

Coalition Priorité Cancer au Québec

www.coalitioncancer.com

Avis

Présenté au
Commissaire à la santé et au bien-être

Dans le cadre de la consultation publique
sur le panier de services

Janvier 2016

Préambule

La Coalition Priorité Cancer au Québec répond à l'invitation lancée par le Commissaire à la santé et au bien-être dans son appel de mémoires en marge de la consultation sur le panier des services de santé et des services sociaux assurés. L'avis que nous vous présentons s'appuie en grande partie sur les orientations et les priorités d'action adoptées par les membres de la Coalition au cours des dernières années.

La Coalition représente près de 70 organisations, associations et institutions concernées par la lutte contre le cancer. Sa mission est de donner une voix forte aux personnes touchées par le cancer et de faire valoir leurs besoins, leurs droits et leurs aspirations.

Réflexion à propos de la démarche du Commissaire

Dans son guide de consultation pour l'appel de mémoires, le Commissaire à la santé et au bien-être explique d'entrée de jeu son objectif : « Dans un contexte où les besoins en santé et en services sociaux sont croissants et les ressources limitées, le Commissaire à la santé et au bien-être tient à ce que les valeurs et préoccupations des citoyennes et citoyens québécois soient connues et prises systématiquement en considération dans les décisions relatives à la couverture publique des services en santé et en services sociaux. Ces décisions qui concernent l'introduction, le maintien ou le retrait de services de santé ou de services sociaux du panier de services assurés sont complexes et doivent être prises régulièrement, au Québec comme dans de nombreux autres États. »

La Coalition Priorité Cancer au Québec n'est pas contre l'idée de réviser périodiquement le panier des services assurés. Cela est un exercice nécessaire pour permettre d'ajuster l'offre de services aux besoins de la population et des patients. Toutefois, nous nous questionnons sur l'approche et la finalité de cette démarche qui donne toutes les apparences de vouloir cautionner le rationnement des services de santé entrepris depuis quelques années par le gouvernement du Québec et le ministre de la Santé et des Services sociaux.

En effet, le questionnaire du sondage Web réalisé au mois d'août par la firme BIP pour le compte du Commissaire démontre un biais évident qui, malheureusement, pourrait jeter un discrédit sur la finalité poursuivie. Voici deux des énoncés de ce sondage (questions 2 et 3) auxquels on demande aux participants de se prononcer :

« Imaginons un nouveau traitement ciblant des personnes en fin de vie, par exemple, celles atteintes de cancer ou de maladie du cerveau dégénérative. Ce traitement allongerait la vie de quelques mois, d'après des données scientifiques solides, serait très coûteux et n'aurait que peu d'effet sur la qualité de vie. » (...)

« Imaginons un nouveau traitement qui pourrait diminuer les effets graves d'une maladie qui touche un très petit nombre de personnes. Le traitement représenterait une avancée importante dans le traitement de cette maladie et serait très coûteux, mais son impact sur la durée de vie serait incertain. » (...)

N'est-il pas légitime de penser que ces énoncés orientent les choix de réponse ? En fait, ces énoncés reprennent quasiment mot pour mot certaines déclarations antérieures de ministres du gouvernement ainsi que certains arguments officiels évoqués pour, par exemple, justifier les frais accessoires, pour refuser le remboursement de nouveaux médicaments au Québec ou pour restreindre l'accès à des soins.

Dans la même optique, à la question 8 du sondage, où l'on demande aux participants de se prononcer sur ce que l'État devrait faire pour « pouvoir inclure de nouveaux services sans que les budgets en santé et services sociaux explosent », quatre des choix de réponse sont basés sur la restriction des services offerts par le public (recours au privé, limitation de l'accès, contrôle plus strict). Un autre choix porte sur l'augmentation des impôts et taxes, et un seul porte sur le remplacement des services moins efficaces par d'autres plus performants. Au fait, de quelle explosion s'agit-il ?

Curieusement, alors que le Commissaire évoque lui-même la complexité des décisions à prendre pour le maintien ou le retrait de services assurés, il demande au simple citoyen, qui n'a certainement pas toutes les informations nécessaires, de classer les services en fonction du financement qu'il leur donnerait « s'il était responsable du budget de la santé et des services sociaux du Québec ». Prévention, traitements, soins de fin de vie, soins de longue durée, services psychosociaux, réadaptation... Une loterie ! Les gestionnaires et décideurs de la santé, bardés d'innombrables études, d'évaluations de besoins, de données probantes, de projets pilotes et autres expériences, ont-ils tant de difficultés que ça à prendre des décisions ?

Quel est donc le but de cet exercice ? Cette approche nous apparaît pour le moins surprenante et diffère profondément de ce à quoi le Commissaire nous avait habitués dans le passé. À ce propos, la Coalition partage l'opinion émise par le groupe de recherche de la Chaire de recherche Politiques, Connaissances et Santé (Pocosa) de l'Université de Montréal : « *Socialement, la situation est presque aussi triste. La perspective adoptée par le CSBE évacue toute approche en termes de santé des populations qui viserait à maximiser la santé et le bien-être d'un groupe de personnes. Seule la capacité de payer de l'État est prise en compte. Le transfert d'une part toujours plus grande des soins vers le secteur privé apparaîtra donc comme une solution aussi logique qu'incontournable. Pas de réflexion sur les coûts totaux ni sur les moyens pour maximiser l'accessibilité à des services pertinents à toute la population, selon ses besoins de santé.* »¹

¹ Extrait d'un blogue, Chaire Pocosa, Université de Montréal, publié par l'Agence Science-Pressé, 20 janvier 2016. <http://www.sciencepresse.qc.ca/blogue/2016/01/20/comment-poser-question-cest-deja-repondre>

La difficile gestion de l'offre de services

Beaucoup d'experts qui se sont prononcés au cours des 20 dernières années sur notre système de santé et de services sociaux affirment clairement que son fonctionnement est très loin d'être optimal et que l'argent est mal dépensé. Leurs rapports sont bien connus de nos décideurs ainsi que du public, mais leurs recommandations, au mieux, sont implantées de façon désordonnée, au pire, sont tablettées.

Avant de demander à la population et aux organismes de se prononcer sur la manière de contrôler et, dans le fond, de réduire le panier de services « dans un contexte où les besoins en santé et en services sociaux sont croissants et les ressources, limitées... », ne serait-il plus judicieux de s'interroger sur les vraies causes qui freinent, par exemple, l'adaptation des services aux besoins de la population ou encore l'accessibilité aux services ? Pourquoi les patients du Québec devraient-ils faire les frais de l'incapacité malade de l'État à gérer efficacement le système de santé et de services sociaux et à dépenser correctement l'argent dont il dispose ?

