

Consentement éclairé en oncologie : Changement de pratique à la Mission des soins du cancer du Centre universitaire de santé McGill

Rapport de stage : ENP7950 PROJET EN ORGANISATION

Présenté par : Selda Elmas, E0220104

Session : Automne / hiver 2025-26

Chargée d'enseignement : Dre Audrey L'Espérance, École nationale d'administration publique

Superviseurs: Mme Christine Bouchard, Centre universitaire de santé McGill

Date : 11 janvier, 2026

Table des matières

1.	Remerciements	3
2.	Clause de confidentialité	4
3.	Mandat	4
4.	Objectif du rapport	5
5.	Contexte organisationnel	5
5.1	Le Centre universitaire de santé McGill	5
5.2	Le Centre du cancer des Cèdres	6
6.	Contexte et objectifs du projet	6
6.1.	L'amélioration du processus de consentement éclairé en oncologie	7
6.2	Définition du consentement éclairé (ACPM, 2022):	9
6.3.	Portée du projet	10
7.	Méthodologie	13
7.1.	Développement d'outils	13
7.2	Évaluation : Pilotage des outils en milieu clinique et audits secondaires	15
7.3	Sondages qualitatifs	17
7.4.	Directives cliniques et enjeux administratifs	19
7.5	Durabilité et transfert de connaissances : vidéos de formation	20
7.6	Cadre : gestion du changement à l'aide des cycles PDSA	20
8.	Budget et impact	21
9.	Diffusion et distinctions du projet	23
10.	Conclusion	24
11.	Mon rôle dans ce stage	26
	RÉFÉRENCES:	28
	APPENDICES :	30

1. Remerciements

Je tiens à exprimer ma gratitude envers les individus et les équipes qui ont contribué à ce projet en donnant de leur temps et en apportant leur expertise et leurs connaissances.

Je remercie tout particulièrement Mme Christine Bouchard, directrice adjointe des soins infirmiers en oncologie à la Mission des soins du cancer (MSC) et ma superviseuse clinique, ainsi que le Dr Armen Aprikian, directeur médical du Centre du cancer des Cèdres pour leur leadership visionnaire et leur engagement envers l'amélioration continue de la qualité. Je tiens également à remercier Mme Astride Bazile, infirmière en développement professionnel et formatrice, qui a joué le rôle de porte-parole de cette initiative et qui l'a codirigée avec le Dre Annie Shuk Leung, chirurgienne en gynécologie oncologique et codirectrice du comité d'amélioration de la qualité de la mission des soins de cancer du Centre universitaire de santé McGill (CUSM). Leur dévouement sans réserve à cet ensemble d'efforts a constitué le fondement essentiel de ce projet. Je tiens à remercier Agrément Canada d'avoir souligné cette lacune dans notre pratique et nous permettant ainsi de développer ce projet et d'optimiser les soins à nos patients. Je tiens également à remercier la Direction des soins infirmiers (DSI) pour le soutien et l'alignement organisationnel dont elle a fait preuve tout au long du déploiement et de la mise en œuvre de cette initiative, ainsi que le Programme québécois en cancérologie (PQC), qui a mis en place une plateforme provinciale pour les centres de cancérologie du réseau, facilitant ainsi l'analyse comparative et le partage des pratiques optimales.

Je tiens également à remercier les cliniciens, infirmières, pharmaciens, technologues et membres du personnel administratif qui ont consacré du temps à ce projet et qui ont partagé leurs expériences et leurs commentaires précieux, lesquels ont joué un rôle déterminant dans l'élaboration de solutions pratiques et personnalisées axées sur les patients.

Merci aux patients partenaires qui ont courageusement partagé leurs expériences, en revenant sur certains aspects de leur parcours oncologique et sur les défis auxquels ils ont été confrontés.

Enfin, je tiens à remercier ma professeure et directrice de mémoire, la Dre Audrey L'Espérance, pour ses conseils et ses orientations, dont le soutien m'a permis d'affiner ce travail et de le mener à terme.

Cette collaboration n'aurait pas été possible sans l'apport de chacune de ces précieuses ressources.

2. Clause de confidentialité

En raison de la nature sensible de ce projet et de l'importance accordée à la communication claire et respectueuse entre les patients et les prestataires de soins de santé, la confidentialité a été respectée tout au long de mon travail. Toutes les données recueillies, y compris la documentation clinique, les commentaires des patients et des cliniciens, ainsi que les pratiques institutionnelles, ont été traités avec soin et utilisés exclusivement dans le cadre de ce stage/projet et pour la préparation des rapports universitaires connexes, en totale conformité avec les politiques de confidentialité et de protection de données du CUSM. Il est important de préciser que, dans le cadre de ce projet, le terme « traitements » désigne spécifiquement les thérapies anticancéreuses telles que la chimiothérapie, l'immunothérapie et la radiothérapie. Les chirurgies liées au cancer ou la recherche clinique au service des patients en oncologie ont toutefois été exclues, car elles font l'objet de processus de consentement indépendants.

3. Mandat

Ce rapport constitue le volet final d'un stage de deuxième cycle effectué à l'École nationale d'administration publique (ENAP).

Le mandat visant à améliorer le processus de consentement éclairé des patients suivant des traitements anticancéreux a été lancé par le directeur médical et la directrice adjointe des soins infirmiers en oncologie de la Mission des soins du cancer du Centre universitaire de santé McGill, en réponse à une visite d'Agrément Canada réalisée en janvier 2023, qui avait conclu à un manque de documentation adéquate concernant le consentement des patients avant le début des traitements anticancéreux. La MSC a respecté la date limite de conformité fixée à août 2024 par Agrément Canada, mais ce projet va bien au-delà du simple respect d'une exigence réglementaire. Il répond aux obligations légales et éthiques des cliniciens de s'assurer que les patients donnent leur consentement de manière continue et significative à tous les stades de leur traitement.

En plaçant les besoins, les préférences et les valeurs des patients au centre de la prise de décision clinique, cette initiative représente un engagement envers des soins centrés sur le patient. Les procédures administratives ont été utilisées de manière stratégique pour soutenir et maintenir le changement dans la pratique, en accord avec la vision définie par la direction clinique, qui va au-delà de la conformité et intègre le consentement comme élément central de la qualité des soins. Cela garantit un consentement plus éclairé et plus approfondi pour les patients, tout en renforçant la valeur institutionnelle du CUSM.

Le mandat visant à aller au-delà de la conformité était une mesure que l'établissement était prêt à explorer, car aucun processus systémique n'existait auparavant. L'amélioration de cet aspect des soins cliniques correspondait également au mandat du comité d'amélioration de la qualité. Vous trouverez ci-dessous les défis à relever à plusieurs niveaux, notamment la modification des pratiques cliniques, la mobilisation d'équipes interprofessionnelles autour d'objectifs communs et la conciliation des obligations légales avec les réalités opérationnelles. Ce projet était à la fois une obligation de conformité et un levier stratégique pour renforcer une culture de qualité et de responsabilité au sein de la mission des soins de cancer.

4. Objectif du rapport

L'objectif principal de ce rapport est de présenter l'approche, les constats et les recommandations visant à améliorer le processus de consentement éclairé en oncologie au CUSM. Ce projet évalue les pratiques actuelles en ce qui concerne le consentement au Centre du cancer des Cèdres, identifie les lacunes existantes et soutient le développement d'un cadre d'amélioration des processus conformes et centrés sur le patient. À l'aide d'une approche qualitative et quantitative, le projet mobilise les intervenants-clés et facilite la création d'outils et de lignes directrices qui favorisent à la fois l'autonomie des patients et la responsabilité clinique. En intégrant la recherche qualitative à des initiatives d'amélioration des processus et de changement organisationnel, le projet s'aligne sur les priorités institutionnelles plus larges axées sur la sécurité des patients, la légalité et la confiance dans les soins oncologiques tertiaires et quaternaires. Au final, ce projet vise à établir un processus systématique de consentement éclairé dans le cadre clinique et pourrait servir de modèle à d'autres centres oncologiques qui cherchent à mettre en œuvre des pratiques standardisées similaires.

5. Contexte organisationnel

5.1 Le Centre universitaire de santé McGill

Le Centre universitaire de santé McGill (CUSM) constitue l'un des plus importants réseaux hôpitaux universitaires au Québec. Offrant des soins quaternaires, en occurrence, hautement spécialisés et complexes, il occupe une place centrale au sein du système de santé public. En tant qu'établissement universitaire affilié à l'Université McGill, le CUSM assume une triple mission : soigner, enseigner et innover. Il favorise l'avancement de la médecine par la recherche, les essais cliniques, et l'intégration de

pratiques fondées sur des données probantes, en collaboration étroite avec l’Institut de recherche du CUSM (IR-CUSM).

5.2 Le Centre du cancer des Cèdres

Relevant de la Mission des soins du cancer, le Centre du cancer des Cèdres regroupe plusieurs spécialités et unités sous une même gouvernance. Sa vocation est d’offrir des traitements innovants et de classe mondiale contre le cancer, tout en plaçant au cœur de sa philosophie le pouvoir d’autonomisation des patients et de leurs familles (CUSM, 2025).

Le Centre propose une approche multidisciplinaire et intégrée, combinant des traitements oncologiques de pointe à des services de soutien complémentaires tels que le yoga ou l’art-thérapie, destinés à améliorer la qualité de vie des patients pendant leur parcours de soins.

Le Centre de médecine innovante (CMI) y joue un rôle stratégique en coordonnant la recherche translationnelle et clinique, et en favorisant l’accès à des technologies de diagnostic et de traitement de dernière génération. Ces initiatives sont soutenues par la Fondation du cancer des Cèdres, en partenariat avec le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et le Programme québécois contre le cancer (PQC). Ensemble, ces partenaires visent à faire progresser la qualité, la sécurité et l’innovation dans la lutte contre le cancer (IR-CUSM, 2025).

6. Contexte et objectifs du projet

Le présent projet s’inscrit dans les priorités institutionnelles du CUSM visant à améliorer l’expérience patient, renforcer la collaboration interdisciplinaire et promouvoir l’innovation clinique.

Plus précisément, il porte sur la normalisation des pratiques en matière de consentement éclairé en oncologie, une démarche essentielle pour garantir la clarté, la transparence et la cohérence du processus de consentement tout au long du parcours de soins.

Cette initiative s’aligne également sur les orientations provinciales du Programme québécois contre le cancer (PQC), qui met l’accent sur la qualité et la sécurité des soins en cancérologie. En favorisant une approche uniforme et centrée sur la personne, le projet contribue à la transformation organisationnelle du CUSM et à la consolidation de son rôle de leader dans la prestation de soins tertiaires et quaternaires en oncologie.

6.1 L'amélioration du processus de consentement éclairé en oncologie

Il est largement reconnu que le consentement éclairé constitue un élément essentiel des soins aux patients ainsi qu'une obligation à la fois médicale et légale. Toutefois, garantir que ce consentement soit réellement éclairé et systématiquement documenté représente un défi important. Même si le consentement peut sembler adéquat, le Collège des médecins du Québec et le Barreau du Québec (CDMQ, 2023) exigent qu'une documentation appropriée soit systématiquement fournie. Une attention particulière doit être portée à la manière dont les patients vivent les discussions difficiles entourant le diagnostic du cancer, les choix thérapeutiques, les effets secondaires des traitements et les pronostics. Ces échanges, souvent chargés sur le plan émotionnel, peuvent rendre la communication entre patients et cliniciens plus complexe. Dans ce contexte, la qualité et la cohérence du processus de consentement éclairé revêtent une importance capitale : elles assurent non seulement le respect des exigences légales et administratives, mais aussi la transmission complète et compréhensible de l'information nécessaire à la prise de décision du patient.

À l'heure où les traitements contre le cancer deviennent de plus en plus personnalisés et complexes, les patients doivent prendre toute une série de décisions médicales. Pour qu'un consentement éclairé puisse être donné, un minimum d'informations doit être communiqué au patient afin qu'il puisse pleinement comprendre la situation avant de pouvoir décider si le traitement proposé est dans son intérêt. Cette réalité met en évidence le rôle essentiel du processus de consentement éclairé, qui garantit que les patients comprennent parfaitement les options de traitement qui s'offrent à eux, les risques et les avantages associés, et peuvent participer activement à la prise de décision partagée. Le MSC a reconnu la nécessité d'améliorer et de normaliser ce processus dans ses différents parcours de soins et équipes de traitement clinique. Alors que les cliniciens et les services considéraient leurs méthodes de consentement comme suffisantes, les audits internes et les preuves anecdotiques ont mis en évidence des variations dans la documentation, les styles de communication et la clarté des procédures, ce qui compromettait à la fois la capacité des patients à comprendre leur plan de traitement et l'obligation médico-légale de s'assurer de leur compréhension. D'après les meilleures pratiques, les exigences minimales en matière de discussion entre le prescripteur et le patient devraient inclure les éléments suivants (source):

1. Le type de cancer
2. Comment le traitement peut aider à traiter le cancer
3. Les risques liés à la prise ou à la non-prise du traitement, ainsi que les autres options

4. Ce qui pourrait arriver à ma santé et à ma qualité de vie avec et sans le traitement
5. Les objectifs possibles du traitement, tels que traiter le cancer et empêcher sa récurrence, réduire la taille de la tumeur ou empêcher sa croissance, et/ou gérer les symptômes causés par le cancer.

Ces facteurs étaient tous des points essentiels mentionnés dans le formulaire de consentement, assurant que le patient et le clinicien passent en revue ces éléments clés du consentement éclairé. De plus, selon la manière dont le diagnostic de cancer est présenté au patient, la probabilité que l'information soit excessive et accablante était un facteur important à prendre en considération. Le processus de consentement documenté permettait aux patients de se référer à la discussion et de réfléchir à certains aspects de la discussion en dehors de la consultation et après avoir eu le temps nécessaire pour traiter l'information. Le processus de consentement documenté permettait aux patients de se référer à la discussion et de réfléchir à certains aspects de celle-ci en dehors de la consultation et après avoir eu le temps d'assimiler les informations.

Les patients se sentent souvent dépassés au moment du diagnostic du cancer et certains points de réflexion sont donc souvent négligés. Le formulaire de consentement demande si le patient a eu le temps de réfléchir à ces éléments clés :

1. Ce qu'ils espèrent obtenir de ce traitement
2. Le plan médical correspondait-il à leurs valeurs, à leurs projets de vie et à leurs préférences?
3. Comment vont-ils choisir de partager les nouvelles informations avec leur médecin et leur équipe soignante?
4. De quelle manière les deux parties vont-elles continuer à vérifier si ce traitement est toujours le meilleur pour eux, même si cela implique d'arrêter le traitement lorsqu'il n'est plus efficace ou qu'il cause plus de mal que de bien, et/ou d'essayer un autre traitement?

