

Rapport d'activité 2010-2011

Direction de la lutte contre
le cancer



Le *Rapport d'activité 2010-2011* a été préparé sous la direction de :
Antoine Loutfi, directeur
Brigitte Laflamme, directrice adjointe

RÉDACTION

Direction de la lutte contre le cancer

Christine Bertrand	Mario Corriveau
Hélène Bissonnette	Stéphanie Goulet
Charles Boily	Mélanie Kavanagh
Jim Boulanger	Louise Paquet
Marlène Champagne	Éric Potvin
Jocelyn Châteauneuf	Marie-Andrée Régis

Direction générale de la santé publique

Johanne Albert	France Markowski
Danielle Auger	Christine Pakenham
Albert Daveluy	Marie-Pier Parent
Yovan Fillion	Marie Rochette
Yves G. Jalbert	Guy Roy
Brigitte Lachance	Guy Sanfaçon
Rabiâ Louchini	Carole St-Pierre
Sylvie Morency	

Direction générale de la coordination du financement, des immobilisations et du budget Affaires autochtones, ethnoculturelles et régions nordiques

Louise Rondeau

Direction des services sociaux

Natalie Rosebush

Coordination

Chantal Bouchard

Révision linguistique

France Brûlé

Soutien administratif

Élisabeth Plante
France Robitaille

Remerciements

La Direction de la lutte contre le cancer tient à remercier particulièrement la Direction générale de la santé publique pour sa contribution à la réalisation de ce rapport d'activité, notamment à la rédaction des activités liées au deuxième axe d'intervention.

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

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

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011

Bibliothèque et Archives Canada, 2011

ISBN : 978-2-550-63107-1 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-63108-8 (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, 2011

Table des matières

Liste des tableaux	IV
Liste des figures	IV
Liste des sigles et abréviations	V
Mot du directeur	VII
Sommaire	1
Introduction	3
La Direction de la lutte contre le cancer	5
Les orientations prioritaires 2007-2012	7
Les activités réalisées pour lutter contre le cancer	9
Consolider les assises d'une organisation hiérarchisée et intégrée	11
Promouvoir la santé, détecter précocement le cancer et le prévenir	13
Faciliter le parcours de la personne atteinte de cancer dans le continuum de soins et de services	21
Soutenir l'évolution des pratiques	27
Évaluer l'atteinte des résultats	33
Conclusion	39
ANNEXE I: Nombres estimatifs sur la mortalité et l'incidence du cancer au Québec	41
ANNEXE II: Orientations prioritaires 2007-2012 du PQLC	42
ANNEXE III: Liste des comités d'experts	43



Liste des tableaux

Tableau 1. Portrait des mesures d'encadrement et d'organisation des activités de lutte contre le cancer dans les établissements	11
Tableau 2. Nombre d'équipes visitées et désignées lors du premier cycle d'évaluation des équipes interdisciplinaires selon le mandat.....	12
Tableau 3. Nombre de jours par semaine consacrés à la fonction d'IPO	22
Tableau 4. Pourcentage de CSSS offrant un panier de services de base en soins palliatifs à domicile (clientèle adulte).....	25
Tableau 5. Sommaire des interventions à domicile en comparaison avec les cibles annuelles.....	26
Tableau 6. Nombre de lits dédiés aux soins palliatifs	26
Tableau 7. Portrait de l'emplacement des lits de soins palliatifs selon le type d'établissement.....	26
Tableau 8. Nombre d'agences qui ont un plan de formation et qui ont déclaré avoir organisé des activités de formation pour les équipes locales et régionales de lutte contre le cancer	28
Tableau 9. Nombre d'équipes suprarégionales qui ont donné une formation.....	28
Tableau 10. Nombre de projets de recherche et de publications déclarés par les équipes suprarégionales.....	28
Tableau 11. Proportion d'équipes interdisciplinaires qui ont accès à un comité de thérapie du cancer (CTC)	29
Tableau 12. Patients traités en radio-oncologie.....	34

Liste des figures

Figure 1. Portrait des résultats du projet pilote de dépistage du radon dans des écoles primaires des régions de l'Outaouais, des Laurentides et de la Gaspésie.....	18
Figure 2. Évolution du nombre réel d'IPO et du nombre de postes ETC.....	21

Liste des sigles et abréviations

AETMIS	Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
ARQ	Association des radiologistes du Québec
ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
CAI	Commission d'accès à l'information
CAPCA	<i>Canadian Association of Provincial Cancer Agencies (CAPCA)</i> – Association canadienne des agences provinciales de cancer
CAR	Association canadienne des radiologistes
CDD	Centre de dépistage désigné
CEPO	Comité de l'évolution des pratiques en oncologie
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement de soins de longue durée
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHUQ	Centre hospitalier universitaire de Québec
CQTS	Conseil québécois sur le tabac et la santé
CRÉ	Conférence régionale des élus
CRID	Centre de référence pour investigation désigné
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSSSPNQL	Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador
CTC	Comité de thérapie du cancer
DGSP	Direction générale de la santé publique
DGTI	Direction générale des technologies de l'information
DLCC	Direction de la lutte contre le cancer
DMOM	Direction de la main-d'œuvre médicale
DQC	Direction québécoise du cancer
ETC	Équivalent temps complet
FiTQ	Fichier des tumeurs du Québec
FRSQ	Fonds de recherche en santé du Québec
GEOQ	Groupe d'étude en oncologie du Québec
GESTRED	Système de suivi de gestion et de reddition de comptes
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INRS	Institut national de la recherche scientifique
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPO	Infirmière pivot en oncologie
IRPeQ	Indicateur de risque des pesticides du Québec
ISQ	Institut de la statistique du Québec
LSPQ	Laboratoire de santé publique du Québec
MADO	Maladie à déclaration obligatoire



MAMROT	Ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire
MAPAQ	Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation
MDDEP	Ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs
MDEIE	Ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MFA	Ministère de la Famille et des Aînés
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OAQ	Ordre des agronomes du Québec
OIIQ	Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec
OMS	Organisation mondiale de la santé
ORL	Oto-rhino-laryngologique
PAG	Plan d'action gouvernemental
PCCC	Partenariat canadien contre le cancer – Canadian Partnership Against Cancer
PEM	Plans d'effectifs médicaux
PFT	Programme fonctionnel et technique
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
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RQC	Registre québécois du cancer
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SGAS	Système de gestion de l'accès aux services
SSPOC	Standardisation et mise sous forme synoptique des protocoles opératoires en cancer
UV	Ultraviolet
VPH	Virus du papillome humain

Mot du directeur

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

Les activités réalisées au cours de l'exercice 2010-2011 ont contribué à la poursuite de la mise en œuvre des orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer. La collecte systématique de données visant à enrichir le Registre québécois du cancer a été amorcée. Grâce à ce registre, nous pourrions parfaire nos connaissances de la situation du cancer au Québec et mieux planifier nos actions pour le bien-être de toute la population. Le Programme québécois de dépistage du cancer colorectal est en phase de démonstration dans huit sites pilotes. De plus, de nouvelles collaborations se sont établies, notamment avec l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, sans compter la participation des experts cliniciens à l'évaluation des médicaments anticancéreux.

Plusieurs mesures contribuent à assurer et à maintenir la qualité des soins et des services, notamment en ce qui concerne le travail et le déploiement des infirmières pivots, la gestion de l'accès en radio-oncologie et la formation en soins palliatifs. Le présent rapport fait état des résultats atteints dans les projets en cours, comme la planification du deuxième cycle d'évaluation des équipes interdisciplinaires.

Le travail d'équipe a marqué les activités réalisées en 2010-2011, notamment en ce qui concerne les nombreuses collaborations dont bénéficie la Direction de la lutte contre le cancer avec le réseau, au sein du ministère de la Santé et des Services sociaux et des autres ministères, avec des organismes communautaires et des groupes de patients. Ces partenariats nous ont grandement aidé dans notre combat contre le cancer grâce à une organisation plus efficace des activités de prévention, de dépistage, de traitement, d'accompagnement et de soutien.

Finalement, je vous invite à lire le *Rapport d'activité 2010-2011*. Il s'agit du dernier rapport d'activité publié par la Direction de la lutte contre le cancer. Depuis le 1^{er} avril 2010, la Direction de la lutte contre le cancer est devenue la Direction québécoise du cancer. Bénéficiant désormais d'une plus grande autonomie d'action et de décision, nous réitérons notre engagement de respecter notre mandat et de veiller à ce que l'on offre une qualité de soins et de services aux patients atteints de cancer et leurs proches, plus que jamais en confiance quant à l'avancement de la lutte contre le cancer au Québec.



Antoine Loutfi, MD, FRCSC, FACS

Sommaire

Préparé par la Direction de la lutte contre le cancer (DLCC) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en collaboration avec ses principaux partenaires, ce sixième rapport d'activité porte sur les réalisations de l'exercice 2010-2011.

Après une courte présentation de la DLCC, de sa mission, de sa vision et des orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer (PQLC), le rapport fait état des activités qu'elle a réalisées.

La DLCC a été active dans chacun des cinq axes d'intervention déterminés dans ses orientations prioritaires. Au sujet de la surveillance, de la prévention, de la protection et du dépistage du cancer, plusieurs programmes mis sur pied en santé publique ont poursuivi et créé des activités de sensibilisation, comme la lutte contre le tabagisme et la gestion des risques associés au radon. Les programmes de vaccination en cours ont ciblé les cohortes de la 4^e année du primaire et la 3^e année du secondaire de façon systématique. Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) poursuit ses activités. De plus, depuis la dernière année, huit sites de démonstration ont été retenus; ils serviront à mettre progressivement en place le Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR), qui répondra aux normes reconnues en la matière.

En ce qui concerne l'organisation des soins et des services, les principales actions de la DLCC visaient la consolidation des réseaux de lutte contre le cancer et la hiérarchisation des soins et des services afin qu'un accès dans des délais adéquats à des soins de qualité soit offert à la population du Québec.

Le suivi des indicateurs d'accès aux soins et aux services donne un aperçu du parcours de la personne atteinte de cancer et permet de cerner les enjeux à diverses étapes charnières du continuum de soins et de services. Parmi ces indicateurs, l'accès au traitement de radiothérapie indique que la cible est non seulement atteinte, mais aussi surpassée.

Le nombre d'infirmières pivots en oncologie (IPO) a augmenté au sein des équipes de lutte contre le cancer au cours de l'exercice 2010-2011. D'ailleurs, le présent rapport témoigne de l'augmentation du temps consacré par ces infirmières à leur fonction.

Le nombre de lits dédiés aux soins palliatifs a augmenté et cette progression est observée de façon plus marquée dans les maisons de soins palliatifs.

Le *Rapport d'activité 2010-2011* présente les travaux que la DLCC a entrepris pour mettre en œuvre les recommandations formulées par les divers comités consultatifs¹ qui l'assistent, notamment en ce qui concerne l'oncologie psychosociale, la sécurité des médicaments, l'évaluation des médicaments anticancéreux, l'implantation du Registre québécois du cancer (RQC) et la mise en place progressive du PQDCCR.

Finalement, le présent rapport fait état des projets de recherche et d'évaluation soutenus par la DLCC qui ont connu des avancées au cours de l'exercice 2010-2011.

Ce rapport témoigne également des collaborations dont a pu bénéficier la DLCC avec des partenaires de divers milieux (directions du MSSS, organismes ministériels, organismes de recherche, du milieu communautaire et du réseau de la santé et des services sociaux), collaborations qu'elle considère comme très importantes.

1. La liste des comités consultatifs se trouve en annexe.

Introduction

LA PREMIÈRE CAUSE DE MORTALITÉ AU QUÉBEC

Le cancer constitue la première cause de mortalité au Québec; il est à l'origine du tiers de l'ensemble des décès².

Les statistiques canadiennes sur le cancer indiquent qu'en 2011³, le cancer du poumon causerait le tiers des décès par cancer, suivi par les cancers du colon et du rectum, du sein et de la prostate (voir annexe I).

Parmi les nouveaux cas de cancer au Québec, le cancer du poumon serait le plus fréquent. Viendraient ensuite le cancer du sein, au deuxième rang, et le cancer colorectal, au troisième rang, si l'on considère les hommes et les femmes ensemble (voir annexe I).

LE PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE LUTTE CONTRE LE CANCER

Le risque d'être atteint du cancer augmente avec l'âge. Au Québec, la population de 65 ans et plus aura doublé d'ici 20 ans, passant de 16 % à 26 % de la population totale⁴.

Le tabagisme, une alimentation inadéquate et la sédentarité représenteraient les trois premières causes de tous les décès⁵. Plusieurs recherches démontrent que l'adoption de saines habitudes de vie, c'est-à-dire privilégier une bonne alimentation, être actif et éviter l'usage du tabac, est étroitement reliée à la diminution du risque de développer un cancer.

En 1998, le MSSS a adopté le PQLC en vue de répondre aux besoins des personnes atteintes de cancer et de leurs proches et de préparer le système de santé à le faire. Le PQLC⁶ a pour objectifs de réduire l'incidence et la mortalité attribuables à cette maladie ainsi que de diminuer le fardeau du cancer pour les personnes atteintes et leurs proches. Ses orientations sont les suivantes :

- une approche globale de lutte contre le cancer;
- des soins et des services centrés sur la personne;
- la qualité comme premier guide des choix⁷.

2. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *État de santé de la population québécoise : Quelques repères (2010)*, Québec, Direction de la surveillance de l'état de santé de la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010, p. 23.

3. COMITÉ DIRECTEUR DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER, *Statistiques canadiennes sur le cancer 2010*, Toronto, Société canadienne du cancer, 2010, 152 p.

COMITÉ DIRECTEUR DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER, *Statistiques canadiennes sur le cancer 2011*, Toronto, Société canadienne du cancer, 2011, 144 p.

4. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *op. cit.*, p. 9.

5. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Investir pour l'avenir. Plan d'action gouvernemental de promotion de saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012*, [En ligne], document PDF, 2006, p. 7.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-289-01.pdf> (Consulté le 29 juillet 2011).

6. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Cancer, [En ligne], 2001. <http://www.msss.gouv.qc.ca/cancer/> (Consulté le 29 juillet 2011).

7. COMITÉ CONSULTATIF SUR LE CANCER, *Programme québécois de lutte contre le cancer. Pour lutter efficacement contre le cancer, formons Équipe*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, p. 38.

La Direction de la lutte contre le cancer

LE STATUT

Jusqu'à tout récemment, la DLCC relevait de la Direction générale des services de santé et de médecine universitaire du MSSS. Depuis le 1^{er} avril 2011, la DLCC relève directement du sous-ministre en titre du MSSS et s'appelle désormais la *Direction québécoise du cancer*.

LA MISSION

La mission de la DLCC découle de celle du MSSS. Elle consiste essentiellement à orienter et à soutenir les activités de lutte contre le cancer au Québec pour répondre adéquatement aux besoins de la population, des personnes atteintes de cancer et de leurs proches.

LA VISION

La vision de la Direction est de mettre en place, de concert avec ses partenaires, un réseau intégré et fonctionnel, qui assure l'excellence dans les soins et services aux personnes atteintes de cancer ou chez lesquelles on soupçonne un cancer ainsi qu'à leurs proches.

LES COMITÉS CONSULTATIFS

Pour mener à bien sa mission, la DLCC compte sur des experts provenant du réseau québécois de la santé et des services sociaux : les médecins, les infirmières, l'ensemble des professionnels du soutien psychosocial, les pharmaciens, les gestionnaires des établissements, etc. La DLCC sollicite l'aide d'experts (voir annexe III) pour qu'ils apportent leur contribution aux comités consultatifs par leur expertise.

LES COLLABORATEURS ET LES PARTENAIRES

En vue d'atteindre les objectifs qu'elle s'est fixés au regard notamment de la performance du système et, dans une perspective plus large, de l'atteinte des objectifs du MSSS, la DLCC travaille en partenariat avec les agences de la santé et de services sociaux (ASSS), les réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) et les différentes directions du MSSS.

De plus, la DLCC s'associe à plusieurs organismes communautaires, regroupements de personnes atteintes de cancer et de bénévoles œuvrant en oncologie ou en soins palliatifs, des associations qu'elle juge très importantes.

Dans une perspective de transfert des connaissances et de développement de l'expertise, la DLCC, en collaboration avec les autres directions du MSSS concernées, attribue des mandats particuliers à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) ainsi qu'à l'Institut de la statistique du Québec (ISQ).

