
DIRECTION
QUÉBÉCOISE
DU CANCER

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

Bilan des réalisations

Mars 2012

Le *Bilan des réalisations des Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer*, incluant l'état de situation 2011-2012, a été préparé sous la direction de :

Antoine Loutfi, directeur
Brigitte Laflamme, directrice adjointe

Rédaction

Carole Bélanger
Joanne Bélanger
Christine Bertrand
Hélène Bissonnette
Charles Boily
Chantal Bouchard
Jim Boulanger
Taha Chaabouni
Marlène Champagne

Jocelyn Châteauneuf
Mario Corriveau
Danielle Fluet
Stéphanie Goulet
Mélanie Kavanagh
Mélanie Morneau
Louise Paquet
Élisabeth Plante
Marie-Andrée Régis

Révision linguistique

Millie Pouliot

Soutien administratif

Martine Chouinard
France Robitaille

Remerciements

La Direction québécoise du cancer tient à remercier les diverses directions du Ministère qui ont permis l'accomplissement des réalisations particulièrement la Direction générale de la santé publique pour sa collaboration au bilan de l'axe d'intervention 2.

Édition :

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

Le présent document est disponible uniquement en version électronique aux adresses suivantes :
www.msss.gouv.qc.ca section Documentation, rubrique Publications et www.msss.gouv.qc.ca/cancer.

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

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012
Bibliothèque et Archives Canada, 2012

ISBN : 978-2-550-64521-4 (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.



Message du ministre de la Santé et des Services sociaux

Le gouvernement du Québec a fait de la lutte contre le cancer une priorité, et il le démontre bien, année après année, depuis la création de la Direction de la lutte contre le cancer, en 2004.

En 2007, la Direction a consulté ses partenaires et a développé les *Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer*, des orientations qui ont permis d'articuler nos actions autour de cinq axes d'intervention et d'identifier celles à privilégier.

Comme vous pourrez le constater à la lecture du présent bilan, la grande majorité des actions prévues dans ces orientations sont aujourd'hui réalisées ou en voie de l'être. Je pense notamment à la désignation des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer, qui a été déterminante pour l'organisation hiérarchisée des services, ainsi qu'au développement du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal, qui témoigne d'une coopération soutenue avec la Direction générale de la santé publique. Je pense également à la mise sur pied du Registre québécois du cancer, mais aussi, bien sûr, à l'augmentation du nombre d'infirmières pivots en oncologie et à l'amélioration de leur formation, qui ont favorisé l'application d'une approche plus humaine et plus centrée sur les besoins des personnes atteintes d'un cancer et de leurs proches.

D'ailleurs, les indicateurs de performance sur l'accès et l'augmentation des ressources humaines et matérielles au sein du réseau, notamment en radio-oncologie, ont permis aux patients d'obtenir des services en temps opportun. En effet, aujourd'hui, 99 % des patients requérant un traitement de radiothérapie le reçoivent en moins de 4 semaines. De plus, une enquête de satisfaction menée auprès de patients démontre qu'ils sont généralement très satisfaits des services qu'ils ont reçus, et qu'ils sont reconnaissants envers les intervenants qui les ont accompagnés à travers le continuum des soins.

Bref, ajoutées aux avancées majeures dans l'organisation des soins palliatifs, toutes ces réalisations témoignent clairement de la priorité que nous accordons à la lutte contre le cancer, la première cause de décès au Québec.

Cette lutte est difficile, de longue haleine et demande du courage, mais nous la poursuivons toujours avec la même ferveur, voire avec une ardeur renouvelée, entre autres par la création, en 2011, de la Direction québécoise du cancer, la nouvelle autorité ministérielle qui encadre, coordonne et soutient les activités de lutte contre le cancer pour l'ensemble du Québec. La Direction vient d'ailleurs d'accueillir à sa tête un nouveau directeur. J'en profite donc pour remercier le directeur sortant, le docteur Antoine Loutfi, pour son travail consciencieux empreint d'un humanisme rayonnant, et pour souhaiter la bienvenue au nouveau directeur, le docteur Jean Latreille, qui, j'en suis persuadé, continuera à faire progresser cette lutte de belle façon au cours des prochaines années, au bénéfice des patients atteints de cancer et de leurs proches.

Bonne lecture!

Le ministre de la Santé et des Services sociaux,

Yves Bolduc

Faits saillants 2007-2012

Assise de la gouverne en cancer

- › Création de la Direction québécoise du cancer, traduisant cette priorité gouvernementale :
 - Mission d'assurer le leadership de la mise en place, avec les partenaires, d'un réseau de soins et de services intégré et fonctionnel visant l'excellence dans les soins et les services aux personnes soupçonnées ou atteintes de cancer et à leurs proches.
- › Développement et adoption par le Comité de direction du Ministère et par les présidents-directeurs généraux des agences de la santé et des services sociaux du modèle privilégié d'organisation de services en oncologie, dont les principales composantes sont les suivantes :
 - Identification de centres spécialisés en cancer;
 - Nécessité de mettre en place un réseau régional et, le cas échéant, interrégional;
 - Nomination de directeurs médicaux;
 - Nomination de directeurs clinico-administratifs.
- › Encadrement et organisation des activités de lutte contre le cancer dans les établissements :
 - 92 % ont nommé un directeur des activités de lutte contre le cancer;
 - 80 % ont un plan d'action cancer;
 - 83 % ont mis en place un comité de coordination des activités de lutte contre le cancer.
- › Création de la Direction adjointe en oncologie au sein de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).

Axe 1. Organisation hiérarchisée et intégrée

- › Désignation de 52 équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer de niveau local, 7 de niveau régional et 67 de niveau suprarégional;
- › Augmentation de 34 % entre 2007 et 2011 du nombre d'infirmières pivots en oncologie (167 à 252);
- › Publication en mars 2011 du rapport du Comité d'oncologie psychosociale, qui détermine le panier minimum de services psychosociaux en oncologie selon son prestataire et sa priorité d'implantation;
- › Développement du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en oncologie.

Axe 2. Promotion de la santé, prévention et dépistage

- › Poursuite des campagnes populationnelles de saines habitudes de vie;
- › Programme de vaccination contre le VPH;
- › Lancement du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR) dans huit sites pilotes.

Axe 3. Continuum de soins et services

- › Diffusion de plus de 130 000 passeports en oncologie;
- › Entente avec les hôtelleries cancer : 40 000 nuitées par année;
- › Enquête sur la qualité des soins et des services offerts aux personnes atteintes de cancer réalisée auprès de 8 700 patients;
- › Développement des modalités administratives du programme de remboursement des vêtements pour les personnes atteintes de lymphœdème (programme en vigueur dès 2012).

Chirurgie oncologie

- › Mise en place des éléments pour permettre la gestion de l'accès en chirurgie oncologique dès le 1^{er} avril 2012.

Radio-oncologie

- › Cadre de référence de la gestion de l'accès aux services de radio-oncologie;
- › 99 % des patients traités en moins de quatre semaines;
- › Établissement de corridors de services en radio-oncologie;
- › Couverture des soins d'oncologie buccodentaire pré-, per- et post-traitement;
- › Ajout de deux centres de radiothérapie (CSSS de Laval et Hôpital Charles Lemoyne) et de 12 appareils dans quatre centres.

Soins palliatifs

- › Agrément des maisons de soins palliatifs (passage de 19 à 29 maisons / 132 à 212 lits);
- › Mise en place d'un ratio de 1 lit/10 000 personnes (passage de 72 % à 87 % d'atteinte de la cible depuis 2008-2009);
- › Publication des volumes 1 et 2 du *Plan directeur de développement des compétences des intervenants en soins palliatifs*;
- › Publication du *Plan de développement des soins palliatifs 2011-2015 – Volet lits dédiés*.

Axe 4. Évolution des pratiques

- › Mise en œuvre du Programme québécois d'assurance qualité en anatomopathologie;
- › Intégration d'oncologues, par le Comité de l'évolution des pratiques en oncologie (CEPO), au processus d'évaluation des médicaments anticancéreux de l'INESSS;
- › 2,5 M\$ en subvention pour la recherche sur le cancer.

Uniformisation de la pratique

- › Publication de 18 guides de pratique clinique en oncologie;
- › Plus de 150 mises à jour ou nouveaux guides d'administration et fiches de conseils destinées aux patients;
- › Standardisation des protocoles opératoires pour le cancer colorectal (projet SSPOC);
- › Standardisation des rapports de pathologie pour les quatre principaux types de cancer.

Axe 5. Évaluation de l'atteinte des résultats

- › Déploiement du Registre québécois du cancer depuis janvier 2011.

Bilan des principales réalisations reliées aux 60 mesures stratégiques

Les *Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme de lutte contre le cancer* annonçaient la mise en place de 60 mesures stratégiques pour assurer l'atteinte d'objectifs visant tous l'avancement de la lutte contre le cancer au Québec. Au terme de cette planification quinquennale, 55 mesures sont réalisées ou sont en voie de l'être, une est devenue caduque et quatre autres demeurent pertinentes, mais les travaux les concernant n'ont pu être entamés. La mise en œuvre de ces quatre mesures est reportée à la prochaine planification stratégique de la Direction.

MESURES	PRINCIPALES RÉALISATIONS						
1 Analyser les projets cliniques des Centres de santé et de services sociaux (CSSS), afin qu'ils incluent les paramètres essentiels de la lutte contre le cancer, de la prévention jusqu'aux soins palliatifs de fin de vie, et au suivi de deuil.	› Remplacée par le programme régional.						
2 Mettre en œuvre un programme de lutte contre le cancer dans chaque centre hospitalier engagé dans la lutte contre le cancer.	› Augmentation progressive du nombre d'établissements ayant développé un plan d'action.						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>2009-2010</th> <th>2010-2011</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Établissements qui ont développé un plan d'action</td> <td>73 %</td> <td>80 %</td> </tr> </tbody> </table>		2009-2010	2010-2011	Établissements qui ont développé un plan d'action	73 %	80 %
	2009-2010	2010-2011					
Établissements qui ont développé un plan d'action	73 %	80 %					
3 Poursuivre l'implantation dans chaque région d'un programme de lutte contre le cancer.	› En cours.						
4 Finaliser la structure et le fonctionnement des réseaux régionaux de lutte contre le cancer.	› Identification des centres spécialisés en cancer au Québec; une étape essentielle pour le fonctionnement des réseaux régionaux.						
5 Terminer la mise en place des équipes interdisciplinaires fonctionnelles dans chaque établissement engagé dans la lutte contre le cancer.	› 1 ^{er} cycle finalisé : › 52 équipes de niveau local; › 7 équipes de niveau régional; › 67 équipes de niveau suprarégional.						
6 Parfaire les ententes nécessaires en ce qui concerne les corridors de services entre la première ligne et les soins spécialisés et ultraspecialisés.	› Reportée						
7 Terminer l'évaluation des équipes de lutte contre le cancer, incluant les équipes pour les cancers rares et les problèmes complexes, en vue de leur attribuer un mandat suprarégional.	› 67 équipes suprarégionales de lutte contre le cancer désignées.						
8 Assurer la pérennité du processus d'évaluation des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer.	› Grille d'évaluation pour le 2 ^e cycle d'évaluation en préparation avec l'INESSS.						

MESURES	PRINCIPALES RÉALISATIONS									
9 Mettre en place un mécanisme visant à soutenir les agences dans la correction des lacunes observées lors des visites d'évaluation et de désignation des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer.	› Indicateurs développés et documentés par la Gestion de la reddition de comptes (GESTRED); suivis appropriés.									
10 Optimiser le nombre d'infirmières pivots en oncologie (IPO).	› Augmentation de 34 % du nombre d'IPO <table border="1" data-bbox="805 506 1422 684"> <thead> <tr> <th></th> <th>2006-2007</th> <th>2010-2011</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nombre d'IPO (équivalents temps complets, ETC)</td> <td>167</td> <td>252</td> </tr> <tr> <td>Proportion de ces IPO qui se consacrent 4 à 5 jours par semaine à leur fonction</td> <td>65 %</td> <td>82 %</td> </tr> </tbody> </table>		2006-2007	2010-2011	Nombre d'IPO (équivalents temps complets, ETC)	167	252	Proportion de ces IPO qui se consacrent 4 à 5 jours par semaine à leur fonction	65 %	82 %
	2006-2007	2010-2011								
Nombre d'IPO (équivalents temps complets, ETC)	167	252								
Proportion de ces IPO qui se consacrent 4 à 5 jours par semaine à leur fonction	65 %	82 %								
11 Optimiser l'accès aux services de soutien psychosocial.	› Publication en mars 2011 du rapport du Comité d'oncologie psychosociale, qui détermine le panier minimum de services psychosociaux en oncologie selon son prestataire et sa priorité d'implantation.									
12 Soutenir la formation sur l'interdisciplinarité pour améliorer le fonctionnement des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer.	› Activités de formation soutenues par les agences <table border="1" data-bbox="805 947 1422 1062"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="2">Activités de formation sur l'interdisciplinarité</th> </tr> <tr> <th></th> <th>2009-2010</th> <th>2010-2011</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nombre d'agences</td> <td>14</td> <td>13</td> </tr> </tbody> </table>		Activités de formation sur l'interdisciplinarité			2009-2010	2010-2011	Nombre d'agences	14	13
	Activités de formation sur l'interdisciplinarité									
	2009-2010	2010-2011								
Nombre d'agences	14	13								
13 Poursuivre l'organisation des campagnes sociétales et des activités de communication axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie.	› Diffusion de diverses campagnes promotionnelles, notamment : <ul style="list-style-type: none"> › Bouger plus, manger mieux!; › Au Québec on aime la vie; › Mettez de la couleur dans votre assiette (campagne promotionnelle associée au programme Fruits et légumes en vedette); › Plaisirs d'hiver; › Rendez-vous d'automne; › Journée nationale du sport et de l'activité physique. 									