Dans son désir de proposer aux décideurs des avenues pour réviser le panier de services de santé et de services sociaux offerts à la population, le Commissaire n'aborde pas la condition préalable à cet exercice qui est de savoir si les Québécois en ont actuellement pour leur argent.

La dernière enquête du Commonwealth Fund², réalisée en 2014 à propos des perceptions et des expériences de soins des personnes de 55 ans et plus publiée dans le site Web du Commissaire il y a quelques mois, met en relief dans sa conclusion le fait que « *selon les résultats, le Québec accuse toujours un retard important par rapport au reste du Canada et aux autres pays participants en ce qui concerne l'accès aux soins. Ce retard est particulièrement important pour les soins spécialisés. On note également que la coordination des soins est difficile pour de nombreuses personnes. Ces constats peuvent expliquer l'opinion souvent négative que la population exprime envers le système de santé.* »

Cette enquête portait sur les perceptions et les expériences de soins de la catégorie de personnes qui ont le plus recours aux services de santé. En fait, la plupart des études convergent dans ce sens – le Québec a encore du rattrapage à faire pour améliorer l'accès et la fluidité des services et faire en sorte que la perception de la population change à l'égard du système de santé.

La Coalition Priorité Cancer au Québec ne croit pas que le système québécois est de mauvaise qualité. Au contraire, plusieurs mesures indiquent qu'il est performant à maints égards, et ce, même **si le Québec est la province canadienne qui dépense le moins, per capita, pour la santé de sa population³, dépenses publiques et privées incluses.**

² Commissaire à la santé et au bien-être, PERCEPTIONS ET EXPÉRIENCES DE SOINS DES PERSONNES DE 55 ANS ET PLUS : LE QUÉBEC COMPARÉ, Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2014, http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2014/CWF/CSBE_Rapport_CWF_2014.pdf

³ Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 – 2015, Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), octobre 2015.

Alors, dans ce contexte, qu'est-ce qui est le plus pertinent ? **S'interroger sur le panier de services offerts dans le but de l'amincir ou sur la manière dont il est géré et rendu accessible à ceux qui en ont besoin ?**

Dans son rapport intitulé « Performance du système de santé et de services sociaux québécois 2015 », publié en septembre 2015, le Commissaire indique que pour être performant, le système doit assumer quatre grandes fonctions :

- 1) s'adapter pour se donner les ressources et les structures organisationnelles nécessaires et répondre aux besoins et aux attentes des citoyens;
- 2) produire des services en quantité adéquate et de qualité en maintenant une bonne productivité;
- 3) maintenir des valeurs et développer la qualité du milieu de travail;
- 4) atteindre ses buts, qui sont de réduire l'incidence, la durée et les effets négatifs des maladies et des problèmes sociaux.

Les résultats de son enquête tendent à démontrer que, somme toute, le système québécois de santé ne serait pas si mal en point que ça, du moins sur la base des indicateurs de comparaison choisis. Mais, note-t-il, notre système a de la difficulté à s'adapter aux besoins de la population et l'enjeu de l'accès aux services demeure bien réel. Citons le Commissaire dans son mot de présentation de l'étude :

« Il est rassurant de constater qu'au fil du temps, des résultats favorables émergent et que des réussites déjà acquises sont préservées. Notre analyse de l'efficience montre que le Québec compte parmi les trois provinces canadiennes considérées comme efficaces pour la viabilité, c'est-à-dire la capacité de veiller à l'équilibre adéquat entre les dépenses administratives et celles vouées aux soins, ainsi que la capacité d'attirer et de retenir la main-d'œuvre en médecine. Nous pouvons aussi mettre en valeur la performance de notre système pour la qualité technique et l'efficacité populationnelle, ainsi qu'une diminution de la mortalité hospitalière.

Toutefois, je ne peux passer sous silence la récurrence de défis cruciaux à relever. Parmi ceux-ci, les résultats montrent une fois de plus que beaucoup reste à faire pour atteindre un meilleur accès aux soins et services. Notre analyse régionale révèle, entre autres choses, que les délais d'attente en services sociaux et la fluidité dans le système obtiennent encore des résultats trop peu satisfaisants dans l'ensemble. De plus, je porte une attention particulière aux hospitalisations en santé mentale, alors que d'importantes variations des résultats existent entre les différents types de régions, ainsi qu'à la qualité de vie au travail, qui revêt une importance capitale. De toute évidence, au-delà de la disponibilité des ressources, c'est le maintien et l'amélioration de la qualité de vie au travail qui semble avoir le plus grand impact sur l'efficacité du système. Enfin, dans le cadre des changements organisationnels qui ont cours, il sera intéressant de suivre l'intégration des différents prestataires autour des besoins des usagers, puisque, actuellement, la majorité des régions présentent des résultats peu reluisants pour leur capacité à adapter les soins et services. »

Par ailleurs, au moment où le Commissaire nous interpelle à propos de la gamme des services de santé et des services sociaux, n'est-il pas troublant d'apprendre par la vérificatrice générale et par les médias que le gouvernement a accordé 815 millions \$ de trop aux médecins québécois et que le MSSS a dépensé 450 millions \$ de plus que prévu pour le Dossier santé

Québec, dont l'utilisation par les médecins québécois et le réseau d'établissements laisse encore à désirer ? Ce sont deux exemples, parmi plusieurs autres. Ils totalisent à eux seuls plus de 1,2 milliards \$.

Alors que le Commissaire se questionne sur la valeur à donner au prolongement de la vie humaine et sur les limites de ce que l'État – c'est-à-dire nous – devrait payer pour offrir des thérapies novatrices en cancer ou pour d'autres problèmes de santé, le gouvernement a dépensé et dépensera quelque 10 milliards de dollars pour cinq nouvelles infrastructures hospitalières qui n'ajouteront rien au panier de services actuel. Certes, espérons-le, les services spécialisés et, surtout, ultraspécialisés devraient être améliorés, mais la démonstration viendra plus tard.

Enfin, la réforme des structures du réseau de la santé et des services sociaux enclenchée l'an passé commence à peine à être implantée. L'objectif principal recherché était d'améliorer la fluidité des services aux usagers et patients et d'éliminer au passage les obstacles administratifs qui gênent la mise en place et la réalisation des orientations ministérielles. Tous les intervenants du réseau estiment que ces changements ne donneront pas de résultats tangibles avant plusieurs années, quatre à cinq ans, disent les plus optimistes. Et d'autres transformations sont attendues, dont le financement par activités, l'une des clefs de voûte de la réussite de sa réforme, indiquait le Ministre, le docteur Gaétan Barrette. Dans ces circonstances, pourquoi donc précipiter la révision du panier de *services assurés* ?

