

À la recherche d'une plus grande performance  
dans la lutte contre le cancer au Québec

3e Séminaire de l'OISSS  
Québec, 1<sup>er</sup> et 2 décembre 2011

Antoine Loutfi MD, FRCSC, FACS  
Directeur  
Direction Québécoise du Cancer

# Comment ?

S'assurer qu'une amélioration de la performance se traduit nécessairement par des soins et des services qui répondent **aux besoins des personnes** atteintes de cancer et ceux de leurs proches aidants ?

# Mission

Orienter, encadrer, coordonner et soutenir les activités de lutte contre le cancer pour répondre aux **besoins** de **la population**

# Vision

Mettre en place un **réseau intégré** qui assure l'excellence dans les soins et services de la promotion de la santé jusqu'aux soins palliatifs de fin de vie, incluant la recherche

Est-ce que notre plan d'action est capable de

« Réaliser des améliorations significatives  
dans l'offre de soins et de services »

# Comment ?

- Programme/Orientations Prioritaires/**plan d'action**
- Appropriation des objectifs par les partenaires  
« buy in »
- Définir des cibles: les échéanciers pour les atteindre  
et les leviers pour livrer
- Reporter les résultats

# Comment ?

## 1. Plan d'action

- centré sur le patient et ses besoins;
- populationnel;
- avec des soins et des services continus.

2. Stratégies pour **améliorer** la performance.

3. Stratégies pour **mesurer** cette performance et les résultats pour le patient.

# 1. Plan d'action

1.1 Une approche **centrée sur le patient**, et englobant le continuum des soins et des services:

- promotion des saines habitudes de vie;
- prestation de services de qualité, efficaces;
- soins palliatifs.



# 1. Plan d'action

## 1.2 Une approche **populationnelle**,

- promotion des saines habitudes de vie;
- prévention;
- dépistage.

# 1. Plan d'action

- 1.3 Une approche **continue**,  
prestation de services :
- de qualité, efficients;
  - intégrés et hiérarchisés;
  - avec un soutien continu et adapté à ses besoins et à ceux de ses proches incluant les soins palliatifs.

## 2. Stratégies pour améliorer la performance

### 2.1 Arrimage avec les priorités de santé publique

- Intégration de la promotion des saines habitudes de vie dans les programmes de lutte contre le cancer: tabagisme/obésité/exercice/diète
- Arrimage des actions et priorités de santé publique dans les programmes de dépistage du cancer: PQDCS/PQDCCR/cancer du col de l'utérus

## 2. Stratégies pour améliorer la performance

2.2 Priorités régionales et locales en conformité avec les orientations du Programme Cancer.

- Travail en interdisciplinarité
- L'infirmière pivot en oncologie
- Comités interdisciplinaires de thérapie (CTC)
- Gestion standardisée de l'accès

## 2. Stratégies pour améliorer la performance

### 2.3 Implication des partenaires, et encadrement clinique et administratif

- Guides de pratique: CÉPO
- Cibles d'accès en fonction de priorités médicales
- Normes cliniques en coloscopie
- Normes d'assurance qualité en pathologie
- Guide d'évaluation initiale du patient (soins infirmiers)
- Modalités d'encadrement des maisons de soins palliatifs

### 3. Stratégies pour mesurer la performance

Cibles ministérielles à atteindre,  
ententes de gestion

Processus de désignation des équipes

# La désignation d'équipes interdisciplinaires par niveau d'expertise.

Pour soutenir l'implantation d'un **processus de changement** dans la prestation des soins et des services centrés sur les besoins du patient tout au long de sa trajectoire.

# Nombre d'équipes interdisciplinaires

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

Source : DQC, Rapport d'activité 2010-2011 de la Direction de la lutte contre le cancer



### 3. Stratégies pour mesurer la performance

- Évaluation des programmes de prévention/dépistage

# Le pourcentage de fumeurs au Québec selon le sexe de 2005 à 2010

	2005	2007	2008	2009	2010
Hommes	25,4	27,5	25,5	23,8	26,7
Femmes	23,4	22,8	21,2	21,2	20,0
<b>Population du Québec</b>	24,4	25,1	23,3	22,5	23,3

**Note** : Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré qu'elles fumaient.

**Source** : Statistique Canada, CANSIM, tableau [105-0501](#) et produit n° [82-221-X](#) au catalogue.

Dernières modifications apportées : 2011 -06-21.