MESURES	PRINCIPALES RÉALISATIONS
<p>14 Continuer le développement et la mise en œuvre de politiques ou de cadres favorisant la saine alimentation et la pratique de l'activité physique, notamment dans les établissements scolaires et de santé, ainsi que dans les milieux de travail et de loisirs.</p>	<ul style="list-style-type: none"> › Mise en œuvre du <i>Programme national de santé publique 2003-2012</i>; › Création du Fonds pour la promotion des saines habitudes de vie; › <i>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</i>; › Publication du <i>Cadre de référence à l'intention des établissements du réseau de la santé et des services sociaux pour l'élaboration de politiques alimentaires adaptées – Miser sur une saine alimentation : une question de qualité</i>; › Publication du <i>Guide d'application du volet alimentation pour un virage santé à l'école</i>; › Publication du document <i>Vision de la saine alimentation pour la création d'environnements alimentaires favorables à la santé</i>.
<p>15 Promouvoir l'aménagement de l'environnement pour favoriser la pratique de l'activité physique (p. ex. : aménagement des cours d'école, utilisation optimale des équipements et des infrastructures sportives ou récréatives, aménagement urbain favorisant le transport actif, soutien à des réseaux organisés).</p>	<ul style="list-style-type: none"> › Actions principalement mises en œuvre par d'autres ministères et organismes publics avec lesquels le Ministère a développé des relations partenariales.
<p>16 Poursuivre la mise en œuvre des activités prévues dans le Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2006-2010 :</p> <ul style="list-style-type: none"> › services d'abandon du tabac (centres d'abandon du tabac, ligne téléphonique sans frais et site Internet); › activités de prévention du tabagisme chez les jeunes; › soutien à la mise en œuvre de la Loi sur le tabac; › activités de communication. 	<ul style="list-style-type: none"> › Mise en œuvre du <i>Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2006-2010</i>; › Amendement à la Loi sur le tabac et règlement d'application; › Adoption de la Loi sur le recouvrement du coût des soins de santé et des dommages-intérêts liés au tabac; › Plusieurs campagnes : <ul style="list-style-type: none"> › la Semaine québécoise pour un avenir sans tabac; › le Défi J'arrête, j'y gagne! › Familles sans fumée; › site Internet J'arrête!; › les activités de Gangs Allumées; › le programme De Facto : La vérité sans filtre; › la campagne Grenade et la campagne « Voleurs de Vies »; › Y'a rien de plus dégueu qu'une cigarette.
<p>17 Promouvoir le counseling sur les saines habitudes de vie et soutenir les intervenants.</p>	<ul style="list-style-type: none"> › Déploiement du programme <i>Choisir de maigrir ?</i>; › Rémunération des médecins omnipraticiens pour une intervention de counseling en abandon du tabagisme.

MESURES	PRINCIPALES RÉALISATIONS
18 Évaluer les risques de la présence dans l'environnement d'agents cancérogènes chimiques ou physiques pouvant conduire à des actions de contrôle des niveaux d'exposition.	<ul style="list-style-type: none"> › Publication du document <i>Présence de fibres d'amiante dans l'air intérieur et extérieur de la ville de Thetford Mines : estimation des risques de cancer du poumon et de mésothéliome – Mise à jour septembre 2010</i>, et publications connexes de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ); › Publication de la <i>Stratégie phytosanitaire québécoise en agriculture 2010-2021</i>; › Développement d'un indicateur de risque des pesticides; › Activités de formation pour les agriculteurs.
19 Organiser des campagnes d'information sur les moyens efficaces pour protéger les enfants âgés de 0 à 18 ans contre les rayons ultraviolets.	<ul style="list-style-type: none"> › Comité intersectoriel sur la prévention des cancers de la peau; › Publication du document <i>Analyse des mesures réglementaires portant sur l'utilisation des appareils de bronzage par les jeunes âgés de moins de 18 ans</i>; › Contribution financière à la campagne <i>La face cachée des salons de bronzage</i> de la Société canadienne du cancer; › Élaboration d'un projet de loi visant l'interdiction aux salons de bronzage aux moins de 18 ans selon la position de l'Organisation mondiale de la santé.
20 Promouvoir des moyens efficaces pour réduire l'exposition au radon par des activités de sensibilisation auprès de la population et des décideurs sur les risques associés au radon domiciliaire.	<ul style="list-style-type: none"> › Plan d'action intersectoriel sur le radon; › Projet pilote sur la mesure du radon dans les écoles primaires par le ministère de l'Éducation, des Loisirs et du Sport.
21 Poursuivre la mise en place des activités prévues à l'entente entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et la Commission de la santé et de la sécurité au travail en ce qui concerne les cancers d'origine professionnelle.	<ul style="list-style-type: none"> › En cours.
22 Assurer l'accès à la mammographie de dépistage conformément au Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) aux deux ans pour les femmes âgées de 50 à 69 ans.	<ul style="list-style-type: none"> › Publication du Bilan 10 ans du PQDCS, lequel : <ul style="list-style-type: none"> › confirme la pertinence de poursuivre le programme; › démontre que les femmes âgées de 50 à 69 ans sont de plus en plus nombreuses à connaître le programme et consentir à y participer.
23 Assurer l'accès au dépistage du cancer du col de l'utérus pour les femmes âgées de 25 à 64 ans et qui n'ont pas participé au dépistage dans les trois dernières années.	<ul style="list-style-type: none"> › Annonce des <i>Lignes directrices pour le dépistage du cancer du col utérin au Québec</i> en novembre 2011; › Programme de vaccination contre le VPH : <ul style="list-style-type: none"> › 80 % des jeunes filles des cohortes ciblées vaccinées.

MESURES	PRINCIPALES RÉALISATIONS
24 Assurer l'accès au dépistage du cancer colorectal par une recherche de sang occulte dans les selles chez les personnes âgées de 50 à 74 ans, si la faisabilité de ce dépistage est démontrée.	<ul style="list-style-type: none"> › Avis de l'INSPQ sur la <i>Faisabilité et la pertinence d'un programme de dépistage du cancer colorectal au Québec</i>; › Publication de <i>Normes de pratique clinique relatives à la coloscopie</i>, en partenariat avec les ordres et associations professionnels concernés; › Élaboration d'un formulaire standardisé de consultation en coloscopie; › Sélection et démarrage de la 1^{re} phase du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR) dans huit sites pilotes. › Élaboration d'un plan de formation pour les infirmières des unités d'endoscopie, en partenariat avec l'UQTR.
25 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.	› Plan ministériel de surveillance multithématique – Volet cancer.
26 Établir un système pour faciliter l'accès à l'investigation, au diagnostic et aux médecins spécialistes pour les personnes soupçonnées d'être atteintes de cancer et pour lesquelles une investigation a été demandée.	<ul style="list-style-type: none"> › Critères de priorité d'accès à la coloscopie du PQDCCR; › Soutien financier pour : <ul style="list-style-type: none"> › deux cliniques d'accès rapide pour le cancer du poumon (IUCPQ et CUSM); › une clinique d'accès rapide de radiothérapie palliative (CHUM).
27 Poursuivre la planification des ressources humaines et matérielles en radio-oncologie et en hémato-oncologie en tenant compte du réseautage intra et inter RUIS.	<ul style="list-style-type: none"> › Deux nouveaux centres de radiothérapie inaugurés; › Ajout de 12 appareils dans quatre centres; › Planification de la main-d'œuvre de technologues en radio-oncologie, de physiciens médicaux et de radio-oncologues.
28 Concevoir des outils facilitant la gestion standardisée de l'accès aux services de radio-oncologie et mettre en place une banque centrale pour le Système de gestion de l'accès aux services (SGAS).	› Cadre de référence de la gestion de l'accès aux services de radio-oncologie.
29 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.	<ul style="list-style-type: none"> › Validation des données issues de SIMASSS pour la chirurgie oncologique; › Développement d'outils de suivi en chirurgie oncologique; › Cibles de l'accès en chirurgie oncologique 2011-2015 élaborées.

MESURES	PRINCIPALES RÉALISATIONS																					
30 Favoriser l'utilisation d'un carnet de santé pour la personne atteinte de cancer, contenant toutes les informations cliniques pertinentes.	<ul style="list-style-type: none"> › 112 200 passeports en oncologie, version française, ont été distribués; › 19 000 passeports en oncologie, version anglaise, ont été distribués; › Évaluation en cours pour réédition. 																					
31 Établir un processus de prise en charge des personnes atteintes de cancer par un médecin de famille dans chaque réseau local.	<ul style="list-style-type: none"> › Processus en expérimentation pour la coloscopie dans le cadre du PQDCCR. 																					
32 Dans tous les CSSS, maintenir et bonifier l'accessibilité aux personnes recevant des soins palliatifs à domicile aux services de base, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.	<ul style="list-style-type: none"> › Augmentation de la proportion de CSSS qui offrent les services de base en soins palliatifs à domicile (clientèle adulte). <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th></th> <th>2008-2009</th> <th>2010-2011</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Équipe de soins</td> <td>83 %</td> <td>81 %</td> </tr> <tr> <td>Trousse thérapeutique</td> <td>64 %</td> <td>76 %</td> </tr> <tr> <td>Médecin de garde</td> <td>75 %</td> <td>80 %</td> </tr> <tr> <td>Infirmière</td> <td>93 %</td> <td>96 %</td> </tr> <tr> <td>Enregistrements à Info-Santé</td> <td>82 %</td> <td>87 %</td> </tr> <tr> <td>Fournitures et équipement requis</td> <td>96 %</td> <td>99 %</td> </tr> </tbody> </table>		2008-2009	2010-2011	Équipe de soins	83 %	81 %	Trousse thérapeutique	64 %	76 %	Médecin de garde	75 %	80 %	Infirmière	93 %	96 %	Enregistrements à Info-Santé	82 %	87 %	Fournitures et équipement requis	96 %	99 %
	2008-2009	2010-2011																				
Équipe de soins	83 %	81 %																				
Trousse thérapeutique	64 %	76 %																				
Médecin de garde	75 %	80 %																				
Infirmière	93 %	96 %																				
Enregistrements à Info-Santé	82 %	87 %																				
Fournitures et équipement requis	96 %	99 %																				
33 Mettre en place, dans chaque CSSS, une coordination des services en soins palliatifs avec les intervenants du milieu, notamment les pharmaciens, les bénévoles et les organismes communautaires.	<ul style="list-style-type: none"> › 78 % des CSSS déclarent un mécanisme de coordination des services en soins palliatifs. 																					
34 Définir des critères administratifs permettant d'encadrer la prestation et la qualité des services et certains aspects du fonctionnement des maisons de soins palliatifs.	<ul style="list-style-type: none"> › 29 maisons agréées, situées dans 15 régions du Québec. 																					
35 Concevoir un plan directeur de formation des intervenants en soins palliatifs.	<ul style="list-style-type: none"> › Publication des volumes 1 et 2 du <i>Plan directeur de développement des compétences des intervenants en soins palliatifs</i>. 																					
36 Mettre en place des unités de soins palliatifs dans les centres hospitaliers universitaires et régionaux.	<ul style="list-style-type: none"> › Regroupement d'unités dans : <ul style="list-style-type: none"> › 75 % des centres hospitaliers; › 63 % des centres d'hébergement de soins de longue durée; › Élaboration du <i>Plan de développement des soins palliatifs 2011-2015 – Volet lits dédiés</i>. 																					
37 Constituer pour chacune des régions du Québec une équipe interdisciplinaire spécialisée en soins palliatifs, y compris les soins palliatifs pédiatriques.	<ul style="list-style-type: none"> › Trois équipes interdisciplinaires suprarégionales en soins palliatifs désignées. 																					

MESURES	PRINCIPALES RÉALISATIONS														
38	Soutenir la mise en place des centres/hôpitaux de jour ou des cliniques d'accès à des soins palliatifs. › Reportée.														
39	Encourager l'appropriation et faciliter l'application des <i>Normes en matière de soins palliatifs pédiatriques</i> . › 1 200 exemplaires des <i>Normes</i> diffusés; › 1 200 exemplaires de la <i>Grille de suivi et d'évaluation pour l'application des Normes en matière de soins palliatifs pédiatriques</i> .														
40	Développer des modalités visant la consultation de la population et des personnes atteintes concernant l'organisation de l'offre de service en cancer. › Patients consultés dans le cadre de l'Enquête sur la qualité des soins et des services offerts aux personnes atteintes de cancer.														
41	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. › Enquête réalisée auprès de 8 700 personnes.														
42	Établir des liens et réaliser des protocoles pour assurer le suivi, lors du retour dans une communauté autochtone, des soins et des services dispensés dans un établissement du réseau québécois. › Suivi des travaux du Partenariat canadien contre le cancer concernant la prise en charge de la population autochtone dans le respect de leur culture, de leur réalité et de leurs besoins; › Une IPO assure la liaison entre le CUSM et la région du Nunavik.														
43	Concevoir une trousse comprenant notamment des lignes directrices en matière de prévention du cancer et des guides pour le dépistage, l'investigation et le traitement des symptômes et des complications les plus fréquentes, et la distribuer aux médecins de famille. › Reportée.														
44	Créer un programme de formation continue en oncologie à l'intention des médecins de famille en collaboration avec les instances concernées. › Reportée.														
45	S'assurer que l'équipe régionale assume ses responsabilités quant à la formation, au soutien, à la supervision et à l'évaluation. › Plans de formation développés par les agences :														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">Plans de formation continue</th> </tr> <tr> <th>2009-2010</th> <th>2010-2011</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nombre d'agences</td> <td>6</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		Plans de formation continue		2009-2010	2010-2011	Nombre d'agences	6	8						
	Plans de formation continue														
	2009-2010	2010-2011													
Nombre d'agences	6	8													
	› Formation donnée par les équipes suprarégionales :														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">Formation donnée aux membres</th> <th colspan="2">Formation donnée aux partenaires</th> </tr> <tr> <th>2009-2010</th> <th>2010-2011</th> <th>2009-2010</th> <th>2010-2011</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nombre d'équipes</td> <td>37</td> <td>64</td> <td>37</td> <td>61</td> </tr> </tbody> </table>		Formation donnée aux membres		Formation donnée aux partenaires		2009-2010	2010-2011	2009-2010	2010-2011	Nombre d'équipes	37	64	37	61
	Formation donnée aux membres		Formation donnée aux partenaires												
	2009-2010	2010-2011	2009-2010	2010-2011											
Nombre d'équipes	37	64	37	61											

MESURES	PRINCIPALES RÉALISATIONS
46 Faciliter l'accès à des comités de thérapie du cancer dans chaque région.	› 60 % des équipes interdisciplinaires ont accès à un comité des thérapies du cancer.
47 Créer des communautés de pratique soutenant la participation des équipes suprarégionales pour améliorer la qualité de la pratique en oncologie.	› Création amorcée en cancer du sein.
48 Pour chaque territoire de RUIS, concevoir un plan d'action relatif aux priorités de ces Orientations qui soit adapté aux besoins des agences.	› Supprimée.
49 Mettre sur pied des programmes de formation de base et continue destinés aux professionnels engagés dans les soins et les services offerts aux personnes atteintes de cancer et à leurs proches.	› Formation d'archivistes, d'IPO, d'infirmières en endoscopie digestive (dépistage) et d'infirmières auxiliaires en soins palliatifs.
50 Mandater et soutenir le Comité de l'évolution des pratiques en oncologie (CEPO) pour l'élaboration des guides de pratique quant à l'utilisation appropriée des nouveaux agents antinéoplasiques.	› Intégration d'oncologues, par le CEPO, au processus d'évaluation des médicaments anticancéreux de l'INESSS.
51 Soutenir la production et l'adaptation de guides de pratique clinique en oncologie par le Comité de l'évolution des pratiques en oncologie (CEPO) et en évaluer l'adoption par les praticiens.	› Publication de 18 guides de pratique; › Publication de plus de 150 mises à jour et nouveaux guides d'administration et fiches de conseils destinées aux patients; › Développement d'un modèle d'ordonnance préformaté.
52 Concevoir et créer les outils nécessaires afin d'uniformiser la pratique en oncologie et en favoriser l'appropriation par les associations professionnelles concernées (p. ex. : standardisation des rapports de pathologie, uniformisation des protocoles opératoires).	› Anatomopathologie : › Standardisation de sept protocoles de pathologie pour les quatre principaux types de cancer; › <i>Guide sur l'assurance qualité en anatomopathologie pour les phases pré-analytique et analytique</i> ; › Chirurgie oncologique : › Standardisation et mise sous forme synoptique des protocoles opératoires en cancer colorectal; › Recommandations en cours d'élaboration concernant la sécurité des médicaments antinéoplasiques (publication en 2012).
53 Rédiger des guides de pratique clinique en soins infirmiers, établir des cadres de référence et évaluer leur appropriation par le milieu.	› Élaboration d'un <i>Formulaire d'évaluation initiale en soins infirmiers</i> ; › Module d'apprentissage en ligne (<i>e-learning</i>) destiné à l'IPO.

