

L'IMPACT DE LA RECHERCHE SUR LA PRATIQUE

et l'organisation des services en oncologie*

LOUIS DIONNE, M.D., FRCS(C), CM, OC

Maison Michel-Sarrazin, Québec, Comité régional de la lutte contre le cancer (CRLC), Québec

Courriel: louis.dionne@sympatico.ca

Il y a ceux qui voient les choses telles qu'elles sont et se demandent pourquoi.

Il y a ceux qui imaginent les choses telles qu'elles pourraient être et se disent : « Pourquoi pas ? »

Georges Bernard Shaw

La journée scientifique Michel Sarrazin du 27 novembre 2006 m'a permis de faire le point sur l'organisation régionale de la lutte contre le cancer mais aussi de voir quel pourrait être l'impact de la recherche clinique sur l'implantation du programme québécois de lutte contre le cancer dans la région de Québec. Depuis janvier 2000, le Comité régional de lutte contre le cancer que je préside, composé principalement d'intervenants impliqués et désireux de changer l'état de situation actuelle de la cancérologie dans la région, a favorisé l'organisation en réseau d'un nombre important d'équipes multidisciplinaires en vue de créer un fonctionnement intégré de services et de soins pour les personnes atteintes de cancer.

Les *Journées Michel Sarrazin* sont nées en 1983. Principalement organisées pour les intervenants qui se destinent à une pratique de soins palliatifs, ces journées sont la suite logique des Symposiums de cancérologie, présentés annuellement par un groupe de médecins de l'Hôtel-Dieu de Québec. De 1969 à 1983, treize symposiums auxquels furent invités de grands noms de la cancérologie de France, d'Angleterre et des États-Unis eurent lieu à Québec.

Les deux derniers symposiums avaient pour thèmes « La qualité de vie des malades atteints de cancer » et « Les thérapeutiques des phases palliative et terminale de la maladie cancéreuse ». C'est la docteure Thérèse Vanier, médecin hématologue, consultante au St. Christopher's Hospice de Londres, qui était la conférencière invitée au dernier symposium.

IMPACT DE LA RECHERCHE

La recherche au regard de l'organisation des soins et services en oncologie tel que le suggère le Programme provincial de lutte contre le cancer (PQLC) et la Politique provinciale de soins palliatifs de fin de vie (PSPFV) est essentielle au développement harmonieux du réseau d'oncologie. C'est également un défi de taille pour le Groupe de recherche de la Maison Michel-Sarrazin, formé de professionnels de différentes disciplines, d'universitaires et d'un nombre important de collaborateurs œuvrant auprès des personnes atteintes de cancer, dans les institutions de santé de la région.

L'impact d'une recherche se voit dans l'influence et les retombées qu'elle peut avoir. Ainsi l'impact de la recherche sur le programme régional de lutte contre le cancer pourra être évalué en fonction des effets qu'il aura sur la pratique oncologique ou en fonction de l'influence qu'il aura sur le comportement et les attitudes des intervenants. Quant aux retombées, elles pourront être perceptibles principalement chez les malades mais aussi chez les membres de leurs familles. Les intervenants, eux-mêmes, devraient aussi en bénéficier en ce sens que le fait de participer à un projet de recherche pourra leur permettre d'acquérir une façon de faire dans leur pratique quotidienne qui s'appuie sur la méthode scientifique.

L'objectif de toute recherche en cancérologie varie selon les paramètres envisagés. En oncologie, les essais cliniques (*clinical trial*) sont à la recherche de meilleures thérapeutiques qui pourront apporter une amélioration sensible du pronostic et du taux de guérison, tandis que dans le domaine de la médecine palliative, la recherche s'intéresse principalement à la qualité de vie des malades et à celle de leurs familles. En résumé, la recherche permettra d'identifier les problèmes et de suggérer les jalons favorables à la mise en place de solutions. Je voudrais illustrer mes propos par trois exemples d'impact de la recherche sur les pratiques et l'organisation des services en oncologie. Cette partie sera suivie d'une présentation des différents programmes, comités et équipes mis en œuvre pour le développement des soins en oncologie, ainsi que des difficultés rencontrées. En conclusion seront présentés deux axes de recherche.

