

LE PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE LUTTE CONTRE LE  
CANCER

L'ÉVALUATION ET LA DÉSIGNATION  
DES ÉTABLISSEMENTS ET DES  
ÉQUIPES 2005-2009  
BILAN

Novembre 2010

Direction de la lutte contre

# le cancer



Le rapport *L'évaluation et la désignation des établissements et des équipes 2005-2009 : bilan* a été préparé par le Groupe conseil de lutte contre le cancer et n'engage que ses auteurs.

### **Présidence**

Jean Latreille, MD, CM, FRCPC, Hôpital Charles LeMoyne, chef médical et cogestionnaire du CICM et du Réseau cancer Montérégie

### **Membres**

Arnaud Samson, MD, LMCC, cogestionnaire médical du Programme de lutte contre le cancer, CSSS de Manicouagan, professeur agrégé de clinique (Université Laval), GMF Boréal

Christine Mimeault, Bsc. Inf., Msc., Hôpital Charles LeMoyne, chef clinico-administratif et cogestionnaire du CICM et du Réseau cancer Montérégie

### **Support à la rédaction**

Charles Boily, pht, Direction de la lutte contre le cancer, MSSS

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



Longueuil, le 26 novembre 2010

Monsieur Antoine Loutfi, MD  
Directeur  
Direction de la lutte contre le cancer  
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Monsieur le Directeur,

J'ai le plaisir, à titre de président du Groupe conseil de lutte contre le cancer, de vous transmettre le bilan de l'évaluation et de la désignation des établissements engagés dans la lutte contre le cancer au Québec.

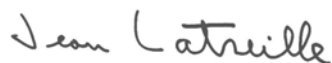
En 2005, le Groupe conseil de lutte contre le cancer, conformément au mandat reçu du ministère de la Santé et des Services sociaux, a entrepris un processus d'appréciation et de désignation des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer œuvrant dans les établissements des différentes régions du Québec. Cet exercice avait pour objectif d'appuyer les agences régionales dans la mise en place d'un réseau intégré et hiérarchisé de lutte contre le cancer. Nous avons donc élaboré une matrice avec un ensemble de critères d'appréciation permettant de vérifier le niveau de conformité des établissements en vue de l'obtention d'un mandat local (de base), régional ou suprarégional tels qu'ils sont définis dans le *Programme québécois de lutte contre le cancer : pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*.

Ce bilan résume les grandes étapes du processus. Il présente les outils développés de même que les résultats obtenus, les modalités de suivi ainsi que les recommandations du groupe conseil.

Cette démarche a permis de constater l'engagement des membres des différentes équipes de lutte contre le cancer du Québec à offrir des services de qualité à la population.

Je vous remercie de la confiance que vous nous avez témoignée en nous confiant ce mandat.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, mes salutations distinguées.



Jean Latreille, MD, CM, FRCPC  
Président du Groupe conseil de lutte contre le cancer

## **REMERCIEMENTS**

---

Les membres du Groupe conseil de lutte contre le cancer (GCLC) tiennent à remercier les personnes suivantes pour leur précieuse contribution au premier cycle d'évaluation et de désignation des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer du Québec :

- Dr Armen Aprikian, CUSM
- Dre Danielle Charpentier, CHUM
- M. Éric Dion, MSSS
- Dre Isabelle Germain, CHUQ
- Mme Julie Huot, MSSS
- Dr Jean-François Latulippe, HMR
- Mme Louise Paquet, MSSS
- Mme Uy Tran, MSSS
- Mme Josée Tremblay, CHUS

Des remerciements sont également adressés à toutes les personnes qui ont accepté, à titre d'évaluateurs, de participer au processus. Sans leur collaboration, l'évaluation des établissements et des équipes n'aurait pu avoir lieu.

## TABLE DES MATIÈRES

---

|                                                                                                           |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Résumé.....                                                                                               | 1  |
| Résumé des recommandations .....                                                                          | 3  |
| Préambule .....                                                                                           | 5  |
| Le programme québécois de lutte contre le cancer .....                                                    | 6  |
| Donner accès aux services généraux, spécialisés et ultraspecialisés à toute la population ..              | 6  |
| Offrir des soins centrés sur la personne.....                                                             | 7  |
| Assurer des soins et des services de qualité.....                                                         | 8  |
| Le processus de désignation des établissements et des équipes .....                                       | 10 |
| La création du Groupe conseil de lutte contre le cancer (GCLC) .....                                      | 12 |
| Le choix des critères de désignation .....                                                                | 13 |
| Le processus d'évaluation.....                                                                            | 17 |
| La matrice d'évaluation des équipes/établissements.....                                                   | 17 |
| Présenter la matrice aux experts du réseau et tenir compte de leurs suggestions afin de l'améliorer ..... | 19 |
| Documenter, visiter, analyser et recommander .....                                                        | 20 |
| Des outils pour faciliter le travail de l'évaluateur .....                                                | 22 |
| Le suivi de l'évaluation.....                                                                             | 23 |
| Le calendrier du processus d'évaluation.....                                                              | 26 |
| Les résultats, l'analyse et les recommandations .....                                                     | 27 |
| Les mandats local et régional .....                                                                       | 27 |
| Le mandat suprarégional.....                                                                              | 33 |
| La mobilisation du réseau.....                                                                            | 38 |
| Conclusion .....                                                                                          | 40 |
| Bibliographie .....                                                                                       | 43 |

## ANNEXES

---

1. Les orientations fondamentales
2. Exemple d'une fiche d'information régionale (FIR)
3. Matrice : sections A, B, C, D, E, F et G
4. Déroulement d'une évaluation de niveaux local ou régional
5. Déroulement d'une évaluation d'une équipe suprarégionale de niveau 3 ou 4
6. Fiche résultat de l'évaluateur local
7. Fiche résultat de l'évaluateur suprarégional
8. Critères de conformité détaillés
9. Documents explicatifs pour le niveau suprarégional 3 ou 4
10. Rapport type au niveau local ou régional
11. Rapport type au niveau suprarégional 3 ou 4
12. Rapport type de réévaluation au niveau suprarégional 3 ou 4
13. Dates des visites d'évaluation et des réunions de réévaluation des équipes suprarégionales et notes obtenues
14. Calendrier de réévaluation
15. Tableau d'analyse détaillé pour les mandats local et régional
16. Tableau d'analyse détaillé pour le mandat suprarégional 3 ou 4

## Résumé

---

En 2004, afin de faciliter l'implantation du Programme québécois de lutte contre le cancer (PQLC), le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) mettait en place le Groupe conseil de lutte contre le cancer (GCLC) afin d'accompagner les agences et les établissements dans la mise en œuvre du PQLC, tant au niveau local que régional, et ce, notamment, par la reconnaissance d'équipes interdisciplinaires. Le groupe conseil avait pour mandat d'identifier, à partir du PQLC, les critères de désignation des établissements pour un mandat local ou régional et ceux des équipes suprarégionales. Il devait également déterminer un processus d'évaluation et procéder à l'évaluation et à la désignation des établissements ou des équipes qui offraient des services de lutte contre le cancer au Québec.

De 2005 à 2007, 70 établissements demandant un mandat local et 10 établissements aspirant à un mandat régional ont été visités et évalués, alors que de 2007 à 2009, 75 équipes dédiées à un siège tumoral ou à une problématique particulière demandant un mandat suprarégional ont été visitées et évaluées, pour un total global de 155 équipes ou établissements. Tout au long de ce processus, plus de 200 professionnels de la santé impliqués dans la lutte contre le cancer ont participé, en tant qu'experts, à l'évaluation des établissements ou des équipes. En effet, en plus d'une personne du ministère qui assurait la rédaction du rapport, plusieurs professionnels de différentes disciplines faisaient partie de l'équipe d'évaluateurs. Ces experts n'étaient pas toujours les mêmes d'une évaluation à l'autre. Cela permettait à un plus grand nombre d'intervenants de mieux s'approprier le processus, les critères de désignation, et éventuellement de faire évoluer leur propre milieu de soins et services.

Ce premier cycle d'évaluation a incité les établissements visités à formaliser leur programme de lutte contre le cancer, à adopter, si ce n'était déjà fait, l'approche interdisciplinaire et à assurer l'accès à une infirmière pivot en oncologie (IPO) et à des services de soutien psychosociaux comme cela est préconisé dans le PQLC de 1998 et les *Orientations prioritaires 2007-2012* de la Direction de la lutte contre le cancer (DLCC).



À la fin du processus, 52 établissements ont été désignés pour un mandat local et 6, pour un mandat régional. De plus, 67 équipes ont été désignées pour un mandat suprarégional. C'est donc 125 équipes ou établissements sur les 155 visités, soit plus de 80 %, qui ont été désignés.

Au terme de ce premier cycle d'évaluation pour la désignation des établissements ou équipes, le GCLC a proposé dix recommandations à la DLCC afin de consolider l'implantation du PQLC et d'assurer le maintien d'un réseau intégré et hiérarchisé de lutte contre le cancer.

## Résumé des recommandations

---

- 1.1. Afin de s'assurer que l'ensemble des services offerts dans la lutte contre le cancer répond aux normes de qualité préconisées par le PQLC, rendre obligatoire la désignation de tous les établissements du Québec qui désirent offrir des services de lutte contre le cancer.
- 1.2. Afin que chaque réseau régional puisse bénéficier de l'expertise d'une équipe régionale, s'assurer que chaque région désigne un établissement régional ou qu'une entente de services est établie avec un établissement régional d'une région sociosanitaire limitrophe.
- 1.3. Afin que les établissements puissent maintenir leur conformité à tous les critères de désignation, faire en sorte que les agences assurent le suivi des équipes désignées, identifient et analysent les causes de non-conformité aux critères de désignation et apportent aux équipes le soutien nécessaire pour qu'elles obtiennent ou maintiennent leur conformité.
- 1.4. Afin que l'ensemble du réseau puisse bénéficier de l'expertise des équipes suprarégionales, mettre en place des communautés d'échange de pratiques, par siège tumoral ou par problématique particulière. Ces communautés devraient avoir le mandat de la DLCC d'actualiser, selon les données probantes, les algorithmes d'investigation, de traitement et de suivi et celui de faire un rapport de la situation de la lutte contre le cancer pour le siège ou la problématique en question et de proposer des pistes de solution lorsque cela est requis.
- 1.5. Afin de s'assurer que les équipes suprarégionales continuent de répondre aux critères de désignation, que la DLCC assure un suivi en mettant en place un mécanisme obligatoire pour que les équipes puissent l'informer sur le maintien de leur conformité. En cas de non-conformité, que la DLCC prenne les actions nécessaires afin que les équipes puissent acquérir ou retrouver cette conformité s'il y a lieu.
- 1.6. Afin de s'assurer que les équipes suprarégionales ayant eu une recommandation y ont répondu, exiger des agences qu'elles assurent le suivi du rapport de réévaluation de chacune des équipes suprarégionales de leur région.
- 1.7. Afin de soutenir l'engagement des professionnels des équipes de lutte contre le cancer de niveaux local et régional, exiger des agences qu'elles assurent la mise en place de leur réseau régional respectif.