MESURES	PRINCIPALES RÉALISATIONS
54 Intensifier les liens entre la Direction de la lutte contre le cancer et les organisations actives en recherche sur le cancer, notamment le Réseau de recherche en cancer du Fonds pour la recherche en santé du Québec.	› 2,5 M\$ versés pour la recherche en cancer.
55 Participer à des initiatives canadiennes et internationales visant notamment à optimiser la production des guides de pratique clinique ou à développer des normes et des méthodes novatrices de soins.	› Participation aux travaux du Partenariat canadien contre le cancer et de l'Association canadienne des agences provinciales de cancer.
56 Déterminer et faire connaître aux établissements les cibles ministérielles, notamment quant à l'accès aux soins et aux services d'investigation, de diagnostic et de traitements en matière de cancer.	<ul style="list-style-type: none"> › Cible IPO : 70 % des personnes ayant reçu un diagnostic de cancer ont accès à une IPO dans un délai de 48 heures d'ici 2015; › Cible en chirurgie oncologique : 90 % des patients traités à l'intérieur de 4 semaines et 100 % traités à l'intérieur de 8 semaines d'ici 2015, avec seuils annuels à respecter; › Cible en radio-oncologie : 90 % des patients traités à l'intérieur de 4 semaines et 100 % traités à l'intérieur de 8 semaines; › Cible en oncologie buccodentaire : 100 % des patients ont accès aux services prévus d'oncologie buccodentaire; › Cibles en soins palliatifs à domicile : 24 944 personnes desservies et 16 interventions en moyenne par personne desservie; › Cible en soins palliatifs : 1 lit/10 000 personnes d'ici 2015.
57 Recueillir des données sur l'accessibilité aux soins et aux services et entreprendre les actions nécessaires pour respecter les cibles ministérielles.	<ul style="list-style-type: none"> › Cible atteinte à 87 % quant au ratio de 1 lit/10 000 de population en 2012; › Cible atteinte à 100 % en oncologie buccodentaire depuis 2009; › Cible atteinte à 100 % pour les patients traités à l'intérieur de 8 semaines en radio-oncologie depuis août 2006.
58 Déterminer aux ententes de gestion des indicateurs relatifs à l'accès, à la qualité, à l'efficacité.	<ul style="list-style-type: none"> › Cible du nombre de personnes desservies en soins palliatifs à domicile atteinte à 78 % (excluant celles qui ont reçu des services par des organismes mandatés); › Cible du nombre moyen d'interventions par personne desservie en soins palliatifs à domicile atteinte à 100 % et dépassée depuis 2007.

MESURES	PRINCIPALES RÉALISATIONS
59 Mettre en place un Registre québécois du cancer (RQC) en améliorant la qualité et l'exhaustivité du Fichier des tumeurs du Québec.	<ul style="list-style-type: none"> › Depuis le 1^{er} avril 2011, le RQC reçoit les déclarations de cancers provenant des rapports de pathologie et de cytologie de l'ensemble des 50 établissements ayant un laboratoire de pathologie; › Informations transmises pour 100 % des cas de cancer depuis le 1^{er} janvier 2011; › La mise en place se poursuit jusqu'au 31 décembre 2012.
60 Soutenir des projets d'évaluation ciblés tels que l'évaluation de l'incidence du processus de désignation des équipes interdisciplinaires et l'effet de l'implantation et du fonctionnement de celles-ci sur la prise en charge des patients dans la trajectoire de soins et de services.	<ul style="list-style-type: none"> › Évaluation de l'implantation des guides de pratique clinique du CEPO; › Évaluation de la gestion de l'accès en endoscopie (coloscopie); › Évaluation de l'utilisation du passeport en oncologie; › Évaluation du processus de désignation des équipes interdisciplinaires en oncologie.

Table des matières

Message du ministre de la Santé et des Services sociaux	III
Faits saillants 2007-2012	V
Bilan des principales réalisations reliées aux 60 mesures stratégiques.....	VII
Liste des tableaux	XIX
Liste des sigles et des abréviations	XX
Introduction.....	1
La Direction québécoise du cancer	2
Le statut.....	2
La mission	2
La vision	2
Les Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer	2
Les collaborateurs et les partenaires	2
Axe 1. Un réseau hiérarchisé et intégré de lutte contre le cancer.....	3
Assurer une place prioritaire à la lutte contre le cancer.....	3
Consolider l'organisation hiérarchisée des soins et des services.....	3
Poursuivre la mise en place des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer.....	3
Le déploiement des infirmières pivots en oncologie	3
Les services psychosociaux.....	4
Axe 2. Promouvoir la santé, détecter précocement le cancer et le prévenir	5
Promouvoir l'adoption de saines habitudes de vie.....	5
Lutte contre le tabagisme	6
Réduire l'exposition aux agents cancérigènes	8
Les programmes de vaccination.....	9
Favoriser l'accès au dépistage de certains cancers.....	10
Dépistage du cancer du sein	10
Dépistage du cancer colorectal	11
Dépistage du cancer du col de l'utérus	11
Axe 3. Le parcours de la personne atteinte de cancer dans le continuum de soins et de services	13
Améliorer l'accessibilité aux soins et aux services ainsi que leur qualité par une utilisation optimale des ressources.....	13
Investigation et diagnostic	13
La planification des ressources.....	14
La gestion de l'accès aux traitements	14

Une démarche centrée sur les besoins des patients atteints de cancer et de leurs proches.....	15
Le passeport en oncologie.....	15
La continuité et la complémentarité des soins et des services offerts par les établissements du réseau québécois et les instances locales autochtones.....	16
Les soins palliatifs.....	16
Les organismes communautaires.....	18
Axe 4. Soutenir l'évolution des pratiques	19
Promouvoir l'excellence des pratiques	19
La formation des professionnels de la santé.....	19
Les comités de thérapie du cancer.....	19
Favoriser l'adoption d'une pratique fondée sur des données probantes	20
Le Comité d'évolution des pratiques en oncologie.....	20
Les protocoles opératoires standardisés.....	21
L'assurance qualité en anatomopathologie	22
L'évaluation des médicaments anticancéreux	22
La sécurité des médicaments antinéoplasiques.....	23
Soutenir la recherche en cancer.....	23
Favoriser les partenariats.....	23
Axe 5. Évaluer l'atteinte des résultats.....	24
Le Registre québécois du cancer.....	25
Les projets d'évaluation	26
Conclusion	27
Annexe I. Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer.....	28
Annexe II. Liste des comités consultatifs de la Direction québécoise du cancer	29

Liste des tableaux

Tableau 1. Liste des guides de pratique clinique publiés par le CEPO entre 2007 et 2012.	20
Tableau 2. Liste des rapports publiés par l’AETMIS puis l’INESSS entre 2007 et 2012.	21
Tableau 3. Indicateurs de mesure de la performance.	24
Tableau 4. Mandats d’évaluation attribués par la Direction québécoise du cancer.	26

Liste des sigles et des abréviations

ACAPC	Association canadienne des agences provinciales du cancer
AETMIS	Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
CEPO	Comité de l'évolution des pratiques en oncologie
CHSLD	Centre d'hébergement de soins de longue durée
CHUM	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CUSM	Centre universitaire de santé McGill
FITQ	Fichier des tumeurs du Québec
FRQ-S	Fonds de recherche du Québec – Santé
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPO	Infirmière pivot en oncologie
ISQ	Institut de la statistique du Québec
IUCPQ	Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec
LSPQ	Laboratoire de santé publique du Québec
OMS	Organisation mondiale de la santé
PCCC	Partenariat canadien contre le cancer
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	Réseaux universitaires intégrés de santé
SGAS	Système de gestion de l'accès aux services
SIMASS	Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés
SSPOC	Standardisation et mise sous forme synoptique des protocoles opératoires en cancer
VPH	Virus du papillome humain

Introduction

En 2007, à la suite d'une consultation auprès de divers partenaires, de soignants, de patients ayant survécu au cancer et de gestionnaires des réseaux public et communautaire, la Direction de la lutte contre le cancer, renommée Direction québécoise du cancer (la Direction) depuis, a précisé les actions à privilégier dans le cadre du *Programme québécois de lutte contre le cancer* (PQLC). Ainsi, la Direction a rendu publics en septembre 2007 ses intentions et son plan de travail en publiant les *Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer* (les *Orientations*).

La Direction présente aujourd'hui les réalisations des *Orientations*, répondant ainsi à son mandat d'encadrer, de coordonner et de soutenir les activités de lutte contre le cancer dans toute la province.

Ce bilan présente les résultats obtenus selon les cinq axes d'interventions définis par les *Orientations*. Le premier axe traite du réseau intégré en oncologie et de la hiérarchisation des soins et des services offerts à la population québécoise. Le deuxième axe porte sur les actions mises en œuvre en santé publique. Le troisième axe fait état des activités effectuées pour faciliter le parcours de la personne atteinte de cancer dans le continuum de soins et de services, lequel s'étend de l'investigation en passant par le diagnostic, le traitement, le soutien et les soins palliatifs jusqu'aux soins de fin de vie. Le quatrième axe s'inscrit dans le soutien à l'évolution des pratiques et le cinquième axe vise l'évaluation de l'atteinte des résultats.

Ce bilan dresse une image en mars 2012 de la situation globale de l'état des lieux et des principales réalisations proposées par les *Orientations*. Les réalisations annuelles de cette planification quinquennale sont davantage détaillées dans les rapports annuels de la Direction, lesquels sont disponibles sur le site Internet de la Direction à l'adresse suivante : www.msss.gouv.qc.ca/cancer.

La lutte contre le cancer ne se termine pas avec l'aboutissement de ces *Orientations*. C'est pourquoi la Direction, en plus de poursuivre les objectifs de ces *Orientations*, a travaillé au cours de la dernière année à renforcer le modèle de gouverne, incluant la mise en place des réseaux régionaux en cancer en partenariat avec des centres spécialisés en cancer. Des directeurs médicaux et clinico-administratifs, nommés ou en voie de l'être par les agences de la santé et des services sociaux (les agences), sont imputables de l'organisation des services au sein de leur réseau. À cette fin, les agences ont identifié, ou sont en train de le faire, leurs centres spécialisés en cancer de leur territoire ainsi que leurs leaders régionaux.

Par ailleurs, même si elles sont accomplies, plusieurs mesures nécessiteront encore d'y consacrer des ressources pour assurer leur pérennité et, dans une perspective d'amélioration continue, adapter les actions aux nouvelles connaissances et à des modes d'organisation encore plus efficaces.

Enfin, rappelons que toutes les réalisations ne sont que le résultat de la synergie de tous les protagonistes dans la lutte contre le cancer au Québec. Il est essentiel de reconnaître les contributions des individus et des organisations dans cette lutte qui nous tient tant à cœur. La Direction est reconnaissante de leur contribution et remercie tous ses partenaires qui contribuent à la qualité des soins et au bien-être des personnes touchées par le cancer.

La Direction québécoise du cancer

Le statut

La Direction de la lutte contre le cancer a été fondée en 2004 sous la responsabilité de la Direction générale des services de santé et de médecine universitaire du Ministère. Le 1^{er} avril 2011, elle est devenue la Direction québécoise du cancer, relevant désormais du sous-ministre du Ministère.

La mission

La mission de la Direction consiste à orienter et à soutenir les activités de lutte contre le cancer au Québec pour répondre adéquatement aux besoins de la population, des personnes atteintes de cancer et de leurs proches.

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 les services aux personnes atteintes de cancer ou chez lesquelles on soupçonne un cancer ainsi qu'à leurs proches.

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

Les *Orientations prioritaires* constituent l'assise de l'organisation des activités de la Direction¹. Elles se déclinent sous 20 objectifs et 60 mesures selon cinq axes d'intervention (voir l'Annexe I).

Les collaborateurs et les partenaires

Pour mener à bien sa mission, la Direction compte sur l'expertise de divers comités consultatifs constitués de professionnels, de cliniciens, d'experts et de gestionnaires du réseau québécois de la santé et des services sociaux. La liste des comités consultatifs est disponible à l'Annexe II. L'avis de ces experts est toujours considéré dans l'organisation des services, afin que ceux-ci soient adaptés à la réalité du terrain.

De plus, la Direction s'associe à des organismes communautaires, à des regroupements de personnes atteintes de cancer et de bénévoles œuvrant en oncologie ou en soins palliatifs.

La Direction travaille aussi en partenariat avec les agences de la santé et de services sociaux (les agences), les réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) et les autres directions du Ministère.

Enfin, dans une perspective de transfert des connaissances et de développement de l'expertise, la Direction collabore avec l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et le Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQ-S).

¹ *Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer*, Direction de la lutte contre le cancer, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007, 39 p.

