PROGRAMME RÉGIONAL DE CANCÉROLOGIE DE LAVAL

Plan d'action régional en cancérologie
2015-2020

Réseau de cancérologie de Laval

Québec

PROGRAMME RÉGIONAL DE CANCÉROLOGIE
Région 13 – Laval

- PLAN D'ACTION RÉGIONAL EN CANCÉROLOGIE 2015-2020 -

31 mars 2015

Une publication de
l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval
800, boulevard Chomedey, tour A
Laval (Québec) H7V 3Y4
Téléphone : 450 978-2000
Télécopieur :450 978-2100
Site Internet : www.lavalensante.com

Réalisation

Docteur Patrick Bouchard	Directeur médical et co-gestionnaire régional en cancérologie
Madame Daniela Lascu	Agente de programmation, de planification et de recherche/Répondante régionale en cancérologie
Madame Caroline Riou	Coordonnatrice clinico-administrative en cancérologie
Madame Céline Dufour	Agente de recherche - Équipe surveillance, Direction régionale de santé publique
Docteur Mark-Andrew Stefan	Médecin conseil, Direction régionale de santé publique

Coordination de la rédaction

Madame Daniela Lascu

Secrétariat

Madame Liette Vendrame

Consultations

COMMISSION INFIRMIÈRE RÉGIONALE
COMITÉ DE GOUVERNE MÉDICALE, CSSS DE LAVAL
COMITÉ RÉGIONAL DU CONTINUUM DE SOUTIEN
DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Édition et diffusion

Offert au centre de documentation du Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval.
Coût : 15 $ - version imprimée

Le présent document est disponible gratuitement en version électronique à l'adresse : www.lavalensante.com section Documentation, rubrique Publications.

Pour l'obtention des documents en médias substitut, communiquer avec le centre de documentation.

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

Dépôt légal – 2015
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015
Bibliothèque et Archives Canada, 2015
ISBN-978-2-89706-084-8 (version imprimée)
ISBN-978-2-89706-085-5(version PDF)

La reproduction partielle ou complète du document à des fins personnelles et non commerciales est permise à condition d'en mentionner la source.
© Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2015

LISTE DES COLLABORATEURS

COMITÉ DIRECTEUR RÉGIONAL

Docteur Patrick Bouchard	Directeur médical et co-gestionnaire régional en cancérologie, CSSS de Laval
Docteur Guy Boutin	Directeur médical, Santé physique - chirurgie, CSSS de Laval
Monsieur Louis Deschamps	Directeur, Santé physique – médecine, CSSS de Laval
Madame Julie Desjardins	Directrice régionale de la coordination des programmes et services, Agence de Laval
Madame Daniela Lascu	Répondante régionale en cancérologie, Agence de Laval
Docteure Martine Montigny	Directrice médicale, Santé physique - médecine, CSSS de Laval
Docteur Claude Prévost	Directeur médical adjoint, Santé publique, Agence de Laval
Madame Caroline Riou	Coordonnatrice clinico-administrative régionale en cancérologie, CSSS de Laval

COMITÉ RÉGIONAL DE COORDINATION ET DE GESTION

Madame Gilliane Beaudet	Chef du département de pharmacie, CSSS de Laval
Docteur Jacques Blais	Chef du département de médecine générale
Docteur Patrick Bouchard	Directeur médical et co-gestionnaire régional en cancérologie, CSSS de Laval
Madame Maryse Carignan	Conseillère clinique à la direction des soins infirmiers, associée au programme de cancérologie, CSSS de Laval
Docteure Marie-Andrée Fortin	Chef du département de radio-oncologie, CSSS de Laval
Docteur Alain Goudreau	Directeur des services professionnels, hospitaliers et des affaires médicales, CSSS de Laval
Docteur Jean-René Houle	Chef du département de chirurgie, CSSS de Laval
Madame Daniela Lascu	Répondante régionale en cancérologie, Agence de Laval
Monsieur Michel Letendre	Fondateur de la Fondation Maxime-Letendre
Docteur Jean-Pierre Martineau	Chef médical du service de soins palliatifs, CSSS de Laval
Docteur Jacques Morais	Chef du département de médecine spécialisée, CSSS de Laval
Madame Caroline Riou	Coordonnatrice clinico-administrative régionale en cancérologie, CSSS de Laval
Madame Carole Singher	Coordonnatrice, organisme communautaire Lumi-vie
Docteur Mark-Andrew Stefan	Chef du service en médecine préventive, Agence de Laval
Docteure Danielle Talbot	Chef du département de biologie médicale, CSSS de Laval

LISTE DES ABRÉVIATIONS

Agence	Agence de la santé et des services sociaux
CAT	Centre d'abandon du tabac
CCSR	Centre de coordination des services régionaux
CDD	Centre de dépistage désigné
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement de soins de longue durée
CHUM	Centre hospitalier universitaire de Montréal
CHUQ	Centre hospitalier universitaire du Québec
CICL	Centre intégré de cancérologie de Laval
CIP	Comité d'inspection professionnelle
CLSC	Centre local de services communautaires
CPIO	Comité de pratique infirmière en oncologie
CRE	Conférence régionale des élus
CRID	Centre de référence pour investigation désigné
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CT	Computed Tomography
DAUCQ	Direction des affaires universitaires, corporatives et de la qualité
DCIO	Dossier/Module clinique informatisé oncologique
DMS	Durée moyenne de séjour
DPE	Dossier patient électronique
DQC	Direction québécoise de cancérologie
DRMG	Département régional de médecine générale
DRSP	Direction régionale de santé publique
DSI	Direction de soins infirmiers
ERCP	Cholangio-pancréatographie rétrograde
ETC	Équivalent temps complet
FEJ	Famille Enfance Jeunesse
GACO	Guichet d'accès pour la clientèle orpheline
GMF	Groupe de médecine familiale
HJR	Hôpital juif de réadaptation
HMR	Hôpital Maisonneuve-Rosemont
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPO	Infirmière pivot en oncologie
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MSPL	Maison de soins palliatifs de Laval
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
ODD	Outil de dépistage de la détresse
OMS	Organisation mondiale de la santé
OPQ	Ordre des pharmaciens du Québec
ORL	Oto-rhino-laryngologie
PAG	Plan d'action gouvernemental
PAL	Plan d'action local
PAR	Plan d'action régional
PII	Plan d'intervention interdisciplinaire
PNSP	Programme national de santé publique
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein

PQAT	Plan québécois d'abandon du tabagisme
PQDCCR	Programme québécois de dépistage du cancer colorectal
PQLC	Programme québécois de lutte contre le cancer
PQLT	Plan québécois de lutte contre le tabagisme
PRSA	Programmation régionale des services ambulatoires
RCQ	Réseau de cancérologie du Québec
RI	Ressource intermédiaire
RQC	Registre québécois de cancer
RSOS	Recherche du sang dans les selles
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SIMASS	Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés
SSPAD	Société de soins palliatifs à domicile du Grand Montréal
TDM	Tomodensitométrie
VHB	Virus de l'hépatite B
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VPH	Virus du papillome humain

Liste des figures

Figure 1 : Évolution du nombre de nouveaux cas de cancer excluant certaines tumeurs de la peau selon les principaux sièges, Laval, 2000-2010 5
Figure 2 : Évolution du nombre de nouveaux cas de cancer excluant ceux de la peau autre que le mélanome selon les principaux sièges, Laval, 2000-2010 6
Figure 3 : Nombre et taux de nouveaux cas de cancer, ensemble des sièges excluant ceux de la peau autre que le mélanome selon l'âge, Taux brut et nombre, Laval, 2010 7
Figure 4 : Projection du nombre de nouveaux cas de cancer, ensemble des sièges excluant ceux de la peau autre que le mélanome, Laval, données observées (2000-2010), données projetées (2010-2020) 7
Figure 5 : Évolution de la prévalence basée sur le nombre de personnes diagnostiquées pour un cancer, excluant un cancer de la peau autre que le mélanome (délai maximum depuis le diagnostic de 15 ans), Laval et Québec, 2000-2011 9
Figure 6 : Décès par cancer, nombre et taux annuel moyen ajusté pour 100 000 personnes, 2000 à 2009 10
Figure 7 : Années potentielles de vie perdues à 75 ans par tumeurs malignes, taux annuel moyen ajusté pour 100 000 personnes, 2000 à 2009 11
Figure 8 : Répartition (%) des Québécois qui déclarent avoir des incapacités limitant leurs activités quotidiennes selon un cancer autodéclaré ou non, 35 ans et plus, 2009-2010 11
Figure 9 : Épisodes d'hospitalisation en soins physiques de courte durée selon un diagnostic (principal) de cancer, populations lavalloise et québécoise, 2000-2001 à 2011-2012 13
Figure 10 : Proportion (%) des Québécois présentant certains facteurs de risque comportemental de cancer selon un cancer autodéclaré ou non, 35 ans et plus, 2009-2010 16
Figure 11 : Proportion (%) des non-fumeurs lavallois, exposés à la fumée secondaire dans les lieux publics ou à l'intérieur de la maison, selon le sexe, 12 ans et plus, 2003 à 2009-2010. 16
Figure 12 : Proportion (%) des Lavallois présentant certains facteurs de risque comportemental de cancer selon le revenu par ménage, 18 ans et plus, 2009-2010 17
Figure 13 : Proportion (%) des Québécois souffrant ou ayant déjà souffert d'un cancer selon le revenu par ménage, 35 ans et plus, 2009-2010 18
Figure 14 : Trajectoire de soins de l'usager – intervention IPO 38

Liste des tableaux

Tableau 1 : Projection du nombre de nouveaux cas de cancer selon les principaux sièges, Laval, données observées (1998-2008), données projetées (2009-2018) 8
Tableau 2 : Décès pour certaines tumeurs malignes, Nombre, Laval, 2009 10
Tableau 3 : Proportion (%) des Québécois déclarants souffrant de certaines maladies selon un cancer autodéclaré ou non, 35 ans et plus, 2009-2010 12
Tableau 4 : Hospitalisations 13
Tableau 5 : Proportion (%) des Lavallois présentant des facteurs de risque comportemental du cancer,18 ans et plus, 2009-2010 14
Tableau 6 : Plan d'effectifs médicaux de spécialistes à Laval 30
Tableau 7 : Comparaison de la consommation attendue et de la consommation réelle de certains services médicaux, région de Laval, 2012 31
Tableau 8 : Comparaison de la consommation attendue et de la consommation réelle des services médicaux en omnipratique, région de Laval, 2012 31
Tableau 9 : Équipe interdisciplinaire de lutte contre le cancer 34
Tableau 10 : Portrait sommaire des corridors de services actuels 46
Tableau 11 : Projet de territoires couverts par le CSSS de Laval 47
Tableau 12 : Couverture populationnelle des vaccins en lien avec le cancer, Laval, 2012-2013 63
Tableau 13 : Proportion des femmes lavalloises ayant reçu un test Pap au cours des 3 années précédentes, 2008 67
Tableau 14 : Délai moyen estimé entre l'arrivée d'un spécimen dans le laboratoire d'anatomopathologie et la signature du rapport par l'anatomopathologiste 73
Tableau 15 : Offre de service en imagerie médicale et médecine nucléaire 73
Tableau 16 : Pourcentage de chirurgies oncologiques réalisées dans les délais prescrits 78
Tableau 17 : Volume d'activités pour la clinique d'hémato-oncologie 79
Tableau 18 : Visites médicales 81
Tableau 19 : Téléthérapie 81
Tableau 20 : Patients traités en radio-oncologie 82

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION **1**

PARTIE 1 : CONTEXTE RÉGIONAL **3**

1.1 Bref historique de la cancérologie à Laval 4
1.2 Portrait socio-sanitaire de la région de Laval 5
1.2.1 Portrait sociodémographique de Laval *5*
1.2.2 Fréquence du cancer *5*
1.2.3 Impacts du cancer *9*
1.2.4 Déterminants de la santé et prévention *14*
1.3 Modèle organisationnel du réseau régional de cancérologie 18
1.3.1 Mission, vision, valeurs *18*
1.3.2 Structure régionale de cancérologie *20*
1.3.3 Rôle du CSSS de Laval et contribution des partenaires *25*
1.3.4 Effectifs médicaux *30*
1.3.5 Équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer *32*
1.3.6 Infirmières pivots en oncologie *37*
1.3.7 Outils de communication *39*
1.3.8 Corridors de services *45*
1.3.9 Maintien et évolution de la qualité *47*

PARTIE 2 : ANALYSE DE L'OFFRE DE SOINS ET SERVICES EN CANCÉROLOGIE **59**

2.1 Promotion, prévention et protection 60
2.2 Investigation et diagnostic 72
2.3 Traitement et suivi 77
2.4 Soutien, adaptation et réadaptation 84
2.5 Soins palliatifs 90
2.6 Trajectoires réelles des patients comparées aux parcours thérapeutiques optimaux 97

PARTIE 3 : PLAN D'ACTION RÉGIONAL EN CANCÉROLOGIE 2015-2020 ..... **107**

CONCLUSION **151**

BIBLIOGRAPHIE **152**

ANNEXE 1 : STRUCTURE RÉGIONALE DE CANCÉROLOGIE **156**

ANNEXE 2 : RENCONTRES INTERDISCIPLINAIRES EN ONCOLOGIE **157**

ANNEXE 3 : CHEMINEMENT DE CLIENTÈLE – SITE TUMORAL (PROSTATE) **160**

ANNEXE 4 : CHEMINEMENT DE CLIENTÈLE – SITE TUMORAL (POUMON) **161**

ANNEXE 5 : CHEMINEMENT DE CLIENTÈLE – SITE TUMORAL (COLON) **162**

ANNEXE 6 : CHEMINEMENT DE CLIENTÈLE – SITE TUMORAL (SEIN) **163**

ANNEXE 7 : CHEMINEMENT DE CLIENTÈLE – SITE TUMORAL (ORL) **164**

ANNEXE 8 : CHAMPS DE PRATIQUE DES DIFFÉRENTS INTERVENANTS **165**

INTRODUCTION

Au Québec, la lutte contre le cancer s'appuie sur le *Programme québécois de lutte contre le cancer - Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe* (PQLC), adopté en 1998. Ce programme recommande une approche globale de prise en charge de la personne atteinte, un réseau intégré et hiérarchisé de soins et de services basé sur des équipes interdisciplinaires, des infirmières pivots, une pratique fondée sur les données probantes, de même que la participation des personnes atteintes et de leurs proches. L'implantation du programme demeure toutefois un défi. Des améliorations sont nécessaires en matière d'intégration de tous les éléments du système de santé dans la lutte contre le cancer.

Dans cette perspective, en 2013, la Direction québécoise de cancérologie (DQC) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a publié le *Plan directeur en cancérologie - Ensemble en réseau pour vaincre le cancer* qui préconise le déploiement et l'animation du Réseau de cancérologie du Québec (RCQ) à tous les paliers. Grâce aux liens créés par le RCQ, la population et les personnes atteintes de cancer auront accès partout à des soins et des services uniformément excellents (MSSS, 2013). Le *Plan d'action 2013-2015* de la DQC présente les priorités et les objectifs qui orienteront la poursuite des travaux en cancérologie.

La mise en commun des ressources à l'échelle nationale et la mise à jour des programmes régionaux de cancérologie s'avèrent les moyens les plus rationnels afin de favoriser l'atteinte des objectifs prévus à moindre coût.

À Laval, de nombreuses initiatives ont été déployées au cours des dernières années afin de consolider le programme régional de cancérologie. Mentionnons notamment, l'ouverture du Centre intégré de cancérologie (CICL) afin d'offrir aux Lavallois des services de radio-oncologie près de leur lieu de résidence, l'implantation d'un dossier clinique informatisé complet d'oncologie MosaiQ permettant d'automatiser la systématisation et la standardisation des plans de soins, le déploiement progressif d'un outil de dépistage de la détresse, l'intégration des éléments de coordination et de concertation dans la gouverne régionale et l'ouverture de la Maison de soins palliatifs de Laval (MSPL).

Pour autant, devant la complexité de la lutte contre le cancer et l'émergence de nouveaux besoins, ces avancées ne sont pas suffisantes, comme le dévoilent les constats de l'analyse de l'offre de service régionale de même que les résultats récents de l'*Enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer 2013*. De nouveaux efforts sont indispensables, traduits dans la mise à jour du programme régional de cancérologie et du plan d'action 2015-2020. Priorité est donnée à l'implication des personnes atteintes dans la prise de décision, au renforcement du rôle des intervenants de première ligne dans le parcours de soins, à l'intervention précoce contre le développement d'un cancer, à une meilleure accessibilité et qualité des services et au fonctionnement en réseau.

Le programme régional de cancérologie est le résultat d'un important travail de collaboration entre les acteurs de la région concernés. Il s'articule avec d'autres programmes ou plans, tels que le plan régional de santé publique, le plan de prévention des maladies chroniques, le plan régional d'accès, le plan de développement des soins palliatifs et la planification de la mission universitaire du Centre de santé et de services

sociaux (CSSS) de Laval. Il s'inscrit également en cohérence avec les ententes de gestion et les planifications stratégiques de la région et du MSSS.

Le plan d'action régional en cancérologie 2015-2020 repose sur le plan d'action 2013-2015 de la DQC. Les priorités ministérielles sont adaptées à la réalité régionale à travers des objectifs spécifiques et des moyens. Le plan d'action servira de base pour l'élaboration des plans détaillés, à savoir les plans de travail, les plans d'activités, les budgets annuels, etc.

Loin d'être un document statique, le plan d'action sera remanié et adapté à l'évolution de nouvelles connaissances et de nouveaux contextes dans lesquels il se déploie. D'ailleurs, le plan d'action ministériel 2015-2020 n'est pas encore disponible. Les nouvelles orientations de la DQC, lorsqu'elles seront connues, pourront amener certains ajustements aux orientations régionales.

Le présent rapport se divise en trois (3) grandes parties :

- le contexte régional, comprenant un bref historique de la lutte contre le cancer à Laval, les grandes lignes du portrait socio-sanitaire et la description du modèle organisationnel du réseau régional de cancérologie;
- l'analyse de l'offre du continuum de soins et de services en cancérologie, permettant de dresser le bilan régional de ce qui a été réalisé et de ce qui reste à faire, en s'appuyant sur des éléments observés et en prenant en compte les suggestions et les commentaires des groupes consultés;
- le plan d'action régional en cancérologie 2015-2020, précisant les objectifs spécifiques et les cibles afférentes à atteindre, les moyens à prendre pour parvenir aux résultats attendus, les indicateurs qui seront suivis ainsi que les échéanciers.

PARTIE 1 : CONTEXTE RÉGIONAL

1.1 BREF HISTORIQUE DE LA CANCÉROLOGIE À LAVAL

1998 : Mise sur pied - Programmation régionale des services ambulatoires (PRSA);

2002 : Mesure ONC-3 de la PRSA;
Création du 1er poste d'infirmière pivot en oncologie (IPO);
État de situation régional;

2003 : Création du programme clientèle oncologie et cogestion médico-administrative;

2004 : Plan d'action régional (Programme oncologie de la PRSA);

2005 : Du centre de radio-oncologie vers un centre intégré de lutte contre le cancer :
Demande d'un centre de radiothérapie;

2006 : Étude d'avant-projet d'un centre intégré de cancérologie incluant la radiothérapie et le Projet clinique/programme régional incluant le plan d'action 2006-2009;

2007 : Reconnaissance accordée au CSSS de Laval par le MSSS pour son programme de lutte contre le cancer avec attribution d'un mandat régional;
Début construction du Centre intégré de cancérologie de Laval (CICL);

2009 : Réflexion stratégique : Mission, vision, valeurs, objectifs 2010-2015;

2010 : Consolidation structure de gouverne régionale et fusion du COC-RSI (projet clinique) avec le comité régional de lutte contre le cancer;

2011 : Priorités 2011-2016 Projet clinique/Programme de lutte contre le cancer;
Programme de soutien à l'interdisciplinarité (2011-2013);
Ouverture du CICL : déménagement de la chimiothérapie;
Portrait populationnel-cancer, Direction de santé publique de Laval;

2012 : CICL - déploiement progressif d'une offre de service en radiothérapie à 4 accélérateurs, 10 h de fonctionnement/jour, mise en place d'un guichet régional d'accès, panier de service de base en soins bucco-dentaires, dossier clinique informatisé complet MosaiQ (2012-2013);
Nomination formelle d'un directeur médical/co-gestionnaire médical régional et révision de la gouverne régionale pour intégrer des éléments de concertation et de coordination selon le Plan directeur de la DQC;

2013 : Prix d'excellence DQC - *CICL modèle unique d'intégration clinique par le déploiement du dossier clinique informatisé oncologique MosaiQ;*
Mise en place de la nouvelle gouverne régionale;

2015 : Mise à jour du Programme régional de cancérologie et Plan d'action régional 2015-2020 en cancérologie.

1.2 PORTRAIT SOCIO-SANITAIRE DE LA RÉGION DE LAVAL

1.2.1 Portrait sociodémographique de Laval

Laval est l'une des régions les plus densément peuplées au Québec. Avec une population estimée à 429 430 personnes[1] en 2015 et une superficie de 246 kilomètres carrés[2], la densité de la population s'avère élevée, soit 1 746 habitants par kilomètre carré.

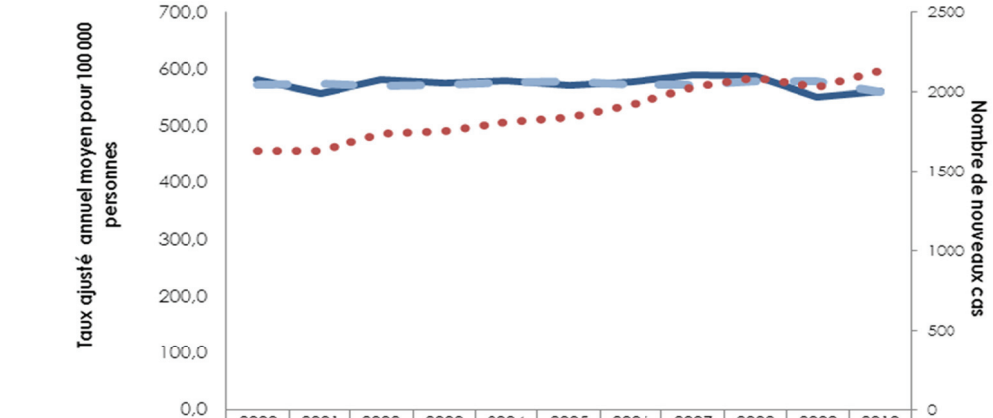
Laval se retrouve parmi les régions connaissant le taux de croissance le plus fort au Québec. Entre 2015 et 2030, la population lavalloise devrait connaître une croissance démographique de 18,2 %, tandis qu'elle n'est que 10,5 % pour l'ensemble du Québec pour la même période. De plus, Laval connaîtra un vieillissement accéléré de sa population. Au cours de la période 2015 à 2030, la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus devrait passer de 16,5 % à 22,2 %.

1.2.2 Fréquence du cancer

Incidence[3]

En 2010, il y a eu 2 137 nouveaux cas de cancer diagnostiqués à Laval, excluant les cancers de la peau autres que le mélanome. Cela représente plus de cinq nouveaux cas de cancer diagnostiqué par jours dans la région.

Figure 1 : Évolution du nombre de nouveaux cas de cancer excluant certaines tumeurs de la peau selon les principaux sièges, Laval, 2000-2010



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Laval - Taux	583,0	557,5	583,1	575,8	580,4	571,8	577,8	589,4	588,8	551,0	561,3
Québec - Taux	572,4	574,2	570,5	573,1	576,9	579,8	573,0	573,0	578,4	578,7	560,7
Laval -Nombre	1631	1631	1744	1760	1818	1842	1924	2032	2088	2031	2137

Sources de données : MSSS, Fichier des Tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2014; MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version décembre 2014) selon le découpage géographique en vigueur en avril 2014. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec, le 2 mars 2015.

[1] Ministère de la Santé et des Services sociaux et Institut de la statistique du Québec, 2010

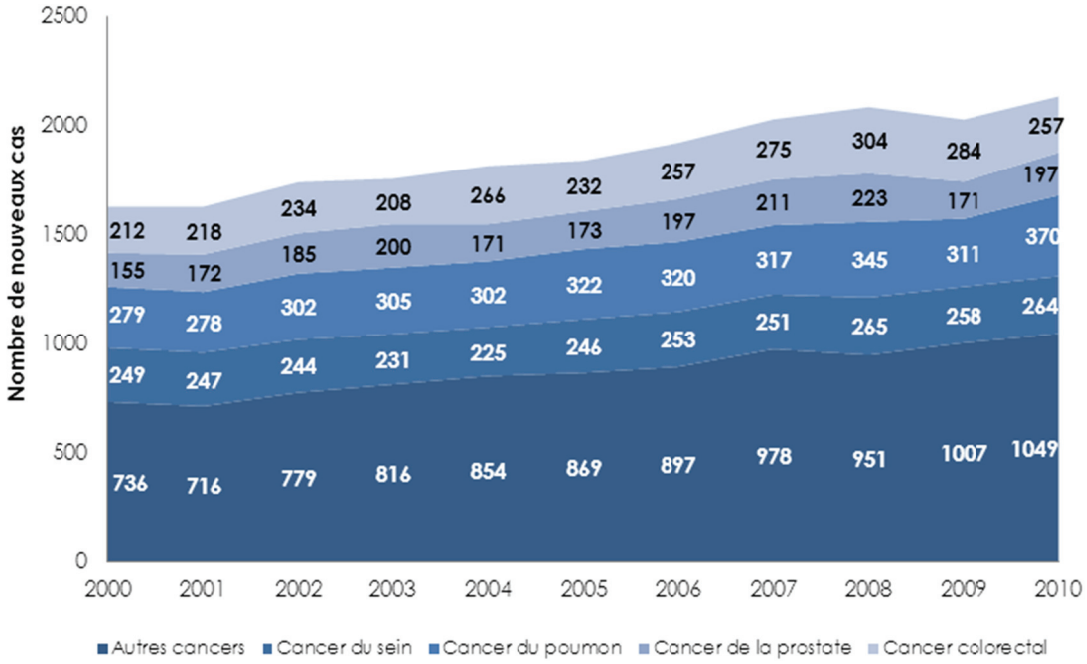
[2] Institut de la statistique du Québec. Profils de la région administrative, Laval. Site web consulté le 5 avril 2013 : http://www.stat.gouv.qc.ca/regions/profils/region_13/region_13_00.htm

[3] L'incidence détermine le nombre de nouveaux cas pour une période de temps donnée.

Le nombre de nouveaux cas de cancer a connu une hausse de 31 % entre 2000 et 2010. Toutefois, le taux ajusté, qui tient compte de la croissance et du vieillissement de la population, montre une augmentation moindre. Cela suggère qu'une grande part de l'augmentation des nouveaux cas est attribuable à l'évolution démographique.

Les types de cancers les plus fréquents sont le cancer du poumon (370 nouveaux cas), le cancer du sein chez les femmes (264 nouveaux cas), le cancer colorectal (257 nouveaux cas) et le cancer de la prostate (197 nouveaux cas). Ces quatre types de cancer représentent plus de la moitié des nouveaux cas de cancers diagnostiqués à Laval.

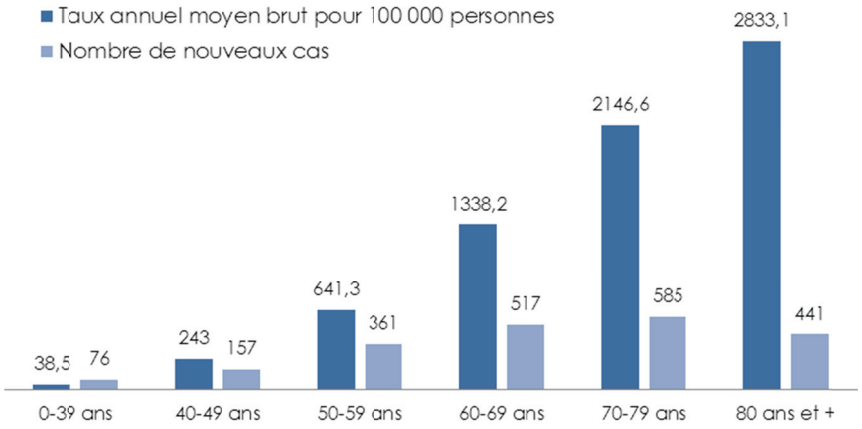
Figure 2 : Évolution du nombre de nouveaux cas de cancer excluant ceux de la peau autre que le mélanome selon les principaux sièges, Laval, 2000-2010



Sources de données : MSSS, Fichier des Tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2014; MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version décembre 2014) selon le découpage géographique en vigueur en avril 2014. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec, le 2 mars 2015.

Avec l'âge, le risque de développer un cancer augmente, comme il est démontré dans le graphique suivant. Cependant, c'est chez les personnes de 60-69 ans et les 70-79 ans qu'il y a le plus grand nombre de nouveaux diagnostics de cancer. Il n'y a aucune différence d'incidence de cancer selon le sexe (données non présentées).

Figure 3 : Nombre et taux de nouveaux cas de cancer, ensemble des sièges excluant ceux de la peau autre que le mélanome selon l'âge, Taux brut et nombre, Laval, 2010

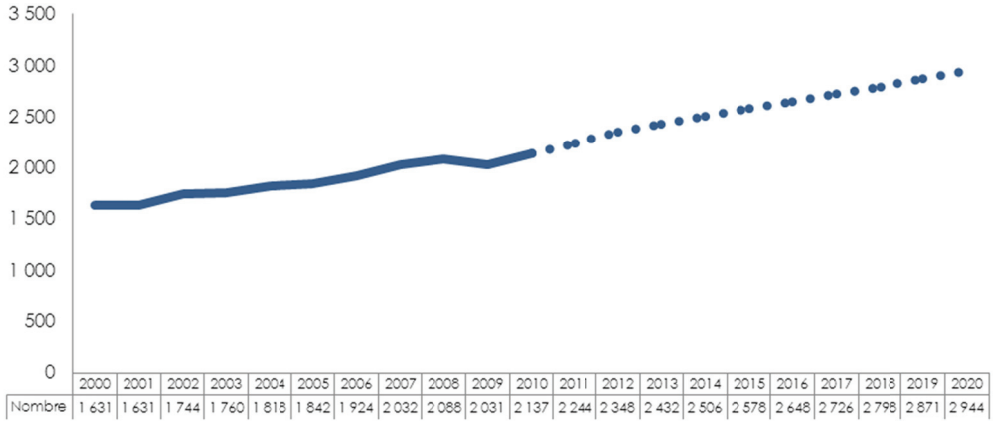


Sources de données : MSSS, Fichier des Tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2014; MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version décembre 2014) selon le découpage géographique en vigueur en avril 2014. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec, le 2 mars 2015.

Selon les données de projection de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), une tendance à la hausse du nombre de nouveaux diagnostics de cancer est observée (graphique ci-dessous). Bien que cette tendance s'observe pour l'ensemble des groupes d'âge, elle est plus marquée chez les personnes âgées de 65 ans et plus (données non présentées) .

Si la tendance se maintient, le nombre de nouveaux cas de cancer pourrait s'élever à 3 000 en 2020. Cela représente une augmentation du nombre de nouveaux cas de 37,8 % en dix ans et 80,5 % en vingt ans. En termes d'utilisation des services de santé, les impacts s'annoncent donc importants

Figure 4 : Projection du nombre de nouveaux cas de cancer, ensemble des sièges excluant ceux de la peau autre que le mélanome, Laval, données observées (2000-2010), données projetées (2010-2020)



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Nombre	1 631	1 631	1 744	1 760	1 813	1 842	1 924	2 032	2 088	2 031	2 137	2 244	2 348	2 432	2 506	2 578	2 648	2 726	2 798	2 871	2 944

Sources de données : MSSS, Fichier des Tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2014; MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version décembre 2014) selon le découpage géographique en vigueur en avril 2014. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec, le 2 mars 2015.

Parmi les quatre types de cancer les plus communs, si les tendances se maintiennent, c'est le nombre de nouveaux cas de cancer de la prostate qui devrait connaître la hausse la plus importante, soit de l'ordre de 97,5 %, suivi du cancer colorectal (57,6 %). L'incidence des cancers du sein et du poumon devraient augmenter sur une période de dix ans, mais dans des proportions moindres.

Tableau 1 : Projection du nombre de nouveaux cas de cancer selon les principaux sièges, Laval, données observées (1998-2008), données projetées (2009-2018)

	Nombre			% variation
Principaux sièges	**2000**	**2010**	**2020 Projection**	**2010-2020**
Cancer du poumon	279	370	426	15,1
Cancer du sein (femmes)	249	264	311	17,8
Cancer colorectal	212	257	405	57,6
Cancer de la prostate	155	197	389	97,5

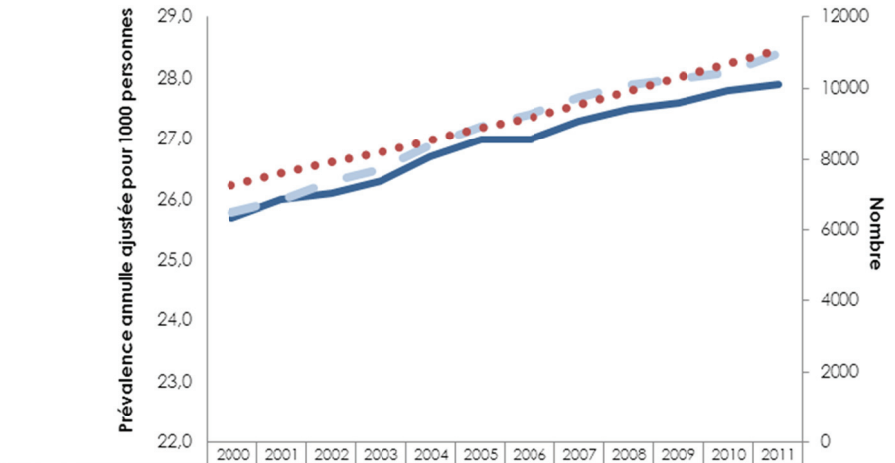
Sources de données : MSSS, Fichier des Tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2014; MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version décembre 2014) selon le découpage géographique en vigueur en avril 2014. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec, le 2 mars 2015.

Prévalence

La prévalence[4] de cancer est influencée par l'incidence, la durée de la maladie et le taux de survie de la maladie. Dans le présent rapport, les données de prévalence incluent les personnes ayant déjà eu un cancer en raison notamment du fait qu'elles sont à risque de récidive et sont également plus à risque d'un deuxième siège de cancer. De plus, les personnes ayant déjà eu un cancer nécessitent souvent un suivi à long terme, peuvent garder des séquelles physiques et psychologiques malgré la rémission, et requièrent parfois des services supplémentaires (réadaptation, psychiatrique, etc.) à long terme[5].

[4] La prévalence est le nombre de personnes ayant un cancer, ou ayant déjà eu un cancer à un moment donné.
[5] Société canadienne de cancer (2011). Rapports statistiques.

Figure 5 : Évolution de la prévalence basée sur le nombre de personnes diagnostiquées pour un cancer, excluant un cancer de la peau autre que le mélanome (délai maximum depuis le diagnostic de 15 ans), Laval et Québec, 2000-2011



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Laval - Taux	25,7	26	26,1	26,3	26,7	27	27	27,3	27,5	27,6	27,8	27,9
Québec - Taux	25,8	26	26,3	26,5	26,9	27,2	27,4	27,7	27,9	28	28,1	28,4
Laval - Nombre	7262	7609	7905	8193	8541	8872	9161	9555	9942	10322	10691	11059

Sources : MSSS, Fichier des Tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation découpage - territoriale version M34-2014; - MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version décembre 2014) selon le découpage géographique en vigueur en avril 2014. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec, le 4 mars 2015 à 14:39.

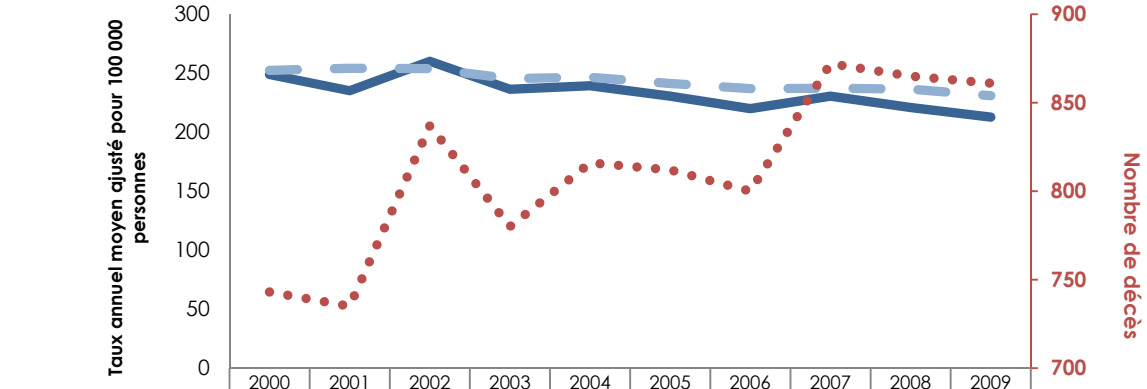
Comme indiqué dans le graphique précédent, en 2011, il y avait 11 000 Lavallois vivant avec un cancer ou qui avaient déjà eu un cancer (délai depuis le diagnostic de 15 ans). La prévalence de cancer est demeurée relativement stable depuis 2000 tant à Laval qu'au Québec. Cela peut s'expliquer par l'effet cumulatif de plusieurs facteurs. La prévalence augmente progressivement au fur et à mesure que la population croît et vieillit. Ajoutons que les techniques de dépistage et les traitements s'améliorent, augmentant ainsi le taux de survie et la durée de vie avec la maladie.

1.2.3 Impacts du cancer

Mortalité

Le cancer constitue la première cause de décès chez les Lavallois. En 2009, le cancer était responsable du décès de 861 Lavallois, soit environ 1 décès à tous les 10 heures. Ce nombre est en augmentation depuis 2000 et dépasse les décès par maladies de l'appareil circulatoire (données non présentées). Cependant le taux ajusté de décès par cancer étant demeuré relativement stable sur cette période, l'augmentation en termes absolus est due surtout à la croissance démographique et au vieillissement de la population.

Figure 6 : Décès par cancer, nombre et taux annuel moyen ajusté pour 100 000 personnes, 2000 à 2009



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Laval	248,8	235,2	260,1	236,4	239,3	230,5	220	230,5	220,9	212,7
Québec	252,3	254,1	253,8	245,5	246,5	241,3	236,9	237,3	236,5	230,9
Laval -Nombre	743	735	837	780	816	812	800	872	865	861

Source : MSSS, Fichiers décès 2000 à 2009

Figurant parmi les cancers les plus communs, les cancers du poumon, colorectal et du sein causent le plus grand nombre de décès. Le cancer de la prostate, également très commun, engendre peu de décès. Alors que celui du pancréas, plutôt rare, mais avec un pronostic beaucoup plus sévère, s'avère le quatrième cancer en importance en termes de nombre de décès.

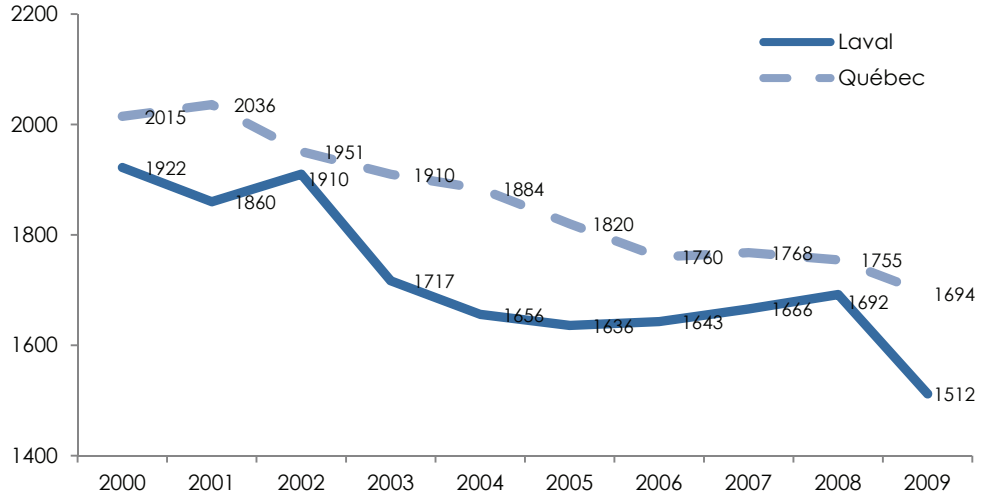
Tableau 2 : Décès pour certaines tumeurs malignes, Nombre, Laval, 2009

Tumeurs malignes (CIM-10 = C00-C97)	Nombre
Trachée, bronches et poumon (CIM-10 = C33-C34)	244
Côlon, rectum et anus (CIM-10 = C18-C21) et colorectal (CIM-10 = C18-C21, C26.0)	193
Sein chez la femme (CIM-10 = C50)	62
Pancréas (CIM-10 = C25)	45
Prostate (CIM-10 = C61)	20
Autres	226

Source : MSSS, Fichiers décès 2009

Malgré l'augmentation du nombre de décès liés aux cancers, les années potentielles de vie perdues au cancer ont diminué de façon importante autant à Laval qu'au Québec depuis 2000. Ceci témoigne fort probablement des thérapies contre le cancer qui n'ont cessé de s'améliorer retardant ainsi de plus en plus les décès liés aux cancers.

Figure 7 : Années potentielles de vie perdues à 75 ans par tumeurs malignes, taux annuel moyen ajusté pour 100 000 personnes, 2000 à 2009

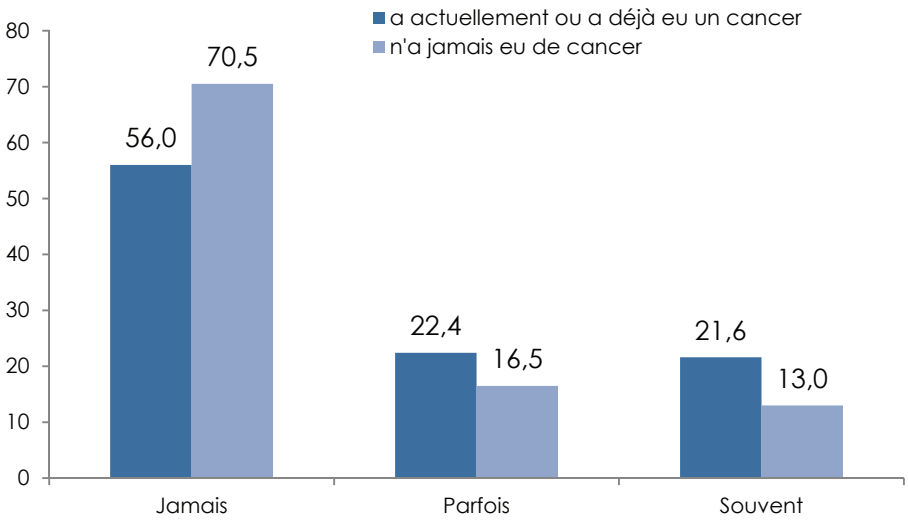


Source : MSSS, Fichiers décès 2000 à 2009

Morbidité

Tel qu'illustré dans le graphique suivant, un grand nombre de patients ayant ou ayant déjà eu un cancer vivent avec des incapacités, ce qui représente un fardeau important sur la qualité de vie, l'autonomie, la capacité d'autogestion et l'utilisation accrue de services de soins et de réadaptation.

Figure 8 : Répartition (%) des Québécois qui déclarent avoir des incapacités limitant leurs activités quotidiennes selon un cancer autodéclaré ou non, 35 ans et plus, 2009-2010



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2009-2010

Comorbidité

Les comorbidités sont communes chez les personnes atteintes de cancer, ou ayant déjà eu le cancer. Les comorbidités complexifient le plan thérapeutique des cancers et peuvent avoir une influence sur la survie. Le tableau suivant résume la prévalence de comorbidités autorapportées.

Tableau 3 : Proportion (%) des Québécois déclarants souffrant de certaines maladies selon un cancer autodéclaré ou non, 35 ans et plus, 2009-2010

	Ayant ou ayant déjà eu un cancer	N'ayant jamais eu de cancer
Hypertension	37 % (+)	24,1 %
Arthrite	24,5 %(+)	14,6 %
Maux de dos	23,6 %	20,3 %
Maladie cardiaque	13,2 %(+)	7,0 %
Migraines	11,9 %(+)	8,8 %
Diabète	11,9 %(+)	7,9 %
Asthme	10,2 %	6,9 %
Troubles intestinaux	8,4 %(+)	4,7 %
MPOC	8,4 %(+)	4,2 %

Note : Les effectifs de l'ESCC à l'échelle régionale étant trop peu nombreux, nous avons utilisé les données québécoises pour plus de fiabilité dans les résultats.

