



Accès à des soins de qualité pour les personnes atteintes du cancer

Rapport de l'atelier

Le 14 juin, 2005 - Vancouver (Colombie-Britannique)



Table des matières

Sommaire

Introduction	2
Accès à des soins de qualité pour les personnes atteintes du cancer	2
Atelier sur l'accès à des soins de qualité pour les personnes atteintes du cancer	3
Recommandations	4
Prochaines étapes	4

Rapport de l'atelier

Mots de bienvenue et présentations - D ^r Philip Branton	5
Préparer le terrain	6
Accès à des soins de qualité pour les personnes atteintes du cancer : contexte et objectifs	
D ^r Bill Mackillop	6
FCRSS - Priorités, programmes et possibilités	
Susan Law	7
Accès aux \$\$ des IRSC pour la recherche sur l'accès aux soins de santé	
D ^r Morris Barer	8
Accès à des soins de qualité pour les personnes atteintes du cancer : perspective de la SCLC	
D ^r Simon Sutcliffe	9
Première réunion en petits groupes	10
Deuxième réunion en petits groupes	14
Prochaines étapes	17

Annexes

Annexe 1 - Participants à l'atelier	19
Annexe 2 - Programme de l'atelier	23



Sommaire

Introduction

L'accès en temps opportun à des soins de santé de haute qualité demeure une priorité majeure pour les Canadiens. Au cours des derniers mois, l'accès aux soins de santé a fait coulé beaucoup d'encre par suite des inquiétudes soulevées par l'accès non optimal des Canadiens à de nombreux services et programmes de santé. L'attention a surtout porté sur les temps d'attente excessifs pour les services de santé de toutes catégories de même que sur l'impact d'une attente anormalement longue de traitements médicaux sur la qualité de vie et le taux de survie des patients. En réponse aux inquiétudes croissantes de la population à l'égard du système de soins de santé publique, les premiers ministres, à leur conférence de septembre 2004, se sont engagés à réduire les temps d'attente et à améliorer l'accessibilité en établissant des points de repère - basés sur des données factuelles - pour les temps d'attente acceptables au plan médical dans certains secteurs prioritaires, y compris le cancer. Depuis ce temps, une activité intense règne au pays, avec la création de la Wait Time Alliance, la publication de certains rapports provinciaux et nationaux sur la situation du système canadien de soins de santé ainsi que le lancement d'un projet de recherche par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) visant à fournir une base factuelle aux sous-ministres provinciaux et territoriaux de la Santé pour éclairer leurs travaux.



Le conseil consultatif de l'IC se penche sur l'accès à des soins de qualité, une nouvelle priorité de recherche stratégique de l'Institut

Accès à des soins de qualité pour les personnes atteintes du cancer

Les inquiétudes particulières liées aux soins aux personnes cancéreuses comprennent les temps d'attente excessifs pour les soins primaires et communautaires et pour les services spécialisés de diagnostic à toutes les étapes du continuum du cancer : prévention, dépistage, diagnostic, traitement, qualité de vie et soins palliatifs. Dans le cas du cancer, le problème ne se limite pas aux temps d'attente, mais englobe aussi des facteurs économiques liés à l'escalade des coûts de la nouvelle génération de technologies et de traitements disponibles. L'inégalité d'accès inquiète particulièrement les habitants des régions rurales et nordiques ainsi que les personnes vulnérables et marginalisées.

L'Institut du cancer des IRSC s'est engagé à soutenir la recherche de haut niveau visant à répondre à des priorités importantes dans le domaine de la lutte contre le cancer. En réponse aux inquiétudes liées à l'accessibilité des soins, l'Institut a récemment fait de " l'accès à des soins de qualité pour les personnes atteintes du cancer " sa septième priorité stratégique. Tout d'abord, des chercheurs et des représentants du milieu de la recherche sur les services de santé, venant de 18 organismes s'intéressant aux questions d'accessibilité, ont été invités par l'Institut du cancer à participer à un atelier d'une journée à Vancouver (détails dans le Rapport de l'atelier, page 5).





Atelier sur l'accès à des soins de qualité pour les personnes atteintes du cancer

L'atelier comportait à la fois un examen des questions liées à l'accès à des soins de qualité pour les personnes cancéreuses de même qu'un survol des possibilités de recherche existantes en services de santé. Des discussions libres ont eu lieu sur des thèmes et solutions de recherche prioritaires. L'objectif principal de l'atelier consistait à réunir de l'information pour guider l'Institut du cancer et ses partenaires dans leur démarche en vue d'élaborer un appel de demandes destiné à obtenir réponse à des questions importantes concernant l'organisation et la prestation des soins aux personnes cancéreuses. Pour orienter les discussions, on a fourni aux participants les questions de synthèse de recherche issues du processus de consultation nationale ayant conduit à la publication du rapport " À l'écoute II " par l'Institut des services et des politiques de la santé, la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé ainsi que leurs partenaires. Le rapport est le fruit d'une consultation menée en deux étapes avec les chercheurs en services de santé, les fournisseurs de services et les décideurs et constitue une ressource fiable pour cerner les questions et priorités en matière de recherche sur les services de santé au Canada. On a demandé aux participants à l'atelier d'examiner ces priorités dans " l'optique du cancer " et d'y relever des aspects importants du problème de l'accès à des soins de qualité pour les personnes atteintes du cancer. Les participants ont relevé plusieurs éléments des thèmes de " À l'écoute II " qui leur ont semblé pertinents à l'égard de l'accès à des soins de qualité, à savoir :

Accès à des soins de qualité pour les personnes atteintes du cancer - Services de santé et organisation

- *Questions de gestion - besoin de meilleurs modèles d'organisation et de prestation des services;*
- *Questions d'intégration - besoin d'un système dynamique, souple et pleinement intégré, permettant au patient de s'y retrouver facilement; besoin urgent de réunir les chercheurs, le public, les patients, les intervenants de première ligne et les décideurs pour veiller à ce que l'application des connaissances se fasse dans les deux sens et que les résultats de recherche soient rapidement mis en pratique;*
- *Continuité des soins - besoin de recherche sur tout le continuum du cancer, de la prévention aux soins palliatifs, afin d'explorer le lien entre soins primaires, soins de longue durée et survie; et*
- *Populations désavantagées - besoin de recherche sur les moyens d'offrir des programmes et des services aux personnes vivant en milieu rural et nordique de même qu'aux personnes vulnérables et marginalisées.*



Collecte de renseignements en petits groupes

Financement et répartition des ressources éthiques

- *Protocoles de traitement - besoin de prendre de bonnes décisions sur le plan éthique en matière de traitement en tenant compte de l'évolution des connaissances et en favorisant des modalités de traitement personnalisé dans la mesure où le patient peut y répondre; ceci entraînera une hausse de l'efficacité et de la rentabilité des services et des traitements par un meilleur usage des connaissances actuelles; et*
- *Coût des traitements - besoin de recherche en économie de la santé; la prévision des coûts est essentielle pour résoudre de manière équitable le problème engendré par l'escalade des coûts des nouveaux médicaments et technologies.*



Amélioration des systèmes d'information

- Questions de mesure - besoin de meilleurs repères et déterminants pour les temps d'attente de services dans tout le Canada;
- Questions de normalisation - besoin de définitions, de mesures, de procédures et de méthodes normalisées pouvant être adoptées uniformément dans tout le pays;
- Systèmes informatiques améliorés - besoin de données électroniques compatibles et accessibles sur les patients partout au Canada afin de pouvoir accéder à l'information en temps réel et simplifier le processus d'examen par les conseils d'éthique de la recherche (CER);
- Accès amélioré à l'information - besoin de procurer aux patients et au reste de la population un meilleur accès à l'information afin de réduire l'anxiété et de favoriser la prise de décisions de manière efficace tout au long du continuum du cancer, de la prévention aux soins palliatifs; et
- Résultats pour le patient - besoin de plus d'information sur le lien entre le temps d'attente et les résultats (survie, satisfaction, qualité de vie) et non seulement sur l'accès aux services.

