

Direction de la lutte contre
le cancer



Orientations prioritaires 2007-2012

du Programme québécois de lutte contre le cancer



Direction de la lutte contre

le cancer



Orientations prioritaires 2007-2012

du Programme québécois de lutte contre le cancer

Santé
et Services sociaux

Québec 

Les membres de la Direction de la lutte contre le cancer ont participé à la rédaction du présent document :

Antoine Loutfi, MD, FRCSC, FACS, directeur
Brigitte Laflamme, directrice adjointe
Jocelyn Châteauneuf
Mario Corriveau
Julie Huot
Mélanie Kavanagh
Louise Paquet
Joanne Smith
Uy Tran

Nous exprimons également notre reconnaissance à toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration du présent document, en particulier le personnel de la Direction générale de la santé publique ainsi que les docteurs :

Jean Latreille, MDCM, FRCP(C) et
Arnaud Samson, MD

Édition produite par :

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

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

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

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2007
Bibliothèque et Archives Canada, 2007

ISBN : 978-2-550-50027-8 (version imprimée)
ISBN : 978-2-550-50028-5 (version PDF)

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

© Gouvernement du Québec, 2007

Mot du Ministre

La création par notre gouvernement de la Direction de la lutte contre le cancer en 2004 fut un geste déterminant dans notre combat contre cette terrible maladie. Nous nous sommes ainsi assurés d'exercer un leadership fort et de mettre en place les mesures nécessaires à l'amélioration de l'accès aux soins et aux services offerts dans le traitement du cancer. Cette décision visait l'instauration d'une véritable gouvernance unifiée pour lutter efficacement contre cette maladie qui touche plusieurs milliers de Québécois chaque année. Ce geste traduisait aussi notre désir d'accompagner les personnes atteintes de cancer tout au cours de leur cheminement dans le réseau de la santé et des services sociaux et de nous assurer qu'elles reçoivent toute l'attention qu'elles requièrent et les meilleurs traitements possible.

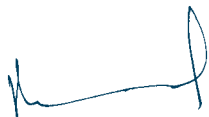
Quelque trois ans plus tard, nous ne pouvons que constater tout le chemin parcouru depuis la création de la Direction de la lutte contre le cancer. Parmi les principales réalisations, il y a lieu de souligner l'amélioration importante de l'accès aux services de radio-oncologie, l'évaluation et la désignation des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer, l'intégration d'infirmières pivots favorisant une meilleure coordination des soins, l'annonce de la construction de deux nouveaux centres intégrés et la modernisation de centres déjà existants ainsi que la publication de nombreux guides de pratique clinique utiles pour les médecins.

De plus, il ne faudrait pas passer sous silence l'importante avancée réalisée dans l'organisation des soins palliatifs au Québec. En effet, la *Politique en soins palliatifs de fin de vie*, lancée en 2004, constitue l'assise sur laquelle le réseau de la santé et des services sociaux ainsi que les milieux associatif et communautaire organisent ces soins. Elle oriente toutes les actions et génère des initiatives qui améliorent la fin de vie des personnes sans égard à leur âge ou à leur maladie. La publication des *Normes en matière de soins palliatifs pédiatriques* place notamment le Québec comme chef de file dans ce secteur.

Le *Programme québécois de lutte contre le cancer* est plus que jamais d'actualité et essentiel. Il soutient la mise en place d'une stratégie québécoise afin de faire appel à un effort concerté de tous les partenaires issus du réseau de la santé et des services sociaux et constitue la base de notre action contre le cancer au Québec. Les *Orientations prioritaires 2007 – 2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer* telles qu'identifiées proposent cinq axes d'intervention qui doivent être privilégiés.

Ces *Orientations* visent prioritairement le renforcement d'un réseau d'excellence axé sur une proximité de services adaptés à la condition de la personne atteinte de cancer. Elles privilégient aussi que la personne atteinte soit le mieux soutenue possible dans son cheminement dans le réseau de la santé et des services sociaux et qu'à cette fin, elle soit accompagnée d'une infirmière pivot en oncologie qui agit à titre d'alliée. Enfin, la mise en place d'un registre québécois du cancer traduit un engagement ferme qui permettra de mieux cerner l'efficacité des services et des soins tout en planifiant une offre de services adéquate.

L'atteinte des objectifs liés aux orientations priorisées ne saura se concrétiser sans la participation de tous les partenaires du milieu de la santé. J'invite donc tous les acteurs concernés à se les approprier et à se mobiliser afin qu'on puisse tous ensemble franchir une nouvelle étape dans notre lutte contre le cancer et enregistrer de nouveaux succès.



Philippe Couillard
Ministre de la Santé et des Services sociaux

Mot du directeur

J'ai le plaisir, à titre de directeur de la lutte contre le cancer, de vous présenter les *Orientations prioritaires 2007 – 2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer* sur lesquelles s'appuiera le plan d'action de la Direction de la lutte contre le cancer. Je trouve essentiel de vous faire part de nos priorités pour les cinq prochaines années de façon à ce que nous travaillions ensemble à l'avancement de la lutte contre le cancer et à l'amélioration continue de la qualité des services en vue d'accroître le bien-être des personnes atteintes de cancer et de leurs proches.

Ces dernières années, des progrès encourageants ont été enregistrés dans la lutte contre le cancer. Par exemple, on observe une baisse majeure des taux de tabagisme, une diminution significative des taux de mortalité et une augmentation des taux de guérison en oncologie pédiatrique. Chez l'adulte, la mortalité des hommes due au cancer du poumon diminue depuis 1990 [1]. Également, un diagnostic plus précoce et des thérapies plus efficaces et mieux ciblées ont résulté en une diminution de 15 % de la mortalité due au cancer du sein au Québec entre 1993 et 2000 [1, 2].

Ces avancées ont malheureusement été en partie estompées par l'augmentation des décès dus au cancer du poumon chez les femmes, conséquence de l'augmentation du tabagisme chez elles dans la deuxième moitié du 20^e siècle. Encore aujourd'hui, le cancer du poumon continue d'être la cause la plus fréquente de décès par cancer pour les deux sexes.

D'autre part, le nombre de personnes touchées par le cancer ne cesse de croître notamment en raison du vieillissement de la population. Il est aussi désolant de constater, par exemple, les années de vie perdues par décès prématuré (30 % dues au cancer), les souffrances subies par les personnes ou le coût des soins et des services assumé par la société.

Heureusement, l'expertise québécoise en cancer est excellente. Les intervenants sont reconnus pour leur compétence et leur professionnalisme. Plusieurs sont chefs de file dans leur domaine ou leur communauté. La contribution québécoise à la lutte contre le cancer est aussi majeure en recherche fondamentale, clinique et évaluative.

Lorsque j'ai accepté la responsabilité ministérielle de diriger la lutte contre le cancer en 2004, j'ai pris note de l'ensemble des recommandations émises par les experts du domaine, notamment celles inscrites au *Rapport de la démarche ministérielle visant l'amélioration de la gestion et de l'impact du Programme québécois de lutte contre le cancer* [3]. Ce rapport faisait notamment état des éléments essentiels à déployer pour soutenir efficacement la lutte contre le cancer au Québec par la mise en place d'une organisation de services intégrés et hiérarchisés, par l'optimisation des pratiques cliniques et par l'amélioration continue de la qualité.

D'entrée de jeu, des actions ont été mises en place en lien avec ces recommandations. Cela a mené, par exemple, à l'instauration d'une trajectoire d'accès pour optimiser la prise en charge équitable des personnes atteintes de cancer et pour améliorer le continuum des services. En plus, avec l'aide de nos partenaires du réseau et des cliniciens experts, une optimisation de l'accessibilité aux services de radio-oncologie a fait en sorte que plus de 90 % des personnes requérant de tels services sont maintenant traitées à l'intérieur d'un délai de quatre semaines.

Ce ne sont là que quelques exemples des actions entreprises par la Direction de la lutte contre le cancer et je vous invite à consulter les divers rapports d'activités disponibles. Cependant, des efforts restent toujours à accomplir, notamment pour diminuer les taux de mortalité et pour améliorer le soutien nécessaire aux personnes atteintes et à leurs proches, y compris le soutien communautaire.

Je suis persuadé qu'en appuyant la prévention et en organisant mieux les soins, nous continuerons à sauver des vies. Confrontés aux limites des traitements curatifs, nous continuerons à bonifier l'offre de services en soins palliatifs de qualité, soucieux du confort des personnes malades, de leur dignité et respectueux de leurs proches.

Par la mise en œuvre de l'ensemble de ces mesures stratégiques, nous consoliderons la hiérarchisation des soins et des services entreprise en favorisant des soins adéquats de première ligne dans les réseaux locaux de santé et de services sociaux. De plus, des liens formels avec les niveaux régional et suprarégional pour les services spécialisés et ultraspecialisés seront raffinés afin d'assurer des soins appropriés, en temps opportun, à toutes les personnes atteintes de cancer.