(+) Valeur statistiquement plus élevée chez les personnes ayant ou ayant déjà eu un cancer.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2009-2010

La prévalence de plusieurs comorbidités chez les personnes ayant ou ayant déjà eu un cancer, est plus élevée que chez ceux n'ayant jamais eu le cancer. Ceci peut s'expliquer en partie par la différence d'âge et les facteurs de risque communs au cancer et à certaines maladies. Les proportions de dépression et de trouble anxieux, quoique souvent soulevées comme problématiques associées au cancer, étaient plutôt faibles dans l'Enquête (données non présentées). Cela peut être le reflet d'un sous-diagnostic et/ou d'une sous-déclaration des troubles de santé mentale.

Utilisation de services de soins

➢ Hospitalisations

En 2011-2012, les patients ayant un cancer représentent un grand nombre d'hospitalisations de courte durée. Moins de la moitié des Lavallois ayant un cancer est hospitalisée dans la région. Quant aux chirurgies d'un jour pour un cancer, c'est moins du tiers d'entre elles qui sont effectuées dans la région.

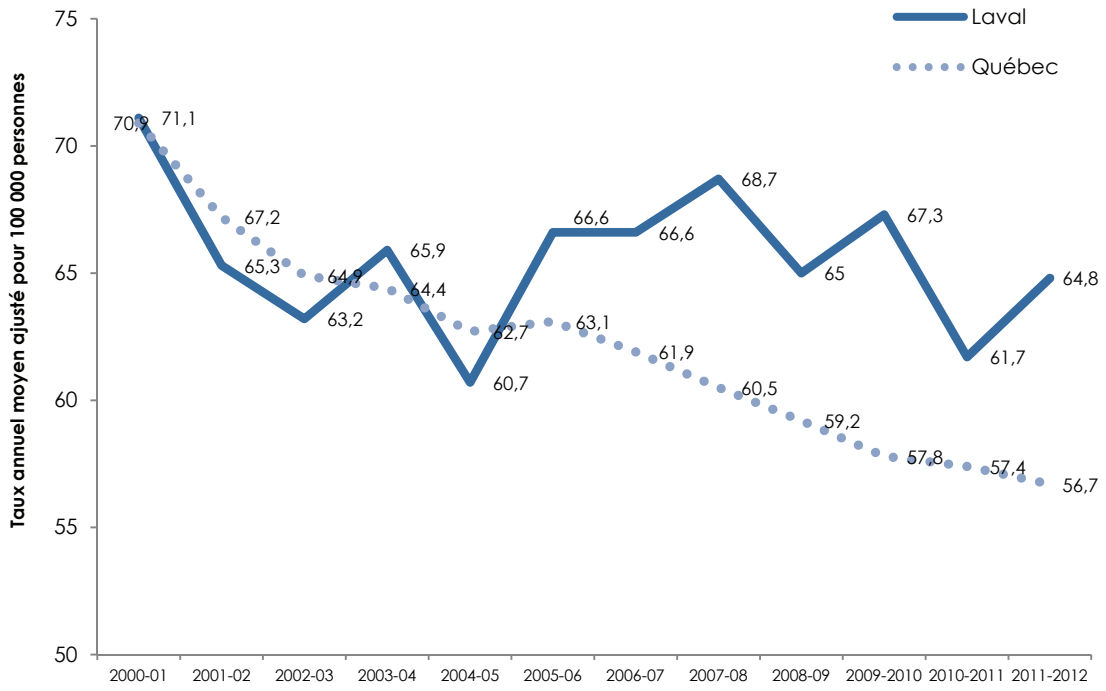
Tableau 4 : Hospitalisations

	Type de soins	Épisodes d'hospitalisation (Nombre)	Séjour total (jours)	Séjours moyens (jours)	Équivalent-lits	Rétention (%)
Résidents lavallois	Courte durée	2 777	31 495	11,3	86,3	46,1
	Chirurgie d'un jour	1 053	16 616	15,8	45,5	31,8
Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval	Courte durée	1 772	26 624	15,0	72,9	x
	Chirurgie d'un jour	538	10 687	19,9	29,3	x

Source : MÉD-ECHO 2011-2012, Tumeurs malignes, CIM-10 : C00-C97

Au cours des dernières années, il est constaté qu'un écart s'est développé entre Laval et Québec quant au taux d'hospitalisation de courte durée. Aucune raison actuellement connue ne permet d'expliquer cette tendance.

Figure 9 : Épisodes d'hospitalisation en soins physiques de courte durée selon un diagnostic (principal) de cancer, populations lavalloise et québécoise, 2000-2001 à 2011-2012



Source : MÉD-ECHO 2000-2001-2005-2006 (CIM- 9 : 140-208) à 2011-2012 (CIM-10CA : C00-C97), Tumeurs malignes

➢ Consultation externe

En 2011-2012, 18 500 résidents lavallois ont utilisé 397 000 services médicaux rémunérés à l'acte pour un cancer[6], peu importe le lieu de consultation. Malgré le fait que les résidents lavallois avec un cancer représentent 5,7 % de tous les résidents lavallois ayant consulté pour des services médicaux rémunérés à l'acte en 2011-2012,

[6] Tumeurs malignes, CIM9 : 140-208

ceux-ci ont utilisé 14 % de tous les services médicaux reçus par des Lavallois. Cela illustre bien les impacts importants du cancer sur la prestation des services de santé.

De plus, en 2011-2012, plus de 3 400 patients avec un cancer[7] ont utilisé 32 730 services dispensés dans les centres locaux de services communautaires (CLSC) de Laval. Ceci représente 3,6 % des patients des CLSC (dont la grande majorité – entre 96 et 99 % – sont des Lavallois) et 4,0 % des services dispensés par les CLSC de Laval.

1.2.4 Déterminants de la santé et prévention

Facteurs de risque modifiables

L'incidence de cancer dépend de plusieurs facteurs de risques, dont certains sont modifiables. Selon le siège de cancer, les facteurs de risques modifiables sont différents. En réduisant ou éliminant ces facteurs de risques, par des interventions de santé publique ou des interventions cliniques, il est possible de prévenir un grand nombre de cas de cancer. Il est estimé que plus de deux cas de cancer sur cinq (43,7 %) sont potentiellement évitables[8].

- **Les facteurs comportementaux**

Le tableau suivant présente certains facteurs de risque comportementaux de cancer à Laval.

Tableau 5 : Proportion (%) des Lavallois présentant des facteurs de risque comportemental du cancer,18 ans et plus, 2009-2010

Comportement à risque	%	Nombre estimé 2013
Tabagisme (régulier et occasionnel)	24,0	78 630
Consommation excessive d'alcool	16,2	53 080
Insuffisance d'activité physique	62,7	205 420
< 5 fois/jour Fruits et légumes	49,7	162 830
*Surpoids	51,3	168 070
Embonpoint	35,3	115 650
Obésité	16,1	52 750

Note : Consommation excessive d'alcool : Cinq verres en une même occasion, 12 fois et plus par année

Insuffisance d'activité physique : Les loisirs et les déplacements ne permettant pas d'atteindre le seuil minimal d'activité physique recommandé pour retirer un bénéfice pour la santé.

** le surpoids est considéré ici en tant que conséquence découlant de comportements à risque*

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2009-2010; MSSS, Projections (avril 2012) démographiques

Entre 2005 et 2010, la proportion de tabagisme a diminué légèrement, passant de 27,1 % à 24 % chez les Lavallois de 18 ans et plus. Cependant, dans cette même période de temps, le profil des fumeurs a changé. De plus en plus de fumeurs ne fument qu'occasionnellement, et de moins en moins de fumeurs fument régulièrement (Données de l'ESCC non présentées).

[7] Tumeurs malignes ou bénignes

[8] Parkin M et al (2011) The fraction of cancer attributable to lifestyle and environmental factors in the UK in 2010, British Journal of Cancer, 105 :S2 (Si-S81)

Près de la moitié (45 %) des fumeurs canadiens ont tenté de cesser de fumer au cours des derniers 12 mois et deux tiers (66 %) des fumeurs canadiens ont l'intention de cesser au cours des six prochains mois. Cependant seulement 10 % des tentatives de cesser de fumer réussissent[9]. D'où l'importance de bonifier et mieux adapter les services de soutien de cessation tabagique pour améliorer le taux de réussite.

La proportion de personnes qui ne sont pas assez actives dans les loisirs et les déplacements est très élevée à Laval. Parmi celles-ci, la proportion de personnes sédentaires (aucunement actif) et peu actives est importante (données non présentées). Laval peut être considérée parmi les régions où les personnes sont les plus inactives au Québec[10]. Ceci peut s'expliquer en grande partie par l'étalement urbain et la dépendance aux transports motorisés.

En 2009-10, presque la moitié des Lavallois de 18 ans et plus ont consommé des fruits et légumes moins de 5 fois par jour. Ceci représente une estimation raisonnable du nombre de portions de fruits et légumes consommés, ce qui serait l'indicateur plus pertinent pour la santé, mais il n'est pas disponible pour la population adulte. Par ailleurs, cet indicateur s'est amélioré, passant de 58 % en 2003 à 48 % en 2007-2008 chez les Lavallois de 12 ans et plus[11]. De plus, chez les jeunes des écoles secondaires de Laval en 2010-2011, plus de trois quarts ont consommé de la malbouffe dans un restaurant ou un casse-croute au court de la semaine précédente une enquête populationnelle, et plus du tiers y ont mangé au moins trois fois dans la semaine précédente[12].

À Laval, les personnes ayant ou ayant déjà eu un cancer rapportent des comportements plus sains que la population en général. Ceci pourrait s'expliquer par des habitudes saines adoptées à la suite d'un diagnostic de cancer tel qu'il est constaté avec la proportion d'anciens fumeurs réguliers plus élevée chez les personnes ayant ou ayant déjà eu un cancer que le reste de la population. Cela pourrait aussi être le reflet d'une mortalité plus grande chez les personnes ayant un comportement malsain au moment du diagnostic de cancer. Notons qu'une proportion importante de personnes ayant le cancer ou ayant déjà eu un cancer continue d'avoir des comportements qui peuvent nuire au traitement, augmente le risque de récidive et le risque de deuxième cancer et diminue la chance de survie après 5 ans. Des interventions individuelles quant à l'adoption de comportements sains pourraient être appliquées davantage chez les personnes ayant, ou ayant déjà eu un cancer.

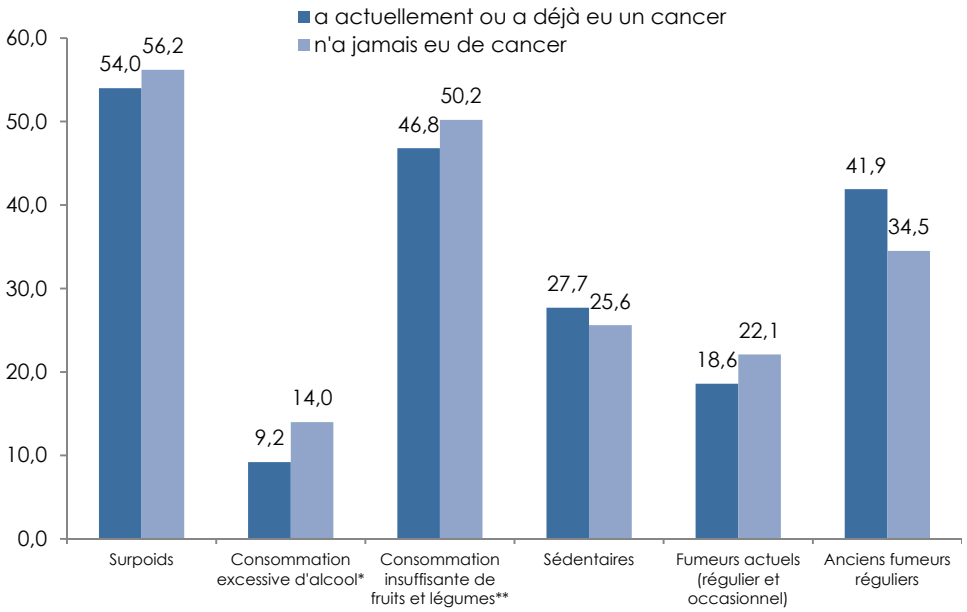
[9] Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (2011)

[10] Notons que l'activité physique au travail n'est pas considérée ici, ce qui peut surestimer la proportion de personnes n'accumulant pas suffisamment d'activité physique pour tirer un bénéfice de santé. Cela dit, les tendances historiques démontrent une diminution constante dans l'activité physique au travail.

[11] ASSS de Laval (2010). Les habitudes de vie des Lavallois s'améliorent, Sélection santé Laval, vol 7 no 10. http://www.lavalensante.com/fileadmin/documents/Documentation/Sante_publique/Bulletins/2010/Selections_Sante_Laval_vol_7_no_10.pdf

[12] ASSS de Laval (2012). Habitudes alimentaires des jeunes lavallois au secondaire, Sélection santé Laval, vol 9 no 10, http://www.lavalensante.com/fileadmin/documents/Documentation/Sante_publique/Bulletins/2012/Selections_-_Sante_Laval_vol_9_no_10.pdf

Figure 10 : Proportion (%) des Québécois présentant certains facteurs de risque comportemental de cancer selon un cancer autodéclaré ou non, 35 ans et plus, 2009-2010



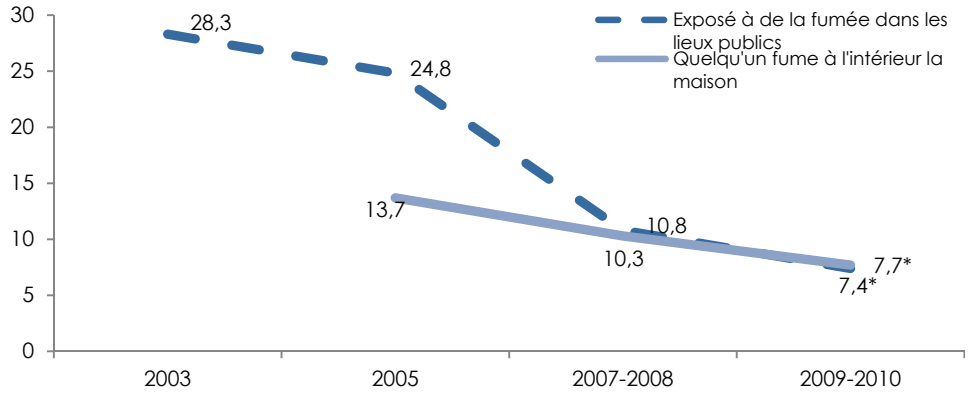
Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2009-2010.

➢ Les facteurs environnementaux physiques

Fumée secondaire

La proportion de non-fumeurs lavallois exposés à la fumée secondaire à l'intérieur de la maison et dans les lieux publics sont à la baisse. Ces changements rapides sont probablement dus aux nouvelles restrictions de fumer dans les lieux publics en 2006.

Figure 11 : Proportion (%) des non-fumeurs lavallois, exposés à la fumée secondaire dans les lieux publics ou à l'intérieur de la maison, selon le sexe, 12 ans et plus, 2003 à 2009-2010.



** Coefficient de variation se situe entre 16,6 % et 33,3 %. À interpréter avec prudence.*

Sources : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2003, 2005, 2007-2008, 2009-2010

Autres facteurs environnementaux physiques

En plus de la fumée secondaire, dans l'environnement physique il y a d'autres cancérigènes, telles que :

- les rayons ultraviolets, responsables d'environ 90 % des mélanomes et autres cancers de la peau;
- l'amiante, responsable des mésothéliomes et certains cancers de poumon, surtout chez les travailleurs;
- le radon, un gaz radioactif qui se dégage de la terre, responsable de certains cancers du poumon.

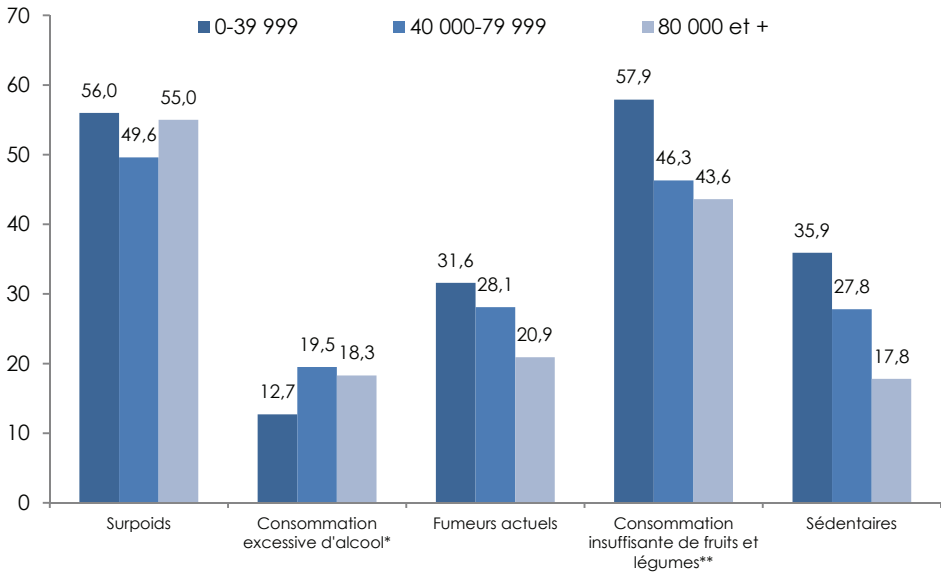
➢ Les facteurs environnementaux sociaux et économiques

Défavorisation

Plusieurs des facteurs de risque mentionnés précédemment sont également influencés par d'autres facteurs, plus en amont, tels que le niveau de revenu et d'éducation.

Le graphique suivant illustre que certains facteurs de risque comportementaux de cancer suivent un gradient selon le revenu. Les personnes déclarant un faible revenu par ménage seraient à risque à fumer, à consommer insuffisamment de fruits et légumes et à ne pas pratiquer suffisamment d'activité physique que les plus aisées financièrement.

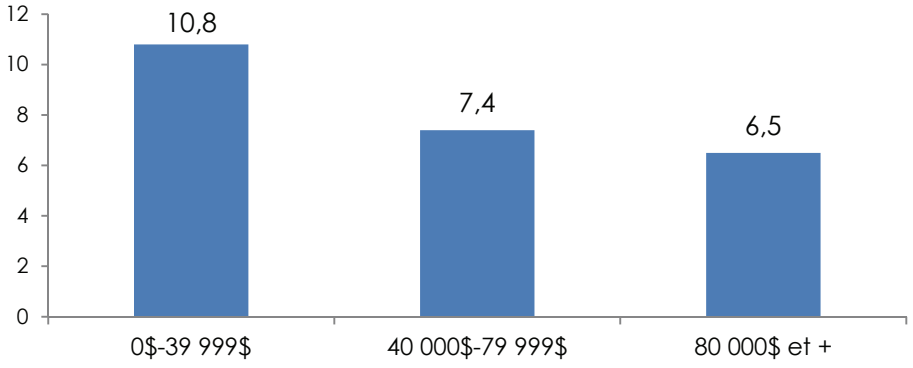
Figure 12 : Proportion (%) des Lavallois présentant certains facteurs de risque comportemental de cancer selon le revenu par ménage, 18 ans et plus, 2009-2010



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2009-2010

Étant donné que les moins fortunés ont en général un plus grand risque d'avoir un facteur de risque comportemental, il n'est pas surprenant que ceux-ci soient aussi plus à risque d'avoir, ou d'avoir déjà eu, un cancer, tel qu'il est illustré au graphique suivant.

Figure 13 : Proportion (%) des Québécois souffrant ou ayant déjà souffert d'un cancer selon le revenu par ménage, 35 ans et plus, 2009-2010



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2009-2010

1.3 MODÈLE ORGANISATIONNEL DU RÉSEAU RÉGIONAL DE CANCÉROLOGIE

1.3.1 Mission, vision, valeurs

En accord avec le PQLC, la région de Laval a confirmé, à la suite d'une journée de réflexion stratégique organisée en juin 2009, la mission, la vision et les valeurs du programme de cancérologie. Depuis, la lutte contre le cancer a évolué et, conséquemment, certains éléments ont été ajustés dans le cadre de la démarche de mise à jour du programme régional.

Mission

Les finalités des programmes de cancérologie[13] sont :

- diminuer le nombre de nouveaux cas de cancer;
- assurer aux personnes atteintes les meilleurs soins et services possibles;
- réduire la mortalité.

Pour atteindre ces finalités, le programme régional de cancérologie a pour mission d'offrir, par son fonctionnement en réseau, un continuum de services allant de la prévention aux soins palliatifs, en passant par le dépistage, le diagnostic, le traitement, le soutien, l'adaptation et la réadaptation, et ce, dans une approche intégrée centrée sur les besoins de la personne.

Le programme de cancérologie assume également une mission de recherche et d'enseignement. Par son approche intégrée où les besoins de la personne sont au cœur

[13] MSSS (2013). Plan directeur en cancérologie : Ensemble en réseau pour vaincre le réseau, p.18

des préoccupations, il offre une multitude de services coordonnés dans un fonctionnement harmonieux.

Par leur expertise, leurs compétences ainsi que tous les outils technologiques mis à leur disposition, les intervenants du programme de cancérologie prodiguent des soins et des services de qualité, auxquels les usagers sont en droit de s'attendre. La formation continue et l'expertise des membres de l'équipe permettent d'atteindre un niveau toujours plus haut de qualité.

En regroupant tous les professionnels autour de l'usager, en coordonnant les activités nécessaires à la prise en charge, en concentrant les interventions, en établissant des plans de soins interdisciplinaires, le Programme de cancérologie poursuit dans la voie d'un modèle de fonctionnement qui répond aux notions d'intégration des soins.

Vision

La vision se lit comme suit :

> *Ensemble, nous y parviendrons!*
>
> *Devenir une région où les cancers évitables sont prévenus le plus possible, et où les personnes atteintes ou chez lesquelles un cancer est soupçonné recevront des soins et services accessibles, d'une excellente qualité et dispensés de façon efficiente.*

Valeurs et principes

Tout comme au plan provincial, le réseau de cancérologie de Laval doit être le reflet de la stratégie d'intégration guidée par les valeurs suivantes :

- une approche globale, mettant en œuvre des activités axées autant sur les besoins de la population que sur ceux des personnes atteintes et leurs proches;
- le respect de la perspective du patient et de son autonomie, la bienfaisance et la non-malfaisance ainsi que l'équité;
- la qualité, en tenant compte non seulement de l'efficacité des interventions et de l'efficience des services, mais également de la qualité de vie des personnes.

Conformément aux orientations prévues au *Plan directeur en cancérologie : Ensemble en réseau pour vaincre le cancer,* le programme régional de cancérologie sera également guidé par des principes de gestion performante :

- la responsabilité;
- la planification, l'évaluation, la rétroaction ainsi que la transparence;
- la valorisation de l'excellence.

Des forces en tant qu'équipe ont été développées au fil des années pour mieux faire face aux défis engendrés par la complexité grandissante en cancérologie :

- la diversification des connaissances, des compétences et de l'expérience des différents intervenants;
- l'engagement profond à l'égard des personnes atteintes de cancer et à leurs proches;
- le désir de faciliter le parcours de l'usager;
- la motivation des intervenants dans le développement du programme;
- le souci d'atteindre l'excellence dans les soins et services offerts.

Clientèles visées

Le cancer est « une maladie dont les répercussions affectent toutes les sphères de la vie non seulement chez les personnes qui en sont atteintes, mais également chez les proches qui les entourent et dans la population en général qui appréhende d'être touchée un jour ».[14]

Selon le PQLC, les clientèles suivantes sont susceptibles de bénéficier des interventions du programme de cancérologie :

- la population en général;
- la population à risque élevé de développer un cancer;
- les personnes chez lesquelles un cancer est soupçonné en attente de la confirmation ou non d'un diagnostic d'un cancer;
- les personnes atteintes de cancer recevant des soins;
- les personnes atteintes de cancer dont la maladie est en rémission;
- les personnes atteintes de cancer en phase terminale.

Une autre clientèle importante à considérer est celle des proches des personnes atteintes, dont les proches aidants. Le MSSS définit le proche aidant comme « toute personne de l'entourage qui apporte un soutien significatif, continu ou occasionnel, à titre non professionnel, à une personne ayant une incapacité [...].Il peut s'agir d'un membre de la famille ou d'un ami »[15].

1.3.2 Structure régionale de cancérologie

Dans le but de poursuivre l'amélioration des soins et services entrepris avec le PQLC, le *Plan directeur de cancérologie : Ensemble en réseau pour vaincre le cancer*, diffusé en février 2013, prévoit la formalisation du RCQ.

Le modèle proposé fait appel à trois notions fondamentales :

- La hiérarchisation : cette notion concerne non seulement les niveaux de soins, mais aussi la structure de gouverne, de concertation et de coordination;

[14] MSSS (2013). Plan directeur en cancérologie, p.18

[15] MSSS (2004). Chez soi : le premier choix, précisions pour favoriser l'implantation de la Politique de soutien à domicile, p.11

- L'association de l'expertise clinique et de gestion : une collaboration étroite doit se réaliser à chaque palier entre les experts cliniques et les gestionnaires;
- L'intégration : les outils, les communications et le fonctionnement doivent être intégrés dans un ensemble. Les normes, les objectifs et les indicateurs de résultats doivent être partagés et illustrés dans des tableaux de bord communs.

Dans la région de Laval, la structure de cancérologie a été révisée, depuis l'automne 2012, afin de consolider les modalités de fonctionnement existantes et d'assurer le respect des nouvelles orientations ministérielles. Celle-ci comporte une gouverne régionale, un comité de coordination, un comité de concertation, des communautés de pratiques régionales et interrégionales et un centre régional de cancérologie (*Annexe 1*).

La structure régionale de cancérologie se régit en cogestion médicale et clinico-administrative. Au 1er octobre 2012, au terme d'un processus d'appel de candidatures et de sélections, l'Agence a nommé un directeur médical régional en cancérologie qui agit également à titre de co-gestionnaire médical.

Le directeur médical régional en cancérologie travaille de concert avec ses partenaires pour un réseau intégré et fonctionnel qui assure l'excellence dans la prévention des cancers et les soins et services offerts aux personnes atteintes ou chez lesquelles un cancer est soupçonné ainsi qu'à leurs proches.

Composantes de la structure régionale en cancérologie

➢ Comité directeur régional

Ce comité veillera à l'évolution du programme régional de cancérologie ainsi qu'au bon fonctionnement du réseau. Il a un rôle décisionnel et de suivi.

Mandat spécifique :

- Mettre en place le réseau de cancérologie de Laval (RCL) en harmonie avec les orientations régionales et ministérielles;
- Animer le réseau régional de cancérologie en collaboration avec le centre régional de cancérologie /centre intégré de cancérologie;
- Assurer le leadership régional et promouvoir une vision commune du continuum de soins et services en cancérologie qui s'appuie sur le fonctionnement en réseau intégré et le travail interdisciplinaire;
- Voir à ce que les intervenants de la région participent de façon optimale aux activités de concertation du réseau régional de cancérologie (communautés de pratique) et aux activités de coordination;
- Assurer la mise à jour du programme de cancérologie en fonction des orientations ministérielles;
- Publier les résultats quant à l'atteinte des cibles de performance cliniques et administratives dans le réseau régional de cancérologie;
- Assurer l'atteinte des standards du RCQ;

- Voir à adapter les orientations et les outils nationaux en fonction des besoins et des ressources du territoire.

➢ Comité régional de coordination et de gestion

Ce comité garantira que le développement de l'offre de soins dans la région soit réalisé selon les balises reconnues dans le RCQ, dont un volume de cas suffisant, la présence de l'expertise clinique de toutes les disciplines concernées et l'accès aux ressources requises. Il a un rôle d'appui dans la prise de décisions.

Mandat spécifique :

- Faciliter la formalisation d'ententes de services intra et inter régionales entre les différents établissements et équipes;
- Faire des recommandations concernant l'attribution équitable des ressources médicales et professionnelles sur le territoire;
- Veiller à réduire les délais d'accès à l'investigation et aux traitements dans les établissements;
- Favoriser une communication transparente et efficace entre les partenaires, les membres du réseau et la population;
- Participer à l'élaboration du programme régional de cancérologie, incluant les plans d'action, et s'assurer notamment;
- Conseiller la gouverne de cancérologie quant à l'évaluation de la performance administrative et clinique;
- Suggérer des orientations sur la répartition du budget régional en cancérologie;

Résultats escomptés :

- Une offre de services préventifs et de soins hiérarchisés et intégrés qui respecte les normes du RCQ;
- Des corridors de services bidirectionnels formels et efficaces;
- La répartition du budget en fonction des priorités du programme régional de cancérologie;
- La liste d'intervenants dans les établissements et l'information sur leur charge de travail;
- L'amélioration des statistiques sur l'évolution des temps d'attente;
- Des normes de communication publiées;
- L'inventaire des projets et des rapports d'évaluation de la performance.

- **Comité régional de concertation et de gestion**

Ce comité favorisera l'évolution de la pratique clinique et organisationnelle et l'instauration d'une culture de performance.

Mandat spécifique :

- Favoriser l'évolution des pratiques cliniques en appuyant le transfert des connaissances et l'adoption des pratiques exemplaires selon une démarche structurée.
- Assurer l'utilisation des algorithmes d'investigation, de traitement et de suivi, des guides et des outils;
- Diriger des projets d'évaluation de la performance du réseau régional de cancérologie et de la pertinence des outils développés pour soutenir la pratique clinique et administrative;
- Proposer des moyens pour améliorer la communication entre les partenaires, les membres du réseau et la population;
- Encourager et assurer la formation continue des professionnels ainsi que des activités de soutien, de supervision et d'évaluation des activités cliniques;

Résultats escomptés :

- Des communautés de pratiques cliniques et administratives fonctionnelles;
- L'utilisation d'algorithmes de prévention, de dépistage, d'investigation, de traitement et de suivi, d'outils nationaux de pratique;
- L'intégration des pratiques exemplaires;
- Des pratiques normées;
- Des rapports sur les résultats des projets d'évaluation;
- Des moyens de communication adaptés au transfert des connaissances et pour améliorer la circulation de l'information;
- Un répertoire des activités de formation, de soutien, de supervision et d'évaluation des activités cliniques.
- Liste d'indicateurs de performance diffusée aux professionnels.

- **Communautés de pratiques cliniques et administratives de cancérologie**

Les communautés de pratiques soutiendront les comités de coordination et de concertation dans leurs travaux.

Mandat spécifique :

- Transférer les connaissances auprès des professionnels de la santé pour favoriser l'évolution des pratiques;
- Assurer le respect des normes et l'intégration des résultats de leurs travaux dans la pratique clinique;
- Assurer l'utilisation des pratiques exemplaires cliniques et administratives;
- Soutenir les intervenants impliqués dans les activités de cancérologie;
- Identifier les besoins de formation des intervenants;
- Superviser la pratique clinique ou organisationnelle des professionnels;
- Encourager l'évaluation de la performance clinique et administrative des professionnels;
- Proposer des mécanismes de coordination nécessaires tout au long du continuum de services;
- Proposer des mécanismes d'amélioration continue de la qualité;
- Produire des outils de travail;
- Fournir les avis sur toute problématique relevant de leur compétence;

Résultats escomptés :

- L'utilisation de pratiques exemplaires cliniques et administratives;
- La liste des activités de soutien documentées par les intervenants régionaux et l'identification des besoins de formation;
- L'inventaire des activités de supervision;
- Le bilan des évaluations réalisées;
- Des mécanismes de coordination et d'amélioration de la qualité définis;
- Des outils de travail produits;
- Des avis fournis sur toute problématique relevant de leur compétence.

1.3.3 Rôle du CSSS de Laval et contribution des partenaires

Rôle du CSSS de Laval

Le CSSS de Laval a obtenu la désignation de centre régional de cancérologie selon les critères employés lors du premier cycle d'évaluation des établissements à cet effet et selon les normes prévues au *Plan directeur de cancérologie : Ensemble en réseau pour vaincre le cancer* (MSSS, 2013). Les intervenants du CSSS de Laval jouent un rôle régional au sein de la structure de cancérologie et ceux-ci sont responsables de développer et de coordonner le Réseau de cancérologie de Laval.

- **Hôpital de la Cité-de-la-Santé**

L'Hôpital de la Cité-de-la-Santé est l'hôpital régional de Laval où sont offerts les services professionnels associés à l'investigation et au diagnostic, aux traitements médicaux et chirurgicaux pour les sièges tumoraux les plus fréquents ainsi que les services pour les personnes en phase palliative de fin de vie.

- **Centre intégré de cancérologie de Laval (CICL)**

Le CICL fait partie intégrante de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé. Il regroupe, dans une même infrastructure, l'ensemble des services de consultation et de traitement offerts par les équipes professionnelles d'oncologie et de radio-oncologie du CSSS de Laval. Les services de chimiothérapie sont en opération depuis juin 2011 au CICL. Antérieurement, ces services étaient dispensés au bloc D de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé. Les premiers traitements de radiothérapie ont commencé en février 2012. Le déploiement de l'offre de service s'est fait progressivement, pour atteindre trois (3) accélérateurs en décembre 2012 et un 4^{e} accélérateur en mai 2013. À terme, l'offre de service souhaitée est de six (6) accélérateurs linéaires pour desservir la population.

Le CICL est un maillon significatif dans le continuum de soins du programme régional de cancérologie. Il est également, par sa mission suprarégionale en radio-oncologie, un élément du programme de cancérologie des régions qu'il dessert. Le mandat du CICL vise à offrir aux patients atteints de cancer des services de consultation et de traitement en chimiothérapie et radiothérapie. Des services de consultations médicales spécialisées et des consultations professionnelles en pharmacie, psychologie, soins infirmiers, travail social, nutrition, physiothérapie, orthophonie et dentisterie sont également offerts au CICL.

Mandat régional :

- desservir la population du CSSS de Laval pour l'ensemble des services en oncologie, en collaboration avec les ressources dédiées au Programme régional de cancérologie;
- offrir des activités d'enseignement en oncologie pour les professionnels de la santé ainsi que de la formation médicale en hémato-oncologie et en radio-oncologie;
- contribuer à des activités de recherche en oncologie et en radio-oncologie, ainsi que dans le domaine de l'ingénierie et des systèmes d'information.

Mandat suprarégional :

- desservir une partie de la population de Laval, Laurentides et le sud-ouest de Lanaudière en radio-oncologie.

L'implantation du CICL permet au Programme régional de cancérologie d'actualiser davantage sa mission ambulatoire. L'approche intégrée de l'équipe interdisciplinaire du CICL offre à la personne atteinte de cancer une partie de l'expertise médicale et paramédicale dans un même lieu de manière à réduire le temps d'attente, à limiter le nombre de visites et à faciliter le parcours de la personne atteinte.

➢ La première ligne

La clientèle atteinte de cancer peut obtenir des services du CSSS de Laval dans le cadre de la mission de la première ligne.

La première ligne apporte une contribution essentielle au niveau de la promotion de la santé et de la prévention du cancer. Plusieurs activités y sont associées telles les promotions des saines habitudes alimentaires ainsi que les centres d'abandon du tabac. De plus, les services généraux et le soutien à domicile offerts par la première ligne jouent un rôle important dans l'intervention auprès des personnes atteintes de cancer, que ce soit pendant un traitement de chimiothérapie, à la suite d'une hospitalisation, pour un soutien psychosocial ou pour des soins de fin de vie.

La population a accès aux services d'Info-Santé 811 en tout temps pour répondre à des questions en cas de problème de santé non urgent. Également, les patients suivis par le soutien à domicile (SAD) ou les services ambulatoires ont accès à la ligne dédiée Info-Santé pour clientèle vulnérable après l'enregistrement Info-Santé Web effectué par un intervenant du CSSS de Laval.

Depuis la création des CSSS, il existe des arrimages entre les équipes de la première ligne et l'équipe interdisciplinaire du Programme de cancérologie de Laval pour desservir les personnes atteintes de cancer. Toutefois, ces liens sont à développer davantage. Pour le volet psychosocial, il n'y a pas encore d'intervenants ciblés par la première ligne qui participent au comité psychosocial oncologique.

Les infirmières de la première ligne ne sont pas systématiquement invitées à participer aux formations en oncologie dispensées pour les infirmières du CICL et des unités de soins à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé. Des ajustements sont à apporter afin de faciliter leur participation.

C'est en implantant graduellement les différentes communautés de pratique que les intervenants de la première ligne seront intégrés à ceux de la deuxième ligne, et ce, tant pour les équipes médicales que pour les autres professionnels.

Contribution des principaux partenaires

➢ Hôpital juif de réadaptation

L'Hôpital juif de réadaptation (HJR) constitue une particularité régionale, étant un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) voué à la réadaptation avec un mandat de centre régional en déficience physique. C'est un établissement qui offre aux personnes de tous âges, présentant des incapacités physiques temporaires ou significatives et persistantes, des services de réadaptation fonctionnelle intensive, de réadaptation socioprofessionnelle et socio-résidentielle, de soutien à l'intégration et à la participation sociale, d'aides techniques, ainsi que des services d'hébergement en ressources de proximité. Il est également désigné pour offrir des services en langue anglaise.

L'établissement contribue au développement et à la mise en œuvre des continuums régionaux et interrégionaux de services par un travail de partenariat soutenu avec les réseaux publics, privés et communautaires. Affilié à l'Université McGill, il se donne aussi l'objectif de contribuer à la recherche, à l'enseignement et à l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en milieu clinique.

➢ Cliniques médicales

La région de Laval compte 47 cliniques médicales, dont 10 sont des groupes de médecine familiale (GMF) répartis sur 21 sites. Parmi ces dix GMF, deux ont le double statut GMF-réseau. De plus, cinq (5) cliniques médicales spécialisées détiennent un permis de fonctionnement du MSSS pour effectuer certaines interventions chirurgicales.

Par ailleurs, le programme lavallois Projet-réseau, en place depuis 2001, a permis de réseauter 17 cliniques avec le CSSS de Laval, favorisant une meilleure prise en charge de la clientèle.

➢ Pharmacies

Parmi les partenaires du réseau, la région de Laval compte 77 pharmaciens communautaires situés dans des magasins à succursales, des supermarchés ou appartenir à un ou plusieurs pharmaciens indépendants.

Divers services y sont offerts : produits et services visant la santé de la population (médicaments, prise de pression artérielle, etc.), livraison des ordonnances médicales, éducation sur la médication avec ou sans ordonnance, documents d'information sur divers problèmes de santé et programmes communautaires.

Les pharmacies publiques apportent également une contribution non négligeable dans le domaine de l'information, de l'enseignement et du suivi de la médication.

➢ RUIS de l'Université de Montréal

Le CSSS de Laval détient un contrat d'affiliation avec l'Université de Montréal. Cette affiliation se caractérise par de l'enseignement multidisciplinaire et des activités de

recherche clinique et de première ligne favorisant le partage du savoir et la formation d'une relève compétente. Le CSSS de Laval accueille en outre des stagiaires de plusieurs maisons d'enseignement.

La Direction des affaires universitaires, corporatives et de la qualité (DAUCQ), sous l'autorité de la Direction générale est responsable du développement et de l'actualisation du volet universitaire de la mission du CSSS de Laval, notamment sur le plan de la recherche, de l'enseignement et de la gestion des savoirs. Ainsi, DAUCQ chapeaute avec la collaboration des autres directions professionnelles (direction des soins infirmiers, direction des services multidisciplinaires, direction des services professionnels et hospitaliers) la promotion, le développement, la coordination et l'encadrement des activités en lien avec l'innovation, les programmes d'enseignement et le caractère scientifique de l'établissement.

- **Ressources communautaires en cancérologie**

La Maison de soins palliatifs de Laval

La MSPL est un organisme à but non lucratif fondé en 1999. Depuis janvier 2010, elle peut accueillir jusqu'à 12 personnes en fin de vie dans un milieu de type familial. La MSPL est une alternative entre l'hôpital et le domicile, un lieu où des personnes atteintes de la maladie peuvent vivre leurs derniers moments, dans la dignité et le plus grand confort possible, entourées de leurs proches, de professionnels et de personnes pouvant leur apporter une aide. L'équipe est composée d'infirmières, d'infirmières auxiliaires et d'une équipe de bénévoles.

Société de soins palliatifs à domicile du Grand Montréal

Afin de répondre aux besoins des personnes désirant demeurer le plus longtemps possible chez elles, les CLSC du CSSS de Laval offrent, en partenariat avec la Société de soins palliatifs à domicile du Grand Montréal (SSPAD), des services de soins palliatifs à domicile. L'organisme montréalais offre aux Lavallois les services suivants : soins infirmiers, suivi psychologique, soins d'hygiène et de confort, un soutien à la famille et des prêts d'équipement médical. L'équipe est composée principalement d'infirmières spécialisées en soins palliatifs, de médecins, de préposés aux bénéficiaires et de bénévoles.

Le Phare

Le Phare, Enfants et Familles est un organisme sans but lucratif dont la mission est d'offrir du soutien aux parents qui ont un enfant atteint d'une maladie grave nécessitant des soins complexes et dont l'espérance de vie est limitée. Ce soutien consiste à offrir du répit aux parents ainsi que des soins palliatifs aux enfants.

En 1999, Le Phare, Enfants et Familles a développé un programme de répit à domicile pour les parents vivant avec un enfant souffrant d'une maladie dégénérative ou gravement handicapé qui nécessite des soins complexes. Depuis 2007, en plus de fournir l'aide-bénévole à domicile, Le Phare, Enfants et Familles accueille les enfants à la Maison André-Gratton. La Maison permet aux parents de prendre du répit en y

laissant leur enfant pour des séjours pouvant aller jusqu'à trois semaines par année gratuitement. La Maison André-Gratton a une capacité d'accueil de 12 lits.

Fondation Maxime-Letendre

La mission de la Fondation Maxime-Letendre consiste à recueillir des fonds pour soutenir le programme régional de cancérologie en favorisant notamment la réalisation de différents projets.

Le premier objectif de la Fondation Maxime-Letendre est d'améliorer la qualité de vie des patients en clinique externe. En effet, pour la clientèle fragile et démunie financièrement, la Fondation peut assumer les frais de transport, de stationnement, de gardiennage lors de traitements de chimiothérapie, de radiothérapie et/ou de transfusion et assumer les frais d'entretien ménager du domicile. La Fondation assure la disponibilité d'un véhicule pour transporter les patients en perte d'autonomie du domicile au point de traitement. Elle peut aussi défrayer les coûts de location d'équipements tels que fauteuil roulant et lit d'hôpital à domicile. Elle permet aux patients qui reçoivent des traitements de chimiothérapie et de radiothérapie de bénéficier d'un repas chaud lors d'un traitement. Récemment, elle offre les services d'une massothérapeute pour la clientèle du CICL, à raison de 2 jours par semaine.

Un deuxième objectif de la Fondation Maxime Letendre est d'améliorer la qualité de vie des patients hospitalisés. En effet, la Fondation offre des thérapies personnalisées telles que musicothérapie, massothérapie et psychologie. La Fondation facilite l'accès au service de travail social pour permettre aux patients et à leur famille de bénéficier des services publics pertinents et disponibles. Elle offre des services d'ergothérapie à la clientèle ambulatoire fragilisée dans le but de permettre l'évaluation des aménagements à domicile afin de rendre ces lieux adéquats et sécuritaires pour la période de post hospitalisation. La Fondation peut également contribuer à aménager des salons pour les patients et leur famille lors des périodes de crises aiguës. Et enfin, la Fondation améliore la qualité de vie des patients qui doivent être hospitalisés pour de très longues périodes par le réaménagement et la décoration des chambres dédiées à l'hémato-oncologie, l'ajout de téléviseurs, de lecteurs DVD, de petits réfrigérateurs et de fours à micro-ondes dans chacune des chambres.

Lumi-Vie

Lumi-Vie est un organisme humanitaire sans but lucratif implanté à Laval depuis 1990. Il offre un service d'accompagnement dans tout ce qui touche de près ou de loin la fin de vie, les aidants naturels et le deuil. Les intervenants travaillent en partenariat avec le CSSS de Laval. L'organisme a comme mission d'accompagner la personne malade rendue au dernier stade de vie, d'aider la famille à vivre cette triste réalité et d'apporter un support aux personnes endeuillées. Les objectifs sont d'offrir des services de qualité en matière de bénévolat selon la mission et d'élargir les horizons en offrant leur expertise aux institutions lavalloises œuvrant dans le domaine des soins palliatifs. L'organisme est formé d'une équipe d'environ quarante bénévoles répartie dans l'ensemble des services.