- 1.8. Afin de soutenir l'engagement des professionnels des équipes de lutte contre le cancer de niveau suprarégional, que la DLCC mette en place des communautés d'échange de pratiques pour chacun des sièges tumoraux ou pour chacune des problématiques.
- 1.9. Afin de soutenir les recommandations précédentes, que la DLCC accompagne chacune des agences dans la mise en place de son réseau régional de lutte contre le cancer.
- 1.10. Afin de soutenir la poursuite de la mise en œuvre du PQLC, que la DLCC mette en place un mécanisme continu de reconnaissance et de désignation des équipes/établissements.

## Préambule

---

En 2005, le Groupe conseil de lutte contre le cancer, conformément au mandat reçu du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), a entrepris un processus d'appréciation des programmes de lutte contre le cancer et de désignation des différents établissements du Québec. Cet exercice avait également pour objectif de vérifier le niveau de conformité des établissements et des équipes aux critères d'appréciation en vue de l'obtention d'un mandat local (de base), régional ou suprarégional dans le programme de lutte contre le cancer.

Ce document résume les grandes étapes du processus. Il présente les outils développés, les résultats obtenus ainsi que les modalités de suivi proposées. À chaque section, le GCLC a formulé des recommandations susceptibles d'aider la DLCC à consolider la mise en œuvre du PQLC découlant des visites effectuées.

## **Le programme québécois de lutte contre le cancer**

---

### **Donner accès aux services généraux, spécialisés et ultraspécialisés à toute la population**

En 1997, Jean Rochon, alors ministre de la Santé et des Services sociaux, entérinait le *Programme québécois de lutte contre le cancer : pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe* (PQLC)<sup>1</sup>. Ce dernier cible trois grandes orientations : une approche globale, des soins et des services centrés sur la personne et la qualité comme guide de nos choix.

L'approche globale préconisée signifie que la lutte contre le cancer doit se mener sur tous les fronts : la prévention, la détection précoce, l'investigation, le diagnostic et le traitement, le soutien, l'adaptation et le suivi et, enfin, les soins palliatifs et de fin de vie. Cette approche globale nécessite plusieurs intervenants de différentes disciplines œuvrant dans une variété d'établissements. La continuité des services à travers cette diversité d'acteurs nécessite une offre intégrée qui repose sur la mise en place d'un réseau fonctionnel de lutte contre le cancer. Celui-ci doit pouvoir compter non seulement sur des équipes interdisciplinaires au sein d'établissements ayant obtenu un mandat local pour offrir des services généraux et certains services spécialisés le plus près possible du lieu de résidence de la personne, mais également sur le soutien d'un établissement avec mandat régional pour offrir des services spécialisés, de la formation aux intervenants, de l'accompagnement aux équipes locales et pour évaluer la qualité, la sécurité et la continuité des services. Enfin, des corridors de services doivent être établis avec les équipes suprarégionales qui offrent des services surspécialisés dédiés à un siège tumoral ou à une problématique particulière. Non seulement le réseau doit offrir des services intégrés, de la prévention aux soins palliatifs, mais il doit être hiérarchisé.

Les établissements avec un mandat local offrent des services à proximité du milieu de vie de la personne pour assurer l'accessibilité géographique. Il s'agit des services de prévention et de

---

<sup>1</sup> Comité consultatif sur le cancer. *Programme québécois de lutte contre le cancer : pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 185 p.

promotion de la santé, de diagnostic précoce, de certains traitements, dont la chimiothérapie, des services d'adaptation et de soutien et des soins de fin de vie (PQLC, p. 51).

Les établissements avec un mandat régional offrent minimalement des services généraux et spécialisés pour les cancers les plus fréquents (poumon, sein, prostate et colorectal) de même que pour certains cancers hématologiques. Ils offrent également une expertise pour les établissements avec mandat local de leur région en matière de formation, d'accompagnement, de soutien ou d'évaluation.

Les équipes suprarégionales, quant à elles, offrent des services spécialisés et surspécialisés dédiés à un siège tumoral (sein, poumon, digestif bas...) ou à une problématique (pédiatrie, gériatrie, radio-oncologie...). Elles nécessitent donc une infrastructure de pointe. De plus, développant une expertise pointue en oncologie, elles doivent pouvoir élaborer des algorithmes d'investigation, de traitement et de suivi. Elles contribuent également à la formation clinique universitaire des futurs professionnels de même qu'à la formation continue des intervenants du réseau. Enfin, elles participent au développement de la recherche clinique, évaluative et fondamentale en cancérologie.

### **Offrir des soins centrés sur la personne**

Étant donné que le cancer n'est pas seulement une maladie, mais un événement dans la vie d'une personne, il constitue une expérience multidimensionnelle. « Le diagnostic de cancer, dont la simple évocation entraîne stress et anxiété parce qu'il rime encore trop souvent avec souffrance et mortalité, touche le patient qui en est atteint dans toutes les sphères de son existence et bouleverse aussi tout son entourage. Les conséquences possibles de cette maladie et de son traitement sur la vie d'un individu sont telles que le cancer demeure, malgré les percées scientifiques et technologiques modernes, une tragédie individuelle et collective<sup>2</sup>. » Aussi, la lutte contre le cancer exige-t-elle l'expertise et la collaboration de plusieurs professionnels. Afin d'éviter la juxtaposition des différentes interventions et de plutôt permettre de les centrer sur les besoins du patient, l'approche interdisciplinaire est préconisée par le PQLC. Aussi, dès 2005, la

---

<sup>2</sup> Comité des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer (CEILCC). *Les équipes interdisciplinaires en oncologie*, Direction de la lutte contre le cancer, août 2005, p. 17.

DLCC a publié un avis sur les équipes interdisciplinaires en oncologie. Ce document faisait sienne la définition de l'interdisciplinarité proposée par Hébert (1997) : « Le regroupement de plusieurs intervenants ayant une formation, une compétence et une expérience spécifiques qui travaillent ensemble à la compréhension globale, commune et unifiée d'une personne en vue d'une intervention concertée à l'intérieur d'un partage complémentaire des tâches<sup>3</sup>. »

En outre, toujours selon Hébert (1997), l'avis de la DLCC précise ceci :

En oncologie, le travail interdisciplinaire vise essentiellement à accroître la qualité des soins aux personnes atteintes de cancer et aux proches (la cible commune) en combinant l'expertise unique de chacune des professions. L'équipe interdisciplinaire ne se résume donc pas à un regroupement permanent d'un ensemble de spécialistes effectuant des tâches en série (ce qui correspondrait davantage au concept de multidisciplinarité), mais exige en plus une synthèse et une concertation entre les points de vue qui s'intègrent en un tout cohérent<sup>4</sup>.

Le PQLC insiste également sur la nécessité de développer le rôle d'un intervenant pivot « qui coordonne l'ensemble de services nécessaires à la personne atteinte de cancer (PQLC, p. 55) ». La mission de cet intervenant a été précisée après la publication du PQLC et attribuée aux infirmières. De plus, en juillet 2008, la DLCC publiait un document précisant davantage le rôle de l'IPO.

### **Assurer des soins et des services de qualité**

Le PQLC cible la qualité comme guide de nos choix. Il précise ensuite ce qu'il entend par qualité :

Pour donner un caractère concret à la qualité des services, trois aspects précis peuvent être considérés : la pertinence, l'efficacité et l'efficience. La pertinence est le degré d'à-propos du choix d'une intervention compte tenu des connaissances, mais aussi des attentes et des valeurs de la personne ou de la population à qui est destinée cette intervention.

---

<sup>3</sup> *Ibidem*, p. 26.

<sup>4</sup> *Ibidem*, p. 26.

L'efficacité met en cause non seulement la pertinence, mais aussi la capacité à réaliser correctement une intervention et l'atteinte du résultat escompté. Enfin, l'efficience implique la recherche de la plus grande efficacité au meilleur coût<sup>5</sup>.

Il y a donc nécessité, pour les actions à venir dans la lutte contre le cancer au Québec, de cibler la qualité des interventions comme critère essentiel. Il va sans dire qu'en ciblant la qualité comme guide, le PQLC oblige tout le réseau de la santé à non seulement adopter les meilleures pratiques, mais également à mesurer les résultats obtenus pour vérifier la constance de la qualité des services.

---

<sup>5</sup> PQLC, 1998, p. 40.



## Le processus de désignation des établissements et des équipes

---

Bien que le PQLC ait été accueilli favorablement dans le réseau, sa mise en œuvre ne pouvait se faire facilement, puisqu'elle exigeait des changements organisationnels. En mai 2004, le rapport du Groupe de travail ministériel sur le cancer (GTMC)<sup>6</sup>, présidé par le Dr Luc Deschênes, devant le constat d'une quasi-absence d'implantation du PQLC, recommandait notamment :

Qu'un mécanisme de reconnaissance des équipes locales, régionales et suprarégionales selon des normes de qualité explicites soit mis sur pied;

Que la désignation formelle des équipes/établissements soit entreprise dès le printemps 2004 (Recommandation 1.8, p. 33).