# Le taux de participation au PQDCS depuis 2005

	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Taux de participation (%)</b> (cible $\geq$ 70%)	49,4	51,1	53,1	54,8	56,4
<b>Taux de couverture (%)</b>	64,1	65,8	67,1	67,3	67,9
<b>Nombre de dépistages</b>					
□ Examen initial	60 240	61 056	61 136	61 005	62 379
□ Examen subséquent	177 299	192 161	201 483	223 606	242 526

Source : INSPQ, Tableau de bord : indicateurs de performance du PQDCS (15 février 2011)

### 3. Stratégies pour mesurer la performance

- Évaluation du travail en concertation interdisciplinaire, pour fournir des soins basés sur les données probantes

CTC

# Évaluation du travail interdisciplinaire

	<b>2008-2009</b>	<b>2009-2010</b>	<b>2010-2011</b>
<b>Accès au CTC</b>	<b>47%</b>	<b>60%</b>	<b>60%</b>

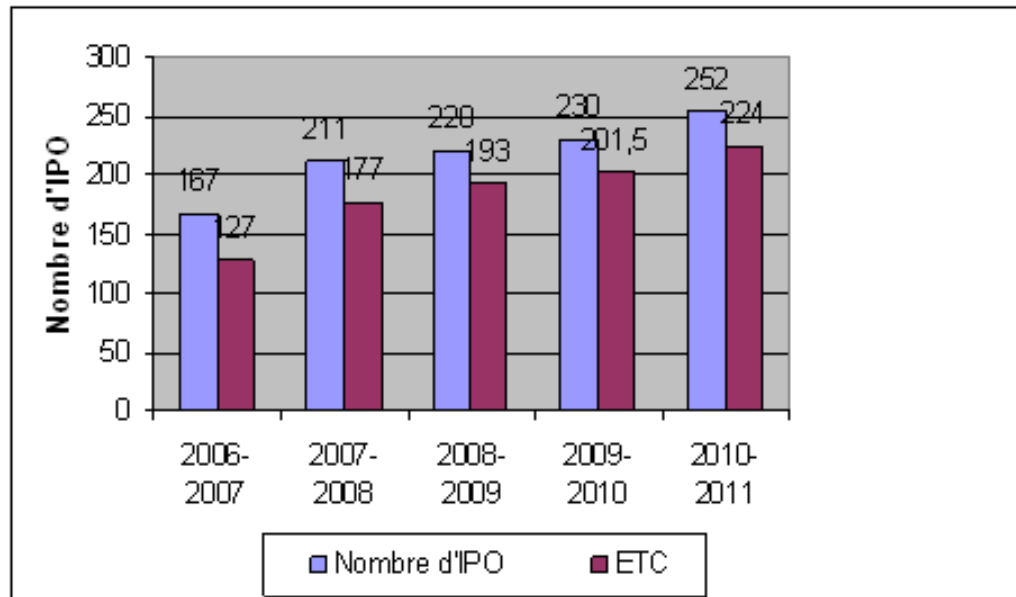
Source : DQC, Rapport d'activité 2010-2011 de la Direction de la lutte contre le cancer

### 3. Stratégies pour mesurer la performance

- Évaluation du soutien offert en continuité par l'infirmière pivot en oncologie
  - Capacité en ressources humaines;
  - Accessibilité;
  - Fonctionnement.

# Infirmières Pivot en oncologie capacité en ressources humaines

## Évolution du nombre réel d'IPO et du nombre de postes ETC



Source : DQC, Rapport d'activité 2010-2011 de la Direction de la lutte contre le cancer

# Infirmières pivot en oncologie

## Accessibilité

Indicateur d'accès à l'IPO en dedans de 48h du diagnostic de cancer:

pourcentage de patients ayant été contactés par une IPO en dedans de 48h



# Infirmières pivot en oncologie

## fonctionnement

- Pourcentage de complétude par l'IPO de l'évaluation standardisée du patient et de ses besoins;
- Évaluation de la charge de travail de l'infirmière pivot

### 3. Stratégies pour mesurer la performance accès en radiothérapie

#### 1. Définition des priorités médicales:

Adoption des délais d'accès en fonction de ces priorités

Appropriation par le Collège des médecins, l'Association des radio-oncologues et par la Direction du Cancer au MSSS (2005)

#### 2. Définition de la cible d'accès:

Février 2006 : 90% des patients médicalement prêts devront être traités au plus tard quatre semaines après la date UMP