Notre objectif consiste à bâtir, en collaboration avec tous les acteurs impliqués dans la lutte contre le cancer au Québec, un réseau de soins et de services vers lequel les personnes atteintes et leurs proches pourront se tourner avec confiance, sachant qu'elles y trouveront d'excellents soins et un soutien chaleureux tout au long de leur cheminement.



Antoine Loutfi, MD, FRCSC, FACS

Table des matières

INTRODUCTION	9
LA STRATÉGIE DU QUÉBEC POUR LUTTER CONTRE LE CANCER	11
LA DIRECTION DE LA LUTTE CONTRE LE CANCER	13
LA MISSION	13
LA VISION	13
LES PARTENAIRES	13
LES PRINCIPALES RÉALISATIONS DANS LA LUTTE CONTRE LE CANCER	15
LE CONTEXTE	17
LES ATTENTES DE LA POPULATION	17
LES MULTIPLES FACETTES DE LA LUTTE CONTRE LE CANCER	17
LES CHANGEMENTS DANS L'ORGANISATION DES SERVICES	18
L'ÉVOLUTION DES PRATIQUES	18
LES NOUVELLES TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION	18
DES CHOIX À FAIRE EN FONCTION DES RESSOURCES	18
LES PRINCIPES QUI GUIDENT L'ACTION DE LA DIRECTION DE LA LUTTE CONTRE LE CANCER	19
LA PERSONNE AU CENTRE DES PRÉOCCUPATIONS	19
DES SOINS ET DES SERVICES DE QUALITÉ	19
DES RESPONSABILITÉS PARTAGÉES	19
LE CONTINUUM DE SOINS ET DE SERVICES	21
RÉDUIRE L'INCIDENCE DU CANCER PAR LA PRÉVENTION DE LA MALADIE ET LA PROMOTION DE SAINES HABITUDES DE VIE	21
RÉDUIRE LA MORTALITÉ DUE AU CANCER PAR LE DÉPISTAGE ET LE DIAGNOSTIC PRÉCOCE	21
AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SERVICES D'INVESTIGATION ET DE DIAGNOSTIC, DE TRAITEMENT, DE SOUTIEN ET DE RÉADAPTATION	21
RENDRE ACCESSIBLES DES SOINS PALLIATIFS À TOUTES LES PERSONNES ATTEINTES DE CANCER OU DE MALADIES À ISSUE FATALE	22
EXERCER LA SURVEILLANCE DU CANCER	22
INTENSIFIER LA RECHERCHE EN CANCER ET L'UTILISATION DES CONNAISSANCES	22
SUIVRE LES INTERVENTIONS ET ÉVALUER LES RÉSULTATS	22
LES CINQ AXES D'INTERVENTION	23
CONSOLIDER LES ASSISES D'UNE ORGANISATION HIÉRARCHISÉE ET INTÉGRÉE	23
PROMOUVOIR LA SANTÉ, DÉTECTER PRÉCOCEMENT LE CANCER ET LE PRÉVENIR	23
FACILITER LE PARCOURS DE LA PERSONNE ATTEINTE DE CANCER DANS LE CONTINUUM DE SOINS ET DE SERVICES	23
SOUTENIR L'ÉVOLUTION DES PRATIQUES	23
ÉVALUER L'ATTEINTE DES RÉSULTATS	24



AXE D'INTERVENTION 1	
CONSOLIDER LES ASSISES D'UNE ORGANISATION HIÉRARCHISÉE ET INTÉGRÉE	25
AXE D'INTERVENTION 2	
PROMOUVOIR LA SANTÉ, DÉTECTER PRÉCOCEMENT LE CANCER ET LE PRÉVENIR	27
AXE D'INTERVENTION 3	
FACILITER LE PARCOURS DE LA PERSONNE ATTEINTE DE CANCER DANS LE CONTINUUM DE SOINS ET DE SERVICES	29
AXE D'INTERVENTION 4	
SOUTENIR L'ÉVOLUTION DES PRATIQUES	32
AXE D'INTERVENTION 5	
ÉVALUER L'ATTEINTE DES RÉSULTATS	35
CONCLUSION	37
RÉFÉRENCES	38
ANNEXE I - LA TRAJECTOIRE D'ACCÈS AUX SOINS EN ONCOLOGIE	39

Introduction

En 1998, le Québec se dotait du *Programme québécois de lutte contre le cancer – Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*. Ce programme a été le fruit d'un large consensus et d'une alliance entre tous les intervenants reliés, de près ou de loin, à la lutte contre le cancer et il précise les diverses actions à entreprendre pour lutter efficacement contre le cancer.

Après une décennie, il constitue toujours l'assise de la stratégie du Québec de lutte contre le cancer. Il importe toutefois de circonscrire davantage les priorités d'action, d'assurer une cohérence et un soutien aux efforts déjà entrepris par le réseau tout en tenant compte de l'évolution du réseau de la santé depuis les dernières réformes [3, 4].

En présentant les *Orientations prioritaires 2007 – 2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer*, la Direction de la lutte contre le cancer du ministère de la Santé et des Services sociaux préconise les mesures les plus susceptibles, au cours des cinq prochaines années, d'apporter des résultats tangibles dans l'amélioration des soins et des services offerts à la population concernée, soit les personnes qui risquent de développer un cancer, les personnes atteintes et leurs proches.

Ces orientations s'inscrivent à l'intérieur du *Plan stratégique 2005 – 2010 et des perspectives 2011 du ministère de la Santé et des Services sociaux* auquel elles apportent des précisions en ce qui concerne spécifiquement la lutte contre le cancer et les soins palliatifs [5]. Elles tiennent compte également des activités de prévention du *Programme national de santé publique 2003 – 2012* qui fait actuellement l'objet d'un ajustement pour 2008 – 2012.

Les modalités d'intervention proposées dans ces *Orientations* sont axées sur cinq thèmes :

- la consolidation d'une organisation hiérarchisée de soins et de services intégrés de lutte contre le cancer ;
- la promotion de la santé, la détection précoce et la prévention du cancer ;
- les mesures visant à faciliter le cheminement de la personne atteinte dans le réseau de la santé et des services sociaux ;
- le soutien à l'évolution des pratiques basées sur des données probantes ;
- la mesure des résultats escomptés.

Les mesures proposées ont été sélectionnées pour leurs effets potentiels sur l'incidence des cancers et sur la qualité, l'accessibilité et la continuité des soins et des services. Les efforts porteront notamment sur la poursuite de l'implantation de l'organisation hiérarchisée de soins et de services intégrés et sur l'amélioration de l'accessibilité des services d'investigation, de traitement, de soutien et de soins palliatifs. De même, une attention particulière sera accordée au travail interdisciplinaire et à la formation continue des intervenants.

Les objectifs poursuivis par la Direction de la lutte contre le cancer dans ces *Orientations* et les mesures proposées pour les atteindre ont été soumis à différentes instances du réseau de la santé et des services sociaux et discutés avec des experts, des décideurs et des soignants. Leurs suggestions et commentaires ont enrichi le contenu et ont été la prémisses de base de ces *Orientations*.

Le document débute par un rappel de ce qu'est le *Programme québécois de lutte contre le cancer* et des raisons pour lesquelles il constitue l'assise d'une véritable stratégie de lutte contre le cancer au Québec. La Direction de la lutte contre le cancer au sein du Ministère est ensuite présentée, de même que sa mission, sa vision et ses partenaires. Cette présentation est suivie d'un énoncé des principales réalisations dans la lutte contre le cancer et d'une description du contexte entourant l'élaboration de ces *Orientations prioritaires 2007 – 2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer*. Finalement viennent les axes d'intervention de lutte contre le cancer et leurs objectifs particuliers accompagnés de mesures stratégiques pour les atteindre. Certaines de ces mesures sont déjà incluses dans les ententes de gestion et d'imputabilité entre le Ministère et les agences de santé et de services sociaux et les établissements.

La Direction de la lutte contre le cancer et ses partenaires sont convaincus que la mise en œuvre de ces mesures réduira, à long terme, l'incidence du cancer et la mortalité qui s'ensuit ainsi que le fardeau qui pèse sur les personnes atteintes, leurs proches et la société.

La stratégie du Québec pour lutter contre le cancer

L'élaboration en 1998 du *Programme québécois de lutte contre le cancer* a permis de découvrir certaines lacunes dans les soins et les services offerts au Québec telles que des difficultés d'accès à certains services notamment en soins palliatifs, un manque d'humanisation dans la transmission de l'information aux personnes atteintes, un manque de soutien à toutes les étapes de la maladie [4].