La prémisse de cette recommandation était d'ailleurs déjà dans le PQLC. En effet, le PQLC propose l'implantation, dans les établissements de santé, d'équipes interdisciplinaires dédiées à la lutte contre le cancer avec un mandat local, régional ou suprarégional. Ce que le rapport du GTMC ajoute, c'est la nécessité d'un mécanisme de reconnaissance des équipes.

Afin de donner suite à cette recommandation, dès l'été 2004 était créé le Groupe conseil de lutte contre le cancer (GCLC). Un processus d'évaluation devait être établi. Le GCLC a décidé qu'il serait à la fois un exercice de formation, d'implantation et de désignation. L'évaluation deviendrait ainsi un outil de changement pour assurer la mise en œuvre du PQLC.

### Un choix judicieux

En 2004, le MSSS a également créé la Direction de la lutte contre le cancer (DLCC). Il visait l'instauration d'une véritable gouvernance unifiée pour lutter efficacement contre le cancer. Un peu plus tard, la DLCC publiait *Orientations prioritaires 2007-2012*. Il appert que le premier axe d'intervention déterminé dans les orientations de la DLCC prévoit « consolider les assises d'une

---

<sup>6</sup> Deschênes, L. et al. *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*, 10 mai 2004, 50 p.

organisation hiérarchisée<sup>7</sup> ». Or la désignation des équipes interdisciplinaires est l'un des moyens privilégiés pour assurer la mise en place du réseau de lutte contre le cancer. Il s'agissait donc, de la part des autorités ministérielles, d'un appui sans équivoque au processus de désignation qui était alors en cours.

Mettre en place un processus d'évaluation et de désignation d'établissements et d'équipes s'est également avéré un choix judicieux au regard des différentes expériences concernant l'organisation des services ailleurs dans le monde. En effet, comme le souligne le plan d'évaluation de l'Agence d'évaluation des technologies médicales et des modes d'intervention en santé (AETMIS) sur l'agrément des équipes interdisciplinaires<sup>8</sup>, dans plusieurs pays, l'organisation des soins et des services pour les personnes atteintes du cancer est structurée par équipe. Dans certains cas, les équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer doivent se soumettre à un processus d'agrément. Ainsi, le fonctionnement des équipes interdisciplinaires permet d'assurer un certain niveau de qualité et d'efficacité des soins et des services. Dans d'autres cas, lorsque les équipes ne font pas l'objet d'un processus d'agrément particulier, elles sont intégrées à des mécanismes d'évaluation plus généraux, et le fonctionnement en interdisciplinarité constitue toujours une mesure de la qualité des soins et des services donnés en oncologie. Plus particulièrement, en France, les critères d'évaluation et de qualité du dispositif d'autorisation du traitement du cancer que doivent respecter les établissements de santé portent sur l'appartenance à un réseau de cancérologie dûment reconnu, une offre de service qui assure, entre autres, la concertation pluridisciplinaire et la satisfaction à des critères d'agrément définis<sup>9</sup>.

En outre, le fonctionnement en interdisciplinarité, la concertation en équipe et le déploiement d'un réseau sont des indicateurs de qualité qui font consensus à l'échelle internationale.

---

<sup>7</sup> Direction de la lutte contre le cancer (DLCC). *Orientations prioritaires 2007-2012 du programme québécois de lutte contre le cancer*. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 2007a.

<sup>8</sup> Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS). *Vers l'agrément des équipes de lutte contre le cancer. Leçons tirées de la littérature internationale*. Plan d'évaluation préparé par Lorraine Caron, Khalil Moqadem et Sylvie Beauchamp, 2008.

<sup>9</sup> *Ibidem*, p. 18.

Entreprendre un processus d'évaluation et de désignation d'équipes de lutte contre le cancer s'avérait donc un projet qui s'inscrivait parfaitement dans la logique de la mise en place de réseaux intégrés de services pour assurer l'accessibilité et la continuité de services de qualité.

## **La création du Groupe conseil de lutte contre le cancer (GCLC)**

À l'été 2004, lors de sa mise en place, le Groupe conseil de lutte contre le cancer (GCLC) se composait du Dr Jean Latreille, hémato-oncologue et cogestionnaire du Centre intégré de cancérologie de la Montérégie (CICM), du Dr Arnaud Samson, omnipraticien, et de madame Uy Tran, agente de recherche et de planification socio-économique au ministère de la Santé et des Services sociaux. Le Dr Latreille en assurait la présidence et madame Tran, la coordination. En 2005 s'est ajoutée au GCLC madame Christine Mimeault, infirmière et cogestionnaire clinico-administrative du CICM.

Le mandat du GCLC, défini et donné par Dr Michel Bureau, directeur général à la Direction des services de santé et de médecine universitaire du MSSS, se lisait comme suit :

1. Traduire les paramètres d'organisation ainsi que les normes de qualité applicables sous forme de matrice d'évaluation constituant les attentes formelles du ministère à l'endroit des diverses parties du continuum de services projeté;
2. Communiquer ces **attentes** aux équipes/établissements pressentis par chacune des agences régionales pour offrir les services aux personnes atteintes de cancer afin qu'ils soient en mesure de préparer le dossier soutenant leur candidature;
3. Analyser les dossiers soumis par les équipes/établissements dans le but d'apprécier le degré de conformité à la matrice d'évaluation;
4. Compléter cette lecture initiale par une visite d'évaluation formelle des équipes/établissements en vue de leur éventuelle désignation par les agences dans le cas des équipes locales et régionales ou par le ministère dans le cas des équipes suprarégionales;
5. Transmettre aux autorités concernées les recommandations pertinentes à la mise en place de services de qualité pour cette clientèle. Ces recommandations devront porter sur l'à-propos de désigner formellement ces équipes/établissements et de définir les cibles à

viser dans une optique d'amélioration continue des services offerts, des processus d'assurance qualité utilisés ou en matière de suivis à apporter.

## **Le choix des critères de désignation**

À partir de la vision préconisée par le PQLC, le GCLC a établi les orientations fondamentales de l'évaluation (annexe 1). En effet, avant même de déterminer les critères d'évaluation, il fallait définir un cadre de référence. Le GCLC a donc défini les orientations fondamentales suivantes qui allaient guider l'élaboration des critères. Ces orientations se divisent en quatre thèmes, soit la structure organisationnelle dans laquelle s'inscrit une équipe de lutte contre le cancer, ses ressources humaines, son fonctionnement et, enfin, sa démarche d'évaluation pour assurer la qualité de ses services.

### **1- La structure organisationnelle**

Afin d'assurer à une équipe de lutte contre le cancer la légitimité institutionnelle nécessaire à son fonctionnement optimal, l'établissement dans lequel elle agit doit s'engager formellement et appuyer la mise en place d'une telle équipe par l'élaboration de son programme de lutte contre le cancer. Cette dernière doit avoir une place précise dans l'organigramme de l'établissement. Enfin, un comité de coordination des activités inhérentes à la lutte contre le cancer doit être en place et disposer des leviers nécessaires à son action.

### **2- Les ressources dédiées à la lutte contre le cancer**

Des ressources matérielles, financières et humaines doivent être dédiées au programme de lutte contre le cancer de l'établissement. Concernant les ressources humaines, un cogestionnaire médical et un cogestionnaire clinico-administratif doivent avoir la responsabilité du programme de lutte contre le cancer d'une ou des équipes associées au programme. Comme le stipule le PQLC, en plus d'un hémato-oncologue ou d'un oncologue médical et d'un chirurgien, une infirmière pivot en oncologie (IPO) doit faire partie de cette équipe.

Est également essentielle à la désignation la présence d'intervenants de soutien tels le travailleur social ou le psychologue, la nutritionniste, le physiothérapeute, etc. L'établissement doit également avoir accès à une équipe de soins palliatifs et de fin de vie.

Enfin, les intervenants impliqués dans la lutte contre le cancer doivent pouvoir bénéficier d'une formation continue pour maintenir à jour leurs connaissances et leur expertise. Compte tenu des constantes avancées des connaissances concernant la lutte contre le cancer, la formation continue devient une condition essentielle à une intervention qui respecte les données probantes.

### **3- Le fonctionnement des équipes**

Comme le préconise le PQLC, les équipes de lutte contre le cancer doivent travailler en interdisciplinarité. L'action des différents intervenants doit être concertée et centrée sur le patient. De plus, leurs activités doivent s'intégrer avec celles des partenaires du réseau de la santé. Enfin, les équipes de lutte contre le cancer doivent adopter des stratégies pour favoriser la participation des personnes atteintes aux processus décisionnels qui les concernent.

### **4- La démarche d'évaluation de la qualité**

Comme une des stratégies adoptées par le PQLC est de viser la qualité, il est impératif que le maintien de la qualité des pratiques oriente l'élaboration des critères de désignation. Pour assurer la qualité de ses interventions, une équipe de lutte contre le cancer doit non seulement fonder sa pratique sur les données probantes, mais former un comité des thérapies du cancer (CTC), où les différents spécialistes médicaux se concertent pour établir le traitement optimal lorsque se présentent des cas complexes. L'équipe doit également avoir adopté un mécanisme d'introduction des nouveaux médicaments, qui permet d'assurer le respect du mode d'intervention prescrit.

L'équipe/établissement doit de plus se doter d'un mécanisme d'assurance qualité. Celui-ci devrait lui permettre d'évaluer la satisfaction de sa clientèle. Ce mécanisme doit aussi prévoir la collecte de données temporelles permettant d'évaluer les délais de même que certains indicateurs cliniques permettant d'évaluer la qualité des interventions. Une analyse des résultats devrait permettre à l'équipe/établissement d'assurer une rétroaction

en temps utile. Il va sans dire que pour atteindre cet objectif, il est nécessaire de pouvoir compter sur un système d'informations cliniques et de gestion.

## **Un portrait des besoins de la clientèle et des services qui lui sont offerts**

Le GCLC a élaboré une fiche d'information des régions (FIR) (annexe 2), que l'agence concernée devait remplir. Il s'agit d'un portrait de la région, de sa structure organisationnelle des services de santé, du niveau d'implantation du programme de lutte contre le cancer et des liens existant avec les autres régions. Cette fiche permet aussi de bien évaluer si les équipes de lutte contre le cancer d'une région sont organisées pour répondre adéquatement aux besoins de leur population.

