

## L'INESSS, la force de la connaissance dans la collaboration

*Programme québécois de cancérologie –  
Congrès virtuel 24 novembre 2022  
Ensemble, en réseau, pour vaincre le cancer*

Jim Boulanger, Ph. D, coordonnateur Unité d'évaluation en cancérologie  
Évaluation et pertinence des modes d'intervention en santé

**Institut national  
d'excellence en santé  
et en services sociaux**

**Québec** 

# Productions

Avis  
Lignes directrices  
États des connaissances  
Algorithmes



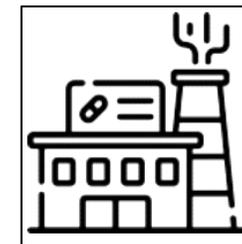
Algorithmes



Évaluation en contexte réel



Évaluation des nouveaux médicaments



# UNITÉ EN CANCÉROLOGIE



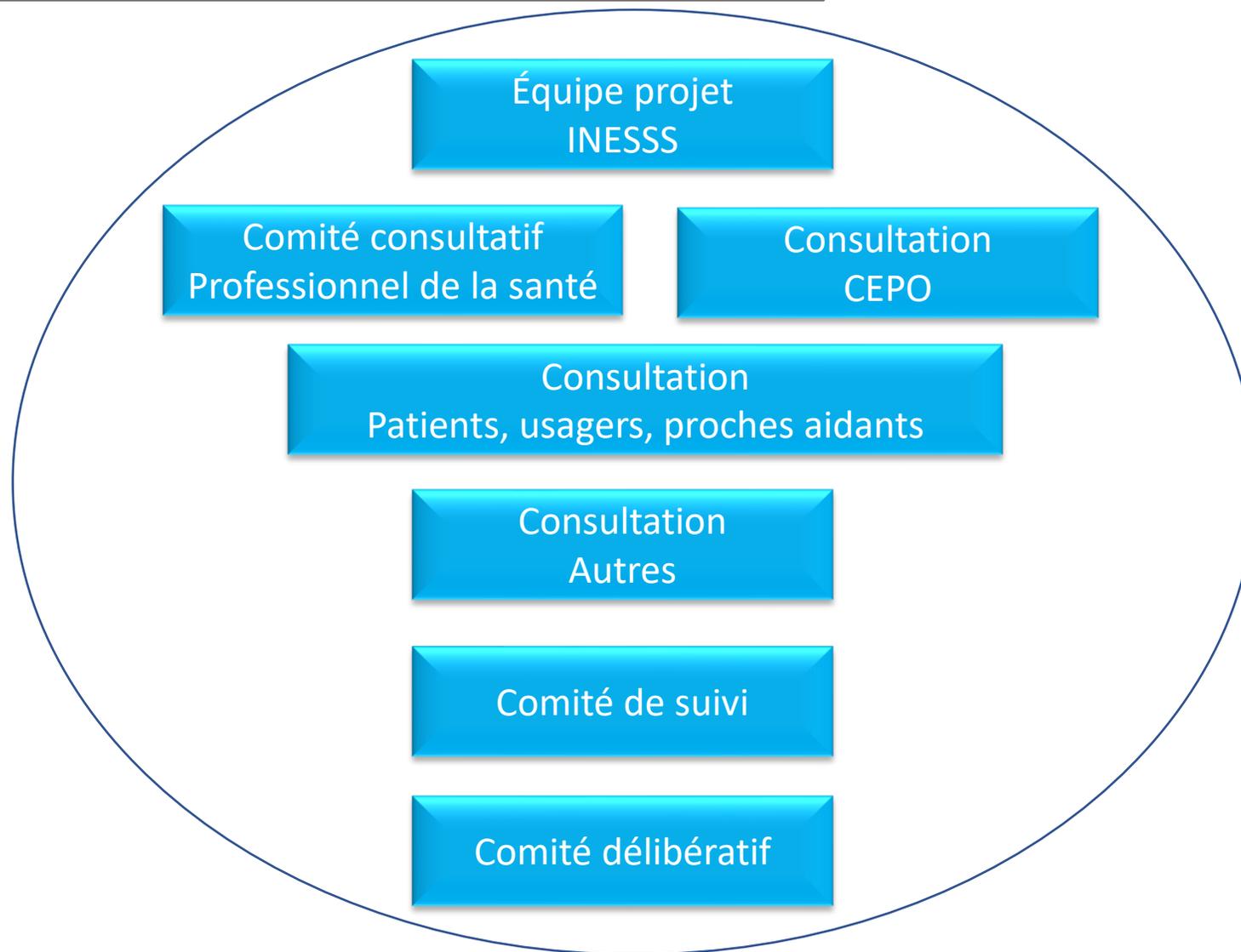
# IMPORTANCE DES CONTRIBUTIONS MULTIPLES

## Professionnels de la santé

Savoirs cliniques et organisationnels issus d'une formation médicale et d'un apprentissage clinique; savoirs expérientiels issus d'une prestation de soins et services (de santé ou sociaux)

## Patients, Usagers, proches aidants

Savoirs expérientiels d'une maladie, d'un état ou de l'utilisation d'un continuum de soins et services (de santé ou sociaux) par soi ou par une personne significative



## Autres parties prenantes

Gestionnaires, représentants d'association professionnelle ou de patients, chercheurs, fabricants, médias, citoyens, etc.