Recommandations

L'information recueillie à l'atelier révèle une séparation presque totale entre ceux qui détiennent l'information et ceux qui s'en servent aux différents échelons du système de soins de santé. De façon générale, les participants à l'atelier ont recommandé d'améliorer la gestion et l'intégration du système en tenant compte des besoins du patient, tout au long du continuum du système de soins contre le cancer, de sorte que ce système devienne plus souple et réponde mieux aux besoins de la population. Ce système amélioré devrait reposer sur de solides plateformes technologiques et informatiques uniformes dans tout le pays. Pour atteindre cet objectif, il faudra établir une structure de recherche axée sur l'intégration et la synergie de l'ensemble des secteurs. Plusieurs recommandations ont été proposées quant aux programmes de financement appropriés, à savoir :

- Subventions de petites équipes - afin de créer de nouvelles équipes interdisciplinaires pour tisser des liens entre les chercheurs, les fournisseurs de soins de santé, les patients et les décideurs et pour assurer la mise en pratique rapide des résultats de recherche;
- Subventions pour équipes plus grandes destinées aux équipes existantes qui désirent étendre leur champ de recherche et leurs capacités de réseautage;
- Bourses salariales - pour recruter de nouveaux chercheurs susceptibles d'attirer des fonds de fonctionnement et de développer les ressources;
- Bourses de transition de carrière - pour attirer vers la recherche sur le cancer des chercheurs venant d'autres secteurs de la recherche sur les services de santé; et
- Programmes de formation - pour assurer le développement à long terme des ressources en formant la prochaine génération de chercheurs en services de santé.

Prochaines étapes

On se basera sur l'information recueillie à l'atelier ainsi que sur les recommandations faites par les participants pour élaborer un appel de demandes sur le thème de l'accès à des soins de qualité pour les personnes atteintes du cancer, pour un lancement prévu en décembre 2005. Le rapport de l'atelier sera examiné par des organismes partenaires, y compris des membres de l'Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer, et la portée exacte de l'appel de demandes ainsi que le choix des outils de financement dépendront des résultats de ces discussions et de l'engagement des partenaires à soutenir le projet.



Phil Branton, directeur scientifique de l'Institut du cancer (IC), discute de l'accès à des soins de qualité avec Morris Barer, directeur scientifique de l'Institut des services et des politiques de la santé (ISPS)

Rapport de l'atelier

Mots de bienvenue et présentations

Le coup d'envoi à l'atelier a été donné par Judith Bray, directrice adjointe de l'Institut du cancer (IC) des IRSC, qui a souhaité la bienvenue aux participants (voir la liste des participants, à l'annexe 1) et a remercié Erik Blache et Amanda Devost pour leur travail acharné dans l'organisation de la rencontre, de même que les membres du comité directeur (Bill Mackillop, Margaret Fitch et Roy Cameron) pour leur contribution à la planification et à l'animation de l'atelier. Bon nombre des participants représentaient des organismes et des agences s'intéressant à la recherche sur les services de santé (Tableau 1). On espère que ces organismes participeront à titre de partenaires à la conception et au lancement d'un projet de recherche sur l'accès à des soins de qualité pour les personnes atteintes du cancer.

J. Bray a ensuite présenté le directeur scientifique de l'IC, Philip Branton, qui a alors entrepris de décrire l'initiative de soins palliatifs et de soins de fin de vie, qui a connu un énorme succès, à titre d'exemple de réalisations rendues possibles grâce aux partenariats et à l'engagement communautaire. Le lancement de cette initiative en partenariat avec sept autres instituts des IRSC et huit organismes de l'extérieur a conduit au financement du Centre de formation stratégique, d'une bourse de transition de carrière, de 19 subventions d'un an pour un projet pilote et de dix subventions de cinq ans pour équipes en voie de formation, soit un engagement financier total de plus de 16,5 millions de dollars. La création récente d'un comité spécialisé d'évaluation par les pairs et l'inauguration d'un partenariat international avec le National Cancer Institute - NCI (É.U.) et le National Cancer Research Institute - NCRI (G.-B.) ont fait de cette initiative la plus importante de sa catégorie en changeant la perception que présente la recherche en soins palliatifs au Canada et en créant un exemple pour le reste du monde. Fort de ce succès, l'IC espère que grâce à la conjugaison des efforts des principaux acteurs représentés à l'atelier, nous serons en mesure de lancer une initiative de recherche qui aura un impact aussi spectaculaire sur la recherche sur les services de santé dans le domaine du cancer. L'IC s'est engagé à verser jusqu'à 1,5 million de dollars sur cinq ans pour appuyer la recherche sur l'accès à des soins de qualité pour les personnes atteintes du cancer. On espère augmenter considérablement cette somme au moyen d'un partenariat, peut-être par l'entremise de la nouvelle Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer (ACRC). L'ACRC réunit pour la première fois 24 organismes engagés dans la lutte contre le cancer, y compris tous les principaux organismes canadiens de financement de la recherche sur le cancer, afin de créer et d'appuyer un programme de recherche national. L'ACRC a remplacé le groupe d'action en recherche de la SCLC.

Tableau 1 - Organismes représentés à l'atelier

Organization	Sigle
Action Cancer Ontario	ACO
Agence de santé publique du Canada	ASPC
Alliance canadienne du cancer de l'ovaire	ACCO
Alliance canadienne des organismes provinciaux de lutte contre le cancer	CAPCA
Association médicale canadienne	AMC
British Columbia Cancer Agency	BCCA
Cancer Care Manitoba	CCM
Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada	CRMCC
Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé	FCRSS
Institut canadien d'information sur la santé	ICIS
Institut de recherche en services de santé	IRSS
Institut national du cancer du Canada	INCC
Instituts de recherche en santé du Canada	IRSC
- Institut du cancer	IC
- Institut des services et des politiques de la santé	ISPS
Ministère de la santé et des services sociaux	MSSS
Réseau de soins canadiens de l'Ontario	RSC
Santé Canada	SC
Statistique Canada	StatCan
Stratégie canadienne de lutte contre le cancer	SCLC



Préparer le terrain

L'objectif premier de l'atelier consistait à recueillir les conseils et idées d'un groupe hétérogène représentant à la fois le milieu des chercheurs en services de santé et les organismes s'intéressant à l'accès à des soins de santé de qualité. La journée a débuté par quatre courtes présentations pour préparer le terrain et faire en sorte que les participants aient une compréhension identique des enjeux importants concernant la recherche sur l'accès à des soins de qualité pour les personnes atteintes du cancer et la recherche continue sur les services de santé au Canada.

Premier présentateur : Dr. Bill Mackillop, Conseil consultatif de l'IC

« ACCÈS À DES SOINS DE QUALITÉ POUR LES PERSONNES ATTEINTES DU CANCER : CONTEXTE ET OBJECTIFS »

Points saillants de la présentation et de la discussion

En raison du vieillissement de notre population, la lutte contre le cancer s'impose comme un enjeu de santé publique de plus en plus important et l'accès aux soins de santé pour les personnes atteintes du cancer devient une importante question d'intérêt public caractérisée par une attention particulière sur les temps d'attente excessifs tant pour les soins primaires ou communautaires que les services spécialisés de diagnostic. Cependant, l'accès aux soins ne dépend pas seulement d'une meilleure gestion des listes d'attente et englobe la disponibilité des ressources humaines, des installations et des équipements ainsi que le degré d'information de la population sur les services offerts et les soins accessibles aux collectivités rurales ou éloignées et aux groupes minoritaires ou vulnérables. L'accès aux soins de santé est aussi intimement lié à la qualité des soins, et l'amélioration de l'accès aux soins ne doit pas s'effectuer aux dépens de la qualité de ces derniers. La conscientisation accrue du public et des politiciens aux questions entourant l'accessibilité des soins risque de masquer des problèmes d'ampleur équivalente liés à la qualité des soins.