Un pionnier: Michel Sarrazin

Pour les fervents de l'histoire de la médecine vous serez intéressés de savoir que le docteur Michel Sarrazin a été qualifié par Louis-Martin Tard, auteur de sa biographie (collection « Les Grandes Figures ») comme le « Premier scientifique au Canada »¹.

Le Dr Michel Sarrazin, originaire de la Bourgogne, est venu au Québec à deux reprises, d'abord comme chirurgien-barbier en 1685 puis comme médecin du roi en 1697 après avoir fait des études médicales à Paris (1694-1697) et obtenu un Doctorat de l'Université de Reims. Arrivé à Québec à l'âge de 24 ans, il y resta jusqu'à sa mort le 8 septembre 1734 à l'âge de 75 ans. Ce très intéressant personnage, animé par une mission humaine exceptionnelle mais aussi par une vocation scientifique, fit ses études de pharmacopée avec le professeur Joseph Pitton-de-Tournefort, au Jardin royal des plantes de Paris. Il fut nommé membre de l'Académie royale des sciences de Paris et, pendant tout son séjour au Québec, il a été correspondant étranger de cette Académie. Fortement intéressé par la flore du Québec, il réussit à décrire des centaines de plantes indigènes dont l'une, inconnue en France, se trouve dans les tourbières du Québec et depuis porte son nom: « La Sarracénia purpurée » plante à fleurs rouges insectivores. Il a donc été le premier botaniste au pays, bien avant le Frère Marie Victorin. Le Dr Sarrazin s'est également intéressé à l'anatomie des petits animaux comme le castor et le rat-musqué ainsi qu'aux eaux ferrugineuses du Cap-de-la-Madeleine. Déjà, à l'époque, il avait le souci d'améliorer sa pratique par la recherche.

EXPÉRIENCE PERSONNELLE DE RECHERCHE

Après un saut de plusieurs années, j'aimerais vous présenter succinctement deux projets de recherche que j'ai eu l'occasion de réaliser, l'un comme *fellow* à l'Hôpital St. Mark de Londres et l'autre comme membre du groupe américain de recherche, le National surgical adjuvant breast project (NSABP), et démontrer l'impact que ces recherches ont eu en oncologie clinique et sur ma pratique personnelle comme oncologue.

Étude de la dissémination par voie veineuse du cancer du rectum²

En 1963, lors d'un *fellowship* au St. Mark's Hospital de Londres, nous avons effectué, sous la supervision du professeur Basil C. Morson, une recherche clinique portant sur la dissémination des cellules cancéreuses à partir de l'invasion des veines, décelée à l'examen anatomo-pathologique des cancers du rectum. Parmi les 1509 cancers du rectum examinés, 502 montraient ce type d'envahissement. Qui plus est, dans cette cohorte de malades, 85 % des personnes décédées avaient des métastases au foie. La corrélation entre invasion veineuse (système porte) et métastases hépatiques était claire et non-équivoque.

Cette étude a donc mis en évidence la nécessité d'ajouter à la résection chirurgicale une thérapeutique complémentaire pour détruire ces cellules qui allaient se fixer dans le foie. Cette recherche ainsi que d'autres arrivant à la même conclusion ont eu un impact considérable sur le traitement du cancer du rectum. À cette époque, seule la chirurgie était utilisée pour traiter les cancers du rectum, la radiothérapie n'était pas encore prescrite et la chimiothérapie n'était qu'à ses premiers balbutiements.

Ce principe annoncé s'est répandu dans la communauté médicale et la pratique s'est implantée progressivement au développement de la chimiothérapie et a apporté une amélioration du taux de guérison. C'est ainsi qu'à mon retour à l'Hôtel-Dieu de Québec, en 1964, j'ai commencé à faire de la chimiothérapie régionale par cathétérisme de l'artère hépatique chez les malades traités pour cancer du rectum. Ces infusions prolongées directement dans le parenchyme hépatique s'attaquent aux cellules cancéreuses en voie de former des métastases dans le foie.