Le cancer : l'accessibilité avant tout !

Au Québec, comme ailleurs au Canada, le cancer est la première cause de mortalité. Plus du tiers des décès chez les Québécois résulte du cancer, soit environ 21 000 sur 60 000 décès (2015). Les dernières statistiques connues⁴ font état de plus de 50 000 nouveaux cas de cancer par année. Les projections pour les 15 prochaines années estiment à, au moins, 35 % l'augmentation des cas de cancer au Québec. Ceci est un véritable défi, non seulement pour l'organisation des soins de santé, mais également pour l'ensemble de notre société qui, rappelons-le, fait face au taux de vieillissement le plus important de sa population dans le monde, après le Japon. Et le cancer est une maladie associée au vieillissement.

Au Québec, à cause de l'absence d'un registre fiable et accessible, la situation du cancer est généralement sous-estimée et les données peu fiables. Par exemple, on ne peut pas mesurer les taux réels de survie au cancer au Québec. Les indicateurs utilisés (par ex. début du calcul pour les temps d'attente) ne sont pas toujours les mêmes qu'ailleurs au Canada ou n'existent pas. Le Rapport de 2015 sur le rendement du système de lutte contre le cancer⁵ publié par le Partenariat canadien contre le cancer (CPAC), en juin 2015, ne contient à peu près aucune

⁴ Statistiques canadiennes sur le cancer 2015, Société canadienne du cancer (SCC), Agence de la santé publique du Canada et Statistique Canada, mai 2015.

⁵ Rapport de 2015 sur le rendement du système de lutte contre le cancer, Partenariat canadien contre le cancer (CPAC), juin 2015.

http://www.cancerview.ca/idc/groups/public/documents/webcontent/the_2015_cancer_system_performance_report_fr.pdf

donnée québécoise, hormis celles en provenance de quelques indicateurs généraux de santé publique.

Heureusement, comme l'indiquent les auteurs du rapport sur les statistiques canadiennes du cancer, « le taux de la mortalité due au cancer, normalisé selon l'âge, est en baisse depuis 1991. Cela est dû, en partie, aux progrès accomplis dans les traitements grâce aux avancées de la recherche de même qu'à la pratique du dépistage de certains cancers ». Nous espérons vivement que ce constat soit aussi vrai pour le Québec.

L'Enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer 2013⁶ réalisé par l'Institut de la statistique du Québec, tout en soulignant l'appréciation très positive des patients traités pour un cancer à l'égard des soins et services reçus, révèle que ce qui pose problème, essentiellement, est l'accessibilité des soins et des services, ce qui, bien entendu, inclut leur disponibilité.

Voici trois extraits intéressants tirés des faits saillants de cette enquête :

« Lorsque l'on demande aux patients ayant été traités en 2010 pour un cancer au Québec d'évaluer la qualité des soins et des services reçus, dans leur ensemble, 98 % la disent excellente, très bonne ou bonne. De manière générale, ces résultats sont semblables à ceux observés dans d'autres provinces canadiennes grâce aux données d'enquêtes menées entre 2006 et 2011 par NRC Picker Canada dans des établissements participants. Dans son rapport de 2010, le Partenariat canadien contre le cancer mentionne en effet que plus de 95 % des patients des sept provinces étudiées évaluaient de manière positive la qualité globale des soins qu'ils avaient reçus (PCCC, 2010).

Le Québec compte parmi les provinces étudiées ayant les meilleurs scores en ce qui a trait à la Coordination et continuité, au Soutien émotionnel, à l'Information, communication et éducation ainsi qu'au Confort physique. Au contraire, il serait parmi les provinces enregistrant les moins bons scores à l'égard de l'Accessibilité. Le Québec se situerait davantage dans la moyenne pour la dimension Respect des préférences du patient. Cela dit, seules des enquêtes populationnelles réalisées dans les autres provinces à partir de méthodologies semblables à celle de l'enquête québécoise permettraient de confirmer ces résultats.

Dans les sept provinces étudiées entre 2006 et 2011, les scores négatifs se situent entre 18 % et 33 % pour l'Accessibilité, entre 27 % et 39 % pour la Coordination et continuité, entre 41 % et 60 % dans le cas du Soutien émotionnel, entre 27 % et 42 % pour l'Information, communication et éducation, entre 16 % et 24 % pour le Confort physique et, finalement, entre 15 % et 26 % pour le Respect des préférences du patient (PCCC, 2012). »

⁶ Enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer 2013, Qualité des services de santé offerts aux patients atteints de cancer, Institut de la statistique du Québec, 3^e trimestre 2014.

http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/services/cancer/qualite-cancer_regional.pdf

Certes, il faut se réjouir des scores très élevés de satisfaction à l'égard de la qualité des soins obtenus. D'ailleurs, les personnes touchées par le cancer le soulignent régulièrement. Toutefois, est-ce que nous mesurons la satisfaction à l'égard du même panier de services ? Par exemple, la coordination de soins à l'intérieur d'un établissement et entre les différentes spécialités médicales se fait-elle de la même façon ?

Pour les personnes touchées par le cancer au Québec, l'accessibilité aux meilleurs soins et services possible est une nécessité vitale et le centre de leurs préoccupations. En fait, l'accessibilité est le déterminant principal du panier de services. À cet égard, le Québec a encore passablement de chemin à parcourir pour rattraper son retard par rapport à la plupart des autres provinces canadiennes et des pays de l'OCDE dans la lutte contre le cancer.

En oncologie, notre problème tient surtout du fait que nous sommes incapables de mesurer efficacement ce que nous faisons. Précédemment, nous avons évoqué l'absence au Québec d'un registre du cancer fiable, seule province à ne pas en avoir. Ceci nous empêche d'évaluer correctement le panier de services offerts et rendus. Est-ce que l'hôpital X a les meilleures pratiques professionnelles ? Est-ce que cela permet d'accroître la survie au cancer ? Et de quelle façon ? Comment nos pratiques se comparent-elles entre établissements semblables au Québec et ailleurs ?

En fait, notre principale préoccupation – qui devrait être aussi celle du Commissaire – est que pour réviser le panier de services en oncologie, il serait important de savoir comment il se compare à celui des autres provinces, à celui des autres pays semblables. Or, pour des raisons que nous ignorons, le Québec semble réticent ou incapable, à quelques exemples près, d'utiliser les indicateurs rigoureux développés par le Partenariat canadien contre le cancer pour mesurer la performance des différents systèmes au Canada.

Voyons quelques exemples...

