissement du réseau québécois.

En collaboration avec la Direction des affaires autochtones, ethnoculturelles et régions nordiques du MSSS ainsi qu'avec les régions administratives concernées et en fonction des responsabilités des RUIS, la Direction de la lutte contre le cancer effectue une planification, une gestion et une évaluation inclusives concernant les personnes atteintes de cancer et leurs proches dans les Premières Nations et la nation inuite.

4

Soutenir l'évolution des pratiques

Soutenir l'évolution des pratiques

Le quatrième axe d'intervention des *Orientations prioritaires 2007-2012* du PQLC vise à assurer l'amélioration continue de la qualité des soins et des services en créant les conditions optimales pour la formation professionnelle de base et continue ainsi que la création, le partage et le transfert des connaissances. Cet axe comporte six objectifs :

- promouvoir le rôle du médecin de famille dans la lutte contre le cancer ;
- promouvoir régionalement l'excellence des pratiques ;
- encourager l'engagement des RUIS dans la lutte contre le cancer ;
- favoriser l'adoption d'une pratique fondée sur des données probantes ;
- encourager la prise en compte des enjeux reliés à la lutte contre le cancer dans les priorités des organisations impliquées dans la recherche sur le cancer ;
- favoriser le partage d'information et divers échanges avec nos partenaires canadiens et internationaux.

PROMOUVOIR LE RÔLE DU MÉDECIN DE FAMILLE DANS LA LUTTE CONTRE LE CANCER

L'avis intitulé *Le médecin de famille et la lutte contre le cancer*, publié par le MSSS en 2005 décrit la place essentielle que joue le médecin de famille dans la première ligne de soins et de services en ce domaine. La Direction de la lutte contre le cancer et la Direction de l'organisation des services de première ligne intégrés du MSSS travaillent de concert avec les organisations qui sont parties prenantes dans ce dossier.

PROMOUVOIR RÉGIONALEMENT L'EXCELLENCE DES PRATIQUES

LA FORMATION À L'INTERDISCIPLINARITÉ

Comme le préconise le PQLC, les équipes de lutte contre le cancer doivent travailler en interdisciplinarité. L'action des différents intervenants doit être concertée et centrée sur le patient. De plus, leurs activités doivent s'intégrer avec celles des partenaires du réseau de la santé. Enfin, les équipes de lutte contre le cancer doivent adopter des stratégies pour favoriser la participation des personnes atteintes aux processus décisionnels qui les concernent.

Mesure des Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer

- Soutenir la formation sur l'interdisciplinarité pour améliorer le fonctionnement des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer.

Afin de faciliter le travail en interdisciplinarité, la Direction de la lutte contre le cancer a soutenu les agences pour organiser des formations au travail interdisciplinaire pour les membres des équipes de lutte contre le cancer. En 2009-2010, d'après les données du système d'information GESTRED, 81 équipes réparties dans 14 régions ont reçu une telle formation.

LE RÔLE DE L'ÉQUIPE RÉGIONALE

L'évolution et le maintien des pratiques cliniques fondées sur les données probantes peuvent s'exercer de façon optimale au sein de réseaux régionaux [17].

Mesure des Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer

- S'assurer que l'équipe régionale assume ses responsabilités quant à la formation, au soutien, à la supervision et à l'évaluation.

Compte tenu des constantes avancées des connaissances concernant la lutte contre le cancer, la formation continue est une condition essentielle à une intervention qui respecte les données probantes. Aussi, les intervenants des équipes interdisciplinaires doivent pouvoir bénéficier d'une formation continue appropriée pour maintenir à jour leurs connaissances et leur expertise. Or, il appartient à l'équipe régionale, en concertation avec l'Agence, d'organiser cette formation pour les membres des équipes de son réseau régional. Présentement, 6 agences sur 16 ont un plan régional de formation. La Direction de la lutte contre le cancer entend donc travailler avec les agences pour les aider à structurer leur réseau de façon à assurer la formation continue de leurs équipes.

LES COMITÉS DE THÉRAPIE DU CANCER

Mesure des Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer

- Faciliter l'accès à des comités de thérapie du cancer dans chaque région.

Afin de dresser un portrait de l'organisation de la lutte contre le cancer, la Direction de la lutte contre le cancer réalise une collecte de données à l'aide de GESTRED. Cela permet de suivre l'évolution des équipes concernant leur fonctionnement en interdisciplinarité et notamment leur

accès à un comité des thérapies du cancer. Il s'agit d'une réunion de concertation entre différents experts en oncologie, entre autres des chirurgiens, des oncologues médicaux, des pharmaciens et des pathologistes, afin de permettre des discussions scientifiques sur les cas complexes et de proposer aux médecins traitants des orientations concernant la bonne pratique médicale et les meilleurs traitements, basés sur les données probantes ou la recherche. Selon les données fournies, alors qu'en 2008-2009, 47 % des équipes avaient accès à un tel comité, en 2009-2010, cette proportion est passée à 60 %.

ENCOURAGER L'ENGAGEMENT DES RUIS DANS LA LUTTE CONTRE LE CANCER

Les quatre réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) ont pour mission de « favoriser la concertation, la complémentarité et l'intégration des missions de soins, d'enseignement et de recherche des établissements de santé ayant une désignation universitaire et des universités auxquelles sont affiliés ces établissements[16] ».

LA CONTRIBUTION DES EXPERTS DES ÉQUIPES DE LUTTE CONTRE LE CANCER

La Direction de la lutte contre le cancer met à profit l'expérience et les connaissances des experts québécois pour l'amélioration continue de la qualité des soins et des services en cancer.

Mesure des Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer

- Créer des communautés de pratique soutenant la participation des équipes suprarégionales pour améliorer la qualité de la pratique en oncologie.

Pour ne citer que deux exemples, dans les travaux préparatoires au Programme québécois de dépistage du cancer colorectal, les experts des équipes suprarégionales désignées en cancers du système digestif (CUSM, HMR, CHUM, CHUQ) ont été mis à contribution dans les groupes de travail mandatés par la Direction de la lutte contre le cancer pour élaborer et adopter les normes de pratique clinique et d'organisation des services en coloscopie.

Par ailleurs, lors des événements de l'été 2009 en anatomopathologie mammaire, un comité d'experts multidisciplinaire, dont faisaient partie plusieurs membres du comité consultatif en anatomopathologie, a été formé pour éclairer les décisions afin de rassurer la population et les professionnels des milieux de soins sur la qualité des analyses d'immunohistochimie. Les recommandations de ce comité ont été rendues disponibles rapidement (voir la section 4.4.2.2).