Essai thérapeutique comparant les mastectomies totale et partielle³

En 1970, je me suis joint au groupe de recherche NSABP dirigé par le Dr Bernard Fisher de Pittsburg (États-Unis) et j'ai participé à une étude randomisée du cancer du sein comparant deux traitements chirurgicaux, la mastectomie totale et la mastectomie partielle (tumorectomie) c'est-à-dire ablation totale ou préservation du sein.

Cette recherche et d'autres faites en Italie (Milan) et en Angleterre (Londres) ont démontré que la préservation du sein donnait d'aussi bons résultats de survie que ceux obtenus avec l'ablation complète de la glande mammaire mais avait un impact considérable sur la qualité de vie des personnes atteintes.

Ces projets de recherche ont conduit la plupart des chirurgiens à abandonner les mastectomies totales et radicales qui, jusqu'à ce jour, avaient été largement utilisées pour traiter le cancer du sein. Cette nouvelle conduite thérapeutique s'est graduellement installée en Europe et au Canada, principalement au Québec où plusieurs chirurgiens avaient collaboré à cette étude randomisée.

Personnellement j'étais particulièrement sensibilisé aux bienfaits de la préservation du sein puisque, durant cette période, nous avons procédé à une analyse rétrospective sur les conséquences de la mastectomie totale, à l'aide d'un questionnaire soumis à 250 femmes qui avaient subi cette opération. Le traumatisme physique et psychologique était si profond et si durable, compte tenu des effets pervers de l'ablation du sein, qu'il fallait, à tout prix, éviter aux femmes une balafre majeure⁴.

Voilà deux projets de recherche dont les retombées sont évidentes et les effets très positifs. Ainsi, aujourd'hui, le cancer du sein est traité par une chirurgie partielle (tumorectomie) suivie d'une radiothérapie limitée au sein, et le cancer du rectum, par chirurgie complétée de radiothérapie et chimiothérapie.

Quel a été l'impact sur ma pratique personnelle comme oncologue? La participation à ces recherches a modifié mon mode de pratique en ce sens que mon approche clinique a été fortement teintée par la méthodologie scientifique et par une ouverture à la science. Et durant toute ma carrière j'ai gardé cette attitude. On dit que la médecine est, à la fois, «une science et un art»; voilà pourquoi je me suis souvent décrit comme un «artisan-scientifique», un peu comme Michel Sarrazin en son temps.

LE GROUPE DE RECHERCHE DE LA MAISON MICHEL-SARRAZIN

Aujourd'hui, la recherche a de l'impact sur la pratique et l'organisation des soins en oncologie. Je veux en donner des exemples à partir de trois travaux d'un groupe de recherche. Le Groupe de recherche de la Maison Sarrazin, actif depuis 1993, a réalisé plusieurs travaux dont trois méritent qu'on parle de leur impact sur les comportements des intervenants en clinique, par exemple, l'étude sur l'évaluation du pronostic vital, l'étude sur la confusion du malade en phase terminale et celle portant sur la continuité des soins en oncologie.

Analyse du pronostic chez les malades en phase terminale⁵

Admettre un malade à la Maison Sarrazin demande une évaluation la plus précise possible de son pronostic vital. En effet la mission de la Maison est de prendre en charge des malades en phase terminale, c'est-à-dire des malades dont la survie doit être, en général, de moins de deux mois. D'une capacité de 15 lits, la Maison Sarrazin ne peut admettre des malades avec un long pronostic sinon elle ne pourrait répondre adéquatement aux patients en fin de vie qui demandent à être accueillis; d'où l'importance de faire une évaluation exacte du pronostic. C'est une question de justice distributive et sociale.

Cette étude a permis de développer une méthode basée sur les critères suivants: la mobilité du malade, l'autonomie, la symptomatologie, l'alimentation et l'état de conscience; ces règles permettent aux infirmières de liaison de la Maison de faire une évaluation correcte du pronostic de survie dans la très grande majorité des malades rencontrés. Cette méthode d'analyse est maintenant utilisée dans les institutions hospitalières pour évaluer la durée possible des phases palliative et terminale.