# MICROCHIRURGIES ET LYMPHŒDÈME (12 JUIN 2022)



Experts



Patients



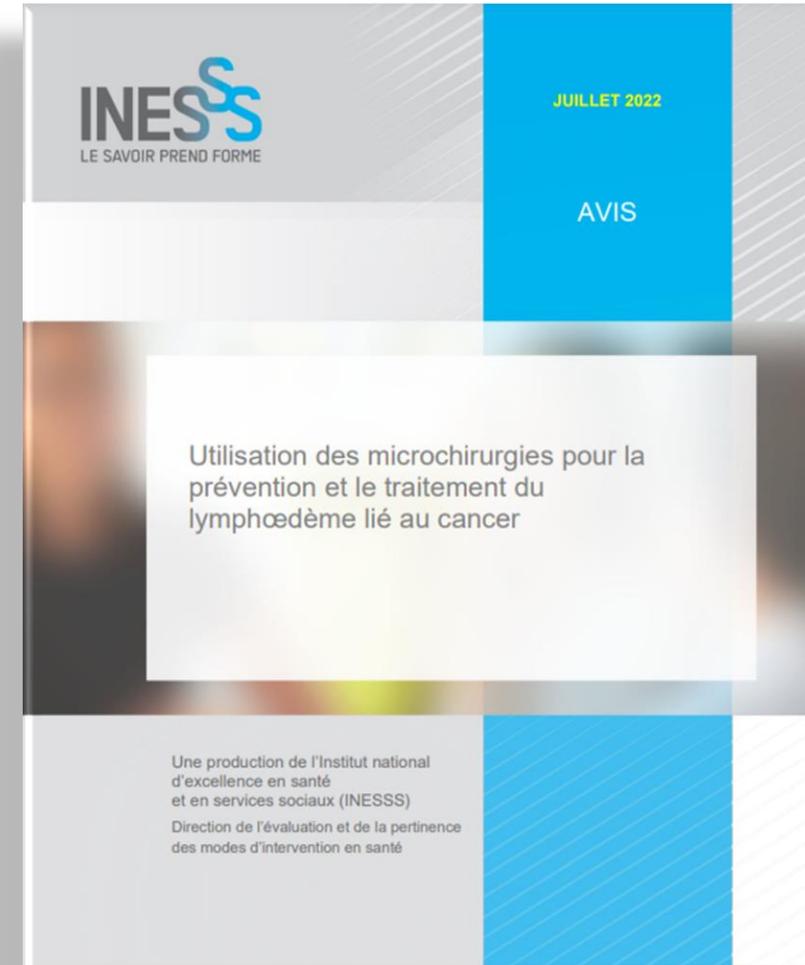
Données



Recommandations

L'INESSS est en faveur du développement de la pratique des microchirurgies thérapeutiques, soit l'anastomose lymphoveineuse et le transfert de ganglions lymphatiques vascularisés, pour le traitement du lymphœdème lié spécifiquement au cancer du sein.

L'INESSS ne soutient pas le développement d'une pratique systématisée et élargie des microchirurgies pour la prévention du lymphœdème lié au cancer du sein.



# DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS ET PRISE EN CHARGE DES LÉSIONS PRÉCANCÉREUSES (EN COURS)

**INESSS**  
LE SAVOIR PREND FORME

JUN 2017

ÉTAT DES CONNAISSANCES

Comparaison des stratégies de dépistage du cancer du col de l'utérus avec le test de détection des virus du papillome humain (test VPH) ou la cytologie gynécologique (test Pap)

Une production de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)  
Direction de l'évaluation et de la pertinence des modes d'intervention en santé

Québec

**INESSS**  
LE SAVOIR PREND FORME

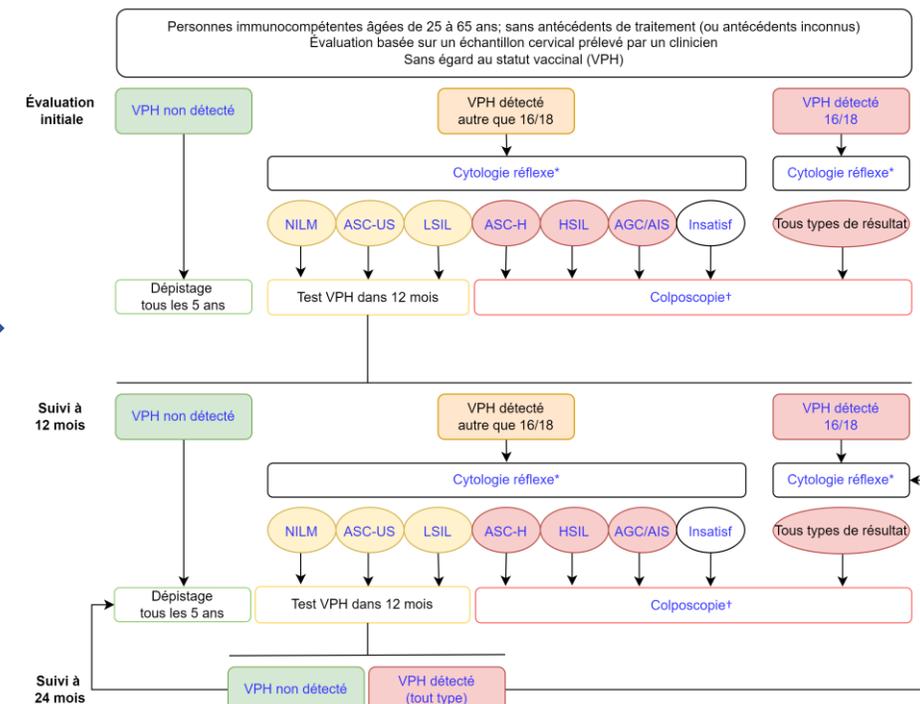
JANVIER 2022

AVIS

Dépistage du cancer du col de l'utérus au Québec : recommandations pour l'implantation du test de détection des virus du papillome humain (test VPH) comme test de dépistage primaire

Une production de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)  
Direction de l'évaluation et de la pertinence des modes d'intervention en santé

Québec



Sensibilité test VPH > cytologie  
Spécificité test VPH < cytologie

Dépistage avec le test VPH : 25 à 65 ans  
Intervalles de dépistage : 5 ans  
VPH16/18 orientés directement en colposcopie  
VPH (autre que 16/18) triés par cytologie  
Sans égard au statut vaccinal individuel

Faciliter la gestion des résultats de dépistage  
Encadrer la pratique de la colposcopie et la prise en charge subséquente.

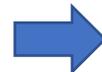
# CARACTÉRISATION COHORTE CANCER DU POUMON À PARTIR DES DONNÉES CLINICO-ADMINISTRATIVES

**INESSS**  
LE SAVOIR PREND FORME

**OCTOBRE 2021**

**ÉTAT DES PRATIQUES**

Création et caractérisation d'une cohorte québécoise de patients atteints d'un cancer du poumon à l'aide de données clinico-administratives



**INESSS**  
LE SAVOIR PREND FORME

**JUIN 2022**

**ÉTAT DES PRATIQUES**

Utilisation en contexte québécois des inhibiteurs de la tyrosine kinase du récepteur du facteur de croissance épidermique (EGFR) pour le traitement du cancer du poumon

Une production de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)  
Direction de l'évaluation et de la pertinence des modes d'intervention en santé

Statistiques	Ensemble du Québec	Femmes ♀	Hommes ♂
Nombre de nouveaux cas (2016)	9 732	4 823	4 909
Nombre de décès par cancer du poumon (2016)	6 487	3 265	3 222
Nombre de décès toute cause <sup>1</sup> (2016)	8 078	3 640	4 438
Taux d'incidence normalisé selon l'âge (2014-2016; nombre de cas pour 100 000 personnes)	104,6	95,4	119,1
Taux de mortalité par cancer du poumon normalisé selon l'âge (2014-2016; nombre de décès pour 100 000 personnes)	69,6	58,6	85,7
Taux de mortalité toute cause normalisé selon l'âge (2014-2016; nombre de décès pour 100 000 personnes)	85,8	71,2	107,1
Survie globale médiane ajustée en fonction de l'âge (diagnostic en 2014-2016) <sup>2</sup>	12,3 mois	14,9 mois	10,4 mois
Taux de survie globale à 5 ans ajusté en fonction de l'âge (diagnostic en 2014-2016) <sup>2</sup>	24,1 %	27,4 %	21,1 %

1. Le nombre total comprend 13 patients pour qui l'information sur le sexe n'est pas connue.  
2. Taux de survie globale à 5 ans ajusté en fonction de l'âge (diagnostic en 2014-2016).  
Source: Institut de la statistique du Québec.