En plus, un mandat de gestion du programme de subventions en recherche sur le cancer a été confié au Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ), qui relève du ministre du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation (MDEIE). Ces collaborations favorisent la recherche de l'excellence, l'un des objectifs de la DLCC.

Les orientations prioritaires 2007-2012

En 2007, la DLCC a déterminé ses axes prioritaires de lutte contre le cancer⁸. Ces orientations prennent en considération toutes les étapes du continuum de soins et de services en cancer et favorisent ainsi une approche globale de la lutte contre le cancer. Le continuum de soins et de services comprend la promotion de saines habitudes de vie, la prévention de l'apparition de la maladie et la protection, le dépistage, l'investigation et le diagnostic, le traitement, le soutien, les soins palliatifs en fin de vie, la recherche et la formation des professionnels.

La population, les patients atteints du cancer et leurs proches sont au cœur des préoccupations de la DLCC, qui vise à leur assurer une prise en charge dans des délais acceptables et une réponse à leurs besoins physiques, psychologiques et sociaux.

Les orientations prioritaires de la DLCC répondent aux préoccupations soulevées par les responsables du PQLC et par l'Organisation mondiale de la santé (OMS)⁹. Elles ont mené à la formulation de 20 objectifs répartis selon 5 axes d'intervention :

Axe d'intervention 1 – Consolider les assises d'une organisation hiérarchisée et intégrée

Axe d'intervention 2 – Promouvoir la santé, détecter précocement le cancer et le prévenir

Axe d'intervention 3 – Faciliter le parcours de la personne atteinte de cancer dans le continuum de soins et de services

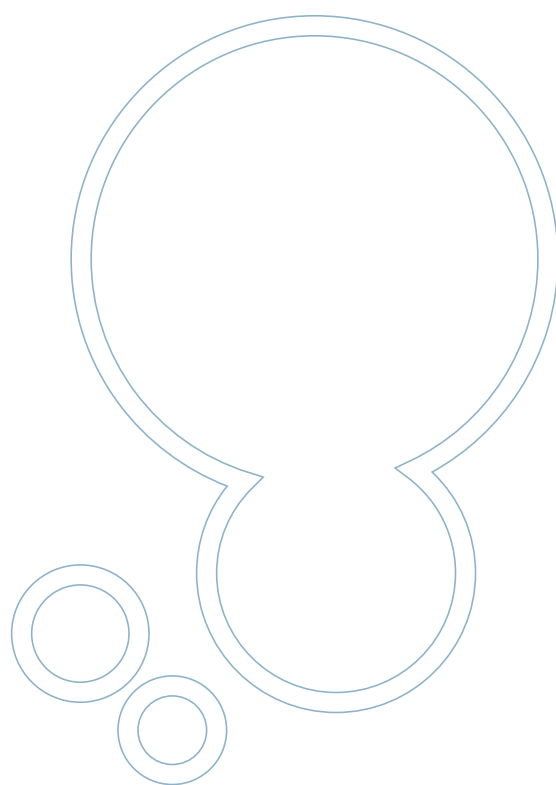
Axe d'intervention 4 – Favoriser l'évolution des pratiques

Axe d'intervention 5 – Évaluer l'atteinte des résultats

Pour chacune des mesures qui concernent l'exercice 2010-2011, le présent rapport fait état des activités réalisées par la DLCC.

8. DIRECTION DE LA LUTTE CONTRE LE CANCER, *Orientation prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer*, [En ligne], document PDF, 2007, 43 pages. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-902-03.pdf> (Consulté le 29 juillet 2011).

9. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Plan d'action 2008-2013 pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles*, Genève, Éditions de l'Organisation mondiale de la santé, 2010, 42 p.



**Les activités réalisées
pour lutter contre le cancer**



Les activités réalisées pour lutter contre le cancer

Consolider les assises d'une organisation hiérarchisée et intégrée

Le PQLC mise sur l'importance des soins et des services centrés sur la personne. Ce programme favorise une organisation adaptée au contexte québécois, basée sur l'intégration des ressources, qui repose sur les équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer et qui répond aux critères de continuité, d'accessibilité et de qualité. Dans le respect de ce programme, la DLCC travaille à établir sur l'ensemble du territoire québécois une organisation hiérarchisée et intégrée des activités, des soins et des services de lutte contre le cancer.

OBJECTIF

ASSURER UNE PLACE PRIORITAIRE À LA LUTTE CONTRE LE CANCER DANS LE RÉSEAU DE SOINS ET DE SERVICES

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

- Analyser les projets cliniques des CSSS afin qu'ils incluent les paramètres essentiels de la lutte contre le cancer.
- Mettre en œuvre un programme de lutte contre le cancer dans chaque centre hospitalier impliqué.

En 2007, la DLCC a demandé aux ASSS de déterminer les enjeux propres à leur région et à la population qu'ils desservent, puis de les présenter dans un programme local et régional de lutte contre le cancer.

En 2010-2011, 92 établissements qui donnent des soins et des services aux patients atteints de cancer ont fait intégrer dans le Système de suivi de gestion et de reddition de comptes (GESTRED) des données sur l'encadrement et l'organisation des activités de lutte contre le cancer, qu'elles soient prévues dans un programme ou non. Parmi tous ces établissements, 80 % ont dressé un plan d'action, 92 % ont désigné un directeur responsable des activités de lutte contre le cancer et 83 % ont mis sur pied un comité de coordination des activités de lutte contre le cancer.

Tableau 1. Portrait des mesures d'encadrement et d'organisation des activités de lutte contre le cancer dans les établissements

	2009-2010	2010-2011
Directeur responsable des activités de lutte contre le cancer identifié	92 %	92 %
Plan d'action de lutte contre le cancer entièrement dressé	73 %	80 %
Comité de coordination des activités de lutte contre le cancer	81 %	83 %
Nombre d'établissements qui ont déclaré des informations	92 %	92 %

Source : GESTRED

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.

La DLCC travaille en collaboration avec les responsables régionaux de la lutte contre le cancer des ASSS et avec les responsables clinico-administratifs de la lutte contre le cancer des établissements. Au cours de l'exercice 2010-2011, la DLCC a tenu dix conférences téléphoniques avec les responsables régionaux et une rencontre annuelle avec ceux-ci et les responsables clinico-administratifs.

OBJECTIF

CONSOLIDER L'ORGANISATION HIÉRARCHISÉE DES SOINS ET DES SERVICES DANS LA LUTTE CONTRE LE CANCER

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

- Compléter la mise en place des équipes interdisciplinaires.
- Terminer l'évaluation des équipes de lutte contre le cancer en vue de leur désignation pour un mandat suprarégional.

Une première évaluation des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer a été effectuée de 2005 à 2009. Parmi les 155 établissements ou équipes visités à travers la province, 126 (81 %) ont reçu une désignation qui atteste leur conformité au fonctionnement en interdisciplinarité et la qualité des soins et des services qu'ils offrent aux personnes atteintes de cancer (voir tableau 2)¹⁰.

10. DIRECTION DE LA LUTTE CONTRE LE CANCER. *L'évaluation et la désignation des établissements et des équipes 2005-2009 : bilan*, [En ligne], 2010, p. 2. http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/cancer/index.php?aid=30#programme (Consulté le 29 juillet 2011).



Tableau 2. Nombre d'équipes visitées et désignées lors du premier cycle d'évaluation des équipes interdisciplinaires selon le mandat

Mandat	Nombre d'équipes visitées	Nombre d'équipes désignées
Local	70	52
Régional	10	7
Suprarégional	75	67
Total	155	126

Mesure 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.

Au terme de ce premier cycle d'évaluation, le groupe-conseil mis sur pied en vue de la réalisation de l'évaluation a fait un certain nombre de recommandations. Elles concernent le besoin de consolider la responsabilité régionale et les liens entre les établissements d'une même région, de créer un mécanisme de suivi relatif à l'évaluation des équipes et de mettre en place des communautés de pratique en oncologie.

Ce premier cycle d'évaluation a mis en évidence la nécessité d'assurer la pérennité du processus et de rendre obligatoire la désignation des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer. À cet effet, la DLCC a donné deux mandats à l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS), aujourd'hui intégrée à l'INESSS. Le premier mandat porte sur les principes qui favorisent la mise en place de réseaux régionaux en oncologie. Le second consiste à réviser et à adapter les outils d'évaluation des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer en prévision du deuxième cycle d'évaluation. Les mandats sont présentés plus en détail dans la section qui porte sur le soutien des projets d'évaluation ciblés dans le présent document.

Le deuxième cycle d'évaluation et de désignation des équipes interdisciplinaires aura notamment pour objectifs de consolider le réseau et d'assurer l'évaluation des équipes interdisciplinaires. L'évaluation portera plus particulièrement sur la qualité, la complémentarité des services et le déploiement de l'expertise, ainsi que sur l'accessibilité des patients à des services de qualité. Réalisés sous la responsabilité de l'INESSS, les travaux en cours permettront de revoir et de préciser les critères d'évaluation.

Des rencontres de travail entre l'INESSS et la DLCC – trois rencontres en 2010-2011 – ont permis de suivre le déroulement des travaux de planification du deuxième cycle d'évaluation, notamment la démarche prévue pour en déterminer les grands axes.

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

- Mettre en place un mécanisme visant à soutenir les Agences dans la correction des lacunes.

Le mécanisme de suivi est sous la responsabilité des agences. Chaque établissement impliqué dans la lutte contre le cancer collige des données dans le GESTRED depuis l'année financière 2008-2009. Les aspects suivants font l'objet d'un suivi et sont documentés dans le GESTRED :

Équipes locales et régionales	Équipes suprarégionales
○ le statut de la désignation ○ la coordination et le fonctionnement intégré ○ le fonctionnement interdisciplinaire ○ la formation continue ○ les ressources humaines dédiées : • infirmière pivot en oncologie • psychologue • travailleur social	○ le statut de la désignation ○ le fonctionnement de l'équipe (fréquence des réunions cliniques interdisciplinaires, rédaction d'un plan d'intervention interdisciplinaire, fréquence des réunions des Comités de thérapie du cancer, fréquence des réunions de soutien à l'équipe) ○ les indicateurs, leur analyse et le suivi des résultats (délai d'accès aux différents services, pratique clinique, satisfaction du patient vu par l'équipe) ○ la révision des algorithmes d'investigation, de traitement et de suivi ○ la révision de la trajectoire théorique, l'analyse de la trajectoire réelle et le nombre de nouveaux cas traités ○ les activités de formation continue ○ les activités de recherche ○ les publications

Les agences s'assurent de la validité et de la transmission des données dans GESTRED. Ces données sont utilisées dans la planification du prochain cycle d'évaluation.

Les agences ont la responsabilité de s'assurer que les équipes suprarégionales ont suivi les recommandations contenues dans leur rapport d'évaluation au cours du premier cycle de désignation et que leurs pratiques sont conformes aux critères de désignation. En 2010-2011, l'ASSS de Montréal a publié un rapport complet sur la conformité de ses équipes interdisciplinaires aux critères de désignation.

OBJECTIF**POURSUIVRE LA MISE EN PLACE D'UN RÉSEAU FONCTIONNEL DE LUTTE CONTRE LE CANCER****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.

L'exercice 2010-2011 a été marqué par le renforcement de la stratégie d'organisation des soins et des services de lutte contre le cancer. À cette fin, la DLCC a réalisé une consultation générale des présidents-directeurs généraux des établissements et des ASSS.

Les 18 rencontres, qui se sont échelonnées du 31 janvier au 21 avril 2011, ont porté sur les enjeux relatifs à la mise en place de réseaux de lutte contre le cancer dans chaque région. La DLCC a rencontré l'ensemble des présidents-directeurs généraux des ASSS.

Promouvoir la santé, détecter précocement le cancer et le prévenir

La lutte contre le cancer est indissociable de la promotion de saines habitudes de vie, de la protection contre la maladie, de la prévention de la maladie, de sa détection précoce et du dépistage. La lutte contre le cancer s'organise dans les milieux de vie et de travail, dans les écoles et dans les lieux publics où peuvent se développer des comportements à risque. La Direction générale de la santé publique (DGSP) réalise les principales activités liées à la prévention du cancer, à la promotion de saines habitudes de vie, à la détection et au dépistage du cancer.

OBJECTIFS

PROMOUVOIR L'ADOPTION DE SAINES HABITUDES DE VIE, À SAVOIR UNE SAINES ALIMENTATION, UN MODE DE VIE PHYSIQUEMENT ACTIF ET LE NON-TABAGISME, ET CRÉER DES ENVIRONNEMENTS QUI EN FACILITENT L'ADOPTION

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 Programme national de santé publique

Le tiers (30 %) de tous les cancers peuvent être prévenus par l'adoption d'une saine alimentation, d'un mode de vie physiquement actif et le maintien d'un poids corporel adéquat¹¹. Avec le tabagisme, qui est la plus grande cause évitable de cancer dans le monde¹², la mauvaise alimentation, associée à l'obésité, constitue l'une des principales causes du cancer. La prévention vise à amener les individus à modifier leurs environnements de vie, de loisirs et de travail. C'est dans cette optique que les activités qui découlent du *Programme national de santé publique 2003-2012*¹³ et du *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012*¹⁴, sont mises en place sur les plans national, régional et local.

Le plan d'action gouvernemental (PAG) comporte 75 actions regroupées sous cinq axes d'intervention. Les partenaires, soit sept ministères et trois organismes gouvernementaux en faveur d'une démarche concertée dès la conception du plan, se sont engagés dans une démarche visant « à améliorer la qualité de vie des Québécoises et des Québécois en leur permettant de vivre dans des environnements qui favorisent l'adoption de saines habitudes de vie, un mode de vie physiquement actif et une saine alimentation¹⁵ ». À ce jour, 61 des 75 actions (81 %) prévues dans le PAG ont été réalisées ou sont en voie de l'être.

Au cours de l'année financière 2010-2011, les diverses activités qui découlent de la stratégie de communication gouvernementale 2009-2012 en matière de saines habitudes de vie et de qualité de vie se sont poursuivies. Ces activités planifiées en collaboration avec les principaux ministères concernés (MAMROT, MAPAQ, MFA, MELS, MSSS) visent principalement :

- le renforcement du volet campagne à l'intention des décideurs afin de les amener à agir en faveur de la promotion et de l'adoption de saines habitudes de vie ;
- la poursuite de la promotion d'un mode de vie physiquement actif et d'une saine alimentation auprès des jeunes et des familles ;
- la diversification des approches, la segmentation des moyens et des messages en fonction des cibles, le renforcement des partenariats et du volet recherche et évaluation.

11. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Aide-mémoire n° 297*, [En ligne], février 2011. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/fr/index.html> (Consulté le 29 juillet 2011).

12. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Dix principaux faits et chiffres sur le cancer*, [En ligne], 2011. <http://www.who.int/features/factfiles/cancer/fr/index.html> (Consulté le 29 juillet 2011).

13. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme national de santé publique 2003-2012*, [En ligne], document PDF, 2003, 126 pages. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2002/02-216-01.pdf> (Consulté le 29 juillet 2011).

14. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *op. cit.*

15. *Ibid.*, p. 14.



La tournée des ambassadeurs de la campagne Au Québec, on aime la vie s'est poursuivie auprès des représentants des municipalités régionales de comté (MRC), de la Conférence des préfets de Chaudière-Appalaches et des conférences régionales des élus (CRÉ) de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine, de Lanaudière et de la région de la Montérégie. Rappelons que cette tournée se voulait principalement une activité de relations publiques et visait à mettre en lumière publiquement l'engagement des municipalités.

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.
- Promouvoir l'aménagement de l'environnement pour favoriser la pratique de l'activité physique.

Un mode de vie physiquement actif

Menées sous l'égide du programme gouvernemental Kino-Québec en 2010-2011, les campagnes comme Plaisirs d'hiver, Rendez-vous d'automne et la Journée nationale du sport et de l'activité physique ont contribué à inciter les jeunes et les adultes à adopter un mode de vie physiquement actif. Que ce soit par le biais des écoles, des municipalités ou des milieux de travail, ces campagnes permettent aux participants de redécouvrir les joies de l'hiver ou les bienfaits de la marche en tout temps.

Le développement et la mise en œuvre de politiques ou de cadres favorisant la saine alimentation et la pratique de l'activité physique se poursuivent, notamment dans les établissements scolaires et de santé ainsi que dans les milieux de travail et de loisirs.

Ça bouge dans les cours d'école !