Axe 1. Un réseau hiérarchisé et intégré de lutte contre le cancer

Assurer une place prioritaire à la lutte contre le cancer

Déjà en 1998, le *Programme québécois de lutte contre le cancer* (PQLC) soulignait l'importance de constituer un réseau intégré de lutte contre le cancer². Les *Orientations prioritaires 2007-2012* ont repris et accentué l'importance devant être accordée à l'instauration de ces réseaux. Il existe une planification des activités de lutte contre le cancer, et des moyens pour encadrer la mise en œuvre de cette planification sont aussi prévus dans la majorité des établissements du réseau.

Au 31 mars 2011, 92 % des établissements avaient un directeur responsable des activités de lutte contre le cancer, 80 % avaient entièrement établi leur plan d'action, et 83 % avaient un comité de coordination des activités de lutte contre le cancer.

Consolider l'organisation hiérarchisée des soins et des services

Poursuivre la mise en place des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer

Le premier cycle d'évaluation et de désignation des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer s'est réalisé entre 2005 et 2009. Cette démarche a établi les balises structurantes et déterminantes pour une organisation des soins hiérarchisée et intégrée partout au Québec.

Au total, 155 équipes ont été visitées. Plus de 200 experts engagés dans la lutte contre le cancer ont collaboré à l'évaluation de ces équipes. Au terme de ce premier cycle d'évaluation, 81 % des équipes visitées, soit 126, ont été désignées pour un mandat local (52 équipes), régional (7 équipes) ou suprarégional (67 équipes).

Un bilan de ce processus a été fait³. Il résume les grandes étapes du processus d'appréciation et de désignation des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer travaillant dans les établissements des différentes régions du Québec. Il présente les outils développés de même que les résultats obtenus, les modalités de suivi ainsi que les recommandations du groupe-conseil. Ce bilan guide les actions pour un deuxième cycle d'évaluation et de désignation en vue d'en assurer la pérennité et de préciser le fonctionnement optimal d'un réseau régional en cancer.

La Direction a mis en place un mécanisme de suivi afin de s'assurer que les recommandations émises aux équipes soient prises en compte. Les agences assurent le suivi auprès des équipes, notamment en ce qui concerne la formation en interdisciplinarité. À ce titre, plus de 80 % des équipes ont bénéficié d'une telle formation, et la quasi-totalité des équipes suprarégionales ont participé à ces formations.

Le déploiement des infirmières pivots en oncologie

Le rôle de l'infirmière pivot en oncologie (IPO) évolue. Afin de tenir compte des ajustements nécessaires à l'implantation réussie des IPO dans les établissements et au sein des équipes interdisciplinaires de lutte

² COMITÉ CONSULTATIF SUR LE CANCER. *Programme québécois de lutte contre le cancer. Pour lutter efficacement contre le cancer, formons Équipe*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 45 p.

³ GROUPE CONSEIL DE LUTTE CONTRE LE CANCER. *L'évaluation et la désignation des établissements et des équipes 2005-2009 : bilan*, Direction de la lutte contre le cancer, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010, 44 p.

contre le cancer, le rôle a été défini en 2000 puis précisé en 2008, confirmant les quatre fonctions de l'IPO (évaluer, enseigner et informer, soutenir puis coordonner)⁴.

Un plan de formation de base a été développé à l'intention des IPO par la Direction⁵. De plus, des outils standardisés ont été développés, dont le *Formulaire d'évaluation initiale en soins infirmiers*, qui sera disponible au cours du printemps prochain.

Entre 2007 et 2011, le nombre d'IPO est passé de 167 à 252. Parmi ces IPO, 82 % consacrent quatre jours ou plus à cette fonction, comparativement à 65 % en 2007. Une étude visant à préciser le ratio optimal du nombre de patients par IPO est en cours.

D'autres indicateurs sont appliqués, dont celui du nombre de nouveaux cas par IPO.

Les services psychosociaux

Dans un contexte où l'on vise à tendre vers l'interdisciplinarité, l'accès aux services psychosociaux a été l'objet de travaux. À la demande de la Direction, un comité d'experts a déposé un rapport, lequel comporte une série de recommandations concernant le dépistage de la détresse, son évaluation, les interventions psychosociales comme telles, les indicateurs de résultats, les mesures de gestion et les banques de données⁶. L'accès ou l'offre d'un panier minimum de services y est aussi défini selon le niveau de l'équipe interdisciplinaire.

L'évaluation rapide de la détresse à partir d'outils standardisés chez tous les patients constitue la pierre angulaire de la prise en charge psychosociale des patients et de leurs proches, et son application est incontournable.

Parmi les mesures qui s'appliquent aux équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer, quel que soit leur niveau, les fonctions d'enseignement, de formation et de recherche peuvent être obligatoires.

Lors des Journées annuelles de santé mentale tenues en mai 2011, la programmation d'une journée a été dédiée au cancer. Cette journée a permis le partage d'information sur les besoins psychosociaux des personnes atteintes de cancer et de leurs proches. De plus, elle a démontré la nécessité d'une collaboration bidirectionnelle entre les réseaux cancer et santé mentale.

⁴ COMITÉ CONSULTATIF DES INFIRMIÈRES EN ONCOLOGIE. *Rôle de l'infirmière pivot en oncologie*, Direction de la lutte contre le cancer, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008, 15 p.

⁵ *L'infirmière pivot en oncologie : programme de formation*, Direction de la lutte contre le cancer, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007, 10 p.

⁶ COMITÉ D'ONCOLOGIE PSYCHOSOCIALE. *Vers des soins centrés sur la personne*, Direction de la lutte contre le cancer, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011, 42 p.

Axe 2. Promouvoir la santé, détecter précocement le cancer et le prévenir

Le PQLC notait, à partir des études répertoriées par *Cancer causes and Control* en 1996, que le tabagisme et une mauvaise alimentation favorisant l'obésité constituent les principales causes connues de développer un cancer, celles-ci étant les plus importants facteurs de risque associés au décès par cancer. D'autres facteurs de risques modifiables, pour lesquels le pourcentage de mortalité par cancer est plus faible, sont aussi associés à cette maladie (alcool, expositions occupationnelles et environnementales, rayons ultraviolets, radiations ionisantes, agents infectieux).

Le *Programme national de santé publique 2003-2012 – Mise à jour 2008* expose la stratégie d'intervention du Ministère en matière de santé publique, et ce programme comprend des actions qui contribuent à la lutte contre le cancer⁷. C'est pourquoi la Direction travaille en étroite partenariat avec la Direction générale de la santé publique pour intégrer et harmoniser les objectifs à atteindre en matière de promotion, de prévention et de dépistage.

Ce Programme réfère aux six domaines suivants :

- › développement, adaptation et intégration sociale;
- › habitudes de vie et maladies chroniques;
- › traumatismes non intentionnels;
- › maladies infectieuses;
- › santé environnementale;
- › santé en milieu de travail.

Les actions de lutte contre le cancer s'inscrivent principalement dans cinq de ces six domaines, soient le développement, l'adaptation et l'intégration sociale, les habitudes de vie et les maladies chroniques, les maladies infectieuses, la santé environnementale et la santé en milieu de travail.

Promouvoir l'adoption de saines habitudes de vie

Afin de promouvoir l'adoption de saines habitudes de vie, la Direction générale de la santé publique a élaboré le *Plan d'action gouvernemental de promotion de saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 – Investir pour l'avenir*⁸. Il est structuré selon les axes suivants :

- › favoriser la saine alimentation;
- › favoriser un mode de vie physiquement actif;
- › promouvoir des normes sociales favorables;
- › améliorer les services aux personnes aux prises avec un problème de poids;
- › favoriser la recherche et le transfert des connaissances.

⁷ *Programme national de santé publique 2003-2012 – Mise à jour 2008*, Direction générale de la santé publique, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008, 103 p.

⁸ *Plan d'action gouvernemental de promotion de saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 – Investir pour l'avenir*, Direction générale de la santé publique, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006, 50 p.

Pour assurer l'orientation et l'encadrement de la pratique régulière d'activité physique et des habitudes alimentaires des Québécois, ce plan d'action mise sur le partenariat, la concertation et l'intersectorialité des interventions prévues aux niveaux local, régional et provincial. Ces interventions ciblent notamment les familles, les services de garde éducatifs à l'enfance, les établissements scolaires, les municipalités et le secteur de la restauration.

Ce plan a donné lieu à la création de plusieurs outils qui ont facilité les interventions pour la promotion de saines habitudes de vie. Parmi ces outils, on retrouve notamment les suivants :

- › la création du Fonds pour la promotion des saines habitudes de vie pour une période de 10 ans;
- › la diffusion de diverses campagnes gouvernementales de promotion telles :
 - Bouger plus, manger mieux!,
 - Au Québec on aime la vie,
 - Mettez de la couleur dans votre assiette (campagne promotionnelle associée au programme Fruits et légumes en vedette),
 - Plaisirs d'hiver,
 - Rendez-vous d'automne,
 - Journée nationale du sport et de l'activité physique;
- › l'organisation de séances d'information auprès des milieux scolaires;
- › l'élaboration de guides et d'orientations à l'intention des intervenants des différents milieux comme la *Vision de la saine alimentation pour la création d'environnements alimentaires favorables à la santé*⁹ et le *Guide d'application du volet alimentation pour un virage santé à l'école*¹⁰;
- › l'adoption de politiques et de cadres de référence comme le *Cadre de référence à l'intention des établissements du réseau de la santé et des services sociaux pour l'élaboration de politiques alimentaires adaptées – Miser sur une saine alimentation : une question de qualité*¹¹.

Lutte contre le tabagisme

Le *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2006-2010*¹² encadre toutes les activités de lutte contre le tabagisme et il poursuit les trois objectifs fondamentaux suivants : prévenir l'adoption des habitudes tabagiques, promouvoir et soutenir l'abandon de l'usage du tabac, puis protéger la population contre l'exposition à la fumée secondaire. Pour atteindre ces objectifs, la démarche proposée utilise les quatre approches suivantes :

- › les politiques et la législation;
- › l'information, la sensibilisation, l'éducation et le soutien;
- › la mobilisation;
- › la connaissance et la surveillance, la recherche et l'évaluation.

⁹ *Vision de la saine alimentation pour la création d'environnements alimentaires favorables à la santé*. Service de la promotion des saines habitudes de vie, Direction générale de la santé publique, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010, 6 p.

¹⁰ *Guide d'application du volet alimentation pour un virage santé à l'école*. Service de la promotion des saines habitudes de vie, Direction générale de la santé publique, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008, 148 p.

¹¹ *Cadre de référence à l'intention des établissements du réseau de la santé et des services sociaux pour l'élaboration de politiques alimentaires adaptées – Miser sur une saine alimentation : une question de qualité*. Service de la promotion des saines habitudes de vie, Direction générale de la santé publique, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009, 48 p.

¹² *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2006-2010*. Service de lutte contre le tabagisme, Direction générale de la santé publique, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006, 53 p.

La Loi sur le tabac, adoptée en 1998 dans le cadre du Plan puis amendée en 2005 et en 2008, s'avère un moyen de premier rang pour contrer le tabagisme. Elle est considérée comme un élément charnière de lutte contre ce problème majeur de santé publique. L'application de cette loi et la surveillance du respect de son application sont effectives depuis décembre 1999.

Les principaux indicateurs de suivi de la réalisation du *Plan québécois de lutte contre le tabagisme* sont exposés dans un document publié par l'INSPQ en 2007¹³. Le monitoring est effectué sur la base des éléments suivants : l'initiation aux produits du tabac, particulièrement chez les jeunes, la protection de la population contre la fumée de tabac dans l'environnement et le soutien à la cessation de l'usage du tabac. Les indicateurs utilisés pour le suivi de la lutte contre le tabagisme sont principalement les campagnes antitabac, les coûts des campagnes médiatiques antitabac, le nombre d'avertissements et de constats d'infraction émis, le prix annuel des cigarettes, la prévalence et l'incidence de l'usage du tabac, le taux de cessation et les caractéristiques des fumeurs.

En lien avec ce document concernant le monitoring du *Plan québécois de lutte contre le tabagisme*, l'INSPQ a diffusé en 2011 trois fascicules thématiques portant sur la surveillance de l'usage du tabac¹⁴, de l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement¹⁵ et de la cessation tabagique¹⁶.

Depuis la mise en œuvre de ce Plan, plusieurs activités ont été effectuées afin de réduire la proportion de fumeurs dans la population, ainsi que le nombre de nouveaux fumeurs chez les jeunes et les adultes. Depuis 2007, la Direction répertorie dans son rapport annuel d'activité les principales réalisations liées à la lutte contre le tabagisme. Outre l'application de la Loi sur le tabac, notamment par des constats et des visites d'inspection, on retrouve parmi ces réalisations les centres d'abandon avec ligne téléphonique et site Internet dédiés, le guide pour la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives¹⁷, le counseling en abandon du tabagisme par les médecins omnipraticiens, désormais rémunérés à l'acte pour cette intervention, la Loi sur le recouvrement des coûts des soins de santé et des dommages et intérêts liés au tabac, le remboursement par le régime d'assurance maladie du Québec des aides pharmacologiques, ainsi que les programmes de prévention et de promotion du non-tabagisme suivants :

- › la Semaine québécoise pour un avenir sans tabac;
- › le Défi J'arrête, j'y gagne!;
- › Familles sans fumée;
- › site Internet J'arrête!;
- › les activités de Gangs Allumées;
- › le programme De Facto : La vérité sans filtre;
- › la campagne Grenade et la campagne « Voleurs de vies »;
- › Y'a rien de plus dégoué qu'une cigarette.

¹³ *Monitoring du Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2007*. Institut national de santé publique du Québec, 2008, 115 p.

¹⁴ *Surveillance de l'usage du tabac au Québec*. Institut national de santé publique du Québec, 2011, 146 p.

¹⁵ *Surveillance de l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement*. Institut national de santé publique du Québec, 2011, 84 p.

¹⁶ *Surveillance de la cessation tabagique*. Institut national de santé publique du Québec, 2012, 76 p.

¹⁷ *L'intégration de pratiques cliniques préventives – Guide pour la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives*. Service des orientations en santé publique, Direction générale de la santé publique, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007, 71 p.

Réduire l'exposition aux agents cancérigènes

Des activités de lutte contre le cancer qui visent à réduire l'exposition aux agents cancérigènes ont récemment été déployées pour répondre à des besoins particuliers et à des situations à risque comme la présence de fibres d'amiante dans l'air ambiant de Thetford Mines, la protection des jeunes contre les rayons ultraviolets, l'utilisation de pesticides et l'exposition au radon.