Une production de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)  
Direction de l'évaluation et de la pertinence des modes d'intervention en santé

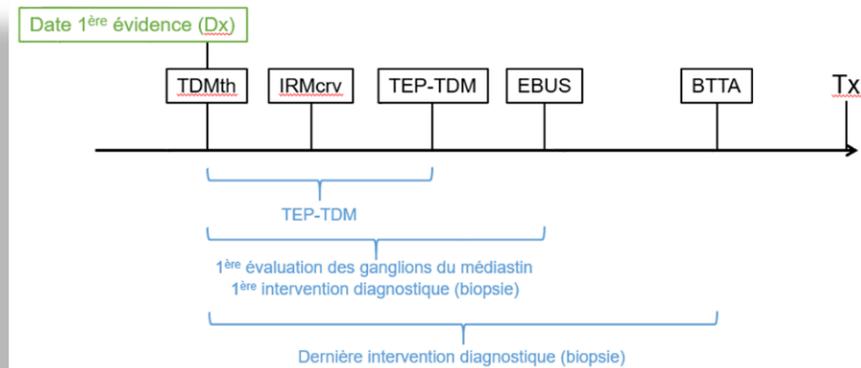
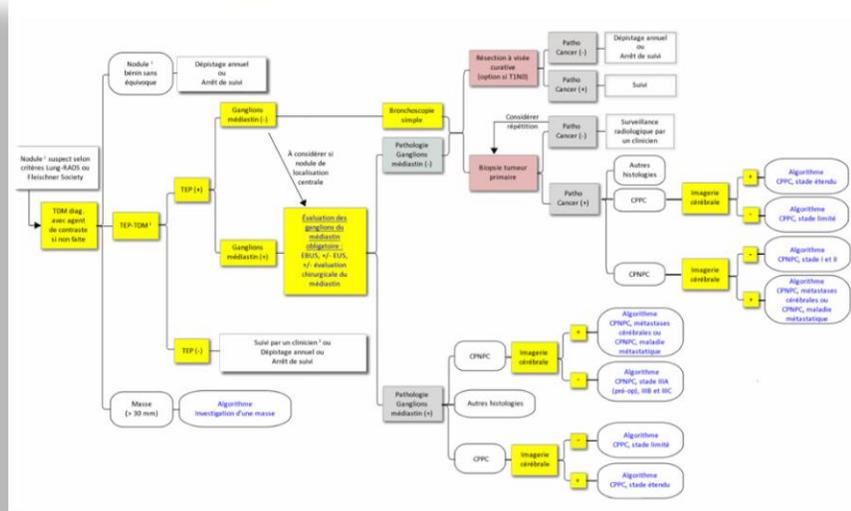
Année	Nombre de nouveaux utilisateurs
2011-2012	6
2012-2013	26
2013-2014	40
2014-2015	66
2015-2016	80
2016-2017	88
2017-2018	80
2018-2019	70

Survie globale	Québec
Médiane	14,9 mois / 16,3 - 21,9 mois
Taux à 6 mois	82,9 % / 79,5 % - 86,4 %
Taux à 1 an	66,5 % / 62,3 % - 71,1 %
Taux à 2 ans	42,6 % / 38,0 % - 47,9 %
Survie médiane (mois)	29,4 mois

Nombre à risque (nombre cumulé de censeurs): 417 (0), 277 (06), 132 (87), 52 (131), 22 (147), 8 (157), 2 (186)

# CARACTÉRISATION COHORTE CANCER DU POUMON À PARTIR DES DONNÉES CLINICO-ADMISTRATIVES (VOLET 3)

1.3.1 Investigation d'un nodule pulmonaire suspect



1 Radiographie - poumon/thorax	1 Radiographie - poumon/thorax
2 TDM - thorax	2 TDM - thorax
3 TDM - thorax et abdomen	2 TDM - thorax
4 IRM - thorax	3 IRM - thorax
5 TEP-TDM	4 TEP-TDM
6 Échographie - abdomen	5 Imageries - abdomen/pelvis
7 TDM - abdomen	5 Imageries - abdomen/pelvis
8 TDM - abdomen et pelvis	5 Imageries - abdomen/pelvis
9 TDM - pelvis	5 Imageries - abdomen/pelvis
10 IRM - abdomen	5 Imageries - abdomen/pelvis
11 IRM - colonne	6 Imageries - os
12 Scintigraphie osseuse	6 Imageries - os
13 IRM cérébrale	7 Imageries - cerveau
14 TDM cérébrale	7 Imageries - cerveau
15 Bronchoscopie excluant l'EBUS linéaire	8 Interventions diagnostiques non chirurgicales
16 EBUS linéaire	8 Interventions diagnostiques non chirurgicales
17 EUS	8 Interventions diagnostiques non chirurgicales
18 Médiastinoscopie/médiastinotomie	9 Interventions diagnostiques chirurgicales
19 Thoracoscopie / thoracotomie	9 Interventions diagnostiques chirurgicales
21 Biopsie transthoracique	10 Biopsie transthoracique
20 Ponction pleurale	11 Biopsie - site à distance
22 Biopsie - rétropéritone (incluant surrénale)	11 Biopsie - site à distance
23 Biopsie - foie	11 Biopsie - site à distance
24 Biopsie - os	11 Biopsie - site à distance
25 Chirurgie exploratoire - SNC	11 Biopsie - site à distance
26 Biopsie - ganglions (hors thorax)	11 Biopsie - site à distance
27 Épreuves respiratoires	12 Épreuves respiratoires