Le rôle de la recherche dans ce domaine de la lutte contre le cancer consiste à rendre le cancer moins pénible par la découverte de moyens nouveaux ou améliorés de prévenir, de détecter et de traiter la maladie. Le rôle de la recherche sur les services de santé consiste à apprendre comment tirer le maximum des nouveaux traitements et technologies de la façon la plus avantageuse pour le patient. La recherche sur les services de santé dans le domaine du cancer est importante car, au Canada, l'accès aux programmes de prévention, de dépistage et de traitement n'est pas optimal, tout comme la qualité des programmes de lutte contre le cancer. Cependant, ces lacunes en matière d'accessibilité et de qualité portent en elles des occasions d'améliorer les résultats. La liste des problèmes relevés en ce qui concerne la recherche sur les services de santé comprend les éléments suivants :

- *Faible capacité de recherche sur les services de santé dans le domaine du cancer - bien que le taux de financement de la recherche sur les services de santé soit comparable à celui d'autres secteurs de recherche, le nombre de demandes reçues est relativement peu élevé, et parmi les projets de recherche sur les services de santé effectivement financés, seule une faible proportion porte spécifiquement sur le cancer;*
- *La recherche sur les services de santé manque de leaders - les fournisseurs perçoivent les services de santé comme la responsabilité des chercheurs et vice-versa;*
- *Infrastructure insuffisante - la recherche sur les services de santé pourrait bénéficier du genre d'infrastructure mise à la disposition des essais cliniques, comme ceux du groupe des essais cliniques de l'INCC;*
- *Communication et collaboration inadéquates entre les gestionnaires du système, les chercheurs et les autres intervenants;*

- *Intégration inadéquate de la recherche sur les services de santé avec l'économie de la santé et la répartition éthique des ressources; et*
- *Certains établissements d'enseignement supérieur perçoivent la recherche sur les services de santé comme « moins importante » que la recherche fondamentale ou la recherche clinique.*

La recherche sur les soins aux personnes atteintes du cancer est devenue une priorité de l'IC car il s'agit d'un enjeu d'intérêt public de première importance. Le but de l'atelier consistait à recueillir de l'information sur l'état de la recherche sur l'accessibilité et la qualité dans le domaine de la lutte contre le cancer ainsi qu'à définir le rôle de l'IC dans la promotion et le soutien de la recherche sur l'accès à des soins de qualité pour les personnes atteintes du cancer. L'ISPS et la FCRSS ont déjà établi des priorités nationales en recherche sur les services de santé, et la SCLC s'intéresse de près à la question. Contrairement à la recherche fondamentale et à la recherche clinique, qui donnent des résultats largement applicables internationalement, la recherche sur les services de santé ne concerne souvent que des systèmes de santé en particulier; si nous ne soutenons pas la recherche de haut niveau sur les services de santé au Canada, personne d'autre ne le fera.

Deuxième présentateur : Susan Law, directrice, Programmes de recherche, FCRSS **« FCRSS - PRIORITÉS, PROGRAMMES ET POSSIBILITÉS »**

Points saillants de la présentation et de la discussion

La FCRSS est un organisme privé à but non lucratif constitué en « organisme de bienfaisance enregistré » en vertu de la Loi sur les corporations canadiennes. La mission de la FCRSS consiste à soutenir la prise de décisions fondées sur des données probantes dans l'organisation, la gestion et la prestation des services de santé au moyen du financement de la recherche, du développement des ressources et du transfert des connaissances. Disposant d'un fonds de dotation de 120 millions de dollars, la FCRSS fonctionne avec un budget annuel de 15 millions de dollars et sa gestion est assurée par un conseil de fiducie à représentation régionale dont les quinze fiduciaires comprennent des chercheurs et des décideurs. La FCRSS a dirigé, en collaboration avec l'ISPS, l'exercice « À l'écoute » I et II, lequel a permis d'établir, au terme d'une vaste consultation nationale, une série de priorités pour le système de santé ainsi que des thèmes et des questions de recherche connexes. Le processus a comporté la collecte d'information, une série d'ateliers régionaux de consultation, un atelier national ainsi que les étapes du tri, de la traduction et de la validation qui ont mené à la production du rapport « À l'écoute II », lequel a relevé les dix thèmes de recherche prioritaires suivants :

- *Planification, formation et réglementation des effectifs*
- *Gestion des milieux de travail dans le domaine de la santé*
- *Accès en temps opportun à des soins de qualité pour tous*
- *Gestion pour assurer la qualité et la sécurité*
- *Comprendre les attentes du public et y répondre*
- *Financement durable et répartition des ressources dans le respect de l'éthique*
- *Gouvernance et responsabilité*
- *Gestion du changement et adaptation*
- *Coordination des soins dans le temps et l'espace*
- *Liaison de la santé publique et des services de santé*

La FCRSS a adopté quatre thèmes stratégiques pour 2004-2007 : soins de santé de première ligne; leadership, organisation et politiques des services infirmiers; gestion des milieux de travail dans le domaine de la santé; gestion pour assurer la qualité et la sécurité. Les deux premiers thèmes font l'objet d'un engagement à long terme de la Fondation. Un cinquième thème, gestion du changement et adaptation, a été adopté à titre de thème recoupant toutes les activités de la Fondation. Le processus d'établissement des priorités issu du



rapport « À l'écoute II » a été largement utilisé au Canada et à l'étranger et a constitué une plateforme fiable pour les discussions de l'atelier.

Les « instruments » ou activités de base financés par la FCRSS et ses partenaires englobent la recherche, le transfert de connaissances, le développement des capacités ainsi que les « alliances et échanges » (réunissant les chercheurs et les décideurs). En 2005, la Fondation a lancé un nouveau programme de recherche sur les services de santé (recherche, impact, échange pour soutenir le système), en plus de son programme de synthèse de recherche et de recherche sur commande. Le programme CADRE (financé conjointement par la FCRSS et les IRSC) vise à développer les capacités de recherche sur les services de santé au moyen d'un programme de chaires individuelles et de subventions aux centres de formation régionaux d'une durée de dix ans, de même qu'à financer des bourses post-doctorales et de réorientation professionnelle. Par ces initiatives et d'autres initiatives connexes, la FCRSS a fait une contribution modeste à la recherche sur les services de santé dans le domaine du cancer. Depuis 1999, 13 projets directement reliés au cancer ont été financés, tandis que de nombreux projets à portée générale peuvent s'appliquer à la recherche sur les services de santé dans le domaine du cancer. Les programmes de la FCRSS offrent une occasion idéale de combiner la recherche, l'application des connaissances et le développement des capacités, et on espère que l'atelier encouragera davantage de chercheurs dans le domaine du cancer à bénéficier de ces programmes.

Tableau 2 : Projets financés dans le cadre de l'appel de demandes intitulé « Établir des points de repère canadiens concernant les temps d'attente dans les services de santé - Preuves, application et priorités de recherche »

Applicant	Titre du projet
Mackillop, William, J. Université Queen's	Établir des points de repère pour les temps d'attente en radiothérapie pour le cancer : synthétiser les données factuelles et définir les priorités de recherche
Moayyedi, Paul Université McMaster	Évaluation fondée sur des données factuelles des temps d'attente appropriés pour les cancers gastro-intestinaux
Taylor, Mark CancerCare Manitoba	Détermination des temps d'attente acceptables pour le traitement chirurgical des tumeurs malignes touchant des organes
Winget, Marcy D. Alberta Cancer Board	De la démonstration à l'application : partenariat tri-provincial dans le domaine du cancer

ices de santé dans le domaine du cancer. Les programmes de la FCRSS offrent une occasion idéale de combiner la recherche, l'application des connaissances et le développement des capacités, et on espère que l'atelier encouragera davantage de chercheurs dans le domaine du cancer à bénéficier de ces programmes.

Troisième présentateur : Morris Barer, directeur scientifique de l'ISPS
« ACCÈS AUX \$\$ DES IRSC POUR LA RECHERCHE SUR L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ »

Points saillants de la présentation et de la discussion

L'ISPS a lancé les programmes suivants en recherche sur les services de santé en réponse aux recommandations et priorités énoncées dans le rapport « À l'écoute II »:

- Projets pilotes de juin 2004;
- Appel de demandes de juin 2004 - portée/synthèse;
- Concours des Partenariats pour l'amélioration du système de santé (PASS) en septembre 2004 (programme transféré de la FCRSS; maintenant un programme permanent des IRSC);
- Appel de demandes de décembre 2004 - portée/synthèse (maintenant un programme permanent des IRSC);
- Appel de demandes sur les temps d'attente de février 2005.

Plusieurs projets ont déjà été financés sur le thème de l'accès en temps opportun aux soins de santé ainsi que sur celui de la gestion et de la déclaration des temps d'attente, mais la réponse des chercheurs en services de santé dans le domaine du cancer a été limitée, et l'IC a été partenaire d'une seule initiative, soit l'appel de demandes intitulé « Établir des points de repère canadiens concernant les temps d'attente dans les services de santé - Preuves, application et priorités de recherche », dans le cadre duquel quatre projets liés au cancer ont été financés (voir tableau 2).