L'amiante

L'INSPQ a réalisé une analyse des risques de développer un cancer du poumon et un mésothéliome associés à la présence de fibres d'amiante dans l'air ambiant de Thetford Mines¹⁸. La publication de ce rapport a permis à la direction de santé publique de cette région de sensibiliser la population aux risques d'exposition. D'autres études ont été réalisées afin de documenter cette situation; celles-ci sont disponibles sur le site Internet de l'INSPQ à l'adresse suivante : www.inspq.qc.ca.

En 2002, l'adoption de la *Politique d'utilisation accrue et sécuritaire de l'amiante chrysotile au Québec* a permis la mise en place d'une surveillance structurée des expositions à l'amiante, ainsi que des maladies qui y sont reliées¹⁹. Le cadre de référence du système de surveillance a été élaboré par l'INSPQ²⁰.

Finalement, un projet pilote qui permet de croiser les données du système de surveillance des maladies à déclaration obligatoire et les cas de maladies associées à la présence d'amiante a commencé au cours de l'année 2010-2011.

Les rayons ultraviolets

Selon le Programme national de santé publique, la protection des jeunes contre les dangers liés à l'exposition aux rayons ultraviolets est essentielle à la prévention des cancers de la peau²¹. Les activités réalisées au cours des dernières années sont pour la plupart sous la responsabilité des membres du Comité intersectoriel sur la prévention des cancers de la peau. Ce comité rassemble des représentants de plusieurs ministères et organismes. Les activités correspondent à des initiatives aussi concrètes que la création de zones d'ombre près des sites de loisirs où se trouvent les jeunes, la sensibilisation des sauveteurs nautiques et l'élaboration d'outils promotionnels.

Depuis 2011, un projet de législation visant à prévenir les cancers de la peau est à l'étude par ce comité, une analyse économique sur l'interdiction de fréquenter les salons de bronzage par les jeunes de moins de 18 ans a été réalisée, et l'INSPQ a récemment publié un avis à ce sujet²².

Enfin, à l'automne 2011, la Direction s'est associée avec la Société canadienne du cancer pour soutenir financièrement une campagne de prévention intitulée *La face cachée des salons de bronzage*, ciblant plus particulièrement les jeunes adultes de 19 à 25 ans.

¹⁸ *Présence de fibres d'amiante dans l'air intérieur et extérieur de la ville de Thetford Mines : estimation des risques de cancer du poumon et de mésothéliome – Mise à jour septembre 2010*. Institut national de santé publique du Québec, 2011, 50 p.

¹⁹ *Politique d'utilisation accrue et sécuritaire de l'amiante chrysotile au Québec*. Ministère des Ressources naturelles, 2002, 9 p.

²⁰ *Cadre de référence du système de surveillance de l'exposition à l'amiante et des maladies qui y sont reliées*. Institut national de santé publique du Québec, 2009, 32 p.

²¹ *Programme national de santé publique 2003-2012*. Direction générale de la santé publique, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, 133 p.

²² *Analyse des mesures réglementaires portant sur l'utilisation des appareils de bronzage par les jeunes âgés de moins de 18 ans*. Institut national de santé publique du Québec, 2011, 119 p.

Les pesticides

En vue de prévenir les risques liés à l'utilisation de pesticides en agriculture, le Ministère, en partenariat avec l'INSPQ, assure la prise en charge du volet santé de la *Stratégie phytosanitaire québécoise en agriculture 2011-2021* élaborée par le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation²³. Cette stratégie vise à réduire de 25 % les risques liés à l'utilisation des pesticides pour la santé et l'environnement d'ici 2021.

Le volet santé de cette stratégie cible le contrôle de l'exposition des travailleurs agricoles et de la population aux pesticides, ainsi que la réduction des résidus de ces produits dans les aliments. L'outil utilisé pour ce contrôle est l'indicateur de risque des pesticides du Québec, qui a été développé par l'INSPQ. Cet indicateur permet de mesurer les indices de toxicité aiguë et chronique des pesticides, et plusieurs des variables prévues par cet indicateur sont intégrées dans le volet cancer du plan ministériel de surveillance multithématique.

Ces travaux ont aussi permis de développer des outils d'information et d'intégration. Plusieurs formations ont été offertes aux agriculteurs qui utilisent cet indicateur.

Le radon

Au cours des dernières années, plusieurs initiatives ont permis de mieux informer la population sur les risques associés au radon, un élément gazeux radioactif d'origine naturelle présent dans la croûte terrestre. À la suite de la publication des lignes directrices de Santé Canada sur la concentration de radon jugée acceptable dans nos bâtiments²⁴, le Comité intersectoriel québécois sur le radon, qui regroupe des représentants de plusieurs ministères, des milieux de l'hébergement et du bâtiment, a produit un plan d'action.

Le projet pilote de dépistage du radon dans les écoles primaires, sous la responsabilité de l'INSPQ, est issu de cette planification, tout comme le sont les projets de cartographie des zones « à risque » d'émission de radon au Québec. Le site Internet du Ministère consigne plusieurs renseignements sur la mesure des niveaux de radon et l'application de mesures correctives au besoin. Une vaste opération de mesure du radon, entreprise par le ministère de l'Éducation, des Loisirs et du Sport dans l'ensemble des écoles primaires et secondaires du Québec, est actuellement en cours et devrait être achevée d'ici 2014. Sur le plan des communications, le Ministère a conclu une entente avec l'Association pulmonaire du Québec pour la réalisation en 2011-2012 de diverses activités de communication (dépliant, messages dans les médias, etc.).

Les programmes de vaccination

Au Québec, deux programmes de vaccination contribuent à diminuer l'apparition de cancer : la vaccination contre le virus de l'hépatite B et la vaccination contre les virus du papillome humain (VPH).

Les personnes qui présentent une infection aiguë par le virus de l'hépatite B peuvent parfois devenir des porteurs chroniques et, dans ce cas, elles sont plus susceptibles à long terme d'être atteintes d'une

²³ *Stratégie phytosanitaire québécoise en agriculture 2011-2021*. Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation, 2011, 23 p.

²⁴ http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/radiation/radon/guidelines_lignes_directrice-fra.php.

cirrhose et d'un carcinome hépatocellulaire primitif. En ce qui concerne la vaccination contre ce virus, les enfants de quatrième année du primaire sont vaccinés gratuitement et, depuis 2008, il s'agit d'un vaccin combiné (contre les hépatites A et B). En moyenne, environ 85 % des enfants sont considérés comme protégés au Québec. Depuis l'implantation de ce programme, l'incidence de l'infection aiguë causée par le virus de l'hépatite B a diminué de près de 100 %.

Les VPH sont des facteurs importants dans l'apparition de plusieurs cancers anogénitaux et certains cancers oropharyngés. Ils sont la cause de 100 % des cancers du col de l'utérus. Le programme de vaccination contre les VPH a été implanté en milieu scolaire en 2008. Ce programme, dont l'objectif principal est de prévenir le cancer du col de l'utérus, rejoint chaque année près de 80 % des jeunes filles des cohortes ciblées.

Favoriser l'accès au dépistage de certains cancers

Le dépistage des cancers du sein, colorectal et du col de l'utérus peut contribuer à réduire le risque de décès attribuable à ces cancers. Déjà, le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) est offert partout au Québec, et les travaux relatifs au dépistage du cancer colorectal et du cancer du col de l'utérus se poursuivent.

Dépistage du cancer du sein

Le PQDCS est déployé à l'échelle provinciale depuis 1998. Son cadre de référence comprend un ensemble d'indicateurs et de normes à satisfaire pour assurer la qualité de ce programme²⁵. Ces normes se définissent en trois catégories : techniques (qualité technique des appareils, positionnement), organisationnelles (accès au service, prise en charge des participantes) et professionnelles (taux de référence, taux de détection des cancers). L'INSPQ est l'organisme mandaté pour évaluer la performance du PQDCS au regard de l'atteinte de ces normes.

Après 10 années d'activité, le PQDCS a fait l'objet d'un premier bilan²⁶. Ce bilan souligne la pertinence de ce programme au regard de la diminution estimée de la mortalité par cancer du sein chez les participantes. Depuis son implantation, et ce, malgré la hausse de la population admissible, une part grandissante de femmes de 50 à 69 ans connaissent le programme et consentent à y participer. Ce bilan a aussi permis d'identifier trois priorités pour les prochaines années, soit l'assurance qualité, l'accessibilité au dépistage et le consentement éclairé.

Durant la dernière année, les travaux de la Direction générale de santé publique ont porté sur ces priorités. En matière d'assurance qualité, des mesures pour mieux soutenir la rétroaction entre les médecins des centres de confirmation diagnostique et les radiologues qui réalisent les mammographies de dépistage ont été élaborées. En matière d'accessibilité au dépistage, les travaux de l'INSPQ ont démontré l'importance de la proximité des centres de dépistage pour faciliter la participation au PQDCS. Un nouveau modèle d'offre de service a été développé avec les responsables de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, dans le but de rapprocher les clientèles éloignées d'un centre de dépistage, sans compromettre la capacité à atteindre toutes les normes de qualité du programme.

²⁵ *Programme québécois de dépistage du cancer du sein. Cadre de référence.* Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1996, 73 p.

²⁶ *Bilan 10 ans 1998-2008. Programme québécois de dépistage du cancer du sein.* Direction de la santé publique, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009, 50 p.

Ce modèle entre bientôt en phase d'évaluation. Des efforts particuliers ont aussi porté sur le soutien à une décision éclairée de participer au PQDCS, dans le contexte des réalités démographiques et culturelles, ainsi que des différents degrés de capacité à comprendre et à utiliser l'information de santé au sein de la population.

Dépistage du cancer colorectal

Le déploiement progressif du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR) a été annoncé par le ministre de la Santé et des Services sociaux en novembre 2010. La première phase consiste à assurer l'accès à la coloscopie à toutes les personnes qui requièrent cet examen, dans le respect de normes cliniques et organisationnelles bien définies. La capacité à assurer l'accès à la coloscopie et à satisfaire ces normes sont des préalables au déploiement d'un programme de dépistage. Huit sites pilotes à travers la province ont été désignés afin de tester les adaptations nécessaires au système de soins et de services pour assurer la gestion optimale de l'accès et garantir l'atteinte des meilleurs standards de qualité en matière de coloscopie.

Les travaux suivants se sont poursuivis dans la dernière année :

- › La mise en place d'un système d'information pour gérer l'accès à la coloscopie pour toutes les personnes qui requièrent cet examen, dans le but d'optimiser la capacité du système de santé à répondre aux besoins en matière de coloscopie;
- › Le recours à un formulaire standardisé de consultation en coloscopie par les médecins omnipraticiens en fonction d'indications cliniques et de normes d'accès aux services;
- › L'évaluation de la capacité des sites de démonstration à atteindre les normes cliniques et organisationnelles relatives à la coloscopie. L'atteinte de ces normes requiert l'engagement des décideurs, des médecins et des infirmières, ainsi que le soutien des agences concernées.

La phase II du PQDCCR, qui porte sur le dépistage à l'aide du test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles, est prévue pour 2012, sous condition du succès de la phase I.

Dépistage du cancer du col de l'utérus

En 2007, le Comité sur l'immunisation du Québec recommandait la mise en place d'un programme d'immunisation contre les VPH, dont l'objectif principal était de réduire l'incidence du cancer du col de l'utérus. Dans son avis, ce comité faisait aussi ressortir l'importance de ne pas ralentir les activités de dépistage du cancer du col à cause de ce programme de vaccination.

En novembre 2011, le ministre de la Santé et des Services sociaux annonçait la diffusion de nouvelles lignes directrices pour le Québec en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus²⁷. Ces lignes directrices, élaborées par l'INSPQ, précisent que le dépistage par cytologie (test de Papanicolaou ou test *Pap*) peut maintenant être offert aux trois ans aux femmes âgées de 21 à 65 ans. Le Ministre annonçait également la mise sur pied d'un comité d'experts afin de le conseiller sur les mesures à mettre en place pour favoriser l'appropriation par les professionnels de la santé de ces lignes directrices et pour

²⁷ *Lignes directrices sur le dépistage du cancer du col utérin au Québec*. Institut national de santé publique du Québec, 2011, 28 p.

déterminer les moyens concrets qui permettront d'améliorer l'accès et la qualité du dépistage du cancer du col de l'utérus au Québec.

Au cours de la dernière année, la collaboration étroite entre la Direction et la Direction générale de santé publique s'est poursuivie dans le but de favoriser l'accès au dépistage pour les femmes n'ayant pas eu de test Pap dans les trois dernières années. Par exemple, la contribution d'infirmières de première ligne et différentes modalités pour rejoindre cette clientèle ont été testées dans le cadre d'un projet de démonstration en Mauricie–Centre-du-Québec.

Axe 3. Le parcours de la personne atteinte de cancer dans le continuum de soins et de services

Pour la personne atteinte de cancer et ses proches, le continuum de soins et de services va de l'investigation au diagnostic, aux traitements de chirurgie, de radiothérapie et systémiques, au soutien psychosocial, à l'adaptation et à la réadaptation, etc., jusqu'aux soins palliatifs de fin de vie. Il est primordial d'assurer la fluidité entre toutes ces étapes du continuum et l'accès approprié à chacune d'elles.

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

Au cours des dernières années, un travail considérable a permis de faciliter l'accès à des soins et à des services de qualité en oncologie.

Investigation et diagnostic

En matière de cancer colorectal, l'accès à l'investigation et au diagnostic a fait l'objet d'une série de travaux. Un examen des procédures a été réalisé à partir d'observations et de l'expérimentation de quelques unités d'endoscopie au Québec avant l'élaboration d'un véritable programme de dépistage du cancer colorectal. Ainsi, l'accès à la coloscopie dans des délais adéquats et l'assurance d'obtenir un examen réalisé selon les plus hauts standards de qualité sont les deux volets examinés au cours des travaux amorcés en 2008. Le document *Normes de pratiques cliniques relatives à la coloscopie*²⁸ et l'encadrement prévu par le PQDCCR présentent les standards de pratique et les normes organisationnelles qu'il est nécessaire de respecter pour offrir l'examen de coloscopie dans des délais adéquats et selon les pratiques de qualité reconnues.