# INJECTIONS DE VITAMINE C (31 MAI 2022)



Experts



Patients



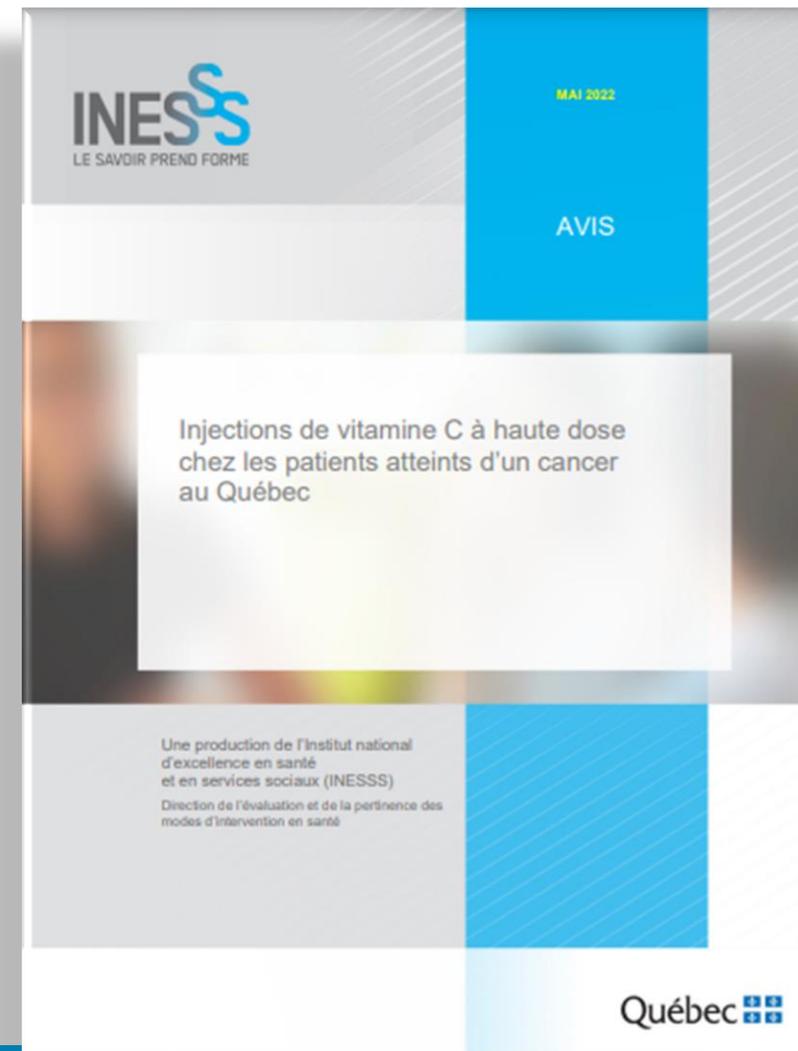
Données



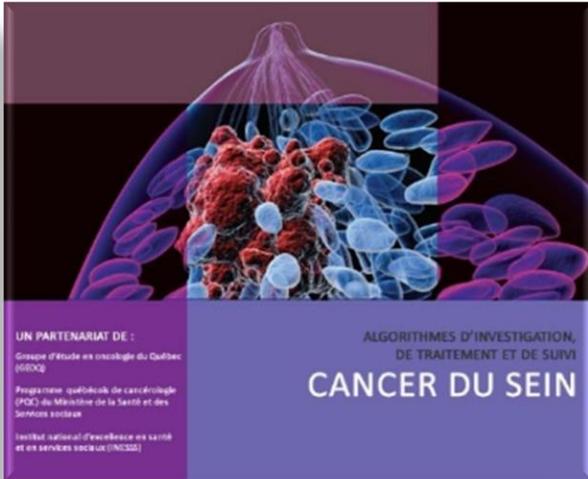
Recommandations



.... l'INESSS est d'avis que la vitamine C à haute dose ne devrait pas être offerte aux personnes atteintes de cancer, quelle que soit la visée thérapeutique recherchée.



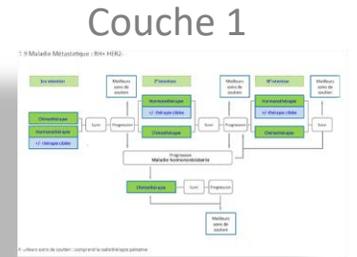
# ALGORITHMES DE TRAITEMENT



Irradiation partielle à la suite d'une chirurgie conservatrice du sein  
 Traitement de la maladie métastatique  
 Traitement néoadjuvant  
 Traitement adjuvant  
 Traitements métastatiques (mise à jour en continu)



CPPC (couche 2, mise à jour)  
 Traitement de la maladie systémique : MET réarrangé  
 Traitement adjuvant  
 Segmentectomie vs lobectomie  
 Traitements métastatiques (mise à jour en continu)



### Couche 2

#### 2.9.2 Hormonothérapie de première intention

Chez les patientes **non ménopausées** qui présentent un cancer du sein hormonosensible (HS), HER2, les options de traitement de première intention incluent **(détails)**:

- le tamoxifène avec ou sans une SFO (agoniste de la LHRH ou ablation par oophorectomie);
- la combinaison d'un IA avec une SFO.