Le déploiement de la trousse Ma cour: un monde de plaisir!, lancée en 2009-2010, s'est intensifié. L'approche proposée dans cette trousse de même que les outils qui s'y trouvent sont actuellement offerts aux écoles primaires de toutes les régions du Québec. L'objectif principal des démarches entreprises en 2010-2011 aura été de préparer les intervenants à fournir un encadrement mobilisateur aux écoles désireuses de s'engager dans l'aménagement, l'organisation ou l'animation de leur cour.

Un guide pour le traitement de l'obésité chez les enfants et les adolescents

En 2010, l'INESSS¹⁶ a poursuivi sa collaboration aux 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. Avec l'aide des parents et de plusieurs partenaires du milieu associatif, des ordres professionnels, du Collège des médecins et du MSSS, l'INESSS assure la coordination des travaux de rédaction du *Guide de pratique clinique sur le traitement de l'obésité pédiatrique au Québec*¹⁷.

Le programme Fruits et légumes en vedette

Mené par le MSSS, en collaboration avec le MAPAQ et ses partenaires, le programme Fruits et légumes en vedette vise à promouvoir et à soutenir le développement d'environnements favorables à la saine alimentation dans les restaurants indépendants du Québec. En 2010-2011, quelque 450 restaurateurs dans 16 régions sociosanitaires se sont engagés à offrir davantage de fruits et de légumes au menu, de l'entrée au dessert.

L'événement Fruits et légumes en vedette, qui se tient en mars de chaque année sous forme de campagne de sensibilisation, est l'occasion idéale de faire la promotion du programme Fruits et légumes en vedette¹⁸ et d'une saine alimentation auprès de la population afin de l'inciter à fréquenter les restaurants participants.

Autour du thème Mettez de la couleur dans votre assiette, les Québécois peuvent ainsi bénéficier d'une offre alimentaire améliorée, tout en savourant le plaisir de manger sainement au restaurant.

Le grand chantier du gouvernement du Québec qui vise à offrir des environnements alimentaires sains comprend la réalisation de l'évaluation de l'implantation du programme Fruits et légumes en vedette pour la période 2009-2010.

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

Les établissements du réseau de la santé et des services sociaux ont poursuivi leurs travaux d'élaboration d'une politique alimentaire adaptée à leur milieu respectif en vue de créer un environnement alimentaire favorable à la saine alimentation. Ces travaux sont devenus nécessaires à la suite de l'adoption par le MSSS, en 2009, du cadre de

16. Auparavant l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS).

17. INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX, *Guide de pratique clinique sur le traitement de l'obésité pédiatrique au Québec*, [En ligne], Document de consultation, document PDF, 60 pages, 2011.
http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/inesss/guide_obesite_pediatrique_Doc_consultation.pdf (Consulté le 3 août 2011).

18. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Fruits et légumes en vedette*, [En ligne], 2001.
<http://www.saines habitudesdevie.gouv.qc.ca/index.php?fetl-accueil> (Consulté le 29 juillet 2011).

référence Miser sur une saine alimentation : une question de qualité, à l'intention des établissements du réseau de la santé et des services sociaux pour l'adoption de politiques alimentaires adaptées.

Ce cadre de référence a pour objectif d'amener tous les établissements dispensateurs de soins à n'offrir, à partir de mars 2012, 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 des aliments, la façon dont sont servis les repas ainsi que les règles d'hygiène et de salubrité seront également au cœur des changements de l'offre alimentaire. À ce jour, 78 % des établissements ont adopté une politique alimentaire.

La création d'environnements alimentaires favorables à la santé

Lancée en mars 2010, la vision d'une saine alimentation pour la création d'environnements alimentaires favorables à la santé¹⁹ résulte d'une réflexion de tous les ministères et organismes gouvernementaux ayant participé aux travaux du *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012*²⁰. Cette vision est appelée à jouer un rôle central dans le PAG parce qu'elle définit comment l'alimentation influe sur les autres environnements dans lesquels évolue la population.

Cette orientation permet à tous les acteurs qui contribuent à créer des environnements alimentaires au Québec de partager une définition commune de la saine alimentation, en plus d'offrir des repères visant à faciliter le choix d'aliments sains pour les individus. La vision est donc populationnelle et constitue un complément d'action aux outils destinés aux individus, comme le Guide alimentaire canadien.

Un plan d'appropriation de la vision a été créé; il permettra au plus grand nombre d'acteurs possible de diffuser les grands messages et de les intégrer à leurs pratiques.

Du nouveau pour les municipalités

Le milieu municipal, de par la variété de leviers dont il dispose, joue un rôle clé dans la mise en place d'un environnement favorable à l'adoption de saines habitudes de vie. Pour cette raison, la démarche Municipalité active

a été mise en œuvre et est maintenant offerte à toutes les municipalités du Québec. Cette démarche vise spécifiquement à créer et à maintenir des environnements favorables à l'adoption et au maintien d'un mode de vie physiquement actif par la population. Le tout, dans la perspective d'améliorer la santé et la qualité de vie des habitants des municipalités. À cet effet, la démarche Municipalité active propose une évaluation des perceptions de l'appareil municipal à l'endroit de la qualité de l'environnement offert à la population. Les champs d'application ciblés sont :

- l'organisation municipale;
- la programmation et l'animation;
- le soutien aux organismes et aux personnes;
- l'aménagement urbain et les installations sportives;
- les communications.

Un soutien sous forme d'accompagnement est offert aux municipalités qui s'engagent à appliquer la démarche, à créer un plan d'action pour rendre l'environnement plus propice au mode de vie physiquement actif et à le mettre en œuvre.

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*.

La lutte contre le tabagisme

On estime aujourd'hui que le tabac est la cause de 30 % de tous les décès par cancer et qu'il est associé à 85 % de tous les nouveaux cas de cancer du poumon au Canada²¹.

Au Québec, le tiers des décès par cancer, soit 33,3 %, sont uniquement imputables au cancer du poumon, tandis qu'au Canada, 27 % le sont²².

Le Québec s'est engagé à poursuivre la mise en œuvre des activités prévues au *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2006-2010*²³, en lien avec ses objectifs :

- la prévention du tabagisme chez les jeunes;
- la protection contre la fumée de tabac dans l'environnement;
- l'abandon du tabagisme (centres d'abandon du tabac, ligne téléphonique sans frais et site Internet).

19. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Vision de la saine alimentation. Pour la création d'environnements alimentaires favorables à la santé*, [En ligne], document PDF, 2010, 6 pages. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-289-10F.pdf> (Consulté le 29 juillet 2011).

20. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *op. cit.*

21. SANTÉ CANADA, *Cancer*, [En ligne], 25 mai 2010. <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/dc-ma/cancer-fra.php> (Consulté le 29 juillet 2011).

22. SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER, *Le cancer au Québec et au Canada : les faits en bref*, [En ligne], 18 mai 2011. http://www.cancer.ca/Quebec/About%20cancer/Cancer%20statistics/Cancer%20statistics%20in%20Quebec.aspx?sc_lang=fr-CA#_ftn12#ixzz1S63hzEKd (Consulté le 29 juillet 2011).

23. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2006-2010*, [En ligne], document PDF, 2006, 52 pages. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-006-17.pdf> (Consulté le 3 août 2011).



Le système de monitoring du *Plan québécois de lutte contre le tabagisme*²⁴, sous la direction de l'Institut national de santé publique, permet de surveiller l'évolution du tabagisme au Québec et l'incidence des diverses stratégies de lutte déployées sur ce territoire. La mise à jour du premier rapport est en cours.

La prévention de l'usage du tabac a pour objectif de contrer l'initiation au tabagisme et, ultimement, de prévenir l'apparition de cancers. Les activités de prévention suivantes, auxquelles le MSSS offre son soutien, ont été réalisées au cours de l'exercice 2010-2011 :

- L'application du *Plan québécois de prévention du tabagisme chez les jeunes 2010-2015*²⁵ par le soutien d'activités destinées aux jeunes dans le milieu scolaire ainsi que le lancement de campagnes médiatiques, dont *Laisse-toi pas prendre*.
- La campagne *Y'a rien de plus dégueu qu'une cigarette*, lancée en février 2011. Cette campagne a pour but d'inciter les jeunes à résister à la tentation de fumer et à refuser les propositions incitatives de leurs pairs. Les principales activités mises de l'avant par la campagne sont des messages publicitaires diffusés dans les médias habituels, les écrans de cinéma, sur le Web ainsi que dans les médias sociaux.
- Le programme *La gang allumée* a contribué à la prévention du tabagisme au cours de l'année 2010 par ses 162 projets de sensibilisation à l'usage néfaste du tabac. Réalisés par des jeunes impliqués dans une activité d'engagement responsable, ces projets visent à informer le milieu scolaire et la clientèle fréquentant les maisons de jeunes aux problèmes engendrés par le tabagisme. Le site Internet de *La gang allumée* peut être consulté à l'adresse suivante : www.cqts.qc.ca/gang_allumee.html.
- Le concours *Vampire: On sang mêle*, auquel sont associés le Conseil québécois sur le tabac et la santé (CQTS) et *La gang allumée*, a permis aux jeunes de démontrer leurs talents de vidéastes amateurs pour illustrer les multiples pièges du tabac.
- La campagne nationale *Grenade* coordonnée par *De Facto*, qui fait appel à des approches axées sur le contremarketing. En collaboration avec le Réseau du sport étudiant du Québec, cette campagne fait la promotion de la dé-normalisation des produits et de l'industrie du tabac. Le programme *De Facto: La vérité sans filtre* est offert dans la majorité des régions du Québec.
- La participation du MSSS à un site Internet qui favorise l'animation sur le sujet et la communication entre les jeunes et le soutien du MSSS à la diffusion du magazine *IPOF*.

- La présentation de 55 spectacles au cours de la tournée *In Vivo* en milieu scolaire, qui traite de la question des effets du tabagisme, dont le cancer, dans le but de sensibiliser les jeunes aux dangers du tabac et aux tactiques de l'industrie.

L'application de la Loi sur le tabac et les activités de sensibilisation

Veillant sur la santé et le bien-être de la population, la Direction de la protection de la santé publique du MSSS a poursuivi en 2010-2011 les activités reliées à la surveillance de l'application de la Loi sur le tabac. Parmi celles-ci, certaines concernent les jeunes (interdiction de vendre des produits du tabac aux mineurs, promotion de la lutte contre le tabagisme, interdiction de fumer dans les cours d'école) et d'autres s'adressent à toute la population (interdiction de fumer dans les lieux de travail et dans la plupart des lieux publics fermés, promotion et publicité sur la lutte contre le tabagisme). Le rapport sur la mise en œuvre de la Loi sur le tabac 2005-2010 peut être consulté à l'adresse suivante : publications.msss.gouv.qc.ca/.

Toujours sous le thème de la protection de la santé publique, on a lancé des activités médiatiques afin de sensibiliser la population aux dangers de la fumée secondaire et à la nécessité de maintenir des environnements favorables à la santé. La Semaine québécoise pour un avenir sans tabac, *Un monde sans fumée* et le programme *Famille sans fumée* en sont des exemples.

La Loi sur le recouvrement du coût des soins de santé et des dommages-intérêts liés au tabac

Le 16 juin 2009, le gouvernement du Québec a adopté la Loi sur le recouvrement du coût des soins de santé et des dommages-intérêts liés au tabac pour pouvoir intenter des poursuites contre l'industrie du tabac et recouvrer une partie des coûts associés aux dommages causés à la santé de la population par le tabagisme et aux autres effets négatifs, notamment en ce qui concerne les nombreux cancers attribuables à l'usage du tabac.

Cette loi a été contestée par l'industrie du tabac et la Cour supérieure a indiqué dans un jugement rendu le 2 novembre 2010 que sa validité doit être examinée à la lumière des articles de la Charte québécoise des droits et libertés de la personne.

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.

24. *Ibid.*

25. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan québécois de prévention du tabagisme chez les jeunes 2010-2015*, [En ligne], document PDF, 2010, 57 pages. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-006-06F.pdf> (Consulté le 3 août 2011).

Le soutien à l'abandon du tabagisme

Au Québec, les fumeurs ont accès à des services de soutien gratuits offerts par des professionnels de la santé dans 150 centres d'abandon du tabagisme répartis dans toute la province. En 2009-2010, le nombre de personnes ayant fréquenté les centres d'abandon du tabagisme s'élève à 5 578. De plus, on a dénombré 1 000 participations en groupe parmi les visiteurs des centres.

La ligne téléphonique 1 866 JARRETE (527-7383) et le site Internet 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 de l'aide pharmacologique.

Le MSSS et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ont convenu d'un acte médical relatif à l'abandon du tabagisme. Cette mesure contribue à aider un plus grand nombre de fumeurs à rompre avec leurs habitudes de consommation de tabac : en 2009, près de 164 000 actes ont été remplis. La pérennité de la mesure concernant la rémunération de l'acte préventif *Soutien médical à l'abandon du tabagisme* est assurée depuis janvier 2011.

Pour soutenir cette intervention de counseling, on propose un outil d'aide à la pratique, soit le Soutien médical à l'abandon du tabagisme sur le site de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. Cet outil est mis à la disposition de tout médecin omnipraticien qui désire effectuer un counseling auprès d'un patient en matière d'abandon du tabagisme.

Des campagnes de communication, incluant la Semaine québécoise pour un avenir sans tabac, mobilisent les fumeurs autour de la dynamique et des bienfaits de cesser de fumer et des méfaits de la fumée secondaire. Le défi J'arrête, j'y gagne ! a notamment accueilli 15 804 participants en 2010.

OBJECTIF

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

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 cancérigènes chimiques ou physiques.

Amiante

En matière de surveillance de l'exposition à l'amiante au Québec et des maladies qui y sont reliées, la Direction

générale de la santé publique du MSSS, en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec, poursuit son travail d'analyse et de sensibilisation de la population et des autorités.

Plus précisément au sujet de la présence de fibres d'amiante dans l'air ambiant de Thetford Mines, la Ville a signalé son intention de collaborer à la réduction des sources de contamination. Le 18 janvier 2011, les directeurs de santé publique ont adressé une lettre à M. Clément Gignac, ministre du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation, pour signifier leurs préoccupations en matière de santé publique en ce qui concerne la relance de la mine souterraine de chrysotile à Asbestos compte tenu du caractère cancérigène de ce type d'amiante.

De plus, on a lancé un projet pilote lié au Système de surveillance des maladies à déclaration obligatoire (MADO) ; on le fera appliquer progressivement dans les hôpitaux en vue d'augmenter le taux de déclaration des maladies reliées à l'amiante, comme les cancers du poumon et du larynx, les mésothéliomes de la plèvre et du péritoine ainsi que l'amiantose.

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 contre les rayons ultraviolets.

Rayons ultraviolets (UV)

En collaboration avec le Comité intersectoriel sur la prévention des cancers de la peau, le MSSS étudie la faisabilité d'un projet de législation visant à interdire la fréquentation des salons de bronzage par les jeunes de moins de 18 ans, conformément aux recommandations de l'OMS, de l'Association des dermatologues du Québec, de la Société canadienne du cancer et d'autres organismes faisant autorité en la matière.

Une étude d'impact réglementaire, incluant une analyse économique, a été réalisée en lien avec ce projet de législation. Une campagne de sensibilisation, qui s'adresse en particulier aux jeunes, est prévue advenant l'adoption du projet de législation par le gouvernement.

Enfin, l'INSPQ prépare un avis sur la question de l'exposition aux rayons ultraviolets. Cette analyse porte sur les mesures réglementaires qui encadrent l'utilisation des appareils de bronzage chez les jeunes, notamment sur l'interdiction de l'accès aux appareils de bronzage aux jeunes âgés de moins de 18 ans.



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

- Promouvoir des moyens efficaces pour réduire l'exposition au radon.

Radon

Dans le cadre du Plan d'action sur la gestion des risques du radon, le MSSS a mandaté l'INSPQ pour mener un projet pilote de dépistage du radon dans les écoles primaires de commissions scolaires situées dans trois régions : Outaouais, Laurentides et Gaspésie. Des dosimètres qui mesurent les doses d'exposition au radon ont été installés dans les écoles au cours de l'hiver 2009-2010. Santé Canada a fourni les dosimètres et a contribué à l'analyse des résultats. Les directions régionales de santé publique concernées ont été mises à contribution, notamment en ce qui concerne le plan d'information du public et le soutien au déroulement du projet. Un plan de communication propre à ce projet a été rédigé par l'INSPQ, de concert avec le MSSS et le MELS.