Ces points permettent aux patients de se sentir plus autonomes dans leur choix de poursuivre ou non un traitement et offrent également au clinicien la possibilité de transmettre les informations et les options thérapeutiques de manière plus pertinente. Un exemple clinique utilisé pour illustrer ce concept est celui du traitement à visée curative par contraste avec le traitement à visée palliative. Si un patient pense suivre un traitement à visée curative alors qu'en réalité, le traitement vise uniquement à soulager les symptômes associés au cancer, il se méprend sur les objectifs du traitement. Le patient aurait peut-être choisi de ne

pas passer les derniers mois de sa vie à suivre un traitement, ou aurait peut-être choisi d'intégrer un soutien alternatif pendant son traitement. Cet aspect du consentement éclairé consiste à fournir au patient toutes les informations nécessaires pour qu'il puisse décider ce qui est le mieux pour lui, à partir des informations qui lui sont fournies.

6.2 Définition du consentement éclairé (ACPM, 2022):

Le consentement éclairé consiste à examiner l'information sur les services avec l'utilisateur, sa famille ou la personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur, à l'informer des possibilités qui s'offrent à lui et lui laisser le temps de réfléchir et de poser des questions avant de lui demander son consentement. Il consiste aussi à respecter les droits, la culture et les valeurs de l'utilisateur, y compris son droit de refuser de donner son consentement à tout moment, et à inscrire sa décision dans son dossier. Le processus de consentement est continu.

Au Québec, les politiques publiques fondamentales concernant le consentement éclairé ont été consolidées avec l'adoption du nouveau Code civil du Québec en 1994, qui a établi des principes toujours en vigueur aujourd'hui. Le CCQ précise que le consentement à tout soin doit être libre et éclairé, impose la divulgation de la nature, des objectifs, des risques et des conséquences d'un traitement et affirme le respect de l'autonomie personnelle (CCQ, 1994, art. 11-25). Il définit également les règles relatives au recours aux décideurs substituts, le droit de retirer son consentement en tout temps ainsi que les conditions permettant de prodiguer des soins d'urgence sans consentement (ibid.). À la fin des années 1990 et au début des années 2000, les ordres professionnels, notamment le Collège des médecins du Québec (CMQ) et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), ont poursuivi l'harmonisation des pratiques en renforçant les exigences relatives à l'information, à la compréhension par le patient, à la volontarité et au respect des valeurs et préférences des patients (CMQ, 2023; OIIQ, 2022). Depuis les années 2010, les politiques et pratiques québécoises ont évolué vers une approche continue et centrée sur la personne, mettant l'accent sur la décision partagée, la communication claire, l'engagement des patients et des familles, des soins culturellement sécuritaires, ainsi que sur une documentation rigoureuse, notamment dans des domaines tels que l'oncologie, la santé mentale et la chirurgie (MSSS, 2019).

6.3 Portée du projet

En février 2024, la MSC a mené un audit interne afin de valider les conclusions d'Agrément Canada. La méthodologie de cet audit interne préliminaire consistait à sélectionner de manière randomisée des patients sur la liste des nouveaux traitements systémiques ou des nouveaux traitements de radiothérapie, cinquante (50) dossiers ont été examinés, en révisant les notes médicales relatives au plan de traitement du patient, sans se limiter à une seule visite.

Cette évaluation a consistait à vérifier : 1) qui était présent ; 2) la capacité des patients ; 3) les informations communiquées, par exemple les risques, les avantages, les effets secondaires et les alternatives au traitement ; 4) réponse aux questions demandés ; 5) la décision finale. Elle a également permis de recenser les différents moments où la discussion concernant le traitement aurait eu lieu.



Éléments et méthodologie de l'audit

Éléments de référence :

- Qui est présent
- Capacité
- Informations partagées : Risques / Bénéfices / Effets secondaires / Alternatives
- Questions répondues
- Décision finale

Méthodologie :

- Patients sélectionnés au hasard à partir des listes de nouveaux patients ou traitements recevant un traitement systémiques et/ou radiothérapie
- 50 dossiers ont été examinés
- Toutes les notes médicales relatives au plan de traitement du patient ont été passées en revue (pas limitées à une seule visite)




Figure 1: Éléments et méthodologie de l'audit interne

Les résultats initiaux de l'audit des dossiers des patients, sont résumés dans le tableau ci-dessous. Les éléments suivants étaient correctement documentés dans l'échantillon des dossiers médicaux des patients examinés :



Résultat de l'audit

Éléments évalués	Pourcentage globale
1. Qui est présent	29/50 (58%)
2. Capacité	1/50 (2%)
3. Risques	38/50 (76%)
4. Effets secondaires	23/50 (46%) 
5. Bénéfices	29/50 (58%)
6. Alternatives	14/50 (28%)
7. Questions répondues	14/50 (28%)
8. Décision du patient	32/50 (64%)

Secteurs d'activités: Radio-oncologie, Oncologie médicale, Hémato-oncologie et Gynéco-oncologie

Figure 2 : Résultats de l'audit interne liés aux non-conformités d'Agrément Canada

Ces résultats concordaient avec le rapport initial d'Agrément Canada et indiquaient que l'organisation devait prendre des mesures pour remédier aux incohérences et au manque de discussion approfondie avec les patients débutant un traitement. Cet audit a été présenté au comité exécutif du MSC et, après validation, la décision d'entreprendre un changement de pratique dans le cadre d'une initiative d'amélioration de la qualité (AQ) a pris forme. Le comité d'amélioration de la qualité du MSC a été chargé d'élaborer un formulaire de consentement à faire signer aux patients avant de commencer tout traitement anticancéreux, dans le but d'assurer la standardisation des discussions entourant le traitement. Ce formulaire sera utilisé pour faciliter l'obligation légale d'obtenir le consentement des patients et pour répondre à la non-conformité soulignée par Agrément Canada. Cela cadre également avec la priorité institutionnelle de respecter la norme d'Agrément Canada et a été identifié comme une occasion d'amélioration.

Plusieurs problèmes ont été identifiés lors de consultations internes et d'audits préliminaires, notamment la variabilité dans la manière dont les discussions sur le consentement étaient menées, documentées et réexaminées au fil du temps. Comme détaillé ci-dessous, le mandat du comité d'amélioration de la qualité

s'est étendu au-delà de l'élaboration du formulaire de consentement éclairé. Comme détaillé ci-dessous, le mandat du comité AQ allait au-delà de l'élaboration du formulaire de consentement éclairé, après avoir corrigé la non-conformité relevée par Agrément Canada en août 2024, l'accent a été mis sur la mise en œuvre et l'intégration du formulaire dans la pratique clinique. Le projet est devenu plus complexe et a nécessité une approche en plusieurs phases, les efforts se transformant en multiples initiatives visant à garantir l'adhésion clinique et la pérennité du nouveau changement dans la pratique.

Les conclusions de l'audit interne ont servi à élaborer un formulaire de consentement standardisé. L'équipe de projet a mené une série de consultations, de recherches rapides et d'analyses comparatives, comme indiqué dans le calendrier ci-dessous, afin de s'assurer que le formulaire facilite les discussions entre les patients et les cliniciens, favorise la clarté et permette une documentation cohérente du consentement éclairé. Le calendrier suivant présente les étapes-clés, illustrant le processus collaboratif et itératif qui a conduit à la création du formulaire de consentement et des outils connexes développés dans le cadre de cette initiative d'amélioration de la qualité.

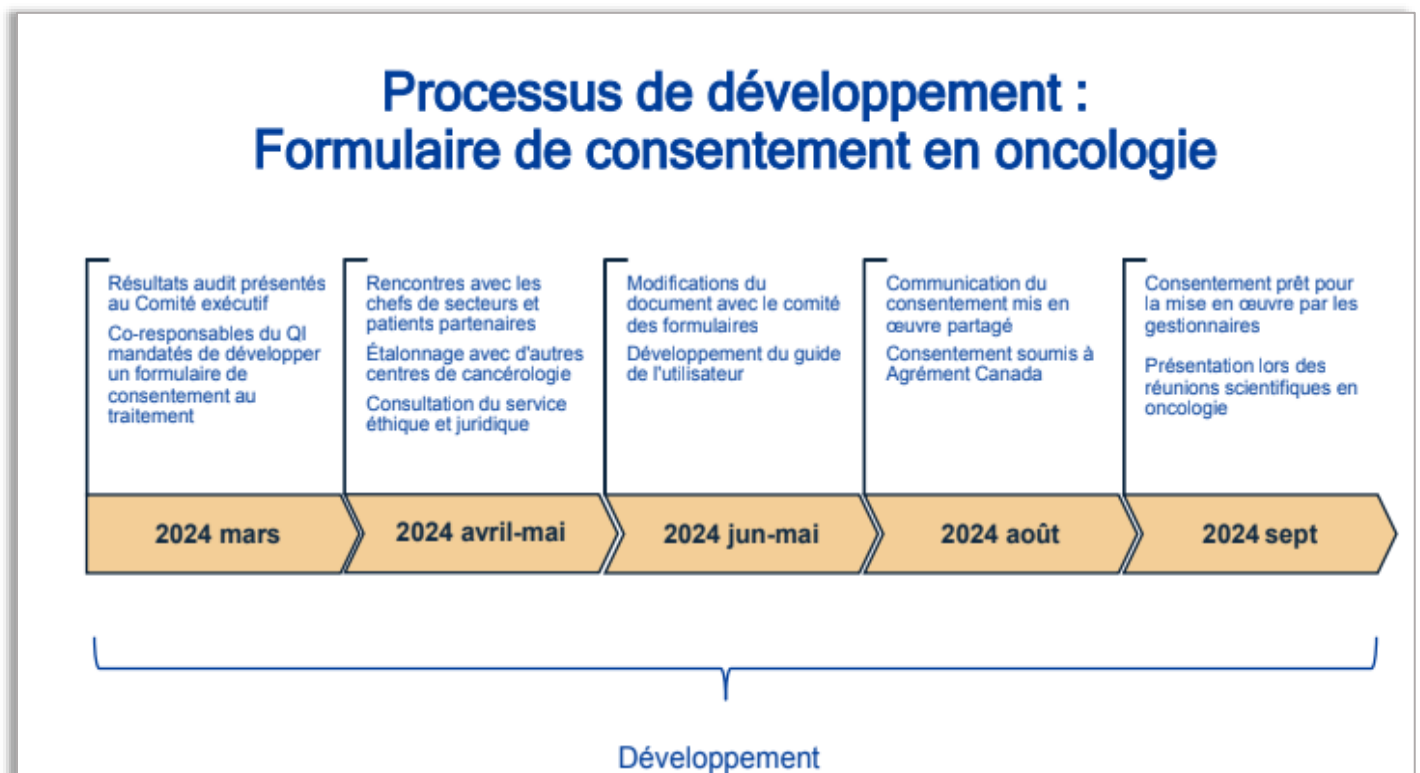


Figure 3: Échéancier des étapes de développement du formulaire de consentement

7. Méthodologie

Le projet a été structuré en plusieurs phases, chacune s'appuyant sur les conclusions de la phase précédente. L'équipe a mené des recherches préliminaires et des analyses comparatives peu après les conclusions de l'audit préliminaire du printemps 2024. Cela a impliqué une revue de la littérature sur le consentement des patients et le consentement avant le traitement, ainsi que des consultations ciblées avec des partenaires en oncologie du réseau afin d'identifier comment le consentement des patients était obtenu. Nous avons pris note des meilleures pratiques tout en tenant compte des réalités opérationnelles différentes d'un établissement à l'autre. Cet exercice a fait ressortir que le consentement systématique n'était pas requis, mais sous-entendu, ce qui laisse la place à l'interprétation clinique pour déterminer ce que le consentement implique. Il y avait une variabilité entre le consentement implicite lorsqu'un patient choisissait de se présenter à son traitement de chimiothérapie et le consentement général obtenu lors des rendez-vous d'imagerie médicale. Il a été également observé que le consentement est obligatoire avant toute intervention chirurgicale. Le consentement n'est pas un concept nouveau, mais l'obtention de celui-ci avant un traitement anticancéreux était laissée à la discrétion de chaque établissement, centre de cancérologie et hôpital.

7.1 Développement d'outils

Au cours de l'été 2024, l'équipe d'amélioration de la qualité a concentré ses efforts sur le développement d'outils cliniques, notamment la création d'un [formulaire de consentement](#) (FMU 3878) [Appendice A](#), d'un guide de référence clinique [Appendice B](#) et de documents de communication destinés aux patients [Appendice C et D](#). Ces outils ont été développés en collaboration avec les consultants en qualité, en droit et en éthique du CUSM, ainsi qu'avec les services légaux du CUSM. Ces services ont consulté notre équipe à plusieurs reprises, par exemple, l'équipe du département de la qualité du CUSM a veillé à l'harmonisation organisationnelle, s'assurant que nous respections les mesures correctives requises par l'Agrément Canada en cas de non-conformité. Les équipes légales et éthiques du CUSM ont également été consultées afin de s'assurer que les éléments médico-légaux du consentement étaient pris en compte, ainsi que les éléments requis en matière de soins cliniques. Le niveau de la langue a également été vérifié grâce à des révisions en langage clair fournies par les services de la bibliothèque du CUSM, visant à garantir un niveau de compréhension suffisant pour les patients. Les différentes versions du consentement ont également été lues et vérifiées par des patients partenaires afin d'en recueillir leur point de vue. Cela a également permis d'obtenir des commentaires sur le niveau de lecture et la langue recommandé pour les

patients. L'objectif étant de répondre aux besoins du patient, leurs commentaires ont donc permis d'apporter d'améliorer et de clarifier certains aspects. Une fois le libellé et la mise en page approuvés, nous avons consulté le service multimédia et le comité des formulaires du CUSM afin de garantir la conformité avec le système de gestion documentaire de l'établissement. Le nouveau formulaire de consentement a fait l'objet d'une dernière série de consultations auprès des différentes équipes cliniques appelées à l'utiliser auprès de leurs patients. Les responsables de l'amélioration de la qualité ont profité des réunions mensuelles ou hebdomadaires préétablies dans les unités ou les secteurs pour présenter le projet de formulaire de consentement aux cliniciens prescripteurs. Ce processus de consultation a permis d'assurer la communication au sujet du changement de pratique à venir, mais a également donné aux cliniciens l'occasion de poser des questions, de donner leur avis et de faire part de leurs commentaires sur le formulaire et ses composantes. Cette étape a également permis à l'équipe l'amélioration de la qualité d'identification des personnes-ressources (« champions ») susceptibles de soutenir les futures initiatives liées au consentement. De plus, la date limite fixée par Agrément Canada a été mise de l'avant afin de s'assurer que ce dossier demeure à l'ordre du jour et d'aider à orienter la priorisation des efforts.