L'INTÉGRATION DU RÉSEAU HIÉRARCHISÉ DE LUTTE CONTRE LE CANCER ET DES RUIS

Parallèlement au développement des RUIS, la désignation des équipes interdisciplinaires en oncologie a permis la création d'une infrastructure panquébécoise de lutte contre le cancer en mode réseau hiérarchisé.

Mesure des Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer

- Pour chaque territoire de RUIS, concevoir un plan d'action relatif aux priorités de ces Orientations qui soit adapté aux besoins des agences.

Pour répondre aux enjeux territoriaux concernant leur mission propre, les RUIS peuvent mettre à profit l'expertise et la mission des équipes suprarégionales de lutte contre le cancer désignées, notamment en ce qui concerne la formation, l'enseignement et la recherche.

De plus, la Direction de la lutte contre le cancer a soutenu les agences dans la mise en place d'une structure de coordination de la lutte contre le cancer dans les différentes régions du Québec. Les agences sont invitées à faire une synthèse des priorités au niveau régional et à transmettre aux RUIS les enjeux qui les concernent et pour lesquels ils peuvent apporter leur soutien et jouer leur rôle en formation, en développement d'outils d'aide à la décision clinique et pour l'offre de services spécialisés. Le cas échéant, des tables RUIS peuvent être mises en place pour aborder des problématiques spécifiques.

Le travail des RUIS sur la téléformation en oncologie est un bel exemple du soutien qu'ils peuvent apporter aux régions intermédiaires et éloignées. Il importe toutefois que les RUIS se concertent afin de développer une offre de services en formation (notamment en oncologie) qui soit complémentaire et qui facilite l'accès pour les régions éloignées et intermédiaires.

Lors de la formation de ses comités consultatifs, la Direction de la lutte contre le cancer vise, autant que faire se peut, à obtenir une représentativité des quatre RUIS.

L'ENSEIGNEMENT

Mesure des Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer

- Mettre sur pied des programmes de formation de base et continue destinés aux professionnels impliqués dans les soins et les services offerts aux personnes atteintes de cancer et à leurs proches (p. ex. : certification universitaire en soins infirmiers en oncologie, infirmières praticiennes en oncologie, formation des intervenants psychosociaux, des nutritionnistes et des pharmaciens, formation des futurs médecins eu égard à l'humanisation de l'annonce du diagnostic).

16. Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., chapitre S-4.2, article 436.1

Dans le cadre de ses travaux, le Groupe consultatif des infirmières en oncologie planifie un projet pilote visant à expérimenter un module de formation « e-learning » à l'intention des infirmières pivots en oncologie pratiquant au Québec, en partenariat avec le Centre d'expertise en santé de Sherbrooke. Ce module serait développé à partir du programme de formation ministériel élaboré à l'intention des infirmières pivots en oncologie en 2008 et s'adresserait également aux infirmières qui travaillent auprès de la clientèle en oncologie. Ces modules comprendront un tronc commun pour les infirmières qui travaillent auprès de la clientèle en oncologie et d'autres professionnels.

FAVORISER L'ADOPTION D'UNE PRATIQUE FONDÉE SUR DES DONNÉES PROBANTES

L'élaboration de guides de pratique clinique s'appuie sur des données probantes valides et reconnues par le milieu scientifique médical. Les recommandations contenues dans les guides visent à éclairer les décisions de soins.

LE COMITÉ DE L'ÉVOLUTION DES PRATIQUES EN ONCOLOGIE (CEPO)

L'adoption, par les praticiens, des recommandations contenues dans les guides, dépend, entre autres, de la perception qu'ils ont de la validité scientifique du processus d'élaboration de ces guides, ainsi que de l'indépendance éditoriale du Comité de l'évolution des pratiques en oncologie (CEPO). La Direction de la lutte contre le cancer, tout en assumant depuis quelques années déjà la coordination du CEPO, maintient avec lui une distance de gouverne garante de son indépendance.

Mesures des Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer

- Mandater et soutenir le Comité de l'évolution des pratiques en oncologie (CEPO) pour l'élaboration des guides de pratique quant à l'utilisation appropriée des nouveaux agents antinéoplasiques.
- Soutenir la production et l'adaptation de guides de pratique clinique en oncologie par le Comité de l'évolution des pratiques en oncologie (CEPO) et en évaluer l'adoption par les praticiens.

Dans un but d'amélioration continue de la qualité de ses travaux et de ses processus, le CEPO a invité le docteur Gordon Guyatt, professeur au Département d'épidémiologie clinique et de biostatistiques de l'Université McMaster, afin qu'il présente aux membres son outil d'évaluation de qualité des études scientifiques, l'outil GRADE. Au cours de la prochaine année, les responsables méthodologiques du CEPO s'affaireront à évaluer la faisabilité d'utiliser cet outil.

Au cours de l'exercice 2009-2010, le CEPO a publié deux guides de pratique clinique portant sur les problématiques suivantes :

- *La résection du cancer du côlon : comparaison de la chirurgie par laparoscopie à la chirurgie ouverte (mars 2010);*
- *La prévention et le traitement des nausées et vomissements induits par la chimiothérapie ou la radiothérapie chez l'adulte (juin 2009).*

Ces documents peuvent être consultés en version électronique à l'adresse suivante : www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/cancer

De plus, les travaux suivants sont en cours au CEPO :

- *Utilisation du sorafenib (Nexavar^MC) dans le traitement du cancer du rein avancé ;*
- *Utilisation du sunitinib (Sutent^MC) dans le traitement du cancer du rein avancé* ;*
- *Traitement néo-adjuvant et adjuvant du cancer du pancréas résécable* ;*
- *Traitement préventif et curatif de la thrombose sur cathéter* ;*
- *Traitement adjuvant du cancer de la vessie ;*
- *Utilisation des anti-EGFR dans le traitement du cancer colorectal métastatique.*

Au cours de l'année 2009-2010, la Direction de la lutte contre le cancer a revu le mandat et le mode de fonctionnement du Comité des pharmaciens du CEPO. Le mandat général du Comité des pharmaciens consiste à soutenir le CEPO dans l'élaboration d'outils cliniques portant sur l'utilisation de thérapies systémiques (antinéoplasiques, thérapies ciblées, etc.) et destinés aux cliniciens ou aux patients. Plus particulièrement, en s'appuyant sur les meilleures preuves scientifiques disponibles, le Comité des pharmaciens a le mandat de :

1. préparer des guides d'administration à l'intention des professionnels de la santé des différentes molécules ou protocoles de chimiothérapie utilisés en oncologie ;
2. préparer, en lien avec les guides d'administration, des fiches de conseils destinés aux patients recevant ces molécules utilisées en oncologie ;
3. préparer (ou adapter au besoin) des guides de pratique clinique portant sur le traitement systémique du cancer et les soins de support (antiémétiques, thérapies ciblées, etc.).