Quant au cancer du poumon, la Direction a financé deux projets pilotes visant à faciliter l'accès rapide à l'investigation, au diagnostic et au traitement de ce cancer. D'abord, la Direction a soutenu, en partenariat avec l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale et l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ), la mise en œuvre d'un projet de « Guichet de coordination de l'investigation en cancer du poumon ». Ce projet a permis d'améliorer le transfert d'informations entre les médecins référents du milieu de vie de la personne atteinte de cancer, pour tout l'est du Québec, et les spécialistes de la Clinique de pneumologie de l'IUCPQ. De plus, l'instauration d'un tel guichet de coordination a permis d'améliorer les délais d'investigation, et ce, dès que l'on suspecte un cancer du poumon. Toujours pour le cancer du poumon, la Direction a participé au financement d'un Centre de navigation au Centre universitaire de santé McGill (CUSM) de 2009 à 2011. Ce projet a notamment permis de réduire les délais d'attente et de maintenir les délais d'accès selon les normes en investigation, chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie.

²⁸ GROUPE DE TRAVAIL SUR LES NORMES DE PRATIQUE CLINIQUE. *Normes de pratique clinique relatives à la coloscopie*, Direction québécoise du cancer, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011, 86 p.

La planification des ressources

Entre 2007 et 2012, les processus d'accès aux traitements de radiothérapie ont été revus, et une restructuration de la planification des ressources a été faite. Un cadre de planification a permis d'établir la séquence de remplacement et d'ajout d'équipements pour répondre aux besoins de la population. À cette fin, l'ajout de deux nouveaux centres et de 12 appareils dans quatre centres a été réalisé. Il est également prévu d'ajouter deux appareils supplémentaires dans l'un des nouveaux centres au cours de l'année 2012.

Une analyse des besoins en main-d'œuvre de technologues en radio-oncologie, de médecins médicaux et de radio-oncologues a été réalisée. En 2008, le modèle d'évaluation des besoins en technologues pour chaque service de radio-oncologie a été approuvé par les instances ministérielles concernées. Le projet de répartition des cohortes de finissants est utilisé depuis ce temps pour assurer une répartition équitable de ces ressources partout au Québec. En 2009, le modèle de répartition équitable des médecins médicaux dans la province a été approuvé après avoir obtenu l'aval des instances ministérielles et du Comité consultatif en radio-oncologie, et avec la participation de l'Association québécoise des médecins médicaux cliniques. Enfin, en 2010, le modèle de répartition de la main-d'œuvre médicale en radio-oncologie a été mis en œuvre avec le soutien de l'Association des radio-oncologues du Québec et de la Fédération des médecins spécialistes du Québec.

Un investissement récurrent de près de 1 M\$ par année permet l'accès partout au Québec à des services de base comportant 12 éléments qui couvrent les soins d'oncologie buccodentaire pour les patients traités en radiothérapie.

Le rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en oncologie a été développé au cours des deux dernières années. La planification des besoins en main d'œuvre est en cours.

Enfin, 25 postes additionnels en anatomopathologie ont été prévus dans les plans d'effectifs médicaux.

La gestion de l'accès aux traitements

En 2008, le Comité consultatif en radio-oncologie, composé de radio-oncologues, de médecins médicaux, de technologues en radio-oncologie et de représentants du Ministère, entérinait un Cadre de référence de la gestion de l'accès aux services de radio-oncologie²⁹. Il en découle un système de gestion standardisé de l'accès en radio-oncologie permettant l'adéquation entre les volumes d'activités et les ressources disponibles dans chaque service, assurant ainsi le respect des cibles ministérielles d'accès partout au Québec. La cible prévoit que 90 % des patients seront traités à l'intérieur d'un délai de quatre semaines et que 100 % seront traités à l'intérieur d'un délai de huit semaines. Depuis août 2006, tous les patients sont traités en moins de huit semaines et la cible de 90 % est généralement dépassée, atteignant des sommets de 99 % à certaines périodes.

La révision des corridors de desserte de tous les services de radio-oncologie a été effectuée, laquelle vise à améliorer l'accès et à rapprocher le plus possible le lieu de traitement du lieu de résidence du patient. Cette révision équilibre les volumes d'activités de tous les services de radio-oncologie de la province. En découlent des corridors de desserte définis avec le concours des professionnels du réseau et des agences de la santé et des services sociaux.

²⁹ *Mécanisme central de gestion de l'accès aux services de radio-oncologie – Cadre de référence*. Direction de la lutte contre le cancer, 2010, 26 p.

La Direction a financé un projet de clinique d'accès rapide de radiothérapie palliative au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). Le but de ce projet est de réduire les délais et de minimiser le nombre de déplacements pour les patients nécessitant un tel traitement. Pour les patients qui passent par ce système, les délais d'accès entre la demande de consultation avec le radio-oncologue et le traitement sont de huit jours, comparativement à 12 jours pour ceux passant par la voie traditionnelle. De plus, puisque cette clinique permet la consultation, la planification et le traitement le même jour, les coûts de transport sont passés de 8 049 \$ à 2 683 \$. Ces résultats encouragent l'exportation de cette clinique d'accès rapide de radiothérapie palliative.

Ce modèle de gestion de l'accès en radio-oncologie a été adapté et sert depuis 2011 à l'instauration d'un mécanisme de gestion de l'accès en chirurgie oncologique. Ainsi, la cible prévoit que 90 % des patients soient opérés à l'intérieur d'un délai de quatre semaines, et que 100 % le soient à l'intérieur d'un délai de huit semaines d'ici 2015.

En matière de thérapies systémiques, un indicateur concernant le délai d'accès au traitement est intégré à la planification stratégique ministérielle de 2010-2015³⁰. Les travaux entourant la gestion de l'accès aux thérapies systémiques seront entamés dès l'année 2012-2013.

Une démarche centrée sur les besoins des patients atteints de cancer et de leurs proches

Les *Orientations prioritaires* prévoyaient la réalisation d'une enquête sur la qualité des soins et des services offerts aux personnes atteintes de cancer. Cette enquête a été menée auprès de 8 700 patients provenant de 16 régions sociosanitaires, qui ont témoigné de leur perception de la qualité des services reçus. Les résultats et les analyses issus de cette enquête sont disponibles sur le site Internet de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), au www.stat.gouv.qc.ca. Cette enquête sera reconduite aux cinq ans, ce qui permettra notamment de documenter l'expérience des patients suivant l'implantation des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer et des IPO. La deuxième phase de cette enquête est planifiée et des patients seront interpellés à l'automne 2012.

Le même exercice d'évaluation de la satisfaction de la clientèle est demandé aux équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer, lesquelles doivent mettre en œuvre les moyens de corriger les problèmes déterminés par les patients.

Le passeport en oncologie

Le parcours thérapeutique des patients atteints de cancer est constitué de plusieurs étapes au cours desquelles beaucoup d'informations sont transmises. Un carnet, qui sert d'aide-mémoire et de guide tout au long du processus, a été développé dans une forme standardisée. Ce carnet est appelé « passeport en oncologie ». L'utilisation uniforme du passeport en oncologie est articulée autour de deux grands objectifs qui sont le partenariat entre la personne atteinte et les professionnels de la santé, ainsi que l'autogestion de la maladie par la personne.

³⁰ *Plan stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010, 52 p.

Cet outil contient :

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

Le passeport en oncologie est disponible depuis 2009. En tout, ce sont plus de 130 000 passeports en oncologie qui ont été distribués dans la province (112 200 en français et 19 000 en anglais). Les résultats de l'évaluation de son utilisation sont attendus incessamment. Ils détermineront les améliorations à apporter, le cas échéant, pour sa réédition.

La continuité et la complémentarité des soins et des services offerts par les établissements du réseau québécois et les instances locales autochtones

Cette question est traitée en lien avec les travaux du Partenariat canadien contre le cancer (PCCC), qui touche à plusieurs étapes du continuum de soins et de services, notamment à la prise en charge de la population autochtone dans le respect de leur culture, de leur réalité et de leurs besoins. La Direction a davantage ciblé la continuité et la complémentarité des soins et des services offerts par les établissements du réseau québécois et les instances locales autochtones.

La clientèle de la région du Nunavik compte sur une IPO rattachée au CUSM pour assurer le lien entre les traitements en ville et le retour dans la communauté.

Les soins palliatifs

En concordance avec l'adoption de la *Politique de soins palliatifs de fin de vie*, les *Orientations prioritaires* ont intégré ces soins dans les priorités de la Direction. Plusieurs mesures ont été mises en œuvre afin d'offrir des soins palliatifs de qualité à toute personne le nécessitant ainsi qu'à ses proches, sans égard à son âge ou à sa maladie.

Les lieux et les aménagements en soins palliatifs

Une cible régionale concernant le nombre de personnes qui reçoivent des soins à domicile et le nombre d'interventions à domicile a été définie. Le nombre de personnes qui reçoivent des soins à domicile continue d'augmenter, passant de 18 513 en 2007 à 19 519 en 2011. Cette cible était atteinte à 78,3 % en 2011, excluant les services donnés par des organismes communautaires mandatés par le réseau. La cible du nombre moyen d'interventions par personne qui reçoivent des soins palliatifs à domicile est dépassée depuis 2007.

Le ratio d'un lit par 10 000 de population a été établi en 2008. Afin d'atteindre ce ratio, le nombre de lits dédiés aux soins palliatifs a augmenté de plus de 24,2 %; il est passé de 557 en 2008-2009 à 692 en 2012, en incluant les ouvertures de lits prévues. En 2012, la cible est atteinte à 87 %. Les lits sont répartis dans divers milieux pour une offre de services adaptée aux besoins et aux choix des patients. Ainsi, des lits sont disponibles en centres hospitaliers, en centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD), en maisons de soins palliatifs, en plus des soins offerts à domicile.

Le regroupement des lits est une mesure qui favorise le développement de l'expertise, la recherche, l'enseignement et le transfert des connaissances, tout en facilitant et en optimisant les aménagements

physiques. Tous les lits dans les centres hospitaliers universitaires et dans les maisons de soins palliatifs sont regroupés en unités. Dans le cas des centres hospitaliers, ils le sont à 75 %, puis à 63 % dans les CHSLD.

Le *Plan de développement des soins palliatifs 2011-2015 – Volet lits dédiés* a été élaboré et adopté par les présidents-directeurs généraux des agences de la santé et des services sociaux³¹. Il tient compte des plans de développement régional des agences, de l'indicateur du ratio du nombre de lits, de la Politique en ce qui concerne la diversité des milieux et du taux d'occupation des maisons existantes.

La coordination des soins palliatifs

L'offre de services de base à domicile a évolué positivement depuis 2008. Elle comprend l'accès à une équipe de soins palliatifs, une trousse pharmaceutique 24/7, un médecin de garde, une infirmière 24/7, l'enregistrement des patients à Info-Santé et l'accès aux fournitures et à l'équipement requis à domicile dans un délai de 48 heures. Les résultats détaillés sont présentés dans la section Bilan des principales réalisations (voir la mesure 32).

Au Québec, trois équipes interdisciplinaires suprarégionales dédiées aux soins palliatifs sont désignées. Ces équipes ont notamment un mandat d'enseignement et de recherche, en plus de soutenir des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer locales et régionales pour la prestation des services en soins palliatifs ou de fin de vie.

Les soins palliatifs pédiatriques

La publication des *Normes en matière de soins palliatifs pédiatriques*³² a orienté la prestation de ces services. Notamment, un outil de suivi de ces normes a été proposé aux hôpitaux spécialisés en soins pour enfants.

Par ailleurs, la Direction a soutenu en 2007 l'ouverture de la Maison André-Gratton, dédiée aux soins palliatifs pédiatriques. Elle continue d'être l'interface entre cette maison et les divers partenaires financiers publics.

Outils standardisés et formation

Le *Plan directeur de développement des compétences* des 12 principaux intervenants en soins palliatifs a été développé et publié en 2008³³. Un deuxième volet a été développé en 2011 pour six autres intervenants³⁴.

Une formation spécialisée, destinée aux infirmières auxiliaires qui œuvrent en CHSLD, a été développée par le Centre de formation professionnelle Fierbourg et soutenue financièrement par la Direction, la

³¹ *Plan de développement des soins palliatifs 2011-2015 – Volet lits dédiés*. Direction québécoise du cancer, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011, 9 p.

³² GROUPE DE TRAVAIL SUR LES NORMES EN MATIÈRE DE SOINS PALLIATIFS PÉDIATRIQUES. *Normes en matière de soins palliatifs pédiatriques*. Direction québécoise du cancer, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006, 86 p.

³³ *Plan directeur de développement des compétences des intervenants en soins palliatifs*. Direction québécoise du cancer, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008, 248 p.

³⁴ *Plan directeur de développement des compétences des intervenants en soins palliatifs. Volume 2. Ajout de six profils*. Direction québécoise du cancer, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011, 67 p.

Fondation de la Maison Michel-Sarrazin, le Fonds Claudette et Louis Dionne, ainsi que le Centre hospitalier Jeffery Hale, où cette formation a été donnée.

Un guide pour l'implantation optimale des protocoles pour les personnes atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique a été développé par l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides, avec le soutien financier de la Direction³⁵. Il a été diffusé auprès des agences et des professionnels de la santé concernés par la Direction et la Direction de l'organisation des services médicaux et technologiques.

Les organismes communautaires

La Direction encourage la participation des organismes communautaires dans la lutte contre le cancer et la prestation des soins palliatifs, notamment en incitant les agences à les intégrer à leurs divers travaux. Plus particulièrement, la Direction soutient financièrement l'organisation du congrès du Réseau des soins palliatifs du Québec depuis 2006, et d'autres initiatives issues d'organismes communautaires comme certains événements de la Coalition Priorité Cancer, l'hébergement de patients pour quelque 40 000 nuitées dans les Hôtels cancer gérées par la Fondation québécoise du cancer, la Société canadienne du cancer et l'Association du cancer de l'est du Québec, le Regroupement provincial des organismes et groupes d'entraide communautaire en oncologie, ainsi que des congrès, des ateliers de formation de bénévoles, des journées thématiques et des activités de transfert des connaissances.

Les modalités d'encadrement administratif des maisons de soins palliatifs ont été élaborées afin d'agréer celles-ci en vertu de l'article 450 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux³⁶. Depuis le 1^{er} avril 2008, 29 maisons de soins palliatifs ont été agréées (représentant 212 lits). Cette première accréditation est valide jusqu'au 31 mars 2012. Un deuxième cycle d'accréditation est prévu pour l'accréditation à compter du 1^{er} avril 2012, pour une autre période de quatre ans.