Étude de la confusion chez les malades en phase terminale⁶

Cette étude, d'abord initiée à la Maison Sarrazin, a été étendue aux autres Centres hospitaliers universitaires. Un épisode de confusion ou de délire peut survenir durant la phase terminale. La recherche a démontré que près de 65 % des malades admis à Sarrazin ont souffert de confusion et qu'une fois sur deux une modification thérapeutique adéquate a pu faire avorter l'épisode. Ainsi en utilisant la «règle de la confusion» pour mettre en évidence les signes prémonitoires d'un épisode de délire, un diagnostic peut être établi et, si nécessaire, un geste thérapeutique immédiat pourra corriger la situation ou la faire avorter. Une brochure expliquant cette possibilité et les moyens qui seront efficaces pour la prévenir ou la corriger est remise aux familles. Bon exemple de retombées positives.

La problématique de la continuité des soins en oncologie⁷

Problème majeur qui inquiète les malades atteints de cancer puisque plusieurs éprouvent de la difficulté à trouver un médecin pour la prise en charge et le suivi régulier de l'évolution de leur maladie. Cette étude a permis de mettre en évidence les écueils à la continuité des soins dont les causes principales sont: le grand nombre d'intervenants, une déficience dans les communications, un manque de coopération entre les intervenants.

Le Comité régional de lutte contre le cancer se sert de cette étude pour mettre en place les mécanismes qui réussiront à combler les failles de la continuité des soins et permettre à tous les malades atteints d'un cancer d'avoir un suivi personnalisé tout au long de l'évolution de leur maladie.

ORGANISATION DES SERVICES EN ONCOLOGIE

En octobre 1997, le Ministère de la Santé et des Services sociaux publiait une brochure sur l'organisation de la lutte contre le cancer: « Programme québécois de lutte contre le cancer. Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe » (PQLC)⁸. En 2004 le Ministère publiait une deuxième brochure sur l'organisation des soins palliatifs intitulée: « Politique des soins palliatifs de fin de vie »⁹.

Au mois de janvier 2000, le Comité régional de lutte contre le cancer (CRLC), mis sur pied par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale Nationale, commençait ses travaux et j'acceptais d'en assumer la présidence. Des représentants de toutes les disciplines médicales propres à l'oncologie et des représentants de la plupart des institutions de la santé de la région, ont été invités à être membres de ce comité. Pendant nos travaux, plusieurs autres personnes ont été consultées pour éclairer nos délibérations et permettre de faire l'unanimité, sinon un large consensus, sur les décisions à prendre.

L'objectif principal du CRLC était de réaliser, dans la région métropolitaine de Québec, l'implantation du programme québécois de lutte au cancer en l'adaptant à la réalité de notre région et en tenant compte de nos caractéristiques propres. Par exemple, la région de Québec a six Centres hospitaliers universitaires affiliés à la Faculté de médecine de l'Université Laval, la plupart ayant déjà une mission spécifique comme, par exemple, l'Hôpital Laval et la pneumologie.

Par ailleurs, en 2005, une nouvelle structure a vu le jour dans notre région; il s'agit du Réseau universitaire intégré de soins en oncologie (RUIS-ONCO). Ce Comité universitaire a comme responsabilités d'organiser ou de coordonner les programmes de formation et de recherche en oncologie et, avec les Agences régionales de la santé et des services sociaux, de supporter l'organisation de la lutte contre le cancer sur tout le grand territoire desservi par l'Université Laval. Ce bassin de desserte comprend l'est de la province de Québec et englobe le Bas-St-Laurent, la Côte-Nord, la Gaspésie et les Îles-de-la-Madeleine, le Saguenay et la région Chaudière-Appalaches.

Pour réaliser les objectifs spécifiques du programme régional de lutte contre le cancer qui touchent le domaine des soins et des services offerts aux personnes atteintes de cancer, les membres du CRLC se sont longuement attardés sur la question de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité des soins.

La première étape de nos travaux a consisté à faire l'analyse de l'état de situation de la cancérologie dans notre région¹¹. Depuis quelque temps la région 03 était engagée dans un processus de changement de ses structures hospitalières et des soins à domicile tant au plan administratif qu'au plan médical. Le regroupement des CH universitaires n'était pas encore constitué; il y avait de grandes disparités entre les divers services des institutions de santé; les services de première ligne et les CLSC étaient en réorganisation; les services sur les territoires des huit CLSC étaient en train de se regrouper en quatre territoires etc... etc.