Société canadienne du cancer

La Société canadienne du cancer est un organisme bénévole national, à caractère communautaire, dont la mission est l'éradication du cancer et l'amélioration de la qualité de vie des personnes touchées par le cancer. Grâce aux efforts soutenus de bénévoles et d'employés et à la générosité de donateurs, la Société canadienne du cancer mène la lutte contre le cancer par : l'octroi de subventions à des projets de recherche prometteurs portant sur tous les types de cancer, par la défense de l'intérêt public en matière de santé, par la promotion de saines habitudes de vie pour réduire les risques de cancer, par la diffusion d'information sur le cancer et enfin, par le soutien aux personnes touchées par le cancer.

1.3.4 Effectifs médicaux

En spécialité

Le tableau suivant illustre la situation des effectifs médicaux de certaines spécialités au 1er mars 2015. Presque tous les postes en lien avec la cancérologie sont comblés.

Tableau 6 : Plan d'effectifs médicaux de spécialistes à Laval

SPÉCIALITÉ	EFFECTIFS EN PLACE 2015	POSTES DISPONIBLES
Anatomo-pathologie	9	0
Anesthésiologie	18	0
Pneumologie	9	0
Gastro-entérologie	10	0
Hémato-oncologie	10	0
Radio-oncologie	9	0
Médecine nucléaire	4	0
Radiologie diagnostic	16	0
Oto-rhino-laryngologie	5	0
Chirurgie générale	11	1
Médecine interne	8	2
TOTAL (incluant autres spécialités)	**263**	**25**

Source : Grille Web des effectifs médicaux spécialisés, plan quinquennal des effectifs médicaux (2010-2015)

Le tableau 7 permet de comparer la consommation réelle des services médicaux à la consommation attendue, évaluée en tenant compte des caractéristiques de la population et de la moyenne provinciale. Sauf pour l'hématologie et oncologie médicale, la radio-oncologie et la pneumologie, la consommation réelle des services ciblés dans le tableau est inférieure aux prévisions. Cependant, pour toutes les spécialités médicales, la consommation réelle dépasse les prévisions.

Tableau 7 : Comparaison de la consommation attendue et de la consommation réelle de certains services médicaux, région de Laval, 2012

SPÉCIALITÉ	CONSOMMATION ATTENDUE (ETP)	CONSOMMATION RÉELLE (ETP)
Anatomo-pathologie	12,5	12,2
Pneumologie	10,9	12,8
Hématologie et oncologie médicale	12,4	14,4
Radio-oncologie	5,4	6,3
Médecine nucléaire	4,8	5
Radiologie diagnostic	28,7	26,5
Oto-rhino-laryngologie	10,2	8,7
Chirurgie générale	25,8	24,5
Médecine interne	22,9	15
TOTAL des spécialités	**438,6**	**440,1**

Source : Consom, MSSS (dernières données disponibles)

En omnipratique

À l'instar d'autres régions de Québec, l'une des difficultés du réseau réside dans l'accès à un médecin de famille. La région de Laval comptait, en mars 2015, 400 omnipraticiens travaillant, soit dans des polycliniques et des cabinets médicaux avec ou sans rendez-vous soit dans les services de soins hospitaliers.

Tableau 8 : Comparaison de la consommation attendue et de la consommation réelle des services médicaux en omnipratique, région de Laval, 2012

DISCIPLINE	CONSOMMATION ATTENDUE (ETP)	CONSOMMATION RÉELLE (ETP)
Omnipratique	381,1	357,6

Source : Consom, MSSS (dernières données disponibles)

Selon les données exposées au tableau 8, la consommation réelle des services est inférieure aux prévisions.

D'après le Sondage sur l'accessibilité aux médecins de famille dans la région de Laval, réalisé en novembre 2012, 68,2 % des adultes ont un médecin de famille. Plusieurs de ceux qui n'ont pas de médecin de famille n'ont pas réussi à en trouver un malgré qu'ils aient cherché. Cela représente 11,4 % des adultes de la région. Il y a significativement moins de personnes qui ont un médecin de famille dans la région, comparativement au Québec dans son ensemble.

Par ailleurs, un guichet d'accès pour diriger la clientèle orpheline vers un médecin de famille (GACO) a été mis en place au CSSS de Laval dès janvier 2009. Le GACO de Laval fait face à plusieurs défis notamment en lien avec le nombre de ressources humaines œuvrant au guichet.

Dans sa planification stratégique 2010-2015, la région s'est fixé des objectifs spécifiques en matière d'accès à la première ligne soit d'implanter quatre GMG-réseau, de réviser les mécanismes d'accès en première ligne et d'améliorer les conditions de prise en charge en première ligne.

De son côté, le Département régional de médecine générale (DRMG) de Laval verra au cours des prochaines années à développer les GMF et à soutenir ceux qui éprouveront, entre autres, des difficultés de recrutement. Selon le chef du DRMG, « l'accessibilité des Lavallois à des soins de première ligne reste insuffisante et l'amélioration de celle-ci constitue notre plus grand défi. Près du quart des Lavallois n'a pas de médecin de famille, les besoins médicaux pour les personnes âgées hébergées en Centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD) et en ressources intermédiaires (RI) sont incomplets, on dénombre une forte clientèle pédiatrique orpheline, des besoins en santé mentale, en soins palliatifs, en soins à domicile restent non comblés, etc. Bref, les besoins en services médicaux de première ligne sont immenses et l'offre est limitée. De plus, notre région devra faire face à de nombreuses retraites au cours des prochaines années. Nous devons prévoir la relève »[16].

1.3.5 Équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer

Le travail interdisciplinaire constitue un fondement du PQLC et un point d'ancrage essentiel à l'application des normes de bonnes pratiques cliniques et organisationnelles (INESSS, 2010).

En 2004, le MSSS lançait la démarche ministérielle de désignation des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer. Découlant de cette démarche, le Groupe-conseil de lutte contre le cancer du MSSS recommandait l'équipe du CSSS de Laval comme équipe interdisciplinaire de lutte contre le cancer le 27 avril 2005.

De par son mandat régional, l'équipe interdisciplinaire du CSSS de Laval offre des services spécialisés, incluant des services de chimiothérapie complexe notamment pour le traitement de la leucémie aigüe, les services de radiothérapie et de curiethérapie. Elle fournit un enseignement de base et spécialisé aux intervenants et aux partenaires de la région.

Recommandations des experts du MSSS et suivi

Pour l'équipe interdisciplinaire du CSSS de Laval, les recommandations formulées par le groupe d'experts en 2005 visaient les éléments suivants :

- développer un programme de lutte contre le cancer qui favorise une coordination et une intégration de toutes les activités des instances impliquées dans le continuum de lutte contre le cancer;
- répondre à des critères de conformité de sécurité, de confidentialité et d'intimité de certains lieux physiques tels que la salle de traitement de chimiothérapie;
- favoriser du personnel dédié au sein de l'équipe en incluant les professionnels de la réadaptation;

[16] Extrait du bulletin Info-DRMG, Volume 5, numéro 1, été 2014, pag.1

- favoriser le développement des outils cliniques formalisés et partagés notamment pour ce qui est de l'évaluation des besoins de la personne;
- implanter des mécanismes d'amélioration continue de la qualité;
- favoriser la participation des professionnels au comité des thérapies du cancer;
- s'assurer d'une documentation concertée à remettre aux patients;
- mettre en place des moyens pour assurer une complémentarité entre les médecins de famille et les spécialistes en oncologie.

Ces recommandations ont été prises en compte et des mesures structurantes ont été mises en place, telles que :

- Une mise à jour du programme de lutte contre le cancer a été réalisée.
- Le déménagement de la clinique externe d'hémato-oncologie au CICL a permis de se conformer aux normes et critères exigés en termes de sécurité, de confidentialité et d'intimité pour la clientèle. L'ensemble des lieux physiques à la fine pointe de la technologie répond aux normes d'excellence.
- Des ressources professionnelles se sont ajoutées progressivement dans les équipes pour se conformer aux exigences. L'équipe comprend des travailleurs sociaux, des psychologues, des physiothérapeutes, des nutritionnistes et des orthophonistes dédiés au programme.
- La composition de l'équipe interdisciplinaire s'est développée graduellement. Le déploiement de la radiothérapie en février 2012 a permis d'intégrer d'autres ressources spécialisées en cancérologie, notamment des médecins radio-oncologues, des technologues, des infirmières spécialisées en radiothérapie et curiethérapie, des physiciens, une équipe pour le dossier clinique informatisé oncologique (DCIO, MosaiQ), une monitrice clinique en radiothérapie et un dentiste.
- Les membres de l'équipe interdisciplinaire au CICL utilisent le dossier clinique informatisé en oncologie (DCIO, MosaiQ).
- La participation des professionnels au comité des thérapies du cancer est encouragée. Les infirmières pivots en oncologie s'y sont intégrées graduellement.
- Afin d'assurer un service de qualité et une continuité de l'information, des rapports d'information sont transmis aux médecins de famille.

Dans une perspective d'amélioration continue, d'autres mesures, permettant de répondre aux recommandations émises lors de la visite d'évaluation, sont incluses dans le *Plan d'action régional en cancérologie 2015-2020*.

L'équipe régionale et l'accès à des services spécialisés et surspécialisés

Une équipe interdisciplinaire de lutte contre le cancer ayant un mandat régional offre aux personnes atteintes de cancer et à leurs proches des services spécialisés et parfois surspécialisés en oncologie et en soins palliatifs[17].

[17] MSSS (2006). Les documents ministériels en appui aux projets cliniques, Programme Santé-physique – Lutte contre le cancer, Document de travail, p.43

Afin d'assurer son leadership, l'équipe régionale de Laval compte sur :

- l'implication soutenue d'un directeur médical régional et une co-gestion médico-administrative;
- une collaboration entre le directeur médical, la coordonnatrice clinico-administrative régionale et la répondante régionale pour la coordination et le développement du programme régional en cancérologie et la mise en place du réseau régional;
- un soutien offert par la conseillère clinique à la direction des soins infirmiers (DSI), associée au programme de lutte contre le cancer, auprès de différentes équipes et des partenaires de la région;
- l'expertise et conseil pour les cancers les plus fréquents et cancers hématologiques.

Plusieurs spécialités médicales sont représentées dans l'équipe régionale notamment, la chirurgie, l'hémato-oncologie, la radio-oncologie, la pneumologie, la radiologie, la pathologie. L'équipe régionale inclut également des professionnels dédiés et des collaborateurs, selon les besoins.

Tableau 9 : Équipe interdisciplinaire de lutte contre le cancer

Professionnels dédiés	Collaborateurs, au besoin
Physiothérapeute (1 ETC)	Accompagnateur de vie spirituelle
Registraires en oncologie (3 ETC)	Bénévoles
Infirmières pivots en oncologie (6 ETC)	Ergothérapeute
Pharmaciens (5 ETC)	Éthicienne
Travailleurs sociaux (4 ETC)	Infirmière de liaison
Psychologues (2 ETC)	Infirmières cliniciennes des soins à domicile
Nutritionniste (1,5 ETC)	Psychiatre
Technologues en radio-oncologie et physiciens	Stomothérapeute
Infirmières spécialisées en oncologie	Musicothérapeute
Représentants de soins palliatifs	Massothérapeute
Orthophoniste	Stagiaire en sexologie, ponctuellement
	Dentiste

Pour faire face à la croissance des besoins de la population de son bassin de desserte, outre les activités actuelles, le CSSS de Laval prévoit de nombreux projets importants, dont le développement d'une offre de services surspécialisés.

D'ailleurs, le CSSS de Laval a développé des équipes interdisciplinaires avec une expertise pour un siège tumoral spécifique ou une situation clinique particulière. Ainsi, l'établissement détient une équipe en soins palliatifs, une équipe à la clinique ambulatoire d'hémato-oncologie, une équipe en radiothérapie et une équipe ORL :

- L'équipe des soins palliatifs est composée des membres suivants : médecins, infirmières, infirmières auxiliaires, travailleur social, musicothérapeute, accompagnateur de soins spirituels et bénévoles. Une rencontre de l'équipe se tient

chaque semaine à l'unité de soins palliatifs afin de discuter de la clientèle hospitalisée et celle suivie par l'équipe en attente d'un lit à l'unité. Un plan d'intervention est établi.

- L'équipe interdisciplinaire de la clinique ambulatoire est composée des membres suivants : hémato-oncologue, infirmières, infirmières pivots, pharmaciens, travailleuse sociale, psychologue, nutritionniste, d'autres intervenants au besoin. Cette équipe tient une réunion toutes les semaines et le résultat des discussions est documenté au dossier de l'usager sur le formulaire « Rencontre interdisciplinaire ».
- L'équipe de radiothérapie est composée des membres suivants : radio-oncologue, infirmières, technologues, travailleuse sociale, nutritionniste, psychologue, autres intervenants invités au besoin. Une rencontre a lieu chaque semaine et le résultat des discussions est documenté au dossier du patient sur le formulaire « Rencontre interdisciplinaire ».
- Une rencontre interdisciplinaire est aussi prévue pour la clientèle qui reçoit des traitements concomitants de chimiothérapie et de radiothérapie où les deux équipes sont alors présentes.
- L'équipe interdisciplinaire en oncologie ORL du CSSS de Laval est composée des membres suivants : chirurgien ORL, dentiste, hémato-oncologue, infirmière pivot en oncologie, infirmière soignante, nutritionniste, orthophoniste, pathologiste, pharmacien, radiologiste, radio-oncologue et technologue.

  Il est démontré et reconnu à titre de meilleure pratique, qu'une équipe interdisciplinaire compétente et bien organisée pour traiter et soutenir la clientèle ayant un cancer de la sphère ORL, est un prérequis essentiel au maintien de la qualité de vie de l'usager, à la diminution des complications ainsi qu'au succès du traitement. Au CSSS de Laval, il est estimé qu'une centaine de personnes nécessiteront annuellement un traitement et du soutien pour ce type de cancer.

  Un comité des thérapies du cancer ORL a lieu toutes les deux semaines afin de déterminer le plan médical de traitement. Les autres intervenants de l'équipe interdisciplinaire ORL sont invités à participer à ce comité. Une rencontre interdisciplinaire afin de discuter des usagers présentant des situations complexes et de déterminer un plan d'intervention individuel a lieu le même jour que le comité des thérapies du cancer ORL. La planification des discussions de cas visant à déterminer le plan médical de traitement est de responsabilité médicale. La planification des réunions interdisciplinaires et l'élaboration d'un plan d'intervention individualisé sont de la responsabilité de l'infirmière pivot en oncologie. Des outils cliniques en provenance du DCIO MosaiQ sont configurés pour optimiser la planification des rencontres. Un suivi systématique des usagers a été développé identifiant le rôle de chaque professionnel de l'équipe selon leurs champs d'expertise.

Les types de réunions d'équipe

- **Rencontres cliniques interdisciplinaires**

Ces rencontres ont comme objectif de partager l'expertise relativement à des symptômes complexes, en prévision de l'élaboration du plan d'intervention interdisciplinaire (PII). Le tableau joint en annexe 2 illustre la structure des rencontres cliniques interdisciplinaires au CSSS de Laval, en janvier 2012. Ce tableau comporte

notamment les fréquences des rencontres, les participants, les règles de fonctionnement et les mécanismes de communication.

- **Comités des thérapies du cancer**

Ces rencontres médicales ont comme objectif la révision des données du diagnostic, des stadifications et des plans de traitements médicaux. Au CSSS de Laval, il y a un comité des thérapies du cancer pour la chirurgie générale, l'hémato-oncologie, la pneumologie, l'urologie, la radiothérapie, l'ORL et pour la gastro-entérologie. Chaque comité de thérapies du cancer a lieu une fois par mois dans une salle de visioconférence située au CICL.

- **Rencontres administratives**

Il est prévu que des rencontres administratives soient organisées environ deux (2) fois par année. La fréquence des rencontres administratives varie en fonction des types de rencontres cliniques interdisciplinaires. C'est lors de ces rencontres que sont évalués et revus les aspects opérationnels, les orientations et le fonctionnement des rencontres cliniques interdisciplinaires. Les mécanismes de coordination, le suivi de certains indicateurs, tels que les listes des présences, le nombre de PII rédigé, constituent autant d'autres aspects abordés lors des rencontres administratives. .

- **Rencontres consacrées au soutien des intervenants**

Ces rencontres ont comme objectif de permettre le soutien professionnel aux intervenants (ex. : par le co-développement). Elles représentent des lieux de parole et d'échange portant sur le vécu de chacun des professionnels dans son travail auprès des personnes atteintes et des familles. Ces rencontres de soutien portent également sur les relations de l'intervenant avec les autres membres de l'équipe.

Présentement, il n'existe pas de rencontres de soutien dans le cadre du programme de cancérologie. Cependant, le CSSS de Laval a mis en place un comité climat de travail, dont l'un des mandats est d'assurer une vigie sur le climat de travail au sein du programme et de faire des recommandations, le cas échéant, aux co-gestionnaires du programme.

Considérant les besoins de soutien éprouvé par l'équipe interdisciplinaire des soins à domicile, le CSSS de Laval a fait appel à quelques reprises à l'organisme Lumi-Vie afin d'offrir des rencontres de soutien aux intervenants œuvrant auprès de la clientèle en fin de vie à domicile.

Le soutien à l'interdisciplinarité

Afin d'améliorer le fonctionnement des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer, un budget a été octroyé en 2010 au CSSS de Laval pour des activités de formation régionale sur l'interdisciplinarité et l'accompagnement des équipes.

Une entente avec le Groupe Conseil Odyssée a permis la tenue de trois (3) séries de formation pour les intervenants œuvrant en cancérologie et trois (3) journées d'accompagnement auprès des équipes.

L'ensemble des journées s'est déroulé en favorisant un équilibre entre la théorie, la pratique, les discussions et les exercices afin de permettre aux participants d'avoir des outils concrets et applicables rapidement. Des visites subséquentes aux journées de formation ont été organisées en vue de soutenir les équipes dans l'implantation du travail interdisciplinaire à l'unité d'hospitalisation d'hémato-oncologie et au CICL. Outre les activités destinées aux équipes interdisciplinaires, des activités spécifiques ont été définies pour les gestionnaires et pour les infirmières pivots permettant une meilleure compréhension de leur rôle face à l'équipe.

Considérant la portée régionale du programme de formation à l'interdisciplinarité, des journées de formation seront dispensées à l'équipe interdisciplinaire des soins à domicile ainsi qu'aux intervenants œuvrant à la MSPL.

1.3.6 Infirmières pivots en oncologie

L'infirmière pivot est une spécialiste intégrée à l'équipe interdisciplinaire, et possède l'expertise nécessaire pour agir d'une façon significative auprès d'une personne atteinte de cancer et de ses proches. Le rôle de l'IPO est axé autour de quatre fonctions clés : évaluer, enseigner et informer, soutenir, coordonner[18].

Depuis 2003, le CSSS de Laval a mis en place des infirmières pivots en oncologie. L'offre de service est assurée par six (6) IPO à temps complet, disponibles du lundi au vendredi de 8 h à 16 h. Sous l'autorité du chef des services ambulatoires au CICL, l'IPO est une personne de référence pour la clientèle atteinte de cancer et leurs proches, dès l'annonce du diagnostic et tout au long de la trajectoire de soins et de services.

Fonctionnement

Les IPOs travaillent en paires avec une autre collègue IPO et elles sont assignées à des sites tumoraux déterminés. Les regroupements de sites tumoraux ont été analysés selon la complexité du travail dans les sphères d'intervention de l'IPO, la volumétrie et la durée prévue du suivi nécessaire. Les nouvelles équipes sont attribuées selon les types de diagnostics suivants :

- Équipe 1 : digestifs - ORL;
- Équipe 2 : sein - gynécologique - urologie - prostate - testicule - sarcome;
- Équipe 3 : hématologique - poumon - cérébral - mélanome - primaire inconnu.

Les deux IPOs de la paire sont assignées au même bureau pour faciliter la communication et le travail d'équipe.

Les demandes pour les IPOs qui parviennent au CICL sont distribuées selon les sites tumoraux et dirigées vers l'équipe IPO attitrée à cette clientèle. Chaque équipe se distribue les usagers pour assurer la répartition de la charge de travail.

Depuis l'ouverture de la radiothérapie, les demandes à l'équipe IPO prostate - sein ont augmenté significativement et amené l'établissement à se questionner sur cette répartition.

[18] MSSS (2008). Rôle de l'infirmière pivot en oncologie, 16 p.

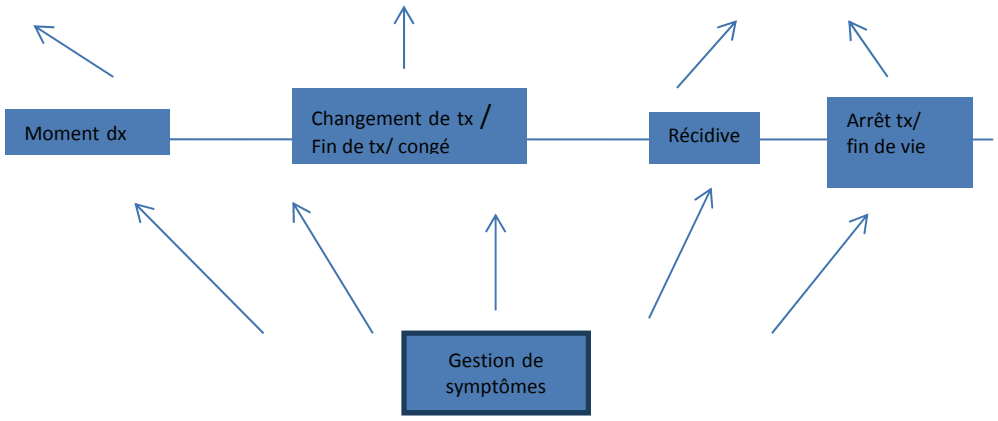
Afin de favoriser l'accès à l'IPO le plus près possible du diagnostic, un plan de communication a été mis en place depuis mars 2012. Des rencontres ont eu lieu avec les médecins, tous les chefs de service des cliniques externes du CSSS de Laval ainsi qu'avec les infirmières cliniciennes pour renforcer l'importance de diriger systématiquement vers l'IPO les patients ayant un diagnostic de cancer récent. Des communications écrites ont été également acheminées aux gestionnaires concernés.

Compte tenu des ressources disponibles limitées, il est nécessaire de développer des algorithmes de priorisation afin de répondre adéquatement à la demande. Différents autres aspects, tels que de la réorganisation du travail de collaboration entre les différentes infirmières des services du programme de cancérologie, devront également être abordés.

Collaboration de l'IPO avec les infirmières du programme régional de cancérologie

L'IPO a pour mandat de répondre aux besoins de l'usager atteint de cancer tout au long de la trajectoire de soins. Une collaboration avec les autres infirmières et membres de l'équipe interdisciplinaire est essentielle. La figure suivante illustre la trajectoire de soins de l'usager avec les grands moments ciblés où l'IPO intervient et l'implication des autres infirmières.

Figure 14 : Trajectoire de soins de l'usager – intervention IPO



Collaboration de l'IPO avec les intervenants de la première ligne et des soins palliatifs

Afin de favoriser une meilleure continuité de soins pour la clientèle atteinte de cancer, les IPOs assurent des liens avec les intervenants de la première ligne par des références inter établissements et par des contacts téléphoniques. Elles sont également en interrelation avec les pharmacies communautaires pour ce qui est du suivi de certains dossiers relativement à la médication d'un patient.

Les IPOs travaillent en collaboration avec l'infirmière clinicienne en soins palliatifs. Des échanges et des transferts d'information ont lieu afin d'assurer le suivi du patient à domicile ou à la clinique externe des soins palliatifs. L'infirmière clinicienne en soins

palliatifs assure le suivi auprès des intervenants de la première ligne, plus spécifiquement auprès des infirmières à domicile du CSSS de Laval, des infirmières de la SSPAD et de la coordonnatrice des soins infirmiers de la MSPL.

1.3.7 Outils de communication

Le dossier clinique informatisé oncologique (DCIO)

L'équipe du CICL a déployé un DCIO (MosaiQ) qui permet d'automatiser le suivi et la coordination des soins, d'opérationnaliser et d'automatiser la systématisation et la standardisation des plans de soins.

Les plans de soins utilisés dans le DCIO incluent des ordonnances médicales prédéfinies allant de la décision de traiter jusqu'au suivi post-traitement. Ces ordonnances peuvent inclure les informations relatives à la prise de rendez-vous, aux protocoles de chimiothérapie ainsi que toutes les activités reliées à la planification de radiothérapie et toutes les étapes du continuum de radio-oncologie (suivis infirmier/professionnel, examens post-traitement, etc.).

Le DCIO permet un accès à l'information sécurisée en temps réel et organisée. Il permet de réduire la duplication, d'effectuer le suivi des indicateurs et de produire des rapports cliniques et de gestion. La collecte de données cliniques structurées est effectuée par le biais de plus de 70 fiches de suivi permettant de recueillir plus de 2300 éléments de données distincts (ex. dépistage de la détresse, évaluation toxicité/douleur, etc.). En supplément aux données cliniques, le DCIO permet l'accès aux données de gestion relatives aux activités cliniques effectuées (durée, délai, volumétrie, début, fin, etc.). L'analyse des données cliniques et de gestion permet de rétroagir rapidement, d'apporter des actions objectives et de gérer la complexité.

Tous les professionnels du CSSS de Laval ont accès au dossier électronique des usagers. Les informations contenues dans le DCIO MosaiQ sont disponibles au dossier patient électronique du CSSS de Laval sous l'onglet « Centre intégré de cancérologie ». Lors de la planification du CICL, les nombreux formulaires utilisés au CSSS de Laval ont été configurés pour être utilisés avec le système MosaiQ, permettant ainsi la philosophie « sans papier » du CICL.

Un dossier « Références Soins infirmiers » et un autre « Référence agent administratif » ont été créés afin de faciliter la consultation de l'information et des communications.

L'implantation du DCIO MosaiQ au CICL a permis l'intégration clinique et informationnelle complète des activités du service d'hémato-oncologie et du département de radio-oncologie du CSSS de Laval. Cette intégration unique au Québec est un modèle pour le RCQ.

Le passeport en oncologie

Le Passeport en oncologie est remis à toutes les personnes atteintes de cancer et présenté par les infirmières pivots ainsi que par l'infirmière à la clinique du sein. Il s'agit d'un outil destiné à servir d'aide-mémoire et de guide tout au long des différentes étapes du parcours thérapeutique du patient (MSSS, 2008).

Le passeport en oncologie favorise le partenariat entre la personne atteinte de cancer et les professionnels de la santé ainsi que l'autogestion de la maladie par la personne.

L'enseignement de groupe

L'enseignement aux usagers et à sa famille sur les thérapies du cancer et les effets secondaires associés est une norme de qualité de soins tant pour Agrément Canada que pour la DQC. De plus, il est démontré dans la littérature que la personne atteinte de cancer a besoin d'être informée sur les thérapies du cancer et les effets secondaires associés.

Le programme de lutte contre le cancer faisait le constat, en janvier 2009, que l'enseignement dispensé à la clientèle en lien avec les effets indésirables de la chimiothérapie et les autres traitements contre le cancer devait être amélioré. Cette amélioration ciblait notamment, le contenu et la structure des informations diffusées. De plus, les rôles des intervenants impliqués dans cet enseignement devaient être révisés, plus particulièrement le rôle du pharmacien, de l'infirmière pivot en oncologie et de l'infirmière en salle de traitement. Plus précisément, il a été observé une ambiguïté des rôles entre les professionnels par rapport à l'enseignement des effets indésirables de la chimiothérapie, occasionnant ainsi un risque de dédoublement des interventions.

Dans un contexte de pénurie de ressources et de besoins accrus pour la clientèle, le rôle de chaque intervenant doit être optimisé. Un groupe de travail sous la responsabilité du Programme de cancérologie a donc été créé et a proposé de standardiser le contenu et la dispensation de l'enseignement donné par les différents professionnels impliqués et d'organiser des sessions hebdomadaires d'enseignement de groupe. Le groupe de travail a élaboré un contenu standardisé de l'enseignement validé par l'équipe médicale.

Les sessions ont eu lieu du printemps 2009 jusqu'au déménagement de la clinique ambulatoire d'hémato-oncologie vers le CICL en juin 2011. Pour différentes raisons organisationnelles incluant le manque de ressources, il n'y a pas eu de sessions depuis 2011.

Les sessions d'enseignement avaient pour objectif de diffuser de l'information quant aux effets indésirables de la chimiothérapie à tous les nouveaux patients hospitalisés pour qui le médecin prescrit un traitement de chimiothérapie. Ces sessions d'enseignement étaient également offertes aux patients qui fréquentaient le CICL sur une base ambulatoire, et pour qui un traitement de chimiothérapie avait été prescrit. Cette stratégie a donné des résultats positifs.

Le centre de documentation du CICL

Pour faire suite aux recommandations du Groupe-conseil de lutte contre le cancer, le CSSS de Laval a sollicité la bibliothèque médicale de l'établissement pour développer un centre de documentation pour les patients dans le but d'améliorer la documentation remise aux patients.

Le Centre de documentation pour les personnes atteintes de cancer a été inauguré officiellement en mai 2012. Il est situé dans l'aire d'attente au CICL. Il comprend un bureau semi-fermé pour l'entrevue de référence de la bibliothécaire avec les patients, quatre grandes bibliothèques vitrées présentent les collections de livres, de CD musicaux et de DVD. Un présentoir à libre accès présente des dépliants et de la documentation gratuite. Un poste d'écoute libre accès avec trois CD musicaux est situé dans un espace de détente équipé de deux fauteuils. Deux ordinateurs avec Internet sont disponibles pour les patients.

Sa mission première est d'agir en complément aux soins fournis par les professionnels de la santé. Il vise à répondre aux besoins de documentation et d'information des personnes ayant un cancer, de fournir de l'information fiable, vulgarisée, neutre et à jour sur le cancer, de collaborer avec l'équipe interdisciplinaire à la production de documentation sur le cancer et soutenir la mission d'enseignement et de recherche du CSSS de Laval.

Le personnel de la bibliothèque médicale assure une présence d'une journée par semaine au Centre de documentation. Le bibliothécaire professionnel offre un service de référence professionnel pour répondre aux questions de documentation portant sur le cancer, sa prévention, son diagnostic et ses traitements, ainsi que sur les ressources disponibles dans la communauté.

En novembre 2012, un rapport a été rédigé pour documenter l'affluence et les demandes des patients et leurs proches. Ce rapport, produit à l'aide de statistiques quantitatives et qualitatives, démontre la valeur ajoutée de la présence sur place d'un bibliothécaire.

De façon ludique, le babillard électronique situé au-dessus des bibliothèques présente des informations en continu sur le cancer mettant en valeur des éléments de la collection.

Le site Web (www.cssslaval.qc.ca/ciclcentredoc) a été développé à l'été 2011. Il inclut des guides sujets présentant des ressources fiables tels que des portails, des ressources communautaires, des lexiques, des entrevues, des vidéos, des sites Internet, etc. Il renferme également les versions électroniques de dépliants de diverses associations telles que l'affiche « Accroche douche » de la Fondation québécoise du cancer. Un calendrier des événements signale les évènements à venir et un formulaire permet de communiquer des questions au bibliothécaire. Le site Web ainsi que les autres outils technologiques développés par la bibliothécaire ont l'avantage d'être interactifs.

Le blogue agit en complément au site Web et vise à mettre en valeur en continu des éléments de la collection par la parution hebdomadaire d'un billet. Ainsi, chaque semaine, un document de la collection du Centre de documentation est mis en valeur et

identifié par une illustration de la page couverture. Chaque billet est immédiatement relayé par Twitter à l'adresse suivante : @CentredocauCICL .

Outre les outils de diffusion électroniques déjà mentionnés, plusieurs autres outils ont été créés pour faire connaître les services, à savoir des signets, des dépliants, des affiches, des kiosques et des présentations PowerPoint. Le site Web et le blogue du Centre de documentation sont directement repérables par la population et le personnel par la page d'accueil du site Web et par le portail régional du CSSS de Laval.

Le portail du CICL

La circulation de l'information constitue un enjeu clinique important au sein du CSSS de Laval. Considérant l'éloignement physique important des soins et des services présents au sein du Programme de cancérologie et de l'importance accordée à la transmission de l'information, un portail clinique a été créé en janvier 2013.

Les avantages de la création de ce portail sont multiples :

- amélioration de la fluidité de l'information entre le CICL, l'unité 5 est-nord et l'unité 5 est-sud;
- standardisation des outils de communication;
- regroupement de l'ensemble de l'information à un seul endroit : protocoles d'administration de la chimiothérapie, règles de soins, ordonnances collectives, protocoles infirmiers, guides de pratiques cliniques, etc.
- uniformisation des pratiques cliniques;
- diffusion de l'information en temps réel;
- appropriation rapide des communications et des nouveautés cliniques lors d'un retour d'absence prolongée;
- accessibilité à des liens Web cliniques avec le centre de documentation du CICL contenant l'ensemble des recensions des écrits effectués (partage du savoir).

Le portail clinique offre la possibilité d'obtenir une mise à jour rapide de l'ensemble des outils cliniques nécessaires au bon fonctionnement des activités du Programme de cancérologie. Une implication constante et continue des acteurs impliqués sera nécessaire afin de faire vivre ce projet audacieux et de maintenir un niveau de qualité et d'efficacité des plus élevés.

Les outils de communication inter-établissements

Des mécanismes de communication sont en place entre les intervenants du Programme de cancérologie et les partenaires du réseau :

- Lorsqu'un usager éprouve des besoins de service en regard de la première ligne, un formulaire « Référence inter-établissements », standard dans le réseau, est utilisé pour adresser les demandes. L'infirmière pivot du Programme de cancérologie évalue les besoins des usagers en ambulatoire du CICL et remplit la demande de service. L'infirmière de liaison remplit les demandes des usagers hospitalisés selon les besoins ciblés par l'équipe de soins.

- Un formulaire de demande de consultation en radio-oncologie est standardisé dans toute la province de Québec. Pour les notes de consultations rédigées au CICL, l'agent administratif du département de radio-oncologie envoie au médecin traitant ou au médecin de famille la note de la consultation. Pour les visites subséquentes, les notes sont acheminées sur demande seulement. En ce qui a trait à la communication avec les omnipraticiens, des rapports d'information sont transmis lors de la consultation, au début et à la fin des traitements ainsi que lors des suivis.
- Afin de favoriser la communication avec le médecin de famille au regard de l'évolution du dossier du patient en hémato-oncologie, une lettre est acheminée par les archivistes à trois moments précis, soit après la première visite, au changement de traitement et au congé. Par ailleurs, il n'existe pas encore d'interface entre les systèmes d'informations actuels permettant d'acheminer électroniquement aux médecins de famille les notes de consultation et les notes de suivis.

Il s'avère nécessaire de mettre en place des outils standardisés de communication entre les IPOs du CSSS de Laval et les IPOs des centres avoisinants. Présentement, lorsque ces intervenants doivent communiquer entre eux, les communications se font, de façon générale, par téléphone.

De plus, il serait optimal de standardiser certains outils de communication avec les partenaires les plus fréquents ou pour les cas les plus complexes, par exemple les références de la greffe de cellules souches hématopoïétiques de l' Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR) ou les références à l'équipe des tumeurs cérébrales du Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM).

L'intégration de la pratique artistique dans les activités du Centre intégré de cancérologie de Laval

Le CICL fait preuve d'innovation en intégrant l'art aux soins de santé. Afin d'améliorer l'environnement de soins pour la clientèle du CICL, la direction générale du CSSS de Laval sollicitait, au printemps 2011, la commission consultative des arts de Laval afin d'explorer l'idée de l'intégration des arts à la santé. Le projet s'est réalisé également grâce à la contribution de la CRÉ de Laval ainsi que du ministère de la Culture de la communication et de la condition féminine.

Les principes qui sous-tendent l'intégration des arts au CICL sont les suivants :

- L'art est un outil d'humanisation des soins qui est à la portée de tous.
- Dans une approche interdisciplinaire de soins, le choix d'intégrer les activités artistiques au CICL prend en compte ses effets thérapeutiques.
- L'intégration de l'expression artistique dans le milieu de la santé a déjà fait ses preuves dans divers pays, comme en Angleterre, en France, en Suisse et aux États-Unis.
- À travers l'expression artistique, il est possible de mobiliser et de guider la décharge des tensions et de transformer les émotions. La participation aux activités artistiques vise à accueillir la grande sensibilité qui peut envahir la personne malade par le biais du plaisir esthétique, du plaisir de rester productif et du plaisir des rencontres significatives.

- Les patients du CICL peuvent choisir d'être des créateurs actifs dans la salle d'attente ou d'autres espaces. Aussi ils peuvent avoir des moments de contemplation des œuvres musicales ou d'autres formes d'art qui leur sont proposées.

L'approche d'accompagnement de l'expression artistique est un outil qui permet à la personne de :

- se sentir valorisée par sa productivité et le partage de ses réflexions existentielles;
- ressentir le soulagement des tensions et de l'anxiété;
- revisiter son rapport à la maladie et différencier son être de la maladie;
- se nourrir de la sensibilité de chacun;
- accroître son estime de soi;
- se nourrir des rencontres significatives dans l'expression des valeurs;
- améliorer ses habiletés de communication centrées sur le senti;
- laisser une trace, un témoignage de ses apprentissages existentiels;
- expérimenter le lâcher-prise et s'ancrer dans le moment présent.

En somme, l'approche d'accompagnement de l'expression artistique se veut d'abord et avant tout une contribution à l'amélioration de la qualité de vie des patients. L'espace sera habité progressivement par des tableaux, des sculptures, des images photographiques, des mosaïques, de la poterie et toute autre œuvre produite à travers les projets individuels et collectifs de création réalisés dans la complicité entre les artistes et les patients.

Selon un article paru dans la revue *Le Point en administration de la santé et des services sociaux* (2013), les établissements qui s'ouvrent à ces pratiques s'inscrivent dans un mouvement novateur qui transforme à certains égards la perspective des soins auprès des grands malades.

La première activité artistique au CICL s'est déroulée en février 2013. Les personnes atteintes et leurs proches ont pu apprécier quatre prestations musicales d'un pianiste chevronné. Un processus d'évaluation a permis de constater les bénéfices et la satisfaction de cette prestation musicale auprès de la clientèle et des différents intervenants de l'équipe interdisciplinaire.

La télésanté

En 2003, le MSSS a défini la télésanté comme l'une des priorités en matière de développement technologique en santé. C'est ainsi qu'il a confié aux quatre réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) le développement des activités de télésanté.

Le RUIS de Montréal, dont fait partie la région de Laval, a pour objectif principal de coordonner les activités de télésanté et de s'assurer que la population de son territoire reçoit des soins de santé ultraspécialisés de qualités dans les meilleurs délais. Les trois principales activités du RUIS en télésanté sont : téléconsultation, téléformation et télésoins à domicile.

Dans la région de Laval, le CICL détient certaines infrastructures de télésanté, dont la salle de visioconférence et de téléconsultation. La vision régionale de télésanté reste à être développée. Les projets de télésanté s'inscrivent à l'intérieur de deux volets :

- **La visioconférence (télémédecine)**

Les intervenants utilisent présentement la visioconférence afin d'assister à distance à des rencontres cliniques, administratives et scientifiques. Considérant le rôle suprarégional en radiothérapie, le CSSS de Laval pourrait donner accès aux établissements des Laurentides et de Lanaudière à certaines de ces rencontres.

- **La téléconsultation**

La téléconsultation s'applique aux comités des tumeurs. Cependant, cette technologie n'est pas encore implantée. Considérant le rôle suprarégional en radio-oncologie du CSSS de Laval, d'autres centres pourraient être en consultation avec l'établissement lavallois pour une demande d'expertise. Également, les intervenants du CSSS de Laval pourraient assister à des comités des tumeurs d'un centre tertiaire, tel que le CHUM et bénéficier ainsi de leur expertise.

Afin de se conformer aux exigences d'Agrément, le CSSS de Laval est présentement à élaborer une norme et procédure de gestion relative à la téléconsultation.

1.3.8 Corridors de services

Selon le PQLC (MSSS, 1998), l'organisation d'un réseau intégré implique la mise en place des corridors de services qui systématisent le suivi tout en :

- reconnaissant l'excellence déjà en place en désignant des équipes et des centres qui ont déjà fait leurs preuves et démontré leur intérêt pour l'oncologie;
- tenant compte du type de cancer ou encore de la proximité géographique du lieu de consultation.

Dans le cadre du programme régional de cancérologie, la formalisation des corridors de référence constitue l'un des mécanismes disponibles pour assurer un continuum de soins et de services optimal aux personnes atteintes ou soupçonnées d'être atteintes de cancer. De plus, il s'agit d'un moyen d'interpeller les partenaires du réseau et susciter leur adhésion et leur mobilisation.

Il existe des ententes formelles et informelles entre le CSSS de Laval et les établissements d'autres régions du Québec permettant d'assurer la continuité de soins et de services de cancérologie. Des ententes ont été conclues également avec des organismes communautaires ou sans but lucratif.

Tableau 10 : Portrait sommaire des corridors de services actuels

Services	Établissements/organismes	Type d'entente
Radiothérapie	- Région de Montréal (CHUM Notre Dame et HMR) - Région des Laurentides (CSSS de Saint-Jérôme)	Ententes informelles (en attente des orientations ministérielles pour conclure les signatures)
Chirurgie du poumon et de l'œsophage	CHUM Notre Dame	Entente formelle - lettre d'engagement
Chirurgie hépatobiliaire	CHUM St-Luc	Entente informelle
Compression médullaire	CHUM	Entente informelle
Consultations oncogénétiques	CHUM Notre Dame	Entente informelle
Phérèses	HSC, CHUM Notre Dame, HMR	Ententes informelles
Biologie médicale - spécimens d'EGFR, KRAS, ALK et FISH pour le Her2 Neu	CHUM	Ententes informelles (conformes à la hiérarchisation établie par le MSSS)
Biologie médicale - hématologie maligne (cytogénétique, PCR)	HMR	Ententes informelles (conformes à la hiérarchisation établie par le MSSS)
Soins palliatifs de fin de vie	- MSPL - SSPAD - Le Phare	Ententes formelles

➢ Corridors de services en radio-oncologie

La DQC, en étroite collaboration avec les partenaires du réseau, a défini des corridors de desserte en radio-oncologie en tenant compte, entre autres, de la distance à parcourir pour la clientèle, et en visant un ratio de 300 à 400 traités par appareil de radio-oncologie, par année.

En respect de la capacité du CICL, l'estimation ministérielle est à l'effet que 65 % des personnes de la région de Laval requérant de tels services seront traités à Laval, 30 % au CHUM et 5 % à l'HMR.

Tableau 11 : Projet de territoires couverts par le CSSS de Laval

Noms des réseaux locaux de service (RLS)	Pourcentage de la clientèle du RLS desservie par la Cité-de-la-Santé	Nombre de patients en provenance des RLS desservis par la Cité-de-la-Santé	Hôpitaux situés dans les territoires de RLS
RLS de Laval	65 %	656	Cité-de-la-Santé
RLS de Lanaudière Sud	15 %	91	C.H. Pierre Le Gardeur
RLS de La Rivière-du-Nord-Mirabel-Nord	85 %	250	Hôtel-Dieu de St-Jérôme
RLS de Thérèse de Blainville	50 %	164	N/A
RLS des Pays-d'en-Haut	85 %	105	N/A
RLS des Laurentides	85 %	96	C.H. Laurentien
RLS d'Argenteuil	85 %	84	Hôpital d'Argenteuil

Source : MSSS, Lettre du 29 novembre 2010

1.3.9 Maintien et évolution de la qualité

Au Québec, la gestion de la qualité et la sécurité des services sont encadrées par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS). Tous les établissements qui offrent des services de lutte contre le cancer sont obligés de solliciter un agrément auprès d'organismes d'agrément reconnus pour se faire évaluer en fonction des normes applicables, dont la norme « Traitement du cancer et services d'oncologie » du programme *Qmentum* d'Agrément Canada. Les laboratoires de biologie médicale font l'objet des exigences particulières qui sont intégrées en tant qu'éléments de conformité aux fins de l'agrément obligatoire. Les laboratoires d'imagerie médicale hors établissements sont encadrés par une loi qui les oblige également à solliciter l'agrément des services[19].

Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) est encadré par des normes et un cadre référence. Les quatre CDD de la région et le Centre de référence pour investigation désigné (CRID), responsables de l'imagerie médicale et des examens complémentaires à la suite d'un résultat anormal, sont soumis à des mécanismes d'assurance de la qualité comprenant un processus de certification de la qualité des services professionnels et de l'équipement en place, qui repose, entre autres sur une démarche d'agrément en mammographie.

En plus des mécanismes d'agrément, d'autres moyens importants contribuent à assurer et à améliorer la qualité des services de cancérologie. La standardisation, la formation, la surveillance, la recherche et l'évaluation sont certainement des outils essentiels en matière de maintien et d'évolution de la qualité.