Au total, les données recueillies par les 561 dosimètres des 65 écoles ciblées ont été analysées. Parmi tous les dosimètres, 54 (83 %) ont enregistré des mesures de radon inférieures à la ligne directrice de 200 Bq/m³. Une seule école a une mesure dépassant 600 Bq/m³, le résultat étant de 663 Bq/m³. Trois écoles se situent autour de la limite de 200 Bq/m³ et les sept autres sont en dessous de 600 Bq/m³. La figure 1 présente un résumé des résultats de ce projet pour l'ensemble des commissions scolaires concernées.

Figure 1. Portrait des résultats du projet pilote de dépistage du radon dans des écoles primaires des régions de l'Outaouais, des Laurentides et de la Gaspésie

Concentration minimale obtenue :	15 Bq/m ³ (limite de détection)
Concentration maximale obtenue :	663 Bq/m ³
Moyenne de la concentration au rez-de-chaussée :	51 Bq/m ³
Moyenne de la concentration au sous-sol :	71 Bq/m ³

Santé Canada a établi la concentration jugée acceptable à 200 Bq/m³. Toute l'information sur ce projet pilote de dépistage de radon dans des écoles se trouve sur le site Internet de l'INSPQ à l'adresse suivante : www.inspq.qc.ca/radon/.

Actuellement, le MELS prévoit créer un programme de mesure du radon qui couvrirait l'ensemble des écoles des commissions scolaires de 2012 à 2014.

Par ailleurs, en collaboration avec l'INSPQ et le Centre Eau Terre Environnement de l'Institut national de la recherche scientifique (INRS), un projet de cartographie des zones à risque d'émanation de radon au Québec est actuellement en cours. Les résultats sont attendus d'ici la fin de l'année 2011.

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

- Poursuivre la mise en place des activités en ce qui concerne les cancers d'origine professionnelle.

Pesticides

La mesure de variables associées aux cancers d'origine professionnelle est prévue au plan ministériel de surveillance du cancer, ce qui permettra de mieux suivre l'évolution de la situation des cancers associés à certains milieux de travail.

En vue de combattre les risques associés aux cancers d'origine professionnelle, on a mis en place de nombreuses activités d'intégration afin de favoriser une utilisation plus rationnelle et sécuritaire des pesticides, notamment par l'utilisation des produits phytosanitaires les moins risqués. Les outils IRPeQ (indicateur de risque des pesticides du Québec) et SAgE pesticides (information sur les effets des pesticides) ont grandement contribué à promouvoir les initiatives d'actions préventives.

Un nombre important d'activités de formation a été mis en place :

- Les conseillers agricoles des clubs conseils spécialisés travaillent directement auprès des producteurs agricoles.
- Un projet de 3 ans sur la sensibilisation à la réduction des risques des pesticides.
- La réalisation de bilans de risques par plus de 100 producteurs agricoles.
- L'accompagnement de 40 producteurs sur une période de 2 ans favorisant l'adoption, par les entreprises de grandes cultures, d'un plan de gestion intégrée des ennemis des cultures.
- Des présentations réalisées auprès de professionnels de la santé, de l'environnement et du milieu de l'enseignement.
- La formation « Pesticides agricoles : risques pour la santé et l'environnement et utilisation de SAgE pesticides et d'IRPeQ express » suivie par 180 conseillers agricoles répartis un peu partout à travers le Québec. Cette formation est accréditée par l'Ordre des agronomes du Québec (OAQ) et a été réalisée conjointement par l'INSPQ, le MAPAQ et le MDDEP.

Plusieurs des actions citées ci-dessus intègrent les outils de gestion du risque aux pratiques agricoles IRPeQ et SAgE pesticides.

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

Un programme de vaccination contre le VPH a été implanté au Québec le 1^{er} septembre 2008, avec pour objectif principal de prévenir le cancer du col de l'utérus. Le vaccin

utilisé présentement cible les types 16 et 18 du virus et inclut les types 6 et 11 offrant aussi une protection contre les condylomes. Il est offert gratuitement à l'école à toutes les filles de la 4^e année du primaire et à toutes celles de la 3^e année du secondaire.

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 monde²⁶. Depuis 1994, les élèves québécois de la 4^e année du primaire sont vaccinés gratuitement contre ce virus, qui a presque complètement disparu dans les cohortes vaccinées. Et depuis le début de la vaccination systématique des cohortes, l'incidence de cette infection a diminué dans les autres groupes d'âge. Le vaccin utilisé depuis 2008 protège également contre l'hépatite A (vaccin combiné contre les hépatites A et B). Cette vaccination des cohortes d'élèves est jumelée au programme de vaccination contre le VPH.

Les données sur la couverture de la vaccination mises à jour dès la fin de l'année scolaire sont présentées dans le bulletin *Flash Vigie* disponible sur le site Internet du MSSS : publications.msss.gouv.qc.ca/.

Le MSSS publie également sur son site Internet des fiches d'information sur la vaccination à l'intention des parents à l'adresse suivante : www.msss.gouv.qc.ca/vaccination/.

OBJECTIF

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

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

○ Assurer l'accès à la mammographie de dépistage.

Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein

Les priorités pour 2010-2011 sont demeurées les mêmes que pour l'année précédente, soit le respect des normes professionnelles, administratives et techniques (assurance qualité), l'accessibilité du programme et le consentement éclairé des femmes invitées à y participer.

Une entente tripartite a été conclue avec le Collège des médecins du Québec, l'ARQ et le MSSS concernant le suivi des normes du PQDCS relatives à la pratique de la mammographie de dépistage.

L'équipe d'évaluation de l'INSPQ a été mandatée par le MSSS pour l'évaluation de la performance du PQDCS. À cet égard, un tableau de bord est disponible à l'adresse suivante : <http://msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/pqdc/index.php?Evaluation>. Il permet de suivre l'évolution des indicateurs du Cadre de référence du PQDCS.

Dans le but de faciliter l'accès au dépistage dans toutes les régions du Québec, on a créé des unités itinérantes qui sont à l'œuvre depuis 2002. Elles desservent d'abord les régions de la Côte-Nord, du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James. De plus, on les utilise aussi pour pallier les problèmes locaux et temporaires d'accès au dépistage dans d'autres régions. L'équipement des unités itinérantes a été numérisé.

L'entente entre les centres de dépistage désignés (CDD), les centres de références pour investigation désignés (CRID) et les ASSS est en révision pour qu'elle s'arrime avec la gouverne du réseau de la santé et des services sociaux. La première étape a été de clarifier les rôles et les responsabilités, des établissements, des ASSS et du MSSS dans l'offre de service.

On a revu les outils d'information du PQDCS dans l'optique de favoriser un choix éclairé pour les femmes. Le formulaire de consentement a été mis à jour afin qu'il réponde notamment aux exigences éthiques de la Commission d'accès à l'information (CAI) et aux exigences de conformité pour l'évaluation de la performance du programme. Pour mieux informer les femmes dans leur décision de participer ou non au dépistage, on a réalisé des travaux qui ont permis d'améliorer l'information transmise sur les avantages et les inconvénients de la mammographie de dépistage. On a également entrepris des travaux afin d'offrir une formation en ligne sur le consentement éclairé à l'intention des professionnels de la santé.

Le tableau de bord du suivi du PQDCS indique que le taux de participation au programme à l'échelle de la province est constamment en hausse. Il est passé de 51,1 % en 2007 à 56,4 % en 2009. En ce qui a trait aux femmes qui ont eu une mammographie dans le même groupe d'âge, le taux de couverture du programme est passé de 65,8 % en 2006 à 67,9 % en 2009.

26. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, « Global Routine Vaccination Coverage, 2009 », dans *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 59, n° 42, octobre 2010, p. 1367-1371.



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.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus

Chez les Canadiennes âgées de 20 à 44 ans, le cancer du col de l'utérus est le deuxième cancer le plus fréquent, mais la très grande majorité des cas surviennent chez des femmes plus âgées. Le risque de développer un cancer du col de l'utérus demeure minime avant l'âge de 30 ans. Ce cancer touche dans une plus grande proportion les femmes âgées de plus de 40 ans, le premier pic d'incidence (taux par 100 000) étant observé chez les femmes de 40 à 49 ans, et le second, chez les femmes âgées autour de 75 ans. Au total, ce cancer demeure relativement rare, se classant au 13^e rang des cancers qui touchent les femmes, tant pour le Québec que pour le Canada²⁷.

À un moment ou à un autre de leur vie, 80 % des femmes en âge de procréer seront porteuses d'une infection par le VPH, qui est une cause majeure du cancer du col de l'utérus de même qu'un facteur important dans l'apparition d'autres cancers. 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, l'adoption de pratiques sexuelles prophylactiques et la vaccination contre le VPH.

La pertinence de mettre en place un programme de dépistage du cancer du col de l'utérus est présentement à l'étude.

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

- Assurer l'accès au dépistage du cancer colorectal.

Le programme québécois de dépistage du cancer colorectal

En collaboration avec les directions et les partenaires concernés, le MSSS poursuit les travaux préparatoires en vue du déploiement d'un programme de dépistage du cancer colorectal par recherche de sang occulte dans les selles chez les personnes âgées de 50 à 74 ans, suivie d'une coloscopie en cas de résultat positif. Ce programme s'inscrit dans une stratégie globale de lutte contre le cancer colorectal, dont les orientations se trouvent

notamment dans le *Plan d'action gouvernemental de promotion de saines habitudes de vie*²⁸.

Les normes cliniques relatives à la coloscopie ont été établies en collaboration avec des experts. Elles ont été diffusées auprès des agences et instances concernées (associations et ordres professionnels) en mai 2010. Elles sont disponibles aussi sur l'intranet du MSSS. Elles prennent en compte les dix critères de qualité relatifs à la coloscopie publiés par le Collège des médecins du Québec. Elles comprennent aussi des normes relatives aux compétences des technologues en coloscopie, des infirmières ainsi qu'à la gestion clinique de certains médicaments qui doivent être considérés lors d'une coloscopie.

Des normes organisationnelles relatives au cheminement optimal des personnes qui requièrent une coloscopie ont aussi été établies. Ces normes portent notamment sur les délais d'accès à respecter selon la priorité accordée aux références ou aux suivis en coloscopie.

En plus des normes, les outils suivants ont été conçus en vue de l'implantation du programme de dépistage :

- algorithmes de prise en charge selon différentes conditions de santé ;
- formulaire de demande de coloscopie ;
- rapport standardisé de coloscopie ;
- formulaire d'évaluation et de surveillance pré-, per- et post-coloscopie.

Créés sur la base des meilleures données scientifiques disponibles, ces normes et outils encadrent les services donnés et les actes accomplis en lien avec le programme et en assurent la qualité.

Les objectifs du programme de dépistage, la population cible, le test utilisé, l'examen de confirmation diagnostique, les normes et exigences à respecter, les mécanismes d'assurance qualité et les responsabilités des principaux partenaires ont été décrits dans un cadre de référence qui tient lieu d'orientations ministérielles.

On a lancé un appel de candidature en 2010 afin de tester les outils conçus pour le programme et d'en vérifier la faisabilité. Les dossiers de candidature ont été analysés selon des critères rigoureux prédéterminés. Huit sites de démonstration ont été retenus : trois ont une vocation locale, deux ont une vocation régionale, et trois, une vocation universitaire. En voici la liste :

1. le CSSS Pierre-Boucher (Montérégie) ;
2. le CSSS du Sud-Ouest-Verdun (Montréal) ;

27. Patricia GOGGIN et Marie-Hélène MAYRAND, *Avis sur l'optimisation du dépistage du cancer du col utérin au Québec*, Québec, Institut national de santé publique, Gouvernement du Québec, 2009, p. 8-9.

28. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *op. cit.*

3. le CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable (Mauricie et du Centre-du-Québec);
4. le CSSS de Rivière-du-Loup (Bas-Saint-Laurent);
5. le Centre hospitalier universitaire de Québec et le Centre hospitalier affilié universitaire de Québec (Capitale-Nationale);
6. l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (Montréal);
7. le Centre hospitalier affilié universitaire de l'Hôtel-Dieu de Lévis (Chaudière-Appalaches);
8. le Centre universitaire de santé McGill (Montréal).

Ces sites sont représentatifs de la diversité géographique des établissements qui offrent des soins et des services au Québec (en région urbaine, mixte, rurale ou éloignée) et de la répartition de la pratique médicale (spécialisation en chirurgie, en gastro-entérologie et en médecine interne).

Une équipe ministérielle assure le suivi et l'accompagnement de ces sites de démonstration. Des bilans périodiques sont réalisés par les sites de démonstration et par les agences au sein desquelles ils se trouvent, permettant ainsi de documenter la capacité des centres à atteindre les objectifs du projet. Le suivi des sites d'expérimentation porte sur la capacité de chacun des centres à optimiser ses processus de travail, à appliquer les normes de qualité et d'accès (pour la coloscopie, la pathologie et la chirurgie) ainsi que sur la place qu'occupe le médecin de famille dans la trajectoire optimale et sur la collaboration du centre avec ce dernier.

L'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ) apporte un soutien particulier aux sites de démonstration en ce qui concerne l'application des lignes directrices relatives à la coloscopie en soins infirmiers. Ces normes sont rendues disponibles aux sites choisis pour l'expérimentation du programme de dépistage.

Enfin, la pertinence de créer un registre des personnes à haut risque de cancer colorectal est présentement à l'étude.

Faciliter le parcours de la personne atteinte de cancer dans le continuum de soins et de services

Le continuum de soins et de services en cancer illustre la complexité des parcours thérapeutiques et la réalité des personnes atteintes par cette maladie. L'accessibilité, la qualité et la continuité des soins et des services constituent des préoccupations constantes quant à l'organisation des soins et des services.

OBJECTIF

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

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

- Optimiser le nombre d'infirmières pivots en oncologie.

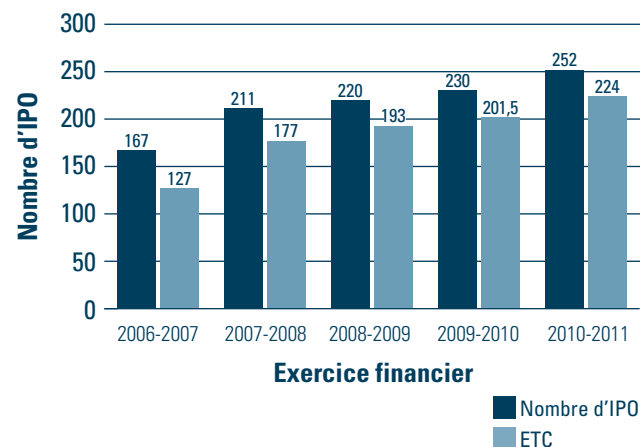
L'infirmière pivot en oncologie

Le rôle de l'infirmière pivot en oncologie consiste à évaluer l'ensemble des besoins de la personne atteinte de cancer et ceux de ses proches. De plus, elle prodigue de l'enseignement et du soutien et elle coordonne les soins et les services. Elle œuvre dans l'équipe interdisciplinaire de lutte contre le cancer²⁹.

Conformément aux orientations prioritaires 2007-2012, la DLCC travaille à optimiser la présence des IPO dans les équipes de lutte contre le cancer au Québec.

La figure 2 illustre l'évolution du nombre d'IPO dans le temps. Il est passé de 230 (201,5 postes équivalents temps complet [ETC]) en 2009-2010 à 252 (224 postes ETC) en 2010-2011.

Figure 2. Évolution du nombre réel d'IPO et du nombre de postes ETC



Source: GESTRED

29. COMITÉ CONSULTATIF DES INFIRMIÈRES EN ONCOLOGIE, *Le rôle de l'infirmière pivot en oncologie*, Québec, Direction de la lutte contre le cancer, juillet 2008, 15 p.



Pour ce qui est du temps consacré par l'IPO à sa fonction, on observe dans le tableau 3 que le nombre d'IPO qui consacrent plus de 4 jours par semaine à leur fonction est en augmentation (82 % des IPO en 2010-2011).

Tableau 3. Nombre de jours par semaine consacrés à la fonction d'IPO

	2009-2010		2010-2011	
	Nombre d'IPO	%	Nombre d'IPO	%
moins de 2 jours	11	5	10	4
de 2 à 3,5 jours	35	15	35	14
4 jours et plus	184	80	207	82
Total	230	100	252	100

Source : GESTRED

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.