Il s'agit d'une réponse décevante, particulièrement dans le cas du programme PASS. En effet, ce dernier constitue le véhicule idéal pour la recherche sur les services de santé touchant tous les aspects de la santé, en plus d'offrir l'avantage d'un volet application des connaissances intégré à sa structure ainsi que des occasions de partenariats. Le programme PASS a pour rôle de soutenir les équipes de chercheurs et les décideurs qui font de la recherche appliquée sur les services ou le système de santé qui s'avère utile aux gestionnaires et/ou aux responsables des orientations politiques dans les thèmes du rapport « À l'écoute II » ainsi que dans les secteurs concernant le leadership, l'organisation et les politiques des services infirmiers. Le programme offre des subventions de fonctionnement pour des périodes maximales de trois ans, et les demandes sont soumises à une évaluation au mérite par un comité composé d'un nombre égal de chercheurs et de décideurs. Des 39 demandes complètes reçues dans le cadre du concours de 2004, dix étaient reliées au thème de « l'accès universel à des soins de qualité », mais aucune ne portait spécifiquement sur l'accès aux soins de santé pour les personnes atteintes du cancer.

En plus des possibilités offertes en permanence par le programme PASS et les programmes sur la portée ou la synthèse, d'autres occasions de recherche sur les services de santé sont offertes par les IRSC : les subventions de grandes équipes qui remplaceront les subventions de groupe des IRSC; les équipes interdisciplinaires de recherche en santé (EIRS) et les alliances communautaires de recherche en santé (ACRS); ainsi que les subventions de nouvelle équipe, plus modestes, qui remplaceront des programmes tels que le programme des équipes en voie de formation (EVF). Des programmes de formation à grande échelle sont aussi envisageables, et les discussions viennent de s'amorcer sur la façon de donner suite au succès des deux dernières séries d'initiatives stratégiques pour la formation en recherche dans le domaine de la santé. Enfin, il existe toujours la possibilité de créer des programmes de recherche sur mesure, quoique cette pratique risque d'être découragée à l'ère de la « simplification et de l'amélioration des IRSC ».

Quatrième présentateur : Simon Sutcliffe, président du Conseil, SCLC

« ACCÈS À DES SOINS DE QUALITÉ POUR LES PERSONNES ATTEINTES DU CANCER : PERSPECTIVE DE LA SCLC »

Faits saillants de la présentation et de la discussion

La présentation commence par une mise en garde contre le manque de clarté des définitions et de la terminologie associées aux termes accès, qualité, soins et performance. Nous devons pouvoir transférer des définitions et des valeurs partout dans le système. Ce que nous cherchons à mesurer n'est pas toujours clair, tout comme la perspective dans laquelle nous nous plaçons (c.-à-d. patient, fournisseur, chercheur, bailleur de fonds). Nous devons aussi déterminer quels aspects de la lutte contre le cancer feront partie de nos discussions sur l'accès à des soins de qualité pour les personnes atteintes du cancer, de même que décider si nous tiendrons compte du continuum complet, c'est-à-dire de la prévention aux soins palliatifs.



La Stratégie canadienne de lutte contre le cancer (SCLC) est une approche unificatrice en matière de lutte contre le cancer. Cette approche a été élaborée pour faciliter la transformation et le transfert des connaissances d'un bout à l'autre du pays et ainsi atteindre les buts de la Stratégie, qui sont les suivants :

- Réduire la mortalité, l'incidence et la morbidité (au moyen d'interventions concertées fondées sur des données probantes sur tous les aspects de la lutte contre le cancer);
- Étendre l'accès aux soins; et
- Améliorer la qualité de vie des Canadiens vivant avec le cancer et de leur famille.

Les principaux éléments de la Stratégie sont les suivants : une plateforme de données probantes, la détermination des priorités ainsi que l'intégration et le respect des rôles aux niveaux fédéral, provincial et territorial.

La SCLC a établi les huit priorités suivantes et a créé un groupe d'action pour chacune d'entre elles :

- Prévention primaire
- Guides de pratique clinique
- Normes nationales
- Réorientation des efforts (soins centrés sur le patient)
- Planification des ressources humaines
- Plan de recherche national sur le cancer
- Cibles (indicateurs)
- Surveillance et analyse des résultats

Bon nombre de ces priorités recourent des questions liées à l'accès à des soins de qualité pour les personnes atteintes du cancer ainsi que les thèmes de recherche issus du rapport " À l'écoute II ". L'accès aux soins pour les personnes atteintes du cancer a peut-être davantage à voir avec la satisfaction et les perceptions du patient qu'avec les temps d'attente réels; il est donc important de déterminer ce qu'on peut faire pour accroître la satisfaction du client, de choisir, parmi tous les moyens d'améliorer la performance, ceux qui rentabiliseront notre investissement, de même que d'examiner comment établir un consensus national sur la valeur et la définition des points de repère. Nous devons établir des objectifs à long terme qui auront le plus grand impact sur l'incidence, la mortalité et la qualité de vie des personnes aux prises avec le cancer. L'expérience du patient, depuis le diagnostic jusqu'aux soins palliatifs, doit figurer au centre de nos préoccupations, tout comme le vaste éventail de facteurs qui se répercutent sur la satisfaction du client et l'aboutissement, notamment l'accès aux soins en régions rurales et éloignées et les besoins spéciaux des populations vulnérables et marginalisées. Le patient et la communauté élargie devraient être consultés dans la résolution des problèmes liés aux soins pour les personnes atteintes du cancer, afin d'assurer un transfert bilatéral des connaissances utilisées dans la prise de décisions et d'inclure l'apport et la perspective de ces acteurs dans la conception de programmes et d'initiatives de recherche visant à améliorer l'expérience du patient.

Première réunion en petits groupes

Les participants ont été divisés en trois groupes. On a demandé à chacun de définir des enjeux prioritaires en recherche ainsi que des questions liées à l'accès à des soins de qualité pour les personnes atteintes du cancer. On leur a aussi demandé d'examiner les forces et les faiblesses de la recherche au Canada. Les participants ont reçu la liste des questions issues de la synthèse du rapport « À l'écoute

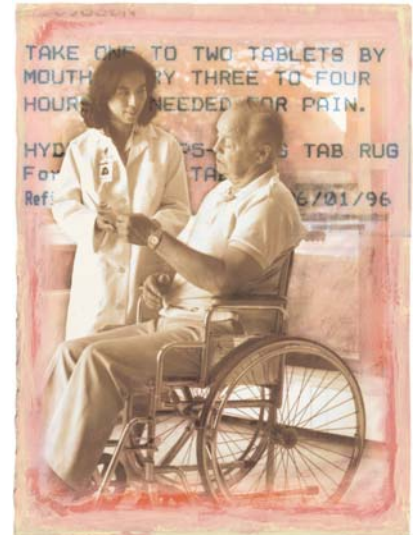
Il " de même que les huit enjeux particuliers en recherche établis sous le thème de « l'accès en temps opportun à des soins de qualité pour tous ». Plutôt que de réinventer la roue, les participants ont été encouragés à se servir de cette information pour se guider dans l'établissement de priorités propres au domaine des soins pour personnes atteintes du cancer.

Au terme de la réunion en petits groupes, les participants se sont rassemblés pour la plénière. De nombreux thèmes et idées se sont révélés importants en ce qui concerne l'accès à des soins de qualité pour les personnes atteintes du cancer. Cependant, les questions suivantes (dans aucun ordre de priorité) sont continuellement ressorties dans les discussions de groupe.