19 AETMIS, 2010, L'évaluation externe de l'organisation et de la prestation des soins en oncologie, 151p.

Prix décernés au CICL - DCIO MosaiQ

Le CSSS de Laval a fait preuve d'innovation dans l'utilisation de la gestion de l'information et des technologies afin de rehausser la qualité des soins et des services offerts en cancérologie. Le déploiement du DCIO MosaiQ constitue une première mondiale d'une conception de l'organisation des soins qui est en émergence récente dans le monde. Pour souligner cette réalisation, plusieurs prix prestigieux ont été attribués au CSSS de Laval à l'automne 2013 :

- Prix d'excellence de l'administration publique du Québec : Une expertise de pointe alliée à des soins intégrés centrés sur l'usager dans la lutte contre le cancer, dans la catégorie Santé et services sociaux;
- Prix d'excellence Jean Latreille, de la DQC : Implantation d'un module spécialisé en cancérologie pour l'intégration du continuum de soins au Centre intégré de cancérologie de Laval.

Par ailleurs, l'équipe de mise en œuvre du DCIO a été finaliste dans deux catégories des *Canadian Health Informatics Awards 2012*, soit celles de l'équipe de projet : *Mise en œuvre et équipe de projet* et *Innovation et prestation de soins.*

De plus, la revue *C21–Understanding and Coping with Cancer in the 21st Century* (www.c21century.co.uk), qui traite de tous les aspects du cancer, a reconnu le CSSS de Laval pour sa position de leader mondial dans ce domaine : « L'accroissement de la sophistication et de la complexité des soins contre le cancer a entraîné un accroissement spectaculaire de l'information, des données constituées d'images et des étapes comprises dans le cheminement d'un patient dans le système de santé. Un des leaders mondiaux dans la saisie de toutes ces données et de leur utilisation de manière à obtenir des résultats optimaux est le Centre intégré de cancérologie de Laval, au Québec, qui orchestre tous les aspects du traitement du cancer d'un patient grâce à son système d'information oncologique, appelé MOSAIQ™. »

En s'appuyant sur ses réussites, l'établissement poursuit les travaux pour exploiter le potentiel maximal de la gestion de l'information et des technologies.

Utilisation des protocoles, algorithmes et outils cliniques standardisés

Au CSSS de Laval, des plans de soins ont été élaborés en hémato-oncologie et en radio-oncologie pour déterminer les traitements selon la situation clinique de l'usager et guider les médecins, pharmaciens, infirmières, technologues dans leurs interventions. Des dizaines de processus ont aussi été élaborés sur les différentes activités du CICL, ainsi que les procédures d'administration de chimiothérapie à l'unité d'hospitalisation d'hémato-oncologie.

Les professionnels du CICL ont des fiches d'évaluation et de suivi configurés dans le système MosaiQ selon leurs champs de pratique et leurs besoins. Ainsi, les évaluations sont spécifiques pour répondre aux champs d'exercices de chaque intervenant, mais sont configurées de telle sorte que l'information conjointe est partagée pour que les informations nécessaires à tous soient visibles dans toutes les fiches d'évaluation et de suivi. Par exemple, l'évaluation des symptômes de l'usager se fait à l'aide de l'échelle de toxicités du CTCAE et les médecins, pharmaciens, infirmières utilisent la même échelle.

Un cahier de guide d'administration des protocoles de chimiothérapie est accessible aux infirmières afin de faciliter et de standardiser leur travail et ainsi minimiser le risque d'erreurs. Ce guide comprend plusieurs protocoles de chimiothérapie et donne des directives à l'infirmière sur les indications du traitement, la fréquence, la surveillance à effectuer, s'il y a lieu d'hydrater ou non l'usager avant et après le traitement, les médicaments de soutien additionnels à administrer (ex. antiémétiques) et les agents de chimiothérapie en stipulant la dose habituelle, la dilution, le temps d'infusion. Malgré les efforts déployés, il reste encore plusieurs guides à produire, l'objectif étant de disposer d'un guide d'administration infirmier pour chacun des plans de soins du guide de pratique des hémato-oncologues.

À l'automne 2012, le CSSS de Laval a implanté un programme de dépistage systématique de la détresse en oncologie par les infirmières pivots à l'annonce du diagnostic. Ce programme de dépistage systématique est également utilisé par les infirmières en radiothérapie à la mi-traitement, par les infirmières de la salle de traitement au dernier traitement de chimiothérapie à visée curative et par l'infirmière du CRID à la visite post chirurgie. Un outil standardisé de dépistage de la détresse est utilisé par tous les intervenants et un algorithme de décision est disponible afin de soutenir les décisions et les interventions.

L'infirmière clinicienne à la clinique ambulatoire de soins palliatifs s'est dotée de critères de priorisation afin de répondre adéquatement aux consultations qui lui sont acheminées pour la clinique ambulatoire. Ces critères ont été approuvés par l'équipe médicale des soins palliatifs.

Des critères de référence au service social et celui de psychologie ont été également développés afin d'assurer l'accessibilité à ces services.

Formation et maintien des compétences

Un programme d'orientation est offert aux nouveaux employés qui travaillent auprès des personnes atteintes de cancer et en soins palliatifs. Le programme est aussi offert aux partenaires du réseau.

Des activités de formation continue sont offertes aux médecins et aux autres intervenants des équipes interdisciplinaires du programme de cancérologie. Chaque semaine le service d'hémato-oncologie offre de la formation continue sur différents sujets pertinents à la pratique, notamment un Journal Club et des révisions de protocoles de traitement. Le service de soins palliatifs a des sessions de formation continue une fois par mois.

Cependant, il n'existe pas de programme structuré de formation pour la cancérologie. Considérant que la qualité des services est tributaire de la connaissance et de la compétence des équipes interdisciplinaires, ce volet sera priorisé dans le *Plan d'action régional en cancérologie 2015-2020*.

La coordination et l'intégration de l'ensemble des activités de formation seront assumées par le Programme de cancérologie. Pour ce faire, un comité enseignement - formation débutera ses activités au cours de l'année 2015. Les principaux mandats de ce comité seront d'évaluer l'ensemble des besoins de formation de tous les intervenants ainsi que d'élaborer et d'implanter un programme de formation continue pour l'ensemble

des intervenants du réseau de cancérologie de Laval. Un calendrier de formation continue sera également élaboré. De plus, des présentations scientifiques du programme de cancérologie seront effectuées pour rejoindre tous les services et départements au sein du programme. Dans un contexte de rôle suprarégional, certaines activités du programme de formation continue pourraient également être offertes aux partenaires.

Les principales activités de formation se détaillent comme suit :

- **Colloques lavallois en oncologie**

Entre 2005 et 2010, le CSSS de Laval a organisé un colloque annuel en oncologie, adressé à tous les intervenants de la lutte contre le cancer de Laval et des autres régions du Québec.

Le 6 février 2015, le Colloque lavallois en oncologie reprenait les activités avec sa cinquième édition, sous le thème « Le cancer colorectal ». L'objectif de cette journée était de partager l'expertise et de mieux outiller les intervenants pour accompagner le patient tout au long de la trajectoire de soins et de service. Les présentations des huit conférenciers ont porté sur le dépistage, la prise de décision du traitement, les traitements pharmacologiques, les saines habitudes de vie et la sexualité. De plus, deux conférences ont été présentées par des survivants d'un cancer colorectal.

- **Comités de thérapies du cancer**

Une structure bien établie pour les comités de thérapies du cancer est en place au sein du programme de cancérologie. En effet, sept (7) comités sont actifs et chacun se réunit sur une base mensuelle. Les disciplines médicales suivantes sont représentées : chirurgie générale et gastro-entérologie, pneumologie, chirurgie générale, urologie, ORL, hémato-oncologie et radio-oncologie.

- **Formation pour le personnel infirmier**

La formation initiale vise la compréhension de la trajectoire de l'usager après le diagnostic, les principes de traitement du cancer, la manipulation et l'administration sécuritaire de la chimiothérapie, la gestion des effets secondaires et des complications reliées au traitement ou au cancer. Un atelier pratique permet par la suite d'évaluer la pratique sécuritaire des infirmières pour l'administration de la chimiothérapie.

De plus, des réunions d'équipe au CICL et aux unités d'hospitalisation, des ateliers de pratiques réflexives et des sessions de club de lecture complètent la formation initiale.

Depuis 2005, des activités de formation continue sous forme de « Midi-causerie de l'oncologie » sont offertes aux infirmières et au fil du temps les membres de l'équipe interdisciplinaire se sont ajoutés aux participants. Depuis 2011, la « Journée annuelle en soins infirmiers oncologiques Roche » est offerte grâce à une bourse de la compagnie pharmaceutique Roche dédiée aux soins infirmiers en oncologie. Des infirmières participent au séminaire annuel de l'Association québécoise des infirmières en oncologie et de l'Association canadienne des infirmières en oncologie.

Le personnel infirmier est invité aux réunions scientifiques hebdomadaires du service d'hémato-oncologie, à des présentations du département de pharmacie et à des conférences scientifiques organisées par l'industrie pharmaceutique ou l'Association professionnelle.

- **Formation pour les intervenants psychosociaux**

Les besoins de formation des psychologues sont évalués sur une base individuelle. Les psychologues participent aux activités de formation des équipes interdisciplinaires du programme, notamment les formations portant sur le traitement par interféron, le myélome multiple, la radiothérapie. Ils assistent aussi à des journées scientifiques organisées par l'équipe de recherche ERMOS (équipe canadienne de recherche en intervention novatrice en soins palliatifs) sur des thèmes particuliers, tels que la survivance au cancer et la chronicité, l'autre visage des soins palliatifs.

Également, dans le but de développer et de maintenir à jour les compétences, d'autres activités comme les lectures, les recherches par internet et les discussions interdisciplinaires complètent les formations. Les psychologues participent à des communautés de pratique au Québec, comme le regroupement des onco-psychologues du Québec et le groupe de développement de la psychologie médicale et de la santé du Québec.

Les travailleurs sociaux dédiés au programme de cancérologie sont intégrés aux formations des équipes interdisciplinaires du programme de cancérologie. Ils participent régulièrement aux rencontres interdisciplinaires, ce qui permet d'assumer leur rôle en tant que consultant auprès des collègues soignants en regard des enjeux relationnels. Ils participent aux congrès et colloques relatifs à la cancérologie et à toutes autres formations pertinentes en lien avec le développement de leurs compétences.

- **Formation en hémato-oncologie**

Dans le but de favoriser le maintien de l'excellence dans l'exercice de leur profession ainsi que de faciliter leur développement professionnel, les hémato-oncologues participent à différentes activités de formation continue.

Les principales activités sont les suivantes :

- congrès internationaux et provinciaux;
- comités d'experts;
- réunions d'investigateurs;
- conférences scientifiques de l'industrie pharmaceutique;
- réunions scientifiques hebdomadaires du service d'hémato-oncologie : conférenciers extérieurs, révisions de protocoles, club de lecture;
- comités de thérapies du cancer;
- discussions de cas aux réunions de service chaque lundi;
- revues médicales.

- **Formation en radio-oncologie**

La formation continue et le développement professionnel constituent la pierre angulaire du maintien de l'excellence dans l'exercice de la profession de tous les intervenants œuvrant au sein du département de radiothérapie. C'est avec cette préoccupation qu'un comité de formation continue en radio-oncologie a été mis sur pied en novembre 2012.

Les principaux mandats de ce comité sont de favoriser l'apprentissage continu de tous les membres de l'équipe, d'identifier les besoins de formation et de développement professionnel, de planifier et d'organiser les activités d'enseignement et de formation continue, de favoriser la mise en place d'activités de formation continue avec et pour les partenaires du réseau, de mettre en place des projets et des stratégies sur le transfert des connaissances et d'établir annuellement une liste de priorités.

Afin d'assurer un suivi des différentes activités de formation et de connaître l'impact sur la pratique, des formulaires d'évaluation ont été élaborés pour compiler l'information sur le degré de satisfaction après chaque capsule, formation ou conférence et les activités du Journal club des radio-oncologues.

Les différentes activités de formation se présentent comme suit :

- journal club mensuel pour les radio-oncologues;
- conférence mensuelle sur un sujet touchant la radio-oncologie;
- capsule d'information pour les technologues;
- veille informationnelle en collaboration avec la bibliothèque du CSSS de Laval;
- visioconférences avec les autres départements de radio-oncologie de la province;
- conformément aux exigences de la Commission Canadienne de Sureté Nucléaire (CCSN), le responsable de la radioprotection présentera annuellement une formation portant sur la radioprotection, formation qui sera obligatoire pour l'ensemble du personnel du département de radio-oncologie;
- station virtuelle XVI pour la formation en imagerie.

Dans un souci d'interdisciplinarité, des arrimages ont lieu avec les responsables de la formation continue en hémato-oncologie afin d'intégrer le plus souvent possible toutes les équipes lors d'activités de formation continue ciblant des besoins communs.

Surveillance

Les activités de surveillance relèvent de la Direction régionale de santé publique (DRSP) qui élabore des plans de surveillance à partir des données du Registre québécois de cancer (RQC), du fichier des hospitalisations Med-Écho, du fichier des décès du Québec et des enquêtes sur des questions de santé précises. L'INSPQ assure la surveillance générale de l'état de santé de la population au palier national et a pour objectif de fournir un portrait complet couvrant tous les aspects reliés de près ou de loin à l'état de santé de la population.

Au Québec, le RQC est le principal système d'information pour assurer une surveillance adéquate de la maladie, en prenant en compte l'évolution du cancer dans la population

ainsi que certaines informations cliniques essentielles qui portent sur le diagnostic du cancer incluant le stade et les premiers traitements.

Le PQDCS assure des activités de surveillance par l'intermédiaire d'un système d'information SI-PQDCS appliqué à l'échelle régionale.

La surveillance du cancer à Laval s'effectue également avec des banques de données administratives telles que le DCIO MosaiQ, le dossier patient électronique (DPE) et un registre des décès.

- **Le registre local de cancer (Métriq)**

Un registre local de cancer (Métriq de Élekta Version) est en place au CSSS de Laval depuis 2008 et permet notamment d'alimenter le RQC avec des données exhaustives et suffisantes, et ce, en conformité avec le cadre de référence ministériel. Le registre local de cancer permet aussi d'éclairer les décideurs et les intervenants sur l'ensemble des soins et des services de cancérologie. Depuis le 1er janvier 2014, chez les personnes atteintes du cancer colorectal, jusqu'à 28 champs supplémentaires portant sur le stade du cancer et les traitements doivent être codés. À terme, plus d'un nouveau cas de cancer sur deux exigera une codification comprenant jusqu'à 56 champs.

Des travaux sont en cours afin d'intégrer le DCIO MosaiQ avec le registre local du cancer (Metriq) et les systèmes hospitaliers existants et futurs (OACIS, requêtes laboratoire et imagerie) afin de favoriser l'accessibilité des données cliniques.

- **Le DCIO MosaiQ**

Le DCIO MosaiQ joue un rôle complémentaire au registre local du cancer (RLC). L'intégration et le partage de l'information des deux systèmes permettent d'établir un portrait chronologique complet et définitif de l'évolution du patient dans le continuum de soins de cancérologie au CICL.

- **Le dossier patient électronique (DPE)**

Le DPE est en place au CSSS de Laval depuis plusieurs années. Les registraires utilisent le DPE pour extraire, notamment, des données cliniques en cancérologie relativement à la surveillance des décès.

- **Le fichier Méd-Echo (index bénéficiaire ADP)**

Le fichier Méd-Echo est utilisé principalement par le service de l'accueil en lien avec les admissions et les hospitalisations.

- **Un registre des décès**

Une base de données a été développée par le CSSS de Laval afin de répertorier les décès. Ce registre de décès est utilisé par les registraires et constitue des informations cliniques pertinentes pour les activités de surveillance.

Recherche

➢ Groupe de recherche en oncologie au CSSS de Laval

Le groupe de recherche en oncologie au CSSS de Laval a été créé en 2001 et depuis, il a concentré ses activités en recherche clinique, à la participation à des études internationales et multicentriques, principalement de phase II et de phase III. Depuis ses débuts, le groupe a participé à plus de 40 études, majoritairement commanditées par l'industrie pharmaceutique, ce qui représente une moyenne de quatre (4) nouvelles études cliniques par année.

L'équipe du groupe de recherche est composée de :

- huit (8) médecins hémato-oncologues impliqués à titre d'investigateurs;
- cinq (5) médecins radio-oncologues qui se sont joints à titre d'investigateurs depuis l'ouverture du CICL en juin 2011;
- trois (3) membres du personnel de recherche à temps plein, soit une infirmière coordonnatrice, une infirmière de recherche et une secrétaire.

D'autres professionnels du CSSS de Laval s'ajoutent également pour des services ponctuels nécessaires au déroulement des études cliniques, tels que des infirmières aux traitements de la clinique externe d'oncologie, des pharmaciens de l'oncologie, des techniciens du laboratoire de biologie médicale, des pathologistes et des radiologues.

Jusqu'à maintenant, les études cliniques ont surtout visé à :

- étudier l'efficacité des traitements de différents types de cancer en étudiant de nouveaux agents chimiothérapeutiques et de nouvelles thérapies ciblées;
- améliorer l'index thérapeutique des thérapies anti-cancéreuses;
- améliorer les traitements de support, dont :
  - des études portant sur l'analgésie, les antiémétiques;
  - des études portant sur des facteurs de croissance, qui visent à diminuer soit les complications infectieuses, soit l'anémie reliée à la thérapie anticancéreuse.
- permettre l'accès à des traitements prouvés efficaces, mais pas encore accessibles dans la province.

De façon non négligeable, plusieurs études ont permis à l'hôpital d'engendrer des économies majeures dans le coût d'achat de médicaments. Mentionnons à titre d'exemple :

- l'étude DREAM : plus de 400 000 $ de bevacizumab standard fourni gratuitement pour les patients inclus dans l'étude;
- l'étude SABRINA en cours - environ 60 000 $ de rituximab standard sera potentiellement fourni gratuitement sur deux ans pour chaque patient randomisé.

Développements récents du Groupe de Recherche

En 2011, le groupe de recherche en Oncologie de Laval a joint le Groupe d'étude clinique de l'Institut national canadien du cancer (INCC GEC ou NCIC CTG). Ce groupe académique de recherche clinique est un organisme à but non lucratif. Des démarches sont également en cours pour obtenir le statut de membre affilié au CHUM, hôpital Notre-Dame, pour des études du groupe RTOG (Radiation Therapy Oncology Group). Ce groupe de recherche est également un organisme à but non lucratif.

Le fait d'être membre de ces groupes de recherche permet au CSSS de Laval de participer à des études nationales et internationales jugées prioritaires par les spécialistes mondiaux du cancer. Cela permet également de développer davantage l'expertise des médecins du CICL par la participation aux protocoles et aux réunions scientifiques de ces groupes de recherche.

Sources de financement

Les différentes sources de financements se détaillent comme suit :

- Recrutement de patients

Le groupe de recherche doit s'autofinancer grâce au recrutement de patients dans les différentes études cliniques. En effet, lors d'une participation à des études cliniques, le groupe de recherche reçoit des paiements en fonction du nombre de patients recrutés et au prorata des procédures exécutées. Selon une politique ministérielle du gouvernement du Québec, 70 % du montant versé dans le cadre d'une étude est attribué au fonds de recherche, et 30 % est redirigé à l'hôpital pour compenser les coûts directs et indirects de la recherche. Lorsqu'il s'agit de groupes académiques, 100 % du montant est attribué au fonds de recherche.

- Dons

La Fondation Cité de la Santé a également contribué au financement du groupe de recherche à quelques reprises depuis 10 ans, en faisant des dons.

Des patients, des médecins ainsi que des compagnies pharmaceutiques font occasionnellement des dons dirigés au fonds de recherche en oncologie à la Fondation Cité de la Santé.

- Activité « Des Pas pour la Recherche »

En 2012, une activité de levée de fonds, « Des Pas pour la Recherche », a été organisée avec la collaboration de la Fondation Cité de la Santé. Il est prévu d'en faire un événement annuel, ce qui permettrait d'assurer la pérennité du groupe de recherche, et également de choisir, sans contrainte monétaire, les études cliniques.

- **Projet de développement d'un module d'accès web pour la clientèle**

Un projet clinique relativement au développement d'un module d'accès web réservé à l'usage de la clientèle pour des évaluations ou interactions cliniques est en cours d'implantation. Ce projet implique deux volets :

- volet informatique - développement du portail patient;
- volet de recherche évaluative, en collaboration avec le département d'administration de la santé de l'Université de Montréal.

Évaluation

L'évaluation de la performance est une composante importante des programmes de cancérologie. Le suivi des mesures d'amélioration de la qualité repose sur la production des rapports d'évaluation, de plans d'amélioration et d'outils de suivi comme les tableaux de bord annuels[20].

Le processus de reddition de comptes envers le MSSS comprend :

- des indicateurs et cibles relatifs aux délais d'accès aux traitements de chirurgie et de radio-oncologie suivis à travers les ententes de gestion;
- des formulaires GESTRED suivis annuellement ou selon des fréquences établies :
  - 600 : Bilan Lutte au cancer : Équipes et professionnels;
  - 601 : Bilan Lutte au cancer : Responsabilités Agence (programme régional, formation régionale, IPO);
  - 610 : Cancer - Registre québécois (transmission de données);
  - 506 : Radio-oncologie (délais d'accès);
- un fichier de reddition de compte permettant, selon une fréquence établie, d'obtenir une vue globale de l'avancement des travaux en lien avec certains objectifs prévus au Plan d'action 2013-2015 de la DQC, relevant des responsabilités régionales;
- d'autres indicateurs de mesure de la performance relatifs au continuum de soins et de services de lutte contre le cancer inscrits au Plan d'action 2013-2015 de la DQC.

Soulignons également les résultats publiés, en 2010 et respectivement en 2014, des deux enquêtes portant sur l'expérience des patients relativement à la qualité des services obtenus. Ces enquêtes visent à fournir aux acteurs responsables de la cancérologie des données représentatives et fiables sur lesquelles appuyer l'évaluation de la qualité des services offerts. Les indicateurs mesurés traduisent à la fois la performance du système et celle d'une approche axée sur le patient.

Au cours des prochaines années, des travaux seront entrepris à tous les paliers afin de consolider une évaluation structurée de la performance en cancérologie. Il serait nécessaire de développer un cadre d'évaluation et de suivi du programme régional de cancérologie, et ce, en cohérence avec les travaux ministériels du Comité consultatif sur la démarche d'amélioration et de maintien de la performance. Cette mesure est prévue au *Plan d'action régional en cancérologie 2015-2020*. Les rapports sur la performance et le suivi des activités de cancérologie, diffusés de façon systématique, fourniront une rétroaction utile aux décideurs et peuvent motiver grandement les responsables cliniques.

[20] AETMIS, 2010, L'évaluation externe de l'organisation et de la prestation des soins en oncologie, 151p.

FORCES, DÉFIS ET PERSPECTIVES D'AMÉLIORATION

MODÈLE ORGANISATIONNEL DU RÉSEAU RÉGIONAL DE CANCÉROLOGIE

Forces :

- Mandat régional de l'équipe interdisciplinaire consolidé;
- Structure de gouverne de cancérologie révisée selon le Plan directeur en cancérologie et fonctionnelle;
- Présence de plusieurs comités de thérapie du cancer;
- Développement d'outils de communication;
- Déploiement d'un dossier clinique informatisé oncologique (DCIO MosaiQ);
- Infrastructure du CICL à la fine pointe de la technologie qui répond aux normes d'excellence en termes de sécurité, de confidentialité et d'intimité pour la clientèle;
- Intégration complète de l'hémato-oncologie et la radio-oncologie, un modèle unique qui se démarque des pratiques usuelles en cancérologie au Québec et à l'échelle internationale;
- Accès en temps réel et sécurisé aux informations du dossier patient au CICL;
- Standardisation des pratiques médicales et des outils cliniques;
- Automatisation des processus;
- Données cliniques et administratives structurées permettant une analyse et une rétroaction objectives;
- Formation disponible pour les intervenants en lien avec leurs champs d'expertise;
- Implication importante de l'équipe médicale dans des activités de recherche;
- Nouveaux locaux et équipements disponibles au CICL pour la recherche.

Défis :

- Consolidation du réseau régional de cancérologie;
- Implantation des rencontres de soutien pour les intervenants et systématisation des rencontres administratives;
- Développement d'algorithmes de priorisation pour l'IPO;
- Développement d'un programme structuré de formation continue et déploiement des activités à l'ensemble des intervenants du réseau régional de cancérologie;
- Développement d'une offre de service surspécialisée;
- Mobilisation médicale pour favoriser la mise en place des communautés de pratique;
- Implication de la personne atteinte dans la prise de décision.

Perspectives :

- Poursuivre la mise en place des communautés de pratique;
- Implanter des rencontres de soutien pour les intervenants œuvrant au sein de la clientèle atteinte de cancer;
- Implanter des rencontres cliniques interdisciplinaires pour l'équipe des soins à domicile et consolider le fonctionnement de la rencontre interdisciplinaire du CICL;
- Optimiser l'accès à l'IPO en favorisant notamment le développement :
  - des algorithmes de priorisation;
  - d'un outil de prise de décision sur les tâches demandées à l'PO;
  - d'indicateurs de suivi;
  - d'une vision régionale de l'offre de service des IPOs;
- Formaliser les corridors de services requis;
- Faire participer davantage les omnipraticiens;
- Assurer la mise en place des mesures structurantes pour impliquer la personne atteinte dans la prise de décision;
- Élaborer un cadre d'évaluation de la performance structuré;
- Exploiter les perspectives de développement du DCIO MosaiQ afin de permettre une meilleure intégration du continuum de soins et de service :
  - accès au RID qui permettrait l'accès aux images de la clientèle en radio-oncologie provenant des autres régions;
  - connexion de la prescription informatisée du DCIO vers l'officine et vice versa, soit la disponibilité des ordonnances du patient au DCIO permettant d'obtenir un profil pharmacologique complet;
  - envoi des rapports de suivi de consultation des spécialistes vers le médecin de famille par engin de transmission de rapport;
  - développement d'un module d'accès web réservé à l'usage de la clientèle pour des évaluations ou des interactions cliniques, etc.;
- Mettre en place un comité de veille sur l'évolution des pratiques et de la technologie;
- Déployer le programme de formation à l'ensemble des intervenants du réseau régional de cancérologie;
- Contribuer au développement de la mission universitaire de l'établissement;
- Augmenter la visibilité et la participation au programme de recherche du NCIC CTG et du RTOG et développer des partenariats de recherche avec les établissements universitaires, notamment le CHUM;
- Maximiser le recrutement pour chaque étude clinique;
- Développer des projets de recherche conformément aux thèmes choisis, dont la recherche opérationnelle (évaluation de l'accessibilité aux soins et l'efficacité) et la recherche évaluative (évaluation de la qualité et la sécurité des soins);
- Développer une offre de service surspécialisée et devenir un centre intégré de cancérologie en vertu des normes inscrites au Plan directeur de cancérologie.

PARTIE 2 : ANALYSE DE L'OFFRE DE SOINS ET SERVICES EN CANCÉROLOGIE

2.1 PROMOTION, PRÉVENTION ET PROTECTION

La promotion, prévention et protection constitue la première étape du continuum de soins et de service visant à réduire l'incidence du cancer. Il est important d'agir sur les déterminants modifiables qui ont un impact sur le développement de la maladie.

Les actions régionales et locales en promotion, prévention et protection sont inscrites dans le Plan d'action régional (PAR) et le Plan d'action local (PAL) de santé publique. Ces actions découlent des orientations ministérielles des différents plans gouvernementaux tels que le Programme national de santé publique (PNSP), le Plan québécois de lutte contre le tabagisme (PQLT), le Plan québécois d'abandon du tabagisme (PQAT), le Plan québécois de prévention du tabagisme chez les jeunes et le Plan d'action gouvernemental (PAG) de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids « Investir pour l'avenir ».

Agir sur les comportements

Plusieurs initiatives sont en place pour promouvoir l'adoption de saines habitudes de vie et prévenir, retarder, diminuer ou cesser des comportements à risque, ou réduire leurs méfaits.

- **Le Plan québécois de lutte contre le tabagisme comporte trois orientations :**

- les politiques et législations incluant la taxation, les limites sur la promotion, les ventes et les lieux de consommation des produits de tabac, le financement des aides pharmacologiques de sevrage de nicotine et la rémunération des actes médicaux en abandon du tabagisme;
- l'information, la sensibilisation, l'éducation et le soutien incluant le concours provincial « Défi J'arrête, j'y gagne » et la « Semaine québécoise pour un avenir sans tabac », qui visent la cessation tabagique, et la campagne « Famille sans fumée » qui vise la réduction de l'exposition des enfants à la fumée de tabac environnementale dans la maison et l'automobile familiale;
- la mobilisation incluant des initiatives dans les écoles telles que « La gang allumée », pour prévenir l'initiation au tabagisme.

- **Le plan d'action du programme intégré de promotion de saines habitudes de vie « 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION »** vise la consommation d'aucun produit de tabac, la consommation d'au moins 5 portions de fruits et légumes par jour et la pratique d'au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée par jour. Le plan d'action propose des stratégies agissant tant sur les individus que sur les environnements afin d'augmenter l'efficacité des interventions de promotion de la santé.

- **Le programme de Promotion des saines habitudes de vie 0-5-30 en milieu de travail** vise à déployer la démarche 0-5-30 dans neuf entreprises lavalloises de 80 employés et plus par année. En 2011-2012, seulement deux entreprises déployaient le programme, tandis que 5 entreprises y ont adhéré déjà en 2013[21].

- **Le Comité de gestion de l'entente de partenariat sur les saines habitudes de vie,** regroupant des partenaires intersectoriaux divers tels que la Conférence régionale des élus (CRÉ), l'Agence, le CSSS de Laval et le Chambre de commerce et d'industrie de Laval, influencent et agissent sur les environnements favorables pour faciliter les choix santé des Lavallois par leur Plan d'action régional en saines habitudes de vie 2011-2015.

- L'Agence et le CSSS de Laval collaborent avec **Québec en forme**, qui a comme mission de « mobiliser les personnes et toute la société québécoise pour agir en faveur de l'adoption et du maintien d'un mode de vie physiquement actif et d'une saine alimentation, essentiels au plein développement des jeunes Québécois ». Les orientations stratégiques visent la mobilisation des communautés, la modification des environnements et la transformation de la norme sociale.

- Dans la région, l'ensemble des écoles publiques de Laval peuvent recevoir un accompagnement pour leurs interventions de prévention et de promotion de la santé en contexte scolaire. Qu'elles adhèrent ou non à **l'approche École en santé**, une équipe du CSSS de Laval peut les soutenir afin de déterminer leurs priorités d'actions en prévention et promotion de la santé. Tout en permettant aux écoles de réaliser leur mission éducative, ces interventions priorisées agissent sur plusieurs comportements en lien avec le cancer : la consommation d'alcool ou de drogues, l'alimentation, le mode de vie physiquement actif, le non-usage du tabac ou la sexualité saine et responsable.

- L'Agence de Laval reçoit également un financement pour le déploiement du programme **Kino-Québec**, qui a pour mission de promouvoir un mode de vie physiquement actif en influençant et en mobilisant les instances provinciales, régionales et locales de manière à ce qu'elles conçoivent et mettent en place des programmes et des mesures qui permettront de réduire les obstacles à la pratique régulière d'activités physiques.

- **Le Plan d'action intersectoriel pour la promotion d'une sexualité saine et responsable et la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)** vise à améliorer la santé des Lavallois par la promotion d'une sexualité saine et responsable, mais aussi par la diminution des ITSS, incluant celles qui sont cancérogènes (VPH, VHB, VIH).

Protéger contre les cancérigènes occupationnels et environnementaux

La réduction de l'exposition à la fumée de tabac environnementale constitue l'objectif de certains lois et règlements nationaux qui interdissent de fumer dans les milieux de travail et les cours d'école.

[21] CSSS de Laval (2013). Offre de service en cardiométabolique – Capacité d'accueil des programmes

Quant aux autres causes occupationnelles ou environnementales de cancer (exposition aux produits chimiques, radon), les équipes de santé environnementale et de santé au travail de la DRSP appliquent les mesures pour en éliminer ou réduire l'exposition des travailleurs et de la population. Les actions entreprises et prévues sont celles déjà décrites dans le PAR de santé publique.

La prévention clinique

La prévention clinique est l'approche clinique de la prévention des maladies qui se déroule lors d'un entretien entre un patient et un clinicien, ou en intervention de groupe. La prévention clinique inclut quatre types d'interventions : la vaccination, le counseling, le dépistage et la chimioprophylaxie.

Les médecins de famille font de la prévention clinique surtout, mais pas exclusivement, lors des examens complets majeurs. Les interventions préventives recommandées, dont celles ayant une influence sur les cancers, sont synthétisées dans le Guide « Évaluation médicale périodique (EMP) de l'adulte » du Collège des médecins et de la DRSP de Montréal[22]. Une formation a été offerte sur l'EMP, et plusieurs omnipraticiens lavallois en ont profité. Cependant, il n'y pas eu de suite donné pour les mises à jour de l'EMP, aucun accompagnement n'a été offert pour aider les cliniques médicales à implanter l'EMP, et la formation ne se donne plus gratuitement[23].

Tous les autres professionnels de la santé partagent avec les médecins certains éléments de la prévention clinique, selon leurs champs de compétence et domaine d'expertise. Selon l'intervention, ceci peut se faire en collaboration avec les médecins dans les cliniques, dans des programmes auxquels les médecins peuvent référer des patients ou dans des programmes de prévention auxquels les personnes peuvent s'auto-référer, sans passer par le médecin.

➢ La vaccination

Le virus du papillome humain (VPH) et le virus de l'hépatite B (VHB) sont des virus cancérigènes pour lesquels il existe des vaccins. Ces produits immunisants font partie du Programme québécois d'immunisation et sont offerts gratuitement à des clientèles ciblées. Le CSSS de Laval offre aussi ces vaccins gratuitement en milieu scolaire.

Ces vaccins font partie du Programme québécois d'immunisation. Le vaccin contre l'hépatite B est offert gratuitement à la plupart des personnes qui sont à risque accru de contracter l'hépatite B. De plus, il est offert gratuitement à tous les nourrissons depuis juin 2013 par le calendrier vaccinal de routine, et à tous les enfants en 4e année du primaire par les infirmières scolaires.

Le vaccin contre le VPH est offert gratuitement aux filles de 9-17 ans, aux femmes de 18-26 ans immunosupprimées ou infectées par le VIH, et aux hommes âgés de 9 à 26 ans immunosupprimés ou infectés par le VIH. Le vaccin est offert gratuitement à toutes les filles en 4^{e} année de primaire, par les infirmières scolaires.

[22] Il a été annoncé en 2015 que le Collège des médecins ne fera plus de mise à jour de cet outil. Le guide EMP a été retiré et a été remplacé temporairement par la Fiche de prévention clinique, en attendant que le MSSS détermine à qui confier la mise à jour du document.

[23] Communication personnelle, Collège des médecins du Québec.

Tableau 12 : Couverture populationnelle des vaccins en lien avec le cancer, Laval, 2012-2013

Vaccination	Population visée	Couverture populationnelle lavalloise (%)	Cible du PNSP (%)
VHB	Élèves de la 4e année du primaire	81,0	90
VPH	Élèves filles de la 4e année du primaire	71,4	90
	Élèves filles de la 3e année du secondaire	75,3	85

Un écart existe entre la couverture vaccinale actuelle et les cibles visées dans le PNSP. Le coût élevé du vaccin contre le VPH représente une barrière économique importante pour les populations exclues du programme gratuit. La couverture vaccinale contre le VHB et le VPH pour les populations qui ne sont pas ciblées par le programme de vaccination scolaire n'est pas connue. Malgré cela, il est attendu à ce que l'incidence des cancers liés à ces deux virus (notamment les cancers du col utérin, oro-pharyngé, ano-rectal et du foie) diminue à l'avenir grâce à la vaccination.

- **Le counseling**

La cessation tabagique

Les cliniciens jouent un rôle important dans la cessation tabagique chez leurs patients. Pourtant, il est estimé qu'en 2010, moins de la moitié (45 %) des patients de 18 ans et plus ayant un médecin de famille se sont fait demander au cours des deux dernières années s'ils fumaient. Parmi les fumeurs de 18 ans et plus ayant un médecin de famille, il est estimé que seulement deux tiers (68 %) ont reçu une recommandation de cesser de fumer par leur omnipraticien au cours des deux années précédentes. Ce nombre tombe à environ 40 % chez les fumeurs qui consultent régulièrement la même clinique de sans rendez-vous, mais qui n'ont pas de médecin de famille.[24] De plus, selon les données de facturations, les omnipraticiens ont donné du soutien médical à la cessation tabagique à seulement 7,7 % des fumeurs lavallois de 15 ans et plus en 2011-2012[25].

Le **Centre d'abandon du tabac** (CAT) du CSSS de Laval propose un programme de groupe et un programme individuel pour aider les fumeurs à cesser de fumer. Les deux programmes proposent un suivi téléphonique. Les infirmières du CAT font aussi des consultations chez les patients fumeurs admis à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé. En 2011-2012, 184 personnes ont bénéficié d'une consultation et d'un suivi individuel. Par ailleurs, le programme de groupe avait une capacité maximale de 100 personnes, mais n'a attiré que 52 personnes d'inscrites[26].

[24] À titre indicatif seulement, en se basant sur les résultats de l'enquête populationnelle 2010 « Les pratiques cliniques préventives » (INSPQ et Agence de Montréal, 2012)

[25] Données RAMQ : facturation pour le code d'acte #15161 -- soutien médical à l'abandon du tabagisme, résidents lavallois 2011-12; Statistique Canada, ESCC.

[26] CSSS de Laval (2013). Offre de service en cardiométabolique – Capacité d'accueil des programmes

Les personnes désirant cesser de fumer sont souvent référées, à la ligne téléphonique provinciale « J'arrête » et un site web provincial. De plus, une ordonnance collective régionale permet à tous les pharmaciens lavallois d'initier une thérapie de remplacement de nicotine, à coût réduit.

L'alimentation et l'activité physique

Les cliniciens peuvent influencer grandement les habitudes alimentaires et d'activité physique de leurs patients. Pourtant, il est estimé qu'en 2011, moins de la moitié (46 %) des Lavallois de 18 ans et plus ayant un médecin de famille ont discuté de leurs habitudes alimentaires avec leur omnipraticien au cours des deux années précédentes. Ce nombre tombe à environ 17 % pour les Lavallois qui n'ont pas de médecin de famille, mais qui consultent régulièrement la même clinique sans rendez-vous. La situation est semblable pour l'activité physique. Il est estimé qu'en 2011, un peu plus de la moitié (51 %) des patients lavallois de 18 ans plus ayant un médecin de famille ont discuté d'activités physiques avec leur omnipraticien au cours des deux années précédentes, mais que seulement 18 % des patients sans médecin de famille ont pu faire pareil lorsqu'ils consultaient toujours la même clinique de sans rendez-vous[27].

Les professionnels de **l'équipe des saines habitudes de vie** du CSSS de Laval utilisent l'approche motivationnelle dans les interventions avec les individus et des groupes pour les aider à bouger plus et à manger mieux. En 2012, deux programmes de groupes existaient. Le programme « Saine gestion de poids » s'adresse aux personnes en surplus de poids. En 2011-2012, sur une capacité maximale de 200 inscriptions, seulement 135 personnes ont bénéficié des rencontres de groupes. Le programme « Choisir de maigrir ? », quant à lui, s'adresse aux femmes ayant une préoccupation excessive à l'égard du poids. En 2011-2012, 30 personnes ont participé aux rencontres de groupe, ce qui représente la capacité maximale prévue du programme.[28]

L'alcool

Il n'est pas connu à quel point les cliniciens dépistent la consommation à risque d'alcool chez leurs patients adolescents et adultes.

Le CSSS de Laval a deux trajectoires de services distinctes pour les dépendances, un pour les adultes de 18 ans et plus, et l'autre pour les jeunes.

Le programme **Alcochoix+** du CSSS de Laval s'adresse aux adultes préoccupés par leur consommation d'alcool et désirant réduire leur consommation d'alcool à un niveau à faible risque. Il n'est pas nécessaire d'abuser ou d'avoir une dépendance à l'alcool pour participer au programme. Il propose une formule autonome, une formule dirigée avec des rencontres individuelles, et une formule de groupe.

Les Lavallois abusant de l'alcool ou ayant une dépendance à l'alcool peuvent bénéficier des services du **Centre de réadaptation en dépendance** (CRD) de Laval. Le CRD offre

27 Modélisation à titre illustratif seulement, en se basant sur les résultats de l'enquête populationnelle 2010 « Les pratiques cliniques préventives » (INSPQ et ASSS de Montréal 2012) et le Sondage sur l'accessibilité aux médecins de famille dans la région sociosanitaire de Laval (SOM 2012), appliqués aux données de recensement 2011. Prends pour acquis que les données des deux enquêtes s'appliquent de façon homogène à la population lavalloise, peu importe l'âge, le sexe ou le statut tabagique

28 CSSSL (2013) Offre de service en cardiométabolique – Capacité d'accueil des programmes

des services de deuxième ligne pour les jeunes et les adultes, et leurs proches, en rencontres individuelles, de groupe, de famille ou de couple. Le CRD utilise une approche systémique et de réduction des méfaits. Le CRD propose aussi un service de désintoxication avec hébergement.[29]

Les comportements sexuels

Le dépistage d'ITSS, le diagnostic d'une ITSS, ou une demande d'initiation à la contraception, ou à la contraception orale d'urgence sont des situations privilégiées pour entreprendre un counseling sur les pratiques sexuelles sécuritaires. En 2010-2011, les médecins lavallois ont facturé pour une intervention préventive relative aux ITSS auprès de 2103 patients, peu importe leur lieu de résidence.[30] En 2011-2012, ce sont 3078 Lavallois qui ont reçu une intervention préventive relative aux ITSS de leur médecin traitant, peu importe le lieu de consultation.[31] De multiples sessions de counseling pour réduire les risques sexuels favoriseraient le changement de comportement. Bien qu'aucun suivi de cette intensité ne soit actuellement offert dans la région, des travaux sont en cours pour en évaluer la faisabilité.[32]

L'exposition aux rayons ultraviolets

Le counseling fait par un clinicien est efficace pour réduire l'exposition aux rayons ultra-violets chez les jeunes de 10 à 24 ans[33]. Il n'est pas connu à quel point, cette pratique est généralisée. Il n'existe pas de programme de counseling pour réduire le bronzage.

L'entretien motivationnel

Un programme de formation et de soutien en entretien motivationnel visant 200 intervenants de première ligne du CSSS de Laval vient de démarrer. Cette formation permettra aux participants de faire de l'entretien motivationnel, selon les normes scientifiquement démontrées efficaces pour changer tous comportements, y inclus, ceux qui sont en lien avec la prévention du cancer.

- **La chimioprophylaxie**

La chimioprophylaxie est la prise d'un médicament dans un but préventif, pour réduire la probabilité qu'une maladie survienne. Dans le domaine de cancer, seulement la prise de tamoxifen ou raloxifen par les femmes génétiquement à risque élevé de cancer de sein a été démontrée efficace afin de réduire le risque de certains types de cancer du sein[34]. Une discussion pour évaluer les risques et bénéfices pour une femme ayant des antécédents familiaux de cancer de sein et d'ovaire est donc de mise afin de lui

[29] http://www.dependancelaval.ca/fr/, consulté le 8 août 2013.
[30] Données de RAMQ, code d'acte 15230.
[31] Données de RAMQ, code d'acte 15230.
[32] ASSS de Laval (2013). Plan d'action intersectoriel de promotion d'une sexualité saine et responsable et de prévention des ITSS (en publication)
[33] USPSTF (2012) Behavioral counseling to prevent skin cancer – recommendation statement, Annals of Internal Medicine, 157(1) 59-65.
[34] USPSTF (2013) Medications for risk reduction of primary breast cancer in wormin – recommendation statement, Annals of Internal Medicine, http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Home/GetFile/1/382/breastcanmedsrs/pdf

permettre de prendre une décision éclairée sur le dépistage génétique[35] et la chimioprophylaxie. Il n'est pas connu à quel point, ces pratiques sont généralisées.

- **Le dépistage**

Le dépistage permet de détecter précocement une maladie, avant l'apparition de symptômes. Le dépistage est pertinent seulement si une intervention précoce peut changer le pronostic de la maladie plus que si l'intervention avait lieu au moment de l'apparition des symptômes. Il existe seulement cinq cancers pour lesquels il existe des tests de dépistage qui ont fait preuve d'une certaine pertinence. Il s'agit des cancers du sein, colorectal, du col utérin, du poumon et de la prostate.