Le [formulaire](#) de consentement approuvé intitulé «[Consentement pour les traitements contre le cancer](#)» ([Appendice A](#)) a été lancé le 1er octobre 2024 dans le cadre d'un projet pilote et a fait l'objet de multiples communications par courriel au sein des départements afin d'assurer la sensibilisation et l'harmonisation par les chefs de secteur et les infirmières chefs. Pour soutenir davantage le nouveau formulaire de consentement, des efforts ont été déployés pour fournir aux équipes cliniques des informations et des ressources supplémentaires. La revue de la littérature nous a aidés à élaborer un [guide de référence](#) rapide ([Appendice B](#)), qui visait à fournir aux cliniciens des définitions et des références supplémentaires pour les guider dans l'obtention du consentement éclairé des patients. Il s'agissait d'un soutien supplémentaire aux cliniciens lors des discussions sur le consentement. Au cours de la même période, une campagne de communication destinée aux patients a été lancée afin de les préparer aux discussions à prévoir sur le consentement. À cette occasion, l'équipe du projet a élaboré des outils de [communication visuelle](#) ([Appendices C et D](#)) notamment une bannière verticale et des écrans avec un message déroulant afin d'informer les patients.

Cette stratégie visait à mettre les patients à l'aise pendant ce nouveau processus et à les informer de ce à quoi ils pouvaient s'attendre pendant leur consultation. L'objectif était de soutenir le changement de pratique, mais aussi de promouvoir la transparence et d'encourager les patients à se sentir prêts pour leur

consultation. Ces nouveaux outils cliniques visaient à fournir des informations utiles aux cliniciens et aux patients afin de susciter des discussions constructives lors des consultations médicales. Les efforts déployés pour élaborer un guide ont apporté aux cliniciens un soutien supplémentaire pour les aider à gérer les conversations difficiles. Cette initiative est née des réflexions du chef médical du service de soins palliatifs, spécialisé dans les conversations sur les maladies sérieuses. Il a également souligné que les patients peuvent avoir davantage de questions sur la planification de leur traitement et l'objectif visé qu'il soit curatif ou palliatif, et sur le cancer et ses symptômes. Ces outils de communication ont été conçus pour favoriser l'adoption du nouveau formulaire de consentement en fournissant des indices visuels clairs tant aux patients qu'aux cliniciens. Leur efficacité sera évaluée dans le cadre de prochaines analyses qualitatives.

7.2 Évaluation : Pilotage des outils en milieu clinique et audits secondaires

Les sections suivantes porteront sur la période pilote du projet et tiendront compte de l'intégration des outils mentionnés ci-dessus. Elles se concentreront également sur le contexte clinique et les audits visant à mesurer l'efficacité de ces efforts par le biais d'un audit secondaire. Il est également à noter que l'équipe de projet a fait appel à une équipe multidisciplinaire de cliniciens et de parties prenantes afin de fournir des commentaires continus et de promouvoir le processus de consentement au sein de leurs départements respectifs. Cette équipe comprenait le chef en oncologie médicale, un radio-oncologue, un chirurgien oncologue, une infirmière praticienne spécialisée, un pharmacien, un agent administratif, un technologue en radiologie et un patient partenaire. Les efforts pilotes ont été menés en étroite collaboration avec les gestionnaires cliniques, les médecins et les patients.

Entre octobre et décembre 2024, le lancement progressif prévu du formulaire a été communiqué à l'interne mensuellement. Au-delà des rappels, nous avons signalé que nous mesurons le niveau d'adhésion au consentement par le biais d'audits. Cela nous a permis d'évaluer la conformité et de mesurer l'impact des changements sur les pratiques, notamment en ce qui concerne l'obtention du consentement lors des traitements en oncologie. Les audits d'adhésion nous ont également fourni des données permettant d'identifier et de traiter tout problème potentiel de conformité. Le projet pilote a également permis aux cliniciens de tester le formulaire, de signaler tout problème ou préoccupation et de s'adapter au changement de pratique. L'équipe responsable de ce projet avait pour objectif de mettre en place un mécanisme d'assurance qualité durable afin d'évaluer les pratiques et d'accompagner le

changement de pratique clinique. Nous avons modifié les processus cliniques à l'aide du modèle PDSA (Plan, Do, Study, Act) et mesuré le taux d'adhésion des cliniciens individuels ainsi que celui du groupe.

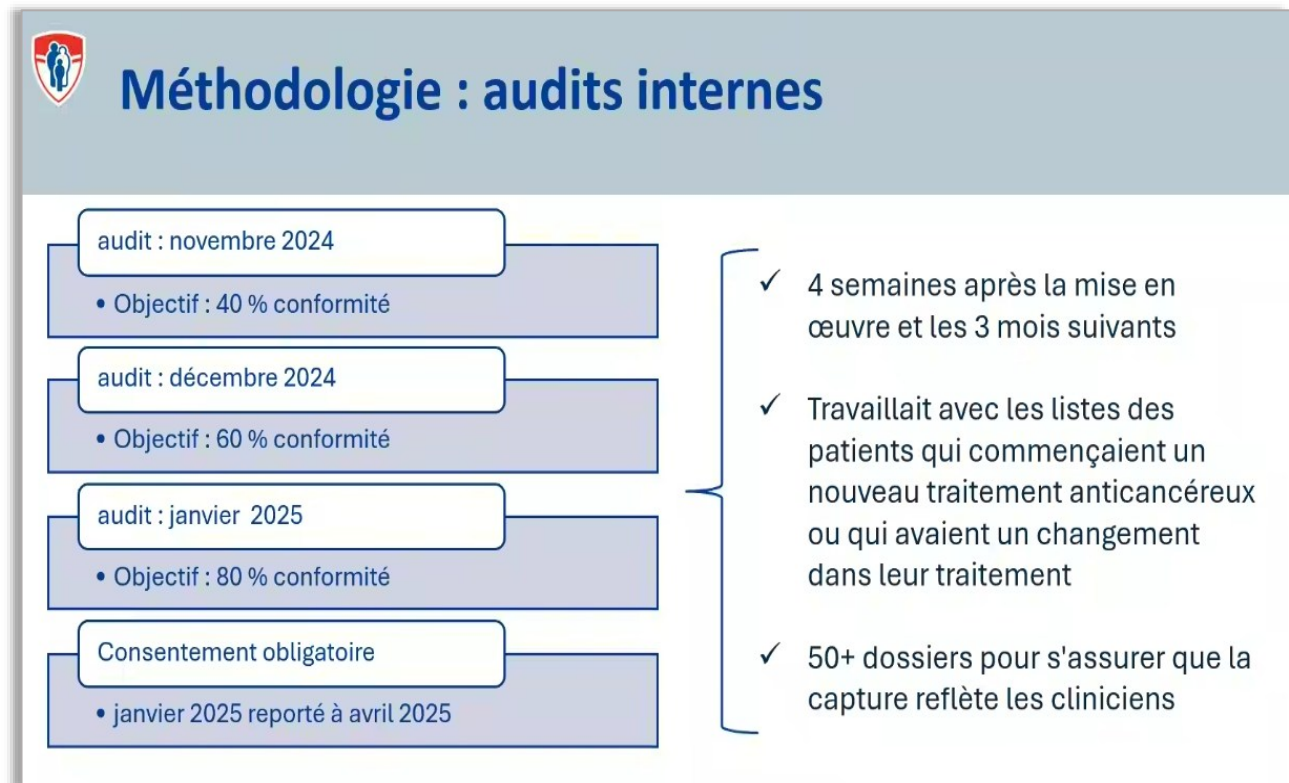


Figure 4 : Méthodologie des audits internes pour mesurer l'adhésion au nouveau formulaire de consentement

La méthodologie d'audit de conformité, très similaire à celle de l'audit de validation, consistait à identifier les patients auxquels un nouveau cycle de chimiothérapie ou de radiothérapie avait été prescrit. Nous l'avons également élargie aux patients dont le plan de traitement avait été modifié, notamment en termes de changement de médicament, de prolongation ou d'arrêt du traitement. Les listes de patients ont été générées à l'aide d'outils de rapport clinique, et un échantillon randomisé a été sélectionné parmi les cas enregistrés sur une période de trois mois (octobre à décembre 2024). La demande a été structurée de manière à garantir une distribution uniforme des patients entre les médecins et leurs services cliniques respectifs.

Tel qu'illustré dans le graphique, des objectifs d'adhésion progressifs ont été fixés à 40 %, 60 % et 80 %. Les cliniciens ont été regroupés par type de service, et l'adhésion globale a été mesurée en fonction de ces regroupements.

Un rapport détaillé a été fourni aux promoteurs et à la direction clinique, comprenant des données d'adhésion individualisées pour chaque médecin. Cela a permis à la direction clinique d'identifier et de cibler les cliniciens non conformes, leur offrant soutien afin, d'améliorer leur adhésion au cours de la période d'audit de trois mois. En novembre 2024, la direction du MSC nous a demandé de tenter de commencer à auditer l'adhésion à la chimiothérapie orale. En raison des difficultés rencontrées pour identifier les patients sous chimiothérapie orale, vu l'absence d'un système de dossier médical électronique et de l'impossibilité de vérifier ou suivre si les ordonnances de chimiothérapie orale ont été dispensées, il a été décidé d'exclure ces cas de l'audit. La chimiothérapie orale pourra être intégrée dans les futures évaluations de l'observance dès que la MSC sera en mesure de recueillir des mesures de référence fiables pour ce sous-groupe de patients.

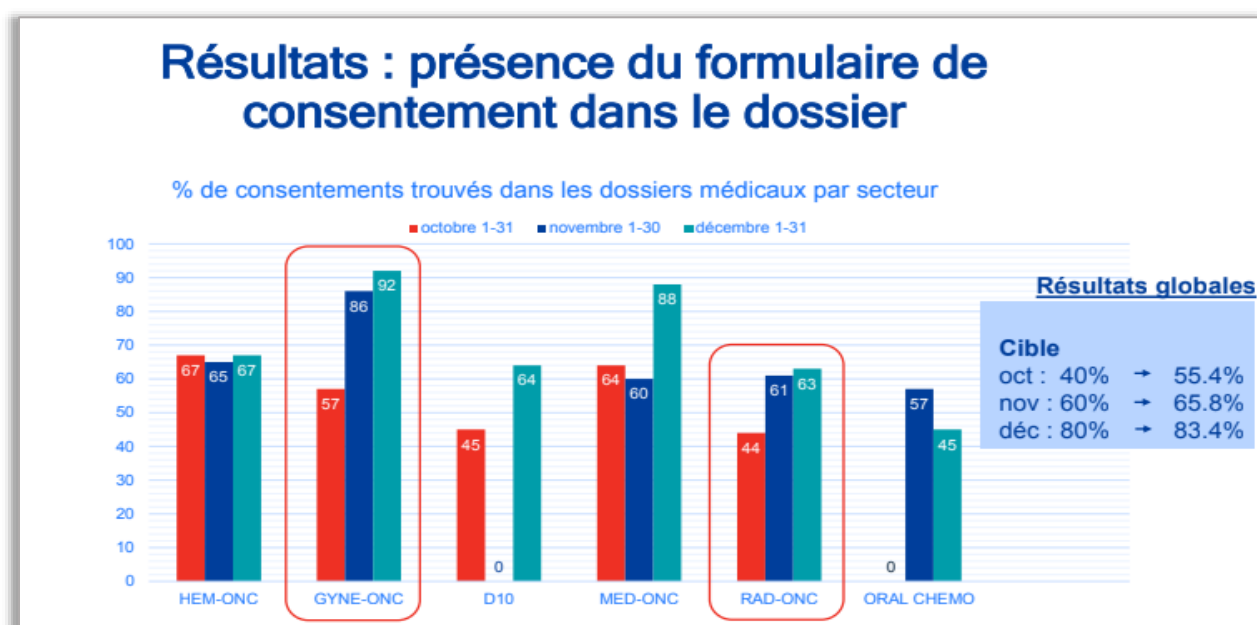


Figure 5: Résultats des audits, par secteur et par mois, comparés aux cibles établies

Étant donné le succès global en termes de conformité, le projet pilote a été approuvé pour être intégré en tant que changement permanent dans la pratique clinique à compter du 1er avril 2025. La création d'un formulaire de consentement éclairé adapté aux soins oncologiques a été intégré avec succès dans les flux de travail clinique.

7.3 Sondages qualitatifs

Après l'intégration réussie du nouveau formulaire de consentement, mesurée à l'aide d'indicateurs d'adhésion, l'équipe assurance qualité s'est concentrée sur la phase post-implantation afin de mieux

comprendre l'expérience des patients ayant suivi le processus de consentement. L'équipe AQ a estimé que le nouveau formulaire de consentement représentait une valeur ajoutée pour les services d'oncologie ambulatoires et hospitalisés, mais s'est questionné sur son niveau d'appréciation auprès des patients et du personnel clinique. Par conséquent, elle a jugé qu'il était essentiel de valider cette hypothèse par le biais d'un retour d'information direct.

Dans le cadre de l'évaluation continue du processus de consentement, la prochaine étape a consisté à recueillir les opinions des patients afin de mieux comprendre leur expérience du consentement éclairé après le lancement du nouveau formulaire le 1er avril 2025. En collaboration avec des patients partenaires, un [sondage qualitatif : Expérience avec le consentement au traitement](#) ([Appendice E](#)) a été élaborée utilisant la plateforme Microsoft Forms. Ce sondage mesure la perception des patients quant à la clarté, la pertinence et l'exhaustivité des informations reçues, leur compréhension des objectifs, des risques et des options thérapeutiques, ainsi que leur sentiment de soutien et d'implication dans la décision.

L'enquête, composée de quinze questions, s'adresse aux patients ayant récemment complété le processus de consentement pour un traitement anticancéreux. Une autorisation a été obtenue pour les contacter par courriel et les inviter à répondre à l'enquête via un lien sécurisé en ligne.

Cette approche vise à recueillir des commentaires significatifs sur la façon dont le nouveau formulaire est perçu et utilisé en pratique clinique réelle. Les résultats permettront d'identifier des pistes d'amélioration tant pour le processus de consentement que pour le contenu du formulaire lui-même. À ce jour cent-cinquante-six (156) sondages ont été transmis aux patients depuis le 15 décembre, avec un plan d'envoi hebdomadaire progressif afin de soutenir une analyse continue des résultats. Conformément à l'approche PDSA, le faible taux de réponse observé a mené l'équipe à évaluer l'opportunité d'adapter la stratégie de collecte de données, notamment en considérant une approche plus ciblée par contact téléphonique, afin d'obtenir un retour d'information plus riche et représentatif et d'orienter les ajustements requis. Dans ce contexte, le présent rapport ne présente pas encore les résultats de l'enquête, la phase de collecte des données étant en cours. Les résultats seront utilisés pour guider des améliorations itératives dans le cadre du processus d'amélioration continue du projet et à garantir le succès durable de l'initiative de consentement éclairé.

7.4 Directives cliniques et enjeux administratifs

Lorsque la mise en œuvre du nouveau processus de consentement a atteint sa maturité, la direction du MSC a reconnu la nécessité de formaliser l'initiative au moyen d'une directive clinique ou procédure opérationnelle standard ([Appendice F](#)). Cette formalisation visait à assurer la pérennité, la cohérence et l'alignement du processus avec les normes institutionnelles en matière de documentation et de gouvernance clinique.