La radio-oncologie

Nous savons que le Québec performe particulièrement bien dans le domaine de la radio-oncologie. Dans le site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux, on apprend que la proportion de patients ayant débuté leurs traitements à l'intérieur de 4 semaines (28 jours), cible ministérielle, est supérieure à 90 % et atteint même 100 % dans quelques cas. Ceci est semblable à ce que l'on retrouve ailleurs au Canada. À ce propos, observons que le Québec a fourni toutes les données requises au CPAC pour figurer dans son rapport.

La chirurgie oncologique

Par contre, en chirurgie oncologique, alors que la cible ministérielle est que 90 % des patients médicalement prêts soient opérés en moins de 28 jours et 100 % en moins de 56 jours, on note, en date du 31 décembre 2015, qu'aucune des trois régions universitaires n'atteint les cibles : 57 % des patients de Montréal sont opérés en moins de 28 jours, 58 % à Québec et 55 % en Estrie. À Montréal, encore, 19 % des patients attendent plus de 57 jours (16 % à Québec et 24 % en Estrie). La même situation prévaut dans la plupart des régions. Soulignons que le Québec n'a pas fourni ses données au CPAC.

Pourtant, comme l'indique la Direction générale de cancérologie du MSSS : « Pour plusieurs types de cancer, la chirurgie est une composante essentielle du plan de traitement. Pour empêcher la croissance du cancer et sa dissémination dans les tissus, il importe que la chirurgie soit effectuée dès que la personne est jugée médicalement prête à la recevoir. » Il n'est pas inutile de rappeler que le cadre de référence du Mécanisme central de gestion de l'accès à la chirurgie oncologique a été mis à jour et publié en décembre 2012.

Depuis ce temps, les progrès sont lents. Récemment, le CHUQ a choisi de prendre le taureau par les cornes et a annoncé que les chirurgies oncologiques seraient priorisées dorénavant par son équipe médicale. Étant donné que le cancer est une priorité ministérielle depuis 2003, on devrait peut-être s'attendre à ce qu'il le soit aussi dans les établissements du réseau.

Au cours de l'automne, le MSSS a annoncé la création de comités du cancer dans chaque établissement du réseau, à l'instar de ce qui se pratique depuis plusieurs décennies ailleurs au Canada et dans le réseau McGill. Ces comités relèveront du CMDP de chaque établissement. Ils permettront certainement une meilleure collaboration et coordination des soins et services aux patients. Il faudra que leur implantation soit suivie de près et appuyée solidement par le MSSS.

Le dépistage du cancer

En 2012, le Québec était la province canadienne où la proportion des femmes de 50 à 69 ans ayant déclaré avoir eu une mammographie de dépistage du **cancer du sein** était la plus élevée (74,9 %). C'est d'ailleurs au Québec où le programme organisé de dépistage de ce cancer semble le plus performant.

C'est malheureusement l'inverse en ce qui concerne le test PAP pour le dépistage du **cancer du col de l'utérus** chez les femmes de 18 à 69 ans, alors que 70,3 % d'entre elles déclarent avoir subi ce test. Le Québec est au dernier rang des provinces. Elle est d'ailleurs la seule, avec l'Île-du-Prince-Édouard, à ne pas avoir de programme structuré. Heureusement, le programme de vaccination contre le VPH devrait permettre de réduire ce type de cancer dans l'avenir, mais les experts recommandent tout de même de maintenir le dépistage du cancer du col de l'utérus jusqu'à ce qu'un programme de dépistage du VPH soit mis en place.

Le Québec est l'une des seules provinces canadiennes à ne pas avoir un programme organisé de dépistage du **cancer colorectal** – 2^e cause de mortalité par cancer. Les huit projets pilotes sous-régionaux lancés en 2013 demeurent toujours des projets pilotes, faute de ressources diagnostiques, dit-on. De plus, nous savons que ces projets ne fonctionnent pas de manière optimale, ce qui est dû, entre autres, à l'absence d'un système provincial de laboratoire informatisé. Or, en 2013, le Québec était au dernier rang au Canada en ce qui concerne la proportion (28,3 %) de personnes de 50 à 74 ans ayant déclaré avoir subi un test de dépistage de recherche de sang dans les selles. Combinée avec la colonoscopie de dépistage, cette proportion augmente légèrement à 30,3 %, ce qui nous place tout juste à l'avant dernier-rang.

De toutes les provinces canadiennes, le Québec est la seule à ne pas avoir d'informations sur la participation des patients aux protocoles de **recherche clinique en oncologie**. Lors d'un sondage réalisé en 2011 par la firme Léger auprès des personnes directement touchées par le cancer, pour le compte de la Coalition, seulement 22 % des patients se seraient vus proposer par leur médecin de participer à un tel protocole. Combien ont pu en bénéficier ? Pourtant, un protocole de recherche clinique est un traitement avancé pour le cancer. Heureusement, le gouvernement québécois a décidé d'investir dans la recherche clinique et il est à souhaiter que cette orientation sera maintenue, voire intensifiée, compte tenu des percées significatives réalisées dans le domaine des soins personnalisés en cancer.

L'accès aux médicaments

En 2014, selon une étude de l'Université de Toronto⁷ réalisée en comparant les niveaux de remboursement des médicaments contre le cancer entre les provinces, il est apparu que le Québec est la province la moins généreuse à cet égard. Bien que la situation ait quelque peu évolué au cours des six derniers mois, pour l'essentiel, cette constatation demeure. Il en va de même lorsque sont comparées les recommandations de remboursement du pan-Canadian Oncology Drug Review (pCODR) et de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS).

Dans l'une de leurs conclusions, les chercheurs écrivent : « *This analysis demonstrates a widening disparity in access for patients to oncology medicines between Quebec and the rest of Canada.* »

En fait, en dépit des engagements de trois ministres de la Santé (Dr Bolduc, Dr Hébert et Dr Barette) de privilégier d'abord la valeur thérapeutique du médicament, plutôt que seulement sa valeur pharmaco-économique, il a été observé que les recommandations de l'INESSS vont davantage vers le refus systématique des nouveaux médicaments contre le cancer. Ce sont les coûts de la thérapie comparés à la survie réelle du patient qui sont évoqués principalement par l'INESSS pour justifier ses recommandations. L'INESSS motive aussi ses refus en mettant en relief, par exemple, les coûts annuels d'un médicament comparés aux coûts équivalents de places en CHSLD ou au salaire d'infirmières, etc.