Un programme populationnel de dépistage de cancer pourrait amener plusieurs bénéfices potentiels : meilleure accessibilité, meilleur contrôle de la qualité, plus grand impact sur la mortalité et un moindre coût. Malgré cela, seul le dépistage du cancer du sein fait l'objet d'un programme populationnel présentement. Les autres dépistages de cancer se font de façon opportuniste pour l'instant.

Le dépistage du cancer colorectal

Des travaux nationaux sont en cours pour mettre en place un programme de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR) systématique. Au cours de l'année 2013-2014, le Québec s'est doté de la technologie nécessaire pour produire les tests immunochimiques de recherche du sang dans les selles (RSOSi), en remplacement de la RSOS au gaïac (RSOSg). Selon l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), le nouveau test, par sa sensibilité, permet de diagnostiquer plus de lésions colorectales significatives (adénomes avancés) et davantage de cas de cancer colorectal que le gaïac. De plus, des algorithmes ont été mis en place afin de diminuer le recours aux coloscopies comme moyen de dépistage et maximiser leur disponibilité pour d'autres indications, incluant le suivi des résultats positifs des tests immunochimiques des selles. Le RSOSi est disponible dans la région de Laval depuis le 19 août 2013.

Le dépistage du cancer du col utérin

En ce qui concerne le dépistage du cancer du col utérin, il est recommandé d'offrir un test Pap à toutes les femmes de 25 ans à 69 ans à risque moyen, tous les 3 ans[36]. D'autres experts recommandent que le dépistage doive commencer plus tôt, à 21 ans, et terminer plus tôt, à 65 ans et que la fréquence de dépistage puisse être allongée au 5 ans chez les femmes de 30 ans à 65 ans, si le test Pap négatif est accompagné d'un test VPH négatif[37]. De leur côté, l'INSPQ recommande de dépister toutes les femmes de 21 à 69 ans au 2-3 ans, par un test Pap, suivi d'un test VPH que pour les ASCUS chez les femmes de 30 ans et plus afin de déterminer lesquelles devraient être référées en colposcopies[38].

---

[35] USPSTF (2013) Risk assessment, genetic counseling and genetic testing ofr BRCA-related cancer in womin – recommendation statement, Annals of Internal Medicine

[36] GECSSP (2013) Recommendations on screening for cervical cancer, CMAJ, 185(1) 35-45.

[37] USPSTF (2012) Screening for cervical cancer – recommendation statement, Annals of Internal Medicine, 156: 880-90.

[38] INSPQ (2011) Lignes directrices sur le dépistage du cancer du col utérin au Québec, http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1279_LignesDirectDepistCancerColUterin.pdf

En 2008, la couverture populationnelle du test Pap a varié entre 64 % et 78 %, selon l'âge de la femme (voir tableau ci-dessous). Les femmes les plus à risque d'avoir un diagnostic de cancer du col utérin (55-69 ans) sont moins dépistées que les femmes les moins à risque de le développer (18-44 ans). Il y a raison de croire qu'il y a un écart d'accès important entre les femmes ayant un médecin de famille (environ 85 % ayant reçu un test Pap au cours de 3 ans antérieurs) et les femmes n'ayant pas de médecin de famille (environ 60 %)[39].

Tableau 13 : Proportion des femmes lavalloises ayant reçu un test Pap au cours des 3 années précédentes, 2008[40]

Population visée	Couverture populationnelle (%)
Femmes de 18-34[41]	73.9
Femmes de 35-44	78.0
Femmes de 45-54	75.6
Femmes de 55-69	64.4

Le dépistage du cancer de la prostate

Les sociétés savantes ne s'entendent pas sur la pertinence du dépistage du cancer de la prostate, et ont émis récemment des lignes directrices contradictoires[424344]. Il n'est pas connu à quel point ce dépistage est généralisé à Laval. Cependant, au Québec, il est estimé qu'en 2006, environ 550 000 hommes asymptomatiques ont reçu des tests d'antigène spécifique de la prostate (ASP) dans le but de dépister le cancer de prostate, dont une proportion significative d'hommes ont nécessité des biopsies et traitements inutiles, voire nuisibles, à leur santé[45].

Le dépistage du cancer de poumon

Depuis peu, les données probantes appui la prescription d'un CT scan à faible dose[46] des poumons aux fumeurs et ex-fumeurs à risque élevé de cancer de poumon.[47] Il n'est pas connu à quel point, ce dépistage est généralisé ou faisable à Laval ou au Québec.

[39] À titre illustratif seulement, en se basant sur les résultats de l'enquête populationnelle 2010 « Les pratiques cliniques préventives » (INSPQ et ASSS de Montréal 2012)
[40] Info-Centre, Enquête québécoise sur la santé de la population 2008
[41] Groupe d'âge ne concordent pas avec les lignes directrices
[42] USPSTF (2012) Screening for prostate cancer – USPSTF recommendation statement, Annals of Internal Medicine, 157(2) : 120-134, http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/prostatecancerscreening/prostatefinalrs.pdf.
[43] CMQ (2013) Le dépistage du cancer de la prostate – Lignes directrices, http://www.cmq.org/fr/MedecinsMembres/Profil/Commun/Nouvelles/2013/~/media/Files/Lignes/Lignes-depistage-cancer-prostate-2013.pdf?81330
[44] GECSSP (2014) Recommendations on screening for prostate cancer with the prostate-specific antigen test, CMAJ, 186(16) 1225-34.
[45] INSPQ (2014) The ressource costs of PSA-based screening for prostate cancer in the Quebec health care system : preliminary results, affiche scientifique présenté au Knowledge Translation Canada Annual Scienitic Meeting.
[46] Traduction libre de « low-dose computed tomography »
[47] USPSTF (2013) Screening for lung cancer with low-dose computed tomography – a systematic review to update the USPSTF recommendation, Annals of Internal Medicine (online), http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf13/lungcan/lungcanart.pdf, consulté le 30 août 2013.
USPSTF (2013) Screening of lung cancer – USPSTF Draft recommendation statement, http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/draftrec.htm, consulté le 7 août 2013.

Le dépistage du cancer du sein

Le dépistage du cancer du sein fait l'objet du PQDCS depuis 1998. Le PQDCS a démarré à Laval le 14 septembre 1998. Les activités du PQDCS à Laval sont réalisées dans trois types d'installations :

- le CCSR situé au Centre ambulatoire, dont l'équipe est composée d'une coordonnatrice, une infirmière et une secrétaire;
- les quatre (4) CDD, localisés dans des cliniques privées de radiologie;
- le CRID, situé à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé, offrant tous les services spécialisés de diagnostic du cancer du sein, dont l'équipe est composée d'un chirurgien, d'un radiologiste, de trois (3) technologues, d'une infirmière et de personnel administratif.

Un groupe de neuf (9) médecins volontaires collabore au PQDC pour ce qui est du suivi des femmes n'ayant pas de médecin de famille. Ils sont soutenus par le CCSR pour les besoins de formation et information.

En novembre 2014, plus de 59 000 Lavalloises âgées entre 50 et 69 ans étaient éligibles à une mammographie de dépistage. Plus de 38 000 mammographies de dépistage ont été réalisées auprès des Lavalloises pour l'année 2013-2014 dans les différents CDD du Québec. Les quatre CDD de Laval ont effectué environ 80 % de ce nombre.

Le taux de participation au PQDCS était de 57,1 % en 2013. Le taux de participation varie selon le territoire de CLSC (environ 60,5 % dans le territoire du CLSC Ste-Rose, environ 55 % dans les autres territoires de CLSC). De plus, le taux diminue légèrement selon l'âge et le niveau de défavorisation.

Au cours de l'année 2013, environ 7 Lavalloises sur 10 âgées de 50 à 69 ans ont subi une mammographie quelconque (dépistage PQDCS, dépistage hors PQDCS ou diagnostique). Ce taux de couverture à la mammographie est stable depuis 2009.

En 2012 et 2013, environ 19,1 % des femmes ayant eu une mammographie initiale de dépistage et 9,9 % des femmes ayant eu une mammographie subséquente ont dû être référées à cause d'un résultat anormal.

En 2013, les quatre CDD de Laval ont effectué 19 261 mammographies de dépistage, dont plus du tiers (33,9 %) provenait de régions avoisinantes. Leur taux de référence se situait à 17,7 % suite à une mammographie initiale et 9,7 % suite à une mammographie subséquente. Ces taux sont inférieurs à ceux du Québec, mais dépassent les normes du PQDCS.

En 2011 et 2012 (données provisoires), le taux de détection du cancer de sein dans les CDD de Laval se situait à 7,7 cas pour 1000 femmes à la suite d'une mammographie initiale, et 5,1 cas pour 1000 femmes suite à une mammographie subséquente.

Des données probantes récentes remettent en question le rapport des bénéfices et des risques des mammographies de dépistage[48][49][50].Depuis, les invitations au PQDCS ont été révisées afin de permettre aux femmes de prendre une décision éclairée quant à la participation au PQDCS, sans émettre de recommandation pour ou contre.

- **L'accès inéquitable à la prévention**

L'accès au médecin de famille impacte grandement la prescription ou la recommandation de passer un test de dépistage pour le cancer ou de recevoir d'autres interventions qui préviennent le cancer. Les populations moins nanties et immigrantes accusent aussi des retards pour ces interventions[51]. Les femmes issues de quartiers défavorisés participent moins au PQDCS que celles issues de quartiers favorisés, malgré la gratuité du programme et l'accessibilité de la mammographie, ce qui suggère un lien entre le niveau de participation et le niveau socioéconomique des femmes.

Ces résultats soulignent l'importance de l'accès aux services de prévention clinique. Il existe encore plusieurs limites dans le système de soins au niveau de l'offre systématique d'interventions efficaces de prévention et de dépistage de cancer.

[48] GECSSP (2011) Recommendations on screening for breast cancer in average risk women aged 40-74 years, CMAJ, 183(17), 1991-2001.
[49] Bleyer A & Welch HG (2012) Effect of three decades of screening mammography on breast cancer incidence, NEJM, 367 : 1998-2005.
[50] Swiss medical board, (2013) Dépistage systématique par mammographie, http://www.medical-board.ch/fileadmin/docs/public/mb/Fachberichte/2013-12-15_Rapport_Mammographie_Final_rev.pdf
[51] INSPQ et ASSS de Montréal (2012) Résultats de l'enquête populationnelle 2010 « Les pratiques cliniques préventives »

FORCES, DÉFIS ET PERSPECTIVES D'AMÉLIORATION

PROMOTION, PRÉVENTION ET PROTECTION

Forces :

- Les actions décrites dans le PAR en lien avec la promotion/prévention/protection pour la plupart des facteurs de risques cancérigènes sont en déploiement ou sont au stade de développement déjà prévu par le PAR;
- Mise en place d'un programme de formation et d'accompagnement des cliniciens du CSSS de Laval pour l'entretien motivationnel;
- Disponibilité de nouvelles technologies de dépistage : RSOSi, VPH;
- PQDCS :
  - progression continue du taux de participation des Lavalloises;
  - taux de couverture à la mammographie de 70,2 %;
  - résultats favorables du taux de fidélisation et de la rétention régionale;
  - taux de référence inférieur au taux provincial, mais supérieur aux normes;
  - délais d'accessibilité à la mammographie entre 2-3 jours et 14 jours.

Défis :

- La prévalence de tabagisme stagne depuis quelques années à Laval. Pour chaque fumeur qui cesse de fumer ou qui meurt, il y a un nouveau fumeur qui s'est initié.
- Les comportements qui augmentent le risque de cancer sont encore très présents dans la population lavalloise, et la tendance pour certains est en augmentation.
- Laval est parmi les régions qui comptent la plus grande proportion d'individus inactifs du Québec.
- Sous-utilisation des services du CSSSL de counseling en gestion du poids et en cessation tabagique;
- Taux de participation à la vaccination et au dépistage sous-optimaux;
- Absence de programme de dépistage systématique des cancers du col utérin, de la prostate et du poumon;
- Lignes directrices de dépistage de cancer du col utérin et de la prostate contradictoires ou qui ne font pas l'unanimité;
- PQDCS :
  - nouvelle lettre d'invitation qui reflète la controverse sur l'efficacité du dépistage;
  - participation des femmes issues des milieux défavorisés;
  - transmission de l'information entre les divers professionnels impliqués;
  - meilleur taux de référence tout en favorisant les pratiques d'assurance qualité;
  - meilleurs temps d'attente pour le diagnostic afin de réduire l'anxiété chez les participantes;
- Accès inéquitable aux services de prévention et de dépistage opportuniste notamment pour les patients orphelins.

Perspectives :

- Mettre en œuvre d'autres stratégies pour diminuer davantage le tabagisme;
- Mettre en place les nouvelles actions en saines habitudes de vie dans les milieux de garde;
- Créer une équipe régionale en prévention clinique qui se dotera d'un plan d'action cohérent afin d'augmenter l'accès, l'offre et la demande pour les interventions cliniques préventives, y inclut ceux qui réduisent l'incidence du cancer (vaccination, counseling, prophylaxie) et qui modifient précocement l'évolution du cancer (dépistage);
- Proposer une programmation et un processus clinique unique et harmonisé qui permettra d'identifier et de prendre en charge des personnes ayant des habitudes de vies qui représentent des risques pour les maladies cardiométaboliques, y inclus certains ayant un impact simultané sur l'incidence de cancer (mandat du comité régional des maladies chroniques);
- PQDCS :
  - développer des objectifs en lien avec la décision éclairée;
  - actualiser le comité d'assurance qualité en radiologie comprenant les radiologistes des CDD et du CRID;
  - optimiser la circulation de l'information entre CDD et CRID et y intégrer les recommandations issues des travaux provinciaux;
  - élaborer un plan de communication, à titre de projet pilote, auprès des femmes défavorisées matériellement et socialement et des femmes des communautés ethnoculturelles;
  - élaborer un état des lieux de certains secteurs socio économiquement défavorisés;
  - évaluer l'impact des activités de promotion en mesurant la participation au PQCDS de ces groupes de femmes après leur participation aux activités de promotion;
- PQDCCR :
  - optimiser le dépistage opportuniste par l'utilisation du RSOSi;
- Améliorer l'accès aux services de prévention et de dépistage opportuniste pour les patients orphelins.

2.2 INVESTIGATION ET DIAGNOSTIC

Les laboratoires et les centres de prélèvement

Les six (6) centres de prélèvements de la région offrent des services gratuits sans rendez-vous, du lundi au vendredi. Parfois, les délais d'attente pour obtenir un prélèvement dépassent les normes ministérielles d'une heure surtout en raison de l'exiguïté des espaces disponibles.

Une équipe de prélèvements à domicile assure les services auprès de la clientèle vulnérable ayant des difficultés de mobilité. Pour les patients en traitement actif, le CICL dispose d'un service de prélèvements.

Le laboratoire de biologie médicale du CSSS de Laval effectue la quasi-totalité des analyses de niveau local et régional et achemine les analyses de niveau suprarégional dans les centres désignés, tout en respectant les corridors du RUIS de l'Université de Montréal. Le délai d'obtention des résultats est variable selon le type d'analyse. L'ensemble du laboratoire participe à un programme de contrôle de qualité externe pour les analyses effectuées.

L'installation en 2014 d'une chaîne analytique diminuera nettement les temps réponses pour plusieurs analyses courantes de biochimie et d'immunologie.

- **L'anatomopathologie**

Le MSSS a déposé en 2011 le *Programme québécois d'assurance qualité en anatomopathologie* ainsi que son plan d'action. Le laboratoire de pathologie du CSSS de Laval a été désigné en 2011 pour la production des récepteurs hormonaux (ER et RP) et HER2-Neu par technique immunohistochimique. Des améliorations dans l'organisation des services de pathologie devront encore être apportées. Les travaux régionaux ont été repris dans le cadre de la structure de gouvernance du projet d'optimisation des laboratoires Optilab LLL.

Dans la région de Laval, une équipe de neuf (9) pathologistes et une assistante travaillent au sein du service de pathologie. Des travaux d'agrandissement du laboratoire de pathologie ont commencé en mars 2014 afin de mettre à niveau les services actuels pour faire face aux augmentations constantes de volumes. L'acquisition d'équipements permettra d'améliorer la standardisation des résultats d'immuno-histochimie. Le CSSS de Laval souhaite offrir les dépistages du VPH par PCR dans les cas de lésions du col utérin. L'établissement possède déjà les équipements permettant de réaliser cette technique de PCR de façon automatisée. Une demande, à cet effet, a été déposée au MSSS.

Les délais moyens d'accès en anatomopathologie sont représentés dans le tableau ci-dessous. Les raisons répertoriées pour justifier les retards sont le manque de personnel ou la réception inégale du volume de travail.

Tableau 14 : Délai moyen estimé entre l'arrivée d'un spécimen dans le laboratoire d'anatomopathologie et la signature du rapport par l'anatomopathologiste

Cytologie	Histopathologie
Gynécologie de routine : 2,5 mois Gynécologie stat : maximum 5 jours ouvrables Non-gynéco. : 2-3 jours ouvrables Non-gynéco. avec bloc cellulaire : 2-3 jours ouvrables Non-gynéco. avec bloc cellulaire + immuno-peroxydase : 5 jours ouvrables	Biopsie sein sans immuno : 4 jours ouvrables Biopsie sein avec immuno : 6,22 jours ouvrables Toutes autres biopsies avec ou sans immuno : 4,86 jours ouvrables Chirurgie : cas décrit par technicien : 7,75 jours ouvrables Cas décrit par pathologiste ou assistant : 7 jours pour les cas simples à 21 jours pour les cas complexes.

Les plateaux diagnostiques

Tous les services d'investigation sont disponibles à Laval.

➢ Imagerie médicale et médecine nucléaire

Le service d'imagerie médicale réserve des plages horaires pour la clientèle atteinte de cancer. Malgré cela, le plateau technique est insuffisant pour répondre à la demande.

Tableau 15 : Offre de service en imagerie médicale et médecine nucléaire

TYPE D'EXAMEN	OFFRE DE SERVICE
Technique générale **Radiographies** **Examens spéciaux**	7 jours sur 7 / 24 heures En semaine 8 h à 16 h Service de garde en dehors des heures ouvrables
Ultrasonographie	En semaine 8 h à 16 h Fin de semaine de 10 h à 15 h Service de garde en dehors des heures ouvrables
Mammographie **Clinique du sein**	En semaine 8 h à 16 h Une fin de semaine sur deux de 8 h à 16 h En semaine 8 h à 16 h
Tomodensitométrie (TDM)	En semaine 8 h à 16 h En semaine de 16 h à 22 h Fin de semaine et férié de 8 h à 22 h Service de garde en dehors des heures ouvrables
Angiographie	En semaine 8 h à 16 h Service de garde en dehors des heures ouvrables
Résonance magnétique	En semaine 7 h à 23 h Fin de semaine et fériés de 8 h à 15 h
Médecine nucléaire	En semaine 7 h à 18 h Service de garde sur appel, les fins de semaine de 9 h à 17 h

Plusieurs projets de développement sont et devront être actualisés :

- ajout d'un TEP-scan au CSSS de Laval réalisé en décembre 2014;
- ajout d'un deuxième appareil de résonance magnétique avec la capacité d'effectuer la planification de traitements (projet en cours);
- ajout d'une salle multifonctionnelle d'intervention et d'une salle de préparation dans le secteur de l'angiographie (à actualiser);
- ajout d'un troisième TDM dans le secteur de l'urgence.

  Ce troisième TDM s'ajoutera aux deux appareils actuels et facilitera la priorisation des patients en attente d'examens urgents. Ce transfert d'activité permettra aux deux appareils existants d'assumer la charge croissante de demandes dans le secteur du TDM pour les examens de contrôle associés au CICL.

Accessibilité et délais

- Les délais actuels en tomodensitométrie (TDM) sont de l'ordre de deux ans pour les patients à priorités électives. Cette recrudescence est associée principalement au développement du CICL.
- Les délais en échographies sont de l'ordre de six (6) à neuf (9) mois selon l'indication clinique.
- Les délais en IRM sont de plus de neuf (9) mois pour les nouveaux cas. Le CSSS de Laval éprouve des difficultés au niveau de la planification des demandes de contrôle selon la priorité médicale.

➢ Endoscopie

Le CSSS de Laval dispose de six (6) salles d'endoscopie, dont trois (3) salles d'endoscopie digestives, une salle d'endoscopie pulmonaire, une salle d'endoscopie urologique et une salle pour les ERCP. Ces salles sont disponibles cinq jours par semaine avec un service de garde les soirs, nuits et fins de semaine. Les chirurgiens occupent deux (2) jours par semaine les salles d'endoscopie digestive.

Les spécialistes manquent de salles d'examen pour effectuer les procédures, ce qui expliquerait l'augmentation des listes d'attentes. Un projet d'ajout de deux (2) salles d'endoscopie digestive a été approuvé pour augmenter le nombre total à cinq (5) salles. Le début des travaux est prévu en septembre 2015 et l'ouverture officielle en septembre 2016.

Par ailleurs, durant l'exercice 2013-2014, le CSSS de Laval a amorcé une démarche de mise à niveau de l'unité d'endoscopie. Cependant, la demande officielle de candidature pour la phase de mise à niveau dans le cadre du PQDCCR a été déposée au MSSS en mars 2015.

À l'été 2014, le MSSS a procédé à une visite de l'unité d'endoscopie digestive afin d'émettre des recommandations concernant l'aire de retraitement et les changements des laveurs décontaminateurs. Pour faire suite aux recommandations, l'établissement a prévu des mesures à mettre en place pour assurer la conformité des normes.

La référence aux spécialistes

Lorsqu'il y a suspicion de cancer, une demande de référence est acheminée à la centrale de rendez-vous de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé. Il n'existe pas d'algorithmes de priorité d'accès pour les investigations de tumeurs ou suspicions de tumeurs, à l'exception de la gynécologie pour les masses ovariennes.

Le service de l'accueil clinique s'est développé graduellement à Laval. La première phase a commencé en juin 2009 avec quatre diagnostics. Les travaux d'implantation de la deuxième phase de l'accueil clinique ont commencé en 2011. De nouvelles mesures pour des conditions subaiguës ont été développées et d'autres sont encore en développement par l'équipe des services généraux en collaboration avec différentes spécialités.

L'accueil clinique prépare le client à la visite médicale en spécialité. L'infirmière de l'accueil clinique reçoit la demande, fait la première évaluation du client pour confirmer son admissibilité, suit un algorithme développé en collaboration avec des spécialistes et oriente le client vers le plateau technique indiqué afin d'établir un diagnostic. L'objectif vise à offrir l'accessibilité au médecin spécialiste dans un délai de 72 heures à 10 jours, selon les spécialités médicales et en fonction du diagnostic.

FORCES, DÉFIS ET PERSPECTIVES D'AMÉLIORATION

INVESTIGATION ET DIAGNOSTIC

Forces :

- Projet d'agrandissement du laboratoire de pathologie approuvé (implantation en cours);
- Programme de contrôle de qualité en anatomopathologie;
- Ajout récent d'un TEP-scan dans la région;
- Plusieurs projets de développement en imagerie médicale approuvés - ajout d'un 3^{e} tomodensitomètre, ajout d'une 2^{e} IRM (implantation en cours);
- Travaux de mise à niveau de l'unité d'endoscopie effectués, projet d'épuration des listes d'attente, chargé de projet en place;
- Projet d'ajout de deux salles endoscopie digestive approuvé (ouverture prévue à l'automne 2016).

Défis :

- Délais d'accès à certains plateaux techniques;
- Mise en œuvre d'un mécanisme d'accès rapide pour certains cas aigus en provenance de la première ligne;
- Application des algorithmes de priorisation pour l'accès en spécialité par les cliniques médicales;
- Mise en œuvre d'un guichet d'accès;
- Annonce du diagnostic.

Perspectives :

- Mettre en œuvre un guichet d'accès pour les sites tumoraux les plus fréquents;
- Apporter le soutien nécessaire aux intervenants de la première ligne;
- Améliorer l'accès aux centres de prélèvements;
- Améliorer l'accès aux plateaux techniques;
- Poursuivre les travaux de mise à niveau de l'unité d'endoscopie, selon le guide ministériel, en s'assurant d'évaluer les processus et renforcer l'utilisation du formulaire AH 702;
- Favoriser l'adoption de bonnes pratiques pour l'annonce du diagnostic.

2.3 TRAITEMENT ET SUIVI

La majorité des traitements de chimiothérapie et des chirurgies se déroule sur une base ambulatoire. En effet, l'hospitalisation est réservée aujourd'hui aux chirurgies invasives, aux chimiothérapies intensives et lors de l'application de certains protocoles complexes qui nécessitent une surveillance particulière. Cependant, certaines personnes requièrent une hospitalisation lorsqu'une complication découle de leur maladie ou du traitement. Ces admissions se font habituellement par l'urgence, car il s'agit souvent d'admission urgente, difficilement prévisible.

Par ailleurs, le cancer est considéré de plus en plus comme étant une maladie chronique, et ce, spécifiquement pour la population vieillissante. Considérant la présence significative de cette clientèle dans le réseau intégré de soins et de services, le développement d'une approche gériatrique sera à implanter afin de répondre adéquatement aux besoins.

Le traitement chirurgical

Le CSSS de Laval effectue la plupart des activités relatives au traitement chirurgical des cancers. Les équipes d'urologie, de chirurgie générale, de gynécologie, de chirurgie plastique et d'ORL effectuent les chirurgies spécialisées des cancers les plus fréquents. L'établissement dispose d'un bloc opératoire de 11 salles et de trois (3) unités d'hospitalisation de chirurgie de 30 lits chacune.

Les patients nécessitant une chirurgie thoracique, de l'œsophage et ceux nécessitant une chirurgie de reconstruction en ORL sont référés au CHUM, Hôpital Notre-Dame.

Pour ce qui est du cancer du poumon, 5 chirurgiens thoraciques du CHUM agissent à titre de membres associés à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé depuis plus de 10 ans et effectuent la consultation sur place, à raison d'une demi-journée par semaine. Les patients sont rencontrés en consultation à la clinique externe de pneumologie et sont opérés au CHUM. Les chirurgiens thoraciques répondent également aux consultations intrahospitalières lors de leur présence à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé. Après la désignation ministérielle, en février 2014, des centres de référence et affiliés en cancérologie pulmonaire et œsophagienne, une lettre d'engagement a été adressée par le CSSS de Laval au CHUM afin de formaliser les corridors de services au regard de la prise en charge de la clientèle de chirurgie thoracique et de l'œsophage. Un nombre moyen annuel de plus de 125 interventions en chirurgie thoracique est effectué au CHUM en provenance du CSSS de Laval.

➢ L'accès à la chirurgie oncologique

Le CSSS de Laval utilise le SIMASS pour suivre l'évolution de la proportion de patients hors délai en attente d'un traitement de chirurgie oncologique.

La cible ministérielle fixée pour les chirurgies oncologiques se divise en deux volets :

- 90 % de la clientèle requérant une chirurgie oncologique pour un cancer suspecté ou confirmé doit être opérée dans un délai inférieur à 28 jours;
- 100 % de cette clientèle doit être opérée dans un délai inférieur à 56 jours. Aucun patient ne doit être en attente plus de 56 jours, tout site tumoral confondu.

Tableau 16 : Pourcentage de chirurgies oncologiques réalisées dans les délais prescrits

Périodes financières	Total chirurgies	% chirurgies réalisées <= 28 jours¤	% chirurgies réalisées <= 56 jours¤
2011-2012	566	70 %	96,5 %
2012-2013	600	57,2 %	94,3 %
2013-2014	1390	74 %	98,6 %

Source : Agence de la santé et des services sociaux de Laval (2015)

La préparation préopératoire est effectuée par les infirmières de la clinique de préadmission. Le processus de préadmission commence dès le jour de la réception de la requête opératoire. Chacun des patients est rencontré et l'enseignement est personnalisé selon les besoins spécifiques de la clientèle.

Le suivi post chirurgical est effectué en clinique externe de chirurgie. La fréquence des rencontres de suivi dépend des protocoles. Un suivi conjoint avec le médecin de famille est aussi favorisé. En cas de complications, le patient détient la liste des intervenants à rejoindre. Il peut se rendre à l'urgence ou à la clinique externe de chirurgie ou voir son médecin de famille. Le suivi post chirurgical dans la communauté s'effectue grâce à une infirmière de liaison qui établit les arrimages avec les partenaires du réseau : services courants de première ligne, soutien à domicile, autres établissements et organismes communautaires.

Le traitement systémique

L'Hôpital de la Cité-de-la-Santé dispense des services d'oncologie médicale et de chimiothérapie depuis le début des années 1980. Toutes les nouvelles demandes de consultation en hémato-oncologie sont évaluées par un médecin attitré à la priorisation des demandes de consultation. Un rapport concernant la liste des nouveaux cas est disponible par le système d'information MosaiQ. Ce rapport sert à connaître le nombre de nouveaux patients en attente de consultation, la priorité à respecter et le délai d'attente. Il permet au chef de service médical de suivre la liste d'attente et d'ajuster le niveau d'activités pour atteindre les objectifs fixés. Ce rapport est aussi utilisé pour faciliter la planification de nouvelles demandes de consultation. Il s'agit d'un outil privilégié pour présenter aux agents administratifs l'ordre de priorité afin de prévoir un nouveau patient selon les plages de disponibilité médicale.

En ce qui a trait à l'intégration des soins et des services à l'intérieur du continuum, il faut souligner que, durant l'épisode de chimiothérapie, le service d'hémato-oncologie effectue la prise en charge globale du suivi de chaque patient. Il réalise les arrimages nécessaires au suivi conjoint par le pneumologue, le chirurgien, le microbiologiste, etc.

L'infirmière pivot communique avec le patient dès l'annonce du diagnostic de cancer. Si des complications, des effets secondaires difficiles à tolérer ou des symptômes importants se manifestent, les patients peuvent appeler leur infirmière pivot en oncologie. Celle-ci procède à l'évaluation, donne les conseils appropriés et dirige le patient vers le CICL ou l'urgence, le cas échéant. La clinique ne dispose pas d'urgence oncologique.

L'équipe interdisciplinaire des **services ambulatoires** d'hémato-oncologie du CSSS de Laval est composée de dix (10) hémato-oncologues, dont les champs d'intérêt variés et complémentaires couvrent tous les sites tumoraux. L'équipe comprend également des pharmaciens spécialisés en oncologie, un chef clinico-administratif des services ambulatoires au CICL, un assistant infirmier-chef, une conseillère clinique à la DSI associée au programme de cancérologie, des infirmières pivot en oncologie, des assistants techniques aux soins de la santé, des infirmières soignantes, des infirmières auxiliaires au service de prélèvements, une nutritionniste, des travailleuses sociales, une psychologue, des physiothérapeutes ainsi que des agentes administratives dédiés pour l'ensemble des services ambulatoires au CICL et des bénévoles.

Le CSSS de Laval compte 24 chaises de traitements, quatre (4) salles privées ainsi que deux (2) salles d'isolements, pour un total de trente (30) espaces disponibles pour administrer des traitements. Chacune des trente (30) stations est munie d'un écran d'ordinateur et d'un clavier télescopique ergonomique. Chaque station a aussi une pompe volumétrique simple ou triple. De plus, il y a un chariot complet servant à l'installation de l'accès veineux ainsi qu'à la possibilité de faire des pansements à proximité des stations. Un moniteur pour les signes vitaux est installé à chaque station. Ainsi, lorsque l'infirmière arrive auprès du patient pour commencer un traitement, tout est à proximité, et ce, conformément aux principes Lean Santé.

Tableau 17 : Volume d'activités pour la clinique d'hémato-oncologie

	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Traitements de chimiothérapie	8 590	8 742	9 473
Autres traitements	1 130	2 178	2 724
Consultations médicales	29 160	30 576	21 234
Nombre de visites [52] au total	32 210	34 311	32 457
Usagers différents	5 492	5 309	5 539

Source : Rapport statistique annuel des CH, CHSLD et d'activités en CLSC, AS-478
Source : Dossier clinique informatisé oncologique (DCIO) MosaiQ

[52] Le nombre de visites inclut les visites de suivis pour la clientèle atteinte de cancer et la clientèle atteinte d'un problème hématologique. Tous les médecins sont hémato-oncologues et ne font pas uniquement de l'oncologie. Le grand nombre de visites est aussi expliqué par le fait que les patients n'ont pas leur traitement de chimiothérapie la journée même de la consultation médicale, mais dans les 24-48 heures après la visite.

Pour les **patients hospitalisés**, les traitements de chimiothérapie sont administrés à l'unité de médecine spécialisée en hémato-oncologie qui compte 30 lits, dont 15 dédiés à l'oncologie et deux (2) chambres d'isolement pour la chimiothérapie aplasiante.

Il est à noter que depuis plusieurs années, les patients bénéficient de **chimiothérapie en comprimé ou encore de chimiothérapie à domicile**, selon la maladie et le traitement recommandé par l'hémato-oncologue.

La Fondation Maxime-Letendre offre la possibilité de financer des soins dentaires spécialisés à la clientèle de chimiothérapie ayant des difficultés financières. Les demandes sont adressées selon un cadre de référence établi conjointement par l'équipe médicale des hémato-oncologues et le président de la fondation. Pour la clientèle de chimiothérapie, les soins dentaires sont dispensés présentement à l'extérieur du CICL. Cependant, des discussions sont en cours pour évaluer la possibilité d'offrir les soins au CICL.

Projet vitrine LEAN - accès à la première consultation en oncologie

L'accès à la première consultation en oncologie s'avère problématique. À l'automne 2014, le CSSS de Laval a sélectionné le projet d'amélioration de la prise en charge de la clientèle oncologique comme l'un des projets qui seront réalisés selon les principes Lean Santé, notamment par la participation et l'autonomie des équipes afin de trouver et mettre en œuvre des solutions concrètes aux problématiques identifiées.

Ce projet, entrepris au cours des derniers mois, vise à assurer une prise en charge plus rapide des nouveaux cas en hémato-oncologie. Pour faire suite à l'atelier Kaizen réalisé en décembre 2014, un plan d'action a été élaboré pour implanter des solutions.

La radiothérapie

Depuis le 20 février 2012, la clientèle du CSSS de Laval bénéficie de ressources intégrées pour le traitement du cancer à même leur région, et ce, incluant les traitements de radiothérapie.

Les services de radio-oncologie sont dispensés au CICL par une équipe interdisciplinaire composée de neuf (9) radio-oncologues, des physiciens, des technologues en radio-oncologie et des infirmières. D'autres professionnels dédiés au programme de cancérologie travaillent en collaboration avec cette équipe, notamment une nutritionniste, deux (2) travailleuses sociales, une psychologue, deux (2) physiothérapeutes.

En plus des traitements de radiothérapie, un panier de 12 services de base gratuits en dentisterie est offert pré, per et post radio-oncologie pour la clientèle ORL, et ce, conformément au cadre de référence ministériel. Les services de dentisterie sont aménagés à même les activités ambulatoires au CICL.

Le département de radio-oncologie possède un parc d'équipements médicaux à la fine pointe de la technologie permettant d'offrir des traitements qui répondent à des critères de qualité et de sécurité. Le parc d'équipements stratégiques comprend :

- quatre (4) accélérateurs linéaires Synergy (Elekta, Suède) possédant tous le collimateur multi-lames (MLC) de dernières générations Agility. Le CICL fut le premier centre canadien à implanter cette technologie;
- deux (2) tomodensitomètres de simulation virtuelle de dernière génération CT590 RT (GE, États-Unis). Le CICL possède les deux premiers CT590 RT d'Amérique du Nord;
- un projecteur de source de curiethérapie à haut débit de dose Flexitron (Nucletron, Pays-Bas) et le système de planification associé, Oncentra Brachy;
- le système de planification de traitement de radiothérapie Pinnacle3 (Philips, États-Unis);
- un parc complet d'équipements de contrôle de qualité des traitements aux patients et de contrôle qualité des appareils de planification, imagerie et traitements;
- le dossier clinique informatisé oncologique MosaiQ (Elekta, Suède) qui est l'outil clinique principal de l'équipe de radio-oncologie.

➢ Volumétrie en radio-oncologie

Tableau 18 : Visites médicales

Période financière	Consultations médicales	Visites de relance	Visites médicales en cours de traitement	Visites infirmières radiothérapie
2012-2013	1 072	1 814	2 155	1 908
2013-2014	1 826	2 913	3 329	2 801

Source : Dossier clinique informatisé oncologique (DCIO) MosaiQ

Tableau 19 : Téléthérapie

Période financière	Usagers débutés	Mise en traitement	Nombre de traitements	Nombre de planification
2012-2013	792	792	13 502	812
2013-2014	1 218	1 218	21 756	1 295

Source : Dossier clinique informatisé oncologique (DCIO) MosaiQ

➢ L'accès en radio-oncologie

Le MSSS a déterminé que chaque service ou département de radio-oncologie devrait organiser ses activités de manière à ce que :

- 90 % de la clientèle requérant des traitements de radio-oncologie soit traitée à l'intérieur d'un délai de quatre (4) semaines suivant la date où elle est déclarée médicalement prête;
- 100 % de cette clientèle soit traitée à l'intérieur d'un délai de huit (8) semaines suivant la date où elle est déclarée médicalement prête.

Tableau 20 : Patients traités en radio-oncologie

Périodes financières	Nombre patients traités <= 4 semaines	% patients traités <= 4 semaines
2012-2013	84	100 %
2013-2014	113	100 %

Source : GESTRED

➢ Le guichet régional d'accès en radio-oncologie

À la demande du MSSS et sous l'initiative de l'Agence de Laval, le département de radio-oncologie du CSSS de Laval a mis en place un guichet unique d'accès en radio-oncologie dans la région afin d'assurer une gestion optimale des demandes de consultation.

Le guichet d'accès constitue la seule porte d'entrée pour les demandes de consultation en radio-oncologie. Son implantation vise à assurer à chaque patient de commencer ses traitements en radio-oncologie à l'intérieur des délais établis en fonction de la priorité médicale. Le guichet d'accès dispose d'une qualité de gestion capable de concilier les dimensions administratives et cliniques pour diriger les demandes de consultation en favorisant la prise en charge des patients le plus rapidement possible.

Les critères qui s'appliquent se résument comme suit :

- respect du corridor de service;
- cas urgents;
- capacité de traitement dans un délai maximal de quatre semaines.

FORCES, DÉFIS ET PERSPECTIVES D'AMÉLIORATION

TRAITEMENT ET SUIVI

Forces :

- Un seul site de réception des requêtes de chirurgie oncologique (préadmission);
- Guide de pratique clinique partagé par tous les hémato-oncologues;
- Accès aux services de radio-oncologie selon les normes;
- Disponibilité et fiabilité des données (DCIO MosaiQ) pour suivre les délais d'accès aux traitements systémiques;
- Services d'oncologie bucco-dentaire accessibles au CICL;
- Quiétude et sécurité des lieux physiques;
- Ajout récent de deux salles au bloc opératoire;
- Corridor de service formel pour la chirurgie du cancer du poumon et de l'œsophage.

Défis :

- L'entrée de données dans le dossier clinique informatisé;
- Accès à la première consultation pour le traitement systémique;
- Accès à la chirurgie oncologique selon les normes;
- Développement des services de curiethérapie;
- Liens entre les pharmaciens d'établissement et les pharmaciens communautaires pour la continuité des services;
- Implication du médecin de famille tout au long de la trajectoire.

Perspectives :

- Poursuivre la révision de l'organisation de services pour améliorer l'accès à la première consultation de traitement systémique;
- Améliorer l'accès à la chirurgie oncologique pour atteindre les normes;
- Mettre en place les mesures nécessaires pour l'usage sécuritaire des médicaments antinéoplasiques;
- Planifier le développement de la chirurgie thoracique au CSSS de Laval;
- Poursuivre les démarches pour obtenir l'autorisation de l'achat de deux accélérateurs supplémentaires au CICL pour atteindre un nombre de six (6);
- Poursuivre le développement des services de curiethérapie;
- Favoriser le suivi conjoint médecin de famille et médecin spécialiste pour les personnes en traitement actif;
- Développer des mécanismes de communication entre les pharmaciens dédiés en oncologie de l'établissement et les pharmaciens communautaires.

2.4 SOUTIEN, ADAPTATION ET RÉADAPTATION

Les concepts de soutien, adaptation et réadaptation sont abordés dans la littérature de façon inclusive. Néanmoins, le document *Le soutien, l'adaptation et la réadaptation en oncologie au Québec - Recommandations - Avis* (2005) décrit des particularités pour chacun de ces termes :

- le soutien fait référence à un ensemble de soins et services offerts à la personne atteinte de cancer et ses proches visant à favoriser l'adaptation à la maladie;
- l'adaptation est un processus permettant à la personne atteinte de cancer d'intégrer son vécu et de trouver un nouvel équilibre fonctionnel;
- la réadaptation est un processus coordonné regroupant les différents moyens mis en œuvre pour maximiser les capacités physiques, psychologiques, mentales et cognitives de la personne atteinte de cancer afin de lui permettre une autonomie optimale dans l'ensemble de ses rôles et sphères d'activités.

Selon l'avis des experts (2005), la personne atteinte et ses proches auront recours durant l'expérience de la maladie aux processus de soutien, adaptation et réadaptation en fonction de leurs besoins spécifiques. Le soutien doit être offert dans toutes les organisations, incluant les organismes communautaires et ressources privés. Les services d'adaptation et de réadaptation ont avantage à être donnés par des professionnels ayant une expertise en oncologie.

Oncologie psychosociale

À la suite de la publication du *Rapport du comité d'oncologie psychosociale* (MSSS 2011), un comité régional d'oncologie psychosociale a été créé, en janvier 2012, afin d'établir une offre de services adéquate aux besoins et conforme aux orientations ministérielles. De façon spécifique, le comité vise l'implantation du dépistage de la détresse en oncologie, le déploiement des groupes de soutien, l'élaboration d'un algorithme d'intervention en situation de crise et le développement des activités de formation continue.

➢ Services offerts

Les services d'oncologie psychosociale offerts par le CSSS de Laval se présentent comme suit :

- **Le service de psychologie** est composé de 6 psychologues (2 postes ETC, 1 poste à 4 jours /semaine et 3 postes à 3 jours/semaine). Des critères généraux d'admissibilité au service de psychologie en santé physique sont définis et mis en place.
- **Le service social** comprend 4 ETC. En hémato-oncologie et en radio-oncologie du CICL, le travailleur social intervient sur les enjeux au niveau de la relation à soi, la relation aux autres et la relation aux ressources mises en branle par la maladie. Des critères de référence en service social sont définis et mis en place.
- **Le service des soins spirituels** est assuré par une équipe de pastorale composée de deux (2) prêtres, d'un agent de pastorale et d'une équipe de bénévoles en

pastorale offrant des services en soins spirituels disponibles pour les usagers, les familles et leurs proches dans le respect de leur foi et de leurs convictions religieuses. L'équipe offre des rencontres individuelles, un accompagnement spirituel et l'administration des sacrements. Le service des soins spirituels est offert aux usagers hospitalisés seulement.

- Bien que le rapport d'oncologie psycho-sociale ne mentionne pas **le soutien des bénévoles**, ce service est en place au CSSS de Laval. Une équipe d'environ 200 bénévoles offre des services de soutien aux usagers et à leur famille. Une équipe de bénévoles est présente au niveau des services ambulatoires, à l'unité d'hémato-oncologie et à l'unité des soins palliatifs.

  Différents services sont offerts, tels que :

  - l'accueil des patients;
  - le soutien auprès des usagers et des familles;
  - les visites sur les unités de soins;
  - le prêt de livres et autres documents;
  - le programme « Belle et bien dans sa peau »;
  - la présence à des activités particulières telles que l'intégration des arts au CICL.

  Comité des responsables du bénévolat

  Les responsables du bénévolat du CSSS de Laval se réunissent afin d'établir des normes de pratiques en bénévolat pour les usagers, les résidents et leurs familles.

  Plusieurs formations sont offertes aux bénévoles pour développer leurs compétences, assurer de la formation continue et favoriser le recrutement et la rétention des bénévoles. Les responsables sont membres de l'Association des gestionnaires de ressources bénévoles du Québec, plusieurs sont aussi membres du Réseau des soins palliatifs du Québec.

➢ Dépistage systématique de la détresse en oncologie

La détresse en oncologie est définie comme une expérience émotionnelle multifactorielle désagréable de nature psychosociale (cognitive, comportementale, émotionnelle ou spirituelle) qui peut interférer avec la capacité d'affronter un cancer, ses symptômes physiques et ses traitements.

Les équipes en oncologie doivent mettre en place un système fonctionnel de dépistage systématique de la détresse pour tous les nouveaux usagers atteints de cancer ainsi qu'à différentes étapes dans le continuum de traitement. Certaines étapes de la trajectoire de soins sont reconnues comme des périodes de vulnérabilité importante, où il serait pertinent de mesurer la détresse (MSSS, 2011). Le dépistage doit être effectué à l'aide d'un outil de dépistage qui répond à des critères spécifiques.