Quoique plusieurs améliorations aient été constatées, certaines des lacunes soulevées demeurent encore une préoccupation. C'est pourquoi des mesures ciblées touchant plusieurs aspects de la lutte contre le cancer doivent être mises en place: la promotion et la prévention, le dépistage, l'investigation, le traitement, les services de réadaptation et de soutien, les soins palliatifs, l'organisation des services, la recherche et l'enseignement. Ces actions ciblées sur l'ensemble des paramètres touchant le cancer sont d'ailleurs soutenues par l'Organisation mondiale de la santé [6].

Pour les cinq prochaines années, cette stratégie appelle un effort concerté de tous les partenaires et détermine les mesures communes visant à mettre en place partout au Québec des actions spécifiques touchant l'ensemble des aspects du continuum de soins et de services. De plus, le travail en équipe interdisciplinaire au sein d'une organisation hiérarchisée de services intégrés est jugé comme un incontournable pour répondre adéquatement aux besoins physiques, psychologiques et sociaux des personnes atteintes de cancer.

Ces dernières années, des efforts ont été particulièrement consacrés à la mise en œuvre du *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2006 – 2010* et à celle du *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* ainsi qu'à l'accès aux services de radio-oncologie, ce qui a permis de réaliser d'importantes avancées.

Le processus d'évaluation et de désignation des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer pour les mandats locaux, régionaux et suprarégionaux se poursuit. Les centres de santé et de services sociaux (CSSS) et les centres hospitaliers concernés par la lutte contre le cancer seront ainsi de plus en plus pourvus d'équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer adaptées aux besoins des personnes atteintes de cancer et au sein desquelles œuvrent des infirmières pivots en oncologie.

De plus, la *Politique en soins palliatifs de fin de vie* et les *Normes en matière de soins palliatifs pédiatriques* constituent des assises pour le développement, la consolidation et la qualité des services et des soins palliatifs [7, 8].

Des efforts doivent encore être déployés pour faire en sorte que le système de soins et de services puisse assurer, entre les différents épisodes de soins, une meilleure circulation de l'information relative à la personne atteinte et lui fournir ainsi qu'à ses proches le soutien approprié. À cet effet, les *Orientations* proposent plusieurs mesures qui assureront que l'amélioration continue de la qualité demeure une préoccupation toujours présente dans le milieu.

La Direction de la lutte contre le cancer

LA MISSION

La mission de la Direction de la lutte contre le cancer découle de celle du ministère de la Santé et des Services sociaux. Elle consiste essentiellement à orienter et 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 de la lutte contre le cancer est de mettre en place, de concert avec ses partenaires, un réseau intégré et fonctionnel, qui assure l'excellence dans les soins et services aux personnes atteintes ou chez lesquelles on soupçonne un cancer ainsi qu'à leurs proches.

LES PARTENAIRES

Pour mener efficacement la lutte contre le cancer au Québec, la Direction s'associe à de nombreux partenaires au sein même du Ministère, dans le réseau et dans la communauté :

- les professionnels tels que les médecins de famille, les médecins spécialistes, les professionnels du soutien psychosocial, les infirmières, les pharmaciens, etc. ;
- les gestionnaires des établissements du réseau de la santé et des services sociaux ;
- les agences de la santé et de services sociaux ;
- les réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) par l'entremise de la Table sectorielle des RUIS en oncologie ;
- les différentes directions du Ministère.

De plus, la population du Québec a le privilège de pouvoir compter sur l'apport de nombreux organismes communautaires, d'associations de personnes atteintes de cancer et de bénévoles œuvrant en oncologie et en soins palliatifs. La contribution qu'ils apportent dans le respect de leurs objectifs respectifs et de leur droit à l'autonomie est un atout inestimable pour le système de soins et de services et pour le bien-être des personnes atteintes et de leurs proches.

Depuis son instauration en 2004, la Direction de la lutte contre le cancer s'est appliquée à mettre en place les ressources et à réunir les conditions nécessaires à l'amélioration de la qualité des soins et des services en matière de lutte contre le cancer.

Les principales réalisations dans la lutte contre le cancer

ORGANISATION DES SERVICES

- Mise en place d'un processus et de normes pour la désignation d'équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer dans les établissements québécois. En date du 31 mars 2007, 70 équipes avaient été visitées. Ce cycle d'évaluation se poursuivra jusqu'en juin 2008.
- Consolidation du modèle des infirmières pivots en oncologie et formation de 84 infirmières en mars 2005. Leur nombre est passé de 113 en 2005-2006 à 167 en 2006-2007.
- Désignation de trois centres d'excellence en greffe de cellules souches hématopoïétiques, adultes et pédiatriques : Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Hôpital Royal Victoria et Hôpital Sainte-Justine.

ACCÈS AUX SERVICES

- Mise en place d'une trajectoire d'accès aux soins en oncologie afin d'améliorer le continuum de services et d'assurer une prise en charge juste et équitable des personnes atteintes de cancer selon des standards de qualité.
- Mise en œuvre de cinq projets pour expérimenter des modèles d'accès aux services et la prise en charge des personnes atteintes de cancer colorectal ou du poumon et celles nécessitant des soins palliatifs.
- Évaluation et développement d'un indicateur d'accès à la chirurgie oncologique. Cet indicateur d'accès établit le délai entre la date où le patient est jugé médicalement prêt et la date de la chirurgie à moins de 28 jours. Le mécanisme de gestion de l'accès en chirurgie oncologique sera intégré au cours de la présente année au système de gestion de l'accès aux services spécialisés (SIMASS).
- Développement et utilisation d'un modèle d'accès aux nouvelles molécules en oncologie en fonction de règles d'utilisation spécifiques.

RADIO-ONCOLOGIE

- Application, depuis février 2006, de la cible ministérielle selon laquelle 90% des personnes médicalement prêtes à recevoir leur traitement de radiothérapie soient traitées à l'intérieur du délai médicalement acceptable de quatre semaines. Au 31 août 2007, 94% des personnes ont été traitées en moins de quatre semaines.

- Élimination de la liste d'attente des patients en attente pour un traitement de radiothérapie depuis plus de huit semaines, passant de 178 patients en avril 2004 à 0 en août 2007, tous cancers confondus.
- Réduction de la liste d'attente des patients en attente pour un traitement de radiothérapie de plus de quatre semaines, passant de 298 patients en avril 2004 à 38 en août 2007, tous cancers confondus.
- Actualisation du plan stratégique de main-d'œuvre en radio-oncologie établi par le comité de radio-oncologie et se traduisant par une augmentation importante des effectifs en radio-oncologie au cours des dernières années :
 - le nombre de technologues est passé de 182 à 440;
 - le nombre de physiciens est passé de 32 à 70;
 - le nombre de radio-oncologues est passé de 37 à 84.
- Investissements additionnels en radio-oncologie de 168 287 000 \$, dont 92 035 000 \$ en équipements de haute technologie permettant, en plus de maintenir à jour le parc d'équipements, d'ajouter neuf accélérateurs dans le réseau.
- Autorisation pour l'ajout d'un deuxième centre pour la curiethérapie prostatique par implants permanents au Centre hospitalier de l'Université de Montréal en 2005-2006. Ce centre s'ajoute à celui du Centre hospitalier universitaire de Québec (pavillon Hôtel-Dieu).
- Autorisation pour l'ajout de deux nouveaux centres de radiothérapie au Québec (Hôpital Charles Lemoyne et Cité de la santé de Laval).

SOINS PALLIATIFS

- Adoption et diffusion de la *Politique en soins palliatifs de fin de vie*.
- Développement et diffusion des *Normes en matière de soins palliatifs pédiatriques*. Présenté en septembre 2006 au 3^e Congrès international en soins palliatifs pédiatriques, ce document unique et novateur place le Québec comme chef de file en cette matière.
- Augmentation de près de 200 lits dédiés en soins palliatifs dans l'offre de service depuis 2004, ce qui porte le nombre de lits à environ 550 sur les 750 visés par la cible ministérielle.



- Ouverture de cinq maisons de soins palliatifs depuis 2004, dont une spécialisée dans les soins destinés aux enfants.
- Ouverture du Centre de jour à la Maison Michel-Sarrazin de Québec.
- Développement du processus d'agrément des maisons de soins palliatifs. Ce processus sera mis en application à compter des prochains mois.
- Développement d'un programme de formation en cours d'emploi de 240 heures destiné aux infirmiers auxiliaires de centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD). Une première cohorte de douze personnes est en formation au CHSLD de l'Hôpital Jeffery Hale.
- Développement et validation à Info-Santé de protocoles en matière de soins palliatifs.
- Uniformisation de l'accessibilité 24 h sur 24, 7 jours sur 7, d'un panier de services de base pour les patients à domicile : services téléphoniques, services médicaux, infirmiers et pharmaceutiques.
- Traduction d'un cahier de formation en soins palliatifs destiné aux médecins de famille.