Un groupe de travail multidisciplinaire a été formée afin de rédiger la directive, actuellement soumise à l'examen du Conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sage-femmes (CMDPSF) ainsi que du Comité d'examen des pratiques cliniques (CPRC) du CUSM. Le CMDPSF, présidé par des représentants de la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ), a temporairement suspendu son processus d'approbation à la suite des directives récentes de la FMSQ relatives à la réduction des activités médico-administratives non urgentes. Malgré ce délai administratif, la directive demeure un document de référence actif pour les équipes cliniques et continue de guider la pratique au sein de la Mission des soins en oncologie. Le CPDPM procédera à la révision de la ligne directrice au début de 2026.

Plus récemment, le 11 décembre, l'équipe AQ a été invitée à obtenir les commentaires du CPRC, qui a procédé à une révision complète de la ligne directive clinique. Cette révision comprenait la clarification de la terminologie et la vérification de la cohérence dans l'ensemble du document. Le CPRC a également souligné la nécessité d'aborder la question de la durée du consentement et de son applicabilité dans le temps, en se demandant si des intervalles de temps spécifiques devraient obliger à répéter le processus de consentement. Cette question avait déjà été examinée avec l'équipe des affaires légales, qui avait conclu que le jugement médical devait déterminer si le consentement devait être renouvelé au-delà des intervalles définis. Le CPRC a affirmé qu'il fallait définir clairement l'exigence de cohérence entre les différents contextes cliniques. La discussion a été constructive et a donné lieu à des modifications mineures, fournissant à l'équipe de projet des recommandations ciblées pour renforcer le document avant son approbation finale et sa publication avec le CPDPM en janvier 2026. Une fois approuvée et intégrée au système institutionnel de gestion des documents SOP, cette ligne directrice clinique constituera un outil permanent de formation, d'intégration et d'amélioration continue des pratiques professionnelles.

7.5 Durabilité et transfert de connaissances : vidéos de formation

Les directives cliniques constituent un fondement essentiel pour soutenir l'initiative de consentement, et l'équipe de projet a également reconnu l'importance de préserver les dimensions qualitatives et relationnelles du processus. En effet, la valeur du consentement éclairé repose largement sur la qualité du dialogue entre le patient et le clinicien prescripteur.

Dans cette optique, une initiative complémentaire a été mise en œuvre afin de concevoir une série de capsules vidéo destinées à la formation du personnel clinique. Élaborées en collaboration avec des experts en communication en fin de vie et en planification préalable des soins, ces capsules visent à renforcer le message central selon lequel le consentement éclairé ne se limite pas à la signature d'un document, mais repose sur un échange authentique, constructif et compréhensible pour le patient.

Cette démarche s'inscrit pleinement dans la mission d'enseignement du CUSM, qui accueille un grand nombre d'apprenants, incluant les stagiaires, *fellows* et résidents, qui participant aux soins oncologiques. Les vidéos de formation illustrent les meilleures pratiques et proposent des stratégies de communication empathiques et adaptées, à travers des scénarios cliniques inspirés de situations réelles. Les scénarios préliminaires des capsules vidéo ont été joints au présent rapport ([Appendice G](#)).

Bien que le développement du projet ait été temporairement suspendu en raison des priorités cliniques, une équipe de base centrale composée d'un coordonnateur infirmier et d'un oncologue poursuit activement les efforts. L'équipe explore l'utilisation de l'intelligence artificielle pour concevoir des modules vidéo interactifs simulant des situations complexes d'interaction avec les patients. L'objectif ultime est d'héberger ces outils de formation sur la plateforme Environnement numérique d'apprentissage (ENA), afin d'en assurer l'accessibilité à l'ensemble des stagiaires et professionnels en formation en oncologie. Parallèlement, le groupe élabore des scénarios cliniques destinés à exposer les cliniciens à des questions ou situations délicates, tout en illustrant les meilleures stratégies de communication et de prise en charge.

7.6 Cadre : gestion du changement à l'aide des cycles PDSA

Comme indiqué tout au long du présent rapport, l'équipe de projet a utilisé un cadre de gestion du changement fondé sur le modèle Planifier-Faire-Étudier-Agir (PDSA) afin de guider la mise en œuvre du nouveau formulaire de consentement et d'assurer son adoption réussie dans plusieurs contextes

oncologiques. Ce modèle bien établi d'amélioration continue a fourni une approche structurée mais flexible pour planifier, tester et affiner les interventions dans des environnements cliniques réels. Pour résumer, le cadre PDSA comprend quatre phases itératives :

- Planifier : identifier l'objectif ou le but, formuler une théorie d'amélioration, définir des indicateurs de réussite et élaborer un plan d'action.
- Faire : mettre en œuvre le plan à petite échelle pour observer comment le changement fonctionne dans la pratique.
- Étudier : collecter et analyser les données afin d'évaluer les résultats et de les comparer aux attentes.
- Agir : sur la base des conclusions, affiner le processus, étendre les pratiques efficaces ou ajuster l'approche si nécessaire.

Pour ce projet, la nature itérative et incrémentale du cycle PDSA s'est prouvée efficace. Plutôt que d'imposer un changement à grande échelle d'un seul coup, l'équipe a mis en place le nouveau formulaire de consentement progressivement, en utilisant des périodes de lancement progressif, des retours d'expérience pilotes et des déploiements par étapes dans les différents domaines cliniques. L'équipe d'amélioration de la qualité a également partagé les résultats de l'audit lors des réunions du comité exécutif de la MSC, où elle a pu obtenir à la fois des retours d'expérience et l'adhésion des responsables de secteur. Cette approche a favorisé l'adaptabilité du personnel, minimisé la résistance et permis à l'équipe du projet d'intégrer rapidement les commentaires dans les itérations suivantes.

En observant, en apprenant et en affinant continuellement, l'équipe a maintenu une communication ouverte avec les parties prenantes créant un sentiment d'appropriation collective du changement. Cela a facilité l'adoption du formulaire de consentement standardisé et renforcé la culture d'amélioration continue au sein des équipes d'oncologie concernées.

8. Budget et impact

Le projet a entraîné des coûts minimes, limités à l'impression de brochures et de bannières déroulantes. L'équipe qualité a tiré partie des ressources internes de l'hôpital, comme indiqué dans la section sur l'élaboration du contenu ci-dessus, mais aussi pour aider à la campagne visuelle. Le service multimédia du CUSM était chargé de créer les designs et les spécifications d'impression. Les outils et la campagne de

communication ont accompagné le nouveau formulaire de consentement, dont le lancement était prévu en octobre 2024. Les ressources assignées au projet comprenaient un gestionnaire de projet, un coordonnateur des soins infirmiers et un co-responsable clinique. Tous faisaient partie du comité d'amélioration de la qualité du MSC et ont tiré parti du cadre et des réunions existants pour planifier et mettre en œuvre le projet. Ces membres du personnel, déjà impliqués dans les activités d'amélioration de la qualité, ont consacré leur temps à l'élaboration du projet, de sa conception à son intégration.

Afin de quantifier l'impact du projet sur la MSC, on peut se référer au tableau de bord institutionnel : « Mission Scorecard – M7000 Cancer Care » (ci-bas) qui démontre les indicateurs clés de performance (KPI) identifiés par la Mission des soins de cancer. Comme indiqué ci-dessous, approximativement 1500 patients suivent une forme (infusions ou orale) de thérapie systémique par période, ce qui représente en moyenne environ 75 cycles de chimiothérapie par jour ouvrables. Bien que cet indicateur ne fasse pas la distinction entre les nouveaux traitements de chimiothérapie ou les changements de traitement, l'équipe s'efforce d'affiner les KPI afin de mieux estimer la proportion de patients directement visés par cette initiative. Pour le groupe de radio-oncologie, l'indicateur montre que le nombre de nouveaux traitements de radiothérapie par période se situe environ à 260 patients, ce qui est considéré comme une population à fort impact.

TABLE DE BORD DES INDICATEURS EN CANCEROLOGIE (Mission Scorecard)

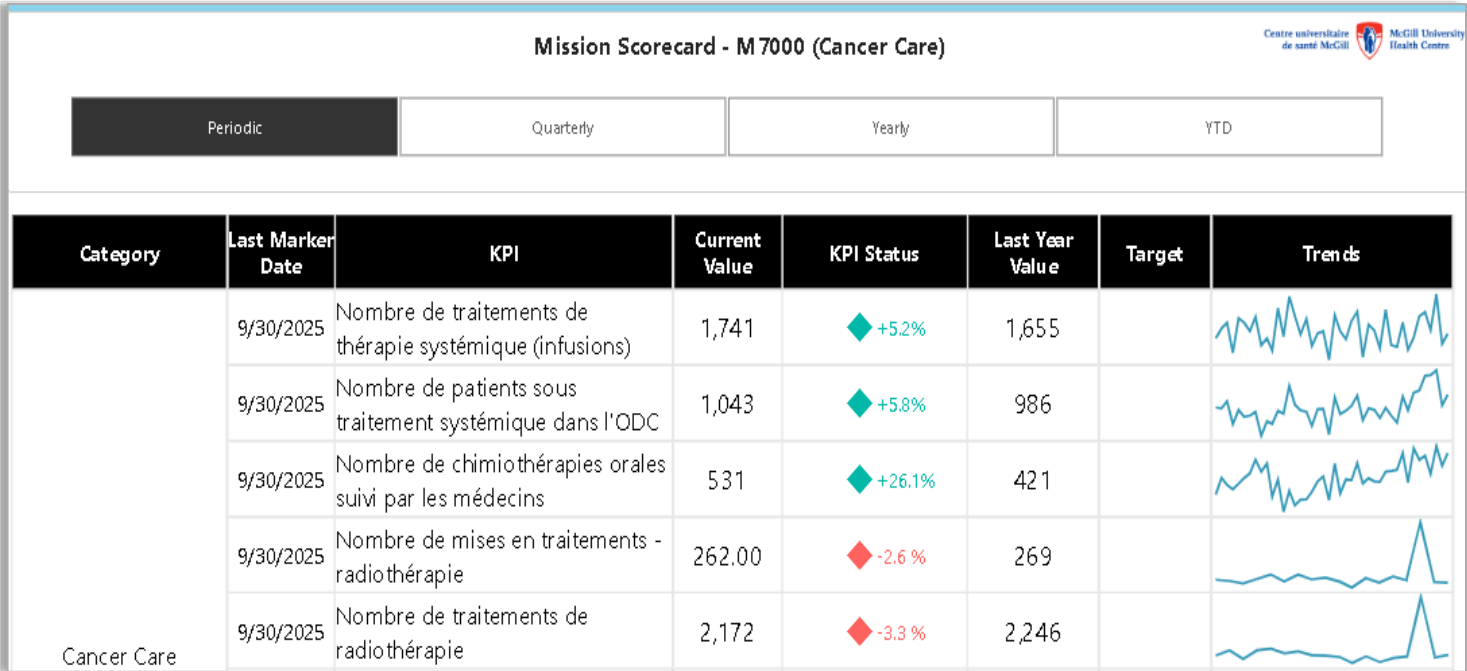


Figure 6 : Tableau de bord institutionnel du CUSM « Mission Scorecard Cancer Care » Indicateurs de performance opérationnelle

9. Diffusion et distinctions du projet

Bien que certains aspects du projet aient dépassé le calendrier initialement prévu, l'objectif principal de ce rapport est de mettre en valeur les éléments clés qui ont contribué à son succès. Tout au long du projet, des initiatives supplémentaires qui ne faisaient pas partie du mandat initial ont émergées, ont été poursuivies par l'équipe en réponse à l'évolution des circonstances, des besoins identifiés et des opportunités.

En plus des éléments fondamentaux du projet décrits préalablement, l'équipe a également participé à plusieurs activités de partage des connaissances. Nous avons présenté le projet lors de la conférence de l'Association québécoise des infirmières en oncologie (AQIO) le 25 avril 2025, qui s'est tenue au Centre Mont-Royal à Montréal, afin de partager notre travail avec des infirmières et intervenants œuvrant en oncologie à travers le Québec. En juin 2025, nous avons également été invités à faire une présentation lors de la conférence de l'Association canadienne des infirmières en oncologie (ACIO), prévue en octobre 2025 à Banff, en Alberta, mais nous avons malheureusement dû décliner l'invitation en raison de contraintes budgétaires.

À la suite d'une invitation du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), le projet a été présenté dans le cadre d'un atelier-midi-conférence, le 21 octobre 2025. Cette activité, conçue sous forme de discussion interactive, visait un public multidisciplinaire de professionnels de la santé des centres de cancérologie de l'ensemble du Québec et a attiré plus de 168 participants.

Notre proposition de présentation à la conférence annuelle du Programme québécois de cancérologie (PQC), qui a eu lieu le 13 novembre 2025, a également été acceptée. Nous continuons de nous assurer que le matériel reste pertinent et adapté à chaque forum. Ces activités de sensibilisation et de promotion des meilleures pratiques en matière de consentement éclairé ont été reconnues par les plus hautes autorités. Ainsi, lors de cette conférence annuelle, nous avons été sélectionné pour recevoir le [Prix de cancérologie 2025](#), accordé par le Programme Québécois en cancérologie (PQC) et le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Le prix a été remis le 13 novembre 2025 par le Dr Jean Latreille, au nom du ministre, et une plaque commémorative sera envoyée à la Dre Lucie Opatrny, PDG, en reconnaissance des réalisations du projet.

Cette distinction représente une étape importante pour le Centre du cancer des Cèdres, la Mission de soins du cancer, le Centre universitaire de santé McGill et toute l'équipe du projet, affirmant l'effort de

collaboration, l'innovation et le dévouement qui ont marqué cette initiative et qui sont à la base du rapport final présenté ci-dessous ([Appendice H](#)).

10. Conclusion

Les efforts déployés dans le cadre de ce projet illustrent comment l'utilisation des données peut orienter le changement et soutenir des initiatives d'amélioration continue. Dans des environnements cliniques complexes, où les patients doivent prendre des décisions importantes quant à leurs objectifs thérapeutiques, il est essentiel de favoriser une compréhension commune, notamment par la mise en place d'un processus de consentement éclairé centré sur le patient. Nous pouvons constater à quel point des initiatives en matière de qualité, telles qu'un audit d'accréditation, peuvent également avoir un impact positif. La MSC redéfinit la manière dont le consentement est discuté et documenté, tout en impliquant le patient dans la planification de son traitement. Grâce à la collaboration entre les cliniciens, les infirmières, les pharmaciens, les patients partenaires et les équipes administratives, le projet a mis en place un processus structuré, transparent et durable pour obtenir le consentement éclairé avant le traitement anticancéreux. Le nouveau formulaire de consentement, les directives cliniques et les outils de communication ont non seulement répondu aux exigences de conformité, mais ont également permis aux patients de s'impliquer davantage dans les décisions relatives à leur traitement, alignant ainsi les soins sur leurs valeurs et leurs préférences.