Priorités en matière de recherche

Accès à des soins de qualité pour les personnes atteintes du cancer : services de santé et organisation

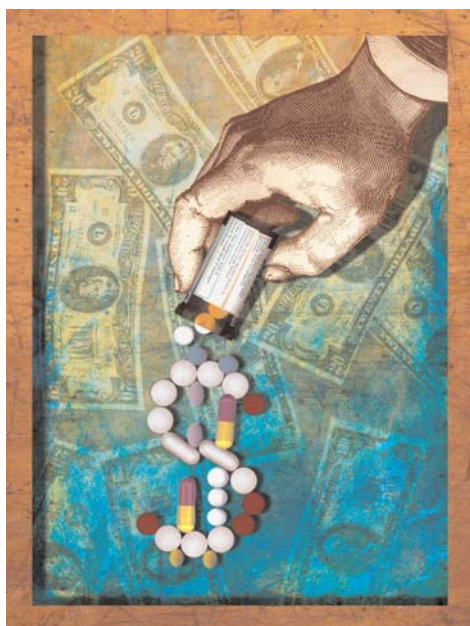
- Bon nombre des facteurs à blâmer pour les temps d'attente excessifs sont liés à des problèmes de gestion et à une mauvaise gestion de l'affluence plutôt qu'à un manque de ressources humaines ou matérielles. On a besoin de recherche sur des modèles de pratiques avancées comportant des équipes interdisciplinaires et sur les liens entre les fournisseurs de soins primaires et les spécialistes. On a aussi besoin d'expériences pour comparer différentes approches en matière d'organisation et de prestation des soins (p. ex. équipes d'infirmières) et pour explorer le lien entre soins primaires, soins de longue durée et survie.
- Le système assurant les soins aux personnes atteintes du cancer devrait être perçu comme partie intégrante du système de soins de santé général, mais il faudrait qu'il soit conçu pour être souple et adaptable à l'évolution des conditions et aux nouvelles possibilités. Nous devons approfondir notre compréhension de l'organisation et de la prestation des services de santé aux personnes cancéreuses dans tout le pays et en connaître les variantes régionales.
- Les populations doivent être mieux équipées pour s'orienter dans le système de soins de santé. Un point d'accès unique, combiné à une approche collective intégrée pour tous les soins, serait l'idéal. En Colombie-Britannique, par exemple, des compagnies privées offrent maintenant, contre rémunération, de l'aide aux patients pour s'orienter dans le système à partir du point d'entrée.
- Il y a un bri de communication entre les personnes qui détiennent l'information et celles qui gèrent le système assurant les services aux personnes cancéreuses. Les chercheurs, les décideurs, les patients et leurs familles, les organismes de financement et les intervenants de première ligne ainsi que la population " bien-portante " doivent être réunis pour produire un système intégré dans lequel l'application et la mise en pratique des connaissances s'effectuent dans les deux sens. Nous devons mieux appliquer ce que nous savons déjà et inviter les provinces à réunir les gestionnaires et les chercheurs pour accroître les capacités à la disposition du système assurant les soins aux personnes cancéreuses.
- La recherche sur l'accès aux soins devrait porter sur tout le continuum du cancer, de la prévention jusqu'aux soins palliatifs. Par exemple, l'accès à la prévention devient de plus en plus importante à mesure que notre population vieillit et que l'incidence du cancer augmente. Nous pourrions centrer notre attention sur l'aspect de la prévention lié à la prestation des soins





(p. ex. accès à un médecin offrant les soins primaires, accès à l'information sur la prévention). Il faut axer nos efforts sur les interventions plutôt que sur l'analyse et la synthèse de l'information. Des interventions peuvent être réalisées dans de nombreux domaines (p. ex. tabagisme, usage de pesticides, alimentation).

- L'accès pour les populations rurales et vulnérables (non caucasiennes, moins éduquées, vivant en dehors des centres urbains) est une question très importante, étant donné que le Canada est en grande partie rural. Nous avons besoin de programmes adaptables pour rejoindre les gens. De nombreuses considérations doivent être prises en compte : difficulté et coût du transport, manque de communications adéquates (p. ex. téléphone, Internet). Il faut évaluer la volonté du patient à se déplacer pour avoir accès aux soins. Dans certaines régions rurales, les patients préfèrent attendre des soins au lieu de se déplacer, même si cela implique une dégradation de leur qualité de vie. Il est nécessaire d'explorer les possibilités de rejoindre les gens en amenant la technologie et les services aux régions rurales et aux populations mal desservies.



Répartition des ressources et financement éthiques

- Nous devons établir des priorités acceptables pour éviter de donner accès à un médicament pouvant prolonger la vie de six semaines plutôt qu'à un autre pouvant mener à la guérison. Les décisions doivent s'appliquer de la même façon à tous les patients, sans égard au pronostic à court et à long terme.
- Nous devons explorer les avantages de la personnalisation des soins de santé et de la médecine. La réduction des procédures inutiles et l'administration de traitements adaptés à la capacité de réponse des patients, seraient à la fois plus efficaces et plus rentables, en plus d'étendre l'accès aux patients qui pourraient en tirer un réel bénéfice. Ce genre d'information est de plus en plus accessible et nous permettra d'utiliser plus efficacement les nouvelles technologies et thérapies contre le cancer. Nous devons aussi évaluer et mieux utiliser les technologies dont nous disposons déjà, comme la mammographie; il nous faut hausser à 70 % la proportion de femmes se soumettant à un examen des seins avant de voir une amélioration dans la population générale.

À l'heure actuelle, on ne détient pas suffisamment d'information sur la façon dont les provinces répartissent leurs ressources et sur les moyens d'influencer ces décisions. Nous manquons aussi de ressources pour analyser le rendement de nos investissements dans différents traitements.

- Il est nécessaire de faire de la recherche dans le domaine de l'économie de la santé, et particulièrement sur la façon d'établir les prix des nouveaux médicaments et des nouvelles technologies de manière à les rendre abordables au lieu de traiter les progrès technologiques comme un fardeau pour le système. La prévision des coûts deviendra bientôt un enjeu majeur. Tous les aspects des soins de santé doivent être soumis à une évaluation économique. Il faut explorer les possibilités de partenariats publics/privés et créer des liens entre l'industrie et toutes les provinces (p. ex. achat de médicaments en grande quantité pour toutes les provinces).

Amélioration des systèmes d'information

- Nous avons besoin d'une définition uniforme du terme « temps d'attente » étant donné que son sens varie d'une province à l'autre, ce qui complique la comparaison des enjeux. Nous avons aussi besoin de meilleurs moyens de mesurer les temps d'attente pour divers types de cancers afin d'établir une référence pour mesurer les améliorations. Nous devons cerner ce qui détermine les temps d'attente et savoir quelles données sont disponibles et comment celles-ci sont utilisées dans les différentes régions du pays. Il nous faut aussi profiter de l'information et des pratiques exemplaires élaborées dans le domaine du cancer et aussi dans d'autres domaines lorsqu'il y a possibilité d'application au domaine du cancer; un bon exemple à cet égard serait le programme albertain visant à réduire le temps d'attente, de 11 à 4 semaines, entre le diagnostic et le premier traitement chez les patientes atteintes du cancer du sein.
- Nous devons étudier plus en profondeur les résultats et conséquences des longs temps d'attente et établir des repères acceptables pour tout le pays. Il nous faut centrer notre attention sur les résultats (survie, satisfaction, qualité de vie) plutôt que sur l'accès à une enfilade de services, de même qu'étudier la corrélation entre la variabilité naturelle des résultats et les temps d'attente. Nous ne disposons aujourd'hui d'aucune donnée probante fiable sur l'effet des temps d'attente sur les résultats éventuels. Peut-être qu'une attente de six semaines au lieu de quatre pour une chimiothérapie adjuvante n'aura aucun effet sur le résultat. L'atteinte d'un meilleur résultat, et non seulement la survie, devrait être l'objectif visé par une accessibilité accrue. Nous devons obtenir des études comparatives sur les résultats d'une région à l'autre.
- Les patients ont besoin de plus d'information pour réduire leur anxiété à l'égard des traitements et des temps d'attente. Nous devrions inclure la population « bien portante » dans une étude sur le rôle des personnes en bonne santé dans les questions liées aux temps d'attente (du développement des symptômes à la manifestation de la maladie). Nous avons besoin de dossiers électroniques unifiés pour documenter la progression des patients dans le système, y compris de l'information sur les médicaments. Nous avons besoin d'un accès rapide à des banques de données compatibles, y compris de données préexistantes, administratives et cliniques, ainsi que d'une meilleure compatibilité entre les systèmes provinciaux. Nous avons besoin de systèmes d'information en temps réel, d'un meilleur archivage des données ainsi que de comités d'éthique en recherche (CER) au processus simplifié et compatible entre les provinces.
- Nous avons besoin de définitions et de mesures opérationnelles uniformes, de même que de procédures et de méthodes normalisées (p. ex. détermination du stade de la maladie, chirurgie, radiothérapie) pouvant être adoptées uniformément dans tout le pays, y compris dans les régions rurales et éloignées.