Les travaux de ce comité ont mené à l'élaboration de sept nouveaux guides d'administration et douze mises à jour, de même que six nouvelles fiches de conseils destinées aux patients et une mise à jour.

* Ces trois guides sont publiés au moment de la parution du présent rapport.

Une collaboration étroite existe entre la Direction de la lutte contre le cancer, le CEPO, le Groupe d'étude en oncologie du Québec (GEOQ), le Programme de gestion thérapeutique des médicaments (PGTM), le Conseil du médicament et l'Unité d'évaluation en oncologie de l'AETMIS. Au cours de l'année, deux avis ont été fournis par le CEPO au Conseil du médicament afin de soutenir ce dernier dans l'évaluation de la valeur thérapeutique des antinéoplasiques. De plus, deux nouveaux mandats (protonthérapie et coût en cancer) ont été confiés à l'Unité d'évaluation en oncologie de l'AETMIS et les cinq rapports ou notes informatives suivants ont été déposés à la Direction :

- *Télémédecine et radio-oncologie. État des connaissances* (mai 2009) ;
- *Stadification initiale du cancer de l'œsophage : revue systématique sur la performance des méthodes diagnostiques* (juin 2009) ;
- *Traitement curatif du cancer de l'œsophage : revue systématique sur la thérapie néo adjuvante et la chimioradiothérapie seule* (novembre 2009) ;
- *La biopsie des ganglions sentinelles dans le cadre du traitement du cancer du sein : aspects techniques* (décembre 2009) ;
- *La protonthérapie* (version préliminaire, mars 2010).

Ces rapports sont disponibles sur le site Internet de l'AETMIS (www.aetmis.gouv.qc.ca).

Finalement, dans la perspective du développement du futur Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), il importe d'amorcer des réflexions sur la place que pourrait occuper l'oncologie au sein de cette nouvelle structure. La base du futur INESSS sera constituée par le regroupement de l'AETMIS et du Conseil du médicament. Le mandat de l'AETMIS a d'ailleurs été revu afin de se rapprocher des nouvelles fonctions confiées à l'INESSS, notamment l'élaboration de « guides de pratique ». Dans ce contexte, les mécanismes de la nécessaire collaboration entre le CEPO et l'INESSS seront à établir. La Direction de la lutte contre le cancer explore les diverses possibilités dans ce dossier et travaille à assurer une place de choix pour l'oncologie en veillant à la pérennité de l'Unité d'évaluation en oncologie et à l'arrimage efficace des travaux du CEPO à ceux du Conseil du médicament.

L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ

Mesure des Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer

- Concevoir et créer les outils nécessaires afin d'uniformiser la pratique en oncologie et en favoriser l'appropriation par les associations professionnelles concernées (p. ex. : standardisation des rapports de pathologie, uniformisation des protocoles opératoires).

Les protocoles opératoires en chirurgie oncologique

Le projet pilote « *Standardisation et mise sous forme synoptique des protocoles opératoires en cancer* » a pour but premier de démontrer la faisabilité de standardiser les protocoles opératoires pour les cancers du côlon et du rectum et de les intégrer sous forme synoptique au moyen d'une solution Web dans des hôpitaux ciblés du Québec. Le projet se fait en collaboration avec l'Alberta et est soutenu financièrement par le Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat). La Direction de la lutte contre le cancer, le CEPO et l'Association québécoise de chirurgie sont des partenaires. Les hôpitaux participants sont les trois pavillons du Centre hospitalier universitaire de Québec et le Centre hospitalier régional du Grand-Portage du CSSS de Rivière-du-Loup. Au cours de l'année 2009-2010, les 14 chirurgiens actifs en chirurgie colorectale ont reçu la formation requise. Depuis, des protocoles opératoires synoptiques sont rédigés dans ces établissements pour les chirurgies du cancer colorectal. Les résultats préliminaires semblent prometteurs. Les travaux se poursuivent pour l'amélioration de la solution technologique afin de rendre les protocoles opératoires plus conviviaux pour consultations et analyses subséquentes.

Le remplacement des rapports conventionnels narratifs par des rapports synoptiques offrira de nombreux avantages, dont l'optimisation de la qualité des données et l'uniformisation de la pratique. De plus, ils permettront la création d'une base de données, constituée à partir de données fiables, sur toutes les chirurgies oncologiques pour un cancer donné dans un hôpital ou une région, permettant ainsi de mieux cerner les problèmes et les lacunes reliés aux interventions chirurgicales pour le cancer au Québec.

L'anatomopathologie

La Direction de la lutte contre le cancer a priorisé les travaux en anatomopathologie en mettant sur pied, à l'automne 2008, le Comité consultatif en anatomopathologie. Le mandat général de ce comité consiste à cerner les principaux enjeux de la pathologie au Québec et à proposer des interventions spécifiques pour l'amélioration continue de la qualité dans le respect des principes de la médecine fondée sur les données probantes. Ce comité, composé d'experts cliniciens, a amorcé ses travaux le 1er octobre 2008.

Les mandats spécifiques à aborder au cours de l'année 2009-2010 étaient les suivants :

- Élaborer un programme d'assurance qualité en anatomopathologie ;
- Assurer un suivi des travaux de standardisation des rapports de pathologie ;
- Élaborer un plan d'action afin de contrer la pénurie des effectifs médicaux et technologistes en anatomopathologie.

Dans un premier temps, soit en avril et mai 2009, quatre sous-groupes de travail ont été formés afin que soit standardisé le contenu des rapports de pathologie pour les cancers du sein, de la prostate, du poumon et colorectal. De même, des travaux préliminaires menant à l'élaboration d'un état de situation sur la question des effectifs ont été entamés. Toutefois, les priorités de travail dans ce dossier ont été revues compte tenu de la crise en pathologie mammaire survenue le 27 mai 2009.

En effet, la sortie publique en mai 2009 des résultats d'une étude portant sur la détermination du statut du marqueur HER-2 et des récepteurs hormonaux en pathologie mammaire a généré une inquiétude quant à la qualité des analyses d'immunohistochimie effectuées pour éclairer le choix de traitement. La Direction de la lutte contre le cancer a donc réajusté ses priorités d'action pour l'année 2009-2010 afin de concentrer les énergies au dossier de la pathologie.