La région 03 qui compte environ 656 000 personnes, a finalement été regroupée en quatre territoires: deux territoires urbains, Québec sud (287 000) et Québec nord (294 000) et deux territoires ruraux, Portneuf (46 000) et Charlevoix (29 000). La population de la région, en grande majorité blanche, de culture et de langue françaises (98%) et de religion catholique (97%), compte un

pourcentage de personnes de plus de 65 ans plus élevé que celui de la moyenne provinciale (14,5 %).

Notre analyse nous a permis de découvrir qu'il y avait déjà, dans les centres hospitaliers universitaires, des équipes spécialisées en cancérologie assez bien organisées et fonctionnelles et un nombre important d'intervenants motivés, visionnaires et prêts à collaborer aux activités du CRLC. Nous avons tablé sur ce qui existait déjà dans la région, pour bâtir un réseau de services de cancérologie à l'intention des personnes chez qui un diagnostic de cancer serait porté. En moyenne, dans notre région, il y a 3 000 nouveaux cas de cancers par année pour environ 1 500 décès, nécessitant 5 200 hospitalisations dans l'ensemble des centres hospitaliers de la région. Il faut retenir également que de 30 à 35 % des malades proviennent de l'extérieur de la région 03.

La seconde étape des travaux du CRLC a été plus délicate, compte tenu des enjeux en cause et de la prépondérance historique des cultures institutionnelles et disciplinaires. L'objectif envisagé consistait à reconnaître et à désigner des équipes à vocation supra-régionale, des équipes à vocation régionale et des équipes à vocation locale, conformément au programme québécois de lutte contre le cancer, pour mettre sur pied un réseau intégré de services aptes à offrir toute la gamme des soins spécialisés et des soins de base aux personnes atteintes de cancer. Un long processus parfois difficile, mais qui a finalement débouché sur un consensus.

Dix-huit équipes ont ainsi été mises sur pied et reconnues par les membres du CRLC puis recommandées au conseil d'administration de l'Agence régionale de santé et de services sociaux. Les membres du Conseil ont endossé nos propositions et les ont proposées au Ministre de la Santé et des Services sociaux. Le Ministère a également accepté les propositions de chacune des équipes en spécifiant que leur agrément serait conditionnel à l'évaluation qui sera faite par un Comité ministériel d'experts. Voici la liste des équipes reconnues selon les lieux où elles se retrouvent :

Équipes supra-régionales

1. Par type de cancer (#10)

Centre hospitalier de l'Université Laval	cancers pédiatriques
Hôpital Laval	cancers pulmonaires
Hôpital du Saint-Sacrement	cancers mammaires
Hôpital de l'Enfant-Jésus	cancers neurologiques
Hôtel-Dieu de Québec	cancers gynécologiques
	cancers urologiques
	cancers musculo-squelettiques
	cancers digestifs
Hôtel-Dieu de Québec et Hôpital du Saint-Sacrement	cancers cutanés
Hôtel-Dieu de Québec et Hôpital de l'Enfant-Jésus	cancers orl

N.B. : les équipes supra-régionales « cutanée et orl » sont implantées dans deux centres hospitaliers, l'Hôtel-Dieu de Québec étant le centre principal.

2. Par problématique (#3)

Hôtel-Dieu de Québec	Médecine dentaire oncologique
	Oncologie psychosociale
Maison Michel-Sarrazin	Soins palliatifs

Équipe régionale (#1)

Hôtel-Dieu de Québec	Cancers mammaires
----------------------	-------------------

Équipes locales CSSS :

Centre de santé et de services sociaux

CSSS-QUÉBEC NORD-CH	Enfant-Jésus
CSSS-QUÉBEC SUD-CH	Saint-François d'Assise
CSSS-PORTNEUF	
CSSS-CHARLEVOIX	

Pour accéder à la reconnaissance, chaque équipe devait s'engager à réaliser un mandat précis garantissant l'accessibilité, la continuité et la qualité des soins aux personnes atteintes de cancer. D'autres exigences se retrouvent dans ce mandat, comme par exemple: l'engagement des administrateurs, le mode de fonctionnement en interdisciplinarité, la création d'un poste d'intervenant "pivot" dont le rôle de coordination est essentiel pour l'équipe et pour les malades. Le mandat contient également des exigences d'enseignement et de recherche principalement pour les équipes supra-régionales.