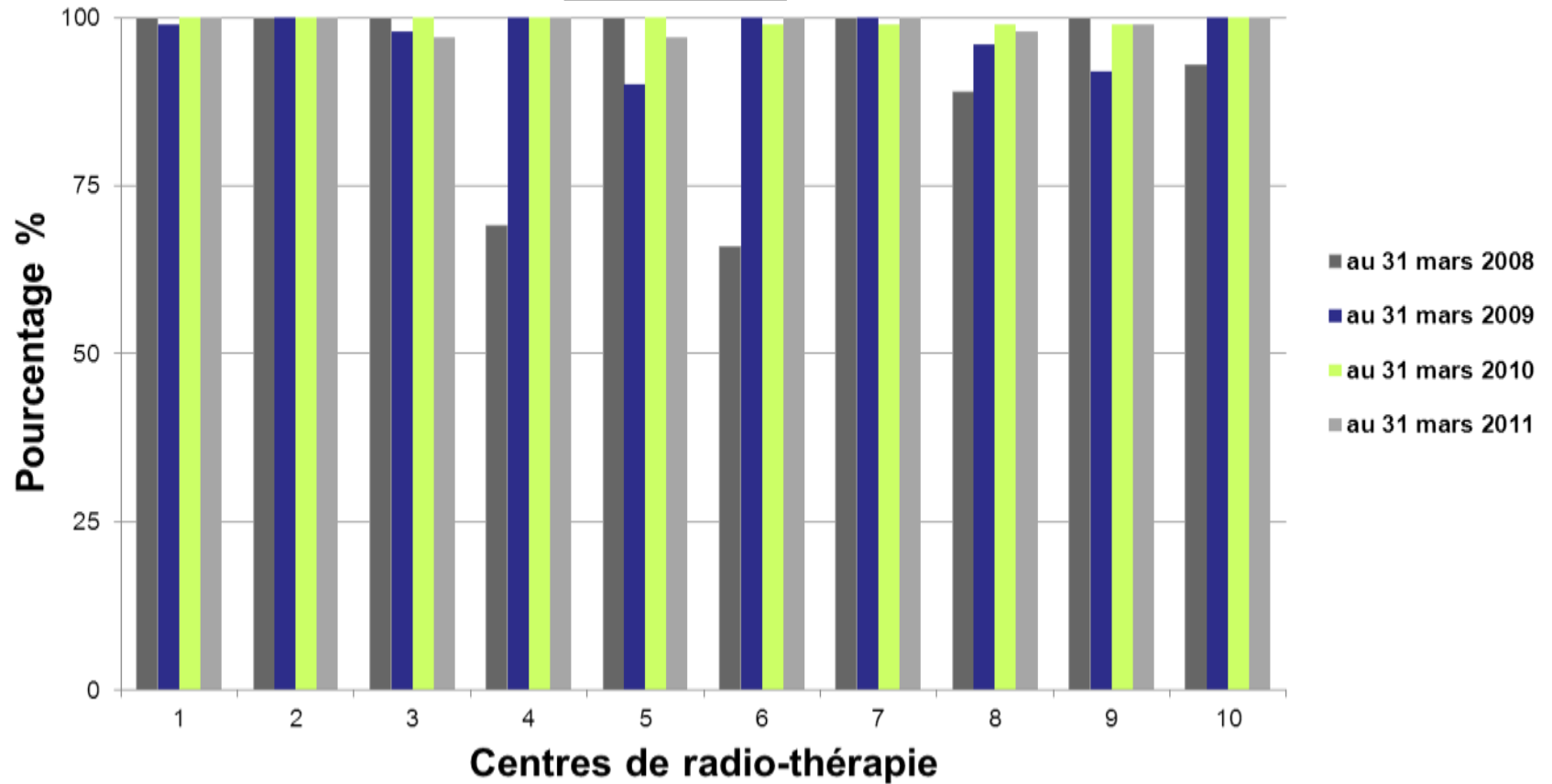
#### 3. Planification des ressources humaines et matérielles:

Implantation d'un mécanisme d'encadrement pour optimiser l'accès

**Tableau 1.**

**% des patients traités en moins de 4 semaines**  
(au 31 mars de chaque année, pour chaque centre de radio-thérapie)

**CIBLE À 90 %**

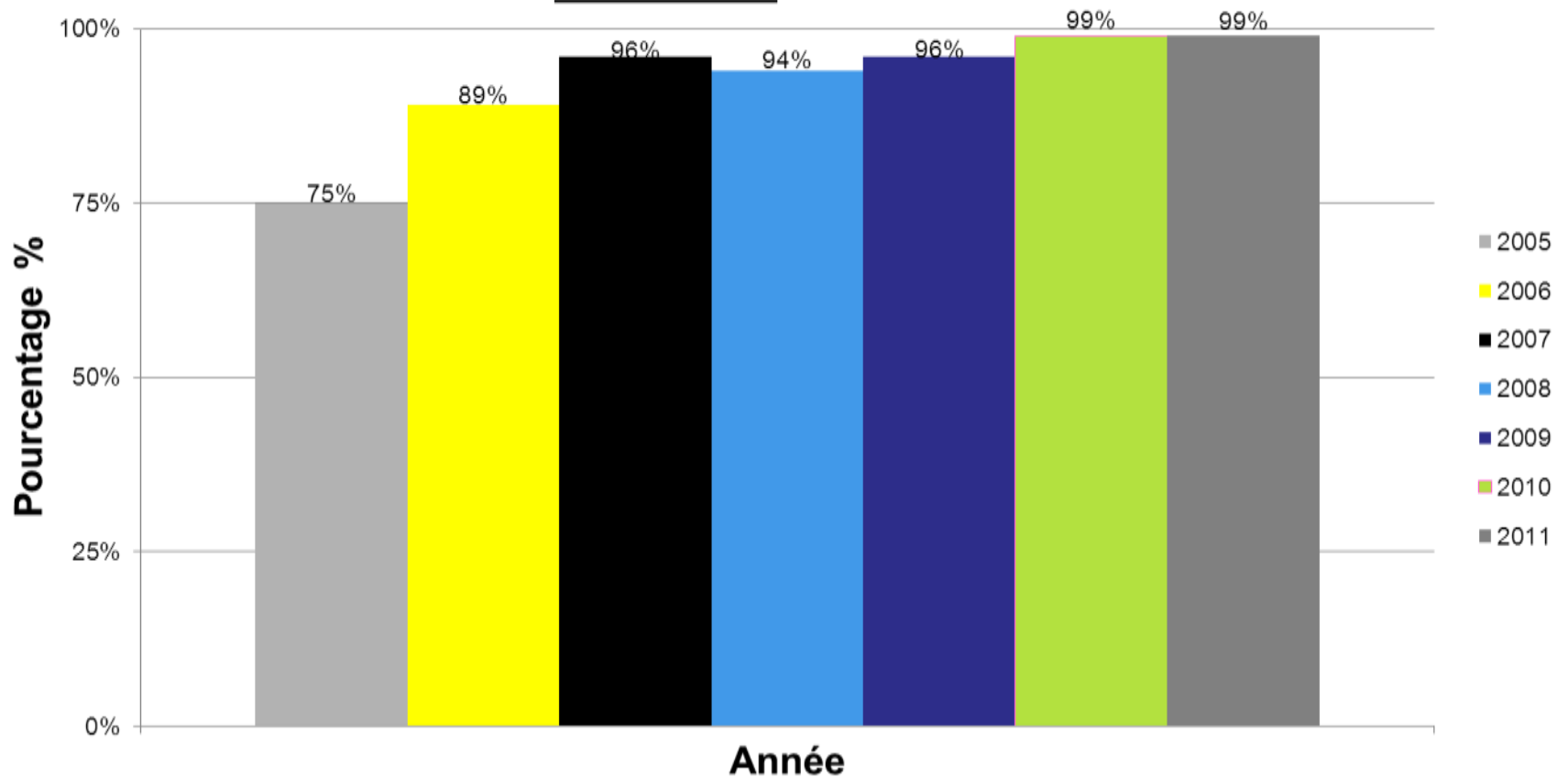


Source : Logiciel SGAS (Système de gestion de l'accès aux services).

**Tableau 2.**

**% des patients traités en moins de 4 semaines**  
(au 31 mars de chaque année, moyenne de tous les centres de radio-thérapie)

**CIBLE À 90 %**



Source : Logiciel SGAS (Système de gestion de l'accès aux services).

# Accès en radio-oncologie au Québec

Au 31 mars 2011, **99%** des patients en attente pour la radio-oncologie sont traités dans un délai n'excédant pas **quatre semaines** après la date où l'utilisateur est considéré médicalement prêt

## Services de base en soins palliatifs à domicile offerts par les csss

<b>Accès à</b>	<b>2009- 2010</b>	<b>2010- 2011</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>
une équipe à domicile	78	81
une trousse pharm.24/7	72	76
un médecin de garde 24/7	81	80
une infirmière 24/7	97	96
enregistrement de plus que 90% à Info-santé	87	87
au matériel en dedans de 48h	99	99

## Nombre de lits dédiés aux soins palliatifs

	2008-2009	2009-2010	2010-2011
nombre de lits	557	615	659
<b>cible 1/10,000</b>	769	788	788
atteinte de la cible	72%	78%	<b>84%</b>
écart	212	173	129