Rapidement, en réponse à cette sortie médiatique, ont été effectués sondages, états de situation, bilans, compilations, rapports et évaluations concernant notamment les contrôles de qualité utilisés dans les laboratoires de pathologie québécois et les volumes d'activités. La Direction de la lutte contre le cancer a coordonné ces travaux, lesquels ont mené entre autres à l'émission de la circulaire ministérielle no 2009-029 rendant obligatoire pour les laboratoires la participation à un programme de contrôles externes de qualité pour l'analyse immunohistochimique des marqueurs dans le cancer du sein.

La Direction de la lutte contre le cancer a coordonné les travaux d'un comité d'experts formé de grands spécialistes québécois en cancer du sein et constitué expressément à la demande du ministre Yves Bolduc, afin de le soutenir dans la gestion de cette crise majeure en pathologie mammaire. Un rapport faisant état des recommandations de ces experts a été rendu public le 4 juin 2009. Les recommandations émises par ce comité d'experts ont toutes été entérinées par le MSSS et ont servi d'assise à la gestion de la crise.

Suivant ces recommandations, une démarche de réévaluation de certaines analyses a été entreprise. En collaboration avec les experts du domaine et les directions ministérielles concernées, la Direction de la lutte contre le cancer a prévu l'encadrement clinique et administratif menant notamment à la sélection des tests à reprendre, la reprise des tests elle-même, l'interprétation des nouveaux résultats, les communications avec les patientes et le réseau. Pour ce faire, une base de données a été mise sur pied afin d'assurer un suivi adéquat de toutes les personnes concernées par cette démarche de reprises des tests en pathologie mammaire.

En parallèle, les travaux du Comité consultatif en anatomopathologie se sont poursuivis. Notamment, les membres de ce comité ont répondu à une demande du ministre Bolduc en élaborant le Plan global d'assurance qualité en anatomopathologie dans un délai exceptionnel de quatre mois. La Direction de la lutte contre le cancer a coordonné ces travaux, lesquels ont aussi comporté une série de consultations ciblées auprès d'experts du domaine et des principales instances concernées. Ce plan global propose un cadre général pour le Programme québécois d'assurance qualité, lequel comprend des éléments concernant, entre autres, l'assurance qualité interne, les contrôles externes de qualité et diverses mesures de soutien aux laboratoires.

Tous les experts consultés ont réaffirmé l'importance de l'engagement du MSSS pour la mise en œuvre d'un tel programme, lequel est notamment appuyé par le Collège des médecins du Québec et l'Association des pathologistes du Québec. À cet égard, l'ensemble des recommandations émises dans ce rapport ont été acceptées par le MSSS et un Plan d'action ministériel a été rendu public le 31 mars 2010 afin d'assurer la mise en œuvre progressive du programme dans tous les laboratoires du réseau. Ce plan d'action a été réalisé par la Direction de la lutte contre le cancer en collaboration avec la Direction de l'organisation des services médicaux et technologiques. L'application et le suivi de ce plan d'action sont sous la responsabilité de la Direction de la lutte contre le cancer. Par ailleurs, il s'inscrit dans la démarche plus globale d'assurance qualité en biologie médicale, laquelle est sous la responsabilité de la Direction de l'organisation des services médicaux et technologiques.

Le répertoire des interventions en soins infirmiers oncologiques

La détermination, basée sur les données probantes de la recherche en soins infirmiers, des interventions infirmières en oncologie établit la fondation sur laquelle s'appuiera le développement du domaine des soins infirmiers en oncologie.

Mesure des Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer

- Rédiger des guides de pratique clinique en soins infirmiers, établir des cadres de référence et évaluer leur appropriation par le milieu.

En collaboration avec le comité consultatif des infirmières en oncologie, un répertoire d'interventions infirmières pour les symptômes ou les problèmes les plus fréquents en oncologie, basé sur les données probantes et applicables au plan thérapeutique infirmier, est en cours de réalisation.

ENCOURAGER LA PRISE EN COMPTE DES ENJEUX RELIÉS À LA LUTTE CONTRE LE CANCER DANS LES PRIORITÉS DES ORGANISATIONS IMPLIQUÉES DANS LA RECHERCHE SUR LE CANCER

Le financement de la recherche en cancer au Québec est assuré par plusieurs sources dont le Fonds pour la recherche en santé du Québec (FRSQ)[17].

Mesure des Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer

- 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.

En 2009-2010, la Direction de la lutte contre le cancer, en collaboration avec la Direction de la recherche, de l'innovation et du transfert des connaissances (DRITC) du MSSS, a conclu une entente avec le FRSQ afin de mettre sur pied un programme de subventions de recherches sur le cancer entièrement financé par la Direction de la lutte contre le cancer, à hauteur de 2 015 000 $ de fonds confiés au FRSQ. Ce programme, axé sur les soins et les services offerts aux personnes atteintes de cancer et à leurs proches, accorde la priorité aux projets portant sur la recherche en services de santé. De plus, au moins un des co-chercheurs de la demande de subvention doit être un jeune chercheur (selon la définition admise au FRSQ) ayant démontré un bon potentiel de développement. Le programme, qui sera reconduit en 2010-2011, prévoit un montant maximal de 100 000 $ par an par octroi pour une durée maximale de trois ans[18], non renouvelable.

Vingt-sept groupes de chercheurs ont présenté une lettre d'intention en 2009-2010. Ces lettres ont été examinées par un comité d'évaluation de la pertinence des demandes dont la Direction de la lutte contre le cancer et la DRITC faisaient partie avec des représentants du FRSQ. Les candidats retenus ont été invités à présenter une demande complète. Trois projets ont été retenus par le comité scientifique mis sur pied par le FRSQ. On peut en consulter la description sur le site Internet du FRSQ, à l'adresse suivante :

http://www.frsq.gouv.qc.ca/fr/financement/resultats/2010-2011/octrois2010-2011.shtml#5

FAVORISER LE PARTAGE D'INFORMATION ET DIVERS ÉCHANGES AVEC NOS PARTENAIRES CANADIENS ET INTERNATIONAUX

Bien que les systèmes de santé de chaque pays présentent des caractéristiques propres qui rendent difficiles certaines comparaisons, les efforts de lutte contre le cancer comportent suffisamment de points communs d'un territoire à l'autre pour pouvoir s'inspirer des succès et des difficultés les uns des autres. L'OMS a d'ailleurs produit des guides pour la mise en place de politiques et pour l'administration des programmes de lutte contre le cancer [18]. La Direction de la lutte contre le cancer du MSSS maintient des liens actifs avec les dirigeants et les experts d'ailleurs au Canada et d'autres pays.