Le Comité de pratique infirmière en oncologie (CPIO) du CSSS de Laval appuyé par le Comité d'oncologie psycho-sociale, a mis en place un projet « Implantation du dépistage systématique de la détresse ». Le dépistage systématique de la détresse sera effectué par des infirmières à des moments déterminés du continuum de soins selon un plan de déploiement proposé.

Le CSSS de Laval a proposé l'outil de dépistage développé au Centre hospitalier universitaire du Québec (CHUQ). L'outil de dépistage de la détresse (ODD) est rempli par l'usager lui-même. L'infirmière évalue la situation avec la personne et établit un constat de la situation. Ensuite, elle décide, en collaboration avec l'usager, de ses interventions selon l'algorithme d'intervention en vigueur dans l'établissement. L'outil d'évaluation de la détresse est configuré dans MosaiQ au CICL et une version papier a été approuvée par le comité de dossier DPE du CSSS de Laval.

Des indicateurs sont mesurés afin de suivre l'implantation du dépistage de détresse, tels que :

- le nombre d'ODD complétés;
- le moment dans la trajectoire de soins où l'ODD est complété;
- le degré d'utilisation adéquate de l'algorithme;
- le taux de déploiement de l'outil de dépistage.

À l'automne 2014, l'outil de dépistage de la détresse était utilisé par tous les intervenants du CICL, tant au niveau de l'hémato-oncologie qu'au niveau de la radiothérapie. Cependant, selon la planification prévue, il reste à déployer l'outil à l'unité de soins d'hémato-oncologie, à l'unité de soins palliatifs et au service de soutien à domicile pour les soins palliatifs.

Hébergement et transport

Différentes ressources d'hébergement et de transport sont disponibles dans la région de Laval afin de répondre aux besoins de la clientèle atteinte de cancer et de ses proches.

➢ Hébergement

La Fondation Maxime-Letendre a conclu une entente avec les Résidences Soleil afin d'offrir un hébergement à moindres coûts aux personnes qui habitent dans des régions éloignées.

La Fondation Maxime-Letendre envisage la réalisation d'un projet de construction du « Centre d'Hébergement Annick et Maxime-Letendre » d'ici quelques années, et ce, sur un terrain adjacent au CSSS de Laval. En plus de l'hébergement, différents autres services pourront être offerts, tels que des ateliers d'arts, des services d'accompagnement et du soutien, des groupes de visualisation, un jardin potager extérieur, des services de massothérapie, des services de musicothérapie, une patinoire extérieure, le programme « Belle et bien dans sa peau », une salle d'exercices, des sessions d'alimentation et de cours de cuisine, des sessions de détente et de relaxation, des sessions de Qi Gong Tai Chi, des sessions de yoga et de la zoothérapie.

➢ Transport

Les modalités de déplacement des usagers nécessitant un transport entre les établissements du réseau sont régies par la Politique de déplacement des usagers du réseau de la santé et des services sociaux.

Actuellement, les Centres de bénévolat sont les organismes les plus souvent sollicités par les patients ne pouvant conduire leur voiture. Les frais sont inférieurs à ceux engendrés par le transport en taxi. Il arrive aussi que la Fondation Maxime-Letendre agisse en tant que transporteur privé pour certains usagers qui doivent se déplacer dans d'autres centres hospitaliers (CHUM, CH de Trois-Rivières). De plus, elle offre aux gens qui utilisent leur voiture des bons d'essence.

L'Hôpital Cité-de-la-Santé octroie des passes de stationnement, et ce, gratuitement, aux gens qui utilisent leur voiture et qui n'ont pas les moyens d'assumer les frais de stationnement.

Réadaptation

Dans le document *Le soutien, l'adaptation et la réadaptation en oncologie au Québec - Recommandations – Avis* (2005), la DQC émet les recommandations suivantes quant à la réadaptation :

- la présence de professionnels de la réadaptation doit être assurée au sein des équipes d'oncologie aux niveaux local, régional et suprarégional;
- les personnes atteintes de cancer doivent avoir accès à des services de réadaptation psychiques autant que physiques;
- les critères d'accessibilité aux services de réadaptation doivent être basés sur le potentiel de réadaptation et non seulement sur le pronostic de vie;
- les critères d'accès à l'ensemble des ressources de réadaptation et d'hébergement doivent être adaptés au caractère instable de l'évolution de la maladie.

Les services de réadaptation sont offerts à la population lavalloise par le CSSS de Laval de même que par l'HJR. Des critères de référence en réadaptation sont définis et mis en place.

Le CSSS de Laval offre des services tout au long du continuum par différentes équipes, soit en cours d'hospitalisation, sous forme de services ambulatoires ou en soutien à domicile :

- La clientèle hospitalisée à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé a accès à des services de réadaptation en ergothérapie, nutrition, orthophonie et physiothérapie indépendamment du motif d'hospitalisation. Les personnes atteintes d'un cancer bénéficient donc de ces services internes malgré qu'aucune heure ne soit allouée spécifiquement à la clientèle oncologique à l'hôpital.
- En ce qui concerne les services offerts à la clientèle ambulatoire au CICL, l'équipe de réadaptation se compose de deux nutritionnistes (0,8 ETC pour l'hémato-oncologie et 0,7 ETC pour la radio-oncologie), d'une orthophoniste (0,6 ETC) et de deux physiothérapeutes (1 ETC). Aucune heure n'a été allouée en ergothérapie au Programme de cancérologie. Néanmoins, des demandes sont occasionnellement acheminées à la clinique du membre supérieur par la plastie pour des usagers vus à la suite des traitements de chimiothérapie (ex. : brûlure chimique, nerf/tendon/muscle endommagé). Un projet visant le développement d'une offre de service en physiothérapie pour le lymphœdème est en cours. Une physiothérapeute a été formée à cet effet.

- Quant au soutien à domicile, des services en ergothérapie, nutrition et physiothérapie sont offerts à la clientèle oncologique à domicile, en résidence privée ainsi qu'au CLSC.

L'HJR offre des services de réadaptation pour une clientèle atteinte de cancer ayant une déficience physique secondaire ou une atteinte orthopédique, dans l'objectif d'optimiser leur fonctionnement malgré les limites imposées par le cancer. L'approche interdisciplinaire aide l'usager et sa famille à optimiser leur niveau d'indépendance physique, émotionnelle, sociale et spirituelle.

FORCES, DÉFIS ET PERSPECTIVES D'AMÉLIORATION

SOUTIEN, ADAPTATION ET RÉADAPTATION

Forces :

- Mise en place d'un Comité d'oncologie psychosociale;
- Implantation de l'outil de dépistage de la détresse au CSSS de Laval;
- Déploiement de l'offre de service en physiothérapie pour le lymphœdème en cours;
- Des nutritionnistes et des orthophonistes dans l'équipe interdisciplinaire ORL (suivis systématiques effectués, bonne compréhension des rôles, régularité des rencontres cliniques);
- Soutien important de la Fondation Maxime-Letendre;
- Implication des bénévoles.

Défis :

- Implication du médecin de famille tout au long de la trajectoire de soins et de services;
- Systématisation des suivis en nutrition pour des clientèles spécifiques;
- Accès en ergothérapie pour la clientèle oncologique;
- Mécanisme de référence pour les services en orthophonie au regard des prêts d'amplificateur de voix considérant que cet équipement est disponible et utilisé de manière inadéquate;
- Portrait de l'ensemble des services offerts en réadaptation oncologique en soutien à domicile;
- Des physiothérapeutes en lien avec des professionnels d'autres régions, permettant l'amélioration des compétences (communauté de pratique);
- Meilleure fluidité dans le continuum de services en réadaptation oncologique pour la région de Laval;
- Présence des soins spirituels en milieu hospitalier seulement.

Perspectives :

- Consolider l'organisation hiérarchisée des services psychosociaux en cancérologie, comprenant l'ensemble des acteurs, dont les organismes communautaires;
- Élargir les soins spirituels aux services ambulatoires;
- Poursuivre le déploiement de l'outil de dépistage de la détresse;
- Organiser des rencontres de suivi systématique afin de s'assurer de maintenir les mécanismes de transfert les plus efficaces possible avec les partenaires de la communauté, tels que les cabinets de médecins omnipraticiens et les ressources communautaires.

2.5 SOINS PALLIATIFS

La région de Laval dispense des soins et des services palliatifs en mode ambulatoire, à domicile et en établissement. Les personnes et leurs proches ont accès à une desserte de services de soins globaux afin de répondre aux divers besoins physiques, psychologiques, sociaux et spirituels.

L'équipe interdisciplinaire en soins palliatifs assume un mandat régional. Elle offre des soins et des services palliatifs pour l'ensemble de la région de Laval. De plus, elle fournit un enseignement de base et spécialisé aux intervenants de la région, œuvrant auprès de la clientèle de soins palliatifs.

Cette équipe est composée d'infirmières soignantes, d'une infirmière clinicienne en soins palliatifs, de la conseillère clinique à la DSI associée au Programme de cancérologie, des médecins, des pharmaciens, des travailleurs sociaux, des psychologues, des musicothérapeutes, des massothérapeutes, des accompagnateurs de vie spirituelle, des bénévoles et d'une éthicienne.

Au cours de l'année 2013-2014, l'Agence de Laval, en collaboration avec ses partenaires, a obtenu l'aval du MSSS pour le financement récurrent de trois (3) projets importants pour la région, et ce, à la suite d'un appel de projets ministériel :

- *Développement et pérennisation de l'expertise du personnel et des bénévoles en soins palliatifs* - responsable CSSS de Laval;
- *Services de répit 24 heures (J/S/N) pour les personnes malades et les proches aidants* - responsables SSPAD et Agence de Montréal;
- *Services d'aide psychologique à domicile pour les personnes malades et les proches aidants* - responsables SSPAD et Agence de Montréal.

Lits de soins palliatifs

La région de Laval comprend environ 420 000 habitants et dispose de 24 lits en soins palliatifs. Ces lits se répartissent en parts égales entre l'unité de soins palliatifs de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé et la Maison de soins palliatifs de Laval. La région de Laval accuse un retard de 40 % par rapport à l'objectif ministériel d'un lit par tranche de 10 000 habitants.

➢ L'unité des soins palliatifs au CSSS de Laval

Au CSSS de Laval, l'unité de soins palliatifs comprend 12 lits et elle constitue un environnement adapté pour optimiser, en milieu hospitalier, la qualité de vie de la personne mourante et de sa famille. Lorsqu'il n'y a pas de lits disponibles à l'unité de soins palliatifs, l'équipe médicale assure le suivi de six (6) patients hors unité en attendant le transfert dans les lits dédiés à l'unité d'hospitalisation de soins palliatifs. Lorsqu'une personne doit être admise du domicile, des mesures sont en place pour éviter l'urgence. Après entente avec la personne et sa famille, la personne est dirigée directement, autant que possible, à une unité d'hospitalisation.

Afin de favoriser une bonne compréhension des services offerts, une rencontre de famille avec la travailleuse sociale, l'infirmière soignante et le médecin est proposée au client et à ses proches. De plus, un suivi longitudinal des clients et des familles est assuré par les professionnels de l'équipe interdisciplinaire. Deux fois par année, une célébration commémorative est organisée au CSSS de Laval pour reconnaître l'importance de l'événement du décès et le besoin de sympathie et de réconfort des familles en deuil.

- **La Maison de soins palliatifs de Laval**

Le nombre de lits disponibles pour accueillir les personnes en fin de vie a été augmenté avec l'ouverture de la MSPL. En effet, la MSPL offre, depuis son ouverture en janvier 2010, 12 lits supplémentaires.

Afin de préciser la contribution du CSSS de Laval et de la MSPL quant aux services offerts aux personnes requérant des soins palliatifs de fin de vie, un protocole d'entente a été élaboré. Cette entente précise les mécanismes de coordination pour assurer la continuité des services ainsi que les modalités d'échange de services et de partage de ressources, le cas échéant.

Centres d'hébergement de soins de longue durée

Les centres d'hébergement et de soins de longue durée offrent également des soins palliatifs grâce aux équipes médicales, aux services infirmiers et aux équipes de bénévoles qui y œuvrent.

Dans le cadre de l'implantation de la Politique de soins palliatifs de fin de vie, le CSSS de Laval introduit graduellement l'approche palliative dans les centres d'hébergement. À cet égard, un programme d'accompagnement et de soins en fin de vie est en élaboration afin d'intégrer les notions d'interdisciplinarité, d'éthique et les besoins du résident et de sa famille en regard des soins et des services offerts.

De plus, un projet régional de développement de 18 lits de soins palliatifs dans les CHSLD a été présenté au MSSS.

Les soins palliatifs à domicile

Les personnes atteintes d'une maladie en phase préterminale ou terminale ont accès à des soins et services de soins palliatifs à domicile. Ces soins et services sont offerts par les intervenants des CLSC de Laval ou de la SSPAD.

L'équipe interdisciplinaire des soins palliatifs à domicile du CSSS de Laval est constituée de sept (7) infirmières, de deux (2) travailleurs sociaux et d'une assistante au supérieur immédiat. D'autres professionnels se greffent à cette équipe, tels que l'ergothérapeute, la physiothérapeute, la nutritionniste, un service d'aide à domicile et des médecins omnipraticiens. Les services d'aide à domicile et/ou professionnels (ergothérapie-physiothérapie-nutrition) sont assurés par le regroupement-programme en Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA). Le service médical est offert par les médecins du SAD des CLSC et de l'unité de médecine familiale de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé.

L'équipe interdisciplinaire de la SSPAD est composée d'infirmières spécialisées en soins palliatifs, de médecins, de préposés aux bénéficiaires et de bénévoles.

Toute la clientèle inscrite en soins palliatifs à domicile a accès à une infirmière par la ligne Info-Santé pour clientèle vulnérable 24 heures/24, 7 jours par semaine. L'Infirmière d'Info-Santé analyse la problématique vécue à domicile et, au besoin, elle communique avec l'infirmière de garde du soutien à domicile qui se déplacera pour intervenir auprès de l'usager.

Clinique ambulatoire de soins palliatifs

Le programme de la clinique ambulatoire de soins palliatifs vise à assurer une qualité de vie optimale à la personne atteinte telle que cette dernière la conçoit. De plus, elle favorise le maintien à domicile de la personne en soins palliatifs tout en lui donnant accès à l'équipe interdisciplinaire de soins palliatifs du CSSS de Laval. Le travail de collaboration et d'arrimage entre l'infirmière clinicienne en soins palliatifs du CSSS de Laval et l'équipe interdisciplinaire du soutien à domicile spécialisée en soins palliatifs est essentiel. Ce programme vise aussi à soulager la douleur et les autres symptômes selon les normes de bonnes pratiques palliatives reconnues.

La clinique ambulatoire de soins palliatifs située au CICL a commencé ses activités en février 2012. Dans la première phase d'implantation, la clientèle ciblée comprenait les personnes atteintes d'un cancer en phase palliative et suivie par un hémato-oncologue, par un radio-oncologue et par un médecin de soins palliatifs du CSSS de Laval.

Dans une deuxième phase d'implantation, il a été décidé de cibler spécifiquement la clientèle atteinte de cancer du poumon. Selon les données probantes, il a été démontré les bienfaits de la prise en charge rapide de cette clientèle par l'équipe des soins palliatifs, et ce, dès l'annonce du diagnostic. Les données probantes suggèrent un suivi conjoint le plus près possible de l'annonce du diagnostic.

Dans une phase ultérieure, le CSSS de Laval envisage à élargir l'offre de service non seulement à des personnes atteintes de cancer, mais également à des personnes en phase palliative, tous diagnostics confondus.

- **La nature des services**

Les interventions et les services professionnels peuvent inclure :

- un processus d'évaluation des besoins et des problématiques;
- un suivi régulier dans le contrôle de la douleur et des symptômes;
- un service de soutien à la personne atteinte et à ses proches tout au long du processus;
- un service de counseling dans les situations de crise et d'adaptation sociale/familiale soit par l'intervenant déjà impliqué auprès de la personne et si non, par une référence directe à la travailleuse sociale;
- un suivi pharmacologique en cours de traitement lors de problèmes complexes : information sur les médicaments, les effets et les points de surveillance;
- un service de consultation-conseil auprès de l'équipe de soutien à domicile, auprès du médecin de famille et de l'équipe interdisciplinaire;

- la création d'un fichier d'inscription et de suivi des personnes en soins palliatifs.

L'équipe de la clinique ambulatoire de soins palliatifs est composée d'un omnipraticien et d'une infirmière clinicienne en soins palliatifs. En février 2012, trois (3) omnipraticiens de l'équipe des soins palliatifs du CICL ont travaillé, à tour de rôle, une demi-journée par semaine à la clinique ambulatoire de soins palliatifs du CICL.

L'infirmière clinicienne en soins palliatifs dédiée à la clinique ambulatoire possède une expertise qui lui permet d'évaluer les besoins bio-psycho-sociaux dans un contexte de soins palliatifs et de fin de vie. Elle est une personne de référence fiable et accessible pour tous les intervenants impliqués auprès de l'usager et ses proches tant au sein de l'établissement qu'avec les différents partenaires du réseau.

- **Les relations avec d'autres services et organismes**

En raison de l'évolution rapide et parfois complexe de certains symptômes, diverses modalités d'investigation et de traitement peuvent être nécessaires et donner lieu à des références en spécialités.

La vulnérabilité de la clientèle en soins palliatifs et la lourde charge des soins qui revient aux proches aidants incitent les intervenants de la clinique ambulatoire à maintenir des liens de complémentarité avec les CLSC, la SSPAD, l'unité des soins palliatifs du CSSS de Laval, l'infirmière de liaison en oncologie, les GMF, les cliniques réseaux ainsi que les organismes communautaires.

L'enseignement à la clientèle est dispensé sur une base individuelle par l'infirmière en soins palliatifs à l'aide des documents déjà développés par des organismes reconnus pour leurs compétences en soins palliatifs.

- **Mesure et appréciation de la qualité**

L'évaluation de la qualité des services comporte principalement les indicateurs suivants :

- degré de satisfaction de la clientèle;
- nombre de visites médicales par patient;
- nombre de visites à l'infirmière;
- nombre d'interventions téléphoniques de l'infirmière de la clinique;
- recours au service de l'urgence;
- moment de la mise en place et durée du soutien des services à domicile;
- moment de la référence pour l'hospitalisation et DMS;
- prévalence des symptômes.

L'implantation de la clinique ambulatoire en soins palliatifs joue un rôle complémentaire à l'organisation actuelle des soins et services. Le profil complexe et souvent précipité de certains symptômes chez la clientèle en soins palliatifs justifie en partie l'implantation et le développement de ce service.

Les soins palliatifs pédiatriques

La Politique en soins palliatifs de fin de vie prévoit qu'en matière de soins palliatifs, les enfants, les adolescents et leurs familles méritent une attention particulière. Le MSSS a publié, en 2006, les *Normes en matière de soins palliatifs pédiatriques*, lesquelles constituent la référence au regard des soins palliatifs pédiatriques en spécifiant des points de repère pratiques qui visent l'atteinte d'un niveau d'excellence.

Le CSSS de Laval n'offre pas de soins palliatifs pédiatriques pour les enfants hospitalisés à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé. Les enfants sont transférés à l'Hôpital Ste-Justine.

Par contre, lorsque des enfants sont transférés de l'Hôpital Ste-Justine à domicile, des soins palliatifs pédiatriques à domicile sont offerts dans la région. Les ressources et les démarches pédiatriques sont mises en place par les intervenants de la direction Famille Enfance Jeunesse (FEJ), tandis que les soins palliatifs pédiatriques sont dispensés par l'équipe de soins palliatifs du soutien à domicile de la santé physique (infirmières et travailleurs sociaux). Les infirmières en soins palliatifs du soutien à domicile travaillent en collaboration avec les infirmières en soins palliatifs des centres hospitaliers pédiatriques référents.

Depuis 2007, l'Agence de Laval finance, par l'entremise d'une entente, une partie des coûts des services professionnels qui sont offerts à la clientèle lavalloise par la Maison André-Gratton.

Les mécanismes d'accès, de référence et de continuité en soins palliatifs

- **Le guichet régional pour l'accès à un lit de soins palliatifs**

Afin de favoriser l'accès à un lit de soins palliatifs, le CSSS de Laval a mis en place un guichet régional des soins palliatifs. La gestion et la coordination de ce guichet régional sont assumées par une travailleuse sociale dédiée aux soins palliatifs au CSSS de Laval, de concert avec le chef clinico-administratif de l'unité des soins palliatifs à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé.

Les demandes d'admission à un lit de soins palliatifs proviennent des intervenants du domicile, des médecins du CSSS de Laval œuvrant autant à l'urgence qu'aux unités de soins. Le processus conduisant à l'admission de la personne en fin de vie doit prendre en considération les facteurs suivants : la complémentarité des services entre l'Unité des soins palliatifs et la MSPL, l'équité d'accès à un lit pour les personnes en fin de vie et le facteur de désengorgement des lits pour l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé.

- **Le guichet régional pour l'accès aux soins palliatifs à domicile**

Le CSSS de Laval constitue la porte d'entrée unique pour toutes les demandes de soins palliatifs à domicile. Le mécanisme de référence centralisée, à savoir le guichet de l'accueil 1 ère ligne, permet la réception des demandes pour des soins et des services à domicile ou soins ambulatoires et détermine d'une façon uniforme l'orientation des demandes vers les ressources appropriées. Ce mécanisme vise également à garantir

l'équité dans l'accès aux services. Toutes les demandes sont traitées dans un délai n'excédant pas 24 heures.

Les demandes sont partagées entre le CSSS de Laval et la SSPAD, conformément aux mécanismes établis dans l'entente de service.

Projet d'optimisation des soins à domicile

Afin d'augmenter le nombre de patients desservis à domicile, le CSSS de Laval a mandaté les différentes équipes des soins à domicile de mettre en place des projets Kaisen au niveau de la 1re ligne.

En ce qui a trait à l'équipe interdisciplinaire des soins à domicile, les résultats des ateliers Kaisen ont démontré la nécessité de standardiser les soins et services à la clientèle de fin de vie. Un cadre de référence pour l'ensemble des soins palliatifs à domicile est proposé dans le but de définir l'offre de service, la mission, les valeurs, la formation et la clientèle. À terme de ces ateliers Kaisen, le nombre d'heures directes aux patients augmentera, à raison de 20 minutes par infirmière par jour.

- **Processus de référence et de priorisation à la clinique ambulatoire des soins palliatifs**

Les consultations médicales pour la clinique ambulatoire des soins palliatifs sont reçues à l'accueil du CICL et acheminées par un agent administratif à l'infirmière clinicienne en soins palliatifs. L'infirmière clinicienne en soins palliatifs évalue et priorise les demandes selon des critères établis. Advenant toute problématique dans la priorisation et des écarts entre le temps approximatif souhaité de la consultation médicale et la disponibilité des plages de rendez-vous, l'infirmière en soins palliatifs communique avec les médecins de soins palliatifs.

Chaque demande de référence doit être accompagnée d'un résumé médical précisant le diagnostic, les traitements reçus, la médication actuelle et la raison de la référence à la clinique. Pour les médecins du CICL, cette information se retrouve dans le dossier clinique informatisé oncologique (MosaiQ).

La demande de référence pour une consultation médicale à la clinique ambulatoire en soins palliatifs se fait sur une base de consultation ponctuelle. L'usager qui reçoit des traitements pour son cancer continuera d'être suivi par l'hémato-oncologue ou le radio-oncologue concerné. Lorsque l'usager est en soins de confort et aura congé en hémato-oncologie ou en radio-oncologie, la prise en charge est assumée par le médecin de la clinique en soins palliatifs. Pendant la transition entre la demande et la 1re visite à la clinique en soins palliatifs, le médecin qui fait la demande maintient la prise en charge de l'usager. Selon la situation, une discussion entre le médecin traitant et le médecin des soins palliatifs pourrait aussi déterminer la prise en charge.

Dans le cas de suivis conjoints entre les services de la clinique et d'autres partenaires du réseau, des communications régulières entre les intervenants sont établies afin d'assurer le suivi transversal de la personne, tout en évitant la duplication des services, ou l'arrêt de ces derniers par manque de concertation ou de coordination. L'infirmière clinicienne en soins palliatifs joue un rôle important dans ce suivi.

FORCES, DÉFIS ET PERSPECTIVES D'AMÉLIORATION

SOINS PALLIATIFS

Forces :

- Ouverture en 2012 de la MSPL (ajout de 12 lits dédiés);
- Présence importante de ressources psychosociales;
- Délai raisonnable de la prise en charge de la clientèle à domicile (24-48h);
- Mission unique du service (spécialisation) des soins palliatifs à domicile et équipe interdisciplinaire spécialisée en soins palliatifs à domicile
- Projet d'optimisation des soins à domicile (approche Kaizen);
- Ententes de services et de financement avec la MSPL, SSPAD, Le Phare.

Défis :

- Recrutement des médecins de soins palliatifs pour la clinique ambulatoire de soins palliatifs;
- Nombre de lits dédiés (ratio 1/10 000 de population), écart de 40 %;
- Absence de lits de répit;
- Besoin de consolider l'approche palliative dans les CHSLD;
- Absence de rencontres interdisciplinaires de l'équipe des soins palliatifs à domicile;
- Comité d'harmonisation des pratiques de soins palliatifs inactif;
- Maintien à domicile le plus longtemps possible de la clientèle en soins palliatifs.

Perspectives :

- Évaluer l'impact des activités de la clinique ambulatoire de soins palliatifs sur les visites à l'urgence;
- Mettre en place des rencontres interdisciplinaires avec l'équipe des soins palliatifs à domicile;
- Implanter le cadre de référence issu des projets d'optimisation Kaisen;
- Améliorer les services médicaux à domicile;
- Améliorer la formation continue en pratique de soins palliatifs à domicile;
- Réactualiser le comité d'harmonisation des pratiques en soins palliatifs (faire évoluer vers une communauté de pratique);
- Consolider et diffuser le rôle de l'infirmière clinicienne en soins palliatifs;
- Réaliser le projet d'ajout de lits dédiés en soins palliatifs dans les CHSLD;
- Poursuivre les ententes avec les organismes communautaires et assurer le suivi systématique des mécanismes de référence et de transfert.

2.6 TRAJECTOIRES RÉELLES DES PATIENTS COMPARÉES AUX PARCOURS THÉRAPEUTIQUES OPTIMAUX

Présentation de la démarche

Selon le *Plan d'action 2013-2015 en cancérologie* (MSSS, 2013), le parcours thérapeutique de la personne chez qui l'on craint la présence d'un cancer commence avec l'investigation, le diagnostic et la stadification, qui reposent sur une évaluation clinique approfondie accompagnée, si nécessaire, de tests d'endoscopie, d'imagerie, de cytologie, de biochimie et de pathologie (y compris la pathologie moléculaire). Les traitements de chirurgie, de radiothérapie et les traitements systématiques peuvent viser la guérison (rémission complète), le prolongement de la survie ou le soulagement des symptômes et la restauration d'un état fonctionnel optimal.

Un programme régional de cancérologie doit décrire l'accès aux soins et aux services (temps d'attente, proximité géographique, disponibilité temporelle) ainsi que les données requises pour optimiser, dans les cancers les plus fréquents, la trajectoire des patients de la région (MSSS, 2013).

C'est dans ce contexte que le CSSS de Laval a mis en place des comités de travail afin d'établir le portrait réel des trajectoires d'accès pour les sites tumoraux de prostate, poumon, ORL, sein et colorectal. Les forces, les défis et les perspectives d'amélioration pour chaque trajectoire ont été également identifiés.

Ainsi, la présente analyse de la trajectoire porte sur le cheminement d'une personne atteinte dans le continuum de soins (diagnostic et traitement) suivi en corrélation avec les délais encourus versus les délais souhaités. Des analyses approfondies portant sur des données reliées aux symptômes, aux stades de la maladie au moment du transfert, à l'algorithme d'investigation et de traitement utilisé, etc., feront l'objet d'autres travaux au cours des prochaines années.

Prostate

Périodes d'accès

Au diagnostic : délai de 7 à 10 semaines entre la date de la première consultation avec l'urologue, jusqu'à la confirmation du diagnostic par la pathologie.

À la chirurgie : délai <28 jours pour l'accès à la chirurgie, suivant la période de réflexion du patient.

Intervalles de soins et de services (**annexe 3 : cheminement de clientèle – site tumoral**)

1. Délai d'accès à une consultation avec un médecin de famille : donnée inconnue à ce stade-ci
2. Délai d'accès à une consultation avec l'urologue : 2 semaines
3. Délai accès à la biopsie : 2 semaines
4. Délai d'accès au rapport de pathologie : 3 à 4 semaines

5. Temps pour investigation/ réflexion du patient : <10 jours
6. Délai d'accès à la chirurgie : <28 jours
7. Délai d'accès à la consultation avec un hémato-oncologue : 3 à 4 semaines
8. Délai d'accès à la consultation avec un radio-oncologue : < 2 semaines
9. Délai d'accès à un traitement de radiothérapie à partir du médicalement prêt : < 28 jours

FORCES, DÉFIS ET PERSPECTIVES D'AMÉLIORATION

TRAJECTOIRE - PROSTATE

Forces :

- Selon le Programme Canadien National (Prost Aid) conçu en collaboration avec l'Association canadienne des urologues, l'équipe dédiée en urologie au CSSS de Laval se situe au-dessus des normes recommandées relativement au développement de plateformes de communication pour améliorer les trajectoires de soins;
- IPO ciblée pour le site tumoral prostate;
- Accessibilité à une consultation par un urologue dans les délais souhaités;
- Accessibilité à la radiothérapie, tant pour la consultation que pour le traitement, selon les normes ministérielles;
- Accessibilité à la chirurgie à l'intérieur des délais prescrits par le MSSS (< 28 jours);
- Présence d'un comité des tumeurs en urologie.

Défis :

- Rétention des Lavallois envers l'offre de service en urologie du CSSS de Laval;
- Soutien aux médecins de famille pour aider les patients à faire un consentement éclairé pour le dépistage du cancer de la prostate;
- Difficulté dans l'accès aux services radiologiques;
- L'accès à l'IPO dédiée est tributaire de la date du rendez-vous en hémato-oncologie et en radio-oncologie;
- Offre de service limitée de la clinique externe de soins palliatifs;
- Lorsqu'un suivi en soins palliatifs est demandé par les hémato-oncologues, le patient est vu en consultation, mais l'hémato-oncologue demeure le médecin traitant;
- Accessibilité difficile aux médecins de famille pour assurer les suivis;
- Les hémato-oncologues suivent beaucoup des patients uniquement pour la gestion de la douleur, faute de médecins de famille pour assurer les suivis chez la clientèle ne nécessitant plus de chimiothérapie.

Perspectives :

- Diffuser davantage l'offre de service à la population lavalloise;
- Favoriser la référence à l'IPO dédiée dès l'annonce du diagnostic;
- Diffuser le rôle des IPOs auprès des urologues et standardiser l'information diffusée au patient;
- Développer un algorithme de priorisation en regard de l'accès à l'IPO dédiée;
- Comité des tumeurs urologie : élaborer des critères de présentation pour discuter de cas spécifiques;
- Développer des arrimages avec les médecins de famille afin qu'ils puissent assurer le suivi des patients ne nécessitant plus un hémato-oncologue, le but étant de dégager les hémato-oncologues afin d'améliorer l'accessibilité à une consultation avec un hémato-oncologue;
- Améliorer l'accès à la clinique externe des soins palliatifs en favorisant le recrutement des médecins pour élargir l'offre de service;
- Outiller les médecins de famille pour qu'ils puissent mieux aider les patients à faire un consentement éclairé pour le dépistage du cancer de la prostate.

Poumon

Périodes d'accès

Au diagnostic : délai d'environ 8 semaines entre la date de la première consultation avec le pneumologue jusqu'à l'amorce d'un traitement (norme proposée par la littérature : 6 semaines).

À la chirurgie : délai entre 4 à 6 semaines, l'accès à la chirurgie thoracique au CHUM Notre-Dame.

Intervalles de soins et de services (**annexe 4 : cheminement de clientèle – site tumoral**)

1. Délai d'accès à une consultation avec un médecin de famille : donnée inconnue à ce stade-ci
2. Délai d'accès à une consultation avec un pneumologue : < 2 semaines
3. Délai accès à l'endoscopie : < 2 semaines
4. Délai d'accès au rapport de pathologie : < 2 semaines
5. Délai d'accès à la consultation en chirurgie : < 2 semaines
6. Délai d'accès à la chirurgie thoracique : 3 à 6 semaines
7. Délai d'accès à la consultation avec un hémato-oncologue : 3 à 4 semaines
8. Délai d'accès à la consultation avec un radio-oncologue : < 2 semaines
9. Délai d'accès à un traitement de radiothérapie à partir du médicalement prêt : < 28 jours

FORCES, DÉFIS ET PERSPECTIVES D'AMÉLIORATION

TRAJECTOIRE - POUMON

Forces :

- Équipe médicale complète avec 9 pneumologues;
- Pneumologues bien organisés au niveau de la structure de la prise en charge (accès à un spécialiste< 2 semaines);
- Accès rapide à l'endoscopie (1-2 semaines) et stadification médiastinale par EBUS sur place;
- Accès consultation en chirurgie thoracique < 2 semaines;
- Laboratoire de pathologie complet;
- Laboratoire de physiologie respiratoire et sommeil, épreuves d'effort en pneumologie et en cardiologie;
- Service de médecine nucléaire complet;
- Ajout récent de TEP scan dans la région;
- Prise en charge adéquate par l'équipe des radio-oncologues (< 2 semaines);
- Comité des tumeurs en place pour la pneumologie;
- Comité des tumeurs radio-chirurgie en place avec l'Hôpital Notre-Dame.

Défis :

- Délai allongé du processus d'investigation dû à la difficulté d'accès au scan d'investigation (minimum de 4 semaines d'attente actuellement);
- Délai actuel d'environ 8 semaines de la présentation au spécialiste jusqu'à l'amorce du traitement.

Perspectives :

- Approfondir l'analyse de la trajectoire à l'aide d'outils ministériels disponibles dans le cadre de la démarche provinciale d'optimisation de la trajectoire du cancer du poumon;
- Élaborer et mettre en œuvre un plan d'action régional pour combler les écarts identifiés dans l'état de situation produit;
- Assurer le suivi des délais d'accès à la chirurgie thoracique effectuée au CHUM;
- Améliorer l'accès au processus d'investigation;
- Mettre en place des activités de concertation en cancérologie pulmonaire.

Colon

Périodes d'accès

Au diagnostic : donnée inconnue à ce stade-ci.

À la chirurgie : délai moyen de 14 jours pour l'accès à la chirurgie.

Intervalles de soins et de services (**annexe 5 : cheminement de clientèle – site tumoral**)

1. Délai d'accès à une consultation avec un médecin de famille : donnée inconnue à ce stade-ci
1. Délai d'accès à une consultation avec le chirurgien : donnée inconnue à ce stade-ci
2. Délai accès à la biopsie (endoscopie) : donnée inconnue à ce stade-ci
3. Délai d'accès au rapport de pathologie : 2 à 3 jours selon priorités
4. Délai d'accès à la chirurgie : 14 jours suite au bilan d'extension
5. Délai entre la confirmation du diagnostic et le médicalement prêt (bilan d'extension) : 8 à 30 jours.
6. Délai d'accès à la consultation avec un hémato-oncologue : moyenne de 22,7 jours pour une priorité 2.
7. Délai d'accès à la consultation avec un radio-oncologue : 14 jours
8. Délai d'accès entre le médicalement prêt et le premier traitement de chimiothérapie : 7 jours
9. Délai d'accès à un traitement de radiothérapie. < 28 jours

FORCES, DÉFIS ET PERSPECTIVES D'AMÉLIORATION ***TRAJECTOIRE - COLON***
Forces : • Équipe dédiée complète sur place, équipe mobilisée; • IPO ciblée pour le site tumoral colorectal; • Travaux d'implantation du PQDCCR en cours; • Ajout de deux salles d'opération; • Ajout prévu de deux salles d'endoscopie digestive; • Travaux en cours pour améliorer l'accès au scan (priorisation des demandes); • Présence d'infirmières cliniciennes à la clinique externe de chirurgie; • Présence d'un comité des tumeurs pour la chirurgie; • Accessibilité à la chirurgie selon les délais prescrits par le MSSS (< 28 jours); • Accessibilité à la radiothérapie, tant pour la consultation que pour le traitement,

selon les normes ministérielles;

- Accessibilité au premier traitement de chimiothérapie <14 jours**.**

Défis :

- Accès par les médecins de famille au plateau technique;
- Investigation non débutée au niveau de la première ligne;
- Absence de protocole à l'accueil clinique pour le cancer colorectal;
- Accès aux services radiologiques;
- Délai allongé dans le bilan d'extension (8 à 30 jours);
- Accès à l'endoscopie;
- Accès au bloc opératoire et à la clinique externe de gastro-entérologie;
- Référence à l'IPO au moment du diagnostic;
- L'accès à l'IPO dédiée est tributaire de la date du rendez-vous en hémato-oncologie et en radio-oncologie;
- Corridor formalisé pour référer les patients avec les métastases hépatiques.

Perspectives :

- Poursuivre les travaux de mise à niveau de l'unité d'endoscopie;
- Implanter le PQDCCR dans la région de Laval;
- Développer un protocole d'investigation via l'accueil clinique pour le cancer colorectal;
- Référer le patient à l'IPO dédiée dès l'annonce du diagnostic par le chirurgien;
- Présenter le rôle des IPO aux chirurgiens;
- Établir un corridor de service formel avec le CHUM St-Luc pour les patients avec métastases hépatiques;
- Établir un processus de priorisation pour les demandes d'examen en endoscopie;
- Développer et optimiser le rôle de l'infirmière clinicienne à la clinique externe de chirurgie.

Sein

Périodes d'accès

Au diagnostic : délai de 2 à 6 semaines selon les priorités, entre la date de la première consultation avec le chirurgien, jusqu'à la confirmation du diagnostic par la pathologie.

À la chirurgie : délai < 28 jours pour l'accès à la chirurgie, délai moyen de 17 jours.

Intervalles de soins et de services (**annexe 6 : cheminement de clientèle – site tumoral**)

1. Délai d'accès à une consultation avec un médecin de famille : donnée inconnue à ce stade-ci
2. Délai d'accès à la consultation avec l'infirmière du CRID qui coordonne le début de l'investigation : <1 semaine.
3. Délai d'accès à une consultation avec le chirurgien : 2 à 6 semaines
4. Délai d'accès à l'investigation radiologique : 1 à 4 semaines selon priorités
5. Délai accès à la biopsie : 1 à 3 semaines selon priorités.
6. Délai d'accès au rapport de pathologie : 2 semaines
7. Délai d'accès entre la confirmation du diagnostic et l'accès à l'infirmière du CRID : immédiat
8. Délai moyen d'accès entre la confirmation du diagnostic et l'accès à une IPO : 2 à 14 jours
9. Délai moyen d'accès à la chirurgie du sein : 17 jours
   - Pour un total de 4 à 10 semaines de délai, de la date de la consultation avec l'infirmière du CRID jusqu'à la date de la chirurgie.
10. Délai d'accès entre la chirurgie et la confirmation de la pathologie chirurgicale : 3 semaines
11. Délai d'accès à la consultation avec un hémato-oncologue : 7 jours si néo adjuvant et 14 jours si adjuvant.
12. Délai d'accès entre le médicalement prêt et le 1er traitement de chimiothérapie : 7 jours
13. Délai d'accès à la consultation avec un radio-oncologue : < 14 jours
14. Délai d'accès à un traitement de radiothérapie à partir du médicalement prêt : < 28 jours

FORCES, DÉFIS ET PERSPECTIVES D'AMÉLIORATION

TRAJECTOIRE - SEIN

Forces :

- Équipe dédiée complète sur place;
- Présence d'une infirmière clinicienne à la clinique du sein / CRID et accès rapide;
- Collaboration étroite entre l'IPO dédiée sein et l'infirmière clinicienne du CRID et ce, dès l'annonce du diagnostic;
- Référence systématique à l'IPO dédiée au cancer du sein;
- L'infirmière du CRID participe au programme de dépistage de la détresse psychologique;
- Lettres acheminées aux médecins référents par la clinique du sein pour les informer de la trajectoire de soins de la patiente avant d'être vue par le chirurgien;
- Maintien des compétences et connaissances à haut niveau de l'infirmière clinicienne du CRID, en collaboration avec les chirurgiens et les infirmières en oncologie;
- Arrimage concerté entre la clinique du sein et le service de radiologie pour l'attribution des rendez-vous dans le suivi du cancer du sein (un seul appel);
- Présence d'un comité des tumeurs sein;
- Dispensation d'enseignement de groupe post-chirurgie par la physiothérapie (exercices et prévention lymphœdème);
- Projet d'implantation d'une clinique de lymphœdème en cours.

Défis :

- Accès au plateau technique radiologique pour l'investigation du cancer du sein par les médecins de famille;
- Accessibilité aux médecins de famille pour assurer les suivis;
- Manque d'espace et de ressources en radiologie;
- Manque d'espace à la clinique du sein / CRID;
- Comité régional en assurance qualité des radiologistes inactif.

Perspectives :

- Développer des arrimages avec les médecins de famille afin qu'ils puissent assurer le suivi des patients ne nécessitant plus un chirurgien;
- Impliquer les radiologistes des CDD au comité des tumeurs du sein;
- Réactualiser les rencontres du Comité régional en assurance qualité des radiologistes des CDD et du CRID, et ce, sur une base régulière pour la révision des cas.

ORL

Périodes d'accès

Au diagnostic : délai de 3 à 4 jours entre la date de la première consultation avec le chirurgien ORL, jusqu'à la confirmation du diagnostic par la pathologie.

À la chirurgie : délai de 9 à 24 jours pour l'accès à la chirurgie.

Intervalles de soins et de services (**annexe 7 : cheminement de clientèle – site tumoral**)

1. Délai d'accès à une consultation avec un médecin de famille : donnée inconnue à ce stade-ci
2. Délai d'accès à une consultation avec le chirurgien ORL : <2 semaines
3. Délai accès à la biopsie : <2 semaines (biopsie réalisée lors de la 1re visite avec le chirurgien ORL)
4. Délai d'accès au rapport de pathologie : < 1 semaine
5. Délai d'accès à la chirurgie : entre 9 et 24 jours

Pour un total de 4 à 7 semaines de délai, de la date de la consultation avec le chirurgien ORL jusqu'à la date de la chirurgie

6. Délai d'accès à la consultation avec un hémato-oncologue : < 7 à 10 jours
7. Délai d'accès à la consultation avec un radio-oncologue : < 7 à 10 jours
8. Délai d'accès à un traitement de radiothérapie à partir du médicalement prêt : < 28 jours

FORCES, DÉFIS ET PERSPECTIVES D'AMÉLIORATION

TRAJECTOIRE - ORL

Forces :

- Équipe interdisciplinaire complète ORL sur place, IPO dédiée au site tumoral ORL;
- Rencontres interdisciplinaires ORL chaque 2 semaines;
- Comité des thérapies du cancer ORL bien établi, participation des professionnels, tels que : IPO, nutritionniste, travailleur social, psychologue, présentation de tous les cas ORL;
- Présence d'équipement spécialisé pour la chirurgie ORL;
- Clinique dentaire au CICL;
- Corridor formel avec l'Hôpital Notre-Dame pour les cas de neuro-chirurgie;
- Infirmière clinicienne à la clinique externe d'ORL;
- Investigation et biopsie réalisées dès la première rencontre avec le chirurgien ORL;
- Demande de scan effectuée simultanément avec la biopsie;
- Volonté de certains chirurgiens ORL de transférer des activités cliniques au CICL afin de favoriser le travail interdisciplinaire avec l'IPO dédiée.

Défis :

- Difficulté d'accès au scan.

Perspectives :

- Instaurer un dépistage audiologique systématique avant le début des traitements de chimiothérapie pour la clientèle ORL (protocole de surveillance);
- Favoriser l'accessibilité au service audiologique pour instaurer un protocole de surveillance audiologique sans retarder le début des traitements de chimiothérapie;
- Consolider le travail en interdisciplinarité et améliorer l'offre de service aux patients avec néoplasie ORL en instaurant un dépistage audiologique;
- Favoriser la présence de l'IPO dédiée ORL dès l'annonce du diagnostic.