### **1- Portrait de la région**

L'agence régionale doit décrire la population de son territoire, sa dispersion géographique et son profil socio-économique. Elle détaille également certains indicateurs sociosanitaires en rapport avec le cancer. Enfin, elle énumère la main-d'œuvre dédiée à la lutte contre le cancer pour assurer les services : médecins spécialistes, omnipraticiens, infirmières, pharmaciens, travailleurs sociaux, psychologues, nutritionnistes, physiothérapeutes, etc.

### **2- Structure organisationnelle des services de santé**

L'agence régionale présente son offre de services de santé en général et, plus particulièrement, les activités de lutte contre le cancer. Elle doit alors décrire le continuum de services : les activités de prévention et de promotion de la santé, de dépistage, d'investigation, de traitement, de suivi et de soins palliatifs et de fin de vie.

### **3- Niveau d'implantation du programme de lutte contre le cancer**

Dans cette section, l'agence régionale présente son degré d'avancement dans la mise en œuvre de son programme régional de lutte contre le cancer.

#### **4- Liens avec les autres structures régionales**

Enfin, l'agence régionale décrit les liens de son programme régional de lutte contre le cancer avec son RUIS d'appartenance et les corridors de services existant avec d'autres régions.

## **Le processus d'évaluation**

### **La matrice d'évaluation des équipes/établissements**

À partir du PQLC et des Orientations fondamentales, le GCLC a défini une matrice d'évaluation des équipes/établissements (annexe 3). Celle-ci comprend sept sections : six sections, de A à F, qui devaient être remplies par un établissement désirant obtenir un mandat local ou régional, et une section G, qui devait être remplie par une équipe demandant un mandat suprarégional.

#### **1- Section A**

Dans cette section, l'établissement décrit son territoire de desserte, son engagement à mettre en place un programme de lutte contre le cancer et une ou des équipes de lutte contre le cancer, le cas échéant. Le lien administratif du programme dans l'organigramme de l'établissement doit être clairement indiqué. Le programme de lutte contre le cancer de l'établissement, le rôle de son gestionnaire responsable de même que celui du comité de coordination sont décrits. Les différents services offerts par l'équipe sont précisés pour tout le continuum :

- la prévention et la promotion de la santé;
- le dépistage;
- les services diagnostiques;
- les traitements;
- le soutien pour la personne atteinte et les proches.

Enfin, la clientèle desservie et le volume d'activités sont documentés.

#### **2- Section B**

Ici, l'établissement décrit les ressources humaines dédiées à la lutte contre le cancer. Des cogestionnaires médicaux et clinico-administratifs doivent être en place pour gérer le programme local de lutte contre le cancer, et la composition de l'équipe ou des équipes est précisée. Sont également spécifiées les exigences concernant la formation de base en cancérologie pour devenir membre d'une équipe, la formation donnée par l'établissement à l'embauche des intervenants et la formation continue pour assurer la mise à jour des connaissances en lutte contre le cancer.



### **3- Section C**

Cette section sert à décrire le fonctionnement de l'équipe ou des équipes. Le fonctionnement interdisciplinaire est précisé, dans ses réunions autant cliniques et administratives que de soutien aux membres de l'équipe. Sont également démontrés la rédaction d'un plan d'intervention interdisciplinaire ainsi que les modes de communication utilisés entre les membres de l'équipe, avec le patient et ses proches de même qu'avec les autres intervenants de l'établissement, le médecin de famille et les partenaires du réseau. Enfin, les corridors de services sont décrits.

### **4- Section D**

Dans cette section, l'établissement doit détailler les procédés utilisés pour assurer la qualité des interventions. Il précise qui est responsable de la gestion de la qualité et s'il y a un mécanisme de révision des incidents et des accidents. Un comité des thérapies du cancer (CTC) doit être en place ou, sinon, les intervenants doivent avoir accès à un CTC d'un autre établissement. Des guides de pratique doivent être accessibles et suivis par les membres des équipes. De plus, l'établissement doit préciser s'il a accès à une base de données lui permettant d'analyser les coûts des services de cancérologie. Enfin, la satisfaction de la clientèle doit être évaluée régulièrement.

### **5- Section E**

Cette section s'intéresse aux infrastructures dédiées à la lutte contre le cancer. L'établissement décrit les espaces et l'équipement disponibles pour offrir les traitements et les soins palliatifs et de fin de vie. Il y décrit également les ressources informationnelles de support qui leur sont dédiées.

### **6- Section F**

Cette section s'adresse aux établissements déjà désignés Centre de dépistage (CDD) ou Centre de référence pour investigation désigné (CRID) dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS). L'établissement y documente les délais pour obtenir les examens de même que les facteurs qui en sont la cause. Y sont également décrites les ressources allouées et les techniques utilisées. Enfin, y sont

détaillés les processus d'assurance qualité tels les guides de pratique utilisés, les contrôles de qualité, la révision de cas et l'évaluation de la clientèle.

## **7- Section G**

Cette section sert à préciser les critères de désignation pour une équipe suprarégionale. L'équipe y démontre l'engagement de son établissement, de son agence régionale et de son RUIS à la soutenir dans sa désignation suprarégionale. Elle y décrit sa structure organisationnelle, ses ressources humaines et son fonctionnement interdisciplinaire. L'équipe doit également décrire la trajectoire de soins de ses patients d'un point de vue théorique et documenter cette trajectoire de façon à pouvoir préciser les caractéristiques des patients (sexe, âge, provenance géographique, diagnostic et stade clinique), leur nombre, les délais et les services consommés. L'équipe doit aussi faire connaître sa démarche pour assurer la qualité de ses services, son plateau technique, les activités d'enseignement et de recherche de ses membres de même que leurs publications.

### **Présenter la matrice aux experts du réseau et tenir compte de leurs suggestions afin de l'améliorer**

Après avoir terminé l'élaboration de toutes les composantes de la matrice d'évaluation des équipes/établissements, le GCLC l'a diffusée dans l'ensemble du réseau québécois en demandant aux experts leurs avis et suggestions. Cette étape, en plus de permettre d'améliorer ou de préciser certains critères d'évaluation, donnait l'occasion aux experts d'appivoiser la matrice et de donner au processus d'évaluation une légitimité en s'appuyant sur le consensus des intervenants du réseau. Tout au long de la démarche, le GCLC a validé ses orientations et méthodes auprès de la Direction de la lutte contre le cancer (DLCC).

En décembre 2004 a débuté une distribution de la matrice auprès des agences du Québec. Les agences l'ont alors fait connaître aux établissements de leur réseau. Par la suite, les établissements qui désiraient se présenter informaient leur agence de leur intention et du niveau souhaité de désignation (mandat local, régional ou suprarégional). Chaque établissement qui souhaitait s'impliquer dans la lutte contre le cancer devait obtenir le mandat de base (local). Par la suite, les centres régionaux pouvaient se présenter pour un mandat régional alors que les équipes dédiées à un siège tumoral ou à une problématique particulière pouvaient postuler

individuellement pour un mandat suprarégional. Ces dernières devaient faire partie d'un CHU ou d'un CHA.

### **Documenter, visiter, analyser et recommander**

L'équipe des évaluateurs était constituée d'experts en lutte contre le cancer. Elle se composait de médecins (hémato-oncologue ou oncologue médical, chirurgien, omnipraticien exerçant en soins palliatifs), d'au moins une infirmière, un pharmacien, une nutritionniste, un travailleur social ou un psychologue et un gestionnaire clinico-administratif. Outre les premières visites, où l'expérience était nouvelle pour tous, l'équipe d'évaluateurs comprenait habituellement des experts ayant déjà fait des visites et d'autres pour qui c'était une première expérience. L'objectif était de faire en sorte que le plus grand nombre d'intervenants du réseau acquière l'expérience d'évaluateur. De plus, cela leur permettait de mieux s'approprier le processus.

**Première étape :** l'établissement remplit la matrice d'évaluation et la complète par les documents pertinents. Le tout constitue le dossier que l'établissement retourne au GCLC. Généralement, les équipes/établissements ont eu huit mois pour procéder à la complétion de leur matrice.

**Deuxième étape :** chacun des experts de l'équipe d'évaluation, désignés par le GCLC, analyse le dossier fourni par l'établissement.

**Troisième étape :** les experts visitent l'établissement évalué. Le GCLC a élaboré le déroulement d'une visite (annexe 4) d'un établissement pour un mandat local ou régional. Les experts évaluateurs se concertent en début de journée sur la lecture qu'ils ont faite des documents fournis. Ils rencontrent ensuite l'ensemble des membres de l'équipe évaluée et leur posent des questions pour préciser certaines réponses inscrites dans la matrice. Une visite des lieux permet également aux experts de juger de la qualité des installations et de leur fonctionnement.

Le GCLC a également élaboré le déroulement de cette visite pour les équipes suprarégionales (annexe 5). Ce déroulement était sensiblement le même que pour les

établissements avec mandat local ou régional à l'exception de la visite des lieux, puisque celle-ci avait déjà été faite lors d'une première visite. En effet, les équipes suprarégionales se trouvent dans des établissements qui avaient déjà été évalués pour un mandat local et régional. Seules exceptions : *le Centre hospitalier universitaire de Québec, pavillon du CHUL(pédiatrie), l'Hôpital de Montréal pour enfants du Centre universitaire de santé McGill et le Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine*. Pour chacun de ces centres, l'évaluation a été réalisée en une seule fois, et l'établissement a dû fournir l'ensemble des sections de la matrice (A à G).

**Quatrième étape :** l'équipe d'évaluation, en concertation, termine l'analyse du dossier et tire ses conclusions. Cette étape a lieu à huis clos à l'endroit de la visite. Les évaluateurs préparent le rapport selon le format déjà établi. Le rapport précise les points forts et les points faibles de l'équipe. Des recommandations sont inscrites afin que l'équipe/établissement puisse ensuite combler l'écart entre ce qui est observé et ce qui est attendu pour répondre aux critères de conformité. Un retour à l'équipe/établissement visité permet de transmettre verbalement les conclusions du rapport. Si les professionnels ne sont pas d'accord avec les conclusions du rapport, ils peuvent alors faire entendre leur point de vue. En effet, les membres de l'équipe visitée peuvent réagir au rapport et demander aux experts de préciser certains des commentaires formulés et des recommandations émises. Les experts en rediscutent à huis clos, changent leur décision ou la maintiennent. L'équipe est de nouveau invitée à connaître les conclusions finales.