Mesure des Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer

- 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 3E FORUM FRANCO-QUÉBÉCOIS PASTEUR-SARRAZIN SUR LA SANTÉ

Les 11 et 12 mai 2009, au Centre des congrès de Québec, avait lieu le 3e Forum franco-québécois Pasteur-Sarrazin sur la santé, dont le thème était *Le cancer au quotidien : malades, familles, soignants et leur environnement à l'épreuve du temps*. Sous l'égide de l'Observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité, avec la collaboration de la Direction des affaires intergouvernementales et de la coopération internationale du MSSS et celle de la Direction de la lutte contre le cancer, le forum a été organisé de façon à favoriser les échanges entre les quelque 200 experts québécois et français participants.

Parmi les sujets abordés, les participants ont entendu des présentations sur l'épidémiologie du cancer dans les deux pays, les enquêtes auprès des patients, des exemples de modèles organisationnels et l'équité dans la dispensation des soins et des services. Au cours d'ateliers thématiques, des échanges ont eu lieu sur des sujets concrets interpellant les cliniciens tels que entre autres, l'implication du patient, des groupes d'usagers et des bénévoles, le maintien de l'équilibre émotif des praticiens et la juste information.

17. En 2010, le FRSQ a fusionné avec les autres fonds de recherche pour devenir le Fonds Recherche Québec, organisme mandataire de l'État pour le développement de la recherche, doté de trois enveloppes budgétaires distinctes, dont une pour la recherche en santé.

18. À partir du concours 2010-2011, la durée maximale sera de deux ans.

L'ASSOCIATION CANADIENNE DES AGENCES PROVINCIALES DE CANCER – CANADIAN ASSOCIATION OF PROVINCIAL CANCER AGENCIES (CAPCA)

La Direction de la lutte contre le cancer du MSSS est membre de CAPCA, une organisation inter provinciale qui regroupe les agences et les programmes de cancer des provinces et des territoires canadiens. CAPCA, une organisation incorporée en 1999, reconnaît explicitement que son rôle se limite à échanger des informations, soutenir des projets communs en formation et en développement de politiques relatives, par exemple, à la sécurité des soins. Par ailleurs, CAPCA assure aussi une liaison entre le Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat) et les instances provinciales de lutte contre le cancer (www.capca.ca).

En 2009-2010, la Direction de la lutte contre le cancer a participé, en plus des opérations courantes pour la gouvernance de l'organisation, à deux activités :

1- Le Réseau de communications et affaires publiques de CAPCA pour établir une stratégie commune de communication relative aux dossiers en cours à CAPCA comme la publication d'un rapport sur la sécurité de l'administration de la chimiothérapie ambulatoire. Ce rapport, à paraître en 2010, a été commandé par le Comité sur la sécurité de la thérapie systémique de CAPCA en collaboration avec l'Institut canadien pour la sécurité des patients (CPSI), l'Institut canadien pour l'utilisation sécuritaire des médicaments (ISMP) et cinq agences provinciales de cancer (Ontario, Alberta, Manitoba, Colombie-Britannique, Nouveau-Brunswick). Ses recommandations devraient être utiles pour éclairer les travaux du Comité consultatif sur la sécurité des médicaments antinéoplasiques mis sur pied à l'été 2010 par la Direction de la lutte contre le cancer.

2- Le Comité sur l'utilisation des bases de données administratives pertinentes pour la recherche en cancer. L'objectif de ce comité est d'effectuer une analyse de la situation dans les provinces quant à l'accès aux données administratives utiles pour la recherche en cancer. Les résultats de ce travail seront soumis en décembre 2010 à l'Alliance canadienne pour la recherche en cancer.

LE PARTENARIAT CANADIEN CONTRE LE CANCER (LE PARTENARIAT)

La Direction de la lutte contre le cancer n'est pas membre du Partenariat, mais y siège en tant qu'observateur. Néanmoins, les experts québécois sont nombreux à agir dans les différents groupes d'action du Partenariat (www.partnershipagainstcancer.ca).

La Direction de la lutte contre le cancer collabore aux travaux du *System Performance Working Group* du Partenariat en partageant des données pour le développement d'indicateurs de performance du système de lutte contre le cancer. Un premier rapport publié en octobre 2009 est issu de ces travaux (http://www.cancerview.ca/idc/groups/public/documents/webcontent/system_performance_pdf.pdf). On y constate que, la disponibilité des données étant variable d'une province ou d'un territoire à l'autre, l'appréciation pancanadienne de la performance de la lutte contre le cancer demeure incomplète. Plusieurs indicateurs restent « en développement », notamment en ce qui concerne le stade du cancer et les traitements. *Le System Performance Working Group* prévoit publier un rapport annuel.

Par ailleurs, la Direction de la lutte contre le cancer offre un soutien administratif dans le cadre du projet de protocoles opératoires standardisés en chirurgie oncologique au Québec (voir section 4.4.2.1).

De plus, dans le cadre du développement du registre québécois du cancer, des liens sont aussi maintenus avec le groupe d'action du Partenariat sur la surveillance afin de tirer parti des connaissances acquises lors des travaux d'implantation de la collecte du stade de cancer par la méthode de stadification concertée et des mises en place, dans les différentes provinces, des dispositifs informatiques nécessaires au rehaussement des registres.

5

Évaluer l'atteinte des résultats

Évaluer l'atteinte des résultats

Le cinquième axe d'intervention des Orientations prioritaires 2007-2012 du PQLC concerne notre capacité à évaluer nos résultats. Les objectifs sont les suivants :

- établir des cibles ministérielles concernant l'atteinte des résultats misant notamment sur l'accès comme facteur de qualité et d'efficacité ;
- disposer de l'information nécessaire à une saine gestion des interventions en matière de lutte contre le cancer.

ÉTABLIR DES CIBLES MINISTÉRIELLES CONCERNANT L'ATTEINTE DES RÉSULTATS MISANT NOTAMMENT SUR L'ACCÈS COMME FACTEUR DE QUALITÉ ET D'EFFICACITÉ

Un diagnostic précoce suivi d'un traitement dans les meilleurs délais augmentent les chances de succès du traitement dans la plupart des cancers.

Mesure des Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer

- Déterminer les cibles ministérielles et les faire connaître aux établissements, notamment quant à l'accès aux soins et aux services d'investigation, de diagnostic et de traitements en matière de cancer.

LES NORMES D'ACCÈS EN CANCER COLORECTAL

Dans le cancer colorectal, la planification des projets de démonstration du dépistage comprendra des cibles quant aux délais à ne pas dépasser en fonction de la présentation clinique des personnes. Des comités d'experts ont été formés pour élaborer des normes d'organisation des services ainsi que des normes de pratique clinique. Leurs travaux sont attendus pour mai 2010, en soutien au déploiement des sites de démonstration du PQDCCR.