Le passeport en oncologie

Le passeport en oncologie distribué dans les établissements depuis avril 2008 est utilisé par les patients atteints de cancer. Au total, 114 600 passeports ont été imprimés : 102 000 en français et 17 600 en anglais. Une réimpression du passeport est prévue au cours de l'année 2011-2012 ; elle intégrera les modifications demandées par les utilisateurs du passeport. Jusqu'à ce jour, ces demandes portent principalement sur la forme et la présentation. Par ailleurs, une évaluation de l'utilisation du passeport en oncologie est en cours.

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.

L'investigation et le diagnostic

La DLCC a participé au financement d'un Centre de navigation du cancer du poumon au Centre universitaire de santé McGill de 2009 à 2011. La DLCC a reçu un rapport qui illustre les résultats à la suite de la mise en œuvre du projet. Les constats suivants sont formulés dans ce rapport :

- mise en place d'un guichet unique qui intègre l'ensemble des soins et des services ;
- amélioration de la continuité des soins ;
- amélioration de la collaboration interprofessionnelle ;
- accroissement de l'efficacité du cheminement clinique (approche *Lean*) ;

- réduction des délais d'attente et maintien des délais d'accès selon les normes en investigation, chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie ;
- satisfaction élevée de la clientèle.

Les hôtelleries cancer

Les hôtelleries pour personnes atteintes de cancer sont des organismes communautaires qui hébergent des patients lorsqu'ils doivent recevoir des traitements, généralement de radiothérapie, loin de leur résidence. La DLCC subventionne ces hôtelleries selon une entente d'aide financière qui a été renégociée au cours de la dernière année et qui est valide jusqu'en 2013. Les hôtelleries de la Fondation québécoise du cancer a des installations dans les régions de Montréal, de l'Estrie, de l'Outaouais et de la Mauricie-Centre-du Québec, qui ont enregistré 18 740 nuitées au cours de 2010-2011. Les hôtelleries de la Société canadienne du cancer (Montréal) et de l'Association du cancer de l'Est du Québec accueillent aussi des patients selon une entente fondée sur les mêmes paramètres que celles établies avec les ASSS de leur région.

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

- Optimiser l'accès aux services de soutien et de support psychosociaux.

L'oncologie psychosociale

Les besoins psychosociaux de la personne atteinte du cancer sont au cœur de la qualité des soins et des services offerts dans une perspective de prise en charge globale des patients. Le Comité d'oncologie psychosociale mis sur pied par la DLCC a déposé le rapport *Vers des soins centrés sur la personne*³⁰ au cours de la dernière année. Il émet des recommandations, entérinées par la DLCC, qui visent :

- le dépistage systématique de la détresse à diverses étapes de la trajectoire de soins ;
- l'évaluation initiale globale des patients ;
- le soutien et l'accès à des interventions psychosociales adaptées aux besoins des personnes évaluées ;
- une organisation hiérarchisée des services psychosociaux.

L'oncologie bucco-dentaire

L'accessibilité d'un panier de services de base en oncologie bucco-dentaire partout au Québec depuis 2009 permet une prise en charge optimale des patients qui ont un cancer de la sphère oto-rhino-laryngologique (ORL). Pour la majorité des patients, cette prise en charge pré-, per- et post-radiothérapie permet d'éviter les effets secondaires majeurs causés par la radiothérapie.

30. COMITÉ D'ONCOLOGIE PSYCHOSOCIALE, *Vers des soins centrés sur la personne*, [En ligne], document PDF, mars 2011, 53 pages. <http://www.msss.gouv.qc.ca/cancer/> (Consulté le 1^{er} août 2011).

Tous les patients nécessitant de la radiothérapie au niveau de la cavité buccale ont accès à ces soins gratuitement. Le MSSS a investi plus de 900 000 \$ à cette fin.

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

- Parfaire les ententes nécessaires en ce qui concerne les corridors de services entre la première ligne et les soins spécialisés et ultra-spécialisés.

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

La mise en place de nouveaux services de traitement de radio-oncologie dans deux centres hospitaliers est prévue en 2011. Les services de radio-oncologie de l'Hôpital Charles LeMoyne en Montérégie et de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé à Laval s'ajouteront aux autres services déjà offerts dans dix centres hospitaliers du Québec. Ces deux nouveaux centres de radio-oncologie pourront prendre annuellement en charge près de 4 000 patients, ce qui permettra d'améliorer la proximité des services offerts aux personnes atteintes de cancer qui nécessitent des traitements de radiothérapie³¹ en Montérégie et à Laval.

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.

Afin d'assurer une utilisation efficace des ressources et le respect des cibles ministérielles d'accès, la DLCC a procédé, pour l'ensemble des services de radio-oncologie de la province, à une révision des corridors de desserte en radio-oncologie à partir des paramètres suivants :

1. la recherche de l'équité volumétrique entre les centres hospitaliers offrant les services de radio-oncologie dont la mesure est basée sur l'atteinte d'un ratio variant entre 300 et 400 patients traités par appareil, par année ;
2. le respect, lorsque la situation le permet, des habitudes réelles de consommation et des liens cliniques établis en fonction de l'organisation régionale du réseau d'oncologie ;
3. la réorientation de la clientèle, lorsque nécessaire, en fonction de la distance à parcourir pour se rendre au centre le plus proche ;
4. la création d'une marge potentielle de variation de l'ordre de 10 % à 15 % établie en fonction des volumes prévus dans chaque scénario pour tenir compte à la

fois des personnes atteintes d'un cancer rare (de 3 % à 4 %), qui doivent être référées dans un centre supra-régional, et du respect du choix des patients qui souhaitent être traités dans un centre différent de ceux prévus aux scénarios déposés.

Les corridors de desserte nouvellement définis ont été adoptés par les agences de la santé et des services sociaux et par les réseaux cliniques médicaux de chaque région administrative.

Dans ce contexte, le modèle de répartition de la cohorte de finissants en technologie de radio-oncologie conçu en 2008-2009 basé sur l'évaluation des besoins de chaque centre qui offre des services de radio-oncologie revêt alors toute son importance.

Un projet de répartition de la cohorte de finissants de juin 2010, qui prend en compte l'ajout des services de radio-oncologie à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé et à l'Hôpital Charles LeMoyne ainsi que les corridors de desserte révisés, a été proposé aux agences et aux responsables des centres de radio-oncologie. Ces derniers ont accepté la proposition qui leur a été soumise et ont mis de l'avant la répartition recommandée. Ce processus a permis aux centres de se répartir équitablement 26 finissants de la cohorte de juin 2010 afin d'assurer une desserte optimale de soins pour les patients selon les délais d'accès prescrits.

La DLCC a déjà prévu la répartition des finissants de juin 2011 pour permettre à la fois aux services existants de poursuivre leurs activités et aux deux nouveaux centres d'entreprendre leurs activités dans un environnement adéquat qui favorise l'atteinte des cibles ministérielles d'accès.

L'équilibre des ressources est prévu pour 2012 et l'atteinte de cet objectif s'avère réaliste.

La planification de la main-d'œuvre : les médecins médicaux cliniques

La planification de la main-d'œuvre pour les médecins médicaux cliniques s'est également poursuivie en 2010-2011. Le modèle conçu par l'Association québécoise des médecins médicaux cliniques a servi à la révision annuelle des besoins de chaque centre hospitalier offrant des services de radio-oncologie pour ces professionnels.

Un projet de répartition de la cohorte de finissants 2010 tenant compte de l'ouverture des nouveaux centres hospitaliers de radio-oncologie a été proposé aux agences et aux services de radio-oncologie. Tous les intervenants ont entériné le projet, ce qui a permis aux services de se répartir équitablement les neuf finissants de la cohorte 2010.

La réalisation du plan quinquennal de répartition des ressources se poursuit comme prévue.

31. On estime qu'environ la moitié des personnes atteintes de cancer ont besoin de traitements de radiothérapie à un moment ou à un autre de leur parcours thérapeutique.



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

À l'hiver 2010, un comité d'experts regroupant des radio-oncologues, des résidents en radio-oncologie, des représentants de la DLCC et de la Direction de la main-d'œuvre médicale (DMOM) du MSSS a procédé à la révision du modèle d'analyse des besoins présenté dans le rapport sur la main-d'œuvre en radio-oncologie de mai 2000. Après consultation de l'Association des radio-oncologues du Québec et de la Fédération des médecins spécialistes du Québec, le comité consultatif a transmis le projet de planification à l'aide du modèle au MSSS, qui l'a entériné.

Les besoins ont été évalués à 126 postes de radio-oncologues au Québec en 2011. Le comité consultatif en radio-oncologie procédera à l'analyse des besoins en main-d'œuvre médicale en radio-oncologie pour 2012 afin de planifier adéquatement l'ajout nécessaire des ressources, puis il déposera une recommandation à la DLCC. Les deux nouveaux services de radio-oncologie qui démarreront leurs activités au cours de 2011-2012 sont pris en compte dans la planification de la main-d'œuvre pour l'année 2012.

Les ressources matérielles en radio-oncologie

La radio-oncologie nécessite des équipements coûteux dont la durée de vie utile est limitée. Un processus de planification rigoureux assure la disponibilité des ressources matérielles au bon endroit et au bon moment.

La Direction de l'organisation des services médicaux et technologiques du MSSS a poursuivi ses travaux en ce qui concerne le processus d'achats regroupés pour l'acquisition d'accélérateurs linéaires, travaux auxquels a participé la DLCC. Un comité auquel siégeaient des physiciens de chaque centre de radio-oncologie a apporté une expertise de pointe et a contribué à l'élaboration du devis global d'appel d'offres pour l'achat d'équipement.

Un appel d'offres provincial a été lancé le 21 juillet 2010. L'analyse des soumissions s'est déroulée au cours de l'automne 2010. En décembre de la même année, les établissements concernés ont pu procéder à la rédaction des bons de commande pour acquérir leurs nouveaux accélérateurs linéaires : 14 des 56 appareils actuellement en service au Québec seront remplacés.

En 2010-2011, 9 demandes d'amélioration des ressources, des immobilisations ou de l'équipement en radio-oncologie provenant de 7 régions ont été analysées par la DLCC. L'analyse de ces demandes a été réalisée à l'aide du processus rigoureux de gestion de projet, qui s'inscrit dans le programme fonctionnel et technique (PFT) de chaque établissement de santé au Québec. La DLCC a transmis ses recommandations aux directions du MSSS concernées par chaque demande en particulier.

La DLCC a également contribué activement à la révision du système d'unités techniques provinciales utilisé pour

comparer les centres de radio-oncologie entre eux sur les bases de leurs activités et des coûts engendrés par ces activités. Ce système en place depuis vingt ans a fait l'objet de modifications importantes au cours de l'exercice 2010-2011; il est désormais adapté aux nouvelles technologies. Les modifications apportées touchent la mise à jour des types de traitement (téléthérapie et curiethérapie), notamment en ce qui concerne l'unité de traitement; les types de visites, les techniques utilisées pour la planification des traitements et le support aux activités de radio-oncologie, qui est maintenant mieux défini et mieux encadré.

OBJECTIFS

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

Mesures 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.
- Concevoir une trousse comprenant notamment des lignes directrices et la distribuer aux médecins de famille.

En ce qui concerne le rôle du médecin de famille dans la lutte contre le cancer, plusieurs initiatives ont été instaurées par les omnipraticiens. Plus récemment, un guide pour accompagner les patients qui désirent cesser de fumer a été fourni aux omnipraticiens, comme il est expliqué dans la section portant sur le soutien à l'abandon du tabagisme du présent rapport.

De plus, des initiatives sont en cours; elles ont pour but d'examiner comment pourrait s'inscrire le rôle complémentaire du médecin de famille dans le contexte d'approche populationnelle, qui est celui du Programme de dépistage du cancer colorectal présentement en expérimentation dans huit sites au Québec. La DLCC souhaite que cette question soit l'objet de développements plus concrets au cours de la prochaine année.

OBJECTIF

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

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.

En 2010-2011, la DLCC a poursuivi les activités visant à favoriser la continuité et la complémentarité des soins et des services offerts par les établissements du réseau québécois et les instances locales autochtones.

La rédaction d'un état de situation sur l'organisation des soins et des services de lutte contre le cancer offerts aux membres des Premières Nations et aux Inuits est en cours. L'ajout d'infirmières pivots en oncologie ou d'infirmières de liaison, qui assureront les soins après les traitements dans ces populations, fait partie de la planification³².

Outre les difficultés imposées par le morcellement des responsabilités en matière de services de santé et de services sociaux offerts aux personnes des communautés autochtones vivant sur un territoire non conventionné du Québec³³, des défis particuliers se présentent quant à la lutte contre le cancer pour cette population ainsi que pour les communautés vivant sur un territoire conventionné.

Selon la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPLNQ), la culture et la démographie diffèrent entre les Autochtones et le reste de la population. De plus, un bon nombre de disparités existent entre les différentes nations et même entre les communautés³⁴.

Un rapport de l'INSPQ³⁵ décrit l'incidence et la mortalité par cancer dans cette population, à l'exclusion des Mohawks et des Malécites ainsi que de quelques autres communautés.

Par ailleurs, le bilan de la recherche en santé des Premières Nations et des Inuits du Québec de 1986 à 2006, préparé conjointement par la CSSSPNQL et l'INSPQ, montre que la recherche sur la santé de la population autochtone est surtout concentrée chez les Cris et les Inuits et a pour objet les habitudes de vie et les maladies chroniques dans 28 % des cas et la prévention ou la promotion dans 20 % des cas.

OBJECTIF

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

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, 24 h sur 24 et 7 jours sur 7.

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.

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

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 soins palliatifs à domicile

Le tableau 4 illustre les services visant à maintenir et à améliorer les soins destinés aux personnes qui demeurent le plus longtemps possible dans leur milieu de vie. Les services du panier de base en soins palliatifs sont fournis dans la très grande majorité des CSSS.

De façon générale, pour l'exercice 2010-2011, on observe une stabilisation de la disponibilité des services en comparaison avec l'exercice 2009-2010.

Tableau 4. Pourcentage de CSSS offrant un panier de services de base en soins palliatifs à domicile (clientèle adulte)

	2009-2010 %	2010-2011 %
Accès à une équipe de soins palliatifs à domicile	78	81
Accès à une trousse pharmaceutique 24/7	72	76
Accès à un médecin de garde 24/7	81	80
Accès à une infirmière 24/7	97	96
Enregistrement de plus de 90 % des usagers à Info-Santé	87	87
Accès au matériel, aux fournitures et à l'équipement requis dans un délai de 48 heures	99	99

Sources : GESTRED

32. COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR, *Évaluation des exigences des soins continus dans les communautés des Premières Nations et des Inuits : Rapport régional du Québec*. Wendake (Québec), Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, 2006, 400 p.

33. Les services de santé et les services sociaux sont assurés dans les communautés autochtones par le gouvernement fédéral ou le gouvernement du Québec selon que la personne est inscrite comme appartenant aux Premières Nations ou aux Inuits des territoires conventionnés (Inuits, Cris et Naskapis) ou non conventionnés (Abénaquis, Algonquins, Attikameks, Hurons-Wendat, Innus, Malécites, Micmacs et Mohawks);

34. *Commission de la santé et des services sociaux des premières nations du Québec et du Labrador*, [En ligne], 2008. www.cssspnql.com (Consulté le 1^{er} août 2011).

35. Rabiâ LOUCHINI et Michel BEAUPRÉ, *Cancer chez les Autochtones du Québec vivant dans les réserves et les villages nordiques, de 1984 à 2004 : Incidence et mortalité*, Québec, Institut national de santé publique, Gouvernement du Québec, 2007, 34 p.



En 2010-2011, un plus grand nombre de personnes ont reçu des soins palliatifs à leur domicile qu'au cours de l'exercice précédent (voir tableau 5). Le nombre d'interventions à domicile continue de dépasser la cible bien qu'on observe une légère diminution par rapport à l'an dernier, qui peut être attribuable à l'augmentation du nombre de personnes desservies. Ces données excluent cependant toutes les personnes qui ont reçu des services à domicile fournis par des organismes communautaires avec lesquels certaines agences concluent des ententes de services.