### Couche 3

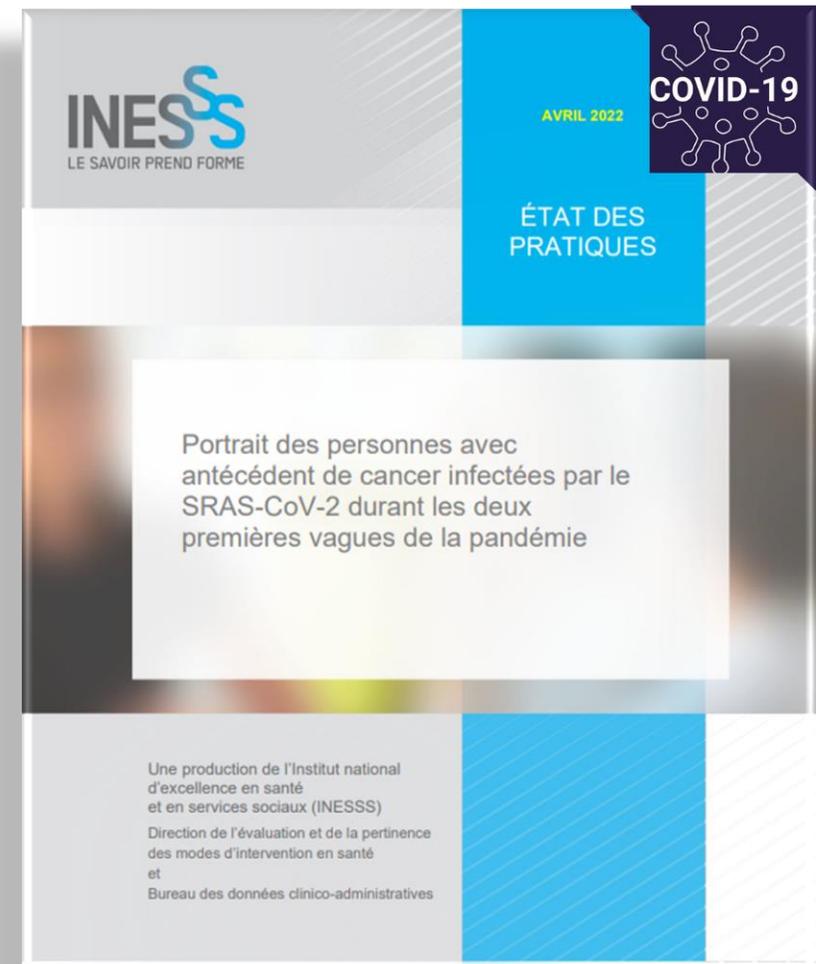
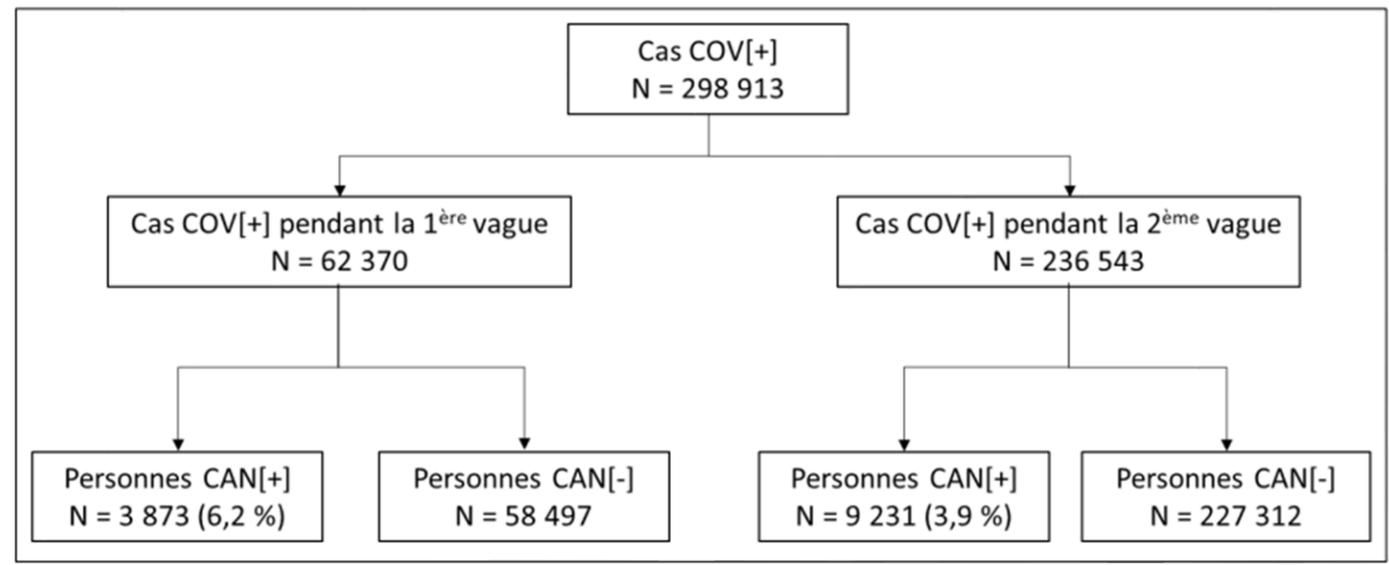
Notes des auteurs

Les données présentées dans ce guide de pratique clinique ont été obtenues à partir d'études cliniques randomisées contrôlées (ERC) qui ont évalué l'efficacité et la sécurité des médicaments de première intention pour le traitement des patientes non ménopausées atteintes d'un cancer du sein hormonosensible (HS) avec un statut HER2 positif ou négatif. Les données présentées dans ce guide de pratique clinique ont été obtenues à partir d'études cliniques randomisées contrôlées (ERC) qui ont évalué l'efficacité et la sécurité des médicaments de première intention pour le traitement des patientes non ménopausées atteintes d'un cancer du sein hormonosensible (HS) avec un statut HER2 positif ou négatif. Les données présentées dans ce guide de pratique clinique ont été obtenues à partir d'études cliniques randomisées contrôlées (ERC) qui ont évalué l'efficacité et la sécurité des médicaments de première intention pour le traitement des patientes non ménopausées atteintes d'un cancer du sein hormonosensible (HS) avec un statut HER2 positif ou négatif.

Essai	Caractéristiques	Régime	Résultat principal	Résultat secondaire	Autres observations
ATLAS	Population: 1000 patientes non ménopausées atteintes d'un cancer du sein hormonosensible (HS) avec un statut HER2 positif.	Armée A: Tamoxifène + SFO (agoniste de la LHRH ou ablation par oophorectomie). Armée B: Tamoxifène seul.	Survie globale (HR: 0,88 [0,78-0,99]).	Qualité de vie (HR: 0,88 [0,78-0,99]).	HR: 0,88 [0,78-0,99].
ATLAS-2	Population: 1000 patientes non ménopausées atteintes d'un cancer du sein hormonosensible (HS) avec un statut HER2 négatif.	Armée A: Tamoxifène + SFO (agoniste de la LHRH ou ablation par oophorectomie). Armée B: Tamoxifène seul.	Survie globale (HR: 0,88 [0,78-0,99]).	Qualité de vie (HR: 0,88 [0,78-0,99]).	HR: 0,88 [0,78-0,99].

# PORTRAIT DES PERSONNES AVEC ANTÉCÉDENT DE CANCER INFECTÉES PAR LE SRAS-COV-2 DURANT LES DEUX PREMIÈRES VAGUES DE LA PANDÉMIE

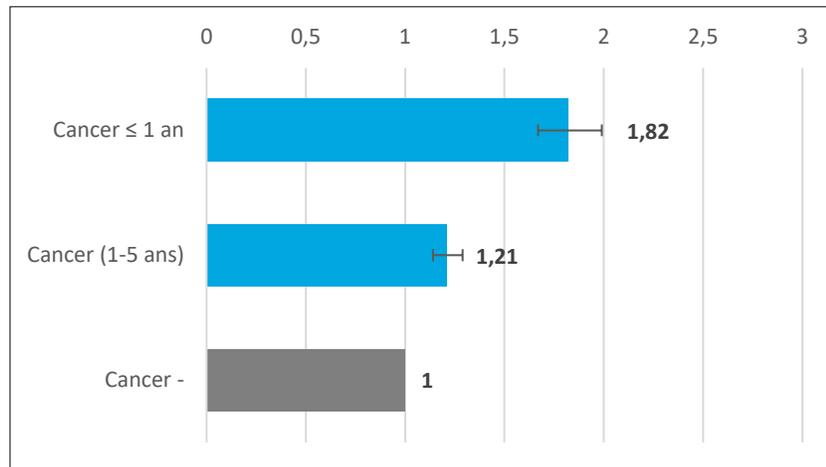
**Figure 4** Nombre de cas COV[+] selon les vagues et selon l'antécédent de cancer (1<sup>er</sup> mars 2020-20 mars 2021)