Mesure des Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer

- Recueillir des données sur l'accessibilité aux soins et aux services et entreprendre les actions nécessaires pour respecter les cibles ministérielles.

LE SUIVI DE L'ACCÈS EN RADIO-ONCOLOGIE

Le respect de la cible ministérielle selon laquelle 90 % des patients médicalement prêts doivent être traités à l'intérieur de quatre semaines demeure une grande priorité pour la DLCC. Le suivi intensif et le soutien des centres éprouvant des difficultés passagères ont été maintenus par la DLCC en 2009-2010.

Cette année, le pourcentage de patients nécessitant un traitement de radiothérapie et qui ont été traités à l'intérieur d'un délai de quatre semaines à partir de la date où ils étaient médicalement prêts s'est toujours situé au-delà de la cible de 90 %. Un sommet de 99 % a été atteint en fin d'année 2009-2010. Le pourcentage a été supérieur ou égal à 97 % dans 40 des 52 semaines de cette année financière. La moyenne des quatre semaines se terminant le 31 mars 2010 a été de 99 % (tableau 7)

Tableau 7 : Comparaison de l'accès en radio-oncologie (exercices : 2007-2008 à 2009-2010)

Indicateur	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Nombre de patients traités au Québec	19 729	20 466	21 239
% de patients traités dans un délai de 4 semaines ou moins (moyenne des 4 semaines de la période 13)	95 % au 31 mars 2008	97 % au 31 mars 2009	99 % au 31 mars 2010

Source : SGAS, 2010.

LE DISPOSITIF DE SUIVI : LES INDICATEURS DES ENTENTES DE GESTION

Le MSSS signe avec les agences des ententes de gestion, dans le cadre desquelles elles s'engagent à atteindre certaines cibles spécifiques.

Mesure des Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer

- Déterminer aux ententes de gestion divers indicateurs relatifs à l'accès, à la qualité et à l'efficacité.

La Direction de la lutte contre le cancer surveille quatre indicateurs dans ces ententes. Les deux premiers indicateurs concernent le nombre de personnes ayant reçu des soins palliatifs à domicile ainsi que le nombre de services que chacune de ces personnes a reçus. Un troisième indicateur définit la notion de lit dédié aux soins palliatifs et fixe une cible : un ratio de 50 lits par 50 000 personnes. Le quatrième indicateur concerne la proportion de patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie (tableau 7). Les résultats ont été présentés dans les sections précédentes et sont également publiés dans le rapport de gestion du MSSS. La Direction de la lutte contre le cancer inclura éventuellement d'autres indicateurs concernant les délais d'attente en chirurgie oncologique.

Pour la cible d'accès à l'IPO dans un délai de 48 heures, la Direction de la lutte contre le cancer travaille avec son comité consultatif d'infirmières en oncologie afin de définir

les modalités entourant la mise en place de cette cible. Les travaux devraient être finalisés vers le printemps 2011. Dans un premier temps, la cible sera en expérimentation auprès de quelques sites.

DISPOSER DE L'INFORMATION NÉCESSAIRE À UNE SAINE GESTION DES INTERVENTIONS EN MATIÈRE DE LUTTE CONTRE LE CANCER

Les Orientations prioritaires 2007-2012 du PQLC présentent des objectifs avec des mesures axées sur les résultats. Pour les évaluer, il faut disposer de données fiables, d'une capacité d'analyse et de canaux de transmission des informations vers les utilisateurs.

LE REGISTRE QUÉBÉCOIS DU CANCER

Les registres de cancer sont au cœur de l'information sur le cancer. En détenant des données de qualité sur tous les nouveaux cas de cancer apparaissant dans une population, un registre central de cancer sert à de multiples usages : surveiller la survenue du cancer et la décrire, soutenir la recherche, la planification et l'évaluation des programmes. Le Fichier des tumeurs du Québec, dans son état actuel, ne permet pas de produire toutes les informations attendues d'un registre central du cancer.

Mesure des Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer

- Mettre en place un registre québécois du cancer en améliorant la qualité et l'exhaustivité du Fichier des tumeurs du Québec.

En 2009-2010, en partenariat avec la Direction générale de la santé publique (DGSP) et en collaboration avec la Direction générale des technologies de l'information (DGTI), la Direction de la lutte contre le cancer a poursuivi les travaux visant à faire évoluer le Fichier des tumeurs du Québec (FiTQ) pour en faire un registre du cancer plus performant en tant qu'outil d'information crucial pour la lutte contre le cancer au Québec.

Le projet de registre québécois du cancer (RQC) vise à enregistrer tous les cas de cancer survenant dans la population québécoise. Il vise également à y intégrer les données pertinentes pour répondre aux besoins de surveillance et de planification en lien avec le PQLC. Pour ce faire, il cible des objectifs spécifiques d'exhaustivité (détenir tous les cas de cancer), de complétude (ajouter des données sur le stade et les premiers traitements), d'accessibilité, de comparabilité et de fiabilité des données.

La mise en place du RQC s'inscrit dans l'ensemble des initiatives liées à l'implantation du PQLC. L'approche préconisée vise le soutien et l'accompagnement aux établissements et aux régions pour leur permettre d'évaluer leurs services et de poursuivre l'amélioration continue de la qualité. En contrepartie, les établissements transmettront au RQC les informations convenues, permettant ainsi de mesurer et d'évaluer l'état de santé de la population et de cibler les interventions nécessaires pour optimiser les soins et les services en cancer.

Les travaux des comités mis en place en 2008-2009 se sont intensifiés à l'automne 2009. Ceux-ci ont permis de prendre en compte les enjeux de l'ensemble des composantes impliquées lors de la définition des différentes étapes devant mener à la mise en place du RQC et à son alimentation par de nouvelles sources, soit les rapports de pathologie et les registres locaux de cancer des établissements.

Un dossier d'affaires a été préparé afin de finaliser les démarches d'approbation du financement requis pour la réalisation du projet. Les travaux ont donc permis de documenter la portée et les besoins fonctionnels et technologiques, de schématiser les différentes étapes à réaliser, de définir les solutions possibles et la solution à privilégier et d'estimer les investissements requis.