**Cinquième étape :** le rapport est présenté au directeur de la DLCC, qui peut exiger des experts évaluateurs certains éclaircissements si des commentaires ou des conclusions sont moins explicites. Le directeur de la DLCC fait ensuite parvenir le rapport d'évaluation au président-directeur général de l'agence concernée ainsi que des copies au directeur général et aux cogestionnaires du programme local de lutte contre le cancer de l'établissement visité.

Au cours de ce premier cycle d'évaluation, les établissements ont tous reçu leur rapport dans un délai moyen de 7 semaines après la visite du comité d'experts évaluateurs.

## **Des outils pour faciliter le travail de l'évaluateur**

Afin de faciliter le travail des experts évaluateurs, le GCLC a préparé une fiche résultat intitulée *Fiche résultat de l'évaluateur : mandat local* (annexe 6). Cette grille d'analyse permet aux évaluateurs d'inscrire leurs commentaires quant à l'appréciation des documents présentés par les établissements aspirant à un mandat local ou régional. Malgré son utilité, cet outil ne permet pas d'assurer une validité inter-évaluateurs. Aussi, pour l'évaluation des équipes suprarégionales, le GCLC a développé une autre fiche de l'évaluateur propre aux équipes suprarégionales (annexe 7), où le résultat attendu est précisé pour chacun des critères. De plus, afin d'assurer une même interprétation du résultat attendu pour chaque critère, le GCLC a défini ce qui devait être objectivable lors de la visite d'évaluation dans un document qui était remis aux évaluateurs et qui s'intitulait *Critères de conformité détaillés* (annexe 8).

Enfin, le document intitulé *Document explicatif pour l'évaluation des équipes suprarégionales dédiées à un siège tumoral ou une problématique particulière* (annexe 9) définit le rôle de l'équipe suprarégionale selon son niveau de désignation, 3 ou 4. Il spécifie également les professionnels qui doivent en faire partie. Sont précisés dans ce document les normes et les standards pour apprécier la composition de l'équipe pour chaque siège tumoral ou problématique selon le niveau demandé.

Le GCLC a ensuite conçu un canevas pour le rapport d'une évaluation locale ou régionale (annexe 10). Ce rapport fait état des constats des experts évaluateurs et des points forts et faibles de l'établissement. Enfin, il précise les recommandations et la conclusion et indique si l'établissement peut être désigné ou non. Il est à noter qu'un établissement pouvait être désigné sous condition.

En ce qui a trait aux équipes suprarégionales, le canevas du rapport est beaucoup plus élaboré (annexe 11). En effet, pour chacun des critères, il est précisé si l'équipe répond aux exigences ou non. Des commentaires pouvaient être ajoutés à chacun des critères. Enfin, des recommandations et la conclusion étaient présentées.

Bien que certaines équipes suprarégionales aient obtenu une désignation conditionnelle à ce qu'elles répondent aux recommandations dans les six mois suivant la visite d'évaluation, la majorité des équipes n'obtenaient pas la note et devaient représenter un dossier pour une réévaluation une année après la visite d'évaluation. Un canevas de rapport de réévaluation (annexe 12) a alors été élaboré afin de faciliter le travail des experts du comité de réévaluation. Pour chacune des recommandations émises dans le rapport d'évaluation, un commentaire de réévaluation précisait si l'équipe l'avait suivie. D'autres recommandations pouvaient être émises et la conclusion finale était transmise.

### **Le suivi de l'évaluation**

Comme il est préconisé par le PQLC, la mise en place d'un réseau intégré et hiérarchisé de lutte contre le cancer demeure le but visé par la désignation d'équipes de lutte contre le cancer qui offrent des soins de qualité centrés sur les besoins de la personne. Le suivi apporté est donc essentiel. Concernant les équipes locales et régionales, compte tenu de la responsabilité de l'agence de santé et des services sociaux en ce qui a trait à la coordination des services qui lui est dévolue par la loi (LSSS, a.340), le rapport d'évaluation stipulait que les agences concernées devaient assurer le suivi des recommandations contenues dans les rapports d'évaluation des équipes de leur réseau régional respectif. Les établissements avaient une année pour atteindre le niveau de conformité requis. Lorsque les équipes locales ou régionales répondent aux recommandations contenues dans leur rapport d'évaluation, l'agence peut leur accorder leur désignation.

Concernant les équipes suprarégionales, celles-ci avaient également un an pour répondre aux recommandations, mais elles devaient soumettre au GCLC des pièces justificatives démontrant leur conformité. Des séances de réévaluation ont eu lieu deux fois par année pour les équipes suprarégionales qui désiraient se représenter. Les équipes avaient la possibilité d'être réévaluées jusqu'à deux reprises quoiqu'une troisième reprise a été offerte à deux équipes.

### **La réévaluation des équipes suprarégionales**

Au total, 75 rapports de visite d'évaluation, 64 rapports de première réévaluation, 27 rapports de seconde réévaluation et 2 rapports de troisième réévaluation ont été produits. Ce sont donc

168 rapports qui ont permis de désigner 67 équipes suprarégionales sur un total de 75 candidatures.

Un comité de réévaluation a été constitué pour analyser les documents reçus. Ce comité était composé de huit experts et de deux représentants du ministère. Le comité était divisé en deux sous-comités, qui se partageaient les dossiers à réévaluer durant la journée. En fin de journée, les rapports de réévaluation étaient présentés à l'ensemble des membres du comité dans le but d'obtenir le consensus sur les conclusions et les recommandations de chacun des rapports. Les dossiers à réévaluer étaient distribués en fonction du lieu de pratique des experts de façon à ce qu'un dossier ne soit pas évalué par un intervenant de l'établissement évalué.

Dans le but d'offrir la plus grande cohérence possible dans l'interprétation des critères, le groupe d'experts pour les réévaluations est demeuré sensiblement le même tout au long du processus, jusqu'à l'automne 2009. Les intervenants représentant le MSSS ont varié en fonction des personnes en poste lorsque les réévaluations ont eu lieu. Concernant les cliniciens, un omnipraticien a été présent lors de la première réévaluation seulement et un travailleur social a été ajouté à l'équipe de réévaluation en novembre et en décembre 2008, compte tenu du nombre plus important de dossiers à réévaluer.

#### Composition du comité de réévaluation :

1. Dr Jean Latreille, hémato-oncologue, Hôpital Charles LeMoynes, cogestionnaire du CICM et du Réseau cancer Montérégie, responsable de l'équipe de réévaluation;
2. Dre Danielle Charpentier, hémato-oncologue, Centre hospitalier de l'Université de Montréal, cogestionnaire du programme de lutte contre le cancer du CHUM;
3. Dre Isabelle Germain, radio-oncologue, Centre hospitalier universitaire de Québec;
4. Dr Armen Aprikian, urologue, Centre universitaire de santé McGill, cogestionnaire de la Mission des soins de cancer du CUSM;
5. Dr Jean-François Latulippe, chirurgien, Hôpital Maisonneuve-Rosemont;
6. Dr Arnaud Samson, omnipraticien, GMF Boréal;
7. Dr Michel L'Heureux, omnipraticien, Maison Michel-Sarrazin (pour la réévaluation du 28 septembre 2007);
8. Mme Josée Tremblay, travailleuse sociale, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke;
9. Mme Christine Mimeault, infirmière, Hôpital Charles LeMoynes, cogestionnaire du CICM et du Réseau cancer Montérégie;

10. M. Serge Joyal, travailleur social, Centre hospitalier universitaire de Québec;
11. Mme Uy Tran, agente de recherche et de planification socio-économique, ministère de la Santé et des Services sociaux (pour la réévaluation du 28 septembre 2007);
12. M. Flereau Eugène, agent de recherche et de planification socio-économique, ministère de la Santé et des Services sociaux;
13. M Charles Boily, agent de recherche et de planification socio-économique, ministère de la Santé et des Services sociaux;
14. Un ou des représentants de l'agence concernée.

Comme pour la visite d'évaluation, les experts recevaient le dossier préparé par l'établissement deux semaines avant la date de réévaluation afin d'en prendre connaissance. La réunion leur permettait de se concerter pour l'analyser et conclure sur l'atteinte ou non du critère de désignation par l'équipe. La date de réévaluation était connue de l'établissement afin qu'un membre de l'équipe évaluée puisse être disponible si jamais les experts avaient eu une question d'éclaircissement à lui formuler.

Lors de leurs discussions, les experts pouvaient comparer la problématique à évaluer à une autre semblable dans un dossier précédent de façon à appliquer la même grille d'analyse. Il arrivait alors qu'un rapport de réévaluation d'une autre équipe, produit antérieurement, soit consulté en guise de jurisprudence.

### **Le suivi de la DLCC**

En décembre 2008, la DLCC a procédé à un suivi du processus et a questionné, au moyen du système ministériel de reddition de comptes GESTRED, les établissements du Québec. Le rapport sous forme de tableau se trouve dans la section « Les résultats, l'analyse et les recommandations ».



## **Le calendrier du processus d'évaluation**

- Août 2004 : formation du Groupe conseil de lutte contre le cancer
- Automne 2004 : élaboration du processus de désignation des équipes/établissements et de la matrice d'évaluation
- Avril 2005 : début des visites d'évaluation pour les mandats local et régional
- Octobre 2006 : début des visites d'évaluation pour le mandat suprarégional 3 ou 4
- Janvier 2007 : fin des visites d'évaluation pour les mandats local et régional
- Septembre 2007 : début du processus de réévaluation des équipes suprarégionales
- Octobre 2008 : fin des visites d'évaluation pour le mandat suprarégional
- Novembre 2009 : fin du processus de réévaluation des équipes suprarégionales
- Novembre 2010 : dépôt du rapport des activités du GCLC

## **Les résultats, l'analyse et les recommandations**

---

Les résultats sont présentés en trois parties. Ils portent d'abord sur les établissements ayant un mandat local ou régional, puis sur les équipes ayant un mandat suprarégional et, enfin, sur la mobilisation des intervenants du réseau. À la suite de chacun des résultats, une courte analyse est présentée et des recommandations sont émises. Enfin, ces dernières sont reprises et rassemblées dans la section suivante.