Tableau 5. Sommaire des interventions à domicile en comparaison avec les cibles annuelles

Indicateur	Résultats			Cible 2010
	2008-2009	2009-2010	2010-2011	
Nombre de personnes desservies en soins palliatifs à domicile	19 047	18 860	19 519	24 944
Nombre moyen d'interventions à domicile par personne	19,7	19,4	18,3	16

Source : GESTRED

Le nombre de lits dédiés aux soins palliatifs et la répartition des lits par établissement

Depuis 2008-2009, le nombre de lits dédiés aux soins palliatifs est passé de 557 à 659 lits. Entre 2009-2010 et 2010-2011, 44 lits ont été ajoutés au Québec, permettant ainsi au nombre de lits d'approcher de la cible ministérielle, qui est fixée à 788.

L'écart à combler en ce qui concerne le nombre de lits dédiés aux soins palliatifs pour atteindre la cible ministérielle est moins grand.

Tableau 6. Nombre de lits dédiés aux soins palliatifs

	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Nombre de lits	557	615	659
Cible	769	788	788
Atteinte de la cible	72 %	78 %	84 %
Écart	212	173	129

Source : GESTRED

L'augmentation du nombre de lits dédiés aux soins palliatifs en 2010-2011 est en grande partie attribuable à l'ouverture de nouvelles maisons de soins palliatifs.

Tableau 7. Portrait de l'emplacement des lits de soins palliatifs selon le type d'établissement

	2008-2009		2009-2010		2010-2011	
	Nombre de lits	%	Nombre de lits	%	Nombre de lits	%
Centre hospitalier (CH)	192	34	180	29	196	30
CH universitaire (CHU)	102	18	127	21	122	18
CH de soins de longue durée (CHSLD)	130	23	140	23	156	24
Maison de soins palliatifs	133	23	168	27	185	28
Total	557	100	615	100	659	100

Sources : GESTRED et répondants régionaux

Le ratio d'un lit par 10 000 de population est toujours la cible à atteindre. À partir des plans de développement régionaux établis par les agences, un plan de déploiement pour l'ouverture de nouveaux lits a été réalisé et sera soumis au cours de l'été pour approbation. Ce plan prévoit que d'ici 2015, nous dépasserons le nombre de lits prévu par le ratio afin que partout au Québec des lits dédiés aux soins palliatifs soient disponibles dans divers milieux, comme le prévoit la *Politique de soins palliatifs de fin de vie*.

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

- Définir des critères administratifs qui encadrent la prestation et assurent la qualité des services.

Les maisons de soins palliatifs

Il existe 27 maisons de soins palliatifs dans 15 régions du Québec. Seules les régions du Nord-du-Québec, du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James n'ont pas de maisons de soins palliatifs en raison de l'étendue du territoire et de la faible densité de population. La liste des maisons, ainsi que leurs coordonnées, est disponible à l'adresse suivante :

www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/cancer/download.php?f=3db909ebca19c70af7aa74bf9002e946.

À l'exception de la Maison Michel-Sarrazin, qui a un statut particulier, toutes ces maisons ont reçu jusqu'en mars 2012 l'agrément du ministre après avoir démontré qu'elles répondent à une quarantaine de critères concernant l'offre de service, l'éthique ou encore la sécurité et la qualité des soins.

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/download.php?f=de984774332705d49775cf68222c5c6b

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.

La coordination des soins palliatifs

L'importance accordée à l'organisation des services offerts en soins palliatifs vise à offrir le plus possible des services efficaces. Les objectifs poursuivis par la DLCC sont les suivants :

- favoriser les efforts de coordination ;
- assurer la mise en œuvre d'un processus de rétroaction ;
- adapter les services selon les ressources et les caractéristiques régionales ;
- faciliter la collaboration des divers milieux et de tous les intervenants.

En 2010-2011, la majorité des CSSS, soit 78 % comparativement à 70 % en 2009-2010, ont déclaré avoir un mécanisme de coordination des services en soins palliatifs.

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

- Développer des modalités visant la consultation de la population et des personnes atteintes concernant l'organisation de l'offre de service en cancer.

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

Il est difficile de rejoindre les personnes en soins palliatifs ou leurs proches concernant l'organisation et l'offre de services. Afin de pallier cette difficulté, d'entendre les demandes et de mieux cerner les besoins des personnes recevant des soins palliatifs, la DLCC a consulté un comité composé d'experts provenant autant du milieu communautaire que du réseau de santé publique. Les travaux ont porté notamment sur la trajectoire optimale en soins palliatifs, sur la formation, sur l'accès et la qualité des soins ainsi que sur le développement projeté. Un rapport de ce comité sera déposé à la DLCC et les recommandations seront intégrées à la planification des orientations stratégiques 2012-2015.

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 des équipes interdisciplinaires spécialisées en soins palliatifs dans toutes les régions du Québec. Toutefois, les équipes désignées qui sont spécialisées en soins palliatifs sont 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 masse critique minimale pour développer et maintenir une expertise de pointe n'est pas atteinte dans chaque région pour la mise en place d'une équipe spécialisée. Toutefois, des corridors de services avec les équipes spécialisées dans les centres mère-enfant et les hôpitaux spécialisés devront être consolidés pour permettre l'accès à ces services partout au Québec.

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

- Soutenir la mise en place des centres et hôpitaux de jour ou des cliniques d'accès à des soins palliatifs.

En ce qui concerne la mise en place de centres de jour et de cliniques d'accès à des soins palliatifs, des actions qui favorisent une utilisation optimale des ressources sont prévues dans le plan de développement des soins palliatifs réalisé en collaboration avec les agences au cours de l'année, notamment par la mise sur pied de centres de jour dans le réseau public de la santé et par une offre de services offerts par des maisons de soins palliatifs.

Soutenir l'évolution des pratiques

L'évolution des pratiques est un aspect fondamental de la lutte contre le cancer. La DLCC soutient plusieurs projets qui contribuent à l'évolution des pratiques et qui touchent plus particulièrement la recherche, la pratique clinique, l'évaluation, la surveillance, la standardisation des informations nécessaires au suivi et à l'optimisation des services, la formation de base et la formation continue.

OBJECTIF PROMOUVOIR RÉGIONALEMENT L'EXCELLENCE DES PRATIQUES

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

- Soutenir la formation sur l'interdisciplinarité.

Les équipes suprarégionales de lutte contre le cancer

Le maintien de la qualité des services exige que les intervenants aient de la formation continue et subissent régulièrement une évaluation de leurs façons de faire, ce qui favorise la mise à jour des connaissances.



Les équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer représentent un environnement propice aux échanges, au partage de l'information clinique et au transfert des connaissances. Le premier cycle d'évaluation des équipes interdisciplinaires a permis de dresser un portrait des initiatives de formation au sein de cette structure interdisciplinaire.

Mesures 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.
- Mettre sur pied des programmes de formation de base et de formation continue destinés aux professionnels.

En 2010-2011, 8 des 16 agences ayant participé au premier cycle d'évaluation des équipes interdisciplinaires ont déclaré avoir préparé un plan de formation continue et 13 ont affirmé avoir organisé des activités de formation portant sur l'interdisciplinarité pour une ou plusieurs de leurs équipes locales et régionales de lutte contre le cancer (voir tableau 8).

Tableau 8. Nombre d'agences qui ont un plan de formation et qui ont déclaré avoir organisé des activités de formation pour les équipes locales et régionales de lutte contre le cancer

	Plans de formation continue		Activités de formation portant sur l'interdisciplinarité	
	2009-2010	2010-2011	2009-2010	2010-2011
Nombre d'agences	6	8	14	13
%	37,5	50	87,5	81

Source : GESTRED

Pour 2010-2011, 55 % des équipes suprarégionales de lutte contre le cancer ont déclaré avoir donné de la formation aux membres de leur équipe et à leurs partenaires, c'est-à-dire aux établissements du réseau qui orientent des patients vers les équipes suprarégionales (voir tableau 9).

Tableau 9. Nombre d'équipes suprarégionales qui ont donné une formation

	Formation donnée aux membres		Formation donnée aux partenaires	
	2009-2010	2010-2011	2009-2010	2010-2011
Nombre d'équipes	37	64	37	61
%	55	96	55	91

Source : GESTRED

Les équipes suprarégionales ont déclaré 1 159 projets de recherche clinique sous leur responsabilité, 281 projets de recherche évaluative et 369 projets de recherche fondamentale en 2010-2011. Elles ont également déclaré avoir produit 889 articles parus dans une publication scientifique et examinés par un comité de révision par les pairs avant la publication (voir tableau 10). L'augmentation importante entre les deux années financières est attribuable à une sous-déclaration en 2009-2010. Il s'agissait alors de la première année de la collecte de ces données auprès des équipes suprarégionales.

Tableau 10. Nombre de projets de recherche et de publications déclarés par les équipes suprarégionales

	2009-2010	2010-2011
Recherche clinique	491	1 159
Recherche évaluative	139	281
Recherche fondamentale	116	369
Publications	303	889

Source : GESTRED

« Communiquer pour mieux soigner »

Le cinquième Congrès de la Direction de la lutte contre le cancer a eu lieu à Montréal le 30 avril 2010. Sous le thème « Communiquer pour mieux soigner », l'événement marquait la fin du mois de la sensibilisation au cancer. Le congrès avait pour but d'amener les participants à reconnaître l'importance de la communication comme élément essentiel à des soins de qualité, centrés sur la personne, et ce, autant dans la relation avec la personne atteinte de cancer et ses proches que dans l'échange avec les différents partenaires.

La formation spécialisée

Au cours de la dernière année, le Comité consultatif des infirmières en oncologie a poursuivi ses travaux de planification d'un projet visant à expérimenter un module d'apprentissage en ligne à l'intention des infirmières pivots en oncologie qui pratiquent au Québec, en partenariat avec le Centre d'expertise en santé de Sherbrooke. Ce projet s'adressera aux infirmières qui travaillent auprès de la clientèle en oncologie et à d'autres professionnels.

En collaboration avec des représentantes du Comité consultatif des infirmières en oncologie, la DLCC a poursuivi ses travaux sur la définition du rôle de l'infirmière praticienne en oncologie. Ces travaux sont réalisés par un groupe de travail de l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec.

De plus, dans le cadre de la planification du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR), le Comité sur la qualité en coloscopie a conçu un programme de formation ciblé afin de soutenir les infirmières qui

exercent dans les sites de démonstration du PQDCCR. Ce programme de 14 heures porte sur le respect et l'application des lignes directrices établies par l'OIIQ, qui seront diffusées au printemps 2011. Un programme de maintien et de développement des compétences des professionnels en coloscopie sera réalisé au cours de la prochaine année.

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.

En 2008, la DLCC a publié le *Plan directeur de développement des compétences des intervenants en soins palliatifs*³⁶. Ce plan directeur s'adresse à toutes les personnes qui donnent des soins palliatifs ainsi qu'aux gestionnaires des organisations où de tels soins sont prodigués. Il présente les compétences minimales que les intervenants en soins palliatifs devraient posséder pour accomplir leur travail et assurer des services de qualité aux personnes malades et à leur famille.

Réalisé au cours de l'année financière 2010-2011, le volume 2³⁷ de ce plan directeur présente et décrit les six profils de compétences additionnels :

- art Thérapeute ;
- auxiliaire en milieu de vie et à domicile ou auxiliaire sociale de santé et de services sociaux ;
- inhalothérapeute ;
- massothérapeute ;
- musicothérapeute ;
- technologue en radio-oncologie.

Les deux volumes du *Plan directeur de développement des compétences des intervenants en soins palliatifs* sont disponibles sur le site Internet de la DLCC.

Le Congrès du Réseau de soins palliatifs du Québec

Comme par le passé, la DLCC a contribué à la réalisation du Congrès du Réseau de soins palliatifs du Québec, qui constitue un événement important de formation et de réseautage entre les divers intervenants. La contribution de la DLCC consiste principalement à organiser les activités pour les bénévoles et à permettre à 180 d'entre eux de participer au congrès à un coût préférentiel.

OBJECTIF

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

Depuis la désignation des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer et l'instauration d'un mécanisme de suivi annuel de l'évolution des équipes, la DLCC est en mesure de suivre l'engagement des établissements dans la lutte contre le cancer, notamment par le travail en interdisciplinarité et par la tenue de réunions avec les membres des comités de thérapie du cancer³⁸.

Tableau 11. Proportion d'équipes interdisciplinaires qui ont accès à un comité de thérapie du cancer (CTC)

	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Accès au CTC	47 %	60 %	60 %

Source : GESTRED

Depuis 2008, l'accès aux comités de thérapie du cancer a progressé. Il est passé d'un peu moins de 50 % des équipes qui ont mis en place l'accès au CTC à 60 % en 2009-2010, et demeure stable en 2010-2011.

OBJECTIF

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

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).
- Soutenir la production et l'adaptation de guides de pratique clinique en oncologie et en évaluer l'adoption par les praticiens.
- Concevoir et créer les outils nécessaires afin d'uniformiser la pratique en oncologie et en favoriser l'appropriation par les associations professionnelles concernées.

36. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Plan directeur de développement des compétences des intervenants en soins palliatifs*, [En ligne], document PDF, avril 2008, 249 pages. <http://www.msss.gouv.qc.ca/cancer> (Consulté le 2 août 2011).

37. MINISTÈRES DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Plan directeur de développement des compétences des intervenants en soins palliatifs. Volume 2 – Ajout de six profils*, [En ligne], document PDF, avril 2011, 75 pages. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-902-03W.pdf> (Consulté le 3 août 2011).

38. Le Comité de thérapie du cancer est un comité décisionnel composé de chirurgiens, d'oncologues médicaux, de pharmaciens et de pathologistes. Ces spécialistes se concertent afin de rendre une décision au sujet du traitement à administrer à un patient donné.



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

Le CEPO est un comité d'experts en oncologie, imputable à la DLCC, qui contribue à améliorer la pratique oncologique au Québec en concevant notamment des guides de pratique clinique. À cet égard, le soutien à l'évolution des pratiques constitue l'un des cinq axes d'intervention définis dans les *Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme de lutte contre le cancer*³⁹ de la DLCC.

Le CEPO a pour mission d'optimiser et de standardiser la pratique clinique québécoise en oncologie et ainsi d'offrir de meilleurs soins aux personnes soupçonnées d'être atteintes ou souffrant d'un cancer à travers la province, en s'appuyant sur les meilleures preuves scientifiques disponibles.

Au cours de l'exercice 2010-2011, le CEPO a publié les quatre guides de pratique clinique suivants :

- *Prévention et traitement des thromboses veineuses sur cathéter central chez les patients atteints de cancer* (juin 2010);
- *Le rôle du traitement néo-adjuvant et adjuvant dans le cancer du pancréas résécable* (juin 2010);
- *Utilisation du sunitinib (Sutent^{MC}) dans le traitement du carcinome rénal métastatique* (juillet 2010);
- *Utilisation du sorafenib (Nexavar^{MC}) dans le traitement du carcinome rénal métastatique* (novembre 2010).

Tous ces documents peuvent être consultés en version électronique sur le site Internet du MSSS (www.msss.gouv.qc.ca).

De plus, les travaux suivants ont été entamés et seront terminés au cours de la prochaine année :

- utilisation des anticorps monoclonaux de la classe des anti-EGFRs pour le traitement de troisième intention ou plus du cancer colorectal métastatique;
- utilisation d'inhibiteurs de l'EGFR pour le traitement de première intention du cancer du poumon non à petites cellules;
- traitement des bouffées de chaleur chez les femmes traitées pour un cancer du sein;
- traitement des compressions médullaires chez les patients atteints de cancer métastatique;
- évaluation des méthodes de calculs utilisées pour estimer la dose de chimiothérapie prescrite chez les personnes obèses;

- résection du cancer du rectum : comparaison de la chirurgie par laparoscopie à la chirurgie ouverte;
- traitement néo-adjuvant et adjuvant du cancer de la vessie invasif;
- résection du côlon par voie ouverte versus par laparoscopie.

Le CEPO supervise également les travaux du Comité des pharmaciens. Les travaux de ce comité ont mené à la réalisation d'une douzaine de guides d'administration, de fiches de conseils destinées aux patients et de mises à jour. Des ordonnances préformatées ont également été conçues et accompagnent maintenant tout nouveau guide d'administration.

La DLCC et le CEPO ont aussi poursuivi leur étroite collaboration avec 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'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS); ces deux derniers organismes en forment aujourd'hui un seul, soit l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). Au cours de l'année, le CEPO a fourni trois avis au Conseil du médicament afin de le soutenir dans son évaluation de la valeur thérapeutique des antinéoplasiques.