À l'automne 2012, l'INESSS publiait un rapport⁸ proposant au gouvernement du Québec de convenir d'ententes de partage de risque avec l'industrie pharmaceutique dans le but à la fois de faciliter l'inscription et le remboursement des nouveaux médicaments contre le cancer et de réduire les coûts de ces médicaments. Dans son rapport, l'INESSS pose les prémisses suivantes :

« L'approche thérapeutique du cancer repose sur trois axes, constitués de la chirurgie, de la radio-oncologie et de la chimiothérapie. Dans ce dernier domaine, les récentes avancées en recherche ont permis l'arrivée de nouvelles molécules prometteuses, mais coûteuses, comme les thérapies ciblées. Les organismes d'évaluation aux fins de remboursement comme l'INESSS visent à outiller la prise de décision, dans l'objectif de favoriser

⁷ « Is Oncology Drug Funding in Quebec Different from the Rest of Canada? », Lori Yin, Simon Yungler, David Shum, University of Toronto, 2014.

⁸ Accès à des médicaments anticancéreux à caractère jugé prometteur, INESSS, septembre 2012.

l'introduction cohérente de ces médicaments prometteurs dans le système de santé, dans un contexte d'incertitude thérapeutique et économique croissante, tout en valorisant une utilisation efficiente et juste des ressources du système de santé.

Or, même quand la valeur thérapeutique d'un nouveau médicament est reconnue, il existe une tension inhérente entre le degré d'incertitude sur l'ampleur des bénéfices réels sur la santé et le système de santé, les répercussions économiques d'un médicament prometteur, mais coûteux, et un accès rapide à l'innovation. Ainsi, pour les organismes d'évaluation comme l'INESSS, plusieurs nouvelles molécules posent des défis et ne peuvent, dans les conditions actuelles, faire l'objet d'une recommandation d'inscription favorable. »

Avec l'adoption du projet de loi 28, au printemps 2015, le gouvernement s'est donné les pouvoirs de conclure ce type d'entente, comme cela se fait ailleurs au Canada. Le Ministre Barrette a indiqué au cours des semaines suivantes que les ristournes qui découleront de ces ententes pourront permettre un meilleur accès aux médicaments novateurs.

Dans une analyse des conséquences de cette loi, la firme Morneau Shepell, soulignait : « Pour le régime public, il s'agit d'une bonne nouvelle puisque ces ristournes vont contribuer à réduire le fardeau financier de ce régime. Pour les régimes privés, ces ristournes négociées ne leur profiteront pas alors que si le gouvernement négociait un prix de médicament plus bas, tous les Québécois en tireraient profit (rappelons que le prix du médicament est le même pour tous les Québécois et que ce sont les honoraires des pharmaciens qui différencient le prix payé par les assurés du régime public et des régimes privés). »⁹

Notons qu'en 2011, les coûts des médicaments anticancéreux défrayés par la RAMQ et les établissements de santé se chiffraient à 315 402 681 \$¹⁰. Le budget de la RAMQ pour les médicaments se situait à environ 4 milliards \$, dont 800 millions sont payés directement par les patients.

Par ailleurs, le gouvernement peut maintenant participer aux négociations de l'Alliance pan-canadienne pharmaceutique qui négocie des prix avec les fabricants de médicaments. Cela aussi pourra profiter aux patients. Mais, dans les deux cas, il y a une condition : la volonté d'en faire réellement profiter les malades et non pas uniquement le Fonds de l'assurance médicaments.

La lutte contre le cancer s'apprête à vivre une véritable révolution dont les impacts sont encore à peine concevables. L'émergence des thérapies ciblées, ou soins de santé personnalisés, marque un tournant dans le traitement de plusieurs maladies, en particulier le cancer. La Coalition Priorité Cancer au Québec a tenu différentes séances de réflexion et symposiums sur cette question afin d'éveiller les décideurs à se préparer à l'arrivée de ces nouvelles thérapies novatrices. Et ce moment est venu. Comment donc le Québec y fera-t-il face ? Nous pensons qu'il y a là un enjeu de fond et, surtout, un nécessaire débat public à

⁹ <http://www.morneaushepell.com/ca-fr/Publications/qu%C3%A9bec-cons%C3%A9quences-du-projet-de-loi-28-sur-le-prix-des-m%C3%A9dicaments>

¹⁰ Les coûts économiques du cancer en 2013, Observatoire des services professionnels, avril 2014.

réaliser, lucidement, et de manière la plus transparente possible. Une consultation particulière portant, entre autres, sur cette question, parmi plusieurs autres, n'est pas un débat éclairé et n'offre pas la possibilité à la population et aux patients de faire entendre leur point de vue et de prendre part aux processus de prise de décisions. **La Coalition demande donc un véritable débat public sur cet enjeu vital non seulement pour les personnes atteintes de cancer, mais également pour l'ensemble des patients.**

Sur un autre plan, nous avons observé un nombre grandissant de signalements de patients qui se disent privés par leur établissement de santé d'un médicament novateur contre le cancer dont le remboursement est pourtant prévu par la RAMQ. Plusieurs cas se retrouvent sur la place publique et finissent pas se régler soit à la suite d'une intervention ministérielle ou d'un changement de décision découlant de l'action publique. Or, il ne s'agit pas de cas d'exception. De nombreux établissements disent ne pas avoir les budgets pour payer ces médicaments et, dans beaucoup de cas, ils ne les offrent pas, tout simplement. Et les patients n'en sont pas toujours informés. Le Commissaire pourrait certainement faire enquête sur la disparité dans l'accès aux médicaments dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

La réalité est la suivante : **en oncologie, le Québec offre aux patients un accès inéquitable aux médicaments anticancéreux novateurs par rapport à toutes les autres provinces canadiennes; et cette iniquité se retrouve aussi à l'intérieur même du Québec.**

Dans plusieurs des réflexions soulevées à propos des coûts jugés prohibitifs des médicaments par rapport à la survie plus ou moins longue et plus ou moins de qualité au cancer, la volonté de vivre des patients semble absente de l'équation. Une personne atteinte d'un cancer au Québec qui veut vaincre sa maladie et continuer de vivre n'est pas différente de celle qui habite la province voisine ou l'Ouest du Canada.

L'évolution des pratiques professionnelles et des traitements, dans le cas du cancer comme dans le cas de la plupart des maladies, a permis d'accroître notablement l'espérance de vie. L'exemple des cancers pédiatriques est éloquent : grâce à la recherche clinique et aux traitements novateurs, près de 90 % de nos enfants survivent maintenant au cancer dans des conditions de santé et de bien-être qui s'améliorent, d'année en année. C'est ce que permettent les nouveaux médicaments. La combinaison de certains d'entre eux offre de nouvelles perspectives pour les patients. Une nouvelle thérapie peut se traduire par un nouvel espoir. Hélas, l'espoir ne se chiffre pas; mais aujourd'hui, des estimations laissent voir qu'il y aurait près de 200 000 Québécoises et Québécois survivants du cancer, et pas seulement pour quelques jours ou quelques semaines...