### **Les mandats local et régional**

Comme le préconise le PQLC, les équipes interdisciplinaires au sein d'établissements ayant obtenu un mandat local doivent pouvoir offrir des services généraux et certains services spécialisés le plus près possible du lieu de résidence de la personne. Il s'agit des services de prévention, de détection, d'investigation diagnostique précoce, de certains traitements, dont la chimiothérapie, de suivi et de soins palliatifs. L'établissement ayant un mandat régional, quant à lui, doit offrir en outre des services plus spécialisés pour les cancers les plus fréquents (sein, poumon, colorectal, prostate) et les cancers hématologiques. Par ailleurs, l'équipe régionale doit travailler en concertation avec l'agence de son territoire à la mise en place du réseau régional de lutte contre le cancer. Pour ce faire, elle doit pouvoir offrir à l'ensemble des équipes locales de son réseau régional de la formation continue et de l'accompagnement pour évaluer la qualité, la sécurité et la continuité des services.

L'analyse porte ici sur le portrait découlant de la visite d'évaluation du GCLC et, en 2009, de la collecte de données par le système ministériel GESTRED.

Le GCLC a visité 80 établissements :

- Mandat local : 70 centres visités
- Mandat régional : 10 centres visités

## Le mandat local

**Tableau 1.1** : Nombre d'établissements ayant un mandat local ou régional selon qu'ils ont été visités ou non et selon leur niveau de désignation en 2007, et état de situation en 2009 selon GESTRED

| <b>Nombre d'établissements<br/>Mandat local de base<br/>n = 89</b> | <b>2007</b> | <b>2009</b>    |
|--------------------------------------------------------------------|-------------|----------------|
| Non visités                                                        | 19          | 19             |
| Total visités                                                      | 70          | 70             |
| Désignés                                                           | 24          | 52             |
| Désignation conditionnelle                                         | 34          | Non applicable |
| Visités et non désignés                                            | 12          | 18             |
| <b>Nombre d'établissements<br/>Mandat régional<br/>n = 10</b>      | <b>2007</b> | <b>2009</b>    |
| Désignés                                                           | 4           | 6              |
| Désignation conditionnelle                                         | 6           | Non applicable |
| Non désignés                                                       | 0           | 3              |

Note. – Certains établissements, lors de la visite d'évaluation, avaient obtenu une désignation conditionnelle. S'ils répondaient favorablement aux conditions qui leur étaient spécifiées, ils obtenaient la désignation. Sinon, ils devenaient non désignés. C'est pourquoi, en 2009, la désignation conditionnelle ne peut exister, d'où l'inscription « Non applicable ».

Concernant les établissements ayant postulé pour un mandat local, 12 des 70 établissements visités n'ont pu être désignés, soit 17 %. Par la suite, 28 des 34 établissements ayant eu une désignation conditionnelle en 2007, soit 82 %, ont vu leur désignation être confirmée. Par ailleurs, 6 établissements sur 34 ayant eu une désignation conditionnelle en 2007, soit 18 % des équipes, n'ont pas atteint le degré de conformité requis et n'ont pas été désignés.

Sur un total de 89 établissements qui offrent des services de lutte contre le cancer, 70 ont été visités et, parmi ces derniers, 52 ont été désignés, soit 58 %. Il y en a 37, soit 42 %, qui n'ont pas été désignés ou visités.

Parmi les 19 établissements non visités, certains offrent des services en cancérologie. Nous ignorons la qualité des services offerts et si ceux-ci respectent les normes recommandées par la DLCC.

### **Recommandation 1**

Afin de s'assurer que l'ensemble des services offerts dans la lutte contre le cancer répond aux normes de qualité préconisées par le PQLC, le GCLC recommande de :

**Rendre obligatoire la désignation de tous les établissements du Québec qui désirent offrir des services de lutte contre le cancer.**

## Le mandat régional

Au niveau régional, 6 équipes sur 10, soit 60 %, sont désignées. Par ailleurs, 3 équipes n'ont pu atteindre le degré de conformité. Plusieurs régions du Québec n'ont donc pas d'équipes régionales. Présentement, les régions 08, 09, 10, 11 et 14 ont établi des liens avec des équipes régionales d'autres régions. Cependant, le rôle régional de formation, d'évaluation, d'accompagnement et de soutien des équipes locales n'est pas assuré par une équipe régionale. Les régions 03 et 06 n'ont pas ciblé un ou des établissements régionaux spécifiques bien que certains établissements aient le potentiel d'être désignés.

**Tableau 1.2** : Établissements avec mandat régional par région

| Région                           | Établissement régional désigné | Établissement régional non désigné |
|----------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| 01 Bas-Saint-Laurent             |                                | Rimouski                           |
| 02 Saguenay–Lac-Saint-Jean       |                                | Chicoutimi                         |
| 03 Capitale-Nationale *          |                                |                                    |
| 04 Mauricie–Centre-du-Québec     | CHRTR                          |                                    |
| 05 Estrie                        | CHUS                           |                                    |
| 06 Montréal *                    |                                |                                    |
| 07 Outaouais                     |                                | Gatineau                           |
| 08 Abitibi-Témiscamingue         |                                |                                    |
| 09 Côte-Nord                     |                                |                                    |
| 10 Nord-du-Québec                |                                |                                    |
| 11 Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine |                                |                                    |
| 12 Chaudière-Appalaches          | H-D Lévis                      |                                    |
| 13 Laval                         | Cité-de-la-Santé               |                                    |
| 14 Lanaudière                    |                                |                                    |
| 15 Laurentides                   | Saint-Jérôme                   |                                    |
| 16 Montérégie                    | HCLM                           |                                    |

\*Régions où des établissements ont le potentiel d'être désignés avec un mandat régional

## Recommandation 2

Afin que chaque réseau régional puisse bénéficier de l'expertise d'une équipe régionale, le GCLC recommande que :

**Chaque agence désigne un établissement régional ou qu'une entente de services soit établie avec un établissement régional d'une région sociosanitaire limitrophe.**

### Le suivi des équipes

Au 31 mars 2009, la DLCC demandait aux établissements offrant des services de lutte contre le cancer de l'informer de leurs activités. Cette opération est passée par le système de reddition de comptes ministériel GESTRED. Après avoir colligé l'ensemble des données, comme on pouvait s'y attendre, on a constaté que les équipes désignées répondaient dans une plus grande proportion aux critères de conformité. Par ailleurs, certains critères n'étaient plus respectés par un certain nombre d'équipes désignées. Ce qui laisse penser qu'un suivi demeure nécessaire pour assurer le maintien de conformité aux critères exigés.

**Tableau 1.3 :** Niveau de conformité pour certains critères selon qu'un établissement est désigné ou non à partir de la compilation des données de GESTRED

| Critère                                      | Proportion des équipes désignées<br>Total=52 | Proportion des équipes non désignées<br>Total=37 |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Programme local de lutte contre le cancer    | 100 %                                        | 61 %                                             |
| Comité de coordination                       | 94 %                                         | 53 %                                             |
| Directeur du programme                       | 100 %                                        | 83 %                                             |
| Cogestion médicale et clinico-administrative | 89 % et 94 %                                 | 54 % et 67 %                                     |
| Réunions cliniques interdisciplinaires       | 76 %                                         | 52 %                                             |

|                                             |      |      |
|---------------------------------------------|------|------|
| Plan d'intervention interdisciplinaire      | 80 % | 40 % |
| Formation continue accessible               | 50 % | 30 % |
| Soutien et codéveloppement des intervenants | 45 % | 45 % |
| Accès à un comité des thérapies du cancer   | 60 % | 30 % |

Par rapport aux établissements non désignés, les établissements désignés se distinguent par :

- Le fonctionnement interdisciplinaire
- La rédaction d'un plan d'intervention interdisciplinaire (PII)
- Le cadre organisationnel

Depuis 2007, plusieurs équipes désignées ne sont plus conformes à l'ensemble des critères, notamment pour les trois critères suivants :

- L'accès au comité des thérapies du cancer (CTC)
- La formation continue
- Le soutien et le codéveloppement des membres de l'équipe

### **Recommandation 3**

Afin que les établissements puissent maintenir leur conformité à tous les critères de désignation, le GCLC recommande que :

**Les agences assurent le suivi des équipes désignées, identifient et analysent les causes de non-conformité aux critères de désignation et apportent le soutien nécessaire aux équipes afin qu'elles obtiennent ou maintiennent leur conformité.**

## **Le mandat suprarégional**

L'équipe suprarégionale fait partie d'un établissement universitaire. Elle offre des services surspécialisés d'investigation diagnostique, de traitement et de suivi pour un siège tumoral particulier (poumon, sein, digestif bas...) ou pour une problématique particulière (onco-pédiatrie, radio-oncologie...). Elle sera de niveau 3 ou 4. Les membres d'une équipe de niveau 4 se distinguent par leur implication dans la formation de deuxième et de troisième cycle offerte aux étudiants, la formation continue offerte aux autres membres de l'équipe ou aux partenaires du réseau et par la recherche exécutée. Les membres de l'équipe suprarégionale de niveau 4 consacrent plus de 70 % de leur temps à des activités (clinique, enseignement et recherche) en lien avec le siège tumoral ou la problématique de l'équipe.

Soixante-quinze équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer ont postulé pour une désignation suprarégionale. Ces équipes offrent des services spécialisés dans 12 établissements faisant partie des 4 RUIS. L'évaluation de ces équipes a nécessité 75 visites, 8 journées de réévaluation et 11 études de dossier pour les équipes qui avaient obtenu une désignation conditionnelle. Le GCLC a produit 75 rapports d'évaluation et 93 rapports de réévaluation. Après une première évaluation, 3 équipes se sont désistées. Sur les 72 restantes, 5 équipes n'ont pu respecter l'ensemble des critères alors que 67 ont été désignées, dont 34 de niveau 4 et 33 de niveau 3. Le tableau 2.1 illustre l'ensemble des équipes, leur niveau de désignation, le siège tumoral ou la problématique, l'établissement et le RUIS d'appartenance.