Atouts et possibilités au Canada

- Existence d'une structure de recherche et d'infrastructures de base pour le cancer, de fiches de rendement en matière de cancer et de mécanismes de reddition de comptes
- Disponibilité des grandes bases de données administratives et des résultats d'enquêtes de Statistique Canada
- Dossiers électroniques sur les patients faciles à gérer dans le système canadien de santé publique
- Développement des atouts du Canada en recherche sur les services de santé, lesquels pourraient être utilisés au profit du cancer
- Croissance des organismes voués à la recherche sur les services de santé (p. ex. ISPS, FCRSS, IRSS)
- Existence de nombreux centres d'excellence en recherche dans divers organismes, hôpitaux et universités, au gouvernement et dans les ONG
- Grand intérêt du public à l'égard des soins de santé
- Capacité d'évaluation de la technologie
- Soutien d'organismes coordonnés au niveau national, tels que la SCLC, l'INCC, la CAPCA et l'ACRC
- Conjoncture favorable entraînée par la sensibilisation du public et des politiciens aux questions entourant l'accès aux soins

Les présentations des différents groupes ont été suivies d'une discussion animée. On s'est entendu sur le fait que la plupart des questions soulevées sont interreliées et pourraient se répercuter à la fois sur l'accès et sur la qualité des soins. On a fait valoir qu'il y aurait peu à gagner à appliquer des mesures pour étendre l'accès aux soins si la qualité des soins devait en souffrir, quoique l'idée même d'atteindre en même temps l'excellence au niveau de l'accès et de la qualité peut être un peu trop optimiste. Les discussions ont aussi porté sur ce qu'une initiative pourrait avoir l'air concrètement et sur l'opportunité de l'entreprendre par une étude pancanadienne ou par une étude à portée limitée au niveau provincial. L'évaluation par les pairs est un besoin qui a aussi été abordé dans la discussion.

Deuxième réunion en petits groupes

Cette réunion en petits groupes a porté sur les obstacles à la recherche sur les services de santé dans le domaine du cancer et sur les outils de financement appropriés pour une initiative de recherche. Plusieurs obstacles ont été relevés et sont énoncés ci-dessous.

Obstacles à la recherche sur les services de santé

- Infrastructure insuffisante - le soutien pour la recherche sur les services de santé n'est pas aussi accessible que pour les essais cliniques.
- Absence de masse critique parmi les chercheurs et les professionnels de la santé (p. ex. les pathologistes), notamment en raison du manque de possibilités de carrière et de structures pour la recherche sur les services de santé. Le recrutement de professionnels sera plus facile s'ils ont droit à du temps réservé pour la recherche.
- Difficulté d'intégration de la recherche et de la pratique - interaction inadéquate entre les cliniciens, les chercheurs sur les services de santé et les décideurs.
- Manque de décideurs formés dans le domaine de la recherche sur les services de santé.
- Insuffisance des investissements soutenus à long terme que requièrent le genre de programmes de recherche nécessaires pour résoudre la question de l'accès à des soins de qualité pour les personnes atteintes du cancer.
- Trop peu de revues évaluées par des pairs dans le domaine de la recherche sur les services de santé.

- Questions réglementaires entourant l'approbation des CER et réglementation de la protection des renseignements personnels.
- Partage d'information inadéquat - besoin d'accès rapide aux dossiers des patients et de systèmes d'information clinique compatibles. Les banques de données ne sont pas coordonnées avec la recherche.
- Perception selon laquelle les chercheurs sur les services de santé publique ne sont pas respectés dans certains établissements.
- Absence de définition claire des indicateurs.

Outils de financement

Au cours des présentations initiales, il est devenu évident que les intervenants dans le domaine du cancer ne profitent pas encore pleinement des nouvelles possibilités qui s'offrent en recherche sur les services de santé. Cette situation pourrait s'expliquer par l'ignorance des programmes de financement disponibles, mais il est plus probable que cela soit le résultat d'un manque de ressources et de l'effet dissuasif des obstacles énumérés précédemment.



Les participants ont convenu qu'il est urgent de « réunir les pièces du puzzle » et de relier entre eux les différents groupes concernés par la question de l'accès aux soins de santé, c'est-à-dire la population bien portante, les patients atteints de cancer, les survivants, les chercheurs, les intervenants de première ligne en santé, les experts (radiologues, chirurgiens, médecins de famille, oncologues pédiatres), les décideurs, les organismes de financement et d'autres. La mise en pratique des connaissances et le réaménagement des structures et des politiques de gestion sont plus susceptibles de se produire si ces différents groupes sont inclus dès le départ dans la conception, l'exécution et la mise en oeuvre de programmes de recherche.

Étant donné le succès de l'initiative sur les soins palliatifs et les soins de fin de vie, et compte tenu de la similarité des besoins des deux groupes, les participants ont largement reconnu la nécessité d'un outil de financement souple, offrant différentes possibilités dans le cadre d'une même grande initiative. La section ci-dessous donne la liste des programmes proposés.

Subventions de petites équipes

Le but de ces subventions est de renforcer la capacité dans des domaines de recherche nouveaux et en développement, de mettre sur pied de nouvelles équipes de recherche et de fournir aux chercheurs une base qui leur permettra de faire des demandes de subventions au cours des années à venir. Les objectifs du programme de subventions de petites équipes consistent à :

- Créer ou former de nouvelles équipes de recherche de fort calibre, ayant le potentiel pour obtenir du financement dans le cadre d'un programme d'infrastructure;
- Encourager la recherche multidisciplinaire et transsectorielle dans des domaines d'intérêt particulier;
- Former et établir de nouveaux chercheurs dans ces domaines; et
- Créer un milieu propice aux équipes, qui leur permettra d'élaborer de nouveaux projets de recherche qui pourront être financés.

Le montant des subventions peut atteindre 300 000 \$ par année sur cinq ans, à moins d'indication contraire dans l'appel de demandes.



Subvention d'équipe des IRSC

Il s'agit d'un programme permanent des IRSC qui fait maintenant partie de la série régulière des programmes offerts par les IRSC à la communauté de recherche. Le deuxième concours sera lancé en juin 2005. Le Programme de subventions d'équipe des IRSC a pour but de renforcer la recherche en santé au Canada en venant en aide à des équipes de chercheurs talentueux et expérimentés qui réalisent des recherches de haute qualité et assurent une formation et un mentorat supérieurs en recherche. L'accent est mis sur la production de nouvelles connaissances et l'application des résultats de la recherche en vue d'améliorer la santé des Canadiens et le système de santé du Canada. Ces résultats pourront être appliquées plus rapidement et plus efficacement avec une subvention d'équipe des IRSC que si les éléments de cette recherche avaient été financés par une série de subventions de fonctionnement distinctes. Les équipes admissibles se composeront d'au moins trois chercheurs indépendants et chacun a un dossier de recherche bien établi dans des domaines liés aux projets concertés proposés. L'élément rassembleur qui sous-tend toutes les équipes retenues par les IRSC sera l'engagement face à l'excellence et la poursuite d'une approche concertée et fondée sur la résolution de problèmes en matière de recherche en santé. Le montant des subventions ne dépassera pas deux millions de dollars par année, sauf dans des situations exceptionnelles.

Subventions des Programmes stratégiques de formation des IRSC

Ce programme a été conçu à l'origine pour stimuler le développement des capacités dans le secteur de la recherche sur les soins de santé au Canada au moyen de la formation et du perfectionnement des chercheurs, de même que pour favoriser l'essor et le soutien continu de la profession de chercheur en santé. Le financement peut durer jusqu'à six ans et la contribution des IRSC ne peut dépasser 300 000 \$ par subvention. Le programme est maintenant à l'étude et on discute de la possibilité d'un troisième lancement.

Bourses salariales

Les IRSC offrent un certain nombre de programmes de bourses de carrière à court et à long terme, y compris diverses bourses salariales (p. ex. bourses de nouveau chercheur, bourses de chercheur en partenariat avec l'industrie, chaires de recherche) ainsi que de nombreux types de bourses de formation (p. ex. bourses de clinicien-chercheur, bourses de recherche au doctorat, bourses de recherche).