En collaboration avec l'Alliance des maisons de soins palliatifs, une étude économique a été réalisée pour établir les coûts des services sociosanitaires offerts, ainsi que le seuil de rentabilité des maisons de soins palliatifs.

En 2008, le Ministère a donné une directive concernant le financement minimum des maisons de soins palliatifs, lequel a été revu à la hausse en 2012, passant ainsi de 55 000 \$ à 60 000 \$.

La Direction a réuni un comité d'experts provenant du milieu communautaire et du réseau de la santé pour porter un regard sur l'organisation des soins et porter un jugement sur ses orientations en matière de soins palliatifs au cours des dernières années. Les orientations de la *Politique de soins palliatifs de fin de vie* sont encore actuelles et doivent continuer à encadrer les actions.

³⁵ COMITÉ CANCER ET SOINS PALLIATIFS DES LAURENTIDES. *Guide pour l'implantation optimale des protocoles pour les personnes atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) en fin de vie*. Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides, 2010, 114 p.

³⁶ COMITÉ SUR L'AGRÈMENT DES MAISONS DE SOINS PALLIATIFS. *Modalités d'encadrement administratif des maisons de soins palliatifs*, Direction de la lutte contre le cancer, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007, 37 p.

Axe 4. Soutenir l'évolution des pratiques

L'évolution des pratiques, à laquelle font référence les *Orientations prioritaires*, repose de façon générale sur l'excellence des pratiques, la pratique fondée sur des données probantes, la recherche et les partenariats nationaux et internationaux.

Promouvoir l'excellence des pratiques

La formation des professionnels de la santé

La Direction a tenu deux congrès dont les thèmes étaient *Ensemble vers une pratique interdisciplinaire performante* puis *Communiquer pour mieux soigner*. Des journées dédiées à l'oncologie ont également été organisées dans le cadre des Journées annuelles de santé mentale (*La santé mentale des personnes atteintes de cancer : un défi à partager*) et des Journées annuelles de santé publique (*Les données clinico-administratives et d'enquête essentielles à la qualité des services : l'exemple du cancer*).

Toujours dans l'optique de favoriser l'interdisciplinarité, la Direction a apporté son soutien financier à diverses initiatives de perfectionnement et de formation continue sur ce sujet. Elle a de plus soutenu divers projets visant la formation en soins palliatifs des médecins de famille (Pallium), des intervenants d'Info-Santé et des infirmières auxiliaires en soins palliatifs. Dans le cadre du déploiement du Registre québécois du cancer (RQC), des formations d'appoint ont été offertes aux archivistes concernant la classification internationale des maladies pour l'oncologie (CIM-O-3), ainsi que les règles de déclaration des tumeurs primaires multiples et des histologies complexes. De plus, le Ministère s'est assuré de la formation intensive de deux cohortes d'archivistes en vue d'obtenir une accréditation d'études collégiales en registre des tumeurs. Enfin, d'autres activités de formation étaient adressées aux IPO pour soutenir leur formation de base et aux infirmières en endoscopie digestive œuvrant au sein des sites de démonstration du PQDCCR pour soutenir l'application des lignes directrices en coloscopie diffusées par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec³⁷.

Les comités de thérapie du cancer

Les comités de thérapie du cancer sont la réunion de différents experts en oncologie (chirurgiens, oncologues médicaux, radio-oncologues, pharmaciens, pathologistes) qui examinent les cas complexes portés à leur attention. Ces comités sont sous la responsabilité des équipes régionales et suprarégionales, et ils sont accessibles à toute autre équipe.

Les comités des thérapies favorisent le fonctionnement en interdisciplinarité. Ces comités contribuent à l'excellence des pratiques, notamment par :

- › le développement d'une expertise poussée;
- › l'utilisation d'équipements à la fine pointe de la technologie;
- › le transfert des connaissances;
- › l'actualisation des pratiques fondées sur des données probantes;
- › l'engagement en recherche.

³⁷ *Lignes directrices sur les soins infirmiers en coloscopie chez l'adulte*. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2011, 27 p.

En outre, ces comités de thérapie du cancer sont propices au transfert des connaissances, au développement de l'expertise et au partage de l'information. L'accès à un tel comité s'est amélioré au cours des dernières années. En effet, 48 % des équipes avaient accès en 2008-2009 à un tel comité, comparativement à 60 % en 2010-2011. Les travaux se poursuivent pour continuer sur cette lancée.

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

Le Comité d'évolution des pratiques en oncologie

La Direction compte à son actif plusieurs projets directement en lien avec l'adoption d'une pratique fondée sur des données probantes. Le Comité de l'évolution des pratiques en oncologie (CEPO) est un comité d'experts en oncologie, imputable à la Direction, qui contribue à améliorer la pratique oncologique au Québec en élaborant notamment des guides de pratique. Ces guides sont destinés aux cliniciens du réseau et évaluent l'efficacité et l'innocuité d'une méthode diagnostique ou d'un traitement à partir des données probantes disponibles. Entre 2007 et 2012, le CEPO s'est doté de lignes directrices pour encadrer ses travaux et a produit 18 guides de pratique clinique (voir le tableau 1)³⁸.

Tableau 1. Liste des guides de pratique clinique publiés par le CEPO entre 2007 et 2012

Guide de pratique clinique	Date de publication
Évaluation de l'utilisation du poids réel pour estimer la dose de chimiothérapie prescrite chez les patients obèses atteints de cancer	Mars 2012
Utilisation d'inhibiteurs de l'EGFR pour le traitement de première intention du cancer du poumon non à petites cellules	Janvier 2012
Utilisation des anticorps monoclonaux de la classe des anti-EGFR pour le traitement de troisième intention ou plus du cancer colorectal métastatique	Août 2011
Traitement de la compression médullaire chez les patients atteints de cancer métastatique	Août 2011
Traitement néoadjuvant et adjuvant du cancer de la vessie invasif	Juillet 2011
Résection du cancer du rectum : comparaison de la chirurgie par laparoscopie à la chirurgie ouverte	Mai 2011
Utilisation du sorafenib (Nexavar ^{MC}) dans le traitement du carcinome rénal métastatique	Novembre 2010
Utilisation du sunitinib (Sutent ^{MC}) dans le traitement du carcinome rénal métastatique	Juillet 2010
Le rôle du traitement néo-adjuvant et adjuvant dans le cancer du pancréas résécable	Juin 2010
Prévention et traitement des thromboses veineuses sur cathéter central chez les patients atteints de cancer	Juin 2010
La résection du cancer du côlon : comparaison de la chirurgie par laparoscopie à la chirurgie ouverte	Février 2010
La prévention et le traitement des nausées et vomissements induits par la chimiothérapie ou la radiothérapie chez l'adulte	Mai 2009
Guide d'utilisation de l'alemtuzumab (MabCampath ^{MC}) pour le traitement de la leucémie lymphoïde chronique à lymphocytes B	Septembre 2008
Utilisation de l'aprépitant (Emend ^{MC}) pour la prévention des nausées et des vomissements consécutifs à l'administration d'une chimiothérapie émétisante	Juillet 2008
Guide d'utilisation du sunitinib (Sutent ^{MC}) pour le traitement des tumeurs stromales gastro-intestinales	Avril 2008
Guide d'utilisation de la thalidomide dans le traitement du myélome multiple	Mars 2008
Guide d'utilisation de la thermodestruction par radiofréquence dans le traitement des métastases hépatiques d'origine colorectale	Mars 2008
Guide d'utilisation du trastuzumab (Herceptin ^{MC}) dans le traitement adjuvant du cancer du sein – Mise à jour	Février 2008

³⁸ Ces documents peuvent être consultés sur le site Internet de la Direction à l'adresse suivante : www.msss.gouv.qc.ca/cancer.

Un sous-comité du CEPO, le Comité des pharmaciens, produit des guides d'administration destinés aux pharmaciens ainsi que des fiches de conseils destinées aux patients. Depuis 2007, plus de 150 mises à jour ou nouveaux guides d'administration et fiches de conseils ont été produits. En 2010, le Comité des pharmaciens a également commencé des travaux visant l'élaboration de modèles d'ordonnances préformatées pour les principaux protocoles de chimiothérapie. Tous ces outils sont disponibles sur le site Internet du Groupe d'études en oncologie du Québec à l'adresse suivante : www.geoq.com.

La Direction a également mandaté l'Unité d'évaluation en oncologie de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) pour divers projets, dont certains réalisés en collaboration avec le CEPO. Avec le soutien de la Direction, cette Unité est devenue la Direction adjointe en oncologie de l'INESSS. En réponse à ces mandats, l'INESSS a produit 15 rapports depuis 2007 (voir le tableau 2)³⁹.

Tableau 2. Liste des rapports publiés par l'AETMIS puis l'INESSS entre 2007 et 2012

Rapports	Date de publication
La biopsie des ganglions sentinelles dans le cadre du traitement du cancer du sein : indications et contre-indications	Mars 2012
Tomodensitométrie et ses effets cancérigènes chez les enfants et les jeunes au Québec	Décembre 2011
Traitement du lymphœdème secondaire lié au cancer	Avril 2011
Traitement du cancer de l'œsophage : revue systématique sur les techniques chirurgicales	Janvier 2011
Traitement chirurgical du cancer de l'œsophage : effet du volume d'interventions sur les résultats cliniques	Janvier 2011
L'évaluation externe de l'organisation et de la prestation des soins en oncologie	Décembre 2010
Utilisation de la protonthérapie pour le traitement du cancer	Septembre 2010
La biopsie des ganglions sentinelles dans le cadre du cancer du sein : aspects techniques	Décembre 2009
Traitement curatif du cancer de l'œsophage : revue systématique sur la thérapie néoadjuvante et la chimioradiothérapie seule	Novembre 2009
Stadification initiale du cancer de l'œsophage : revue systématique sur la performance des méthodes diagnostiques	Juin 2009
Télé médecine et radio-oncologie : état des connaissances	Mai 2009
Place de la coloscopie virtuelle dans un programme organisé de dépistage du cancer colorectal	Novembre 2008
Performance diagnostique des techniques de détermination du statut HER-2 dans le cancer du sein	Mai 2008
Aperçu comparatif des stratégies de lutte contre le cancer dans quelques pays et provinces canadiennes	Octobre 2007
Performance diagnostique des techniques d'imagerie utilisées pour la stadification locorégionale préchirurgicale du cancer du rectum : revue systématique	Août 2007

Les protocoles opératoires standardisés

L'uniformisation des pratiques en regard de la chirurgie oncologique est également une préoccupation de la Direction. À cet égard, elle a soutenu la mise en œuvre d'un projet pilote en partenariat avec le CHUQ et le PCCC afin d'évaluer la faisabilité de l'implantation et de l'utilisation de protocoles opératoires standardisés et synoptiques pour le cancer colorectal dans des hôpitaux ciblés. Le succès du projet pilote ayant été démontré, la Direction vise ultimement un déploiement progressif à l'échelle provinciale et pour d'autres sites tumoraux.

³⁹ Ces documents peuvent être consultés sur le site Internet de l'INESSS à l'adresse suivante : www.inesss.qc.ca.

L'assurance qualité en anatomopathologie

En 2008, la Direction a mis sur pied le Comité consultatif en anatomopathologie, dont le mandat général consiste à établir les principaux enjeux (qualité, recherche, besoins de formation, effectifs) et à proposer des interventions particulières pour l'amélioration continue de la qualité en anatomopathologie en respect des principes de la médecine fondée sur les données probantes.

Dans le cadre de ses travaux, le Comité consultatif en anatomopathologie a élaboré le *Plan global d'assurance qualité en anatomopathologie*⁴⁰, qui a conduit à la création du *Programme québécois d'assurance qualité en anatomopathologie*. Ce Programme aborde notamment les contrôles de qualité internes et externes, la hiérarchisation et les diverses mesures de soutien pour les laboratoires. Un *Plan d'action ministériel* pour la mise en œuvre de ce Programme a été rendu public en mars 2010⁴¹. En respect des objectifs poursuivis, le Comité consultatif en anatomopathologie a notamment produit des lignes directrices concernant les phases pré-analytiques et analytiques de la technique histologique de base⁴². Le Comité a également travaillé à l'uniformisation du contenu des rapports de pathologie pour les quatre principaux sièges de cancer (sein, colorectal, poumon, prostate). En plus de contribuer à l'amélioration continue de la pratique clinique, ces rapports contribuent à assurer la qualité des données du Registre québécois du cancer.

Un Comité d'assurance qualité en pathologie a été formé, sous la gouverne du Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ), afin de planifier les travaux entourant les contrôles externes de qualité en anatomopathologie. En mars 2010, du soutien financier a été octroyé au LSPQ par la Direction pour la mise sur pied de son programme de contrôles externes de qualité en anatomopathologie.

En collaboration avec ses divers partenaires du réseau, la Direction a assumé le leadership de la démarche provinciale de réévaluation des analyses en pathologie mammaire au printemps 2009. À cet effet, un comité composé d'experts en cancer du sein a été mis sur pied. Le Comité consultatif en anatomopathologie a également été mis à contribution au cours de cette démarche, laquelle a nécessité une grande mobilisation de la part de tous les laboratoires de pathologie du Québec. Cette démarche de réévaluation en pathologie mammaire a permis de confirmer la grande qualité des analyses effectuées au Québec. En effet, les taux de résultats faussement négatifs obtenus à la suite de ces réévaluations étaient de 0,5 % pour le marqueur HER2, de 0,6 % pour le récepteur progestatif et de 6,2 % pour le récepteur œstrogénique. En comparaison, des taux de faux négatifs de 20 % ont été rapportés ailleurs dans le monde.

L'évaluation des médicaments anticancéreux

La Direction, via le CEPO, a développé une collaboration avec le Conseil du médicament en ce qui concerne l'évaluation des médicaments anticancéreux. La création de l'INESSS, qui regroupe le Conseil du médicament et l'AETMIS, a offert une occasion pour la Direction de consolider davantage cette collaboration. En janvier 2011, le Ministre a mis sur pied le Groupe de travail sur le processus

⁴⁰ COMITÉ CONSULTATIF EN ANATOMOPATHOLOGIE. *Plan global d'assurance qualité en anatomopathologie*. Direction de la lutte contre le cancer, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010, 47 p.

⁴¹ *Plan d'action ministériel – Programme québécois d'assurance qualité en anatomopathologie*. Direction de la lutte contre le cancer, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010, 3 p.