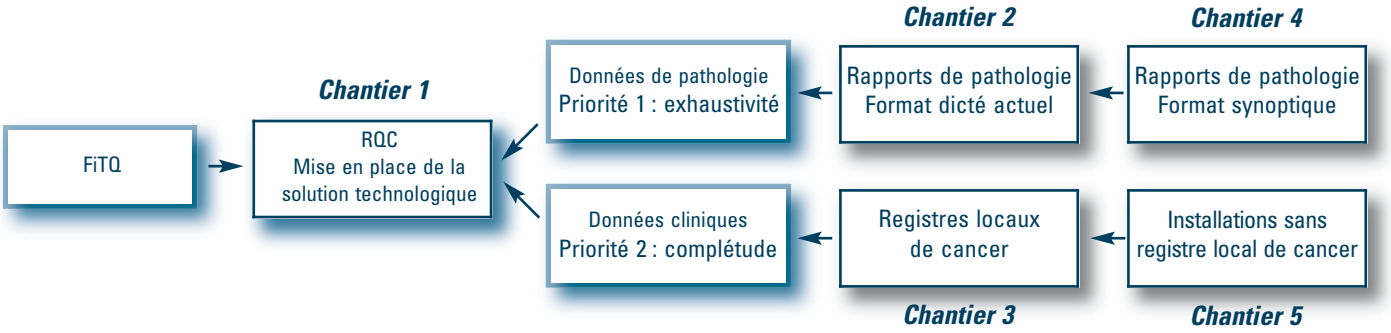
En parallèle, des travaux visant à répondre aux enjeux soulevés par la réalisation du projet ont débuté et se poursuivront en 2010-2011 notamment sur les aspects suivants :

- la disponibilité actuelle des informations saisies dans les établissements et les efforts à consentir pour l'augmenter ;
- la sécurité et la confidentialité de l'information et des confirmations requises sur le plan juridique ;
- le soutien au changement dans l'organisation du travail, notamment pour les archivistes et les pathologistes. À cet effet, des liens ont été établis avec le comité d'anatomopathologie afin d'harmoniser les paramètres du registre avec les exigences des processus de travail en laboratoire de pathologie ;
- l'arrimage et l'harmonisation avec les autres projets de systèmes informationnels : SIMASS, protocoles opératoires standardisés et électroniques, futur système d'information du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal, uniformisation et présentation des rapports de pathologie en format électronique ;
- l'évolution du cadre normatif avec les mises à jour des différentes nomenclatures (p. ex. : stadification concertée).

De façon cruciale pour l'avancement du projet, une entente financière est intervenue avec la Régie de l'assurance-maladie du Québec pour engager les sommes nécessaires afin que débute la réalisation du chantier numéro 1 (décrit dans la figure 3 et le texte qui la suit).

La réalisation du RQC implique la mise en place de plusieurs éléments en parallèle. La figure 3 présente les différents chantiers prévus à cet effet.

Figure 3. Étapes du projet de développement du Fichier des tumeurs du Québec en un registre québécois du cancer



Les principaux livrables des différents chantiers sont les suivants :

Chantier 1 : Refonte de la base de données du FiTQ à la RAMQ :

- un cadre normatif ;
- la base de données de la RAMQ ajustée en fonction du cadre normatif ;
- les ressources humaines.

Chantier 2 : Accès aux informations des rapports de pathologie dans leur format dicté actuel :

- une solution permettant :
    - d'avoir accès à l'ensemble des rapports de pathologie des laboratoires,
    - de trier les rapports de pathologie concernant les cas de cancer,
    - de saisir l'information minimale sur un cas, dans une interface Web,
    - de transférer ces informations au RQC,
- une solution implantée dans tous les établissements ayant un laboratoire de pathologie (58).

Chantiers 3 et 5 : Registres locaux de cancer :

- un registre local de cancer en place dans tous les établissements détenant des informations cliniques requises par le RQC (environ 70) ;
- une solution informatique adaptée aux différents besoins des équipes interdisciplinaires (locales, régionales, suprarégionales) ;
- des modèles de collaborations novateurs afin de disposer de ressources humaines formées en nombre suffisant ;
- l'alimentation de données sur le stade et les premiers traitements au RQC au moyen des registres locaux existants actuellement et une solution pour les centres qui n'ont pas actuellement de registre local de cancer.

Chantier 4 : Rapports synoptiques de pathologie présentés en format électronique

- l'adoption et la traduction des listes de variables du College of American Pathologists (CAP) ;
- le déploiement d'une solution technologique permettant la saisie et le transfert de données standardisées tout en améliorant localement la qualité et l'efficacité des services (outil pour les pathologistes).

L'ÉVALUATION

Mesure des Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer

- Soutenir des projets d'évaluation ciblés tels que l'évaluation de l'impact du processus de désignation des équipes interdisciplinaires et l'effet de l'implantation et du fonctionnement de celles-ci sur la prise en charge des patients dans la trajectoire de soins et de services.

La Direction de la lutte contre le cancer s'est adjoint la collaboration de la Direction de l'évaluation du MSSS pour obtenir un portrait des équipes désignées de lutte contre le cancer afin de pouvoir identifier, entre autres, les facteurs facilitant le travail en interdisciplinarité.

Par ailleurs, conformément aux meilleures pratiques en gestion du savoir, la Direction de la lutte contre le cancer, en tant que partie prenante aux décisions, maintient des liens avec des équipes de recherche universitaires pour la production d'études qui ajouteront des informations au corpus de connaissances en ce domaine. Par exemple, une étude menée par une équipe du Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoyne a bénéficié d'une subvention du MSSS en soutien à sa recherche, qui vise à apprécier les effets du travail interdisciplinaire dans dix équipes locales en oncologie, autant du point de vue des patients que de celui des professionnels.

CONCLUSION

Les activités décrites dans ce document témoignent de l'effort constant de la Direction de la lutte contre le cancer et de ses partenaires pour répondre au défi posé par le cancer à notre société. Qu'il s'agisse de la recherche, de la formation ou de l'organisation du système de soins et de services, aucun domaine n'est négligé pour mettre en place les conditions optimales d'une lutte efficace contre le cancer. Il reste encore beaucoup à accomplir. En 2010-2011, une impulsion additionnelle sera donnée à la gestion de l'information en cancer pour continuer de rehausser notre capacité à générer, à analyser et à produire des informations utiles pour la planification, la gestion et l'évaluation de nos activités.

Au sein du MSSS, la Direction de la lutte contre le cancer prend appui non seulement sur l'expertise des cliniciens du réseau québécois de santé et de services sociaux et le dévouement des organismes communautaires, mais aussi sur la capacité, l'autorité et la valeur des travaux du MSSS et de ses partenaires (AETMIS, INSPQ, FRSQ, universités) pour faire avancer la lutte contre le cancer au Québec.