PARTIE 3 : PLAN D'ACTION RÉGIONAL EN CANCÉROLOGIE 2015-2020

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	MOYENS	LIEN PLAN DQC	Niveau d'implantation			INDICATEURS	CIBLES	ÉCHÉANCIER
			À développer	À maintenir	À consolider			
PRIORITÉ 1 : Des soins et des services axés sur les besoins des patients et de la population								
Objectif général 1.1 Assurer la prise en compte, du point de vue des personnes touchées par le cancer								
1.1.1 Désigner un représentant des personnes touchées par le cancer au comité de coordination régional et aux autres instances régionales	• Identifier les comités où la représentativité des personnes touchées par le cancer serait requise • Préciser les rôles et les responsabilités de la personne désignée • Établir des liens avec la démarche d'implantation de l'offre de service de patients-partenaires de l'UdeM • Identifier les besoins de soutien et d'encadrement et offrir la formation nécessaire • Mettre en place une communauté de pratique interrégionale LLL	Action 1. Consulter les personnes touchées par le cancer lors des prises de décision qui les concernent			x	Pourcentage des comités ayant un représentant des personnes touchées Taux de participation des personnes désignées aux rencontres	100 % Minimum 80 %	2015-2016 Annuellement

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	MOYENS	LIEN PLAN DQC	Niveau d'implantation			INDICATEURS	CIBLES	ÉCHÉANCIER
			À développer	À maintenir	À consolider			
1.1.2 Évaluer les besoins et la satisfaction des patients à l'aide des questionnaires pré et post projet	• Élaborer un modèle de questionnaire pour l'identification des besoins des patients avant tout projet • Élaborer un modèle de questionnaire pour évaluer la satisfaction des patients • Élaborer une procédure d'évaluation uniforme et faire des arrimages avec le questionnaire ministériel élaboré pour la tenue d'enquêtes sur l'expérience des patients tout au long de leur parcours thérapeutique • Explorer la possibilité d'intégrer les bénévoles dans le processus d'évaluation (accompagner les patients, recueillir les informations à l'aide des questionnaires, etc.) • Diffuser les résultats de satisfaction des patients post projet • Faire des arrimages avec la démarche d'évaluation de la satisfaction de la clientèle de la DAUCQ dans le cadre de l'Agrément	Action 2. Prendre en considération l'expérience de soins et de services vécue par les patients	x			Pourcentage des projets identifiés ayant fait l'objet d'une évaluation des besoins des patients Pourcentage des projets identifiés ayant fait l'objet d'une évaluation de la satisfaction des patients (post projet) Pourcentage de réalisation des rapports d'évaluation	100 % 100 % 100 %	2019-2020 2019-2020 Selon la planification des projets

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	MOYENS	LIEN PLAN DQC	Niveau d'implantation			INDICATEURS	CIBLES	ÉCHÉANCIER
			À développer	À maintenir	À consolider			
1.1.3 Établir un mécanisme de collaboration avec des organismes communautaires œuvrant auprès des communautés ethnoculturelles en vue de leur consultation lors de la mise à jour du programme régional en cancérologie de même que lors de la mise en œuvre de différentes actions	• Faire l'inventaire des ressources communautaires œuvrant auprès des communautés ethnoculturelles • Analyser les données des portraits disponibles pour identifier les enjeux spécifiques aux réalités des communautés ethnoculturelles • Faire connaître aux intervenants en place les enjeux relatifs aux réalités des communautés ethnoculturelles, selon l'analyse des données • Prévoir dans les programmes de formation des intervenants l'amélioration de la compréhension de différentes cultures, selon l'analyse des données • Recenser les pratiques existantes pour ce type de clientèle • Inviter des organismes communautaires œuvrant auprès des communautés ethnoculturelles lors des colloques annuels ou d'autres activités • Intégrer la prise en compte des besoins des organismes communautaires ethnoculturels dans le rôle du représentant des organismes communautaires désigné sur le comité régional de coordination	Action 3. Prendre en compte la réalité vécue par les personnes immigrées et les membres des communautés ethnoculturelles, ainsi que les caractéristiques qui leur sont propres	x			Pourcentage d'avancement des travaux de mise en place d'un mécanisme de collaboration	100 %	2015-2016

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	MOYENS	LIEN PLAN DQC	Niveau d'implantation			INDICATEURS	CIBLES	ÉCHÉANCIER
			À développer	À maintenir	À consolider			
Objectif général 1.2 Offrir aux personnes atteintes de cancer des soins adaptés à leur situation tout au long de leur vie avec le cancer								
1.2.1 Favoriser l'adoption de bonnes pratiques pour l'annonce du diagnostic	• Mettre en place des stratégies de communication pour assurer la diffusion du compendium des bonnes pratiques pour l'annonce du diagnostic élaboré par la DQC • Adapter les pratiques existantes suite à la diffusion du compendium des bonnes pratiques de la DQC • Offrir la formation continue aux intervenants, incluant les bénévoles, et évaluer les changements dans la pratique des intervenants • Impliquer le CMDP dans la démarche (choisir les pratiques de diagnostic comme l'acte à évaluer) • Établir des mécanismes de liaison entre les intervenants du réseau de la santé et les organismes communautaires et des bénévoles à cette étape de la trajectoire (accompagnement transport, ligne Écoute, etc.)	Action 4. Adopter de bonnes pratiques d'annonce du diagnostic			x	Taux d'avancement des activités prévues au plan de communication de diffusion du compendium élaboré par la DQC Taux d'adhésion aux pratiques pour l'annonce du diagnostic, adaptées en fonction du compendium de la DQC	100 % 100 %	2016-2017 2019-2020

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	MOYENS	LIEN PLAN DQC	Niveau d'implantation			INDICATEURS	CIBLES	ÉCHÉANCIER
			À développer	À maintenir	À consolider			
1.2.2. Favoriser l'utilisation des outils à l'appui des meilleures pratiques d'information et d'accompagnement du patient lors de son accueil, pendant et à la fin des traitements	• Évaluer l'utilisation du passeport en oncologie et la satisfaction des usagers • Adapter les outils en fonction des résultats de l'évaluation du passeport en oncologie et les promouvoir, le cas échéant • Mettre en œuvre de nouveaux projets basés sur les technologies de l'information • Implanter des outils d'aide à la décision pour favoriser la prise de décisions éclairées • Adapter la communication écrite et orale aux patients ayant un niveau faible de littéracie afin de s'assurer que ceux-ci sont en mesure de bien comprendre, décider et agir de façon éclairée • Faire des arrimages avec le projet du Regroupement provincial des organismes et groupes d'entraide communautaire en oncologie (RPOGECO) • Explorer la possibilité de mettre en place un local d'accueil près de la salle d'attente avec une équipe dédiée des bénévoles pour: accueil et soutien, écoute et référence, information et promotion des services (algorithme décisionnel des bénévoles - comité d'oncologie psycho-sociale) • Développer des dépliants explicatifs sur l'administration d'un premier traitement de chimiothérapie pour les patients hospitalisés	Action 5. Soutenir la participation active du patient dans son parcours thérapeutique			x	Pourcentage de réalisation d'un rapport d'évaluation de l'utilisation du passeport et de satisfaction des usagers Pourcentage de réalisation de nouveaux projets (basés sur les technologies de l'information)	100 % 100 %	2015-2016 2019-2020

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	MOYENS	LIEN PLAN DQC	Niveau d'implantation			INDICATEURS	CIBLES	ÉCHÉANCIER
			À développer	À maintenir	À consolider			
1.2.3 Faciliter et uniformiser l'évaluation initiale du patient par l'infirmière en oncologie	• Mettre à jour, dans la nouvelle version de MosaiQ 2.6, le nouveau formulaire standardisé de la DQC pour l'évaluation initiale du patient par l'infirmière en oncologie • Implanter le nouveau formulaire pour l'évaluation initiale du patient par l'infirmière en oncologie à l'unité d'hospitalisation du 5EN	Action 6. Faciliter et uniformiser l'évaluation initiale du patient par l'infirmière en oncologie			x	Pourcentage d'utilisation du nouveau formulaire standardisé	100 %	2015-2016
1.2.4 Poursuivre le déploiement de l'outil de dépistage de la détresse choisi (CHUQ) et évaluer son utilisation	• Présenter l'outil de dépistage aux médecins et aux pharmaciens de la région • Implanter le dépistage systématique au 5EN, 5ES, à la clinique ambulatoire de soins palliatifs et au soutien à domicile (SAD) • Promouvoir les ressources existantes dans la communauté auprès des intervenants concernés • Élaborer des indicateurs pertinents et mesurables pour évaluer l'utilisation, la pertinence et l'efficacité de l'outil • Diffuser les résultats de l'évaluation • Évaluer la possibilité de détecter précocement et prendre en charge la dépression chez les patients atteints de cancer par l'intégration d'outils de détection précoce et de prise en charge dans les Dossiers médicaux électroniques (DME) des GMF et dans le système MosaiQ	Action 7. Promouvoir le dépistage de la détresse chez les personnes atteintes de cancer			x	Pourcentage d'utilisation de l'outil de dépistage Nombre de patients dépistés	100 % Augmentation	2015-2016 Annuellement

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	MOYENS	LIEN PLAN DQC	Niveau d'implantation			INDICATEURS	CIBLES	ÉCHÉANCIER
			À développer	À maintenir	À consolider			
1.2.5 Poursuivre l'implantation du programme d'oncologie psychosociale	• Poursuivre les activités de formation à l'intention de différents intervenants, incluant les bénévoles • Planifier l'intervention en situation de crise	Action 7. Promouvoir le dépistage de la détresse chez les personnes atteintes de cancer			x	Pourcentage d'implantation du programme d'oncologie psycho-sociale	100 %	2014-2015
1.2.6 Favoriser l'utilisation des critères d'orientations vers les soins et les services de soutien en fonction de la gravité des symptômes	• Mettre en place des stratégies de communication pour favoriser l'appropriation des critères élaborés par la DQC pour psychologues, travailleurs sociaux et physiothérapeutes • Renforcer l'utilisation des critères d'orientations adaptés au niveau régional	Action 8. Optimiser l'accès des personnes atteintes de cancer aux services de soutien à l'adaptation et à la réadaptation			x	Pourcentage d'utilisation des critères	100 %	2016-2017
1.2.7 Implanter un modèle de service hiérarchisé en cancérologie pour le volet de réadaptation qui respecte les meilleures pratiques et les données probantes	• Revoir l'offre de service en réadaptation • Proposer un modèle de service hiérarchisé efficient pour le volet de réadaptation • Diffuser le nouveau modèle de service	Action 8. Optimiser l'accès des personnes atteintes de cancer aux services de soutien à l'adaptation et à la réadaptation			x	Pourcentage d'implantation du modèle proposé pour le volet de réadaptation	100 %	2015-2016
1.2.8 Réviser le mécanisme de référence : - vers les services d'orthophonie - vers les services d'audiologie	• Poursuivre la réalisation du projet en audiologie pour les patients sous cisplatin • Revoir les critères de référence vers les services d'orthophonie et ceux d'audiologie	Action 8. Optimiser l'accès des personnes atteintes de cancer aux services de soutien à l'adaptation et à la réadaptation			x	Pourcentage de réalisation de la révision du mécanisme de référence	100 %	2014-2015

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	MOYENS	LIEN PLAN DQC	Niveau d'implantation			INDICATEURS	CIBLES	ÉCHÉANCIER
			À développer	À maintenir	À consolider			
1.2.9 Implanter un programme régional de remise en forme dans le cadre plus large de la survivance en favorisant un lien entre la physiothérapie et le programme de cancérologie	• Recenser les meilleures pratiques • Planifier le projet de mise en place d'un programme de remise en forme (survivance et saines habitudes de vie) et s'assurer de son implantation - Projet en lien avec le Rallye vélo 300 km pour la vie • Développer des arrimages entre la physiothérapie et le programme de cancérologie	Action 8. Optimiser l'accès des personnes atteintes de cancer aux services de soutien à l'adaptation et à la réadaptation	x			Taux d'avancement des activités de déploiement du programme de mise en forme	100 %	2019-2020
1.2.10 Consolider l'offre de service pour le lymphoedème	• Poursuivre l'implantation du programme de prévention et traitement du lymphoedème à la clientèle opérée et traitée au CSSS de Laval • Participer à la formation organisée par le MSSS pour la prévention du lymphoedème à l'intention des physiothérapeutes du Québec	Action 8. Optimiser l'accès des personnes atteintes de cancer aux services de soutien à l'adaptation et à la réadaptation			x	Taux d'avancement de l'implantation du programme de prévention et traitement du lymphœdème Pourcentage de physiothérapeutes dédiées à la cancérologie ayant participé à la formation organisée par le MSSS	100 % 100 %	2015-2016 Selon la planification des activités de formation

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	MOYENS	LIEN PLAN DQC	Niveau d'implantation			INDICATEURS	CIBLES	ÉCHÉANCIER
			À développer	À maintenir	À consolider			
1.2.11 Favoriser l'utilisation des critères d'orientation vers les services de soins palliatifs pour le soulagement des symptômes pendant les phases active et chronique de la maladie	• Mettre en place des stratégies de communication pour favoriser l'appropriation des critères ministériels d'orientation vers les services de soins palliatifs • Renforcer l'utilisation des critères adaptés au niveau régional	Action 10. Outiller les équipes afin que les professionnels en soins palliatifs soient impliqués le plus tôt possible dans le parcours thérapeutique de la personne atteinte de cancer	x			Pourcentage d'utilisation des critères	100 %	2015-2016
1.2.12 Améliorer l'offre de service offerte en soins palliatifs en favorisant l'implantation des stratégies en matière des ressources humaines: • consolidation du rôle de l'infirmière clinicienne en soins palliatifs de la clinique ambulatoire de soins palliatifs, volet consultation et soutien • consolidation poste monitrice en soins palliatifs • ajout pharmaciens dédiés en soins palliatifs en soutien aux pharmaciens de l'équipe interdisciplinaire pour les cas problématiques	• Mettre à jour le rôle de l'infirmière clinicienne en soins palliatifs de la clinique ambulatoire de soins palliatifs considérant l'augmentation des besoins de la clientèle • Former une infirmière remplaçante • Élaborer un plan de communication pour favoriser la compréhension par l'ensemble des professionnels dédiés à la cancérologie du rôle de l'infirmière clinicienne en soins palliatifs de la clinique ambulatoire de soins palliatifs • Développer le rôle de l'infirmière monitrice dans les différents secteurs et le diffuser • Déployer les soins pharmaceutiques en soins palliatifs à l'unité de soins et à la clinique ambulatoire de soins palliatifs	Action 10. Outiller les équipes afin que les professionnels en soins palliatifs soient impliqués le plus tôt possible dans le parcours thérapeutique de la personne atteinte de cancer			x	Pourcentage d'implantation des stratégies prévues	100 %	2016-2017

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	MOYENS	LIEN PLAN DQC	Niveau d'implantation			INDICATEURS	CIBLES	ÉCHÉANCIER
			À développer	À maintenir	À consolider			
1.2.13 Augmenter le nombre de personnes desservies en soins palliatifs à domicile et le nombre moyen d'interventions à domicile par personne	• Consolider le partenariat avec la Société de soins palliatifs à domicile du Grand Montréal (ajustements des outils et des processus) • Définir et implanter un cadre de référence pour l'équipe soignante • Développer des outils cliniques adaptés aux soins palliatifs en collaboration avec l'infirmière monitrice • Revoir l'organisation de travail - Projet d'optimisation SAD soins palliatifs, développer un suivi systématique pour les usagers en soins palliatifs • Poursuivre le déploiement progressif de l'intégration des ressources selon le plan établi en collaboration avec la Direction SAPA du CSSS de Laval - Projet d'introduction d'infirmières auxiliaires à l'équipe de santé physique (en cours)	Action 11. Renforcer les soins palliatifs			x	Nombre de personnes desservies en soins palliatifs à domicile Nombre moyen d'interventions à domicile par personne	Augmentation Augmentation	Annuellement Annuellement
1.2.14 Augmenter le nombre de lits dédiés en soins palliatifs	• Développer l'offre de service en hébergement pour des lits de soins palliatifs • Optimiser les mécanismes d'arrimage entre le CSSS de Laval et la Maison de soins palliatifs de Laval • Revoir le processus de référence aux lits de soins palliatifs (critères d'admission et fonctionnement du guichet d'accès)	Action 11. Renforcer les soins palliatifs	x			Nombre de lits dédiés en soins palliatifs selon le type d'établissement (maison de soins palliatifs, CHSGS et CHSLD)	Augmentation de 18 lits	2019-2020

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	MOYENS	LIEN PLAN DQC	Niveau d'implantation			INDICATEURS	CIBLES	ÉCHÉANCIER
			À développer	À maintenir	À consolider			
1.2.15 Élaborer un plan régional de formation touchant l'ensemble des volets de soins palliatifs : hébergement, organismes communautaires, hospitalisation et soutien à domicile	• Recenser les besoins de formation et élaborer un plan de formation • Développer un plan régional de formation en soins palliatifs • Intégrer l'infirmière monitrice à la formation en soins palliatifs • Poursuivre les activités de formation continue (semaine des soins palliatifs, midi-causerie, capsules de formation sur différents thèmes, etc.)	Action 11. Renforcer les soins palliatifs	x			Pourcentage de réalisation de l'élaboration du plan régional de formation Nombre d'intervenants formés	100 % Augmentation	2015-2016 Selon la planification des activités
1.2.16 Augmenter la disponibilité médicale en soins palliatifs au soutien à domicile et à la clinique ambulatoire de soins palliatifs	• Planifier les besoins des ressources médicales • Prioriser les candidats intéressés par la pratique en soins palliatifs • Planifier l'orientation MosaiQ des nouveaux médecins	Action 11. Renforcer les soins palliatifs	x			Nombre de médecins au soutien à domicile Nombre de médecins à la clinique ambulatoire de soins palliatifs	Augmentation Augmentation	2019-2020 2019-2020
1.2.17 Élargir l'offre de service de la clinique ambulatoire de soins palliatifs à tous les types de cancer	• Planifier le projet d'élargissement de l'offre de service • Réaliser le projet d'élargissement de l'offre de service pour la trajectoire oncologique selon la disponibilité des ressources • Faire un balisage permettant de réaliser un portrait des autres hôpitaux • Revoir les processus de priorisation et de prise de rendez-vous pour les nouvelles consultations	Action 11. Renforcer les soins palliatifs	x			Pourcentage de réalisation du projet	100 %	2019-2020

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	MOYENS	LIEN PLAN DQC	Niveau d'implantation			INDICATEURS	CIBLES	ÉCHÉANCIER
			À développer	À maintenir	À consolider			
1.2.18 Assurer l'accessibilité aux personnes recevant des soins palliatifs à domicile aux services de base, 24 h sur 24 et 7 jours sur 7 : - un service téléphonique (avec mise à profit d'Info Santé) - les services médicaux et infirmiers - la couverture pharmaceutique avec trousse d'urgence - les services de répit et de dépannage - le matériel et les fournitures pour l'aide à domicile	• Développer des services de répit et de dépannage • Explorer la possibilité de développer des ententes avec les organismes communautaires pour les services de répit à domicile • Consolider l'accessibilité 24 h sur 24 et 7 jours sur 7	Action 11. Renforcer les soins palliatifs	x			Taux de conformité des services de base : - un service téléphonique (avec mise à profit d'Info Santé) - services médicaux et infirmiers - couverture pharmaceutique avec trousse d'urgence - services de répit et de dépannage - matériel et fournitures pour l'aide à domicile	100 %	Annuellement
1.2.19 Implanter des groupes de soutien pour les survivants en partenariat avec les services offerts dans la communauté	• Optimiser la collaboration avec la Société canadienne de cancer • Réaliser un portrait de l'offre de service des organismes communautaires et des bénévoles • Créer un répertoire des ressources communautaires • Diffuser aux intervenants l'offre de service de soutien des organismes communautaires et des bénévoles • Planifier et mettre en œuvre le projet d'implantation des groupes de soutien pour les survivants	Action 12. Recenser les besoins particuliers des personnes ayant survécu à un cancer	x			Pourcentage de réalisation du projet d'implantation des groupes de soutien pour les survivants Taux de disponibilité d'un répertoire des ressources communautaires	100 % 100 %	2017-2018 2015-2016

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	MOYENS	LIEN PLAN DQC	Niveau d'implantation			INDICATEURS	CIBLES	ÉCHÉANCIER
			À développer	À maintenir	À consolider			
Objectif général 1.3 Soutenir les intervenants de première ligne								
1.3.1 Outiller les intervenants de première ligne à offrir tous les services cliniques requis en fonction de l'âge de la personne et des données probantes pour prévenir le cancer ou le détecter précocement	• Recenser les besoins de la première ligne par l'entremise du DRMG • Recenser les outils disponibles et les adapter aux besoins de la première ligne pour les principaux types de cancer • Diffuser les outils cliniques produits par la DQC pour les dépistages requis en fonction de l'âge et des données probantes • Évaluer le Plan d'action régional de santé publique (PAR) et le Plan local de santé publique (PAL) 2008-2015 au regard de l'atteinte des objectifs relatifs au cancer • Rédiger le PAR et PAL 2015-25 en fonction du nouveau Programme national de santé publique (PNSP) et le mettre en œuvre • Explorer la possibilité d'offrir de la prévention clinique (vaccination, dépistage, counseling) qui prévient ou détecte précocement le cancer aux : - patients orphelins inscrits au GACO, en utilisant des ordonnances collectives; - patients inscrits au GMF, en utilisant des outils intégrés au DME	Action 13. Développer des outils cliniques pour aider les intervenants de première ligne à adopter les meilleures pratiques en cancérologie	x			Taux d'implantation des actions prévues aux plans d'action local et régional de santé publique Taux d'adhésion aux outils cliniques disponibles chez les intervenants de la première ligne	100 % 100 %	2015-2016 2016-2017

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	MOYENS	LIEN PLAN DQC	Niveau d'implantation			INDICATEURS	CIBLES	ÉCHÉANCIER
			À développer	À maintenir	À consolider			
1.3.2 Implanter des requêtes standardisées, incluant des niveaux de priorité clinique, pour la colposcopie, la mammographie, la bronchoscopie et la coloscopie	• Diffuser les requêtes standardisées élaborées au niveau provincial • Adapter les requêtes régionales selon les standards provinciaux et s'assurer de leur utilisation (lien avec objectif 2.2.3 - coloscopie)	Action 13. Développer des outils cliniques pour aider les intervenants de première ligne à adopter les meilleures pratiques en cancérologie	x			Pourcentage d'implantation de la requête standardisée en coloscopie Pourcentage des requêtes standardisées recommandées par la DQC ayant fait l'objet d'un processus structuré d'implantation et de suivi	100 % 100 %	2014-2015 2019-2020

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	MOYENS	LIEN PLAN DQC	Niveau d'implantation			INDICATEURS	CIBLES	ÉCHÉANCIER
			À développer	À maintenir	À consolider			
1.3.3 Implanter des plans standardisés de suivi post traitement	• Poursuivre la démarche d'élaboration des trajectoires de première et deuxième ligne • Standardiser les recommandations sur le suivi des patients par les intervenants de première ligne • Élaborer un projet pour évaluer le taux de respect des recommandations de suivis par les intervenants de première ligne • Développer des mécanismes favorisant une coordination efficace entre les services médicaux de première et de deuxième ligne • Standardiser les mécanismes pour mieux répondre aux besoins des intervenants de première ligne • Élaborer des guides de suivi • Mettre en place des stratégies de communication pour favoriser l'appropriation des plans standardisés produits au niveau provincial	Action 13. Développer des outils cliniques pour aider les intervenants de première ligne à adopter les meilleures pratiques en cancérologie	x			Pourcentage des plans standardisés de suivi recommandés par la DQC ayant fait l'objet d'un processus structuré d'implantation et de suivi	100 %	2019-2020

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	MOYENS	LIEN PLAN DQC	Niveau d'implantation			INDICATEURS	CIBLES	ÉCHÉANCIER
			À développer	À maintenir	À consolider			
1.3.4 Améliorer la formation en cancérologie pour les intervenants de première ligne	• Encourager la participation des intervenants de première ligne à la formation continue organisée au niveau provincial sur : - les séquelles potentielles chez les personnes ayant survécu à un cancer; - le suivi des patients en cancérologie. • Organiser des formations régionales par l'entremise de la Table des GMF • Poursuivre l'organisation des Colloques 3L à l'intention des intervenants de première ligne de même que du Colloque régional en cancérologie à Laval	Action 13. Développer des outils cliniques pour aider les intervenants de première ligne à adopter les meilleures pratiques en cancérologie			x	Nombre d'heures de formation en cancérologie reçues par les intervenants de la première ligne (exclut les formations du MSSS) Nombre de participants de la région aux formations organisées au niveau provincial	Selon le programme de formation Selon la planification des activités	Annuellement Selon la planification des activités

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	MOYENS	LIEN PLAN DQC	Niveau d'implantation			INDICATEURS	CIBLES	ÉCHÉANCIER
			À développer	À maintenir	À consolider			
PRIORITÉ 2 : L'intervention précoce contre le développement du cancer								
Objectif général 2.1 Accentuer la prévention du cancer								
2.1.1 Atteindre les cibles de prévention des cancers attribuables à l'utilisation de produits de tabac combustibles (cigarettes, cigares, cigarillos, hookah, etc.) décrites dans le PAR 2015-25	• Mettre à jour l'ordonnance collective régionale pour les produits de remplacement de nicotine • Étudier la population de fumeurs actuels pour mieux comprendre les barrières à la cessation • Explorer la possibilité de : - Rédiger une ordonnance collective pour le varénicline et le bupropion - Offrir le soutien à la cessation tabagique par message text (SMAT) - Optimiser l'offre de service du Centre d'abandon du tabac (CAT) et des services de cessation tabagique intra-hospitaliers, incluant une révision du formulaire de requêtes de services professionnels - Optimiser la cessation tabagique dans le service de pré-admission - Adapter les services de cessation tabagique et de réduction des méfaits aux besoins des personnes avec des problèmes de santé mentale et/ou d'autres dépendances - Revoir les pratiques de soutien aux patients hospitalisés avec une dépendance à la nicotine, incluant l'aide pour se rendre au fumoir - Optimiser les pratiques de cessation tabagique des autres professionnels de la santé dans le RLS - Identifier et de prendre en charge le tabagisme chez les patients orphelins inscrits au GACO et les patients inscrits au GMF - Utiliser l'entretien motivationnel pour orienter les fumeurs proches des patients atteints de cancer vers le CAT	Action 14. Poursuivre les efforts de réduction du tabagisme			x	Taux de respect de l'atteinte des cibles prévues dans le PAR : • Réduction de fumeurs chez les élèves du secondaire et chez les 15 ans et plus • Augmentation de fumeurs qui ont recours aux services d'aide à la cessation	100 %	2019-2020

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	MOYENS	LIEN PLAN DQC	Niveau d'implantation			INDICATEURS	CIBLES	ÉCHÉANCIER
			À développer	À maintenir	À consolider			
2.1.2 Atteindre les cibles de prévention des cancers attribuables à l'exposition à la fumée de tabac environnementale décrites dans le PAR 2015-25	• Poser des actions pour encourager le respect des règles antitabac dans les établissements • Explorer la possibilité de fermer le fumoir au CSSS de Laval et de participer à la campagne Famille sans fumée	Action15. Réduire l'exposition des non-fumeurs à la fumée du tabac			x	Taux de respect de l'atteinte des cibles prévues dans le PAR : • Proportion de non-fumeurs exposés à la fumée secondaire selon le lieu	100 %	2019-2020
2.1.3 Atteindre les cibles de prévention des cancers attribuables à la mauvaise alimentation, la sédentarité et l'obésité décrites dans le PAR 2015-25	• Poursuivre la mise en œuvre du Plan d'action gouvernemental (PAG) sur les saines habitudes de vie et le programme 0-5-30 Combinaison Prévention • Mettre en œuvre le Programme Cible Santé découlant du plan d'action de prévention et de gestion des maladies chroniques, volet cardiométabolique • Explorer la possibilité d'offrir le counseling sur l'alimentation, l'activité physique et la saine gestion de poids aux: - patients orphelins inscrits au GACO en utilisant des ordonnances collectives; - patients inscrits en GMF, en utilisant des outils intégrés aux DME;	Action 16. Mettre en œuvre des activités du PNSP et les plans d'action régionaux (PAR) et locaux (PAL) en santé publique			x	Taux de respect de l'atteinte des cibles de prévention : • Augmentation de la proportion de personnes qui consomment au moins 5 portions de fruits et légumes quotidiennement • Augmentation de la proportion de personnes ayant atteint le niveau recommandé d'activité physique • Réduction du taux de prévalence de l'obésité • Réduction du taux de prévalence d'embonpoint	100 %	2019-2020

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	MOYENS	LIEN PLAN DQC	Niveau d'implantation			INDICATEURS	CIBLES	ÉCHÉANCIER
			À développer	À maintenir	À consolider			
2.1.4 Atteindre les cibles de prévention des cancers attribuables à l'exposition environnementale et professionnelle à des cancérigènes, décrites dans le PAR 2015-25	• Évaluer la pertinence d'implanter des mesures visant des cancérigènes résidentiels potentiels, tels que l'amiante, lors de rénovations, et les produits chimiques domiciliaires	Action 17. Réduire l'exposition de la population à plusieurs types de substances cancérogènes, notamment dans l'eau potable (gestion des dépassements de normes du Règlement sur la qualité de l'eau potable)			x	Taux de respect de l'atteinte des cibles prévues dans le PAR	Selon la planification 2015-2025	Selon la planification 2015-2025
2.1.5 Atteindre les cibles de prévention des cancers de la peau décrites dans le PAR 2015-25	• Explorer la possibilité de: - réaliser des activités de sensibilisation auprès des écoles primaires, des garderies, des camps de jours et des piscines extérieures; -participer à d'autres activités de sensibilisation aux rayons UV qui sont appuyées par des données probantes; - offrir le counseling sur la protection des rayons UV aux patients de 10-24 ans de teint clair, inscrits en GMF, en utilisant des outils intégrés aux DME; - travailler sur des interventions environnementales et des politiques publiques, scolaires et municipales pour réduire l'exposition aux rayons UV	Action 18. Accroître la prévention des cancers de la peau			x	Taux de respect de l'atteinte des cibles prévues dans le PAR: • Taux d'incidence et taux de mortalité du mélanome de la peau	100 %	Annuellement

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	MOYENS	LIEN PLAN DQC	Niveau d'implantation			INDICATEURS	CIBLES	ÉCHÉANCIER
			À développer	À maintenir	À consolider			
2.1.6 Soutenir l'implantation du Plan d'action intersectoriel sur le radon	• Analyser le risque à la santé et soutenir les gestionnaires d'immeubles à apporter des correctifs, si dépassement des normes • Explorer la possibilité que la Direction régionale de santé publique puisse contribuer à promouvoir à la Ville de Laval l'adoption de changements au code du bâtiment, permettant la prévention primaire au radon	Action 19. Poursuivre la mise en œuvre du Plan d'action intersectoriel sur le radon qui vise à réduire l'incidence du cancer du poumon causé par le radon		x		Pourcentage de réalisation des activités de soutien requises	100 %	Selon le Plan d'action intersectoriel sur le radon
2.1.7 Atteindre les cibles de prévention des cancers attribuables aux virus transmis sexuellement et par le sang (VPH, VHB, VHC, VIH) décrites dans le PAR 2015-25	• Mettre en œuvre le Plan d'action intersectoriel de promotion d'une sexualité saine et responsable et de prévention des ITSS • Explorer de nouvelles stratégies pour augmenter les taux de couverture vaccinale pour les VPH, VH et VHB en milieu scolaire de même que pour optimiser le dépistage et le traitement du VHB, VHC et VIH • Explorer la possibilité d'offrir de la vaccination contre le VPH et VHB, et le dépistage et prise en charge de VHB, VHC et VIH, et le counseling sur la réduction des risques sexuels aux : - patients orphelins inscrits au GACO en utilisant des ordonnances collectives; - patients inscrits en GMF, en utilisant des outils intégrés aux DME	Action 20. Maintenir le programme de vaccination contre l'hépatite B pour les groupes à risque élevé selon les critères du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ); maintenir le programme de vaccination contre l'hépatite B en 4e année du primaire; implanter en 2013 un programme de vaccination des nourrissons contre l'hépatite B			x	• Taux de respect de l'atteinte des cibles prévues dans le PAR • Taux d'incidence de l'hépatite B aiguë • Pourcentage des élèves de 4e année du primaire ayant été vaccinés contre l'hépatite B • Pourcentage des élèves de 4e année du primaire ayant été vaccinés contre le VPH • Pourcentage des élèves en 3e année du secondaire ayant été vaccinées contre le VPH • Nombre de nouveaux diagnostics d'infection par le VIH par année • Taux d'Incidence du VHC	100 %	2019-2020

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	MOYENS	LIEN PLAN DQC	Niveau d'implantation			INDICATEURS	CIBLES	ÉCHÉANCIER
			À développer	À maintenir	À consolider			
2.1.8 Atteindre les cibles de prévention des cancers attribuables à la consommation d'alcool décrites dans le PAR 2015-25	• Détecter la consommation à risque d'alcool chez les jeunes qui consultent dans les cliniques Jeunesses et orienter vers les trajectoires de service appropriées. • Compléter la mise en oeuvre du Projet clinique - Volet dépendance adulte et jeunesse• Explorer la possibilité de détecter la consommation à risque d'alcool et d'offrir du soutien au changement de comportement chez les : - patients orphelins inscrits au GACO en utilisant des ordonnances collectives; - patients inscrits en GMF, en utilisant des outils intégrés aux DME; - patients qui consultent les dentistes • Explorer la possibilité de faire la promotion des seuils de consommation d'alcool à faible risque à ne pas dépasser auprès de la population et des intervenants	Aucune action visant explicitement l'alcool (alcool: cause importante des cancers de sein, colorectaux, de l'œsophage, oropharyngés et du foie)			x	Taux de respect de l'atteinte des cibles prévues dans le PAR : • Proportion d'adolescents et d'adultes qui présentent des problèmes de consommation d'alcool	100 % Réduction (par rapport au résultat de l'année 2008)	Annuellement

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	MOYENS	LIEN PLAN DQC	Niveau d'implantation			INDICATEURS	CIBLES	ÉCHÉANCIER
			À développer	À maintenir	À consolider			
2.1.9 Atteindre les cibles des cancers pouvant être prévenus par l'allaitement décrites dans le PAR 2015-25	• Explorer la possibilité d'offrir le counseling en allaitement aux: - patientes orphelines enceintes ou qui ont donné naissance au cours des 6 derniers mois, inscrites au GACO, en utilisant des ordonnances collectives; - patientes enceintes ou qui ont donné naissance au cours des 6 derniers mois, inscrites en GMF, en utilisant des outils intégrés aux DME	Aucune action visant explicitement l'allaitement (allaitement: facteur de protection des cancers de sein et des ovaires)	x			Taux de respect de l'atteinte des cibles prévues dans le PAR : • Augmentation du taux et de la durée de l'allaitement maternel ainsi que de l'allaitement maternel exclusif • Pourcentage de nouveau-nés qui allaitent exclusivement au congé de l'hôpital • Pourcentage de nouveau-nés qui allaitent (exclusivement ou non) au premier contact avec le CLSC	Selon la planification 2015-2025	2019-2020

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	MOYENS	LIEN PLAN DQC	Niveau d'implantation			INDICATEURS	CIBLES	ÉCHÉANCIER
			À développer	À maintenir	À consolider			
2.1.10 Atteindre les cibles de prévention, décrites dans le PAR 2015-25, au sujet des complications évitables par la vaccination chez les patients atteints de cancer	• Explorer la possibilité de mettre à jour de façon systématique la vaccination des patients atteints de cancer selon les indications du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) •Explorer la possibilité de développer une clinique de vaccination au CICL	Aucune action visant explicitement la prévention des complications évitables par la vaccination chez les patients atteints de cancer	x			Taux de respect de l'atteinte des cibles prévues dans le PAR : • Pourcentage de patients ayant un nouveau diagnostic de cancer dans les 12 derniers mois, ayant été vaccinés contre les maladies évitables à risque augmenté de complications selon le PIQ	100 % Augmentation	Annuellement
2.1.11 Sensibiliser la communauté médicale à la surutilisation des tests de radiologie et de médecine nucléaire pouvant augmenter les risques des cancers iatrogéniques	• Explorer la possibilité d'évaluer le degré de surutilisation des tests de radiologie et de médecine nucléaire en fonction des recommandations de la campagne "Choisir avec soin" • Au cas échéant, mettre en place des stratégies pour réduire ou éliminer la surutilisation de tests de radiologie et de médecine nucléaire	Action 22. Sensibiliser la communauté médicale et la population aux risques de cancer d'origine iatrogénique	x			Nombre de tests de radiographie et de médecine nucléaire effectués malgré les recommandations de la campagne "Choisir avec soin"	Diminution	2019-2020

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	MOYENS	LIEN PLAN DQC	Niveau d'implantation			INDICATEURS	CIBLES	ÉCHÉANCIER
			À développer	À maintenir	À consolider			
Objectif général 2.2 Favoriser la détection des cancers dès les premiers stades de leur développement								
2.2.1 Améliorer les mécanismes d'assurance qualité dans le PQDCS	• Encourager l'utilisation du logiciel CQ-Mammo numérique • Actualiser les travaux du comité régional d'assurance qualité PQDCS regroupant les radiologistes concernés	Action 23. Améliorer le fonctionnement du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)			x	Pourcentage de radiologistes ayant accès à leurs données de rétroaction	100 %	2015-2016
2.2.2 Améliorer la prise de décision éclairée pour la participation au PQDCS	• Adapter les activités d'information du PQDCS auprès des populations qui participent moins au programme • Explorer la possibilité d'intégrer des messages de consommation à faible risque d'alcool et de saine gestion de poids à l'invitation au PQDCS ainsi qu'aux interventions des professionnels de santé rencontrés par les femmes lorsqu'elles participent au programme • Explorer la possibilité d'offrir du soutien à la prise de décision éclairée sur le dépistage de cancer de seins aux : - patientes orphelines inscrites au GACO en utilisant des ordonnances collectives - patientes inscrites en GMF, en utilisant des outils intégrés aux DME	Action 23. Améliorer le fonctionnement du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)			x	Nombre d'activités d'information réalisées Taux de prise de décision éclairée	Augmentation Augmentation	Annuellement Annuellement

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	MOYENS	LIEN PLAN DQC	Niveau d'implantation			INDICATEURS	CIBLES	ÉCHÉANCIER
			À développer	À maintenir	À consolider			
2.2.3 Optimiser le dépistage opportuniste du cancer colorectal par l'utilisation du test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles (RSOSi) en remplacement du test au gaïac	• Renforcer l'utilisation du test de RSOSi de même que du formulaire AH 702 auprès des médecins prescripteurs • Valider la pertinence de nouvelles demandes de coloscopie • Encourager les médecins prescripteurs et les infirmières en endoscopies de participer aux formations en ligne offertes au niveau provincial • Poursuivre la mise en œuvre du plan d'action pour obtenir la conformité des préalables au démarrage du projet de validation des listes d'attente en coloscopie (offre alternative de test RSOSi) • Explorer la possibilité d'intégrer des messages de cessation tabagique, de consommation à faible risque d'alcool, de saine gestion de poids, d'activité physique et d'alimentation dans toutes les informations écrites sur le dépistage du cancer colorectal visant la population éligible • Explorer la possibilité d'offrir du soutien à la prise de décision éclairée sur le dépistage de cancer colorectal aux : - patients orphelins inscrits au GACO en utilisant des ordonnances collectives : - patients inscrits en GMF, en utilisant des outils intégrés aux DME	Action 24. Optimiser le dépistage opportuniste du cancer colorectal par l'utilisation du test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles (RSOSi) en remplacement du test au gaïac	x			Pourcentage des usagers de niveau P5 qui ont reçu une offre de RSOSi Pourcentage d'utilisation du formulaire AH-702	100 % 100 %	Annuellement 2015-2016

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	MOYENS	LIEN PLAN DQC	Niveau d'implantation			INDICATEURS	CIBLES	ÉCHÉANCIER
			À développer	À maintenir	À consolider			
2.2.4 Mettre à niveau le service d'endoscopie selon le nouveau guide publié par le MSSS en s'assurant d'évaluer et de revoir les façons de faire actuelles dans le but de garantir l'accès aux examens de coloscopie ainsi que le respect des normes d'accès et de qualité en coloscopie	• Élaborer un PFT pour répondre aux recommandations d'aménagement • Procéder à l'achat des laveurs conformes aux orientations ministérielles • Mettre à jour l'autoévaluation sur l'accès ainsi que sur les normes cliniques et organisationnelles • Élaborer un plan d'action suite à la visite ministérielle et en conformité avec le nouveau guide publié • Mettre en œuvre le plan d'action élaboré	Action 25. Procéder à l'implantation du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR)	x			Pourcentage d'avancement des travaux pour la mise à niveau de l'unité du service d'endoscopie	100 %	2016-2017
2.2.5 Améliorer l'accès au dépistage du cancer du col utérin	• Évaluer la possibilité d'offrir des plages hebdomadaires de dépistage, effectué par les infirmières, dans les GMF • Offrir le dépistage et la prise en charge du cancer du col utérin aux : - patientes orphelines éligibles inscrites au GACO en utilisant des ordonnances collectives; - patientes inscrites en GMF, en utilisant des outils intégrés aux DME • Organiser des formations encadrant la pratique infirmière en lien avec les techniques de dépistage du cancer du col utérin • S'assurer que les cas positifs sont suivis adéquatement • Suivre l'état d'avancement des travaux ministériels et évaluer la faisabilité de réalisation des mesures proposées • Faire du démarchage pour rejoindre les populations vulnérables qui reçoivent moins le test de dépistage du cancer du col utérin	Action 26. Optimiser les pratiques en matière de dépistage du cancer du col utérin			x	Pourcentage de femmes éligibles sans médecin de famille traitant ayant eu un test de dépistage du cancer du col utérin dans les 3 dernières années	Augmentation	Annuellement

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	MOYENS	LIEN PLAN DQC	Niveau d'implantation			INDICATEURS	CIBLES	ÉCHÉANCIER
			À développer	À maintenir	À consolider			
2.2.6 Diminuer le surdépistage du cancer du col de l'utérus en limitant le dépistage qu'aux 3 ans pour les femmes qui n'ont pas de facteurs de risques ou d'antécédents d'anomalies	• Mettre en place des stratégies de communication • Participer à la campagne de Choisir avec soin, afin de diminuer le nombre de tests de dépistage de cancer du col utérin qui ne sont pas nécessaires	Action 26. Optimiser les pratiques en matière de dépistage du cancer du col utérin			x	Taux de surdépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes qui n'ont pas de facteurs de risques ou d'antécédents d'anomalies	Diminution	Annuellement
2.2.7 Évaluer l'accès aux médecins spécialistes pour les dentistes qui dépistent des cancers oropharyngés et améliorer ces services, au cas échéant	• Documenter la pratique actuelle • Analyser les corridors de services pour la confirmation de diagnostic	Aucune action visant explicitement l'accès pour les dentistes qui dépistent des cancers oropharyngés			x	Taux de réalisation d'un rapport d'évaluation, incluant les mesures d'amélioration	100 %	2015-2016

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	MOYENS	LIEN PLAN DQC	Niveau d'implantation			INDICATEURS	CIBLES	ÉCHÉANCIER
			À développer	À maintenir	À consolider			
PRIORITÉ 3 : L'accessibilité des soins et des services								
Objectif général 3.1 Améliorer l'accès à l'investigation, à l'imagerie et au diagnostic								
3.1.1 Implanter un mécanisme d'accès formalisé pour les personnes orientées par les intervenants de première ligne ou se présentant en urgence	• Faire un balisage des pratiques exemplaires (Hôpital Le Gardeur) • Planifier et mettre en œuvre le projet d'implantation d'une procédure d'investigation rapide ("fast-track" clinique) pour certains cas de suspicion de cancer provenant de la première ligne • Mettre en place un mécanisme d'accès formalisé pour les personnes orientées par les intervenants de première ligne (guichet d'accès) • Établir un processus de communication efficace entre les intervenants de première ligne et les médecins spécialistes	Action 27. Assurer l'accès aux tests, à l'imagerie et aux services spécialisés au moment opportun selon l'urgence de la situation clinique	x			Pourcentage d'implantation d'un mécanisme d'accès formalisé	100 %	2019-2020