Il y a quelques années, dans son rapport sur le médicament, le Commissaire proposait la révision de la Politique du médicament qui demeure inchangée depuis une dizaine d'années, et ce, malgré les importantes transformations survenues tant sur le plan de l'offre que de la gestion du médicament. La Coalition Priorité Cancer au Québec et plusieurs autres organisations, dont l'Ordre des pharmaciens du Québec, ont appuyé cette proposition. Elle reste à être réalisée.

La recherche

En 2013, environ 115 millions \$, en fonds privés et en subventions gouvernementales, ont été investis dans la recherche sur le cancer au Québec. Le rapport annuel 2013 de l'Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer indique que nos investissements en recherche sur le cancer par personne, tout en étant largement inférieurs à l'Ontario, sont similaires à la Colombie-Britannique et légèrement supérieurs à l'Alberta. Quelque 5 millions \$, annuellement, ont été ajoutés depuis par le gouvernement québécois pour financer la recherche clinique en oncologie.

Évidemment, nous souhaitons que ces investissements soient maintenus et, même, augmentés dans le cas de la recherche clinique qui, comme vous le savez, est un moyen thérapeutique d'avant-garde. Mais comment ne pas faire de lien entre les sommes investies pour trouver de nouveaux médicaments et expérimenter de nouvelles thérapies et l'accessibilité pour les patients à ce que nos chercheurs ont découvert ? Autrement dit, à quoi servent nos collectes de fonds si les patients qui en ont besoin n'ont pas accès aux résultats ?

Les soins palliatifs

C'est connu, le Québec a un important retard dans l'offre de soins palliatifs, notamment à domicile. La Coalition a salué le Plan de développement en soins palliatifs et de fin de vie annoncé au mois de novembre 2015 par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Les priorités mises de l'avant par le MSSS ciblent bien les besoins des personnes en soins palliatifs et de fin de vie, ainsi que leurs proches aidants. Cependant, si l'investissement annoncé de 10 millions \$ par année, d'ici 2020, permet d'offrir plus de soins palliatifs et de fin de vie, il en faudra bien davantage pour atteindre l'objectif de 20 % de soins palliatifs à domicile au Québec, dans cinq ans.

Au Québec, actuellement, environ 10 % des personnes qui ont besoin de soins palliatifs et de fin de vie, dont 80 % sont des personnes atteintes de cancer, décèdent à domicile. Pourtant, comme le rapportent la plupart des études, si elles avaient le choix, avec un meilleur soutien, huit personnes sur dix préféreraient mourir chez elles.

Bien sûr, la très grande différence entre les coûts des soins dispensés à domicile et ceux donnés en établissement justifie une partie de la démarche. Mais, soulignons également l'accent mis par la nouvelle politique sur l'accompagnement psychosocial, culturel et médical du patient ainsi que sur l'appui aux proches aidants, au cœur de l'approche. Il est à souhaiter que les efforts pour augmenter l'offre de soins palliatifs et de fin de vie soient soutenus et même bonifiés.

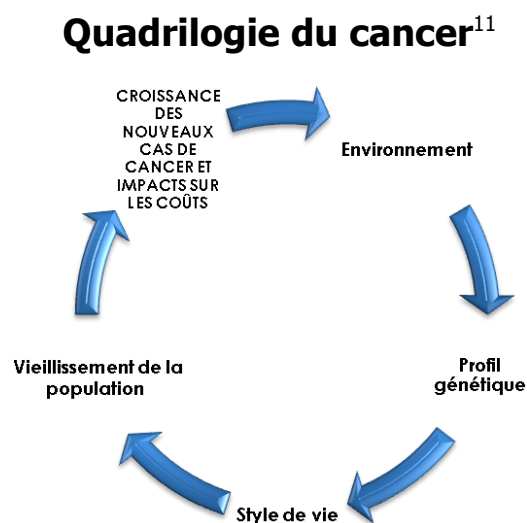
Ces quelques exemples illustrent qu'il y a du travail à faire dans notre panier de services actuel pour en améliorer l'accès, lequel, comme on l'a vu, n'est pas optimal. Nous aurions pu également aborder le sous-financement des organismes communautaires qui œuvrent auprès des personnes atteintes de cancer, le manque d'infirmières pivots, l'insuffisance des ressources diagnostiques, le peu de participation des personnes touchées par le cancer aux choix des orientations et aux processus de décision, etc.

La Coalition reconnaît que tout n'est pas aussi noir. Évidemment, nous avons mis en exergue quelques exemples révélateurs de problèmes qu'il faut résoudre et qui démontrent un certain malaise et un dysfonctionnement dans la gestion de la lutte contre le cancer, chez nous. Est-ce la faute de la Direction générale de cancérologie ? Probablement pas. Est-ce le manque de poids politique pour entraîner le mouvement et faire appliquer les décisions et les choix à travers le système de santé et de services sociaux ? Oui, probablement.

Vaincre le cancer : Une réponse sociale et une volonté politique

L'état de santé d'une personne ou d'une collectivité dépend d'un grand nombre de facteurs déterminants, comme la pauvreté, l'éducation, les habitudes de vie, l'environnement, le tissu social et bien d'autres. Le panier des services de santé et des services sociaux se situe au bout de la ligne. Il serait très dangereux d'isoler son examen et sa révision sans tenir compte de l'ensemble de ces facteurs déterminants qui forment autant d'interactions que le système de santé ne contrôle pas, ou si peu. Par exemple, une mesure édictée par l'un ou l'autre des ministères peut avoir des conséquences imprévisibles sur la santé. La crise récente vécue par plusieurs centres communautaires travaillant auprès des personnes souffrant de toxicomanies en est une illustration.

Ceci vaut également pour le MSSS et ses composantes. Ainsi, en 2015-2016, le ministre de la Santé et des Services sociaux a choisi de couper 30 % dans les budgets alloués à la santé publique. On mesure mal les conséquences à moyen et à long termes de ces compressions qui, selon bon nombre d'experts, fragilisent à coup sûr les efforts pour la prévention et la promotion de la santé. Rappelons-nous que bon nombre de cancers ont pour origine de mauvaises habitudes de vie. **En 2013, nous avons suggéré au MSSS de s'atteler à mettre au point une politique nationale de prévention avec une vision à long terme des buts à atteindre et des efforts à investir.**



¹¹ Les coûts économiques du cancer en 2013, Observatoire des services professionnels, avril 2014, page 41.

Dans son discours sur l'État de l'Union, au début de 2016, le président des États-Unis, Barak Obama, annonçait un effort national pour vaincre le cancer, renouvelant ainsi les engagements de ces prédécesseurs envers la lutte contre le cancer. En France, à l'instar de ses prédécesseurs, le président François Hollande a lui aussi maintenu sous sa gouverne le leadership de la lutte contre le cancer. Qu'on le veuille ou non, la réponse politique et le leadership face à un problème de santé et à un enjeu collectif, comme l'est le cancer, sont un puissant signal lancé à tous les acteurs et contribuent à mobiliser autour d'objectifs communs.