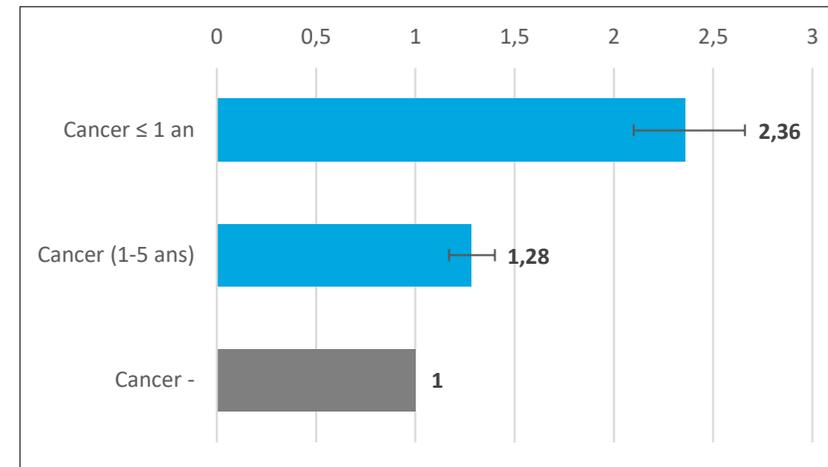
# PORTRAIT DES PERSONNES AVEC ANTÉCÉDENT DE CANCER INFECTÉES PAR LE SRAS-COV-2 DURANT LES DEUX PREMIÈRES VAGUES DE LA PANDÉMIE

Risque d'hospitalisation et de décès chez les cas coV[+] – antécédent cancer

Hospitalisation



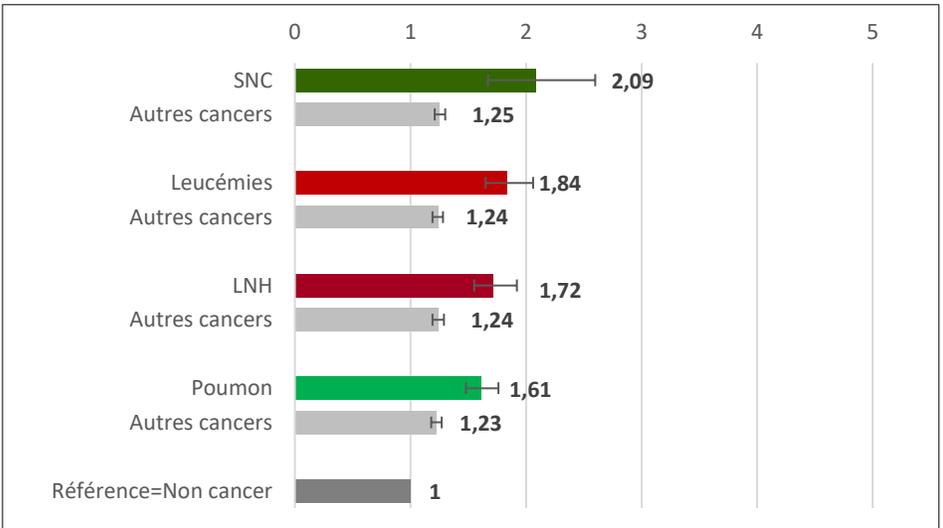
Décès



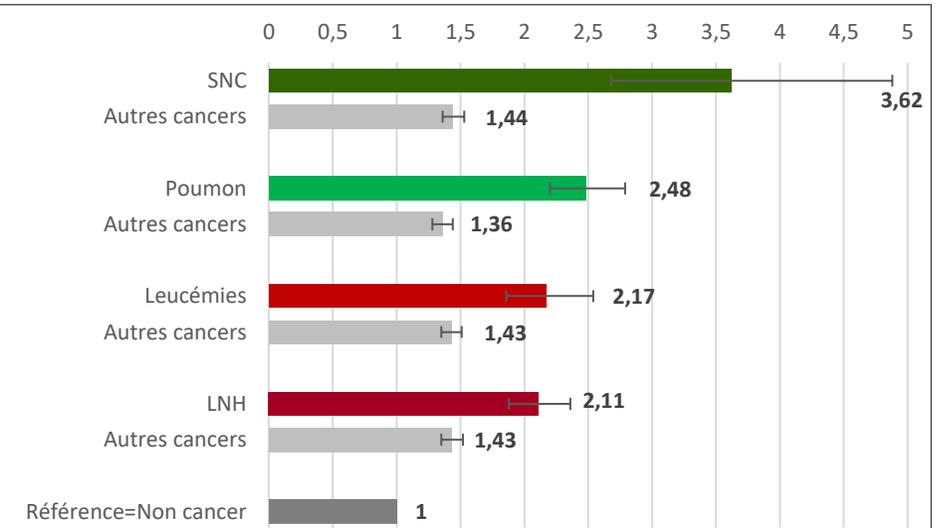
# PORTRAIT DES PERSONNES AVEC ANTÉCÉDENT DE CANCER INFECTÉES PAR LE SRAS-COV-2 DURANT LES DEUX PREMIÈRES VAGUES DE LA PANDÉMIE

Risque Relatif ajusté d'hospitalisation et de décès chez les cas cov[+] – cancers à risque élevé