Leçons Apprises

➤ La mise en œuvre d'une nouvelle pratique telle le formulaire de consentement génère plusieurs points positifs :

- ☐ Réflexion sur notre pratique
- ☐ Mobilisation de nos équipes
- ☐ Travail interdisciplinaire et avec nos patients
- ☐ Amélioration de notre pratique
- ☐ Souligne l'importance et le rôle de notre Comité de qualité de la Mission de soins du cancer

Figure 7: Principaux impacts positifs et enseignements tirée du projet

L'utilisation du cadre « Planifier-Faire-Étudier-Agir » a permis d'adopter une approche rigoureuse mais adaptative pour mettre en œuvre et affiner ce changement, en veillant à ce que les commentaires issus de situations cliniques réelles alimentent en permanence la pratique.

Les premiers résultats des audits de validation ont montré l'adhésion des cliniciens, confirmant la faisabilité et l'acceptabilité du nouveau processus. Les intervalles cibles de 40-60-80 % d'adhésion ont fixé des objectifs tant pour les utilisateurs que pour l'équipe d'amélioration de la qualité afin de favoriser le changement de pratique. Au-delà de la conformité mesurable, nous pensons que cette initiative a encouragé des conversations plus approfondies entre les patients et leurs équipes de soins. Les prochains sondages qualitatifs permettront d'obtenir des informations importantes du point de vue des patients, afin que le processus de consentement continue d'évoluer en conséquence.

À l'avenir, l'intégration d'une directive clinique officielle et le développement de modules vidéos éducatifs contribueront à assurer la viabilité à long terme de cette initiative. Ces efforts réaffirment l'engagement du CUSM en faveur de la qualité, de l'éthique et de l'apprentissage continu, piliers fondamentaux de sa mission en tant qu'établissement universitaire de santé de premier plan.

En fin de compte, ce projet a démontré comment la conformité réglementaire avec l'Agrément Canada peut servir de catalyseur à la transformation. Ces phases ont mobilisé un large éventail de parties prenantes : médecins, infirmières, pharmaciens, technologues, gestionnaires, conseillers légaux et partenaires patients. Le projet a été réalisé dans le respect des délais réglementaires (août 2024) et des objectifs institutionnels visant à assurer une application pérenne.

La pérennité de cette initiative repose sur l'intégration du processus de consentement au sein des mécanismes de gouvernance institutionnelle. Les lignes directrices cliniques et les procédures opérationnelles standardisées actuellement en cours d'élaboration viendront formaliser les attentes, tandis que des audits réguliers garantiront la reddition de compte. L'intégration dans les dossiers de santé électroniques renforcera à terme le suivi et réduira la variabilité. Plus largement, ce projet établit un modèle transférable que d'autres spécialités au sein du CUSM et de Santé Québec pourraient adopter, créant ainsi un effet d'entraînement dans la normalisation des pratiques de consentement centrées sur le patient dans les établissements de santé.

11. Mon rôle dans ce stage

Tout au long du mandat, j'ai joué un rôle central dans la coordination et l'exécution du projet. Mes responsabilités spécifiques, en tant que gestionnaire de projet comprenaient :

- Organiser et animer des réunions interdisciplinaires et des groupes de travail ;
- Concevoir et tester les outils d'audit, en collaboration avec l'équipe qualité ;
- Synthétiser les résultats des recherches, d'Agrément Canada, des revues de littérature et des analyses comparatives ;
- Rédiger et réviser le formulaire de consentement, les lignes directrices et la bannière,
- Faire une présentation à la conférence de l'AQIO en mars 2025 ;
- Être invitée à faire une présentation à la conférence de la CANO (Canadian Association of Nurses in Oncology) à Banff, en Alberta, en novembre 2025 ;
- Préparer une présentation pour le déjeuner-conférence du PQC (Programme québécois en cancérologie) ;
- Candidature au prix d'excellence du PQC ;
- Réalisation d'entrevues qualitatifs et collecte des commentaires des parties prenantes (enquête auprès des patients en cours, enquête auprès des cliniciens en attente) ;
- Soutien à la production de contenu éducatif, y compris les scripts et les plans des vidéos destinées aux patients (en attente) ;
- Garantie de l'alignement avec les objectifs du projet et les priorités institutionnelles.

Au-delà de la coordination des livrables, ma fonction de gestionnaire de projet consistait coordonner les dynamiques complexes entre la MSC, le Centre du cancer des Cèdres, divers départements du CUSM, les représentants des patients et les comités afin de garantir que les différentes parties prenantes puissent s'exprimer dans le processus de consentement. Notre équipe devait rester pertinente et prête à mettre en valeur les efforts de notre projet et notre mandat. Cela impliquait des compétences en matière de relations interpersonnelles et de négociation afin de rester une priorité parmi d'autres projets et initiatives. Le projet présentait certaines lacunes technologiques dues à des limitations informatiques qui ont nécessité une redéfinition de sa mission, mais ces lacunes nous ont également donné l'occasion de procéder à un audit qualitatif de nos pratiques en matière de consentement, ce qui a permis de faire passer le message et de souligner l'importance de l'initiative.

Ces expériences ont affiné ma capacité à gérer la résistance au changement, à adapter les objectifs du projet aux contraintes contextuelles et à traduire des normes de qualité analytiques en solutions opérationnelles.

Ce stage a également servi de laboratoire vivant pour appliquer les concepts théoriques issus de mes études supérieures. Par exemple, mon cours en « Gestion de projets complexes (ENP7437) » m'a guidée dans la structuration d'une mise en œuvre en plusieurs phases, tandis que mes cours en « Conception et mise en œuvre des politiques publiques (ENP7333) » et « Conception et mise en œuvre des politiques publiques (ENP7521) » m'ont éclairée sur les étapes nécessaires à la rédaction des procédures opérationnelles standardisées cliniques. Le cours « Méthodes de recherche et d'intervention (ENP7350) » a servi de base à la conception de nos audits et sondages de qualité, tandis que le cours « Tableaux de bord des performances (ENP7363) » m'a permis de mieux comprendre comment appliquer et contrôler directement les indicateurs d'adhésion. Enfin, mon cours et ma formation en « Éthique dans le service public (ENP7507) » se sont avérés inestimables pour garantir que l'initiative respecte à la fois les obligations institutionnelles et les droits fondamentaux des patients, me rappelant pourquoi j'avais initialement choisi l'administration publique, motivée par le désir de construire une base sociétale qui tienne compte de l'intérêt et du bien-être du public. Cette intégration de l'apprentissage académique et de l'application dans le monde réel a été une expérience enrichissante pour mon développement professionnel.

RÉFÉRENCES:

Agrément Canada. (s. d.). [Prioritaire SP 8.1.20.docx](#)

Association canadienne de protection médicale (ACPM / CMPA). (s. d.). *Consent: A guide for Canadian physicians* — section « Consent forms – Documentation of consent ». <https://www.cmpa-acpm.ca/en/advice-publications/handbooks/consent-a-guide-for-canadian-physicians#consent%20forms>

Barreau du Québec. (s. d.). Le médecin et le consentement aux soins médicaux. <https://www.barreau.qc.ca/en/new/guides-brochures/guide-consentement-soins-medicaux/>

BC Cancer. (s. d.). Serious illness conversation guide card [Document en anglais seulement]. <http://www.bccancer.bc.ca/new-patients-site/Documents/SeriousIllnessConversationGuideCard.pdf>

Canadian Medical Protective Association. (2022, novembre). *Consentement éclairé*. Repéré à <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/education-events/good-practices/physician-patient/informed-consent>

Centre universitaire de santé McGill. (2024, 23 juillet). Consentement aux traitements contre le cancer (Formulaire de consentement – Mission des soins de cancer, DM-6837, REV 2024/07/23) [Document interne]. CUSM.

Centre universitaire de santé McGill. (2024, 27 septembre). Consentement éclairé pour les traitements en oncologie – Guide d’usagers (G2–241208) [Usage interne seulement]. CUSM Multimédia.

Centre universitaire de santé McGill. (2024, 5 décembre). Consentement éclairé pour les traitements en oncologie – Bannière (G2–241338) [Usage interne seulement]. CUSM Multimédia.

Centre universitaire de santé McGill. (s. d.). Informed patient consent for clinical interventions. <https://www.mymuhc.muhc.mcgill.ca/policies-and-procedures/muhc-administrative-policies/documents/pm-100-informed-consent-clinical>

Centre universitaire de santé McGill. (2025). *Coup d’œil sur le CUSM*. Dans *Centre universitaire de santé McGill*. Consulté le 8 août 2025, de <https://cusm.ca/coup-doeil-sur-cusm>

Centre universitaire de santé McGill. (2025). *Mission des soins de cancer*. Dans *Centre universitaire de santé McGill*. Consulté le 8 août 2025, de <https://cusm.ca/mission-des-soins-de-cancer>

Code civil du Québec, RLRQ c. C-1991. (1994). Éditeur officiel du Québec. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/C-1991>

Code de déontologie des médecins (RLRQ, c. M-9, r. 17). (2025, 15 juillet). Éditeur officiel du Québec. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/M-9%2C%20r.%2017>

Collège des médecins du Québec. (2023). Code de déontologie des médecins (RLRQ, c. M-9, r. 17). <https://www.cmq.org/fr/publications-et-outils/codes-deontologie.aspx>

Collège des médecins du Québec & Barreau du Québec. (2023). *Le médecin et le consentement aux soins (document de référence; révisé en octobre 2023)*. Collège des médecins du Québec. Consulté le 11 août 2025, de <https://cms.cmq.org/files/documents/Guides/cmq-guide-consentement-soins.pdf>

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2017). Niveaux de soins : Prenez part à la discussion. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/Depliant_niveaux-de-soins_FR_20170111.pdf



Institut de recherche du Centre universitaire de santé McGill. (2025). *Centre de médecine innovatrice (CMI)*. RI-MUHC. <https://rimuhc.ca/fr/web/research-institute-muhc/centres-de-recherche/cmi>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2019). Guide sur le consentement libre et éclairé aux soins et services de santé. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-123-01W.pdf>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2022). Le consentement aux soins et services infirmiers. <https://www.oiiq.org/publications-et-ressources/consentement>

APPENDICES :

Appendice A : Formulaire de Consentement

Centre universitaire de santé McGill		McGill University Health Centre																				
 A F M U - 3 8 7 8 A																						
MISSION DES SOINS DE CANCER Consentement aux traitements contre le cancer																						
<p><u>Objectif de ce formulaire de consentement</u> : Ce formulaire de consentement vous aide, vous et votre médecin, à décider du meilleur traitement pour vous. Avant de commencer le traitement, il est important que vous compreniez votre diagnostic, le traitement, les effets secondaires possibles et les options qui s'offrent à vous. Vous pouvez revenir sur votre décision à tout moment. Vous devez remplir ce formulaire avec votre médecin avant le début de votre traitement.</p> <p><u>Description du diagnostic et du traitement (à remplir par le médecin avec le / la patient(e)) :</u></p> <p>J'accepte volontairement que mon médecin et d'autres professionnels de la santé traitent mon cancer, qui est :</p> <p>Type de cancer: _____</p> <p>Stade: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Autre _____</p> <p>Récidive <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Traitement proposé : _____</p> <p><u>Remarque</u> : La patiente doit prendre des mesures pour éviter de tomber enceinte et le patient doit éviter de mettre son partenaire enceinte pendant le traitement. La patiente doit informer l'équipe soignante si elle pense être enceinte. Si cela s'applique à la patiente, l'utilisation d'un moyen de contraception pendant le traitement et un test de grossesse avant le traitement sont fortement recommandés.</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, cela s'applique au / à la patient(e) <input type="checkbox"/> Non, cela ne s'applique pas au / à la patient(e)</p> <p><u>Au / à la patient(e) : en signant ci-dessous, je reconnais que mon médecin ou mon infirmière praticienne spécialisée et moi-même, avons parlé de mon cancer et du traitement proposé. Nous avons discuté :</u></p> <ul style="list-style-type: none">• De mon type de cancer• De la façon dont le traitement peut m'aider• Des risques liés à la prise ou non du traitement, ainsi que d'autres options• De ce qui pourrait arriver à ma santé et ma qualité de vie avec et sans le traitement• Des objectifs possibles du traitement, tels que traiter le cancer et l'empêcher de revenir, réduire la taille du cancer ou l'empêcher de se développer, et/ou gérer les symptômes causés par le cancer <p>Nous avons discuté de :</p> <ul style="list-style-type: none">• Ce que j'espère obtenir de ces soins, en fonction de mes valeurs, de mes projets et de mes préférences• La manière dont mon médecin et moi-même, ainsi que mon équipe soignante, nous communiquerons toute nouvelle information.• Comment nous continuerons à vérifier si ce traitement est toujours le meilleur pour moi. Cela peut signifier arrêter le traitement s'il n'est plus utile ou s'il est plus nocif que bénéfique, ou essayer un autre traitement. <p>Section de signature du patient / représentant légal / Parent ou tuteur légal (si le/la patient(e) est mineur(e) (âgé(e) de moins de 14 ans)) :</p> <table border="1"><tr><td>Nom en lettres moulées</td><td>Signature</td><td>Date (AAAA/MM/JJ)</td></tr><tr><td colspan="3">Lien de parenté avec le / la patient(e) (s'il s'agit d'une personne autre que le / la patient (e)) _____</td></tr><tr><td colspan="3">Déclaration de l'interprète: Je _____ ai fait une traduction verbale de ce formulaire relatif au consentement à un traitement contre le cancer dans une langue que le patient comprend, qui est : _____</td></tr><tr><td colspan="2">Signature de l'interprète (si applicable) : _____</td><td>Date (AAAA/MM/JJ)</td></tr></table> <p>Section du médecin traitant / de la personne désignée par le médecin :</p> <table border="1"><tr><td colspan="4">Je reconnais que nous avons discuté des points énumérés ci-dessus et que le / la patient(e) semble les comprendre.</td></tr><tr><td>Nom en lettres moulées</td><td>Signature</td><td>N° de licence</td><td>Date (AAAA/MM/JJ)</td></tr></table> <p>English on reverse</p>			Nom en lettres moulées	Signature	Date (AAAA/MM/JJ)	Lien de parenté avec le / la patient(e) (s'il s'agit d'une personne autre que le / la patient (e)) _____			Déclaration de l'interprète: Je _____ ai fait une traduction verbale de ce formulaire relatif au consentement à un traitement contre le cancer dans une langue que le patient comprend, qui est : _____			Signature de l'interprète (si applicable) : _____		Date (AAAA/MM/JJ)	Je reconnais que nous avons discuté des points énumérés ci-dessus et que le / la patient(e) semble les comprendre.				Nom en lettres moulées	Signature	N° de licence	Date (AAAA/MM/JJ)
Nom en lettres moulées	Signature	Date (AAAA/MM/JJ)																				
Lien de parenté avec le / la patient(e) (s'il s'agit d'une personne autre que le / la patient (e)) _____																						
Déclaration de l'interprète: Je _____ ai fait une traduction verbale de ce formulaire relatif au consentement à un traitement contre le cancer dans une langue que le patient comprend, qui est : _____																						
Signature de l'interprète (si applicable) : _____		Date (AAAA/MM/JJ)																				
Je reconnais que nous avons discuté des points énumérés ci-dessus et que le / la patient(e) semble les comprendre.																						
Nom en lettres moulées	Signature	N° de licence	Date (AAAA/MM/JJ)																			

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

POUR LES TRAITEMENTS EN ONCOLOGIE

Ce document sert de guide pratique pour les cliniciens du Centre du Cancer des Cèdres afin d'obtenir un consentement éclairé pour les traitements contre le cancer.