# Conclusion

- engager tous les partenaires
  - travail en **interdisciplinarité** (changement de culture/encadrement)
- faciliter le travail en concertation autour du patient
  - **CTC** et utilisation de la télémédecine
  - en **continu**:
    - IPO
    - Transition de soins



# Conclusion

- clarifier les attentes et les **cibles**:
  - ententes de gestion
- mesurer les **résultats** et les reporter:
  - infrastructures informatiques

# Conclusion

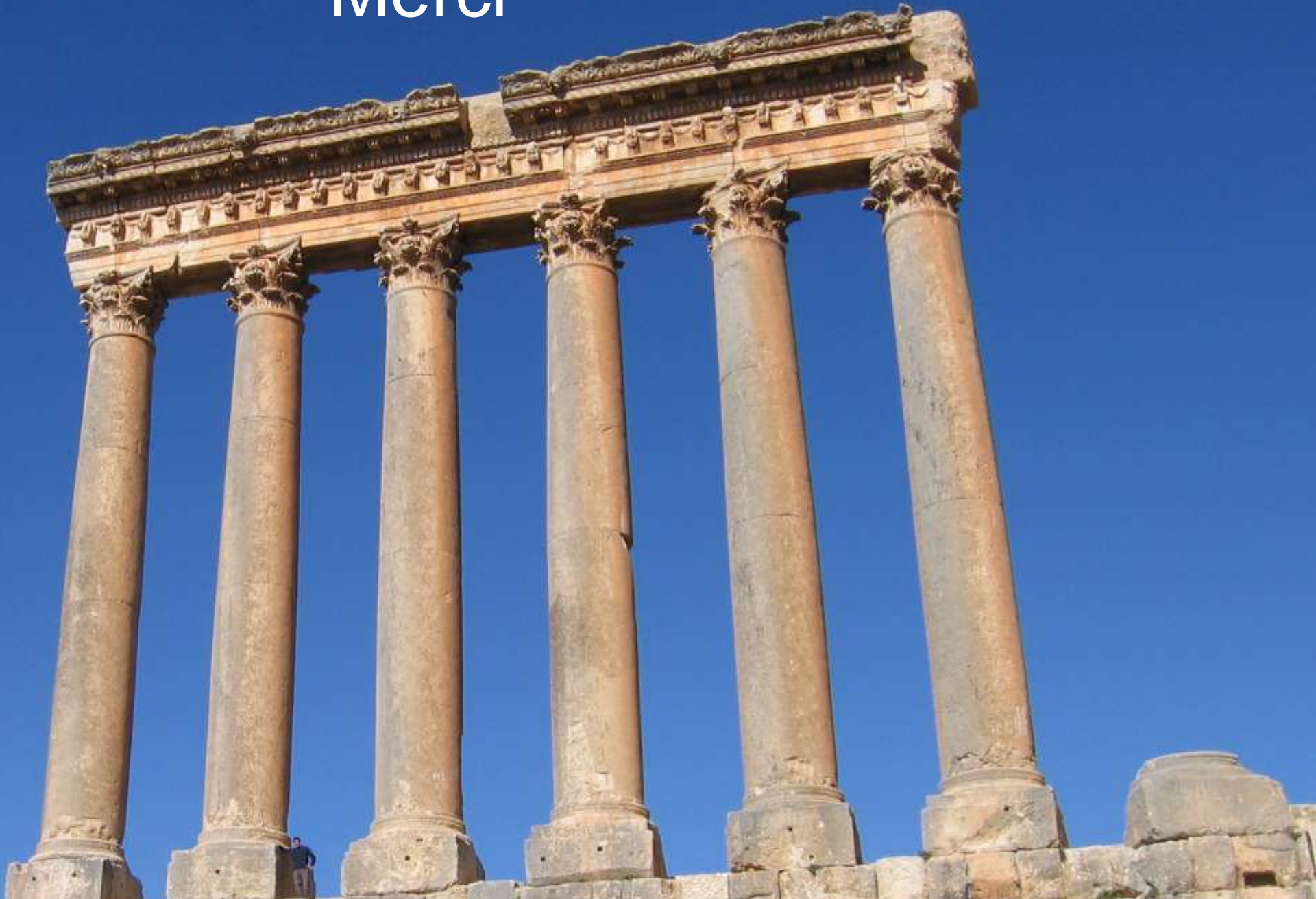
Seulement mesurer, n'est pas assez pour amener l'amélioration,

“you can't make pigs fatter, just by measuring them”

anonymous

Il faudra agir

Merci



**[msss.gouv.qc.ca/cancer](https://msss.gouv.qc.ca/cancer)**