⁴² COMITÉ CONSULTATIF EN ANATOMOPATHOLOGIE. *Guide sur l'assurance qualité en anatomopathologie – Phases pré-analytique et analytique*. Direction québécoise du cancer, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011, 36 p.

d'évaluation des médicaments anticancéreux afin de favoriser une participation plus officielle du CEPO dans le processus d'évaluation des médicaments anticancéreux. Le rapport de ce comité a été publié en mai 2011 et, depuis le printemps 2011, le CEPO participe activement à l'évaluation des médicaments anticancéreux⁴³.

La sécurité des médicaments antinéoplasiques

En mai 2010, préoccupée par la sécurité des patients atteints de cancer et la prestation de soins de qualité, la Direction a mis sur pied le Comité sur la sécurité des médicaments antinéoplasiques afin notamment de donner suite aux travaux réalisés par l'Association canadienne des agences provinciales du cancer (ACAPC) sur l'administration ambulatoire de chimiothérapie intraveineuse. Le mandat de ce comité consiste à déterminer les sources d'erreurs possibles dans le processus de distribution et d'administration des médicaments antinéoplasiques pouvant induire des risques pour le patient atteint de cancer et de proposer des interventions précises qui permettront d'assurer la sécurité du patient, en respect des principes de la médecine fondée sur les données probantes. Le Comité a dressé un portrait de la situation au Québec et un premier rapport présentant ses principales recommandations afin d'assurer un usage sécuritaire des médicaments antinéoplasiques et la sécurité des patients sera publié au printemps 2012.

Soutenir la recherche en cancer

La Direction a une entente de financement avec le Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQ-S). Depuis 2009, ce sont quelque 2,5 M\$ qui ont été injectés dans ce fonds par la Direction. Le comité scientifique du FRQ-S est responsable de l'évaluation des candidatures et, au total, trois projets ont été subventionnés. Ces projets portent notamment sur la protonthérapie, les stratégies d'adaptation des adolescents et des jeunes adultes face à un diagnostic de cancer et les services de première ligne en cancer.

Mentionnons le dynamisme des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer suprarégionales en recherche qui, au cours de l'année 2010-2011, ont produit 889 publications et poursuivi 1 159 projets de recherche clinique, 281 de recherche évaluative et 369 de recherche fondamentale.

Favoriser les partenariats

La Direction participe aux diverses initiatives du PCCC et de l'ACAPC. Plus particulièrement, elle maintient des liens avec le PCCC dans les dossiers du Registre québécois du cancer, des protocoles opératoires synoptiques en oncologie et du dépistage du cancer colorectal, pour lequel le PCCC a traduit les *Normes de pratique clinique relatives à la coloscopie*, de même que certains éléments clés du modèle optimal en coloscopie. D'autres projets portent sur le suivi des indicateurs de performance du continuum de soins et de services en cancer.

La Direction s'est activement engagée dans l'organisation du troisième Forum franco-québécois Pasteur-Sarrazin sur la santé intitulé *Le cancer au quotidien : malades, familles, soignants et leur environnement à l'épreuve du temps*.

⁴³ *Rapport du Groupe de travail sur le processus d'évaluation des médicaments anticancéreux*. Ministère de la Santé et des Services sociaux et Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2011, 35 p.

Axe 5. Évaluer l'atteinte des résultats

Les principaux indicateurs de suivi des activités de la lutte contre le cancer sont présentés au tableau 3. Ils couvrent toutes les étapes du continuum de soins et de services et s'intéressent autant à l'accès qu'aux ressources matérielles, financières et humaines nécessaires à l'efficacité de la lutte contre le cancer. Nous avons traité de plusieurs de ces indicateurs dans les sections appropriées.

Tableau 3. Quelques indicateurs de mesure de la performance

	Promotion et prévention	Dépistage	Investigation et diagnostic	Traitement	Soutien	Soins palliatifs
Indicateurs actifs	Incidence du cancer Prévalence du cancer Mortalité attribuable au cancer Programmes et activités de promotion et de prévention Suivi des habitudes de vie de la population (tabagisme, consommation d'alcool, activité physique, consommation de fruits et de légumes)	Participation au programme de dépistage du cancer du sein	Nombre d'accélérateurs linéaires Nombre de tomodensitomètres	Délai d'accès en radio-oncologie*	Nombre d'IPO	Répartition des lits en soins palliatifs Nombre de lits dédiés aux soins palliatifs Nombre de personnes desservies en soins à domicile et nombre d'interventions
Transmission des données au RQC dans les délais						
Indicateurs en expérimentation		Participation au programme de dépistage du cancer colorectal dans les huit sites pilotes	Délais d'accès à la coloscopie	Délais d'accès en chirurgie oncologique*	Accès à l'IPO*	Interventions en soins palliatifs Nombre total d'heures de services de soutien à domicile de longue durée*
Indicateurs en développement	Survie (en lien avec le Registre québécois du cancer)	Participation des femmes au dépistage du cancer de l'utérus	Accès à l'imagerie par résonance magnétique Accès au tomodensitomètre	Délais d'accès pour la thérapie systémique*	Utilisation des outils de dépistage de la détresse	Radio-oncologie palliative Durée moyenne de séjour en soins palliatifs

*Indicateurs intégrés à la planification stratégique 2010-2015 du Ministère.

Outre ces indicateurs, la Direction mise sur ces stratégies pour assurer la convergence des efforts de lutte contre le cancer :

- › un arrimage avec les priorités de santé publique;
- › l'établissement de priorités régionales et locales au regard notamment du travail en interdisciplinarité, de l'IPO, des comités de thérapie du cancer et de la gestion de l'accès;
- › la proximité avec les professionnels et les gestionnaires du réseau afin que toutes les actions entreprises soient réalistes, faisables et centrées sur les besoins des patients;
- › La mise en place des conditions nécessaires au fonctionnement du réseau cancer, avec une participation citoyenne.

Le Registre québécois du cancer

Les conditions nécessaires à l'évaluation des activités de lutte contre le cancer résident notamment dans la disponibilité et l'exhaustivité de l'information. À cette fin, le projet de rehaussement du Fichier des tumeurs du Québec (FITQ) en un véritable Registre québécois du cancer (RQC) est inscrit dans les *Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer*. Ce rehaussement est essentiel pour répondre aux besoins informationnels de la Direction et du réseau, ainsi qu'aux besoins relatifs à la surveillance de l'état de santé de la population. Il permettra d'atteindre les objectifs suivants :

- › exhaustivité (tous les cas de cancer dans la population);
- › fiabilité (saisie et validation des données selon des normes reconnues et publiées);
- › complétude (ajout notamment des données sur le stade du cancer et les premiers traitements);
- › accessibilité (informations disponibles en temps opportun pour l'analyse);
- › comparabilité des données avec celles des autres juridictions et provinces.

Au printemps 2008, le rapport du Comité consultatif sur le registre du cancer, intitulé *Balises pour l'implantation et l'exploitation d'un registre québécois du cancer*, recommandait le rehaussement du FITQ par l'implantation et l'exploitation d'un RQC⁴⁴. Ce projet a donc été inscrit dans le Plan triennal d'investissement par la Direction des ressources informatiques du Ministère, et la SOGIQUE a été mandatée par la Direction, la Direction des ressources informatiques et la Direction générale de la santé publique pour l'analyse préliminaire nécessaire à sa réalisation.

Un cadre normatif préliminaire a été préparé par un comité directeur et un comité des utilisateurs, puis un plan d'affaires a été élaboré en 2009. En juin 2010, le projet a été retenu comme étant l'une des trois priorités du comité directeur des technologies de l'information du Ministère.

La planification de la migration du FITQ vers le RQC est composée de plusieurs étapes à franchir avant de procéder à la transmission des données. Ces étapes ont été présentées dans le Rapport d'activité 2009-2010 de la Direction⁴⁵. Pour chacune d'entre elles, des considérations relatives à la mise à jour des connaissances (la formation des registraires), au cadre légal, au cadre normatif (qualité des données) et à l'actualisation des plateformes informatiques ont été prises en compte.

En 2011, le mandat d'assurer la mise en place du RQC a été confié à la RAMQ. Les étapes de documentation, de planification et de préparation de la mise en place du RQC devront être réalisées. La réalisation du projet se fera en deux phases. La première phase vise à optimiser l'exhaustivité des nouveaux cas de cancer inscrits au RQC à partir des rapports de pathologie et de cytologie. Depuis le 1^{er} avril 2011, le RQC reçoit les déclarations de cancers provenant de ces rapports issus des 50 établissements ayant un laboratoire de pathologie au Québec. Les informations ont été transmises pour toutes les analyses réalisées depuis le 1^{er} janvier 2011.

Des activités pour le suivi des volumes de transmission des établissements, les analyses permettant d'assurer la qualité des données, la formation et le soutien aux archivistes sont en cours et complètent cette première phase d'implantation.

⁴⁴ COMITÉ CONSULTATIF SUR LE REGISTRE DU CANCER. *Balises pour l'implantation et l'exploitation d'un registre québécois du cancer*. Direction de la lutte contre le cancer, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008, 85 p.

⁴⁵ *Rapport d'activité 2009-2010*. Direction de la lutte contre le cancer, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010, 54 p.

La deuxième phase des travaux d'implantation du RQC vise l'amélioration de la qualité de l'information et, par conséquent, prévoit une capacité accrue de surveillance du cancer. À cette fin, il est prévu d'ajouter de nouvelles informations, notamment sur le stade du cancer au moment du diagnostic et la première ligne de traitement pour les quatre cancers les plus fréquents (colorectal, sein, poumon et prostate). Cette deuxième phase nécessitera la mise en place de registres locaux ainsi que d'outils permettant d'assurer la qualité des informations et l'efficacité des processus dans chacun des établissements offrant des soins et des services d'oncologie. Cette phase prévoit également :

- › l'implantation d'un guide de saisie pour les registres locaux répondant aux exigences du cadre normatif ministériel;
- › l'adaptation du système de la banque centrale de données à la RAMQ afin d'y inscrire les 150 variables requises;
- › l'adoption d'un règlement en vertu de l'article 47 de la Loi sur la santé publique;
- › la mise en place des éléments de soutien au réseau (communication, formation);
- › l'implantation de la solution de rapports synoptiques dans les laboratoires de pathologie.

La mise en place de cette deuxième phase se poursuivra jusqu'à la fin de 2012.

Les projets d'évaluation

En plus d'avoir procédé au premier cycle d'évaluation des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer, la Direction a confié divers projets d'évaluation à l'INESSS, à l'INSPQ et à la Direction de l'évaluation du Ministère. Ces projets sont présentés dans le tableau 4.

Tableau 4. Mandats d'évaluation attribués par la Direction québécoise du cancer

INESSS	INSPQ	MSSS (Direction de l'évaluation)
<ul style="list-style-type: none"> › Aperçu comparatif des stratégies de lutte contre le cancer dans quelques pays et provinces canadiennes › Évaluation externe de l'organisation et de la prestation des soins en oncologie › 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 	<ul style="list-style-type: none"> › Faisabilité et pertinence d'un programme de dépistage du cancer colorectal au Québec › Attitudes envers le dépistage du cancer colorectal de la population québécoise › Évaluation de la gestion de l'accès en endoscopie › Effet direct du diagnostic et du traitement du cancer de la prostate sur les services spécifiques › Évaluation de l'intention des cliniciens de suivre les recommandations des guides de pratique du CEPO 	<ul style="list-style-type: none"> › Évaluation de l'utilisation du passeport en oncologie › Évaluation du processus de désignation des équipes interdisciplinaires en oncologie

Conclusion

Les *Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer* proposaient des actions pour améliorer la qualité du système québécois de prestation des soins et des services en matière de lutte contre le cancer et de soins palliatifs. Elles visaient aussi à soutenir les actions préventives, puis à améliorer l'accès à des soins de qualité dans le respect des besoins des patients et de leurs proches. L'équité dans les services offerts avec des ressources limitées constituait une autre préoccupation d'efficience.

Le défi était de taille. Plusieurs réalisations démontrent la capacité à répondre de mieux en mieux aux besoins et d'offrir des services qui continuent de s'améliorer et d'évoluer. La mise en place des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer, l'augmentation du nombre d'infirmières pivots en oncologie, l'amélioration de l'accessibilité en radio-oncologie, la loi antitabac, la création de la Direction adjointe en oncologie à l'INESSS, l'agrément des maisons de soins palliatifs, le Programme québécois d'assurance qualité en anatomopathologie ainsi que les travaux entourant la mise en œuvre du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal et du Registre québécois du cancer ne sont que quelques exemples de réalisations qui démontrent la capacité et la vitalité du milieu à converger vers l'excellence.

L'avenir nous réserve d'autres défis et divers enjeux demeureront le lot du quotidien. Le vieillissement de la population, l'accessibilité aux médicaments, la disponibilité de la main-d'œuvre qualifiée, l'accès à des soins à domicile, l'amélioration de l'offre en soins palliatifs, la gestion de l'information, la recherche, le développement des connaissances et leur diffusion, l'accès à des services psychosociaux appropriés et le développement de nouvelles technologies en sont des exemples.

Afin d'affronter ces défis, la Direction québécoise du cancer propose de poursuivre l'application du PQLC par la mise en place de réseaux régionaux en cancer.

La lutte contre le cancer reste toujours une priorité qui se retrouve au cœur des préoccupations des soignants et des intervenants, quels qu'ils soient. Ainsi, au-delà de la technologie et de la science qui aident dans cette lutte, il y a d'abord des humains pour soigner et accompagner les personnes atteintes de cancer et leurs proches. Cet engagement mérite d'être souligné.

Annexe I. Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer

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 ou 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 engagées 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 II. Liste des comités consultatifs de la Direction québécoise du cancer

Comité consultatif des soins infirmiers en oncologie

Comité consultatif en anatomopathologie

Comité consultatif en radio-oncologie

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

- › Comité des pharmaciens

Comité consultatif sur le lymphœdème

Comité d'oncologie psychosociale

Comité pour améliorer le dépistage du cancer du col utérin

Comités du Registre québécois du cancer

- › Comité consultatif du Registre québécois du cancer
- › Comité des utilisateurs du Registre québécois du cancer
- › Comité d'assurance qualité du Registre québécois du cancer
- › Comité directeur, Comité de gestion et Comité de suivi du Registre québécois du cancer, en partenariat avec la RAMQ

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

Comités du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal

- › Comité sur l'évaluation des sites de démonstration
- › Comité sur la qualité en coloscopie et maintien des compétences
- › Comité sur la mise en œuvre du programme de dépistage
 - médecin de famille
 - santé publique
 - organisation des services

msss.gouv.qc.ca/cancer