Hospitalisation

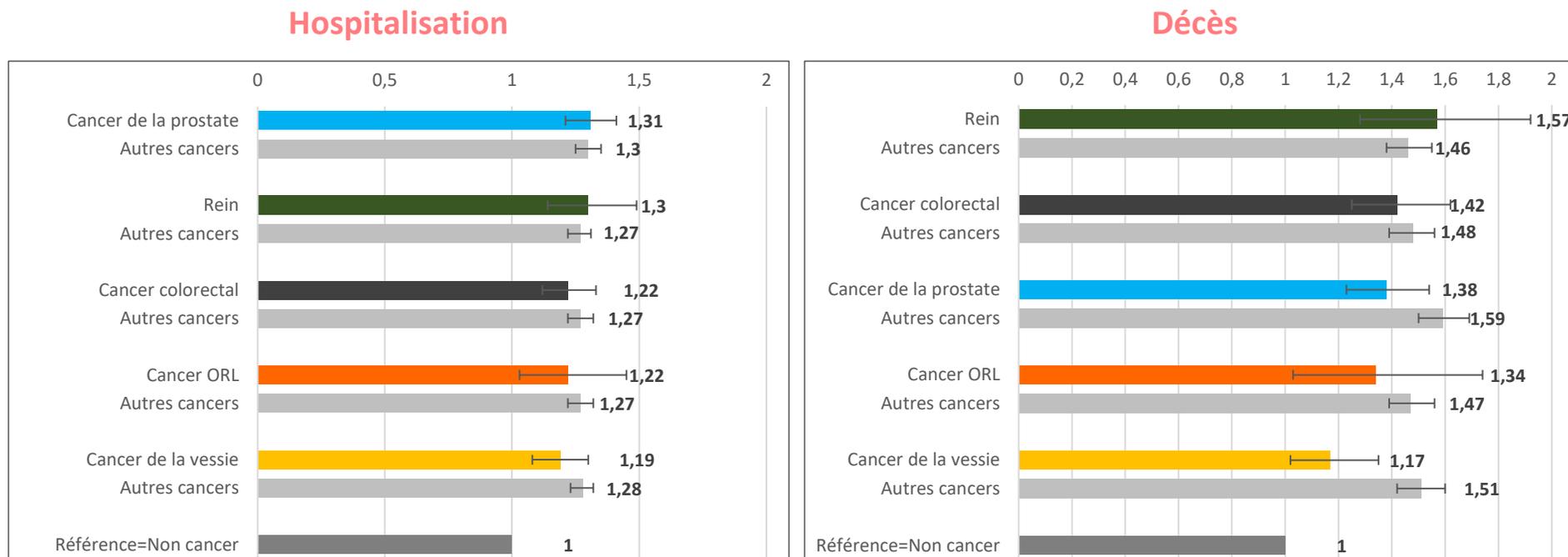


Décès



# PORTRAIT DES PERSONNES AVEC ANTÉCÉDENT DE CANCER INFECTÉES PAR LE SRAS-COV-2 DURANT LES DEUX PREMIÈRES VAGUES DE LA PANDÉMIE

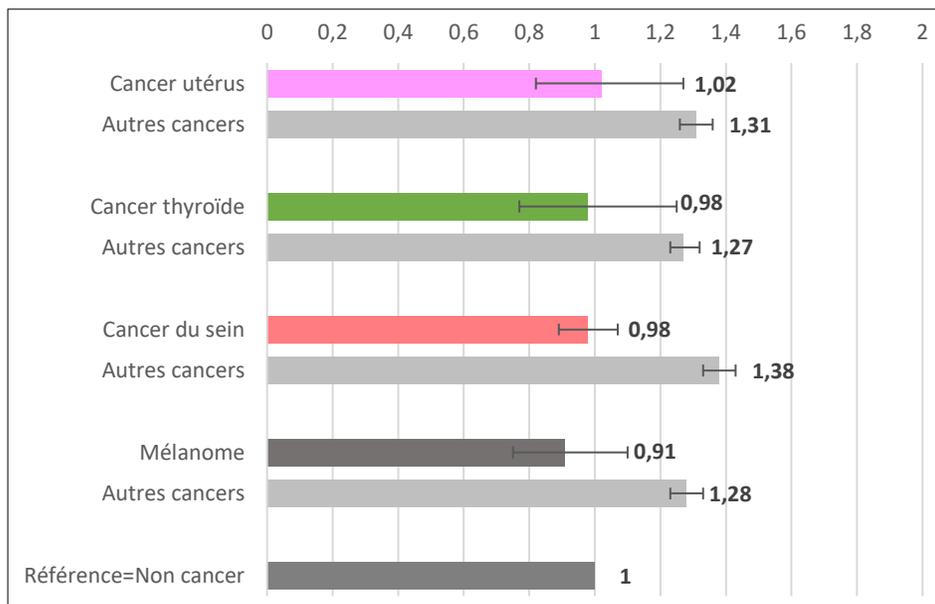
Risque relatif ajusté d'hospitalisation et de décès chez les cas cov[+] – cancers à risque modéré



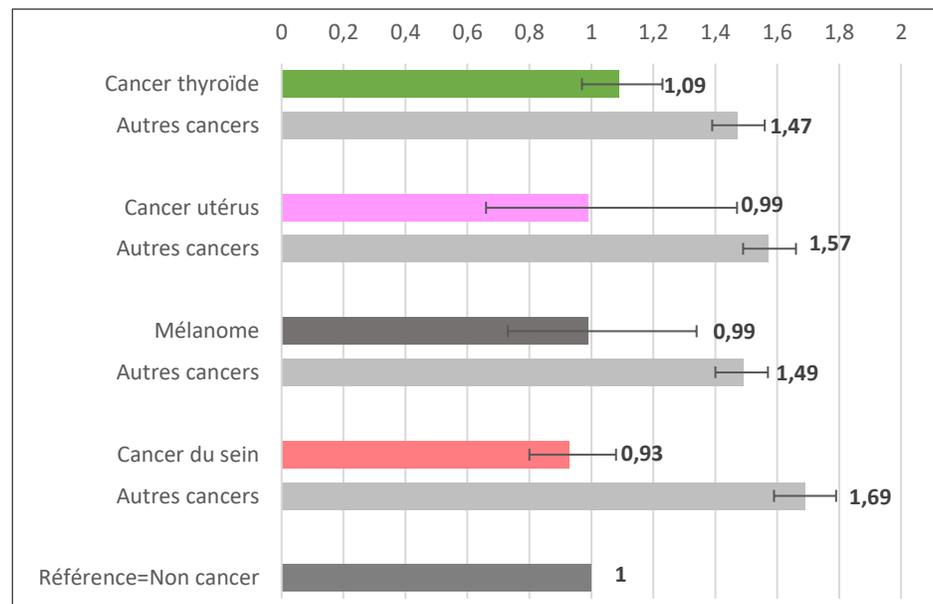
# PORTRAIT DES PERSONNES AVEC ANTÉCÉDENT DE CANCER INFECTÉES PAR LE SRAS-COV-2 DURANT LES DEUX PREMIÈRES VAGUES DE LA PANDÉMIE

Risque relatif ajusté d'hospitalisation et de décès chez les cas cov[+] – cancers à risque léger