SOUTIEN COMMUNAUTAIRE

- Versement d'une indemnité quotidienne aux hôtelleries cancer pour l'hébergement des personnes devant recevoir leur traitement de radiothérapie en dehors de leur lieu de résidence.
- Augmentation d'une cinquantaine de places en hôtellerie cancer en accordant un financement pour le développement de deux nouvelles hôtelleries à Trois-Rivières et à Gatineau et pour l'agrandissement de celle de Sherbrooke.

SURVEILLANCE DU CANCER

- Autorisation pour le développement d'un registre québécois du cancer qui inclura notamment la date du diagnostic et le stade de la maladie dont la principale source de données sont les registres locaux dans les établissements.

SOUTIEN AUX PRATIQUES CLINIQUES

- Rédaction et diffusion auprès de cliniciens ciblés de vingt guides de pratique depuis 2004 par le Comité de l'évolution des pratiques en oncologie.
- Rédaction et diffusion de plus d'une soixantaine de guides d'administration et de fiches de conseils destinés aux patients recevant de la chimiothérapie.
- Mise sur pied, en 2005, de l'Unité d'évaluation en oncologie à l'Agence de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) pour fournir à la Direction de la lutte contre le cancer des évaluations de l'implantation de technologies utiles en cancer.

PUBLICATION DE RAPPORTS ANNUELS, D'AVIS ET ORGANISATION DE COLLOQUES, CONGRÈS ET FORUMS

- Rapport d'activité 2005-2006 de la Direction de la lutte contre le cancer.
- Rapport d'activité 2006-2007 de la Direction de la lutte contre le cancer.
- Cinq avis publiés pour soutenir les intervenants du réseau à mieux cibler leurs interventions :
 - Besoins des personnes atteintes de cancer et de leurs proches au Québec (2005) ;
 - Le médecin de famille et la lutte contre le cancer (2005) ;
 - Le soutien, l'adaptation et la réadaptation en oncologie au Québec (2005) ;
 - Les équipes interdisciplinaires en oncologie (2005) ;
 - Pour optimiser la contribution des infirmières à la lutte contre le cancer (2005).
- Organisation de quatre colloques, congrès et forums :
 - La prévention et le dépistage du cancer colorectal : agir ensemble (novembre 2004) ;
 - Forum sur le cancer colorectal (septembre 2005) ;
 - Le dilemme du patient face au cancer de la prostate (novembre 2005) ;
 - Cancer – Ensemble pour mieux prévenir, soutenir et soigner (décembre 2006).

PROMOTION, PRÉVENTION ET DÉPISTAGE

- Des travaux menés par la Direction générale de la santé publique du Ministère en prévention de la santé, promotion des saines habitudes de vie et dépistage du cancer, notamment :
 - le *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2006 – 2010* ;
 - le *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006 – 2012* ;
 - le *Programme québécois de dépistage du cancer du sein*.

Le contexte

Les Orientations prioritaires 2007 – 2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer répondent aux enjeux et aux défis actuels liés à la nature même de la problématique du cancer.

Depuis le début des années 2000, le cancer est devenu la première cause de mortalité au Québec, surpassant ainsi les maladies cardiovasculaires, qui sont en diminution importante [9]. En effet, 32,6% de tous les décès survenus au Québec, en 2004, ont été causés par le cancer contre 27,8% pour les maladies cardiovasculaires. Bien que le taux d'incidence du cancer ajusté selon l'âge demeure relativement stable au Canada depuis plusieurs années, le nombre de nouveaux cas de cancer a augmenté en moyenne de 2% annuellement entre 1992 et 2003 [10, 11]. Cette augmentation du nombre de nouveaux cas de cancer est principalement attribuable à la croissance démographique et au vieillissement de la population [10]. Or, les succès obtenus dans le traitement du cancer ont permis de prolonger la vie des personnes atteintes. Cette tendance ne manquera pas d'accentuer la demande de soins et de services.

En 2007, les taux d'incidence du cancer placent les hommes québécois au cinquième rang canadien et les femmes québécoises, au quatrième (pour tous les types de cancer) [10]. Pour les hommes, les taux les plus élevés s'observent pour les cancers de la prostate, du poumon ainsi que colorectal. Pour les Québécoises, ce sont les cancers du sein, du poumon et colorectal qui sont les plus fréquents.

Le Québec présente le troisième plus haut taux canadien de mortalité, et ce, autant pour les hommes que pour les femmes [10]. Le cancer du poumon est le cancer dont le taux de mortalité demeure le plus élevé, tant chez les hommes que chez les femmes. Chez les hommes, le cancer colorectal et celui de la prostate occupent respectivement les deuxième et troisième rangs, alors que ce sont le cancer du sein et le cancer colorectal chez la femme québécoise.

La prévalence du cancer au Québec est comparable à celle observée au Canada [10]. Il a été établi par l'Institut national de la santé publique du Québec que 2,5% des Québécois et 3,0% des Québécoises avaient reçu un diagnostic de cancer au cours des quinze dernières années et qu'ils étaient encore en vie au 31 décembre 2004.

Cependant, et comme l'indiquent les statistiques suivantes, la lutte contre le cancer apporte des bénéfices à la population et aux personnes atteintes. Des efforts constants demeurent néanmoins requis.

Le cancer du poumon

Une diminution de l'incidence et de la mortalité par cancer du poumon chez les hommes est observée depuis le milieu des années 1980, probablement en raison du déclin de l'usage du tabac depuis les années 1960. La tendance inverse est toutefois observée chez les femmes dont l'usage du tabac n'a commencé à diminuer qu'au milieu des années 1980.

Le cancer du sein

L'incidence du cancer du sein est relativement stable depuis 1999. Par contre, la mortalité due à ce cancer est en diminution constante depuis ce temps, atteignant en 2003 le taux le plus bas depuis 1950. Cette amélioration serait liée au diagnostic plus précoce apporté par les programmes standardisés de dépistage et aux traitements qui se sont améliorés grâce aux progrès de la recherche [12].

Le cancer de la prostate

L'incidence du cancer de la prostate serait, elle aussi, relativement stable, mais des pics correspondant à l'utilisation accrue du dépistage opportuniste sont observés. Depuis 1994, la mortalité due à ce cancer décroît constamment (données disponibles jusqu'à 2003).

Le cancer colorectal

L'incidence du cancer colorectal, qui touche les hommes légèrement plus que les femmes, est aussi assez stable. La mortalité due à ce cancer est en déclin et on attribue cette amélioration aux traitements de plus en plus efficaces [2].

LES ATTENTES DE LA POPULATION

Les personnes atteintes de cancer souhaitent que les services soient de qualité, mais aussi accessibles et disponibles, c'est-à-dire qu'ils soient donnés dans les délais les plus courts possible, au moment opportun et près de leur milieu de vie. Elles veulent des services personnalisés qui tiennent compte aussi des besoins de leurs proches. Mieux informés, les gens désirent participer aux décisions relatives aux soins pour améliorer leur santé et aux efforts associés à la réduction des cancérogènes présents dans l'eau, l'air, le sol et les aliments.

LES MULTIPLES FACETTES DE LA LUTTE CONTRE LE CANCER

La lutte contre le cancer commence bien avant la présomption de cancer ou la confirmation du diagnostic. Le continuum de soins et de services s'étend de la promotion de saines habitudes de vie et de la prévention pour réduire le risque de cancer, en passant par le dépistage, le diagnostic, le traitement, le soutien, l'adaptation, la réadaptation, jusqu'aux soins palliatifs.

Toutes les personnes touchées par le cancer ont des besoins multiples d'ordre physiques, psychosociaux, matériels et spirituels. La réponse à ces nombreux besoins exige une attention particulière de la part des professionnels et des intervenants œuvrant en interdisciplinarité. Par surcroît, aux autres problèmes liés au vieillissement viennent souvent s'ajouter des problématiques attribuables au cancer chez les personnes âgées.



Cette complexité dans la lutte contre le cancer justifie la présence d'acteurs aux expertises variées, jouant chacun un rôle bien précis au regard de l'interdisciplinarité souhaitée.

LES CHANGEMENTS DANS L'ORGANISATION DES SERVICES

Le document *Orientations prioritaires 2007 – 2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer* est publié alors que des changements majeurs ont récemment été apportés à l'organisation des soins et des services en santé au Québec. Des modifications récentes apportées à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* ont jeté les bases d'une hiérarchisation du système de soins et de services, qui rend ce dernier plus cohérent et mieux adapté aux besoins de la population. Ainsi, les CSSS sont tenus d'assurer l'accès aux soins et aux services, que ce soit sur place pour les services de base ou par entente avec des instances régionales, pour les soins spécialisés, ou avec des instances suprarégionales, pour les soins et services ultraspecialisés. Cette organisation est chapeautée par les RUIS, dont la mission est d'assurer non seulement les soins ultraspecialisés, mais aussi l'enseignement, la recherche et l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé.