Le Comité ministériel, formé d'experts en oncologie, a commencé les visites d'agrément des équipes à la fin du mois d'octobre 2006. À ce jour dix équipes ont été évaluées.

DIFFICULTÉS À VAINCRE POUR RÉALISER LE RÉSEAU DE SERVICES EN CANCÉROLOGIE

Les projets de recherche évaluative en cours et à venir devraient favoriser la prise de conscience des difficultés réelles ou perçues et aider les personnes impliquées dans ce processus d'implantation, à les surpasser. Parfois subtiles, parfois évidentes, parfois non-dites, ces difficultés devront s'aplanir pour que le réseau de services puisse être fonctionnel et efficace et que les intervenants puissent jouer leur rôle, en toute confiance, dans leur champ de compétence. C'est un exceptionnel terrain de recherche qui pourra proposer des jalons et des solutions.

Nous avons déjà mentionné quelques-unes des difficultés comme la mouvance structurelle avec laquelle nous avons été confrontés par la compression des huit territoires-CLSC de la région 03 en quatre territoires-CSSS. Ces fusions d'institutions sont en voie de bousculer toutes les structures traditionnelles, les cultures hospitalières et les chasses gardées disciplinaires.

Une autre difficulté propre à la région de Québec provient de son caractère universitaire (Université Laval). Notre région comprend trois centres hospitaliers universitaires (CHU) regroupés en un Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ), deux CHU regroupés en un Centre hospitalier affilié (CHA) et un CHU, tous affiliés à la faculté de médecine. On ne retrouve pas de centre hospitalier dédié à la médecine générale et un CSSS n'a pas de CH sur son territoire. Le mode disciplinaire de fonctionnement qui relève de l'individualisme plutôt que du bien collectif, se manifeste souvent par des activités isolées, non complémentaires et non concertées, antinomiques du mode réseau. L'approche du comité face à ces difficultés a été d'avancer par étapes, espérant convaincre les membres des diverses institutions de santé de travailler en équipes multidisciplinaires.

Le programme provincial propose de faire jouer un rôle prépondérant aux équipes à vocation locale, composées d'intervenants de la première ligne qui dispensent des soins de base et de proximité. Pour réaliser cet objectif, le CRLC préconise la valorisation du rôle du médecin de famille en revalorisant sa place en oncologie et en favorisant la prise en charge par le médecin de famille de chaque personne atteinte de cancer. Dans ce nouveau paradigme de pratique, le spécialiste oncologue laisserait plus de latitude au médecin de famille dans le diagnostic primaire, dans le suivi post-thérapie, dans le support et le soutien psychologique et familial et enfin à la phase palliative. Comment y arriver si ce n'est en se faisant confiance mutuellement et en collaborant au mieux-être du malade et sa famille, chacun dans sa sphère de compétence?

Le CRLC a également proposé la création d'une nouvelle fonction en oncologie, celle de l'intervenant-pivot. La place de l'intervenant-pivot au sein de l'équipe interdisciplinaire et son rôle auprès du malade, soit en centre hospitalier soit dans la communauté, sont en voie de se préciser; ainsi, le malade trouvera en cette personne un répondant

responsable tout au long de sa maladie. À ce jour, l'Agence a participé avec les centres hospitaliers au financement de dix-huit postes intervenants-pivots répartis au sein des équipes.

Enfin d'autres écueils devront être confrontés et résolus comme, par exemple, la question des ressources professionnelles ainsi que celle des ressources financières qui manquent un peu partout. On connaît l'importance du fardeau clinique souvent trop lourd pour les effectifs actuels; avec la mise en place du réseau d'oncologie dans la région, il faut dès aujourd'hui prévoir que l'augmentation de la clientèle viendra accroître ces difficultés.