L'anatomopathologie

Le 30 octobre 2009, le président du Comité consultatif en anatomopathologie déposait à la DLCC le *Plan global d'assurance qualité en anatomopathologie*⁴⁰. Toutes les recommandations émises dans ce rapport ont été considérées par le MSSS. De plus, chacune d'elles a été prise en compte dans la réalisation d'un plan d'action détaillé, dont l'application et le suivi sont sous la responsabilité de la DLCC.

Le 31 mars 2010, le MSSS signifiait son engagement à adopter l'ensemble des recommandations contenues dans le *Plan global d'assurance qualité en anatomopathologie*⁴¹ par la diffusion d'un *Plan d'action ministériel pour la mise sur pied d'un programme québécois d'assurance qualité en anatomopathologie*⁴². Ce plan d'action porte sur les éléments qu'on doit mettre en œuvre pour répondre aux divers enjeux auxquels fait face l'anatomopathologie, soit, l'assurance qualité, les effectifs médicaux, les effectifs de technologues et l'organisation du travail. À terme, le plan s'appliquera à toutes les sphères de ce domaine, incluant l'oncologie, l'anatomopathologie diagnostique, la cytologie et les autopsies.

39. DIRECTION DE LA LUTTE CONTRE LE CANCER, *op. cit.*

40. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Plan global d'assurance qualité en anatomopathologie*, [En ligne], document PDF, 2010, 50 pages. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-902-08.pdf> (Consulté le 3 août 2011).

41. *Ibid.*

42. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Plan d'action ministériel pour la mise sur pied d'un programme québécois d'assurance qualité en anatomopathologie*, [En ligne], document PDF, 2010, 6 pages. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-902-10.pdf> (Consulté le 3 août 2011).

Dans le *Plan global d'assurance qualité en anatomopathologie*⁴³ et le *Plan d'action ministériel*⁴⁴, le MSSS exprime la volonté de rendre obligatoire la participation des laboratoires à un programme de contrôles externes de qualité en pathologie et d'y inclure toutes les phases analytiques et tous les secteurs d'activité de l'anatomopathologie.

Au cours de l'exercice 2010-2011, le MSSS a soutenu financièrement le déploiement de ce programme de contrôles externes afin que celui-ci puisse être réalisé sous la coordination du Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ). Ce programme prévoit entre autres des activités en histologie et en cytologie, en plus d'accorder une priorité aux marqueurs de cancer du sein. Dans la continuité de ces travaux, une directive du MSSS a été transmise au personnel du réseau afin de rendre obligatoire la participation des laboratoires des établissements à des contrôles externes de qualité, dont font partie ceux du LSPQ.

Les travaux suivants ont aussi été entrepris au cours de l'année et seront terminés dans les mois à venir :

- définition de lignes directrices sur l'utilisation de contrôles internes en histopathologie pour la phase pré-analytique ;
- proposition d'encadrement de la pratique de la microscopie électronique ;
- proposition d'encadrement des nouvelles analyses de laboratoire en lien avec le développement des thérapies ciblées en oncologie.

Finalement, le MSSS a autorisé 25 postes en dépassement des plans d'effectifs médicaux (PEM) actuels pour le recrutement d'anatomopathologistes dans les établissements universitaires affiliés ou les instituts. Cette mesure vise principalement à doter les établissements à vocation pédagogique d'anatomopathologistes impliqués dans l'enseignement et la recherche, ce qui solidifiera les programmes de formation. Ces 25 postes seront accordés par dérogation selon un processus accéléré de traitement.

Par ailleurs, il faut se rappeler que l'assurance qualité ne représente qu'un seul des enjeux actuels pour l'anatomopathologie au Québec. Les travaux du Comité consultatif en anatomopathologie seront donc poursuivis ou entamés afin que des actions concrètes puissent être rapidement envisagées concernant l'assurance qualité, mais également la planification des effectifs médicaux et des effectifs de technologistes, la clarification du rôle de l'assistant-pathologiste, les lignes directrices, les normes d'agrément et la standardisation des rapports d'anatomopathologie.

Les protocoles opératoires en cancer

Le projet pilote de Standardisation et mise sous forme synoptique des protocoles opératoires en cancer (SSPOC) consiste à démontrer la faisabilité de standardiser les protocoles opératoires pour les cancers du côlon et du rectum et de les intégrer sous forme synoptique par une solution Web dans des hôpitaux ciblés du Québec. Le projet pilote est une initiative du Partenariat canadien contre le cancer (PCCC) et figure parmi les *Orientations prioritaires 2007-2012*⁴⁵ de la DLCC.

Dans le cadre du projet pilote, la solution a été déployée dans quatre centres hospitaliers ciblés :

- l'Hôtel Dieu de Québec (CHUQ) ;
- le Centre hospitalier régional du Grand-Portage (CSSS de Rivière-du-Loup) ;
- l'Hôpital Saint-François d'Assise (CHUQ) ;
- le Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUQ).

Les chirurgiens de ces établissements actifs en chirurgie colorectale ont tous reçu une formation individualisée pour pouvoir utiliser la SSPOC.

Au cours de l'année financière 2010-2011, on a amélioré la solution technologique afin de rendre les protocoles opératoires plus conviviaux pour consultations et analyses subséquentes. Les utilisateurs de la SSPOC ont été consultés aux fins d'évaluation du projet pilote. L'analyse préliminaire des données a démontré que les protocoles synoptiques sont plus complets, standardisés selon la littérature, accessibles dans un meilleur délai et plus conformes selon les normes du Collège des médecins du Québec et autres critères oncologiques de base consensuels, comparativement aux protocoles opératoires narratifs. De plus, une diminution du temps administratif a été observée, puisqu'aucune dictée et transcription n'est nécessaire.

Parallèlement à ces travaux, une évaluation pancanadienne a été réalisée ; les résultats ont été présentés lors d'un forum pancanadien en février 2011.

Dans une perspective provinciale, le remplacement des protocoles opératoires conventionnels narratifs par des protocoles 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 provinciales, constituée à partir de données fiables, sur 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.

43. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *op. cit.*

44. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *op. cit.*

45. DIRECTION DE LA LUTTE CONTRE LE CANCER, *op. cit.*



L'évaluation des médicaments anticancéreux

Le 29 novembre 2010, le MSSS a décidé de mettre en place un groupe de travail ad hoc afin de favoriser l'implication plus formelle du CEPO dans le processus d'évaluation de la valeur thérapeutique des médicaments anticancéreux. Suivant cette demande, la DLCC a travaillé en collaboration avec ses partenaires afin de mettre en place un groupe de travail dont le mandat est de proposer aux autorités de l'INESSS un cadre de référence pour prévoir cette implication plus formelle du CEPO.

Plus précisément, le mandat du groupe de travail est de :

1. Proposer des modalités permettant au CEPO de contribuer plus formellement à l'évaluation de la valeur thérapeutique des médicaments anticancéreux en prenant en compte les fonctions confiées à l'INESSS par la loi ainsi que les règles inhérentes à la préparation des listes de médicaments (p. ex. : rigueur scientifique, transparence, probité, absence de conflits d'intérêts, confidentialité, respect des échéances);
 - a. Proposer une démarche et les paramètres menant à une collaboration entre le CEPO et l'INESSS;
 - b. Identifier les acteurs impliqués et déterminer leurs rôles et responsabilités;
2. Évaluer l'impact budgétaire pour le CEPO et l'INESSS associé à ce nouveau mode de fonctionnement.

Le groupe de travail a tenu quatre réunions les 10 février, 24 février, 9 mars et 29 mars 2011. Les travaux ont prioritairement porté sur l'établissement de balises globales permettant un meilleur arrimage entre le CEPO et l'INESSS, favorisant ainsi une contribution formelle du CEPO à l'évaluation des médicaments anticancéreux dans le cadre des nouvelles demandes d'inscription. Les particularités propres aux évaluations prioritaires, aux réévaluations, au maintien à l'étude et aux médicaments génériques devront faire l'objet de travaux futurs.

Un rapport final a été remis au ministre de la Santé et des Services sociaux le 31 mars 2011.

La mise en œuvre du cadre de référence proposé sera à parfaire dans les prochains mois. Compte tenu notamment des ressources requises en méthodologie et en expertise clinique, ainsi que des exigences liées au processus et à l'échéancier des trois mises à jour annuelles des listes de médicaments, cette nouvelle façon de procéder sera progressivement mise en place au cours des prochains mois. Entre-temps, la collaboration entre le CEPO et l'INESSS, qui est déjà bien amorcée, se poursuivra et s'intensifiera jusqu'à ce que le processus soit pleinement opérationnel.

L'administration sécuritaire des médicaments anticancéreux

La sécurité des patients atteints de cancer et la prestation de soins de qualité constituent des priorités pour la DLCC. La lecture des travaux réalisés par l'Association canadienne des agences provinciales du cancer (CAPCA) sur l'amélioration de la sécurité de la chimiothérapie intraveineuse ambulatoire au Canada, qui ont permis de déterminer certains enjeux pouvant compromettre la sécurité des patients recevant des traitements de chimiothérapie, a conduit à la mise sur pied du Comité sur la sécurité des médicaments antinéoplasiques au printemps 2010.

Le mandat général de ce comité consiste à trouver les sources d'erreurs possibles dans le processus de distribution et d'administration des médicaments antinéoplasiques et des thérapies de support (prescription, préparation, administration, suivi) pouvant induire des risques pour le patient atteint de cancer et de proposer des interventions spécifiques qui permettront d'assurer la sécurité du patient, tout en respectant les principes de la médecine fondée sur des données probantes. Un premier rapport est attendu au cours de la prochaine année. Il présentera un état de situation permettant de déterminer les risques pour le patient associés à l'usage sécuritaire des médicaments antinéoplasiques dans le contexte québécois, de même que des recommandations sur les actions à mener pour réduire les risques en question. La Direction de la qualité réalisera ses travaux avec la collaboration de la Direction des affaires pharmaceutiques et du médicament.

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

- Rédiger des guides de pratique clinique et établir des cadres de référence en soins infirmiers.

Le répertoire des interventions infirmières en oncologie

La détermination des interventions infirmières en oncologie s'appuie sur les données probantes de la recherche en soins infirmiers. Les résultats de ces recherches et leur intégration aux pratiques orientent le développement du domaine des soins infirmiers en oncologie.

Un répertoire d'interventions infirmières pour les symptômes ou les problèmes les plus fréquents en oncologie, basé sur les données probantes applicables sur le plan thérapeutique infirmier, existe toujours et continue d'être enrichi par les bonnes pratiques. Le Comité consultatif des infirmières en oncologie a contribué à la création de ce répertoire.

OBJECTIF

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

Le registre québécois du cancer

Le registre québécois du cancer a commencé ses activités le 1^{er} avril 2011.

Les travaux d'implantation du registre, qui ont pour objectif général de faire évoluer le Fichier des tumeurs du Québec (FITQ) en un registre du cancer, ont été accomplis en collaboration avec la DGSP, la DGTI, la RAMQ et les 50 établissements ayant un laboratoire de pathologie.

De façon plus spécifique, ces travaux visent à doter le Québec d'un fichier des tumeurs plus exhaustif (détenir tous les cas de cancer), plus complet (ajouter des données sur le stade et les premiers traitements), comparable (avec les autres registres), fiable et accessible en temps opportun, d'où la nécessité de migrer vers un registre québécois du cancer.

La première phase d'implantation a porté sur l'alimentation du Registre québécois du cancer (RQC). Une nouvelle source de déclaration des cas a été ajoutée : les rapports de pathologie et de cytologie. Cette première phase contribue à assurer le caractère exhaustif du fichier.

Voici les principales actions réalisées au cours de la première phase d'implantation du registre :

À la suite de la finalisation du dossier d'affaires, les démarches d'approbation et de financement ont été conclues et l'équipe de réalisation du projet a été complétée. On a désigné la RAMQ pour soutenir la DLCC dans la réalisation du projet.

Les démarches qui visent à informer les établissements concernés et les fournisseurs potentiels ont été entreprises. Chacun des établissements ayant un laboratoire de pathologie doit mettre en place les processus nécessaires pour :

- déterminer, parmi l'ensemble des rapports de pathologie et de cytologie produits, tous ceux qui sont réalisés pour un cas de cancer admissible au RQC ;
- récupérer ou saisir, en fonction des normes établies, les éléments de données (15 variables) permettant d'identifier la personne atteinte et la tumeur à déclarer, pour chacun des rapports sélectionnés ;

- transmettre, selon les spécifications requises, l'information à la RAMQ.

Les solutions retenues par les établissements pour atteindre ces objectifs varient en fonction de l'organisation du travail et des ressources disponibles pour chacun. Un soutien financier a été offert aux établissements et la RAMQ leur a fourni une interface de saisie et de transmission des informations au RQC.

La RAMQ a prévu les processus nécessaires à la transmission et à la réception de ces informations selon des normes qui assurent la sécurité et la confidentialité de l'information. Et d'autres moyens d'aider les régions et les établissements sont prévus, notamment au moment de la réalisation de la deuxième phase d'implantation. Celle-ci permettra d'ajouter de nouveaux éléments au RQC. Elle reposera sur la mise en place de registres locaux de cancer et l'utilisation de rapports standardisés et informatisés en pathologie. L'échéancier de cette deuxième phase est prévu pour décembre 2012.

Évaluer l'atteinte des résultats

L'évaluation fait partie intégrante de l'évolution des pratiques en oncologie et elle permet également de mesurer la qualité, selon diverses approches, des soins et des services offerts. Les activités d'évaluation lancées et soutenues par la DLCC témoignent de l'importance qu'elle accorde à l'évaluation dans le but d'assurer la qualité et de mesurer l'atteinte des objectifs qu'elle s'est fixés.

OBJECTIF

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

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

- Déterminer les cibles ministérielles et les faire connaître aux établissements.
- Recueillir des données sur l'accessibilité des soins et des services.
- Déterminer aux ententes de gestion divers indicateurs relatifs à l'accès, à la qualité et à l'efficacité.
- Concevoir des outils facilitant la gestion standardisée de l'accès aux services.
- 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.



Le *Plan stratégique 2010-2015*⁴⁶ du MSSS présente les actions qu'il entend prendre pour assurer l'intégration et la hiérarchisation des services de première ligne, l'accès aux services, leur qualité et l'innovation, les ressources humaines et une gestion performante et responsable et pour contrer les inégalités.

Certaines des mesures stratégiques 2007-2012 de la DLCC font partie du *Plan stratégique 2010-2015*⁴⁷ du MSSS. Parmi ces mesures, des cibles d'accès ont été déterminées.

D'autres indicateurs sont aussi suivis à travers les ententes de gestion que le MSSS conclut avec les ASSS.

La chirurgie oncologique

Au Canada, l'amélioration de l'accessibilité à la chirurgie oncologique a été jugée prioritaire. L'ensemble des provinces canadiennes travaillent à déterminer les cibles à atteindre et, par le fait même, à développer les indicateurs de reddition de compte appropriés.

Comme il est énoncé dans les *Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer*⁴⁸ et dans le *Plan stratégique 2010-2015*⁴⁹ du MSSS, la cible ministérielle prévoit que, d'ici trois ans, 90 % des patients seront traités dans un délai inférieur à 28 jours, tous sites tumoraux confondus, et que 100 % des patients seront traités dans un délai inférieur à 56 jours.

Pour l'année 2011-2012, la DLCC priorisera la mise en place d'une reddition de comptes qui concerne la gestion de l'accès en chirurgie oncologique.

La 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 priorité pour la DLCC. Le suivi intensif et le soutien des centres éprouvant des difficultés quant à l'atteinte de cette cible ont été maintenus par la DLCC en 2010-2011.

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 à la fin de l'exercice 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 de la période se terminant le 31 mars 2010 a été de 99 % (voir le tableau 12).

Tableau 12. Patients traités en radio-oncologie

Indicateurs	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Nombre de patients traités au Québec	20 466	21 239	22 159
Proportion de patients traités dans un délai de 4 semaines ou moins (moyenne des 4 semaines de la période se terminant le 31 mars de chaque année)	97 %	99 %	99 %

Source : SGAS

OBJECTIF

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

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.

Le RQC est le principal système d'information pour assurer une surveillance adéquate de la maladie, en prenant en compte l'évolution du cancer dans la population (l'incidence, la mortalité, la survie, la prévalence) ainsi que certaines informations cliniques essentielles qui portent sur le diagnostic du cancer, incluant le stade, et sur les premiers traitements.