Assurer le consentement éclairé

- Ce guide vise à vous soutenir dans l'obtention d'un consentement éclairé de la part de votre patient.
- Le formulaire de consentement fait partie intégrante du dossier médical du patient.
- Sur le plan médical, juridique et éthique, il est nécessaire d'obtenir un consentement éclairé avant de commencer un traitement contre le cancer.

Le formulaire de consentement ne s'applique pas aux essais cliniques, aux protocoles de recherche, aux traitements cellulaires ou expérimentaux, ou à la chirurgie, qui ont leurs propres procédures de consentement.

Le consentement éclairé signifie que :

- Les patients doivent avoir toutes les informations nécessaires pour prendre une décision éclairée concernant la thérapie proposée.
- Les valeurs et croyances du patient doivent être prises en compte.
- Le consentement doit être volontaire, sans contrainte, influence excessive ou pression.
- Le consentement ne peut être obtenu que par un médecin ou un infirmier(e) praticien(ne) spécialisé(e) (IPS).
- Le consentement doit être écrit, sauf circonstances exceptionnelles permettant un consentement verbal, qui doit être documenté dans les notes d'évolution.
- Le consentement est un processus continu qui doit être constamment réévalué par la personne qui prescrit le traitement en collaboration avec le patient.
- Lors de la réévaluation, remplissez un nouveau formulaire de consentement en cas de changement dans :
 - le traitement
 - l'état de santé
 - les objectifs de soins
 - le médecin traitant

Étapes clés :

1. Déterminer la capacité de consentir.
 - La capacité est spécifique à chaque décision. Elle reflète l'aptitude à comprendre le diagnostic, les traitements proposés, ainsi que leurs risques et avantages associés.
 - Lorsqu'une personne ne peut consentir en raison d'une incapacité, un mandataire doit être choisi pour prendre des décisions en son nom.
2. Utiliser un interprète impartial lorsque la barrière de la langue est présente.
3. Fournir des informations pertinentes de manière compréhensible pour le patient sur :
 - La maladie traitée
 - L'objectif du traitement (guérison, contrôle, gestion des symptômes)
 - Le type de traitement proposé (nom du protocole)
 - Les avantages, risques et effets secondaires potentiels du traitement recommandé
 - Les alternatives, ainsi que les résultats attendus sans traitement
 - La personne qui obtient le consentement doit présenter les informations de la manière la plus simple possible pour le patient

Aucune information importante ne doit être cachée au patient pour quelque raison que ce soit.

4. Pour s'assurer de la compréhension, la personne qui obtient le consentement peut demander au patient d'expliquer dans ses propres mots ce qu'il a compris des informations fournies.
5. Le patient doit disposer de suffisamment de temps pour réfléchir aux informations et poser des questions.





Communiquer le pronostic

Discuter des résultats possibles du traitement du cancer est essentiel pour un consentement éclairé. Cette conversation peut être difficile pour les patients et les cliniciens. Les recherches montrent que les patients et leurs familles **apprécient cette information**, car elle les aide à prendre des décisions éclairées et renforce leur relation avec l'équipe soignante.

L'objectif de la discussion sur le pronostic n'est pas de fournir des prédictions précises, mais **d'aider les patients à se préparer pour l'avenir**. Des cadres comme "espoir-inquiétude" ou "souhait-inquiétude" peuvent être utiles. Voici trois approches pour discuter du pronostic, en se concentrant sur l'**incertitude**, le **temps** ou la **fonction**.

• **Incertitude** : « Il peut être difficile de prédire ce qui va se passer. J'espère que ce traitement vous aidera à vous sentir aussi bien que possible pendant longtemps. Il est également possible que votre cancer progresse malgré ce traitement, et je pense qu'il est important que nous nous préparions à cette éventualité. »

• **Temps** : « Je souhaiterais que ce ne soit pas le cas. Je suis inquiet qu'avec le traitement, votre survie / espérance de vie / pronostic puisse être aussi courte que (exprimer en termes d'intervalles, par exemple, trois à six mois, plusieurs mois à un an, quelques années). »

• **Fonction** : « J'espère que vous vous sentirez aussi bien que possible avec ce traitement. Il est également possible qu'il devienne plus difficile de faire certaines choses à cause du cancer, et je pense qu'il est important que nous nous y préparions. »



Signature du consentement

- Les patients qui ne savent ni lire ni écrire peuvent marquer le formulaire de consentement avec un X.
- Si un interprète est utilisé, il doit signer et préciser la langue utilisée.
- Les patients peuvent recevoir une copie du consentement signé sur demande.
- Le formulaire signé supporte mais ne remplace pas, la discussion détaillée documentée dans les notes d'évolution.

Durée du consentement

- Le consentement d'un patient est présumé valide à moins qu'un traitement ne change ou qu'un patient retire son consentement.



- Si de nouvelles informations concernant l'état de santé ou les traitements proposés (par exemple de nouvelles preuves de risques ou de nouvelles options de traitement après l'obtention initiale du consentement) sont disponibles, le médecin traitant doit en informer le patient et reconfirmar son consentement.
- Il est nécessaire de signer à nouveau le formulaire de consentement s'il y a un changement de médecin traitant.

Les outils suivants peuvent être utiles pour entamer la conversation :

INESSS "Niveaux de soins : Prenez part à la discussion"
https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/Depliant_niveaux-de-soins_FR_20170111.pdf

BC Cancer (en anglais seulement) :
<http://www.bccancer.bc.ca/new-patients-site/Documents/SeriousIllnessConversationGuideCard.pdf>



**CONSENTEMENT
ÉCLAIRÉ**
pour les traitements en oncologie
INFORMED CONSENT
for oncology treatments

**Vous accompagner à chaque étape
car **vos soins, c'est votre choix****
Empowering you every step of the way
because **your care is your choice**

Mon diagnostic : Comprendre votre état de santé
My Diagnosis : Understand your health condition

Objectif du traitement : En connaître la raison
Treatment Goal : Know the purpose

Type de traitement : Comprendre le traitement proposé
Type of Treatment : Understand the proposed treatment

Risques et bénéfices : Évaluer les résultats possibles
Risks & Benefits : Weigh potential outcomes

Alternatives : Considérer vos choix
Alternatives : Consider your options

Résultats attendus : Savoir à quoi vous attendre
Expected Outcomes : Know what to expect



Du nouveau au Centre du cancer des Cèdres: Avant de débuter un traitement contre le cancer, vous devrez remplir un nouveau formulaire de consentement. Veuillez demander plus d'informations à votre médecin.

Appendices E : [Expérience avec le consentement au traitement](#)

Vous avez récemment été traité au Centre du Cancer des Cèdres du Centre universitaire de santé McGill (CUSM). Vous avez été traité par chimiothérapie, immunothérapie, radiothérapie ou autre traitement. Veuillez noter que ce sondage ne s'applique pas au consentement à une chirurgie. Le CUSM s'engage à assurer des soins essentiels à ceux qu'il dessert, et l'expérience des patients est une priorité. Ce sondage fait partie de notre programme de qualité. Nous souhaitons recueillir votre avis sur le processus de consentement aux traitements et sur les échanges que vous avez eus avec l'équipe médicale à ce sujet. Votre retour nous aidera à améliorer la manière dont nous informons et accompagnons nos patients.

Ce sondage comporte **15** questions et devrait prendre moins de 5 minutes à remplir. Votre participation est volontaire et n'affectera en aucune façon les soins que vous recevez. Les résultats du sondage ne contiendront aucune information personnelle sur votre santé. Votre identité restera anonyme.

Conformément à la loi, notre programme de lutte contre le cancer est soumis à des règles éthiques. Votre identité ne sera pas associée à vos réponses et restera confidentielle. Les informations peuvent être partagées avec d'autres établissements ou publiées dans des revues. Nous espérons que vous prendrez le temps de répondre au sondage. Nous vous remercions d'avance de partager votre point de vue. Votre contribution nous aidera à améliorer la qualité des soins et des services fournis aux patients.

Back

Next

1. Sexe

- ☐ Femme
- ☐ Homme
- ☐ Non binaire
- ☐ Préfère ne pas répondre
- ☐ Other

2. Quel âge avez-vous ? *

Enter your answer

3. Quel type de cancer vous a-t-on diagnostiqué ? *

Enter your answer

4. Type de traitement(s) *

- ☐ Chimiothérapie
- ☐ Radiothérapie
- ☐ Immunothérapie
- ☐ Other

Formulaire de consentement



5. *Dans le cadre de la préparation à votre traitement contre le cancer et lors de vos consultations avec votre médecin ou votre infirmière praticienne spécialisée (IPS), vous a-t-on demandé de signer un formulaire de consentement avant le début du traitement?*

☐ Oui

☐ Non

Consentement documenté



6. **Avez-vous eu suffisamment de temps pour lire et pour tenir compte des informations contenues dans le formulaire?**

☐ Oui

☐ Non

☐ Assez

☐ Other

Signature du formulaire



7. **Votre médecin ou votre infirmière praticienne vous a-t-il expliqué le formulaire et son contenu?**



☐ Oui

☐ Non

☐ Other

8. **Qui a signé le formulaire?**

☐ Je l'ai signé moi-même

☐ Mon représentant légal / mon tuteur a signé

☐ Pas certain(e)

9. **Avez-vous eu assez d'information et de soutien pour signer le formulaire de consentement?**



☐ Oui

☐ Non

☐ J'ai eu des inquiétudes (à préciser):

Communication et prise de décisions



Discussion des objectifs de soins

10. ***Durant la discussion, votre médecin ou votre infirmière praticienne spécialisée (IPS) a-t-il/elle tenu compte des éléments suivants (Veuillez cocher toutes les réponses qui s'appliquent) ? :***

- ☐ Ce que je veux de mes soins, selon ce qui est important pour moi
- ☐ Comment ils vont me surveiller pendant le traitement
- ☐ Je ne crois pas que les éléments ci-dessus aient été discutés ou considérés
- ☐ Other

Relation avec l'équipe soignante



11. **Est-ce qu'un interprète a été mis à votre disposition si vous en aviez besoin ?**

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Non applicable

12. **Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes ? :**

To what extent do you agree with the following statements? :

	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord ni en désaccord	En désaccord
J'avais toutes les informations et le soutien nécessaires pour me sentir à l'aise avant de signer le formulaire de consentement.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me suis senti(e) respecté(e) et écouté(e) lors des discussions concernant mon traitement.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Comprendre l'information



13. Avez-vous l'impression d'avoir compris les points suivants ? :
(Veuillez cocher toutes les réponses qui s'appliquent)



- ☐ Votre type de cancer (diagnostic)
- ☐ Le plan de traitement proposé
- ☐ Les risques potentiels et les effets secondaires du traitement
- ☐ Des options alternatives de traitement
- ☐ Les buts du traitement
- ☐ L'importance d'éviter une grossesse pendant le traitement (le cas échéant)
- ☐ Le droit que vous pouvez changer d'avis à tout moment
- ☐ Other

14. Avez-vous eu la possibilité de poser des questions sur le traitement et le consentement? 

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je n'avais pas de questions
- ☐ Other

Suggestions d'amélioration



15. Avez-vous des suggestions pour améliorer la procédure et / ou le formulaire de consentement?



Enter your answer

Apendices F : Directive clinique ou procédure opérationnelle standard (SOP) (ébauche)



ADULTE - DIRECTIVES MÉDICALES OU CLINIQUES – CUSM

☐ Médicaments inclus ☒ Aucun médicament inclus

☒ MCH ☐ HGM ☒ RVH ☒ MNH ☐ MCI ☐ HÔPITAL DE LACHINE ☐ CHSLD CAMILLE-LEFEBVRE

CECI N'EST PAS UNE ORDONNANCE MÉDICALE

Titre	Directive clinique relative au consentement éclairé pour les traitements oncologiques
Ce document est joint à :	<p>Politique du CUSM: Consentement éclairé du patient pour une intervention clinique</p> <p>Politique du CUSM: Education, counseling et tests de grossesse en matière de contraception pour les patients adultes recevant des traitements contre le cancer</p> <p>Politique du CUSM: RÈGLE DE SOINS INFIRMIERS - CUSM :</p> <p>Administration de chimiothérapie et de biothérapie intraveineuses chez l'adulte dans le cadre du traitement du cancer, Politique du CUSM: Oncologie - Administration de chimiothérapie intrapéritonéale (IP) OCP.</p> <p>Politique du CUSM: Administration de médicaments intravésicaux OCP.</p> <p>Processus de politique du CUSM pour la chimiothérapie intrathécale en radiologie 32494</p> <p>Autre : FMU-3878 DM-6837 Consentement pour les traitements contre le cancer</p>

TABLE DES MATIÈRES

1. OBJET	2
2. DIRECTIVE APPLICABLE DANS LE CONTEXTE SUIVANT :	2
3. ÉLÉMENTS DE L'ACTIVITÉ CLINIQUE	3
<i>Procédure</i>	6
<i>Médicaments (si nécessaire)</i> :	9
4. AUTEUR PRINCIPAL :	9
5. CONSULTANTS :	9
6. CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES	Error! Bookmark not defined.
7. PROCESSUS D'APPROBATION	9
8. DATE DE RÉVISION	9
9. RÉFÉRENCES	9

1. OBJET

L'objectif de cette directive clinique est d'établir une approche normalisée, éthique et centrée sur le patient pour obtenir le consentement éclairé des patients en oncologie avant le début du traitement. Le consentement éclairé est un élément fondamental des soins de qualité contre le cancer et une obligation légale et éthique qui garantit que les patients sont pleinement conscients de la nature de leur maladie, des options de traitement, des risques et avantages potentiels, ainsi que des thérapies alternatives, y compris la possibilité de refuser le traitement.

Une définition large du consentement éclairé a été fournie par Agrément Canada

Le consentement est un processus continu dans lequel l'utilisateur, sa famille ou son décideur désigné reçoivent des informations claires et pertinentes sur les services disponibles. Il implique de discuter des options, de laisser le temps de réfléchir et de poser des questions, et d'obtenir l'accord avant de poursuivre.