Bourses de transition de carrière

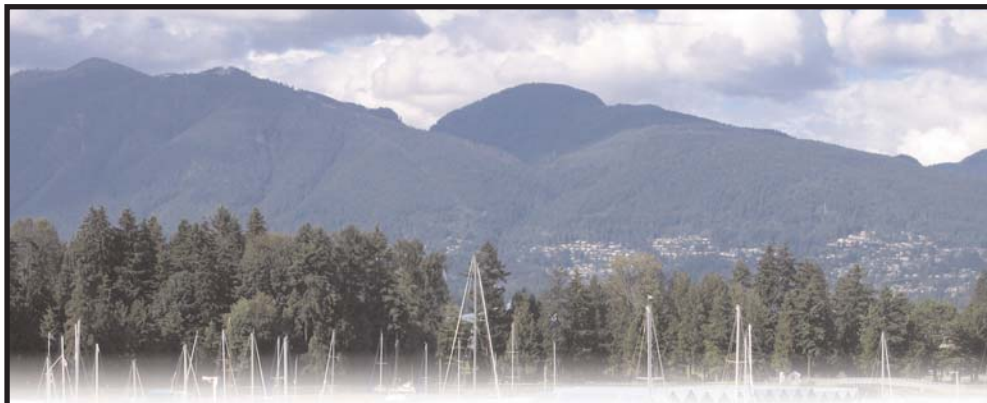
Ces bourses visent à encourager les chercheurs à suivre une formation intensive dans un domaine de recherche autre que celui auquel ils se consacrent, afin d'élargir leurs perspectives dans un programme de recherche complémentaire ou de se préparer à un changement de carrière dans un nouveau domaine de recherche. Les bourses, d'une durée d'un an, peuvent atteindre 70 000 \$ pour financer la totalité de la période pendant laquelle le boursier sera libéré de ses fonctions d'enseignant et de ses responsabilités administratives, en plus d'une allocation à la recherche de 10 000 \$. Ce programme pourrait se révéler un bon moyen d'attirer des chercheurs en services de santé qui oeuvrent dans d'autres secteurs que le cancer.

Les discussions ont été centrées autour des subventions de petites équipes, qui pourraient être assorties de bourses salariales et de bourses de formation au besoin. Les subventions de petites équipes offrent le genre de possibilités de réseautage - entre différentes disciplines et expertises et même entre différents lieux (jumelage d'établissements urbains et ruraux) - qui a été reconnu comme un élément clé du succès au cours de l'atelier. L'accent a été mis sur le besoin de réunir les décideurs et les chercheurs en services de santé pour veiller à ce que l'application des connaissances fasse partie intégrante des travaux subventionnés et qu'il y ait des plans concrets de mise en pratique des connaissances. On a proposé que certaines subventions d'équipes soient rattachées à un lieu déterminé et servent presque de projets de démonstration. Par exemple, une étude a porté sur tous les aspects possibles de l'accès à des soins de qualité pour les femmes atteintes du cancer du sein, de la prévention aux soins palliatifs. D'autres équipes pourraient fonctionner par thème et se concentrer par exemple sur les aspects de l'accès qui sont liés à l'économie de la santé ou sur des secteurs particuliers - comme l'accès à la radiothérapie ou à la chirurgie de qualité - couvrant l'ensemble du continuum du cancer.

Prochaines étapes

Phil Branton a remercié les participants pour avoir enrichi la discussion de leurs connaissances, de leurs expériences et de leurs perspectives uniques. À la lumière de l'information recueillie à l'atelier et des suggestions et recommandations des participants, le personnel de l'IC consultera des partenaires potentiels dans la détermination des prochaines étapes. Les recommandations tirées de l'atelier seront examinées à la prochaine réunion du conseil de l'ACRC et pourraient fournir les éléments de base de la première initiative de l'ACRC. On espère pouvoir élaborer un appel de demandes pour un lancement prévu en décembre 2005. Le thème de cet appel de demandes ainsi que les programmes qui y seront rattachés seront déterminés à la lumière des recommandations de l'atelier et pourront être modifiés en réponse aux commentaires des partenaires. Les possibilités de partenariat avec l'ISPS et la FCRSS seront explorées au cours des prochains mois pour tenter d'accroître le nombre de demandes présentées par les chercheurs dans le domaine du cancer dans le cadre de programmes existants de recherche sur les services de santé.

Annexes



Accès à des soins de qualité pour les personnes atteintes du cancer

Rapport de l'atelier

Le 14 juin, 2005 - Vancouver (Colombie-Britannique)



Annexe I

Atelier sur l'accès à des soins de qualité pour les personnes atteintes du cancer Vancouver (C.-B.) • Le 14 juin, 2005

Participants:

<p>Owen Adams Association médicale canadienne 1867, promenade Alta Vista Ottawa (Ontario) K1G 3Y6 Tél. : 1-800-663-7336 poste 2259 owen.adams@cma.ca</p>	<p>Judith Bray Institut du cancer des IRSC 160, rue Elgin, bureau 97 Indice de l'adresse : 4809A Ottawa (Ontario) K1A 0W9 Tél. : (613) 954-7223 jbray@cihr-irsc.gc.ca</p>
<p>Morris Barer Institut des services et des politiques de la santé des IRSC University Market Place 2150, Western Parkway, bureau 209 Vancouver (Colombie-Britannique) V6T 1V6 Tél. : (604) 222-6872 mbarer@ihspr.ubc.ca</p>	<p>George Browman Stratégie canadienne de lutte contre le cancer a/s Alberta Cancer Board 1331, 29^e rue N.-O. Calgary (Alberta) T4N 4N2 Tél. : (403) 521-3700 georgebr@cancerboard.ab.ca</p>
<p>Kaushik Bhagat Agence du cancer de la Colombie-Britannique 600, 10^e avenue Ouest Vancouver (Colombie-Britannique) V5Z 4E6 Tél. : (604) 877-6000 poste 2259 kbhagat@bccancer.bc.ca</p>	<p>Roy Cameron Centre de recherche sur le comportement et l'évaluation de programmes Université de Waterloo Institut Lyle Hallman, salle 1727 Waterloo (Ontario) N2L 3G1 Tél. : (519)888-4503 cameron@healthy.uwaterloo.ca</p>
<p>Erik Blache Institut du cancer des IRSC 160, rue Elgin, bureau 97 Indice de l'adresse : 4809A Ottawa (Ontario) K1A 0W9 Tél. : (613) 941-4329 eblache@cihr-irsc.gc.ca</p>	<p>Jim Davie Action cancer Manitoba Manitoba Institute of Cell Biology 675, avenue McDermot, salle ON5008B Winnipeg (Manitoba) R3E 0V9 Tél. : (204) 787-2391 Lab. : (204) 787-2391 davie@ms.umanitoba.ca</p>
<p>Philip Branton Institut du cancer des IRSC Salle 706 3655, Promenade Sir-William-Osler Montreal (Québec) H3G 1Y6 Tél. : (514) 398-8350 philip.branton@mcgill.ca</p>	<p>Amanda Devost Institut du cancer des IRSC 160, rue Elgin, bureau 97 Indice de l'adresse : 4809A Ottawa (Ontario) K1A 0W9 Tél. : (613) 941-0997 adevost@cihr-irsc.gc.ca</p>



Annexe I (suite...)

Atelier sur l'accès à des soins de qualité pour les personnes atteintes du cancer
Vancouver (C.-B.) • Le 14 juin, 2005

Participants:

<p>Richard Doll Agence du cancer de la Colombie-Britannique Sociobehavioural Research Center 200-601, rue West Broadway Vancouver (Colombie-Britannique) V5Z 4C2 Tél. : (604) 877-6126 rdoll@bccancer.bc.ca</p>	<p>Kevin Glasgow Réseau ontarien de soins cardiaques 4211, rue Yonge, bureau 210 Toronto (Ontario) M2P 2A9 Tél. : (416) 512-7472; poste 222 kglasgow@ccn.on.ca</p>
<p>Anthony Fields Institut national du cancer du Canada a/s Alberta Cancer Board 10405, avenue Jasper, bureau 1220 Edmonton (Alberta) T5J 3N4 Tél. : (780) 412-6324 alaf@cancerboard.ab.ca</p>	<p>Mark Goldberg Hôpital Royal Victoria Centre de santé de l'Université McGill Hôpital Royal Victoria 687, avenue Pine Ouest, R4.29 Montréal (Québec) H3A 1A1 Tél. : (514) 934-1934 poste 36917 mark.goldberg@mcgill.ca</p>
<p>Margaret Fitch Centre régional du cancer Sunnybrook de Toronto – Action cancer Ontario 2075, avenue Bayview, salle T2-234 North York (Ontario) M4N 3M5 Tél. : (416) 480-5891 marg.fitch@sw.ca</p>	<p>Patti Groome Institut de recherche sur le cancer de Queen's 10, rue Stuart, niveau 2 Kingston (Ontario) K7L 3N6 Tél. : (613) 533-6000 poste 78512 patti.groome@krcc.on.ca</p>
<p>Nancy Gault Institut canadien d'information sur la santé, Ouest canadien 880, rue Douglas, bureau 600 Victoria (Colombie-Britannique) V8W 2B7 Tél. : (250) 220-4115 ngault@cihi.ca</p>	<p>Karen Hildebrand Action cancer Manitoba 2114-675, avenue McDermot, salle ON- 2114 Winnipeg (Manitoba) R3E 0V9 Tél. : (204) 787-4388 karen.hildebrand@cancercare.mb.ca</p>
<p>Sylvie Gauthier Santé Canada Soins de qualité, Division de la qualité des soins, de la technologie et des produits pharmaceutiques Pré Tunney Ottawa (Ontario) K1A 0K9 Tél. : (613) 946-3561 sylvie.gauthier@hc-sc.gc.ca</p>	<p>David Hodgson Institut de recherche en services de santé(IRSS) a/s Université de Toronto Hôpital Princess Margaret 610, avenue University Toronto (Ontario) M5G 2M9 Tél. : (416) 946-2126 david.hodgson@rmp.uhn.on.ca</p>

Annexe I (suite...)

Atelier sur l'accès à des soins de qualité pour les personnes atteintes du cancer Vancouver (C.-B.) • Le 14 juin, 2005

Participants:

<p>Susan Law Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) 1565, avenue Carling, bureau 700 Ottawa (Ontario) K1Z 8R1 Tél. : (613) 728-2238 poste 344 susan.law@chrsf.ca</p>	<p>William Mackillop Community Health and Epidemiology Abramasky Hall Université Queen's Kingston (Ontario) K7L 3N6 Tél. : (613) 533-6000 poste 78509 william.mackillop@krcc.on.ca</p>
<p>Evelyn Lazare Cancer de l'ovaire Canada 777, West Broadway, bureau 708 Vancouver (Colombie-Britannique) V5Z 4J7 Tél. : (604) 676-3432 Sans frais : 1-800-749-9310 elazare@ovariancancercanada.ca</p>	<p>Mary McBride Agence du cancer de la Colombie-Britannique 675, 10^e avenue Ouest Vancouver (Colombie-Britannique) V5Z 1L3 Tél. : (604) 675-8059 mmcbride@bccancer.bc.ca</p>
<p>Felix Li Agence de santé publique du Canada Bureau de la sécurité et de la santé publique 120, chemin Colonnade, 2^e étage, salle B256 Indice de l'adresse : 6702A Ottawa (Ontario) K1A 0K9 Tél. : (613) 946-6965 Felix_Li@phac-aspc.gc.ca</p>	<p>John McDonald Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, Centre des sciences de la santé de London Campus de l'Université, Université de Western Ontario London (Ontario) N6A 5A5 Tél. : (519) 663-3550 poste 33550 john.mcdonald@lhsc.on.ca</p>
<p>Victor Ling Agence du cancer de la Colombie-Britannique 601, 10^e avenue Ouest Vancouver (Colombie-Britannique) V5Z 1L3 Tél. : (604) 877-6151 vling@bccancer.bc.ca</p>	<p>Sonja Nerad Access Alliance Multicultural Community Health Centre 340, rue College, bureau 500 Toronto (Ontario) M5T 3A9 Tél. : (416) 324 0927 poste : 225 snerad@accessalliance.ca</p>
<p>Antoine Loutfi Ministère de la Santé et des Services sociaux a/s Le Centre de coordination de la lutte contre le cancer au Québec 1075, chemin Ste-Foy, 7^e étage Québec (Québec) G1S 2M1 Tél. : (418) 266-4605 antoine.loutfi@msss.gouv.qc.ca</p>	<p>Fran Racher Institut de développement rural de l'Université de Brandon 270, 18^e rue Brandon (Manitoba) R7A6A9 Tél. : (204) 727-7414 racher@brandonu.ca</p>



Annexe I (suite...)

Atelier sur l'accès à des soins de qualité pour les personnes atteintes du cancer
Vancouver (C.-B.) • Le 14 juin, 2005

Participants:

<p>Claudia Sanmartin Statistique Canada Groupe d'analyse et de mesure de la santé 120, avenue Parkdale Ottawa (Ontario) K1A 0T6 Tél. : (613) 951-6059 claudia.sanmartin@statcan.ca</p>	
<p>Brent Schacter L'Association canadienne des organismes provinciaux de lutte contre le cancer (CAPCA) a/s Action cancer Manitoba 2055-675, avenue McDermot Winnipeg (Manitoba) R3E 0V9 Tél. : (204)787-2128 brent.schacter@cancercare.mb.ca</p>	
<p>Terry Sullivan Action cancer Ontario 620, avenue University Toronto (Ontario) M5G 2L7 Tél. : (416) 217-1244 terry.sullivan@cancercare.on.ca</p>	
<p>Simon Sutcliffe Stratégie canadienne de lutte contre le cancer a/s Agence du cancer de la Colombie-Britannique 14^e étage, 675, 10^e avenue Ouest Vancouver (Colombie-Britannique) V5Z 1L3 Tél. : (604)-675-8100 ssutclif@bccancer.bc.ca</p>	
<p>David Urbach Institut de recherche de l'Hôpital général de Toronto 200, rue Elizabeth, NU 10-214 Toronto (Ontario) M5G 2C4 Tél. : (416) 340-4284 david.urbach@uhn.on.ca</p>	

Annexe 2

Atelier sur l'accès à des soins de qualité pour les personnes atteintes du cancer Mardi, le 14 juin, 2005 - The Westin Bayshore Resort & Marina

Heure	Point	Lieu
8h00	Inscription / Petit déjeuner	À l'extérieur de la salle Oak
8h45	Mot de bienvenue au nom de l'IC des IRSC P. Branton	Salle Oak
9h00	« Accès à des soins de qualité pour les personnes atteintes du cancer : Contexte et objectifs » W. MacKillop	Salle Oak
9h20	« FCRSS – Priorités, programmes et possibilités » S. Law	Salle Oak
9h40	« Accès aux \$\$ des IRSC pour la recherche sur l'accès aux soins de santé » M. Barer	Salle Oak
10h00	« Accès à des soins de qualité pour les personnes atteintes du cancer : perspective de la SCLC » S. Sutcliffe	Salle Oak
10h20	Objectifs et logistique de la réunion J. Bray	Salle Oak
10h30	Pause santé	À l'extérieur de la salle Oak
10h45	Première réunion en petits groupes <ul style="list-style-type: none"> ➤ Présentations ➤ Examen des priorités en recherche sur les services de santé issues du rapport « À l'écoute II » : Perspective des intervenants dans la lutte contre le cancer ➤ Choix d'un maximum de dix questions de synthèse de recherche considérées comme des priorités dans le domaine de l'accès à des soins de qualité pour les personnes atteintes du cancer ➤ Détermination du degré d'attention actuellement accordé à ces priorités de recherche dans le domaine du cancer ➤ Détermination des lacunes/faiblesses en recherche 	Groupe A–Salle Arbutus Groupe B–Salle Fir Groupe C–Salle Oak
11h30	Plénière et comptes rendus Discussion	Salle Oak
12h30	Dîner	Salle Chairman's (2^e étage de la tour)
13h30	Deuxième réunion en petits groupes : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Obstacles à la recherche et possibilités d'accroître la productivité de la recherche sur l'accès à des soins de qualité pour personnes atteintes du cancer ➤ Détermination des ressources nécessaires (p. ex. besoins en infrastructure/capacité) ➤ Programmes de recherche possibles – programmes existants/nouveaux ➤ Partenariats – comment établir une approche nationale coordonnée 	Groupe A–Salle Arbutus Groupe B–Salle Fir Groupe C–Salle Oak
14h45	Pause santé	À l'extérieur de la salle Oak
15h00	Plénière et comptes rendus Discussion	Salle Oak
16h00	Sommaire et prochaines étapes P. Branton et W. Mackillop	Salle Oak
16h30	Réception, cocktail, discussions informelles	Restaurant Currents (entrée principale de l'hôtel)
17h30	Fin de l'atelier	