La Direction de la lutte contre le cancer dirige une Table sectorielle des RUIS pour l'oncologie dont le mandat est :

- de favoriser le développement de l'excellence des RUIS dans leur quadruple mission de soins, d'enseignement, de recherche et d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en oncologie ;
- de déterminer les responsabilités de chacun des membres du RUIS et organiser la complémentarité des services offerts au sein du RUIS, dans le secteur de la lutte contre le cancer ;
- d'organiser des services complémentaires entre les RUIS, dans le secteur de la lutte contre le cancer, en fonction des champs d'expertise ultraspecialisés de chaque RUIS. Ainsi, des équipes spécialisées s'occuperont des cancers rares ou complexes pour la population de leur territoire et celle d'autres RUIS ;
- de favoriser une évolution des pratiques qui tienne compte de données probantes, en contribuant à l'implantation des recommandations relatives à la pratique clinique.

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* introduit également le principe de la responsabilité populationnelle. À cet égard, les CSSS ont l'obligation d'élaborer un projet clinique, dans lequel ils circonscrivent et définissent leurs services, en fonction des besoins sociosanitaires de la population qu'ils desservent, des ressources de leur territoire et des priorités locales. Plus particulièrement, les projets cliniques doivent inclure un volet « santé physique – lutte contre le cancer », qui définit

les services devant être offerts par le CSSS à la population, pour tous les aspects du continuum de soins et de services dans la lutte contre le cancer, allant de la prévention jusqu'aux soins palliatifs.

Une autre loi récemment adoptée, la *Loi sur l'amélioration de l'accès aux services médicaux et hospitaliers* (connue sous le nom de projet de loi n° 33), a influencé les *Orientations*. Sanctionnée en décembre 2006, cette loi établit la responsabilité des établissements en ce qui a trait à l'accès aux soins et aux services. Un mécanisme a été prévu pour garantir cet accès et sa gestion est confiée au directeur des services professionnels. En radio-oncologie, le mécanisme de gestion de l'accès est déjà en place. Ce mode de fonctionnement sera étendu à la chirurgie oncologique et, par la suite, pourra s'appliquer aussi à la chimiothérapie.

L'ÉVOLUTION DES PRATIQUES

Pour maintenir la qualité de leur pratique, les professionnels doivent être au fait des progrès et des percées dans leur domaine, d'où la nécessité de leur fournir le soutien requis à cet égard. Les guides de pratique, les protocoles standardisés ou encore les normes de services constituent des exemples d'outils qui aident les cliniciens à adapter leur pratique aux nouvelles connaissances.

LES NOUVELLES TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION

Les avancées dans le domaine des communications offrent des possibilités multiples. Elles facilitent la circulation de l'information, l'administration et la coordination des soins et des services. C'est un levier indispensable pour améliorer les soins et les services, particulièrement dans les régions éloignées.

DES CHOIX À FAIRE EN FONCTION DES RESSOURCES

Le réseau de la santé et des services sociaux est fortement touché par l'évolution rapide des découvertes scientifiques. De nouveaux tests pour une meilleure caractérisation des cancers et la mise au point de médicaments mieux ciblés, plus efficaces, mais souvent coûteux sont à portée de main.

Tant pour assurer un accès équitable aux nouvelles thérapies que pour relever le défi posé par la disponibilité des ressources humaines, la Direction de la lutte contre le cancer collabore avec ses partenaires pour accélérer la mise en place de solutions durables, tout en tenant compte d'une utilisation optimale des ressources.

Les principes qui guident l'action de la Direction de la lutte contre le cancer

LA PERSONNE AU CENTRE DES PRÉOCCUPATIONS

La personne atteinte de cancer doit pouvoir participer aux décisions qui la concernent et exercer un consentement libre et éclairé quant aux choix de traitement. Un soutien doit continuer à lui être assuré tout au long de son cheminement dans sa maladie et dans tous les lieux où des soins et des services sont offerts. Les proches de la personne atteinte pourront également recevoir du soutien et participer aux décisions si c'est la volonté de la personne malade ou si elle est inapte à prendre des décisions.

DES SOINS ET DES SERVICES DE QUALITÉ

La qualité des soins et des services repose sur plusieurs aspects :

- un accès aux soins et aux services, au moment opportun et le plus près possible du milieu de vie ;
- une concentration de l'expertise qui assure néanmoins aux malades l'accès aux services spécialisés et surspécialisés ;
- un travail interdisciplinaire comme solution à la complexité des soins et des services orientés vers les besoins de la personne atteinte de cancer ;
- un réseau fort grâce à ses experts cliniciens ;
- un engagement des praticiens, qui se traduit par l'élaboration et l'adoption de normes et de guides de pratique.

DES RESPONSABILITÉS PARTAGÉES

La modernisation du système et l'adaptation de l'offre de soins et de services aux besoins de la population font appel à :

- une cogestion médicale et administrative au sein de l'établissement visant à soutenir le programme de lutte contre le cancer pour qu'il soit opérationnel ;
- la mise en œuvre d'un projet clinique au sein de chaque CSSS ;
- un engagement de la part des gestionnaires et des professionnels ;
- une collaboration entre l'agence de la santé et des services sociaux et ses établissements afin de consolider son réseau régional ;
- une concertation des instances ministérielles.

Ces caractéristiques de l'organisation préconisées dans le *Programme québécois de lutte contre le cancer* et valorisées lors des visites d'évaluation et de désignation des équipes interdisciplinaires de la lutte contre le cancer font de cette lutte une entreprise d'avant-garde et dynamique.

Le continuum de soins et de services

Pour optimiser les structures, les processus et les résultats de l'ensemble des efforts de lutte contre le cancer, ces *Orientations* reposent sur les grandes composantes du continuum de soins et de services dans la lutte contre le cancer.

RÉDUIRE L'INCIDENCE DU CANCER PAR LA PRÉVENTION DE LA MALADIE ET LA PROMOTION DE SAINES HABITUDES DE VIE

Le cancer est la première cause de mortalité au Québec. Environ 40% des Québécois en seront atteints au cours de leur vie. Agir sur des facteurs de risque connus comme les mauvaises habitudes alimentaires, le manque d'activité physique, l'obésité et l'usage du tabac, qui à lui seul cause 30% des cas de cancer, pourra diminuer l'incidence de certains cancers.

La Direction générale de la santé publique met en œuvre les activités prévues au *Programme national de santé publique 2003 – 2012* en ce qui concerne la promotion de saines habitudes de vie et la mise en place de mesures visant à diminuer l'exposition aux cancérogènes environnementaux et en milieu de travail. De façon particulière, le *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2006 – 2010* et le *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006 – 2012* proposent un ensemble d'activités visant l'acquisition de saines habitudes de vie par la population.

Le gouvernement canadien a annoncé un soutien financier pour trois ans afin d'aider les provinces à mettre en place des programmes de vaccination contre le virus du papillome humain sur leur territoire. Les modalités d'instauration d'un tel programme au Québec sont en voie de finalisation et devraient faire l'objet d'une annonce gouvernementale sous peu.

RÉDUIRE LA MORTALITÉ DUE AU CANCER PAR LE DÉPISTAGE ET LE DIAGNOSTIC PRÉCOCE

Pour certains types de cancer, il a été démontré qu'un diagnostic précoce par le dépistage pouvait diminuer la mortalité.

Le *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* a été mis en œuvre en 1998 sur la base de données démontrant l'efficacité du dépistage systématique. La participation de 70% des femmes de 50 à 69 ans permettrait de réduire de 25% la mortalité par cancer du sein dans cette population. Diverses mesures ont été entreprises pour améliorer l'accès à une mammographie de dépistage de qualité.

Par ailleurs, l'Institut national de santé publique du Québec sa reçu un mandat ministériel pour évaluer la faisabilité de la mise en place d'un programme systématique de dépistage

du cancer colorectal. De plus, la mise en place d'une mesure d'invitation au dépistage du cancer du col de l'utérus pour les femmes n'y ayant pas eu recours durant les trois dernières années est présentement à l'étude.

Certains diagnostics de cancer peuvent être reliés à des facteurs génétiques. L'avancement des connaissances en oncogénétique permet de dépister le cancer chez les personnes prédisposées. La réponse à des traitements ciblés pourrait alors être déterminée en fonction du profil génomique. Des services spécialisés de génétique existent actuellement au sein des centres hospitaliers universitaires. Ces services intègrent la recherche, l'enseignement et le counseling.

AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SERVICES D'INVESTIGATION ET DE DIAGNOSTIC, DE TRAITEMENT, DE SOUTIEN ET DE RÉADAPTATION

L'accessibilité est une composante essentielle de la notion de qualité. L'accessibilité se définit notamment par la proximité, la disponibilité et la rapidité d'obtention des soins et des services en fonction de critères d'urgence dictés par la condition médicale de la personne. Ces caractéristiques valent tant pour les soins et les services offerts par un CSSS ou un centre hospitalier local que pour ceux offerts par une instance régionale ou suprarégionale.