RÉFÉRENCES

[1] Institut de la statistique du Québec (ISQ). Décès selon les principaux groupes de causes, sexes réunis, Québec, 2000-2009. Disponible à www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/naisn_deces/310a_t.htm

[2] Comité directeur de la Société canadienne du cancer. Statistiques canadiennes sur le cancer 2010. Toronto, Société canadienne du cancer, 2010. Disponible à http://www.cancer.ca/Quebec/About%20cancer/Cancer%20statistics/Canadian%20Cancer%20Statistics.aspx?sc_lang=fr-ca&r=1

[3] Groupe de travail ministériel sur le cancer. Unifier notre action contre le cancer. Rapport de la démarche ministérielle visant l'amélioration de la gestion et de l'impact du Programme québécois de lutte contre le cancer. Québec, Qc : Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ; 2004.

[4] Castel P, Carrère MO. Soins en réseau. Pratiques, acteurs et régulation en cancérologie. Paris : John Libbey Eurotexte; 2007.

[5] Fleury MJ, Grenier G, Ouadahi Y. Les réseaux intégrés de services : notion, modélisations et mise en œuvre. Dans : Le système socio-sanitaire au Québec. Gouvernance, régulation et participation. Fleury MJ, Tremblay M, Nguyen H, Bordeleau L (Eds). Montréal, Gaëtan Morin ; 2007.

[6] Bourgault MH, Belleville D. Présence de fibres d'amiante dans l'air intérieur et extérieur de la ville de Thetford Mines – Estimation des risques de cancer du poumon et de mésothéliome. Institut national de santé publique du Québec. 2009. Disponible à www.inspq.qc.ca/publications/notice.asp?E=p&NumPublication=926

[7] Ministère de la Santé et des Services sociaux. Le bronzage artificiel au Québec – Bilan des connaissances et recommandations. Rapport du comité conjoint sur l'exposition aux rayons ultraviolets et le bronzage artificiel. MSSS, 1998. Disponible à http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1998/98_209.pdf

[8] World Health Organization – International Agency for Research on Cancer. Exposure to Artificial UV Radiation and Skin Cancer. Working Group Reports Volume 1. 2006. (p. 5). Disponible à http://www.iarc.fr/en/publications/pdfsonline/wrk/wrk1/ArtificialUVRad&SkinCancer.pdf

[9] Société canadienne du cancer. Enquête nationale sur l'exposition au soleil. 2008. (www.cancer.ca).

[10] Dessau JC, Gagnon F, Lévesque B, Prévost C, Leclerc JM, Belles-Isles JC. Le radon au Québec – Évaluation du risque à la santé et analyse critique des stratégies d'intervention. Institut national de santé publique du Québec. Avis. 2005. Disponible à http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/352-Radon_Rapport.pdf

[11] Document d'information sur l'appel de candidatures, Sites de démonstration des services de coloscopie et du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR), Direction de la lutte contre le cancer, 17 mai 2010

[12] Centers for Disease Control and Prevention. Global Routine Vaccination Coverage, 2009. Dans Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR). Octobre 2010:59(42);1367-1371.

[13] Ferenczy A, Franco EL. Prophylactic human papillomavirus vaccines : potential for sea change. Expert Review of Vaccines, 2007;6(4):511-525.

[14] Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Human Papillomavirus (HPV) Vaccines: A Canadian Update. Dans Issues in Emerging Health Technologies. Décembre 2007; volume 109.

[15] Dubé G, Côté L, Bordeleau M, Cazale L, Traoré I (2010). Enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer 2008 : portrait statistique des personnes ayant reçu un traitement, Québec, Institut de la statistique du Québec, 130 p.

[16] Ministère de la Santé et des Services sociaux. Prestation et financement des services de santé et des services sociaux destinés aux Autochtones (Premières Nations et Inuits) – Cadre de référence. MSSS, 2007.

[17] Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS). Aperçu comparatif des stratégies de lutte contre le cancer dans quelques pays et provinces canadiennes. Rapport préparé par Lorraine Caron, avec la collaboration de Mirella De Civita, Susan Law et Isabelle Brault. (AETMIS 07-08). Montréal : AETMIS, 2007, xiv-144 p.

[18] World Health Organization. National Cancer Control Programmes. Policies and mangerial guidelines, 2e édition, 2002.

ANNEXE 1 :
LISTE DES COMITÉS D'EXPERTS

Les comités suivants ont été mis sur pied pour soutenir les travaux de la Direction de la lutte contre le cancer. Ils sont composés d'experts reconnus dans leur domaine.

Comité consultatif en anatomopathologie

Comité consultatif en radio-oncologie

Comité de l'évolution des pratiques en oncologie (CEPO)

- Comité des pharmaciens (sous-comité du CEPO)

Comité de psycho-oncologie

Comité de travail - lymphœdème

Comité consultatif des infirmières en oncologie

Comités du projet de développement du Registre québécois du cancer

- Comité directeur
- Comité des utilisateurs du Registre québécois du cancer

Comités du Programme de dépistage du cancer colorectal

- Comité directeur
- Groupe de travail sur les normes de pratique clinique
  - Groupe de travail sur les normes d'organisation des services
  - Groupe de travail sur le déploiement et l'évaluation des projets de démonstration

Comité sur le suivi de l'organisation de l'offre de service en soins palliatifs

ANNEXE 2 : COLLABORATIONS

La Direction de la lutte contre le cancer et la Direction générale de la santé publique peuvent compter sur les efforts constants des personnes impliquées dans la lutte contre le cancer dans les agences, notamment les responsables régionaux de la lutte contre le cancer, etsur le dévouement des praticiens et des organismes communautaires. En outre, les collaborateurs suivants les épaulent dans la lutte contre le cancer.

Collaborations interprovinciales :

Association canadienne des agences provinciales de cancer – Canadian Association of Provincial Cancer Agencies (CPACA)

Partenariat canadien contre le cancer

Collaborations intersectorielles :

Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation

Ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs

Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport

Partenaires institutionnels québécois :

Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS)

Fonds pour la recherche en santé du Québec (FRSQ)

Institut national de santé publique

Toutes les directions du MSSS mais plus particulièrement :

À la Direction générale des services de santé et médecine universitaire :

- Direction de l'organisation des services médicaux et technologiques
- Direction de l'organisation des services de première ligne intégrés
- Direction de la main d'œuvre médicale
- Direction des affaires universitaires

À la Direction générale de planification, performance et qualité :

- Direction de l'évaluation
- Direction des études et analyses
- Direction de la recherche, de l'innovation et du transfert des connaissances
- Direction des affaires intergouvernementales et de la coopération internationale

À la Direction générale de coordination, financement, immobilisations et budget :

- Direction générale adjointe aux ententes de gestion
- Direction de la gestion intégrée de l'information

La Direction générale des technologies de l'information

La Direction des communications

La Direction des affaires juridiques

Direction de la lutte contre **le cancer**

www.msss.gouv.qc.ca/cancer

Santé
et Services sociaux
Québec

10-902-05F