Au Canada, depuis près de dix ans, le gouvernement fédéral appuie et finance le Partenariat canadien contre le cancer. Ce programme a été lancé à Montréal, mais le Québec n'y participe pas, sinon comme observateur. Plus de 530 millions \$ y ont été consacrés. Des initiatives de grande importance ont vu le jour. Il y a là un leadership qui s'exerce et qui met en œuvre un gigantesque transfert de connaissances et d'expériences qui améliorent les soins aux personnes atteintes de cancer. Notre isolement nous prive-t-il des bénéfices de cette initiative ?

Le Québec est-il si différent ? Le plan d'action en cancérologie 2012 – 2015 est un excellent plan, qui vise surtout l'appareil médical et hospitalier. Mais il n'a pas d'indicateurs permettant de l'évaluer et de le comparer à d'autres. La reddition de comptes est absente.

Réunis à Montréal lors d'un forum sur la gouvernance de la lutte contre le cancer, le 15 septembre 2015, une trentaine d'experts et d'acteurs clés en cancérologie ont mis en relief la difficulté de cette gouvernance ainsi que l'inadéquation entre l'offre de services et les besoins d'une population vieillissante. Dans sa consultation, le Commissaire dit vouloir fournir un nouvel éclairage aux décideurs quant aux choix à faire dans le panier de services à la population. Nous pensons que la gouvernance est l'un de ces choix.

Depuis le 30 septembre 2014, les associations de patients demandent la création d'un « comité national d'associations de patients » rattaché au cabinet du ministre de la Santé pour participer de manière décisionnelle à la réforme du système de santé. Jusqu'à présent, le ministre Barrette a refusé d'y donner suite.

La Coalition a proposé en 2013 que le gouvernement du Québec crée un comité interministériel sur le cancer de manière à élargir ses champs d'examen et de mieux coordonner ses politiques et ses mesures à l'égard des personnes touchées par le cancer, incluant les proches aidants, les familles, le milieu de travail, etc. Prenons, par exemple, la nouvelle politique sur les soins palliatifs et de fin de vie annoncée par le MSSS. Comment les proches aidants seront-ils soutenus ? Est-ce que le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale continuera de pénaliser des proches assistés (es) sociaux qui s'occupent d'une personne atteinte de cancer à domicile ? Les politiques sociales à l'égard des proches aidants seront-elles harmonisées pour favoriser le soutien à domicile ? **Pour ces raisons, nous pensons que le gouvernement devrait se pencher sérieusement sur l'adoption d'une loi-cadre révisant le filet de sécurité sociale de manière à l'adapter aux nécessités d'une population vieillissante. C'est un enjeu fondamental du panier de services.**

Est-ce que le cancer est différent des autres maladies ? Oui. Est-il une maladie chronique comme les autres ? Oui et non. Est-il nécessaire d'aborder la lutte contre le cancer de manière différente que pour d'autres problèmes de santé ? Oui. Les impacts sociaux du cancer sont-ils si distincts ? Oui.

La réponse à toutes ses questions se résume en quelques mots : les soins contre le cancer sont complexes et font appel à des technologies et des traitements qui évoluent continuellement. L'accès aux thérapies de pointe, la coordination des soins et le suivi des personnes sont des conditions vitales. Le cancer est le tueur numéro 1 ; il est la seconde cause du nombre potentiel d'années de vie perdues. Une personne sur deux en sera atteinte au cours de sa vie. On prévoit plus de 35 % d'augmentation des cas de cancer au Québec d'ici 15 ans ; et il est la cause de profonds drames humains. Il est un défi collectif !

Les critères de la prise de décision

Comment un décideur doit-il décider ? Sur quelles bases ? À partir de quels critères ? Dans son document de consultation, le Commissaire propose neuf critères susceptibles de guider la prise de décision pour le panier de services :

- « *Les bénéfices supplémentaires que le service apporte (par exemple, des bénéfices sur l'efficacité, comme l'augmentation de la durée de vie ou l'amélioration de sa qualité, ou encore des bénéfices sur la sécurité, telle la diminution des risques pour la santé)*
- *La gravité de la maladie ou du problème*
- *Le nombre de personnes touchées par la maladie ou le problème*
- *L'urgence du besoin*
- *L'absence d'un soin efficace déjà remboursé par l'État*
- *L'ensemble des bénéfices pour le patient, ses proches et la société*
- *L'importance des coûts que l'État devrait assumer*
- *L'importance des coûts du service pour l'État par rapport aux bénéfices qu'il apporte*
- *La solidité des données scientifiques »*

Nous pensons que ces critères devraient être élargis et incluent également :

- *L'importance des coûts que les patients (et citoyens), les proches et leurs familles devraient assumer*
- *L'apport de l'innovation professionnelle et technologique dans les soins et services*
- *L'équité interprovinciale et interrégionale dans l'accessibilité des services*
- *L'harmonisation avec les autres lois et politiques existantes (autres que la santé)*
- *L'impact sur la prévention des problèmes de santé et la promotion de saines habitudes de vie*

Conclusion :

Ne pas alourdir le fardeau des personnes touchées par le cancer

Selon différentes études réalisées au sein de différentes juridictions, y compris au Canada, il semble réaliste d'estimer que les dépenses supplémentaires des familles dont un membre est

atteint de cancer seraient d'au moins 300 \$ par mois, en moyenne. Selon la région de résidence, ces dépenses seraient encore plus importantes, jusqu'à 50 % de plus à cause des frais de transport¹². Notons que ces montants excluent, entre autres, les coûts reliés à une perte d'emploi ou à un congé non payé, à l'achat de médicaments non remboursés ou partiellement remboursés, etc.

Selon l'enquête Léger¹³ réalisée en 2011 pour le compte de la Coalition Priorité Cancer au Québec, 29 % des patients n'ont été que partiellement remboursés par la RAMQ ou leur assureur privé pour leurs médicaments. Moins de la moitié des personnes touchées par le cancer interrogées dans le cadre de cette enquête ont répondu avoir été entièrement remboursées pour leurs médicaments. Chaque semaine, les médias signalent les difficultés que rencontrent des patients pour payer leurs médicaments ou pour se procurer leurs traitements. Ces informations sont importantes lorsque l'on considère que près de trois personnes atteintes de cancer sur dix ne possèdent pas d'assurance santé (38 % des patients de plus de 65 ans).

La même enquête (Léger) révèle que dans 17 % des cas, les personnes atteintes du cancer se sont tournées vers le système de santé privé pour avoir accès à un traitement (7 %) ou pour l'obtenir plus rapidement (10 %).