Le respect des droits, de la culture et des valeurs de l'utilisateur est au cœur du processus, y compris son droit de refuser ou de retirer son consentement à tout moment.

La décision de l'utilisateur doit être consignée dans son dossier.

En oncologie, où les schémas thérapeutiques sont souvent complexes et où les conversations peuvent être chargées d'émotion, malgré ces difficultés, l'équipe oncologique doit s'efforcer de mettre en place un processus de consentement éclairé qui soit complet, continu et adapté à l'évolution de l'état clinique du patient. Le présent document vise à améliorer l'expérience du consentement pour le patient et l'équipe d'oncologie en encourageant la transparence, le respect des valeurs du patient, le respect de l'autonomie des prestataires de soins oncologiques et de leur obligation de « ne pas nuire », ainsi que le respect du cadre éthique et juridique.

Cette ligne directrice fournit un cadre pour tous les secteurs de la mission de soins contre le cancer, en mettant l'accent sur une communication efficace (verbale et écrite), afin de réduire la variabilité dans la pratique et d'assurer la conformité aux normes institutionnelles et à celles d'Agrément Canada. Elle met également en évidence les considérations particulières pour les patients qui ont besoin d'un interprète ou d'un représentant légal. En fin de compte, l'objectif est de fournir des soins conformes aux objectifs, basés sur les meilleures preuves et ressources disponibles.

1.1 Lignes directrices applicables dans les contextes suivants :

Cette ligne directrice clinique s'applique dans les contextes suivants :

Cliniques de soins contre le cancer ; centre de jour en oncologie (ODC) ; patients hospitalisés en hématologie-oncologie, unité de greffe de cellules souches ; radio-oncologie ; et tous les domaines de soins (unités/services) ou secteurs administrant des traitements oncologiques, y compris les traitements systémiques (IV, oraux, sous-cutanés), topiques, intravésicaux ou par radiothérapie, par exemple : unité de soins intensifs

Il incombe au médecin prescripteur et/ou à l'infirmière praticienne de remplir le formulaire de consentement. Dans le cadre de leur champ d'activité, les infirmières praticiennes sont autorisées à obtenir le consentement éclairé pour tous les types de chimiothérapie et de traitements anticancéreux.

1.2 Critères d'exclusion :

Le formulaire de consentement au traitement en oncologie ne s'applique pas aux patients suivant :

- de greffe de cellules souches Thérapie Car-T
- Essais cliniques
- s dans le cadre d'un protocole de recherche
- Des traitements cellulaires ou expérimentaux
- Une intervention chirurgicale
- Ou tout autre traitement faisant l'objet d'une procédure ou d'un formulaire de consentement spécifique.

1.3 Les personnes suivantes doivent lire et respecter cette ligne directrice :

- Médecin oncologue
- Les hématologues oncologues
- Gynécologue oncologue
- Oncologue radiothérapeute
- Chirurgien oncologue prescrivant un traitement antinéoplasique, par exemple des traitements anticancéreux par voie orale ou intravésicale
- Infirmière praticienne (IP) en oncologie
- Infirmières en oncologie : infirmières cliniciennes, infirmières pivots en oncologie (IPO) ; infirmières navigatrices ;
- Pharmacien en oncologie
- Technologue en radio-oncologie
- Agents administratifs en oncologie

3. ÉLÉMENTS DE L'ACTIVITÉ CLINIQUE

Les professionnels sont tenus de connaître les limites et l'étendue de leur pratique en ce qui concerne les directives cliniques particulières. Seuls les médecins et les infirmières praticiennes sont habilités à remplir le formulaire de consentement. Plus précisément, les personnes titulaires d'une licence de formation (par exemple, les résidents en médecine, les étudiants infirmiers praticiens, les boursiers, les étudiants en médecine) sont invitées à participer au processus en tant que membres de l'équipe de soins, mais ne peuvent être les seules personnes présentes lors du processus de consentement ni être les personnes qui signent le formulaire de consentement (DM-6837).

Le formulaire de consentement doit être rempli, si possible, pendant la consultation du patient si le traitement est jugé nécessaire et si le patient accepte de le suivre.

Il peut également être rempli lors d'une visite ultérieure, lorsque le plan de traitement est finalisé ou en cas de modification de celui-ci. Cela permet de s'assurer que le patient donne son consentement éclairé au moment opportun au cours de son parcours de soins.

3.1 Processus de consentement éclairé dans un contexte clinique :

1. Médecin / Infirmier praticien ne explique l'objectif du traitement, les options, les risques et les avantages
2. La compréhension du patient est évaluée

3. Le consentement sera donné sous forme papier, même dans les secteurs disposant d'un fichier électronique (ARIA)
4. La signature du patient, ainsi que celle du médecin et/ou de l'infirmier praticien obtenant le consentement, sur le formulaire DM6837 est requise.
 - a. Dans des circonstances particulières, telles que décrites au point 3.4.5.1 Afin d'éviter que le patient ne revienne à l'hôpital, le prescripteur peut obtenir un consentement documenté par téléphone, en indiquant que le consentement verbal a été obtenu dans la section du formulaire réservée à la signature du patient.
5. Le consentement est placé dans le dossier chart et/ou et scanné dans Oacis.
6. Un nouveau formulaire de consentement doit être rempli en cas de changement de traitement ou de médecin prescripteur et/ou d'infirmière praticienne, c'est-à-dire qu'un médecin remplaçant qui décide d'un changement de traitement doit remplir un nouveau formulaire de consentement.
 - a. *La règle relative au changement de médecin ne s'applique pas au groupe de gynécologie oncologique, car celui-ci fonctionne selon un modèle de pratique partagée. Les patients en sont informés lors de leur première visite, ce qui signifie que tous les gynécologues oncologues prescripteurs font partie de l'équipe de traitement.*

Nb. Le consentement étant un processus continu, tout changement ou interruption du traitement, y compris l'arrêt du traitement, doit être discuté et clairement documenté dans le dossier du patient.

3.2 Procédure de planification

1. Les formulaires de consentement aux traitements contre le cancer, DM6837, sont disponibles dans toutes les salles de consultation. Si le formulaire n'est pas disponible, veuillez demander à l'accompagnateur du patient de le réapprovisionner.
2. Une version modifiée du formulaire est également disponible sous forme électronique, pour une utilisation électronique dans des circonstances exceptionnelles sur la plateforme ARIA.

3.3 Examen du dossier pour vérifier le consentement avant le traitement

Vous trouverez ci-dessous une recommandation générale pour tous les secteurs, qui peut être modifiée en fonction du flux de travail clinique. *Veuillez vous référer aux algorithmes spécifiques à chaque secteur dans la procédure ci-dessous.*

3.4 Procédure de consentement :

1. Examen du dossier avant le début du traitement :
Si le permet, au moins 24 heures avant le traitement prévu, le personnel administratif ou clinique (par exemple, le personnel infirmier, pharmaceutique, administratif ou chargé de la planification) examinera le dossier du patient afin de vérifier que le consentement signé est bien présent. Dans les situations d'urgence, le délai de vérification de ce consentement peut ne pas s'appliquer, car il peut ne pas être réalisable.
2. Traduction ou représentant légal :
En cas de doute quant à la compréhension du patient, il est recommandé de faire appel à un interprète tiers. Le médecin traitant MD/NP est chargé d'évaluer ce besoin. Les interprètes peuvent assurer une transmission neutre des informations, garantissant une communication claire sans implication personnelle ou émotionnelle d'un membre de la famille ou d'un accompagnateur de confiance patient. Cette approche permet de maintenir l'objectivité et

favorise le consentement éclairé. Veuillez documenter le recours à un interprète dans la zone prévue à cet effet sur le formulaire de consentement.

3. Documentation :

Toutes les sections du formulaire de consentement doivent être remplies. Si une section n'est pas applicable, la mention « N/A » doit être utilisée pour indiquer qu'elle a été examinée. En outre, toutes les mesures prises pour localiser le prescripteur ou obtenir le consentement doivent être consignées dans le dossier du patient y compris toute tentative de contact avec le patient et toute communication avec d'autres membres de l'équipe.

4. Notification d'absence de consentement :

Si le consentement est introuvable, le membre désigné de l'équipe doit immédiatement en informer le clinicien responsable (par exemple, médecin, infirmier praticien, (voir le processus de radiothérapie oncologique pour la chaîne de commandement), infirmier responsable (D10)) . Voir les sections ci-dessous Circonstances particulières et Documentation .

1. Processus de délégation :

Si le médecin traitant n'est pas disponible, il convient de contacter le médecin ou l'infirmier praticien le plus responsable de l'.

5. Suivi par le prescripteur :

Le prescripteur d's est chargé d'obtenir le consentement éclairé avant la date du traitement. Cette peut impliquer de contacter directement le patient pour examiner le plan de traitement, répondre aux questions et organiser la signature du consentement (consentement verbal documenté électroniquement ou en radiothérapie oncologique) ou en personne.

1. Consentement verbal :

Afin d'éviter au patient de revenir à l'hôpital, le prescripteur peut obtenir un consentement documenté par téléphone, en indiquant que le consentement verbal a été obtenu dans la section « signature du patient » du formulaire.

6. Durée du consentement

Il n'y a pas de durée de validité légale pour les formulaires de consentement. Cependant, le consentement doit toujours refléter la compréhension et l'accord du patient au moment où les soins sont prodigués.

S'il y a un délai important entre la signature du formulaire de consentement et le début du traitement, l'équipe soignante doit s'assurer que le consentement du patient reste valide et éclairé.

Dans de tels cas :

- le clinicien responsable de l'intervention doit confirmer avec le patient qu'il accepte toujours de poursuivre le traitement prévu et qu'il continue de comprendre la nature, l'objectif, les risques et les avantages de l'.
- Une note doit être consignée dans le dossier médical indiquant que le patient a confirmé sa décision de poursuivre le traitement conformément au formulaire de consentement signé précédemment.
- Si des changements sont survenus dans l'état du patient, le plan de traitement ou les informations fournies lors de la discussion initiale sur le consentement, un nouveau processus de consentement et un nouveau formulaire doivent être remplis.

7. Assurance qualité :

Les rapports d'incident seront examinés afin d'identifier les lacunes dans les processus et d'assurer une amélioration continue, conformément aux processus établis par la Cancer Care Mission.

Procédure d'escalade - Au moment du traitement prévu

Si le consentement ne peut être obtenu avant le traitement, il convient d'en référer au médecin prescripteur ou à l'infirmière praticienne, ainsi qu'au responsable du secteur de f . .

1. Si le prescripteur ne parvient pas à obtenir le consentement physique, il a la possibilité d'obtenir le consentement par téléphone ou par télé-médecine.
2. Une ordonnance verbale donnée à l'infirmière ou au technologue pour procéder au traitement serait acceptable, mais le prescripteur doit obtenir un consentement signé dès que possible.
 - a. L'infirmière ou le technologue doit clairement consigner la discussion avec le prescripteur dans le dossier du patient.
3. Si l'infirmière ou le technologue en radiologie ne parvient pas à joindre le prescripteur ou, il doit alors contacter pour obtenir le consentement. Il doit ensuite appeler le médecin de garde afin d'obtenir le consentement du patient ou de donner l'ordre verbal de procéder au traitement et d'éviter, en dernier recours, de suspendre le traitement.
4. Un rapport d'incident et d'accident AH-223/ Safety Incident Learning System (SILS) in Radiation Oncology doit être rempli.

3.5 Circonstances particulières :

Situation 1 : Radio-oncologie :

Si la copie papier du consentement n'a pas été numérisée ou n'a pas été trouvée dans Dacis / ARIA (perdue), le technologue en radio-oncologie peut vérifier les notes pour voir si le consentement a été obtenu et peut procéder au traitement si la documentation est présente. Le médecin ou l'infirmier praticien doit être informé et un rapport SILS doit être établi pour le document manquant.

Situation 2 : Traitement d'urgence :

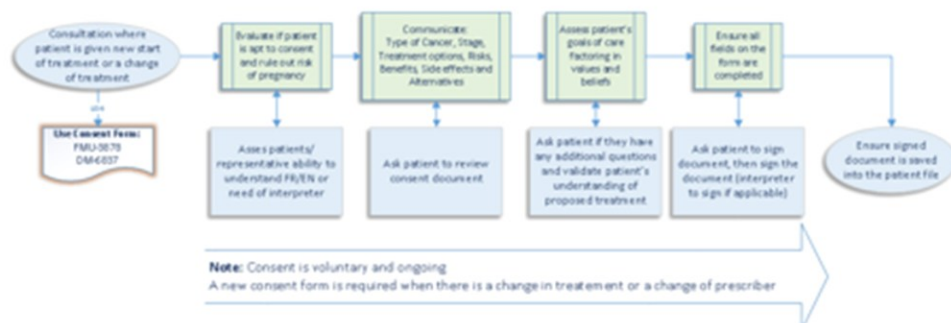
La signature du consentement par le patient n'est pas requise si le traitement doit être administré dans une situation d'urgence. Cela peut être défini comme suit : le patient n'est pas médicalement apte à donner son consentement, il n'existe aucune directive préalable en matière de , aucun représentant légal ou mandataire n'est en mesure de donner son consentement et la décision est prise selon le jugement clinique du médecin ou de l'infirmière praticienne.

Situation 3 : Processus de délégation :

Si vous ne parvenez pas à joindre le prescripteur, vous devez appeler le médecin de garde afin d'obtenir le consentement du patient ou de lui donner l'ordre verbal de poursuivre le traitement. L'infirmière ou le technologue en radio-oncologie doit remplir un rapport d'incident et d'accident (AH-223) ou un rapport SILS. Situation 4 : Le patient a commencé le traitement sans document de consentement éclairé. Le médecin et/ou l'infirmier praticien responsable doit obtenir rétroactivement le consentement et remplir un rapport d'incident et d'accident (AH-223).