CONCLUSION

Dans la brochure « Politique provinciale des soins palliatifs de fin de vie⁹ », deux axes de recherche sont recommandés :

AXE 1 : Suivi de l'implantation et de la mise en œuvre des mesures ;

AXE 2 : Évaluation continue des résultats attendus.

Au Programme régional de lutte contre le cancer, il nous paraît essentiel de privilégier ces deux axes de recherche pour que le programme en voie d'implantation puisse être évalué pendant cette période et après son déploiement dans la région. Ce projet de recherche évaluative représente, en fait, le quatrième objectif du CRLC qui permettra aux divers intervenants impliqués dans les équipes d'oncologie de suivre l'évolution, de corriger au fur et à mesure les lacunes et de prévoir les changements à apporter pour assurer le développement harmonieux du réseau.

L'importance de participer à un groupe de recherche est évidente et j'ai pu vous démontrer ce que ma participation à des projets de recherche m'a apporté et les retombées que ces projets ont eu chez les malades. Acquérir un mode de pratique scientifique représente une valeur ajoutée à la qualité des soins que l'on donne aux malades. Le souci du détail en clinique, la pratique basée sur les données probantes, la rigueur du suivi des malades sont des gages d'une performance compétente.

Enfin, le plus grand défi me semble être celui de rallier, au sein de ce réseau d'oncologie, tous les intervenants qui prennent en charge des personnes atteintes de cancer, quelle que soit leur discipline ou qu'ils soient membres ou non d'une équipe désignée. Pour les malades, savoir que leur médecin, leur infirmière ou leur travailleur social sont membres d'un réseau clinique, sera une garantie de compétence et de prise en charge collégiale responsable. En réalité il faudra être capable d'inclure tous les malades pour qu'ils puissent bénéficier des services d'oncologie dispensés par les équipes multidisciplinaires de la région et leurs collaborateurs.

La présence du RUIS-ONCO de l'Université Laval viendra appuyer les Agences dans le développement de l'oncologie et sera responsable de développer un réseau régional de formation et de recherche en oncologie. Ce comité commence ses rencontres et déjà on voit l'importance d'établir une collaboration avec les comités de lutte contre le cancer des régions desservies par l'Université Laval. ❁

BIBLIOGRAPHIE

- * Ce texte a été écrit à partir d'une conférence donnée à l'occasion de la *Journée Michel-Sarrazin*, tenue le 27 novembre 2006, à l'Université Laval, Québec.
1. Louis-Martin Tard, *Michel Sarrazin. Le premier Scientifique au Canada*, Collection Les Grandes Figures, Montréal, XYZ Editeur, 1996.
 2. L. Dionne, «The pattern of blood-borne metastasis from carcinoma of the rectum», *CANCER*, vol. 18, n° 6, juin 1965.
 3. N. Wolmark, «Minimal breast cancer. A major therapeutic dilemma», *Contemporary issues in clinical oncology*, Oxford, Churchill Livingstone, 1983.
 4. L. Dionne, R. Morin, M. Bernier, «Et après... Que deviennent les mastectomisées?», *Canadian Journal of Surgery*, vol. 24, n° 5, septembre 1981.
 5. P. Allard, A. Dionne, «Factors associated with length of survival among 1081 terminally ill cancer patients», *Journal of palliative care*, 11: 3, 1995, p. 20-24.
 6. P. Gagnon, C. Charbonneau, P. Allard *et al.*, «Delirium in advanced cancer», *Journal of palliative care* 18: 4, 2002, p. 253-261.
 7. J. Turgeon, S. Dumont, M. St-Pierre, A. Sevigny, L. Vezina, «La problématique de la continuité des soins en oncologie». *Canadian Family Physician*, 52: 12, décembre 2006, p. 1572-1573.
 8. Ministère de la santé et des services sociaux, «Programme québécois de lutte contre le cancer», 1997.
 9. Ministère de la santé et des services sociaux, «Politique en soins palliatifs de fin de vie», 2004.
 10. L. Dionne, «Soins et Services», CRLC, Programme régional de lutte contre le cancer, décembre 2002.
 11. H. Ouellet, «État de situation de la région de Québec», CRLC, Programme régional de lutte contre le cancer, décembre 2002.