Pour cette raison, la Direction de la lutte contre le cancer souscrit à la mise en place d'un réseau de services intégrés et hiérarchisés, basé sur des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer, au sein desquelles des infirmières pivots en oncologie exercent un rôle central. Par les mesures proposées dans ces Orientations, elle entend faciliter le cheminement des personnes atteintes et de leurs proches, dans un système dont les soins et les services sont accessibles le plus rapidement possible dès qu'un cancer est soupçonné.

La Direction de la lutte contre le cancer a déterminé les différentes périodes d'accès aux soins et aux services tout au long de la trajectoire des soins et des services (voir Annexe I). En particulier, pour les cancers les plus fréquents (sein, prostate, colorectal et poumon), des normes d'accès appropriées seront établies par des experts. Ces normes seront largement diffusées.



RENDRE ACCESSIBLES DES SOINS PALLIATIFS À TOUTES LES PERSONNES ATTEINTES DE CANCER OU DE MALADIES À ISSUE FATALE

Les personnes en fin de vie, qu'elles soient atteintes de cancer ou de maladies à issue fatale, doivent avoir accès à une organisation de soins et de services qui respecte leurs besoins particuliers et ceux de leurs proches aidants. La *Politique en soins palliatifs de fin de vie*¹, publiée par le Ministère, pose les balises d'une telle organisation.

Des *Normes en matière de soins palliatifs pédiatriques*¹ ont aussi été publiées en 2006. Un consensus fort a précédé leur rédaction et elles suscitent une large adhésion des intervenants du milieu.

EXERCER LA SURVEILLANCE DU CANCER

La surveillance fait partie intégrante de toute stratégie de lutte contre le cancer. Cependant, les données contenues dans l'actuel *Fichier des tumeurs du Québec* sont incomplètes pour exercer une surveillance continue de l'état de santé de la population. Elles ne permettent pas non plus de disposer de toutes les informations voulues pour une planification et une évaluation des soins et des services. Les travaux menés depuis 2005 ont permis de consolider les assises nécessaires à l'implantation d'un registre québécois de cancer et de considérer en priorité l'investissement nécessaire pour sa mise en œuvre. Des mesures seront donc entreprises pour mettre en place un registre québécois du cancer, accroissant ainsi la qualité, la quantité et la disponibilité des données et facilitant une prise de décisions ajustée à la réalité québécoise.

INTENSIFIER LA RECHERCHE EN CANCER ET L'UTILISATION DES CONNAISSANCES

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

SUIVRE LES INTERVENTIONS ET ÉVALUER LES RÉSULTATS

L'implantation d'un changement dans l'organisation des soins et des services, notamment le processus d'évaluation et de désignation des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer, mérite d'être évaluée. La Direction de la lutte contre le cancer participe, avec l'équipe d'évaluation du Ministère et d'autres chercheurs, à une évaluation systématique des effets de ces changements sur la qualité des services.

De plus, afin d'ajuster continuellement les interventions à la réalité des personnes atteintes de cancer, une enquête sur la qualité des services de lutte contre le cancer permettra d'apprécier, à travers l'expérience de patients, l'évolution de la qualité des services de lutte contre le cancer dans la foulée de l'implantation du *Programme québécois de lutte contre le cancer*. Cette enquête demeure un outil incontournable qu'entend privilégier la Direction.

1. Ce document est disponible sur le site Internet de la Direction de la lutte contre le cancer à l'adresse suivante : www.msss.gouv.qc.ca/cancer.

Les cinq axes d'intervention

La Direction de la lutte contre le cancer présente les *Orientations prioritaires 2007 – 2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer*, qui s'articulent autour de cinq axes d'intervention. Ces axes s'inscrivent dans le prolongement des actions déjà réalisées et constituent l'assise de la consolidation d'un véritable réseau sur lequel une personne atteinte de cancer ou qui soupçonne en être atteinte puisse compter tout au long de son cheminement au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Chaque axe comporte des objectifs auxquels sont assorties des mesures pour les atteindre. Les échéances associées à chaque mesure indiquent le niveau de priorité qui lui est accordé.

CONSOLIDER LES ASSISES D'UNE ORGANISATION HIÉRARCHISÉE ET INTÉGRÉE

L'organisation hiérarchisée proposée repose sur une équipe interdisciplinaire locale de lutte contre le cancer comprenant, notamment, une infirmière pivot en oncologie. Cette équipe offre à la personne atteinte ou soupçonnée de l'être et à ses proches une gamme de services généraux et spécialisés. Elle fournit les services relatifs au dépistage, à l'investigation, au traitement et à la réadaptation, en plus de communiquer l'information pertinente et d'apporter un soutien psychologique, social et spirituel. Elle collabore également avec l'équipe de soins palliatifs, lorsque nécessaire.

Les équipes locales peuvent compter sur le soutien d'une équipe régionale, pour les services spécialisés, la formation, le soutien, la supervision et l'évaluation. Cette équipe est elle-même soutenue par des équipes suprarégionales pour les services ultraspecialisés propres à chaque siège de cancer ou à des problèmes complexes spécifiques.

En déployant les activités nécessaires à la réalisation de cet axe, la Direction de la lutte contre le cancer s'assure que des soins et des services de qualité bien coordonnés sont offerts le plus près possible du milieu de vie des personnes atteintes de cancer ou à risque de l'être. Rappelons ici le rôle essentiel des infirmières pivots en oncologie au sein de ces équipes dont le nombre continue d'augmenter depuis 2004.

PROMOUVOIR LA SANTÉ, DÉTECTER PRÉCOCEMENT LE CANCER ET LE PRÉVENIR

La majorité des activités et des services prévus au *Programme national de santé publique 2003 – 2012* s'inscrit dans une approche globale de lutte contre les maladies chroniques. Actuellement dans une phase de mise à jour, ce programme constitue un cadre de référence pour la prévention, le dépistage et la surveillance des différents cancers.

L'implantation des activités prévues à ce programme devrait être complétée d'ici 2012, notamment grâce à l'instauration de plans d'action locaux et régionaux.

Par ailleurs, l'une des particularités de cette action préventive est concrétisée par un travail de collaboration entre les différents secteurs de l'activité publique, dont font partie l'éducation, l'environnement, les affaires municipales et l'agro-alimentaire. Les moyens disponibles vont de la diffusion de l'information à l'influence sur les politiques publiques en passant par l'examen des lois et des règlements.

FACILITER LE PARCOURS DE LA PERSONNE ATTEINTE DE CANCER DANS LE CONTINUUM DE SOINS ET DE SERVICES

Un diagnostic de cancer entraîne son lot de souffrances et de difficultés. Malgré la complexité des soins, tout doit être mis en œuvre pour simplifier les démarches pour la personne atteinte de cancer et ses proches. À cet égard, en plus des actions déjà en cours, des mesures seront prises pour optimiser l'accessibilité aux soins et leur continuité en assurant le soutien et l'encadrement nécessaires pendant les périodes de soins, de rémission et de soins palliatifs, le cas échéant.

SOUTENIR L'ÉVOLUTION DES PRATIQUES

Pour garder leurs connaissances à jour et tenir compte des données de la recherche dans leurs décisions de soins, les cliniciens ont besoin de divers instruments de transfert des connaissances comme la formation continue et les guides de pratique clinique. La Direction de la lutte contre le cancer poursuit, en collaboration avec ses partenaires académiques, l'élaboration des programmes de formation continue. Le soutien au Comité de l'évolution des pratiques en oncologie (CEPO) sera maintenu afin de permettre son développement dans la perspective d'une qualité toujours meilleure des guides produits.



ÉVALUER L'ATTEINTE DES RÉSULTATS

L'amélioration continue de la qualité des soins et des services suppose une recherche systématique et rigoureuse de leur efficacité permettant l'identification des forces et des faiblesses et la mise en place de mesures correctrices ou de renforcement appropriées.

De plus, afin de s'assurer que les sommes investies génèrent les services les plus efficaces et répondent adéquatement aux besoins des personnes atteintes et de leurs proches, des mesures permettant de juger de l'atteinte des résultats escomptés seront mises en place et rendues publiques dans un rapport d'activité annuel.

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	
MESURES STRATÉGIQUES	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analyser les projets cliniques des CSSS afin qu'ils incluent les paramètres essentiels de la lutte contre le cancer, de la prévention jusqu'aux soins palliatifs et au suivi de deuil En décembre 2008, 90 % des CSSS auront intégré le volet « lutte contre le cancer » dans leur projet clinique. 2. Mettre en œuvre un programme de lutte contre le cancer dans chaque centre hospitalier impliqué dans la lutte contre le cancer En décembre 2008, tous les centres hospitaliers concernés auront un programme de lutte contre le cancer. 3. Poursuivre l'implantation dans chaque région d'un programme de lutte contre le cancer En décembre 2008, toutes les agences de santé et de services sociaux auront mis à jour leur plan d'action et leur programme de lutte contre le cancer.