**Hospitalisation**

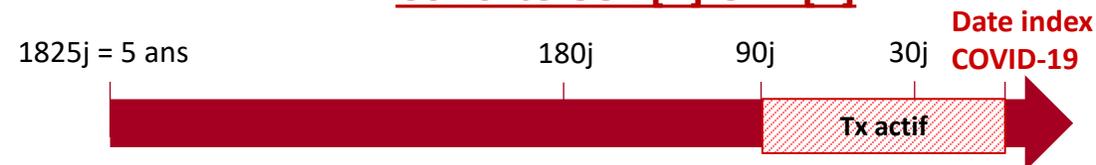


**Décès**

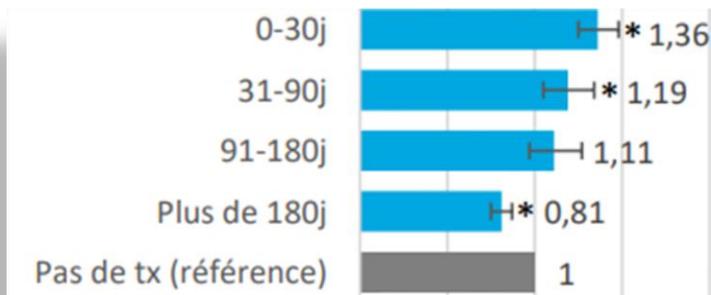


# PORTRAIT DES PERSONNES AVEC ANTÉCÉDENT DE CANCER INFECTÉES PAR LE SRAS-COV-2 DURANT LES DEUX PREMIÈRES VAGUES DE LA PANDÉMIE

## Cohorte COV[+] CAN[+]



Traitements actifs  
(Hospitalisation)



(Décès)

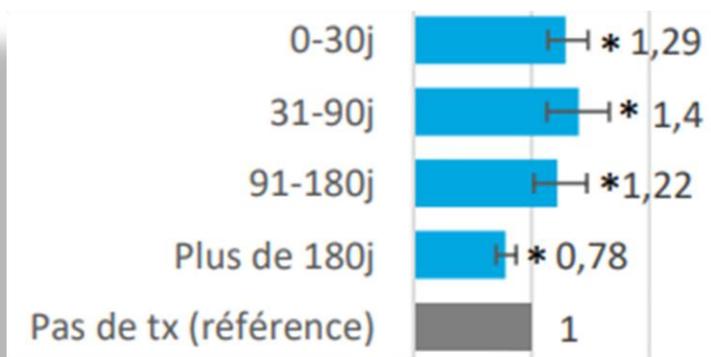


Figure 27 Risque relatif ajusté d'hospitalisation selon les types de traitement reçus dans les 3 mois avant l'infection (CAN[+])

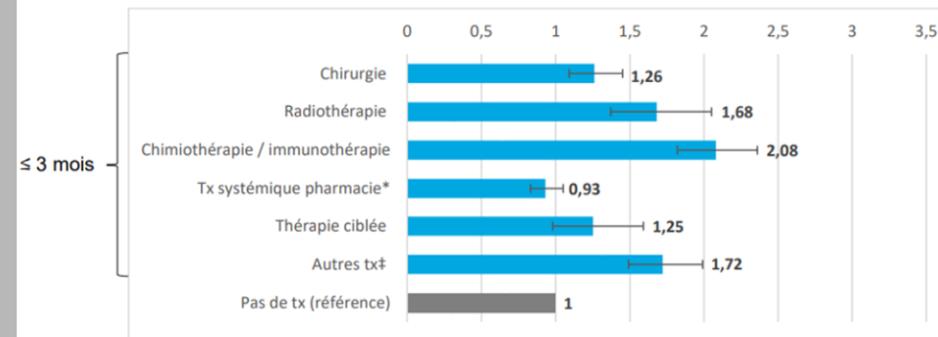
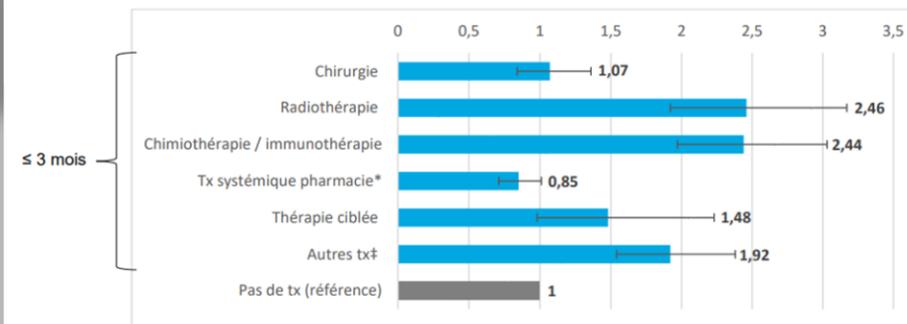


Figure 29 Risque relatif ajusté de décès selon les types de traitement reçus au cours des 3 mois avant l'infection (CAN[+])



Tx : traitement.  
 Exclusion des patients en CHSLD.  
 \* 93,5 % des patients ont reçu une hormonothérapie.  
 † Distribuée en pharmacie.  
 ‡ Traitement hématologique seul (22,5 %), curiethérapie seule (0,8 %), autre traitement local seul (13,1 %) ou ≥ 2 tx différents reçus (63,7 %).

# PROJETS EN COURS

## Évaluation du programme de dépistage du cancer du poumon (INSPQ/MSSS)

### État des pratiques

Activité physique et cancer (2022)

Cryothérapie et neuropathie périphérique (2022)

### Avis

Cystectomie

Tomosynthèse et dépistage du cancer du sein

Indications de chimiothérapie intrapéritonéale

Indications d'interventions endoscopiques et pathologie de l'œsophage

Identifications des cibles génétiques pour les cancers solides

### Algorithme cancer du poumon

Segmentectomie vs lobectomie

### Ordonnance collective (colorectal, cancer du col)

### Algorithme cancer du sein

Investigation (MSSS, guichet d'accès rapide)

### Guichets d'accès à la première ligne

# Aidez-nous à vous aider

## Contribuez à nos travaux

Nous sommes à la recherche de professionnelles et de professionnels de la santé comme vous, souhaitant partager leurs connaissances et leur expertise en contribuant à nos travaux !

Plusieurs formes d'implications sont possibles, selon vos intérêts et les disponibilités dont vous disposez :

- membre d'un comité consultatif ;
- informateur-clé ;
- lecteur externe ;
- futur utilisateur clinique ;
- membre de comité délibératif permanent.



**Intéressé(e)s ?** Signifiez votre intérêt en répondant à ce court questionnaire pour que nous puissions vous solliciter sur des sujets qui vous intéressent.

# MERCI !

## Québec

2535, boulevard Laurier, 5<sup>e</sup> étage  
Québec (Québec) G1V 4M3  
Téléphone : 418 643-1339  
Télécopieur : 418 646-8349

inesss.qc.ca  
[inesss@inesss.qc.ca](mailto:inesss@inesss.qc.ca)



## Montréal

2021, avenue Union, 12<sup>e</sup> étage  
bureau 1200  
Montréal (Québec) H3A 2S9  
Téléphone : 514 873-2563  
Télécopieur : 514 873-1369