Les personnes atteintes de cancer, leurs proches et leurs familles assument déjà un fardeau financier important. Un grand nombre d'entre elles ne sauraient faire face à un accroissement de coûts, pas plus qu'elles ne sauraient assumer les impacts financiers provenant du transfert du public vers le privé (les patients) des services assurés (soins, services, médicaments, etc.).

Par ailleurs, la Coalition estime inacceptable que le Québec ne considère pas l'ensemble réel des choix à faire pour assurer un meilleur fonctionnement de l'offre de services et pour gérer plus efficacement l'allocation des ressources. Par exemple, en 2014, l'Association médicale du Québec estimait à 5 milliards \$ le gaspillage en surdiagnostics dans le système de santé. Qu'en est-il de la mise en application de l'outil pratique de l'INESSS publié en 2014 concernant l'usage judicieux de 14 analyses biomédicales ? Juste là, nous pourrions économiser des millions de dollars.

Plusieurs experts reconnus et de nombreux rapports pointent le mode de rémunération à l'acte des médecins comme étant l'un des aspects à améliorer pouvant réduire sensiblement les coûts de la santé. Pourquoi alors ne pas examiner aussi cette question ?

Nous croyons que la démarche actuelle du Commissaire à la santé et au bien-être contribue surtout à « blâmer les victimes », c'est-à-dire les patients et les usagers des services, et à diviser les groupes sociaux, sans s'attaquer à la vraie source des maux. Pourquoi donc les patients devraient-ils faire les frais d'un exercice de reconfiguration du panier de services, qui tend plutôt à vouloir désassurer des services, alors que bien d'autres solutions pouvant améliorer le fonctionnement du système et réduire les coûts ne sont pas sur la table ? Pourquoi, par exemple, la population et les personnes touchées par le cancer devraient-elles accepter sans mot dire que leur gouvernement ne cherche pas à recouvrer plus de 800 millions \$ payés en trop à une classe particulière de professionnels de la santé ?

¹² Ibid.

¹³ Ibid.

En plus de leurs impôts et taxes, les Québécois assument déjà, directement, près de 30 % des coûts de la santé en recourant au secteur privé. C'est l'une des plus fortes proportions parmi les provinces canadiennes. Rappelons qu'en vrais bons dollars canadiens, le Québec est la province qui dépense le moins (par habitant) pour la santé de ses citoyens, secteurs public et privé confondus. Les Québécois ont aussi le revenu personnel moyen le plus bas au Canada, Territoires du Nord-Ouest, Nunavut et Yukon inclus¹⁴.

Que cherche-t-on à faire ? À nous appauvrir encore plus ? À justifier davantage de frais accessoires ? À transférer plus de services au privé ?

Nous croyons que le Commissaire à la santé et au bien-être devrait réviser ses prémisses et agir en ciblant les véritables problèmes du système de santé et de services sociaux, à commencer par l'absence totale de reddition de comptes.

Coalition Priorité Cancer au Québec
2016-01-28

¹⁴ Institut de la statistique du Québec, Statistiques Canada, Comptes économiques provinciaux et régionaux, Édition 2015, publié le 18 janvier 2016.

Annexe

Les membres de la Coalition Priorité Cancer au Québec

Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux (ACCÉSSS)

Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (APTS)

Association canadienne du cancer colorectal (ACCC)

Association féminine d'éducation et d'action sociale (AFEAS)

Association québécoise des ergothérapeutes en pratique privée

Association des radio-oncologues du Québec (AROQ)

Association du cancer de l'Est du Québec (ACEQ)

Association des cytologistes du Québec (ACQ)

Association des laryngectomisés de Montréal

Association des retraité(e)s de l'éducation et des autres services publics du Québec (AREQ)

Association québécoise de soins palliatifs

Association pulmonaire du Québec (APQ)

Association québécoise des registraires en oncologie (AQRO)

Association québécoise du lymphoedème (AQL)

Cancer de l'ovaire Canada (COC)

Chaire en intervention et de traitement du cancer de l'UQAM

Cancer Testiculaire Canada

Cancer de la thyroïde Canada

Cedars CanSupport / CanSupport des Cèdres

Centre d'action bénévole de Bellechasse - Lévis - Lotbinière (Groupe espoir cancer)

Centre ROSE (CHU de Québec)

Chaire de recherche Environnement-Cancer Guzzo – Société de Recherche sur le cancer en partenariat avec l'Université de Montréal

Centre de recherche sur les biotechnologies marines (Rimouski)

Confédération des syndicats nationaux (CSN)

Consortium de recherche en oncologie clinique du Québec (Q-CROC)

Sensibilisation VPH/HPV Awareness

Conseil pour la protection des malades (CPM)

Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec (FTQ)

Fédération des cliniques privées de physiothérapie du Québec

Fondation des étoiles

Fondation canadienne des tumeurs cérébrales (Brain Tumour Foundation of Canada)

Fondation de l'Hôpital Marie-Clarac

Fédération des comités des usagers et des résidents du Québec (FCURQ)

Fondation Sur la pointe des pieds

Fondation Rêver la vie
Innovation Exactis
Institut de l'anémie – Recherche et éducation (IARE)
La Fondation Sauve ta peau / Save your skin Foundation
La Maison Aube-Lumière
La Maison Mathieu Froment Savoie (Centre des soins palliatifs de l'Outaouais)
L'espoir, c'est la vie HGJ / Chez Lou / JGH Hope & Cope Wellness Centre / Lou's House
Le Réseau aidant / The Caregiver Network
Lymphome Canada
Myélome Canada
Mains de l'Espoir de Charlevoix
NOVA Montréal
Ordre des technologues en imagerie médicale, en radio-oncologie et en électrophysiologie médicale du Québec (OTIMROEPMQ)
Ordre professionnel des technologues médicaux du Québec (OPTMQ)
Ordre des acupuncteurs du Québec
Organisme gaspésien pour les personnes atteintes de cancer (OGPAC)
Ovaire espoir
Palli-aide
PROCURE: Halte au cancer de la prostate
Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU)
Regroupement des aidants naturels du Québec (RANQ)
Regroupement des Aidants Naturels du Comté de l'Assomption (RANCA)
Regroupement québécois des maladies orphelines (RQMO)
Regroupement des soins en santé personnalisés du Québec (RSSPQ)
Réseau canadien du cancer du sein (RCCS)
Réseau des professionnels pour les proches aidants
Réseau FADOQ
SERCAN - Services pour personnes atteintes de cancer
Société de leucémie et de lymphome du Canada
Société de la LMC (leucémie myéloïde chronique)
Société des soins palliatifs à domicile du Grand Montréal