3.6 Processus général :

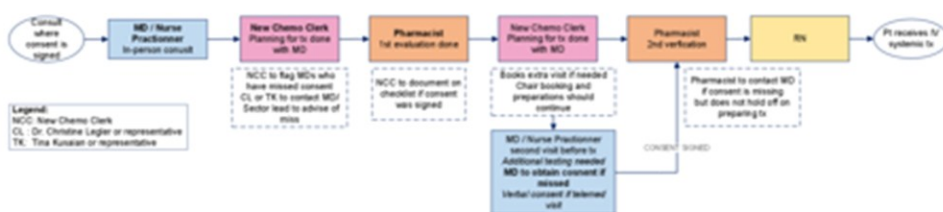
Consent Process for Patient who will be undergoing treatment



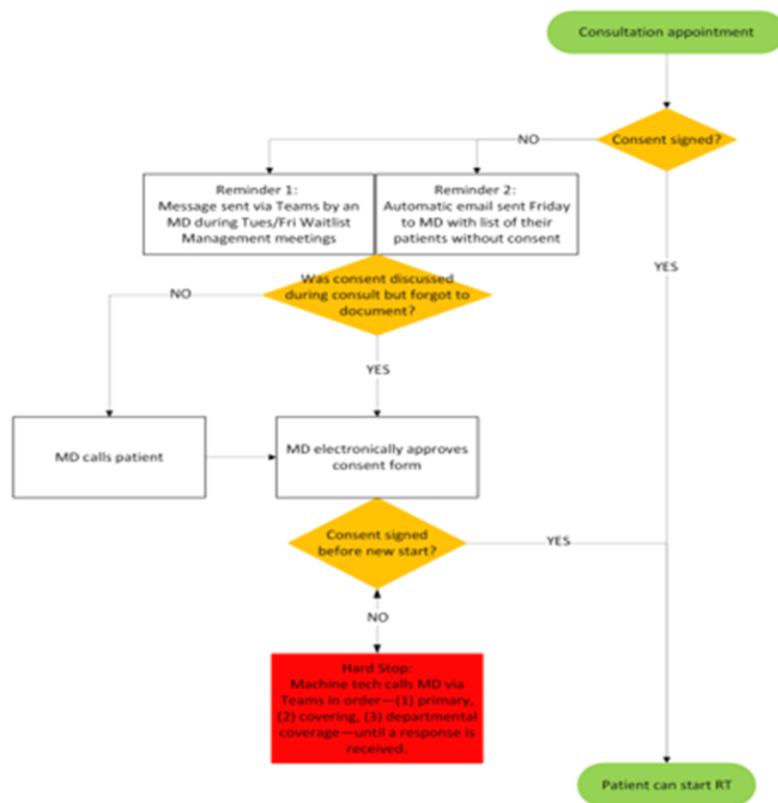
Les algorithmes suivants décrivent les mesures à prendre lorsqu'un formulaire de consentement n'est pas trouvé dans le dossier du patient.

Ces processus décrivent les mesures que l'équipe interdisciplinaire, selon son secteur respectif, doit suivre pour s'assurer que les patients ne se présentent pas pour un traitement sans formulaire de consentement signé.

3.7 Processus du centre de jour en oncologie (ODC)



3.8 Radio-oncologie



3.9 Unité d'hospitalisation D10



Directive médicale et clinique : Directive clinique relative au consentement éclairé pour les traitements oncologiques
Date de révision : 11 décembre 2025

8

3.10 Éducation des patients

A des fins éducatives, des bannières mettant en évidence les éléments du consentement éclairé sont disponibles dans les salles d'attente cliniques.

4. AUTEURS PRINCIPAUX :

Astride Bazile, infirmière coordinatrice de projet en oncologie, co-responsable de l'amélioration de la qualité,
Shuk On Annie Leung, MD, gynécologue oncologue, co-responsable QI
Selda Elmas, chef de projet en oncologie

Indiquez l'auteur principal et/ou la personne à contacter pour toute référence.

5. CONSULTANTS :

Dr Nathaniel Bouganim, oncologue médical
Amelie Chartier, pharmacienne en oncologie
Lidia Consencova, infirmière praticienne en oncologie
Dr Denis Cournoyer, hématologue oncologue
Tina Kusaian, infirmière gestionnaire, Centre de cancérologie Cedars
Julie Mathieu, infirmière gestionnaire, oncologie hospitalière
Lara Perry, gestionnaire administrative, Centre de cancérologie Cedars
Joanne Power, infirmière praticienne avancée en gynécologie/gynécologie oncologique
Kit Racette, partenaire des patients
Dre Sonia Skamene, radio-oncologue
Susan Szatmari, partenaire des patients
Andrea Witkowski, infirmière praticienne avancée en oncologie

6. PROCESSUS D'APPROBATION

Approbation institutionnelle et professionnelle

Les membres du comité d'examen des lignes directrices, dont la liste figure à la section 5, ont examiné et approuvé le présent document. Le document sera examiné par le directeur médical et le directeur adjoint des soins infirmiers de la Mission de soins contre le cancer. Le document sera partagé et diffusé par l'intermédiaire de la direction de la Mission de soins contre le cancer. Le document sera finalisé par le comité des formulaires du CUSM.

Comités	Date [aaaa-mm-jj]
<input type="checkbox"/> Comité d'examen des pratiques cliniques pour adultes (CPRC)	À confirmer
<input type="checkbox"/> Pharmacie et thérapeutique pour adultes (P&T) (le cas échéant)	Sans objet
<input type="checkbox"/> Table des directeurs (le cas échéant)	

7. DATE DE RÉVISION

Septembre 2029, ou plus tôt en cas de nouvelles preuves ou de nécessité de modifier les pratiques.
Révision et approbation du document tous les 4 ans, selon les besoins.

8. RÉFÉRENCES

Accréditation Canada (s. d). [Prioritaire SP 8.1.20.docx](#)

Directrice médicale et clinique : Directrice clinique relative au consentement éclairé pour les traitements oncologiques
Date de révision : 11 décembre 2025

9

Barreau du Québec. (s. d.). *Le médecin et le consentement aux soins médicaux*.

<https://www.barreau.qc.ca/en/new/guides-brochures/guide-consentement-soins-medicaux/>

BC Cancer. (s. d.). *Serious illness conversation guide card* [Document en anglais seulement].

<http://www.bccancer.bc.ca/new-patients-site/Documents/SeriousIllnessConversationGuideCard.pdf>

Centre universitaire de santé McGill. (2024, 5 décembre). *Consentement éclairé pour les traitements en oncologie – Bannière (G2-241338)* [Usage interne seulement]. CUSM Multimédia.

Centre universitaire de santé McGill. (2024, 27 septembre). *Consentement éclairé pour les traitements en oncologie – Guide d'utilisateurs (G2-241208)* [Usage interne seulement]. CUSM Multimédia.

Centre universitaire de santé McGill. (2024, 23 juillet). *Consentement aux traitements contre le cancer (Formulaire de consentement – Mission des soins de cancer, DM-6837, REV 2024/07/23)* [Document interne]. CUSM.

Centre universitaire de santé McGill. (s. d.). *Informed patient consent for clinical interventions*.

<https://www.mymuhc.muhc.mcgill.ca/policies-and-procedures/muhc-administrative-policies/documents/pm-100-informed-consent-clinical>

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2017). *Niveaux de soins : Prenez part à la discussion*.

https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/Depliant_niveaux-de-soins_FR_20170111.pdf

Historique des versions (à usage administratif uniquement)			
Version	Description	Auteur/responsable	Date
1	Création	Amélioration de la qualité CCM	9 mai 2025
Non	Description (Création, Approbation, Révision avec modifications, Révision sans modifications, etc.)	Acronyme de gestion, fonction	
Non	Description (création, approbation, révision avec modifications, révisions sans modifications, etc.)	Acronyme de gestion, fonction	

Apendices G : Scénario capsule vidéo :

SCENARIO 1

Patiente : Sarah M., 32 ans

Diagnostic : Cancer du sein localement avancé, triple négatif (ER-, PR-, HER2-)

Lieu : Première consultation au Centre du cancer des Cèdres

Plan de traitement : Chimiothérapie + immunothérapie néoadjuvante → chirurgie → radiothérapie

Équipe : Infirmière pivot, clinique de fertilité, conseil génétique

Dr Asselah :

« Bonjour Sarah, je suis le Dr Jamil Asselah, votre oncologue médical. Je sais que c'est un moment difficile, mais vous n'êtes pas seule. Entrez, installez-vous. »

Sarah (anxieuse) :

« Merci... J'ai peur, mais je veux savoir ce qui m'attend. »

Dr Asselah (avec douceur) :

« Je sais que c'est une période angoissante. Vous avez déjà traversé beaucoup d'épreuves, les examens d'imagerie, la biopsie et l'attente des résultats. Mon objectif aujourd'hui est de vous expliquer les prochaines étapes, les risques et les bénéfices potentiels des traitements disponibles, et de répondre à vos questions. C'est un processus que nous appelons le consentement éclairé, nous vous transmettons des informations importantes afin que vous puissiez nous donner votre autorisation, ou votre consentement, pour vous traiter. Est-ce que cela vous convient? »

Sarah :

« Oui, c'est exactement ce que je cherche. »

(Montre les images et les résultats de la biopsie)

Dr Asselah

« Vous avez un diagnostic de ce que nous appelons un cancer du sein triple négatif. Nous l'appelons ainsi parce que les trois récepteurs qui servent habituellement de cibles les plus faciles pour les traitements ne sont pas présents. Cependant, nous disposons de traitements auxquels certaines personnes répondent avec une guérison complète, et c'est notre objectif. »

Sarah :

« Quel sera le traitement ? »

Plan de traitement

Dr Asselah :

« Le plan de traitement que je vous recommande comprend des médicaments, une chirurgie et une radiothérapie. Si vous êtes d'accord, nous commencerons par un traitement avec des médicaments. Vous recevrez d'abord 12 semaines de deux médicaments de chimiothérapie, je vais inscrire leurs noms sur ce formulaire, ainsi qu'un autre médicament qui agit sur le système immunitaire pour traiter le cancer (ce qu'on appelle l'immunothérapie, je noterai également le nom de ce médicament). Par la suite, vous recevrez 4 cycles (ou séances) d'un autre protocole de chimiothérapie, je noterai aussi les noms de ces médicaments, en plus de l'immunothérapie. »

« Nous administrons ces médicaments par voie intraveineuse (IV), ce qui signifie que vous devrez avoir une voie IV interne dans la poitrine, que nous appelons un port. Pendant la première phase, le traitement est une fois par semaine. Lors de la deuxième phase, il a lieu toutes les deux à trois semaines. »

Sarah :

« Oui, j'en ai entendu parler dans les actualités. D'accord, je rencontrerai donc les spécialistes en génétique. »

Dr Asselah :

« Vous avez posé une question sur ce qui se passe si le traitement ne fonctionne pas. C'est une question effrayante, je sais. Tous mes patients se la posent. Ce que je peux dire, c'est que j'ai bon espoir que le traitement que nous proposons puisse fonctionner, et qu'il existe des moyens importants pour soutenir vous et votre famille si le traitement ne se passe pas comme nous l'espérons. Nous pouvons et continuerons à parler de ces ressources. Cela inclut nos infirmières PIVOT, qui vous aideront à coordonner vos soins dans les semaines et mois à venir. J'aimerais vous présenter votre infirmière PIVOT comme prochaine étape. Est-ce que cela vous paraît clair ? »

Sarah :

« Merci, Dr Asselah. Je pense que ça me va. »

Dr Asselah :

« Dans ce dossier, vous trouverez des informations sur les médicaments que je vous propose ainsi qu'un formulaire de consentement éclairé, que je vous demanderai de signer lorsque vous serez prêt

(Lui tend un dossier)

« Voici votre résumé de traitement et le formulaire de consentement. Prenez le temps de le lire à votre rythme. Je serai heureux de le passer ligne par ligne avec vous dès que vous serez prête. »

Dr Asselah (sourit) :

« Avant de partir aujourd'hui, vous rencontrerez également notre infirmière PIVOT spécialisée en oncologie mammaire. Elle est là pour coordonner vos rendez-vous, expliquer chaque étape et être votre point de référence tout au long des mois à venir.

Scenario 2

Patient : M. André Charbonneau, 67 ans

Diagnostic : Cancer du pancréas stade IV avec métastases hépatiques

Lieu : Première consultation – Hôpital Royal Victoria

Dr Asselah :

« Bonjour M. Charbonneau. Je suis le Dr Jamil Asselah, votre oncologue médical. Installez-vous. Je sais que ce n'est pas un moment facile. Comment vous sentez-vous ? »

M. C (fatigué) :

« Très fatigué... et inquiet. Je veux juste savoir la vérité. »

Dr Asselah (calme, empathique) :

« Merci pour votre sincérité. Les examens montrent un cancer du pancréas avancé, avec des métastases au foie. C'est une maladie sérieuse. »

Mme C (émue) :

« Y a-t-il encore quelque chose à faire ? »

Dr Asselah :

« Oui. Même si on ne peut pas guérir la maladie, on peut proposer une chimiothérapie pour ralentir sa progression, soulager les symptômes, et améliorer la qualité de vie. »

Traitement

Dr Asselah :

« Le traitement standard est une chimiothérapie appelée FOLFIRINOX. Elle est administrée toutes les deux semaines par un port-à-cath, un petit dispositif qu'on place sous la peau, dans la poitrine. Cela facilite les perfusions, évite les piqûres répétées, et réduit les risques d'infection. »

« Les effets secondaires peuvent inclure fatigue, nausées, diarrhée, et baisse des globules blancs. Certains patients le tolèrent bien, d'autres nécessitent des ajustements. On s'adapte à votre état. »

M. C :

« Combien de temps il me reste ? »

Dr Asselah :

« C'est très variable. Avec le traitement, la majorité des patients vivent entre 6 et 12 mois, parfois plus. Sans traitement, la maladie évolue souvent rapidement. »

Consentement

Dr Asselah :

« Je vais vous remettre un formulaire de consentement. Il sert uniquement à confirmer qu'on a bien discuté du plan de traitement, que vous en comprenez les grandes lignes, et que vous êtes d'accord pour débiter si vous vous sentez prêt. »

« Vous gardez toujours le contrôle, on pourra arrêter ou ajuster selon vos besoins. Prenez le temps de lire, et je suis disponible pour tout vous expliquer, étape par étape. »

Prix cancérologie 2025

PROGRAMME
QUÉBÉCOIS
DE CANCÉROLOGIE



Évolution de la pratique

Consentement éclairé en oncologie : Comprendre pour décider

Comité de l'amélioration de la qualité de la mission des soins de cancer du CUSM

Centre Universitaire de Santé McGill

Astride Bazile

Dre Annie Leung
Selda Elmas
Christine Bouchard
Dr Armen Aprikan
Dre Christine Legler
Tina Kusaian
Dr Nathaniel Bouganim
Lara Perry
Dr Jamil Asselah
Dr Denis Courmoyer

Luisa Luciani Castiglia

Dr Tarek Hijal
Dre Sonia Skamene
Will Parker
Jessica Glusko
Briana Cabral
Dr Justin Sanders
Julie Mathieu
Kit Racette
Susan Szatmari
Andrea Witkowski

Amélie Chartier

Chelsea Ilagan
Lidia Cosencova
Nadim Elfangary
Gabrielle Lemieux
Clara Tardif
Paule Kelly-Rhéaume
Alessia Paparella
Joanne Power

Votre
gouvernement

Québec



Votre
gouvernement

Québec



PROGRAMME
QUÉBÉCOIS
DE CANCÉROLOGIE

Prix cancérologie
2025

Évolution de la pratique

*Consentement éclairé en oncologie :
comprendre pour décider*

Comité de l'amélioration de la qualité de la mission des soins de cancer du CUSM

Centre universitaire de santé McGill

Jean Latreille
Jean Latreille,
Directeur national du Programme
qualité des soins de cancérologie

Québec