En matière de surveillance du cancer, le MSSS a produit des études qui traitent de manière plus approfondie de l'évolution de la maladie :

- *Portrait du cancer au Québec, 2006;*
- *La survie relative à cinq ans aux cancers : qu'affiche le Québec entre 1984 et 1999 ?*

Et d'autres documents produits en 2010 sont aussi disponibles sur le site Internet du MSSS à l'adresse suivante : <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/santpub/tumeurs.nsf/cat?OpenView>. En voici une liste ;

- *Évolution du cancer du col de l'utérus chez les jeunes femmes adultes au Québec, 1983 à 2006, juin 2010;*

46. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Plan stratégique 2010-2015*, [En ligne], document PDF, 2010, 55 pages. <http://www.santepop.qc.ca/fichier.php/603/Plan%20strat%20MSSS%202010-2015.pdf> (Consulté le 3 août 2011).

47. *Ibid.*

48. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *op. cit.*

49. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *op. cit.*

- *Projections 2011 des données d'incidence de cancer et de mortalité par cancer pour les principaux sièges de cancer;*
- *Portrait et évolution du cancer ano-génitaux au Québec (diaporama) (2 juin 2010).*

Un comité-conseil pour l'évolution du Plan de surveillance multithématique – Volet cancer, présidé par la Direction générale de la santé publique, a été mis sur pied en 2010 et vise à suivre les objets de surveillance existants, à sélectionner de nouveaux objets, à les valider et à les consolider en fonction de l'utilisation de données probantes pour la surveillance de l'état de santé de la population.

OBJECTIF

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

Mesure 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 sur la qualité des services de lutte contre le cancer

Une enquête sur la qualité des services de lutte contre le cancer⁵⁰ a été réalisée. Plus spécifiquement, cette enquête a poursuivi les objectifs suivants :

- 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 pour suivre les changements dans la qualité des traitements et des services reçus par les personnes atteintes de cancer;
- 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 sur le plan provincial et, si possible, régional.

Le rapport de l'enquête dresse un portrait statistique de l'expérience vécue par plus de 8 700 personnes atteintes de cancer et constitue une première série de renseignements utiles à l'évaluation et à la planification des services offerts aux personnes atteintes de cancer. Parmi les dimensions qui ont été examinées, il y a :

- l'investigation en présence et en l'absence de symptômes;

- le délai d'attente avant l'obtention d'un rendez-vous pour une première visite chez un médecin spécialiste;
- les tests et les examens diagnostiques;
- l'annonce du diagnostic;
- la planification du traitement;
- l'expérience des patients pendant le traitement;
- les services rendus aux patients pendant le traitement;
- le recours aux services des professionnels de la santé par les patients;
- le suivi après le traitement.

Les résultats de l'enquête réalisée auprès de personnes ayant reçu des traitements contre le cancer par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) à la demande de la DLCC ont été rendus publics en 2010. Ils sont disponibles sur le site Web de l'ISQ à l'adresse suivante : www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/enq_cancer.htm.

D'autres publications offrant un portrait régional des sujets traités dans l'enquête sont également accessibles sur le site Web de l'ISQ. Il s'agit d'une dissémination active des résultats réalisée par des présentations aux responsables régionaux de la lutte contre le cancer et par la publication, sur le site Web de l'ISQ, de résumés informatifs (bulletins Zoom Santé) sur des sujets particuliers couverts par l'enquête comme :

- Les Québécoises atteintes du cancer du sein sont-elles informées, soutenues et traitées avec respect? Le point de vue des patientes (numéro 21);
- Les Québécois atteints du cancer colorectal sont-ils informés, soutenus et traités avec respect? Le point de vue des patients (numéro 22);
- Les Québécois atteints du cancer de la prostate sont-ils informés, soutenus et traités avec respect? Le point de vue des patients (numéro 23).

Les versions électroniques sont disponibles à l'adresse suivante : www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/index.htm#org_services.

D'autres publications issues de cette enquête seront probablement publiées en 2010-2011, en particulier sur les changements apportés aux habitudes de vie par les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer.

50. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *Enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer, 2008 : portrait statistique des personnes ayant reçu un traitement*, [En ligne], document PDF, 2010. http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2010/portrait_statistique.pdf (Consulté le 2 août 2011).



OBJECTIF

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

Mesures 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.
- Soutenir des projets d'évaluation ciblés.

Soutenir la recherche

En 2010-2011, le programme de subventions de recherche sur le cancer, mis sur pied par la DLCC et géré par le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ), a reçu 8 lettres d'intention de participation au concours 2011-2012. Un comité de pertinence a sélectionné trois de ces demandes pour examen complet en vue de l'octroi d'une subvention maximale de 100 000\$ par année pendant deux ans. Le comité d'évaluation scientifique mis sur pied par le FRSQ⁵¹ a examiné la conformité de ces demandes aux critères de qualité scientifique. Il n'a pu en retenir aucune pour cette année. Le concours sera renouvelé pour 2012-2013. L'appel de candidature sera lancé par le FRSQ au cours de l'été 2011.

La DLCC encourage le développement de liens avec divers organismes qui contribuent à la lutte contre le cancer par le moyen de la recherche, de la prévention et de la diffusion de l'information.

Réaliser, orienter et soutenir des projets d'évaluation

Les projets d'évaluation en cours auxquels est associée la DLCC sont nombreux et concernent divers objets. Comme nous l'avons présenté au début du rapport au sujet de l'évaluation des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer, les mandats suivants ont été confiés à l'Unité d'évaluation en oncologie de l'AETMIS (INESSS) en cours d'année :

- développement et mise en œuvre d'un deuxième cycle d'évaluation des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer;
- conditions essentielles pour la création d'un réseau régional optimal de lutte contre le cancer au Québec.

En plus des mandats confiés à l'INESSS, quatre rapports ou notes informatives ont été déposés par l'INESSS au MSSS :

- *La protonthérapie* (août 2010);
- *L'évaluation externe de l'organisation et de la prestation des soins en oncologie – Revue des expériences pertinentes pour le processus d'évaluation et de désignation des établissements et des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer* (décembre 2010);
- *Traitement chirurgical du cancer de l'œsophage : effet du volume d'interventions sur les résultats cliniques* (janvier 2011);
- *Traitement du cancer de l'œsophage : revue systématique des techniques chirurgicales* (janvier 2011).

Ces rapports sont disponibles sur le site Web de l'INESSS (www.inesss.qc.ca).

OBJECTIF

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

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

- Participer à des initiatives canadiennes et internationales

En 2010-2011, le ministère a poursuivi sa collaboration avec l'Association canadienne des agences provinciales de cancer – *Canadian Association of Provincial Cancer Agencies* (CAPCA). Plus particulièrement en ce qui concerne le dossier de la sécurité de l'administration de la chimiothérapie, une collaboration étroite a été établie entre le Comité de l'innocuité des traitements systémiques de CAPCA et le Comité sur la sécurité des médicaments antinéoplasiques mis sur pied par la DLCC. Le rapport de CAPCA, *Améliorer l'innocuité de la chimiothérapie administrée par voie intraveineuse en contexte de soins ambulatoires*, a été publié en janvier 2010 et il est disponible à l'adresse suivante : www.capca.ca/fr/. Divers outils sont proposés dans ce rapport, comme des formulaires de protocoles de chimiothérapie préimprimés (en anglais seulement) et des guides sur les pompes élastomériques.

51. Toutes les demandes de bourses et de subventions adressées annuellement au FRSQ sont revues et analysées par des comités de pairs, des experts dans leur domaine respectif.

Par ailleurs, la DLCC maintient des liens avec le Partenariat canadien contre le cancer (PCCC), notamment dans les dossiers du Registre québécois du cancer et des protocoles opératoires synoptiques en chirurgie oncologique. De plus, le PCCC publie depuis 2009 son *Rapport sur la performance du système*. La publication annuelle de ce rapport auquel collabore la DLCC permet de suivre l'évolution d'un certain nombre d'indicateurs associés à la performance du système de soins et de services en oncologie. Les indicateurs prévus dans ce rapport font l'objet d'une évaluation par la DLCC. Le rapport du PCCC est disponible à l'adresse suivante :

www.cancerview.ca/idc/groups/public/documents/webcontent/system_performance_2010_fr.pdf.

La Direction s'est associée au comité hôte du prochain congrès de l'Union internationale contre le cancer, qui se tiendra à Montréal en 2012. Cette collaboration contribuera à la promotion de la lutte contre le cancer au Québec.

La DLCC a l'intention de renforcer sa présence aux organisations nationales et internationales afin de tirer parti, au profit du système de soins et de services québécois, des occasions de partage des connaissances et d'autres collaborations potentiellement fructueuses.

Conclusion

Les activités de lutte contre le cancer réalisées en 2010-2011 dont témoigne ce rapport s'inscrivent dans le cadre prévu par les cinq axes d'intervention des *Orientations prioritaires 2007-2012* du Programme québécois de lutte contre le cancer. Plusieurs des objectifs prévus à cette planification ont été atteints, comme la planification de la main-d'œuvre et la répartition des ressources en radio-oncologie, la clarification du rôle de l'infirmière pivot en oncologie, la réalisation d'un guide d'évaluation initiale du patient et le deuxième volume du plan de formation en soins palliatifs, qui comprend l'ajout de nouveaux profils de compétences.

Les activités réalisées ont aussi permis d'atteindre d'autres objectifs prévus dans la planification 2007-2012 dont les résultats seront mesurés à plus long terme. Il s'agit notamment de la pérennisation du processus d'évaluation des équipes de lutte contre le cancer, de la gestion de l'accès en chirurgie oncologique, de la consolidation des réseaux régionaux en oncologie, de la mise en œuvre du Programme québécois d'assurance qualité en anatomopathologie et de l'évaluation des médicaments anticancéreux.

La mise en œuvre du Programme national de santé publique qui s'est poursuivie a permis le déploiement de nombreux programmes de prévention. Ces programmes abordent plusieurs des enjeux de la lutte contre le cancer auxquels chacun d'entre nous doit faire face. Ils informent la population sur de saines habitudes et en proposent qui permettent de minimiser le risque de développer un cancer.

L'expérimentation d'un programme de dépistage du cancer colorectal lancée en 2010, les travaux sur les protocoles standardisés de chirurgie oncologique et la gestion de l'accès en chirurgie et en radiothérapie permettent de systématiser l'information sur le suivi du patient tout au long de sa trajectoire de soins et d'assurer l'accessibilité aux soins et services donnés à la population. De plus, le déploiement d'un registre québécois du cancer et les activités réalisées en santé publique améliorent grandement la qualité de l'information nécessaire à la surveillance de la maladie et à la lutte contre le cancer.

La DLCC poursuit certains travaux quant à l'évaluation de ses réalisations. En 2010-2011, elle a soutenu divers projets de recherche et d'évaluation lancés par des établissements du réseau ou par des organismes associés au MSSS, comme l'INESSS. Elle apporte également son soutien à des activités mises de l'avant par des organismes communautaires qui contribuent à la lutte contre le cancer, dont le Réseau de soins palliatifs du Québec. La collaboration de la DLCC avec le Fonds de la recherche en santé du Québec et des associations canadiennes témoigne notamment de l'intérêt qu'elle porte au transfert des connaissances.

Au cours de la dernière année, la DLCC a soutenu la réalisation de rapports qui traitent de l'oncologie psychosociale, du processus d'évaluation des médicaments anticancéreux et du développement des compétences des intervenants en soins palliatifs. Ces rapports sont le fruit des travaux des comités consultatifs composés d'experts, dont la collaboration est essentielle à la DLCC. Ils présentent un certain nombre de recommandations, dont plusieurs seront mises en œuvre au cours de la prochaine année.

En terminant, le 23 février 2011, le premier ministre du Québec, lors de la lecture du discours inaugural d'ouverture de la deuxième session de la 39^e législature de l'Assemblée nationale du Québec, a annoncé que la Direction de la lutte contre le cancer devient la Direction québécoise du cancer. En faisant cette annonce, le gouvernement du Québec laisse présager une intensification de la lutte contre le cancer au Québec en dotant la DLCC d'une plus grande autonomie et d'un pouvoir accru sur la gouvernance de la lutte contre le cancer.

La DLCC a déjà entrepris le bilan de la réalisation des *Orientations prioritaires 2007-2012* du PQLC. Elle en fera part dans son prochain rapport d'activité et elle présentera ses orientations 2012-2015, coordonnées au cycle de la planification stratégique du MSSS.

ANNEXE I: NOMBRES ESTIMATIFS SUR LA MORTALITÉ ET L'INCIDENCE DU CANCER AU QUÉBEC

La mortalité par cancer au Québec : nombres estimatifs

	Nombre de décès prévus en 2011	%
Poumon (H – F)	6700	33
Côlon et rectum (H – F)	2400	12
Sein (F)	1300	7
Prostate (H)	840	4
Total	11 240	56
Tous les cancers	20 100	100

L'incidence du cancer au Québec : nombres estimatifs

	Nombre de nouveaux cas prévus en 2011	%
Poumon (H – F)	8500	18
Sein (F)	6200	13
Côlon et rectum (H – F)	6000	13
Prostate (H)	5100	11
Total	25 800	55
Tous les cancers	46 400	100

Source : Comité directeur de la Société canadienne du cancer, Statistiques canadiennes sur le cancer 2011, Toronto, Société canadienne du cancer, 2011.



ANNEXE II : ORIENTATIONS PRIORITAIRES 2007-2012 DU PQLC

AXE D'INTERVENTION 1 – CONSOLIDER LES ASSISES D'UNE ORGANISATION HIÉRARCHISÉE ET INTÉGRÉE

Objectif 1.1: Assurer une place prioritaire à la lutte contre le cancer dans le réseau de soins et de services

Objectif 1.2: Poursuivre la mise en place d'un réseau fonctionnel de lutte contre le cancer

Objectif 1.3: Consolider l'organisation hiérarchisée des soins et des services dans la lutte contre le cancer

AXE D'INTERVENTION 2 – PROMOUVOIR LA SANTÉ, DÉTECTER PRÉCOCEMENT LE CANCER ET LE PRÉVENIR

Objectif 2.1: 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

Objectif 2.2: Réduire l'exposition aux agents cancérogènes chimiques ou physiques présents dans l'environnement ou en milieu de travail

Objectif 2.3: 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 rencontrés

Objectif 2.4: Optimiser la capacité de surveillance de l'état de santé de la population au regard du cancer

AXE D'INTERVENTION 3 – FACILITER LE PARCOURS DE LA PERSONNE ATTEINTE DE CANCER DANS LE CONTINUUM DE SOINS ET DE SERVICES

Objectif 3.1: Améliorer l'accessibilité aux soins et aux services ainsi que leur qualité par une utilisation optimale des ressources

Objectif 3.2: 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

Objectif 3.3: 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

Objectif 3.4: Tenir compte de la perspective des personnes atteintes et de leurs proches aidants

Objectif 3.5: Favoriser la continuité et la complémentarité des soins et des services offerts par les établissements du réseau québécois et les instances locales autochtones

AXE D'INTERVENTION 4 – SOUTENIR L'ÉVOLUTION DES PRATIQUES

Objectif 4.1: Promouvoir le rôle du médecin de famille dans la lutte contre le cancer

Objectif 4.2: Promouvoir régionalement l'excellence des pratiques

Objectif 4.3: Encourager l'engagement des RUIS dans la lutte contre le cancer

Objectif 4.4: Favoriser l'adoption d'une pratique fondée sur des données probantes

Objectif 4.5: 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

Objectif 4.6: Favoriser le partage d'information et divers échanges avec nos partenaires canadiens et internationaux

AXE D'INTERVENTION 5 – ÉVALUER L'ATTEINTE DES RÉSULTATS

Objectif 5.1: Établir des cibles ministérielles concernant l'atteinte des résultats misant notamment sur l'accès comme facteur de qualité et d'efficacité

Objectif 5.2: Disposer de l'information nécessaire à une saine gestion des interventions en matière de lutte contre le cancer

ANNEXE III: LISTE DES COMITÉS D'EXPERTS

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 d'oncologie psychosociale

Comité de travail – lymphœdème

Comité consultatif des infirmières en oncologie

Comités du Registre québécois du cancer

Comités du Programme de dépistage du cancer colorectal

Comité sur la sécurité des médicaments antinéoplasiques

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

Groupe de travail sur le processus d'évaluation des médicaments anticancéreux