**Tableau 2.1 :** Équipes suprarégionales de niveau 3 ou 4 par siège tumoral ou par problématique, selon l'établissement et le RUIS

| ÉQUIPES DÉSIGNÉES PAR ÉTABLISSEMENT ET PAR RUIS D'APPARTENANCE |           |            |            |            |           |             |           |             |           |               |           |             |            |             |            |             |
|----------------------------------------------------------------|-----------|------------|------------|------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|---------------|-----------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|
| SIÈGE                                                          | Visitées  |            | RUIS Laval |            |           |             |           | RUIS Sherb. |           | RUIS Montréal |           |             |            | RUIS McGill |            |             |
|                                                                | Nbre      | Nbre       | CHA        | CHUQ       | CHA       | MMS         | HL        | CHUS        | HCLM      | CHUM          | HSCM      | HSJ         | HMR        | CUSM        | HGJ        | CUSM HGJ    |
| Poumon                                                         | 7         | 7          |            |            |           |             | 3         | 3           |           | 3             | 3         |             | 3          | 4           | 3          |             |
| Sein                                                           | 6         | 6          | 4          |            |           |             |           |             | 3         | 4             |           |             | 3          | 4           | 4          |             |
| Syst. Digestif                                                 | 1         | 1          |            | 3          |           |             |           |             |           |               |           |             |            |             |            |             |
| Digestif haut                                                  | 1         | 1          |            |            |           |             |           |             |           | 3             |           |             |            |             |            |             |
| Digestif bas                                                   | 4         | 4          |            |            |           |             |           |             |           | 3             |           |             | 3          | 4           | 4          |             |
| Hépatobiliaires                                                | 2         | 2          |            |            |           |             |           |             |           | 4             |           |             |            | 3           |            |             |
| Gynéco                                                         | 5         | 5          |            | 3          |           |             |           | 3           |           | 4             |           |             |            | 4           | 4          |             |
| Uro-génitaux                                                   | 4         | 3          |            | 4          |           |             |           |             |           | 4             |           |             |            | 4           |            |             |
| Hémato                                                         | 8         | 7          | 3          |            |           |             |           | 3           | 3         | 3             |           |             | 4          | 4           | 3          |             |
| Greffe cell. souches                                           | 2         | 2          |            |            |           |             |           |             |           |               |           |             | 4          | 4           |            |             |
| Musculo-squelettique                                           | 3         | 2          |            |            |           |             |           |             |           |               |           |             | 4          | 4           |            |             |
| Tête et cou                                                    | 5         | 5          |            |            | 3         |             |           | 3           |           | 4             |           |             |            | 3           | 3          |             |
| Neuro                                                          | 4         | 4          | 4          |            |           |             |           | 4           |           | 3             |           |             |            | 4           |            |             |
| Peau                                                           | 3         | 1          |            |            |           |             |           |             |           |               |           |             |            |             | 3          |             |
| Oculaire                                                       | 1         | 1          |            |            |           |             |           |             |           | 3             |           |             |            |             |            |             |
| Thyroïde                                                       | 1         | 1          |            |            |           |             |           |             |           | 3             |           |             |            |             |            |             |
| Glandes surrénales                                             | 1         | 1          |            |            |           |             |           |             |           | 4             |           |             |            |             |            |             |
| <b>PROBLÉMATIQUE</b>                                           |           |            |            |            |           |             |           |             |           |               |           |             |            |             |            |             |
| Pédiatrie                                                      | 3         | 3          |            | 3          |           |             |           |             |           |               |           |             |            | 4           |            |             |
| Jeunes adultes                                                 | 1         | 0          |            |            |           |             |           |             |           |               |           |             |            |             |            |             |
| Oncogériatrie                                                  | 1         | 1          |            |            |           |             |           |             |           |               |           |             |            |             | 3          |             |
| Psycho-sociale                                                 | 2         | 1          |            | 4          |           |             |           |             |           |               |           |             |            |             |            |             |
| Réadaptation                                                   | 2         | 2          |            |            |           |             |           |             |           |               |           |             |            | 3           | 4          |             |
| Radio-onco                                                     | 4         | 3          |            | 4          |           |             |           |             |           | 4             |           |             |            | 4           |            |             |
| Onco-génétique                                                 | 1         | 1          |            |            |           |             |           |             |           |               |           |             |            |             |            | 4           |
| Soins palliatifs                                               | 3         | 3          |            |            |           | 4           |           |             |           |               |           |             |            | 4           | 3          |             |
| <b>Total</b>                                                   | <b>75</b> | <b>67</b>  | <b>3</b>   | <b>6</b>   | <b>1</b>  | <b>1</b>    | <b>1</b>  | <b>5</b>    | <b>2</b>  | <b>14</b>     | <b>1</b>  | <b>1</b>    | <b>6</b>   | <b>15</b>   | <b>10</b>  | <b>1</b>    |
| <b>Nbre niveau 4</b>                                           |           | <b>34</b>  | <b>2</b>   | <b>3</b>   | <b>0</b>  | <b>1</b>    | <b>0</b>  | <b>1</b>    | <b>0</b>  | <b>7</b>      | <b>0</b>  | <b>1</b>    | <b>2</b>   | <b>12</b>   | <b>4</b>   | <b>1</b>    |
| <b>% niveau 4 / total</b>                                      |           | <b>51%</b> | <b>67%</b> | <b>50%</b> | <b>0%</b> | <b>100%</b> | <b>0%</b> | <b>20%</b>  | <b>0%</b> | <b>50%</b>    | <b>0%</b> | <b>100%</b> | <b>33%</b> | <b>80%</b>  | <b>40%</b> | <b>100%</b> |

## Analyse

C'est pour les sièges tumoraux les plus courants que nous retrouvons le plus d'équipes suprarégionales (voir colonne « Désignées »).

Sur les 67 équipes désignées, 22 % sont du CUSM et 21 %, du CHUM. En ce qui a trait aux équipes de niveau 4, le CUSM et le CHUM en ont respectivement 12 et 7 sur les 34 du Québec, soit 35 % et 21 %. C'est donc plus de la moitié des équipes de niveau 4 qui se retrouvent dans ces deux établissements.

Par ailleurs, il y a 8 équipes qui sont les seules désignées pour leur siège ou leur problématique (4 d'entre elles sont du CHUM, 2 de l'HGJ, 1 du CHUQ et 1 équipe conjointe CUSM-HGJ).

#### **Recommandation 4**

Afin que l'ensemble du réseau puisse bénéficier de l'expertise des équipes suprarégionales, le GCLC recommande que :

**Des communautés d'échange de pratiques par siège tumoral ou par problématique particulière soient mises en place et que la DLCC leur donne le mandat de mettre à jour les algorithmes d'investigation, de traitement et de suivi, de faire un rapport de la situation de la lutte contre le cancer pour le siège ou la problématique en question et de proposer des pistes de solution lorsque cela est requis.**

Par ailleurs, à l'analyse des résultats de chacun des rapports d'évaluation après la première visite, on peut se rendre compte, pour chacun des critères, du taux de conformité. Certains critères étaient atteints par la plupart des équipes dès la visite d'évaluation, alors que d'autres, plus difficiles à atteindre, nécessitaient une réévaluation et, parfois, une seconde réévaluation. Comme les équipes pouvaient être désignées avec un seul critère non conforme, certaines d'entre elles ont été désignées alors qu'elles présentaient une situation de non-conformité à l'un des critères.

**Tableau 2.2 :** Proportion d'équipes suprarégionales ayant atteint la conformité aux critères lors de l'évaluation initiale et à la désignation

| Critères                                                                                             | Proportion d'équipes visitées ayant atteint le critère sur un total de 75 | Proportion d'équipes désignées ayant atteint le critère sur un total de 67 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| Engagement de l'établissement                                                                        | 100 %                                                                     | 100 %                                                                      |
| Composition de l'équipe                                                                              | 5 %                                                                       | 90 %                                                                       |
| ▪ chirurgien                                                                                         | 84 %                                                                      | 100 %                                                                      |
| ▪ pathologiste                                                                                       | 67 %                                                                      | 100 %                                                                      |
| ▪ oncologue médical                                                                                  | 65 %                                                                      | 97 %                                                                       |
| ▪ conseillère en soins inf. spécialisés                                                              | 34 %                                                                      | 98 %                                                                       |
| ▪ psychologue                                                                                        | 45 %                                                                      | 97 %                                                                       |
| Trajectoire réelle des patients                                                                      | 41 %                                                                      | 98 %                                                                       |
| Travail en interdisciplinarité                                                                       | 47 %                                                                      | 92 %                                                                       |
| Processus analytique fonctionnel qui permet la rétroaction                                           | 43 %                                                                      | 88 %                                                                       |
| Adoption en équipe d'algorithmes d'investigation, de traitement et de suivi                          | 57 %                                                                      | 95 %                                                                       |
| Formation continue                                                                                   | 31 %                                                                      | 100 %                                                                      |
| Publications                                                                                         | 16 %                                                                      | 100 %                                                                      |
| <b>Proportion des équipes désignées répondant à tous les critères après la dernière réévaluation</b> | -                                                                         | 62 %                                                                       |
| <b>Proportion des équipes désignées répondant à tous les critères sauf un</b>                        | -                                                                         | 38 %                                                                       |

Après la première visite d'évaluation des équipes suprarégionales, les six critères qui, le plus souvent, n'étaient pas atteints par les équipes étaient les suivants :

- La composition de l'équipe, et plus particulièrement pour :
  - La conseillère en soins infirmiers spécialisés
  - Le psychologue
- Le nombre de publications par les membres de l'équipe
- La formation continue donnée par l'ensemble des membres de l'équipe
- Les données documentant la trajectoire des patients
- Un processus analytique fonctionnel qui permet une rétroaction
- Le fonctionnement interdisciplinaire

Le processus de réévaluation a permis de constater que les équipes suprarégionales répondaient aux critères non atteints à la première visite. Les établissements concernés ont engagé des conseillères en soins infirmiers spécialisés et des psychologues pour compléter les équipes de même que des registraires pour assurer la compilation des données nécessaires et documenter la trajectoire des patients. Des systèmes informatiques ont été mis en place pour permettre une analyse efficace de l'ensemble des données colligées. De plus, des résultats de recherche ont été publiés, des indicateurs de qualité ont été déterminés, analysés, et une rétroaction a été entreprise. Enfin, le fonctionnement en interdisciplinarité a été adopté comme méthode de travail.