Objectif 1.2	
Poursuivre la mise en place d'un réseau fonctionnel de lutte contre le cancer	
MESURES STRATÉGIQUES	<ol style="list-style-type: none"> 4. Finaliser la structure et le fonctionnement des réseaux régionaux de lutte contre le cancer En décembre 2008, l'accès à une équipe régionale sera chose faite pour toutes les régions. En mars 2010, les agences termineront la structure de leur réseau de soins et de services relatifs à la lutte contre le cancer. 5. Compléter la mise en place des équipes interdisciplinaires fonctionnelles dans chaque établissement impliqué dans la lutte contre le cancer En mars 2009, toutes les équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer seront en place et toutes les personnes atteintes de cancer y auront accès le plus près possible de leur milieu de vie. 6. Parfaire les ententes nécessaires en ce qui concerne les corridors de services entre la première ligne et les soins spécialisés et ultraspecialisés En mars 2012, 80 % des établissements auront de telles ententes.



Objectif 1.3

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

MESURES STRATÉGIQUES

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 désignation pour un mandat suprarégional

En décembre 2008, l'évaluation sera terminée.

8. Assurer la pérennité du processus d'évaluation des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer

En mars 2009, le cadre de référence sera terminé.

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, ce qui inclut notamment les mesures d'amélioration du *Programme québécois de dépistage du cancer du sein*

En 2008, le mécanisme sera expérimenté.

10. Optimiser le nombre d'infirmières pivots en oncologie

En mars 2009, chaque équipe interdisciplinaire de lutte contre le cancer devra avoir en son sein le nombre approprié d'infirmières pivots en oncologie.

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

En mars 2010, chaque équipe devra offrir un accès aux ressources de soutien eu égard aux besoins des personnes.

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

En mars 2009, un programme de formation sera en vigueur.

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	
MESURES STRATÉGIQUES	<p>13. Poursuivre l'organisation des campagnes sociétales et des activités de communication axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie</p> <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> <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> <p>16. Poursuivre la mise en œuvre des activités prévues au <i>Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2006 – 2010</i> :</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 <i>Loi sur le tabac</i> • activités de communication <p>17. Promouvoir le counseling sur les saines habitudes de vie et soutenir les intervenants</p>

Objectif 2.2	
Réduire l'exposition aux agents cancérigènes chimiques ou physiques présents dans l'environnement ou en milieu de travail	
MESURES STRATÉGIQUES	<p>18. Évaluer les risques de la présence dans l'environnement d'agents cancérigènes chimiques ou physiques pouvant conduire à des actions de contrôle des niveaux d'exposition</p> <p>19. Organiser des campagnes d'information sur les moyens efficaces pour protéger les enfants âgés entre 0 et 18 ans contre les rayons ultraviolets</p> <p>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</p> <p>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</p>



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

MESURES STRATÉGIQUES	<p>22. Assurer l'accès à la mammographie de dépistage conformément au <i>Programme québécois de dépistage du cancer du sein</i> aux deux ans pour les femmes âgées de 50 à 69 ans</p> <p>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</p> <p>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</p>
---------------------------------	---

Objectif 2.4

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

MESURE STRATÉGIQUE	<p>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</p>
-------------------------------	--

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	
MESURES STRATÉGIQUES	<p>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 En juin 2008, des critères d'accès auront été définis pour le cancer du sein, de la prostate, du poumon et le cancer colorectal. En 2010, les critères pour les autres cancers auront été définis.</p> <p>27. Poursuivre la planification des ressources humaines et matérielles en radio-oncologie et en héματο-oncologie en tenant compte du réseautage intra et inter RUIS En décembre 2007, le plan sera conçu en radio-oncologie. En décembre 2008, le plan sera conçu en héματο-oncologie.</p> <p>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 <i>Système de gestion de l'accès aux services (SGAS)</i> En mars 2008, 100% des centres utiliseront les outils développés. En décembre 2008, la banque centrale sera fonctionnelle.</p> <p>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 En décembre 2010, 90% des personnes médicalement prêtes seront traitées selon les normes établies.</p> <p>30. Favoriser l'utilisation d'un carnet de santé pour la personne atteinte de cancer, contenant toutes les informations cliniques pertinentes Novembre 2007 : élaboration de la version finale à la suite de l'expérimentation. Janvier 2008 à décembre 2009 : promotion et diffusion du carnet. Décembre 2009 : le carnet sera en utilisation partout au Québec.</p>

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	
MESURE STRATÉGIQUE	<p>31. Établir un processus de prise en charge des personnes atteintes de cancer par un médecin de famille dans chaque réseau local En 2010, le mécanisme de prise en charge sera établi.</p>



Objectif 3.3

Offrir des soins palliatifs de qualité à toute personne le nécessitant ainsi qu'à ses proches, sans égard à son âge et à sa maladie

MESURES STRATÉGIQUES

32. Dans tous les CSSS, maintenir et bonifier l'accessibilité aux personnes recevant des soins palliatifs à domicile aux services de base, 24 h sur 24 et 7 jours sur 7, suivants :

- un service téléphonique (avec mise à profit d'Info-Santé)
- les services médicaux
- les services infirmiers
- la couverture pharmaceutique avec trousse d'urgence
- les services de répit et de dépannage
- le matériel et les fournitures pour l'aide à domicile

En mars 2008, 100 % des CSSS offriront ce panier de services.

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

En mars 2009, un mécanisme clair de coordination sera mis en place.

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

En avril 2008, les critères seront définis et un processus de reconnaissance des maisons de soins palliatifs sera complété.

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

En mars 2008, le plan directeur sera conçu.

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

En 2010, il y aura au moins une unité par territoire de RUIS et une par établissement avec mandat régional.

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

En 2010, il y aura une équipe interdisciplinaire spécialisée en soins palliatifs par établissement avec mandat régional.

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

En 2012, il y aura au moins un centre ou un hôpital de jour par territoire de RUIS et par établissement avec mandat régional.

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

Mars 2010.

Objectif 3.4

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

MESURES STRATÉGIQUES	<p>40. Développer des modalités visant la consultation de la population et des personnes atteintes concernant l'organisation de l'offre de service en cancer Décembre 2008.</p> <p>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 D'ici 2008 et de façon continue par la suite.</p>
-----------------------------	--

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

MESURE STRATÉGIQUE	<p>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 En 2012, les liens seront opérationnels.</p>
---------------------------	--



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

MESURES STRATEGIQUES	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 En 2010.
	44. Créer un programme de formation continue en oncologie à l'intention des médecins de famille en collaboration avec les instances concernées En 2012.

Objectif 4.2

Promouvoir régionalement l'excellence des pratiques

MESURES STRATEGIQUES	45. S'assurer que l'équipe régionale assume ses responsabilités quant à la formation, au soutien, à la supervision et à l'évaluation Mars 2009.
	46. Faciliter l'accès à des comités de thérapie du cancer² dans chaque région Mars 2008.

2. Le Comité de thérapie du cancer est un comité décisionnel composé de chirurgiens, d'oncologues médicaux, de radio-oncologues, de pharmaciens et de pathologistes, eu égard à une décision de traitement pour un patient donné.

Objectif 4.3	
Encourager l'engagement des RUIS dans la lutte contre le cancer	
MESURES STRATÉGIQUES	<p>47. Créer des communautés de pratique soutenant la participation des équipes suprarégionales pour améliorer la qualité de la pratique en oncologie En 2009, la création des communautés de pratique par type de cancer sera terminée.</p> <p>48. Pour chaque territoire de RUIS, concevoir un plan d'action relatif aux priorités de ces Orientations qui soit adapté aux besoins des agences Mars 2009.</p> <p>49. Mettre sur pied des programmes de formation de base et continue destinés aux professionnels impliqués dans les soins et les services offerts aux personnes atteintes de cancer et à leurs proches (p. ex. : certification universitaire en soins infirmiers en oncologie, infirmières praticiennes en oncologie, formation des intervenants psychosociaux, des nutritionnistes et des pharmaciens, formation des futurs médecins eu égard à l'humanisation de l'annonce du diagnostic) Le travail se fera de façon continue.</p>

Objectif 4.4	
Favoriser l'adoption d'une pratique fondée sur des données probantes	
MESURES STRATÉGIQUES	<p>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 Le travail se fera de façon continue.</p> <p>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 Le travail se fera de façon continue.</p> <p>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) Le travail se fera de façon continue.</p> <p>53. Rédiger des guides de pratique clinique en soins infirmiers, établir des cadres de référence et évaluer leur appropriation par le milieu Le travail se fera de façon continue.</p>



Objectif 4.5

Encourager la prise en compte des enjeux reliés à la lutte contre le cancer dans les priorités des organisations impliquées dans la recherche sur le cancer

MESURE
STRATÉGIQUE

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
Le travail se fera de façon continue.