À la réévaluation, lorsqu'un seul critère n'était pas atteint, une équipe pouvait être désignée avec une recommandation. Or, il appert que 42 équipes (62 %) ont été désignées alors qu'elles atteignaient tous les critères. Par ailleurs, 26 (38 %) ont été désignées avec un critère non encore atteint. Parmi ces 26 équipes, le critère toujours non atteint était l'un des suivants :

- Un processus analytique fonctionnel qui permet la rétroaction pour 8 équipes
- La composition de l'équipe pour 7 équipes et plus particulièrement pour :
  - L'oncologue médical pour 2 équipes
  - Le psychologue pour 2 équipes
- Le fonctionnement interdisciplinaire pour 5 équipes
- L'adoption en équipe d'algorithmes d'investigation, de traitement et de suivi pour 3 équipes

### **Recommandation 5**

Afin de s'assurer que les équipes suprarégionales continuent de répondre aux critères de désignation, le GCLC recommande que :

**La DLCC assure un suivi en mettant en place un mécanisme obligatoire pour que les équipes puissent l'informer sur le maintien de leur conformité.**

**En cas de non-conformité, que la DLCC prenne les actions nécessaires afin que les équipes puissent acquérir ou retrouver cette conformité s'il y a lieu.**

### **Recommandation 6**

Afin de s'assurer que les équipes suprarégionales ayant eu une recommandation y ont répondu, le GCLC recommande que :

**Les agences assurent le suivi du rapport de réévaluation de chacune des équipes.**

## **La mobilisation du réseau**

Comme cela a été mentionné précédemment, le processus de désignation s'est traduit par une bonne participation des intervenants du réseau et il a fait ressortir la qualité de l'engagement des personnes concernées.

- 155 équipes/établissements ont été évalués;
- en tant qu'experts évaluateurs, plus de 200 professionnels ont été impliqués dans le processus de désignation;
- au-delà de 2400 professionnels impliqués dans la lutte contre le cancer ont été rencontrés lors des visites d'évaluation.

Cet engagement des professionnels dans la lutte contre le cancer est essentiel. Aussi, il importe de soutenir cette mobilisation des ressources humaines.

### **Recommandation 7**

Afin de soutenir l'engagement des professionnels des équipes de lutte contre le cancer de niveaux local et régional, le GCLC recommande que :

**Les agences assurent la mise en place de leur réseau régional respectif.**

### **Recommandation 8**

Afin de soutenir l'engagement des professionnels des équipes de lutte contre le cancer de niveau suprarégional, le GCLC recommande que :

**La DLCC mette en place des communautés d'échange de pratiques pour chacun des sièges tumoraux ou pour chacune des problématiques.**

### **Recommandation 9**

Afin de soutenir les recommandations précédentes, le GCLC recommande que :

**La DLCC accompagne chacune des agences dans la mise en place de son réseau régional de lutte contre le cancer.**

### **Recommandation 10**

Afin de soutenir la poursuite de la mise en œuvre du PQLC, le GCLC recommande que :

**La DLCC mette en place un mécanisme continu de reconnaissance et de désignation des équipes/établissements.**

## Conclusion

---

La création du Groupe conseil de lutte contre le cancer a permis d'atteindre les recommandations du rapport du GTMC, soit de mettre en place un processus de reconnaissance d'équipes de lutte contre le cancer pour faciliter la mise en œuvre du PQLC. En effet, un mécanisme de reconnaissance des équipes locales, régionales et suprarégionales a été instauré. L'évaluation et la désignation des équipes/établissements ont été entreprises dès l'hiver 2005. Aujourd'hui, 52 équipes locales, 6 équipes régionales et 67 équipes suprarégionales ont été désignées. Cependant, certaines équipes locales demeurent sans désignation alors qu'elles offrent des services de lutte contre le cancer.

Dans le même ordre d'idées, plusieurs régions n'ont pas d'entente de services avec une équipe régionale sur laquelle les équipes locales pourraient compter. Il y aurait donc lieu que les agences mettent en place un réseau régional de lutte contre le cancer qui permettrait d'assurer l'accès à des services sécuritaires et de qualité. Pour ce faire, chaque agence devra travailler avec l'ensemble des établissements de sa région qui offrent des services de lutte contre le cancer et avec un établissement régional qui détient l'expertise nécessaire pour offrir aux équipes locales de la formation ainsi que des activités d'évaluation, de soutien et d'accompagnement.

Concernant les équipes suprarégionales, il apparaît essentiel que celles-ci collaborent pour actualiser, selon les données probantes, les algorithmes et les guides d'investigation, de traitement et de suivi et pour les diffuser dans tout le réseau québécois de lutte contre le cancer. La mise en place de communautés d'échange de pratiques apparaît le moyen idéal pour atteindre cet objectif.

Enfin, des défis demeurent à relever. Comme le stipulent les orientations ministérielles, il faut assurer la pérennité du processus d'évaluation des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer. La première phase d'évaluation des équipes n'est que le premier jalon d'un processus continu d'amélioration de la qualité. Le développement des connaissances dans la lutte contre le cancer de même que l'évolution des clientèles exigent une adaptation continue de la réponse que doit fournir le réseau de la santé et des services sociaux.

L'ensemble de la démarche du premier cycle d'évaluation des équipes interdisciplinaires a eu pour effet de créer une certaine mobilisation dans le réseau des soins et des services en cancer, une mobilisation en vue d'amorcer les changements requis par l'application du programme de lutte contre le cancer, qui vise à assurer la qualité des soins et des services. La DLCC s'est donné comme objectif non seulement de désigner des équipes interdisciplinaires, mais d'assurer la pérennité de ce processus pour garantir l'organisation des soins en réseau et la conformité des équipes aux normes et aux standards de fonctionnement en interdisciplinarité et de qualité.

La DLCC a depuis documenté la lutte contre le cancer à partir des données recueillies lors du processus de désignation des équipes interdisciplinaires. Il s'agit d'un processus fondé sur une matrice qui prend en compte le continuum de soins et de services dans son ensemble. Ces données lui permettent de témoigner de l'implantation du programme de lutte contre le cancer. Elles fournissent un portrait de l'organisation des soins et des services dans chaque région. Elles sont intégrées au système d'information GESTRED, qui alimente les ententes de gestion, et elles contribuent à la reddition de comptes des agences auprès du MSSS et de la population<sup>10</sup>.

Le premier cycle d'évaluation des équipes interdisciplinaires a agi comme un levier pour l'implantation des changements et il a entraîné une série d'effets positifs sur les ressources humaines en santé ainsi que sur la connaissance des établissements et de la structure des soins et des services : il a contribué à la reconnaissance et à la valorisation des intervenants auprès des patients atteints de cancer, au développement de liens avec les partenaires et à la consolidation des soins et des services en oncologie. Le processus de désignation a aussi mis en évidence certaines problématiques, notamment le besoin de ressources humaines et informationnelles ainsi que l'importance de la réorganisation en réseau pour mettre en œuvre les changements souhaités.

En somme, la qualité et l'engagement profond des membres et des nombreux collaborateurs rencontrés sur le terrain, de même que la mobilisation et l'intérêt qu'a suscités ce processus de

---

<sup>10</sup> Direction de la lutte contre le cancer (DLCC). *Rapport d'activité 2008-2009*. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 2009, p. 10.



désignation sont un gage de réussite pour la poursuite de l'implantation du Programme québécois de lutte contre le cancer. En ce sens, l'accomplissement de ce processus de désignation, grâce à l'engagement de plusieurs régions, est le résultat du travail d'un réseau de lutte contre le cancer en train de se tisser. C'est maintenant dans les diverses régions que ce réseau doit continuer de s'implanter et de se ramifier afin que le programme de lutte contre le cancer soit de plus en plus fonctionnel. Cela se traduira en gains tant pour les personnes atteintes et leurs proches que pour l'ensemble de la population.

## Bibliographie

---

AGENCE D'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES ET DES MODES D'INTERVENTION EN SANTÉ (AETMIS). **Vers l'agrément des équipes de lutte contre le cancer. Leçons tirées de la littérature internationale.** Plan d'évaluation préparé par Lorraine Caron, Khalil Moqadem et Sylvie Beauchamp, 2008.

ASSOCIATION OF COMMUNITY CANCER CENTERS (ACCC). **Standards for cancer programs,** March 2000.

COMMISSION on CANCER (CoC). **Cancer Program Standards,** 2004.

CONSEIL CANADIEN D'AGRÉMENT DES SERVICES DE SANTÉ (CCASS). **Programme MIRE** 2004.

DIRECTION DE LA LUTTE CONTRE LE CANCER (DLCC). **Les équipes interdisciplinaires en oncologie.** Avis du Comité des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer, Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), Québec, 2005.

DIRECTION DE LA LUTTE CONTRE LE CANCER (DLCC). **Orientations prioritaires 2007-2012 du programme québécois de lutte contre le cancer,** Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), Québec, 2007.

DIRECTION DE LA LUTTE CONTRE LE CANCER (DLCC). **Rapport d'activité 2008-2009,** Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), Québec, 2009.

GROUPE DE TRAVAIL MINISTÉRIEL SUR LE CANCER (GTMC). **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,** Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), Québec, 2004.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. **Programme québécois de lutte contre le cancer : pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe,** Québec, 1998.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. **Le continuum de services pour les personnes atteintes de cancer et leurs proches : paramètres d'organisation,** Direction générale des services de santé et médecine universitaire, avril 2004.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. **La lutte contre le cancer dans les régions du Québec, un premier bilan,** 2003.

NATIONAL HEALTH SERVICE (NHS). **Manual of Cancer Services Standards.**

NATIONAL HEALTH SERVICE IN SCOTLAND (NHSIS). **Clinical Standards – Breast cancer.**

NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (NICE). **Improving supportive and palliative care for adults with cancer – manual, (second consultation).**