Objectif 4.6

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

MESURE
STRATÉGIQUE

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
Le travail est en cours.

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	
MESURES STRATÉGIQUES	<p>56. Déterminer et faire connaître aux établissements les cibles ministérielles quant à notamment l'accès aux soins et aux services d'investigation, de diagnostic et de traitements en matière de cancer Décembre 2008.</p>
	<p>57. Recueillir des données sur l'accessibilité aux soins et aux services et entreprendre les actions nécessaires pour respecter les cibles ministérielles Décembre 2009.</p>
	<p>58. Déterminer aux ententes de gestion divers indicateurs relatifs à l'accès, la qualité et l'efficacité Décembre 2009.</p>

Objectif 5.2	
Disposer de l'information nécessaire à une saine gestion des interventions en matière de lutte contre le cancer	
MESURES STRATÉGIQUES	<p>59. Mettre en place un registre québécois du cancer en améliorant la qualité et l'exhaustivité du <i>Fichier des tumeurs du Québec</i> Décembre 2007 : identification des variables du registre. Juin 2008 : choix des technologies. Décembre 2009 : disposer des ressources qualifiées, expérimentation et ajustements. Décembre 2010 : fonctionnalité du registre.</p>
	<p>60. Soutenir des projets d'évaluation ciblés tels que l'évaluation de l'impact du processus de désignation des équipes interdisciplinaires et l'effet de l'implantation et du fonctionnement de celles-ci sur la prise en charge des patients dans la trajectoire de soins et de services Décembre 2010.</p>

Conclusion

Les *Orientations prioritaires 2007 – 2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer* proposent des actions pour améliorer, de façon continue, la qualité globale du système québécois de soins et de services en matière de lutte contre le cancer. Elles visent notamment à appuyer les actions préventives et à favoriser une meilleure accessibilité et une approche de soins de qualité respectant à la fois la dignité des personnes, les attentes des personnes soignées et des intervenants, l'équité dans les services offerts dans un contexte où l'utilisation des ressources limitées doit être la plus efficiente possible.

Ces *Orientations* s'appuient sur le *Programme québécois de lutte contre le cancer*. À l'instar de ce programme, ces *Orientations* promeuvent des innovations comme le travail en équipe interdisciplinaire et font appel aux principaux concepts de gestion moderne (systèmes d'information efficaces, suivi des interventions, définition d'objectifs par rapport aux résultats, diffusion du savoir et implantation de normes de pratique et de normes de qualité). Travailler à toutes ces mesures garantira le maintien et le rehaussement de la qualité des services offerts en matière de lutte contre le cancer et de soins palliatifs.

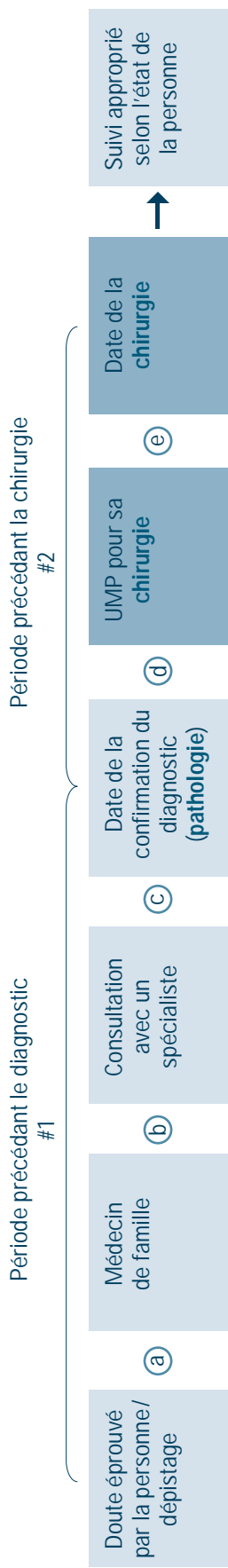
Pour mener à bien cette entreprise, l'équipe de la Direction de la lutte contre le cancer est heureuse de pouvoir compter sur un réseau de partenaires dévoués, incluant les communautés et ses aidants naturels.



Références

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Indice évolutif des taux standardisés de mortalité, 1981-2000, hommes. Fichier des tumeurs du Québec.* <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/santpub/tumeurs.nsf/cat?OpenView>, consulté en ligne le 22 mai 2007.
2. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Indice évolutif des taux standardisés de mortalité, 1981-2000, femmes. Fichier des tumeurs du Québec.* <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/santpub/tumeurs.nsf/cat?OpenView>, consulté en ligne le 22 mai 2007.
3. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Unifier notre action contre le cancer. Rapport de la démarche ministérielle visant l'amélioration de la gestion et de l'impact du Programme québécois de lutte contre le cancer.* 2004.
4. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe - Programme québécois de lutte contre le cancer. Comité consultatif sur le cancer.* <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1997/97-729-5.pdf>, consulté en ligne le 22 mai 2007. 1997: p. 185.
5. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Plan stratégique 2005-2010 du ministère de la Santé et des Services sociaux.* <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-717-01.pdf>, consulté en ligne le 22 mai 2007. 2005: p. 47.
6. Organisation mondiale de la santé, *Programmes nationaux de lutte contre le cancer. Politiques et principes gestionnaires.* <http://www.who.int/cancer/media/en/424.pdf>, consulté en ligne le 22 mai 2007. 1996: p. 25.
7. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Politique en soins palliatifs de fin de vie.* <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-828-02.pdf>, consulté en ligne le 22 mai 2007. 2004: p. 98.
8. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Normes en matière de soins palliatifs pédiatriques.* <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-902-05.pdf>, consulté en ligne le 22 mai 2007. 2006: p. 86.
9. Institut de la statistique du Québec, *Décès et taux de mortalité selon la cause, le sexe et le groupe d'âge, Québec.* http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/naisn_deces/index.htm#deces, consulté en ligne le 1^{er} mai 2007.
10. Société canadienne du cancer et Institut national du cancer du Canada, *Statistiques canadiennes sur le cancer 2007.* 2007, Toronto, Canada. 120 p.
11. Agence de santé publique du Canada, *Surveillance du cancer en direct.* http://dsol-smed.phac-aspc.gc.ca/dsol-smed/cancer/index_f.html, consulté en ligne le 2 mai 2007.
12. Berry, D. A., *et al.*, *Effect of screening and adjuvant therapy on mortality from breast cancer.* N Engl J Med, 2005. 353(17): p. 1784-1792.

Annexe I - La trajectoire d'accès aux soins en oncologie



PÉRIODE PRÉCÉDANT :

#1 le **diagnostic** : va de la date où la personne éprouve un doute et va consulter son médecin de famille, ou de la date d'obtention d'un résultat anormal à la suite d'un dépistage, jusqu'à la date de la confirmation du diagnostic par le pathologiste;

#2 la **chirurgie** : va de la date de la confirmation du diagnostic par le pathologiste jusqu'à la date de la chirurgie.

PÉRIODES DE SOINS ET INTERVALLES ENTRE LES DIFFÉRENTES ÉTAPES FRANCHIES PAR LE PATIENT :

- (a) Temps nécessaire à la consultation d'un médecin de famille : temps écoulé avant que la personne inquiète quant à son état de santé ou ayant reçu un résultat de dépistage anormal puisse obtenir une consultation avec son médecin de famille.
- (b) Temps nécessaire à l'orientation du patient vers un spécialiste : temps écoulé entre la demande de consultation par le médecin de famille et la visite au spécialiste.
- (c) Temps nécessaire à la confirmation du diagnostic par le pathologiste : temps écoulé entre la première visite au spécialiste et la date du rapport de pathologie.
- (d) Temps réservé aux consultations et aux examens additionnels : temps écoulé entre la date du rapport de pathologie et la date où l'utilisateur est médicalement prêt à subir sa chirurgie, qui correspond à la date de la requête opératoire.
- (e) Temps nécessaire pour obtenir une chirurgie : va de la date de la requête opératoire jusqu'à la date de la chirurgie.

UMP : **usager médicalement prêt** (patient qui a passé tous les examens nécessaires, dont le diagnostic a été établi et dont le chirurgien juge qu'il est prêt pour sa chirurgie)

Des normes relatives aux diverses périodes de soins et aux intervalles entre les différentes étapes que doit franchir le patient seront établies et comprendront des critères à appliquer en cas d'urgence.

La trajectoire d'accès aux soins en oncologie présente le cheminement de la plupart des personnes atteintes de cancer. Elle peut servir de référence en vue d'améliorer la continuité et la coordination des soins et des services.



Direction de la lutte contre **le cancer**