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	MOYENS	LIEN PLAN DQC	Niveau d'implantation			INDICATEURS	CIBLES	ÉCHÉANCIER
			À développer	À maintenir	À consolider			
3.1.2 Améliorer l'accès aux examens d'imagerie, de médecine nucléaire et d'écho-endoscopie	• Consolider et diffuser les critères de priorisation développés pour les examens de TEP Scan, et ce, avant l'implantation de l'appareil dans la région • Standardiser les bilans d'investigation • Soutenir, au besoin, la mise en œuvre des actions prévues au plan de travail régional relatif à l'accès aux services spécialisés et évaluer les résultats d'implantation : - Réaliser le projet d'ajout d'un 2e IRM - Réaliser le projet d'ajout d'un 3e TDM - Réaliser le projet d'ajout d'un TEP Scan - Implanter le module de reconnaissance vocale et le télétravail pour favoriser la réduction des délais de transcription des rapports	Action 27. Assurer l'accès aux tests, à l'imagerie et aux services spécialisés au moment opportun selon l'urgence de la situation clinique	x			Pourcentage des secteurs visés ayant développé des critères de priorisation Taux d'adhésion des professionnels aux critères de priorisation Taux de respect des délais d'accès: • Pourcentage des examens réalisés < 3 mois • Pourcentage des examens lus < 7 jrs • Pourcentage des examens transcrits/transmis < 7 jrs	100 % 100 % 100 %	2014-2015 2015-2016 2017-2018

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	MOYENS	LIEN PLAN DQC	Niveau d'implantation			INDICATEURS	CIBLES	ÉCHÉANCIER
			À développer	À maintenir	À consolider			
Objectif général 3.2 Assurer un accès approprié aux traitements								
3.2.1 Assurer aux personnes atteintes de cancer les services de chirurgie et de radiothérapie à l'intérieur des délais prescrits	• Suivre les mécanismes standardisés d'accès mis en place pour la chirurgie et la radio-oncologie • Renforcer la priorisation des chirurgies oncologiques dans le contexte d'ajout de nouvelles priorités opératoires • Mettre en place des mesures pour favoriser une meilleure prise en charge des cas gynécologiques en chirurgie • Procéder à la remise en service de la curiethérapie • Poursuivre la planification du projet d'ouverture de la curiethérapie de la prostate • Optimiser les plages de traitement sur les appareils de traitement pour assurer un meilleur accès aux priorités 2 et 3 • Évaluer la satisfaction des patients et des employés à la suite de l'implantation des mesures pour optimiser les plages de traitement	Action 28. Exercer une surveillance des temps d'attente en chirurgie oncologique et en radio-oncologie		x		Pourcentage de personnes traitées à l'intérieur d'un délai de 28 jours en : • radio-oncologie • chirurgie oncologique Pourcentage de personnes traitées à l'intérieur d'un délai de 56 jours en chirurgie oncologique	90 % 100 %	Annuellement Annuellement
3.2.2 Implanter un mécanisme standardisé de gestion de l'accès en chimiothérapie	• Mettre en place des mesures pour améliorer l'accès de façon globale • Poursuivre la révision des processus, dans le cadre du projet vitrine Lean-Santé, pour améliorer l'accès à la première consultation en hémato-oncologie (répartition des nouveaux cas et du nombre des patients) • Communiquer efficacement l'avancement du projet Lean et les résultats	Action 29. Implanter un mécanisme standardisé de gestion de l'accès en chimiothérapie	x			Taux de respect des cibles ministérielles	100 %	Annuellement

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	MOYENS	LIEN PLAN DQC	Niveau d'implantation			INDICATEURS	CIBLES	ÉCHÉANCIER
			À développer	À maintenir	À consolider			
3.2.3 Instaurer des corridors de services formels bidirectionnels	• Mettre à jour le portrait des corridors de services actuels en cancérologie • Prioriser les spécialités dans l'exercice d'officialisation des corridors de services, incluant les services de plasmaphérèse requis pour la majorité des cas de leucémie aiguë • Définir et utiliser des critères formels d'orientation et de suivi • Développer des outils de suivi standardisés avec les milieux référents lors des retours des usagers dans leur milieu	Action 30. Instaurer des corridors de services bidirectionnels			x	Pourcentage de réalisation de l'ensemble des ententes Pourcentage d'utilisation des critères formels d'orientation et de suivi	100 % 100 %	2019-2020 2019-2020
3.2.4 Optimiser les références en médecine dentaire pour les patients atteints de cancer ORL avant de commencer le traitement contre le cancer	• Réaliser un portrait des cas d'ostéonécrose rapportés chez les patients atteints de cancer ORL • Mettre en place des stratégies de communication afin d'accroître les références en médecine dentaire avant de commencer le traitement	Aucune action visant explicitement la prévention de l'ostéonécrose chez les patients atteints de cancer ORL			x	Pourcentage de cas de cancer ORL référés en médecine dentaire avant de commencer le traitement	100 %	2019-2020

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	MOYENS	LIEN PLAN DQC	Niveau d'implantation			INDICATEURS	CIBLES	ÉCHÉANCIER
			À développer	À maintenir	À consolider			
Objectif général 3.3 Assurer l'accès aux soins et aux services le plus près possible du lieu de résidence								
3.3.1 Favoriser l'accès local à des services spécialisés grâce aux technologies de l'information	• Analyser la possibilité de déployer la télépathologie dans le cadre du projet OPTILAB LLL • Mettre en œuvre le projet de déploiement de la télépathologie, le cas échéant, selon le résultat de l'évaluation	Action 31. Favoriser l'accès local à des services spécialisés grâce aux technologies de l'information		x		Pourcentage de réalisation d'un rapport d'analyse portant sur le déploiement de la télépathologie Pourcentage d'implantation du projet de télépathologie	100 % 100 %	2015-2016 2019-2020
3.3.2 Maintenir les services d'hébergement existants et évaluer les besoins futurs d'hébergement à offrir aux patients provenant de l'extérieur de la région	• Réaliser des activités de promotion en s'assurant qu'une documentation concertée est remise aux patients et aux intervenants sur les services d'hébergements existants • Mettre en place un groupe de travail pour évaluer les besoins futurs d'hébergement à offrir dans la région dans le contexte où le projet d'ouverture de deux accélérateurs supplémentaires pour des traitements de radiothérapie sera mis en œuvre	Action 32. Soutenir les services d'hébergement offerts aux personnes devant recevoir des traitements à l'extérieur de leur région de résidence		x		Écart entre offre et demande Nombre de références effectuées par les travailleurs sociaux et les IPO vers les services d'hébergement	0 Selon les besoins	Annuellement Annuellement

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	MOYENS	LIEN PLAN DQC	Niveau d'implantation			INDICATEURS	CIBLES	ÉCHÉANCIER
			À développer	À maintenir	À consolider			
PRIORITÉ 4 : La qualité des soins et des services								
Objectif général 4.1 Poursuivre l'amélioration continue de la qualité des soins et des services sur tous les plans								
4.1.1 Favoriser l'implantation des normes cliniques et organisationnelles relatives à la coloscopie en obtenant l'engagement de l'unité d'endoscopie dans le processus de mise à niveau proposé par le MSSS	• Mettre à jour l'autoévaluation sur les normes cliniques et organisationnelles (moyen objectif 2.2.4) en utilisant les services du chargé de projet retenu • Obtenir l'engagement de l'unité d'endoscopie selon les modalités prescrites par le MSSS • Élaborer et mettre en œuvre un plan d'action d'implantation des normes cliniques et organisationnelles	Action 34. S'assurer du respect des normes cliniques et organisationnelles relatives à la coloscopie	x			Pourcentage d'avancement des travaux Date de réception à l'Agence de Laval de la confirmation écrite quant à l'engagement de l'unité	100 % Selon la planification	2015-2016 2014-2015
4.1.2. Soutenir l'implantation optimale des recommandations du Programme d'assurance qualité en anatomopathologie (PAQ) priorisées par le comité de pathologie national	• Mettre à jour l'état de situation et arrimer les travaux avec ceux plus globaux en biologie médicale dans le cadre du projet Optilab LLL • Assurer le suivi de la circulaire ministérielle 1977-042 (03.01.42.03) concernant l'abolition de la facturation intra et interrégionale • Assurer le suivi de la circulaire ministérielle 2010-020 concernant l'obligation pour tous les laboratoires de biologie médicale du Québec : - de mettre en place des contrôles internes de qualité et de participer à des contrôles externes de qualité - de produire un bilan annuel des activités d'assurance qualité	Action 35. Compléter la mise en œuvre du Programme québécois d'assurance qualité en anatomopathologie (PAQ)			x	Pourcentage d'implantation des recommandations priorisées par le comité de pathologie	100 %	2019-2020

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	MOYENS	LIEN PLAN DQC	Niveau d'implantation			INDICATEURS	CIBLES	ÉCHÉANCIER
			À développer	À maintenir	À consolider			
Objectif général 4.2 Instaurer les conditions propices à la sécurité des soins								
4.2.1 Implanter les recommandations du Comité sur la sécurité des médicaments antinéoplasiques	• Actualiser la mise en place d'un pharmacien régional dédié en cancérologie et prévoir un temps pour la fonction de coordination • Consolider la communauté de pratique régionale/interrégionale des pharmaciens et inclure dans sa composition des représentants des pharmaciens communautaires • Poursuivre les travaux d'implantation du suivi systématique interdisciplinaire de la chimiothérapie per os • Mettre en place un accès 24 h par jour, 7 jours par semaine à tout patient recevant des traitements antinéoplasiques - ligne téléphonique 24/7 à Laval • Répondre aux demandes du comité d'inspection professionnelle (CIP) de l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ), suite à la visite du mois de mai 2014, en ce qui a trait aux installations physiques de la salle blanche et de la zone d'entreposage des médicaments dangereux, et ce, selon le plan de priorisation établi	Action 36. Mettre en place les conditions propices à l'usage sécuritaire des médicaments en oncologie aux étapes de prescription, de préparation, d'administration et de suivi des patients	x			Pourcentage d'implantation des recommandations priorisées	100 %	2017-2018

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	MOYENS	LIEN PLAN DQC	Niveau d'implantation			INDICATEURS	CIBLES	ÉCHÉANCIER
			À développer	À maintenir	À consolider			
4.2.2 Implanter un programme d'assurance qualité en radiothérapie	• Poursuivre les activités prévues au sein des comités et des communautés de pratique de radio-oncologie en lien avec : - la qualité, la sécurité et la gestion des risques - l'évaluation de l'acte médical des radio-oncologues - l'évolution des pratiques et de la technologie (nouvelle technique IMRT/VMAT du sein, implantation technique sein DMPO, etc.) - la qualité des patients en traitement (ajustements des plans de soins, optimisation du rôle de l'infirmière en radio-oncologie, etc.) - les tumeurs en radio-oncologie - la mortalité et la morbidité - le développement de la radio-oncologie - le système d'information MosaiQ (test du MosaiQ 2,6 et mise en production, automatiser les tâches des agents administratifs par la création des outils et des scripts nécessaires dans MosaiQ, etc.) • Produire un bilan annuel des activités d'assurance qualité en radiothérapie	Action 37. Assurer la prestation sécuritaire et la qualité des traitements de radiothérapie			x	Pourcentage d'implantation d'un programme d'assurance qualité en radiothérapie	100 %	2015-2016

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	MOYENS	LIEN PLAN DQC	Niveau d'implantation			INDICATEURS	CIBLES	ÉCHÉANCIER
			À développer	À maintenir	À consolider			
Objectif général 4.3 Soutenir l'évolution des pratiques selon les données probantes								
4.3.1 Déployer des rapports de pathologie standardisés et synoptiques	• Intégrer les rapports synoptiques au système d'information de laboratoire (SIL) • Adapter les travaux régionaux de déploiement du niveau 6 en fonction des orientations émises par le MSSS	Action 38. Déployer des rapports de pathologie standardisés et synoptiques	x			Pourcentage d'avancement des travaux	100 %	2016-2017
4.3.2 Améliorer le fonctionnement du comité des thérapies du cancer	• Analyser la conformité de la composition du comité des thérapies du cancer • Élargir la composition de manière à y inclure les registraires • Définir les cas qui doivent être présentés de façon systématique • Systématiser la publication des rapports • Adapter les travaux quant à la définition des cas en fonction des critères diffusés par le MSSS issus des travaux au Collège des médecins du Québec • Encourager la participation des médecins au comité des thérapies du cancer	Action 41. Contribuer à la présentation systématique des cas de cancers rares ou complexes aux comités des thérapies du cancer			x	Taux de participation des médecins Pourcentage de réalisation de la définition des cas qui doivent être présentés de façon systématique	Augmentation 100 %	Annuellement 2015-2016

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	MOYENS	LIEN PLAN DQC	Niveau d'implantation			INDICATEURS	CIBLES	ÉCHÉANCIER
			À développer	À maintenir	À consolider			
4.3.3 Soutenir l'implantation des guides de pratiques cliniques en cancérologie et des algorithmes d'investigation, de traitement et de suivi pour les principaux sièges de cancer	• Diffuser aux cliniciens les guides de pratiques disponibles incluant ceux touchant les soins infirmiers (1r ligne, ambulatoire, hôpital) • Poursuivre le travail d'intégration en impliquant les différents médecins spécialistes dans l'élaboration des guides de pratique • Formaliser le processus de travail avec les hémato-oncologues, les radio-oncologues, les pharmaciens, les autres spécialités concernées et les infirmières • Promouvoir le processus d'acceptation d'un traitement qui sera développé pour standardiser la pratique avec le département de pharmacie, le comité de pharmacologie et la DSPHAM en fonction des recommandations de l'INESSS et la DQC • Utiliser le système d'information MosaiQ pour standardiser le suivi entre les médecins spécialistes • Implanter un suivi systématique pour la clientèle ayant un diagnostic de leucémie myéloïde aiguë • Définir des indicateurs de soins infirmiers • Réaliser un balisage et une recension de la littérature de meilleures pratiques en oncologie-gériatrie (en collaboration avec le projet de recherche en cours de l'Hôpital général juif) et déterminer les besoins régionaux	Action 42. Outiller les cliniciens pour l'adoption de pratiques fondées sur les données probantes			x	Pourcentage d'utilisation des algorithmes pour les quatre principaux sièges tumoraux (taux d'adhésion) Pourcentage d'utilisation des guides de pratique (taux d'adhésion)	100 % 100 %	2019-2020 2019-2020

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	MOYENS	LIEN PLAN DQC	Niveau d'implantation			INDICATEURS	CIBLES	ÉCHÉANCIER
			À développer	À maintenir	À consolider			
4.3.4 Assurer la pérennité et l'évolution d'une infrastructure informatique au CICL permettant de supporter adéquatement l'évolution des pratiques cliniques en cancérologie	• Réaliser les projets de mise à niveau de l'infrastructure informatique au CICL selon l'analyse des besoins	Action 43. Favoriser le déploiement de systèmes d'information clinique intégrant le continuum de soins en oncologie		x		Degré de conformité de l'infrastructure informatique	100 %	2019-2020
Objectif général 4.4 Encourager la formation et le maintien des compétences								
4.4.1 Structurer les activités de formation dans un programme régional de formation en cancérologie	• Mettre en place une communauté de pratique/comité pour l'enseignement et la formation • Recenser les activités de formation disponibles au niveau régional et provincial, incluant le E-learning • Valoriser la formation initiale, notamment la formation des infirmières qui administrent la chimiothérapie et qui assurent la surveillance et le suivi des usagers tant hospitalisés qu'en ambulatoire et en 1re ligne • Évaluer l'ensemble des besoins de formation des intervenants œuvrant au sein du programme, incluant les bénévoles • Poursuivre les travaux d'élaboration d'un programme de développement des compétences de l'infirmière en oncologie • Élaborer un programme régional de formation continue pour l'ensemble des intervenants • Poursuivre la formation régionale sur l'interdisciplinarité • Poursuivre l'organisation des colloques régionaux en cancérologie (hiver 2015 - colloque portant sur le cancer colorectal)	Action 45. Faciliter l'accès à de la formation continue pour les intervenants en oncologie du Québec			x	Pourcentage de réalisation d'un programme régional de formation structuré Liste des formations offertes et des participants	100 % Selon la planification	2016-2017 Annuellement

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	MOYENS	LIEN PLAN DQC	Niveau d'implantation			INDICATEURS	CIBLES	ÉCHÉANCIER
			À développer	À maintenir	À consolider			
Objectif général 4.5 Favoriser le développement de la recherche								
4.5.1 Poursuivre le développement de la recherche en cancérologie en lien avec les orientations prévues dans la Planification stratégique de la mission universitaire du CSSS de Laval	• Mettre en place une communauté de pratique/comité de recherche en cancérologie • Diffuser les protocoles de recherche en cours au CSSS de Laval et les critères d'adhésion • Soutenir la mise en œuvre des orientations prévues dans la planification stratégique de la mission universitaire, dont : - S'engager à développer et à financer une infrastructure de base en soutien à la mission de recherche - Se doter d'une stratégie conjointe et intégrée, entre le CSSS de Laval et la Fondation Cité de la Santé, quant à la participation au financement de la recherche - Favoriser les collaborations entre les chercheurs et entre les secteurs de recherche du CSSS de Laval (1re et 2e ligne) - Créer une chaire industrielle en radio-oncologie • Mettre en place, en projet pilote, un réseau de soutien pour les patients atteints de LMC (leucémie myéloïde chronique) et de NMP (néoplasie myéloprolifération) en collaboration avec le Groupe québécois de recherche en LMC-NMP	Action 46. Optimiser la capacité de soutien à la recherche en cancérologie au QuébecAction 47. Accroître la participation aux essais cliniques	x			Pourcentage d'implantation des orientations prévues dans la Planification stratégique de la mission universitaire du CSSS de Laval Nombre de protocoles de recherche en cancérologie (hémato-oncologie et radio-oncologie)	100 % Augmentation	2019-2020 Annuellement

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	MOYENS	LIEN PLAN DQC	Niveau d'implantation			INDICATEURS	CIBLES	ÉCHÉANCIER
			À développer	À maintenir	À consolider			
PRIORITÉ 5 : Le fonctionnement en réseau								
Objectif général 5.1 Mettre en place le Réseau de cancérologie du Québec (RCQ)								
5.1.1 Analyser la possibilité de faire du CSSS de Laval - CICL, un centre intégré de cancérologie reconnu en vertu des normes du Réseau de cancérologie du Québec	• Obtenir le consensus sur les secteurs visés à faire l'objet d'une désignation de niveau surspécialisé dans l'avenir • Élaborer un état de situation basé sur les critères d'évaluation des équipes surspécialisées • Faire des recommandations à la direction générale et positionner le CSSS de Laval • Élaborer un plan d'action pour combler les écarts, le cas échéant	Action 48. Instaurer l'organisation du RCQ au palier national			x	Pourcentage de réalisation d'un rapport d'analyse	100 %	2019-2020
5.1.2 Consolider le réseau de cancérologie de Laval	• Évaluer la conformité du réseau régional au plan directeur • Mettre en place les actions requises pour assurer la conformité du réseau régional au plan directeur • Mettre à jour le programme régional en cancérologie, incluant le plan d'action	Action 49. Créer ou consolider les réseaux régionaux/interégionaux			x	Taux de conformité du réseau au plan directeur Taux de conformité du programme régional au plan directeur	100 % 100 %	Annuellement 2014-2015

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	MOYENS	LIEN PLAN DQC	Niveau d'implantation			INDICATEURS	CIBLES	ÉCHÉANCIER
			À développer	À maintenir	À consolider			
5.1.3 Poursuivre l'implantation du modèle organisationnel prévu au plan directeur	• Mettre en place les conditions facilitant un fonctionnement optimal de la gouverne • Poursuivre la mise en place des communautés de pratiques prévues au plan directeur et évaluer leurs activités • Mettre en place une communauté de pratique SAPA-SAD pour assurer une pratique infirmière en soins palliatifs à domicile selon les pratiques exemplaires • Amorcer les activités du comité régional de concertation et de gestion et assurer un fonctionnement efficace • Implanter le plan d'action en cancérologie	Action 50. Assurer l'implantation, dans les établissements et les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLS), du modèle organisationnel prévu au plan directeur			x	Pourcentage d'implantation de la structure de gouverne mise à jour Pourcentage d'implantation du plan d'action	100 % 100 %	2015-2016 2019-2020
Objectif général 5.2 Développer l'offre de soins et de services dans une approche concertée et coordonnée en suivant des normes de qualité								
5.2.1 Optimiser la trajectoire régionale de soins et de services en cancérologie pulmonaire en fonction des standards ministériels (indicateurs et cibles)	• Recommander à la DQC le CSSS de Laval comme centre partenaire en attendant que les conditions pour devenir un centre affilié soient remplies • Déposer à la DQC un plan d'affaires présenté par l'établissement pour développer l'expertise en chirurgie du cancer du poumon en vue de remplir la condition émise par la DQC lors des désignations des centres affiliés • Organiser des activités de coordination et de concertation en cancérologie pulmonaire • Mettre à jour l'état de situation de la trajectoire actuelle de soins et de services en cancérologie pulmonaire • Établir et mettre en œuvre un plan d'action pour optimiser la trajectoire de soins régionale en cancérologie pulmonaire selon les standards ministériels • Formaliser les corridors de services	Action 53. Formaliser l'offre de soins et de services pour les personnes atteintes: • d'un cancer du poumon • d'un cancer de l'œsophage • d'un cancer hépatobiliaire ou pancréatique • d'un cancer de la sphère oto-rhino laryngologique • d'un cancer de la thyroïde • d'un cancer gynécologique			x	Taux de respect des indicateurs identifiés	100 %	2019-2020

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	MOYENS	LIEN PLAN DQC	Niveau d'implantation			INDICATEURS	CIBLES	ÉCHÉANCIER
			À développer	À maintenir	À consolider			
5.2.2 Améliorer la complémentarité entre les services de soutien offerts par le réseau public et ceux offerts par les organismes communautaires impliqués dans la lutte contre le cancer	• Dresser un portrait de l'offre de service de soutien en partenariat avec les organismes communautaires et des représentants des bénévoles • Poursuivre le mandat du comité du continuum de services de soutien mis en place en collaboration avec la Société canadienne de cancer • Veiller à ce que les écarts identifiés soient comblés • Explorer la possibilité de mettre en place une communauté de pratiques des bénévoles, incluant les soins spirituels • Explorer la possibilité de créer un mécanisme de communication entre les organismes communautaires pour faciliter le recrutement des bénévoles (banque de bénévoles, guichet, etc.)	Action 55. Favoriser la complémentarité entre les services de soutien offerts par le réseau public et ceux offerts par les organismes communautaires impliqués dans la lutte contre le cancer			x	Nombre et liste de projets communs réseau public et organismes communautaires	Augmentation	2019-2020
5.2.3. Améliorer l'accès à l'infirmière pivot en oncologie (IPO)	• Développer des algorithmes de priorisation et adapter les travaux en fonction des orientations ministérielles • Poursuivre les travaux de développement des outils de travail pertinents • Renforcer les modalités du suivi infirmier des usagers par l'IPO • Développer une vision régionale de l'offre de service des IPO et la diffuser • Collaborer aux travaux ministériels	Action 56. Élaborer et valider des critères de priorisation pour optimiser l'accès à l'infirmière pivot en oncologie (IPO)			x	Nombre de nouveaux cas Nombre de visites Nombre d'appels téléphoniques Nombre d'usagers différents Taux d'utilisation d'algorithmes de priorisation	Augmentation 100 %	Annuellement 2016-2017

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	MOYENS	LIEN PLAN DQC	Niveau d'implantation			INDICATEURS	CIBLES	ÉCHÉANCIER
			À développer	À maintenir	À consolider			
Objectif général 5.3 Renforcer les liens de communication entre les acteurs du RCQ								
5.3.1 Implanter des stratégies de communication pour faire connaître le Réseau de cancérologie de Laval (RCL)	• Mettre en place des stratégies de communication pour informer les intervenants et favoriser la circulation de l'information, incluant les rencontres administratives, le site web CICL, le site intranet, etc.	Action 57. Faire connaître le RCQ pour favoriser l'adhésion des différents acteurs			x	Pourcentage d'implantation des stratégies de communication définies annuellement	100 %	Annuellement
Objectif général 5.4 - Suivre les progrès de la lutte contre le cancer au Québec								
5.4.1 Évaluer l'implantation du programme régional de cancérologie incluant le plan d'action	• Élaborer des outils d'évaluation de l'implantation du plan d'action (tableau de bord) • Suivre annuellement l'implantation des actions prévues dans le plan d'action et faire des ajustements, le cas échéant • Publier les résultats d'évaluation et les rétroactions	Action 59. Évaluer le nouveau programme de cancérologie (plan directeur et plan d'action)			x	Pourcentage de réalisation d'un rapport d'évaluation	100 %	Annuellement
5.4.2 S'assurer de l'exhaustivité, de la complétude, de la fiabilité et de l'accessibilité des données du Registre québécois du cancer (RQC)	• Assurer la transmission des données du RLC au RQC selon les conditions prévues au règlement et les cibles définies aux ententes de gestion • Participer au déploiement de la phase 2 du projet RQC (2013-2016) et suivre l'implantation	Action 60. S'assurer de l'exhaustivité, de la complétude, de la fiabilité et de l'accessibilité des données du RQC			x	Pourcentage de réalisation de la phase 2 Taux de respect des cibles de transmission	100 % 100 %	2015-2016 Annuellement
5.4.3 Élaborer et implanter le plan d'action régional découlant du plan national pour soutenir la main d'œuvre archivistes médicales travaillant en RLC	• Élaborer le plan d'action régional et le déposer au MSSS, après consultation des membres du comité RQC • Suivre l'implantation à l'aide d'un tableau de bord	Action 61. S'assurer du fonctionnement optimal des RLC			x	Pourcentage d'élaboration du plan d'action régional Pourcentage d'implantation des mesures prévues dans le plan d'action	100 % 100 %	2014-2015 (septembre 2014) 2015-2016

CONCLUSION

Les connaissances acquises au cours des dernières décennies ouvrent des perspectives considérables à la lutte contre le cancer dans le monde entier, et le moyen le mieux adapté pour exploiter ces connaissances est la mise en œuvre de programmes nationaux de lutte. Quelles que soient les contraintes financières d'un pays, un programme de lutte contre le cancer bien conçu et bien géré peut réduire l'incidence du cancer et améliorer la vie des personnes qui en sont atteintes (OMS, 2002).

La mise à jour du programme régional de cancérologie de Laval et le Plan d'action 2015-2020 ont permis de faire état des réalisations, de connaître les principaux défis, de mesurer les écarts à combler et d'orienter la prise de décision.

La région de Laval s'engage à consolider les acquis et à poursuivre les travaux d'amélioration du continuum de soins et de services, depuis la prévention jusqu'à la survie ou aux soins palliatifs de fin de vie. La mobilisation de tous les acteurs autour d'une vision partagée et des objectifs communs, la capacité d'innovation, l'expertise et le réseautage devraient permettre de franchir encore un pas en faveur de l'excellence des pratiques et des parcours et garantir de meilleurs soins aux patients.

Cependant, il ne suffit pas de communiquer les grandes lignes des orientations contenues dans le programme, mais permettre à chacun de connaître sa contribution. C'est la seule manière de rallier les objectifs aux actions quotidiennes. Autrement dit, amener chacun à dire « selon les projets auxquels je participe, je suis un contributeur à un ou plusieurs objectifs inscrits dans la planification ».

Ensemble nous y parviendrons!

BIBLIOGRAPHIE

Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (2010). *L'évaluation externe de l'organisation et de la prestation des soins en oncologie,* Rapport préparé par Lorraine Caron, Khalil Moqadem et Gilles Pineau, Montréal, 151 p.

Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (2007). *Aperçu comparatif des stratégies de lutte contre le cancer dans quelques pays et provinces canadiennes*, Rapport préparé par Lorraine Caron, avec la collaboration de Mirella De Civita, Susan Law et Isabelle Brault, Montréal 144 p.

Agence de la santé et des services sociaux de Laval (été 2014). *Info-DRMG* [en ligne], Volume 5, numéro 1 [réf. du 5 janvier 2015], 7 p. <http://www.lavalensante.com/fileadmin/documents/Documentation/Agence/Bulletins/Info_DRMG/INFO-DRMG_Ete2014-vf.pdf>

Agence de la santé et des services sociaux de Laval (2013). *Plan d'action intersectorielle de promotion d'une sexualité saine et responsable et de prévention des ITSS,* 78 p.

Agence de la santé et des services sociaux de Laval (2010). « Les habitudes de vie des Lavallois s'améliorent », *Sélection santé Laval*, [en ligne], Volume 7, numéro 10, [réf. du 5 janvier 2015], 2 p. <http://www.lavalensante.com/fileadmin/documents/Documentation/Sante_publique/Bulletins/2010/Selections_Sante_Laval_vol_7_no_10.pdf>

Agence de la santé et des services sociaux de Laval (2012). « Habitudes alimentaires des jeunes lavallois au secondaire », *Sélection santé Laval* [en ligne], Volume 9, numéro 10 [réf. du 5 janvier 2015], 2 p. <http://www.lavalensante.com/fileadmin/documents/Documentation/Sante_publique/Bulletins/2012/Selections_-_Sante_Laval_vol_9_no_10.pdf>

Agence de la santé et des services sociaux de Laval et Centre de santé et de services sociaux de Laval (2012). *Bilan des activités de dépistage du PQDCS - Laval - Années 2009 et 2010,* 37 p.

Bleyer A et Welch HG (2012). «Effect of three decades of screening mammography on breast cancer incidence», *New England Journal of Medicine*, 367: 1998-2005.

Collège des médecins du Québec (2013). *Le dépistage du cancer de la prostate – Lignes directrices*, [en ligne], [réf. du 30 août 2014], 33 p. <http://www.cmq.org/fr/MedecinsMembres/Profil/Commun/Nouvelles/2013/~/media/Files/Lignes/Lignes-depistage-cancer-prostate-2013.pdf?81330>

Centre de santé et de services sociaux de Laval (2013). *Offre de service en cardiométabolique - Capacité d'accueil des programmes*

Gouvernement du Canada (2011). *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada* , [en ligne], Santé Canada, [réf. du 30 août 2014] <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/research-recherche/stat/ctums-esutc_2011-fra.php>

Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (2014). " Recommendations on screening for prostate cancer with the prostate-specific antigen test", *Canadian Medical Association Journal* 186 (16) 1225-34.

Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (2013). "Recommendations on screening for cervical cancer", *Canadian Medical Association Journal,* 185 (1) 35-45.

Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (2011). "Recommendations on screening for breast cancer in average risk women aged 40-74 years", *Canadian Medical Association Journal*, 183 (17), 1991-2001.

Institut national de santé publique du Québec (2014). "The resource costs of PSA-based screening for prostate cancer in the Quebec health care system: preliminary results", affiche scientifique présenté au *Knowledge Translation Canada Annual Scientific Meeting*.

Institut national de santé publique du Québec et Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2012). *Les pratiques cliniques préventives - Résultats de l'enquête populationnelle 2010,* 70 p.

Institut national de santé publique du Québec (2011). Lignes directrices sur le dépistage du cancer du col utérin au Québec, [en ligne], [réf. du 30 août 2014], 55 p. <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1279_LignesDirectDepistCancerColUterin.pdf>

Institut de la statistique du Québec (2014). *Enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer 2013 - Qualité des services de santé offerts aux patients atteints de cancer*, 118 p.

Institut de la statistique du Québec. . Profils de la région administrative, Laval [en ligne], [réf. du 5 avril 2013].
<http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/profils/region_13/region_13_00.htm>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1998). *Programme québécois de lutte contre le cancer : Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*, Québec, Gouvernement du Québec, 185 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2013). *Plan directeur en cancérologie* : *Ensemble, en réseau pour vaincre le cancer*, Québec, Gouvernement du Québec, 83 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2006). *Les documents ministériels en appui aux projets cliniques, Programme Santé-physique - Lutte contre le cancer*, Document de travail, 74 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). *Le soutien, l'adaptation et la réadaptation en oncologie au Québec - Recommandations - Avis,* Direction de la lutte contre le cancer, 34 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). *Les équipes interdisciplinaires en oncologie - Avis*, Direction de la lutte contre le cancer, 77 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2011). *Rapport du comité d'oncologie psychosocial - Vers des soins centrés sur la personne,* Direction de la lutte contre le cancer, 41 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2010). *Un programme régional pour vivre un réseau de lutte contre le cancer*, Direction de la lutte contre le cancer, Document de travail, 29 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008). *Rôle de l'infirmière pivot en oncologie*, Direction de la lutte contre le cancer, 16 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (mise à jour - novembre 2014). *Protocole d'immunisation du Québec,* 522 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004). *Chez soi : le premier choix, précisions pour favoriser l'implantation de la Politique de soutien à domicile,* 45 p.

Organisation mondiale de la santé (2002). *Programmes nationaux de lutte contre le cancer. Politiques et principes gestionnaires,* [en ligne], *Genève* [réf. du 5 janvier 2015] <http://www.who.int/cancer/media/en/424.pdf>

Parkin M et al (2011). "The fraction of cancer attributable to lifestyle and environmental factors in the UK in 2010", *British Journal of Cancer*, 105: S2 (Si-S81)

Société canadienne de cancer (2011). *Statistiques canadiennes sur le cancer,* 147 p.

Statistiques Canada (2010). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2009-2010 [en ligne] [réf. du 30 août 2014]* <http://www.stat.gouv.qc.ca/enquetes/sante/escc.html>

Swiss Medical Board, (2013). *Dépistage systématique par mammographie [*en ligne][réf. du 30 août 2014], 84 p. <http://www.medical-board.ch/fileadmin/docs/public/mb/Fachberichte/2013-12-15_Rapport_Mammographie_Final_rev.pdf>

U.S. Preventive Services Task Force (2013). "Medications for risk reduction of primary breast cancer in women – recommendation statement", *Annals of Internal Medicine*, [en ligne], [réf. du 30 août 2014], 15 p. <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Home/GetFile/1/382/breastcanmedsrs/pdf>

U.S. Preventive Services Task Force (2013). "Risk assessment, genetic counseling and genetic testing for BRCA-related cancer in women – recommendation statement", *Annals of Internal Medicine, 12 p.* <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Home/GetFile/1/1069/brcatestfinalrs/pdf>

U.S. Preventive Services Task Force (2013). "Screening for lung cancer with low-dose computed tomography – a systematic review to update the USPSTF recommendation", *Annals of Internal Medicine* [en ligne], [réf. du 30 août 2014], 11 p. <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf13/lungcan/lungcanart.pdf>

U.S. Preventive Services Task Force (2013). “Screening of lung cancer – USPSTF Draft recommendation statement”, [en ligne], [réf. du 7 août 2013]. <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/draftrec.htm>

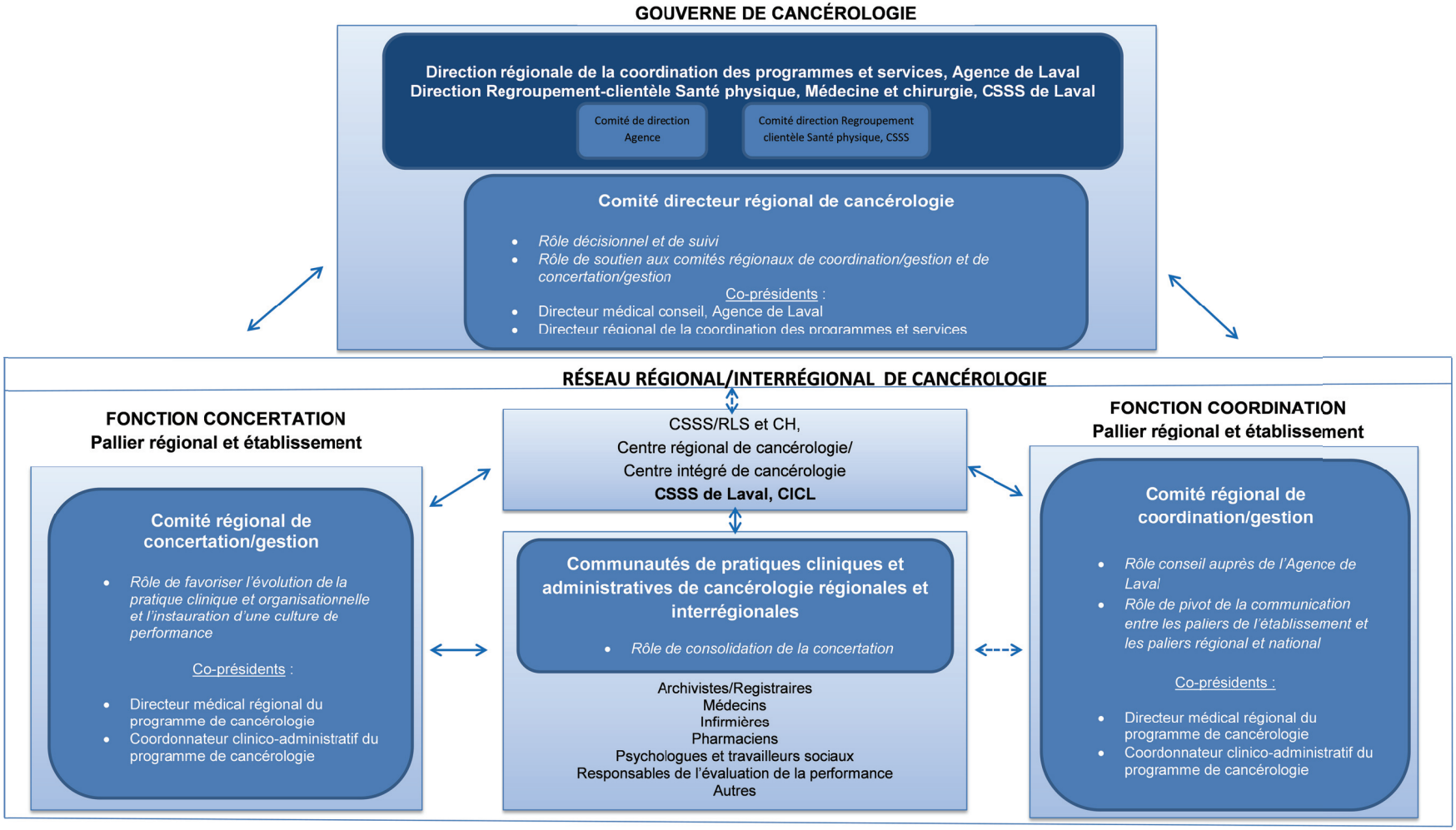
U.S. Preventive Services Task Force (2012). “Behavioral counseling to prevent skin cancer – recommendation statement”*, Annals of Internal Medicine*, 157(1) 59-65.

U.S. Preventive Services Task Force (2012). “Screening for cervical cancer – recommendation statement”, *Annals of Internal Medicine,* 156: 880-90.

U.S. Preventive Services Task Force (2012). “Screening for prostate cancer – USPSTF recommendation statement”, *Annals of Internal Medicine*, 157(2) : 120-134, [en ligne], [réf. du 7 août 2013]. <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/prostatecancerscreening/prostatefinalrs.pdf>.

U.S. Preventive Services Task Force (2008). “Screening for colorectal cancer - recommendation statement”, *Annals of Internal Medicine.* 149(9):627–637.

ANNEXE 1 : STRUCTURE RÉGIONALE DE CANCÉROLOGIE



ANNEXE 2 : RENCONTRES INTERDISCIPLINAIRES EN ONCOLOGIE

Valeurs	• Respect • Soins et services centrés sur l'usager et ses proches • Équité • Engagement • Collaboration/communication
Objectifs poursuivis par la tenue des rencontres interdisciplinaires	• Avoir une perception globale des situations vécues par l'usager par le partage et l'analyse conjointe des informations, ceci étant possible grâce à l'apport des expertises variées • Amener les membres à déterminer les priorités et décider des interventions communes et celles spécifiques à chaque professionnel • Permettre une cohérence dans les soins et services donnés grâce à la coordination de toutes les actions menées auprès de l'usager et de ses proches • Améliorer l'accessibilité, la qualité et l'efficacité des soins et services • Assurer une continuité de soins et services
Présentation en rencontres interdisciplinaires : facteurs de risque	• Familles avec des enfants d'âge mineur • Familles monoparentales • Usagers présentant un diagnostic de cancer ORL • Usagers présentant un diagnostic de tumeur cérébrale • Usagers présentant des antécédents de troubles de personnalité, une problématique d'adhésion aux traitements, usagers qui se présentent souvent à l'urgence • Usagers éligibles à une greffe • Usagers présentant des troubles cognitifs ou qui présentent des symptômes suggérant la présence de troubles cognitifs • Usagers présentant de la douleur non contrôlée • Usagers vivant de l'isolement social • Tout usager/famille pour qui l'intervenant se sent dans une impasse, a l'impression de porter le fardeau, a besoin de l'avis et du soutien des autres intervenants

CSSS de Laval (janvier 2012)

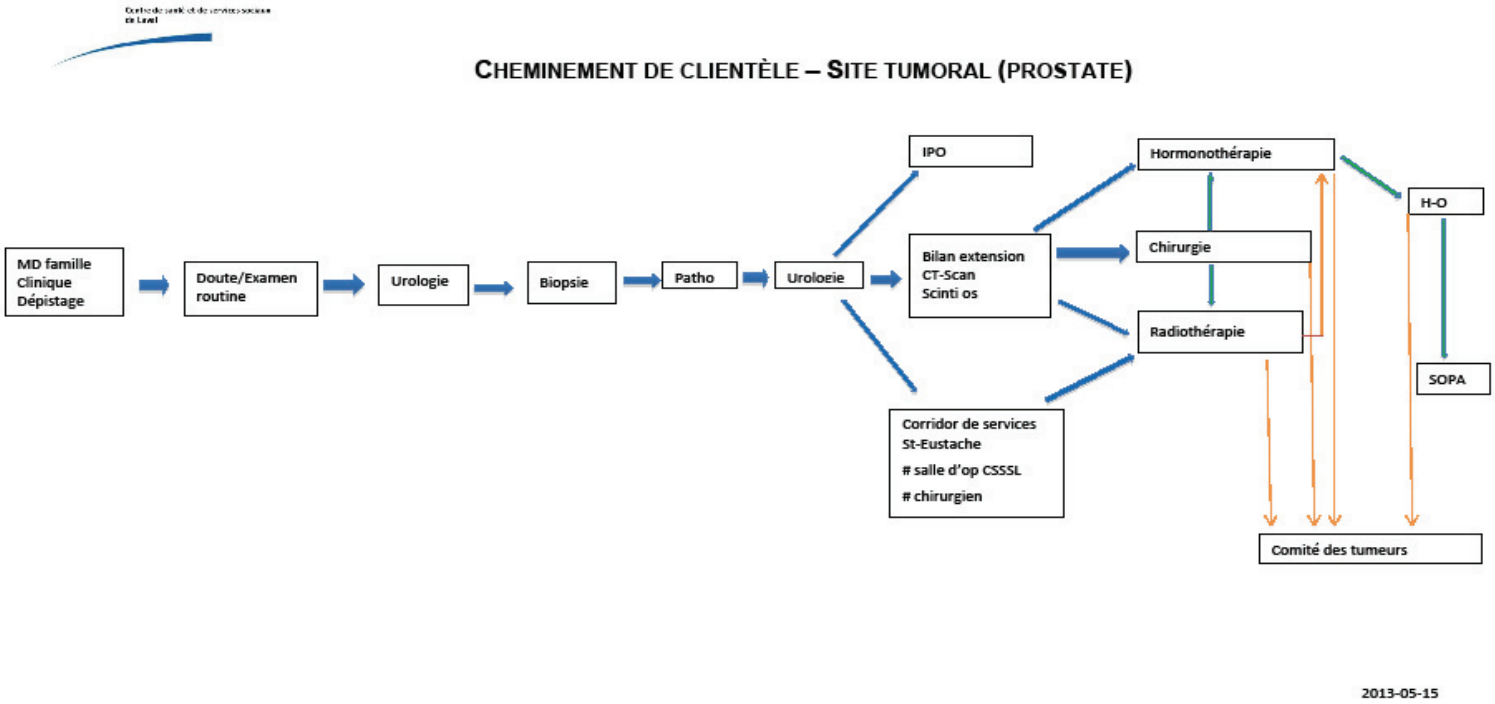
Structure des rencontres cliniques interdisciplinaires

	Unité hémato-oncologie (5EN)	Unité soins palliatifs (5ES)	CICL	CICL - ORL	SOINS À DOMICILE
Plage horaire	Mercredi 15h15-16h00	Mercredi 9h30-10h30	Mardi 12h30-13h30	Jeudi aux 2 semaines 15h30–16h00	À définir
Présences	Hémato-oncologue, infirmières soignantes, IPO de l'usager, travailleur social, psychologue, nutritionniste, conseillère clinique, assistante du supérieur immédiat, musico thérapeute, infirmière clinicienne soins palliatifs, Autres professionnels au besoin : physiothérapeute, ergothérapeute, pharmacien, orthophoniste, massothérapeute, psychiatre, médecin de famille, bénévole, éthicienne, gestionnaire, accompagnateur vie spirituelle et préposés aux bénéficiaires.	Médecins soins palliatifs, résidents, travailleur social, infirmière soignante, infirmière auxiliaire, musico thérapeute, pharmacien, gestionnaire. Autres professionnels au besoin : physiothérapeute, psychologue, ergothérapeute, assistant du supérieur immédiat, orthophoniste, psychiatre, médecin de famille, bénévole, éthicienne, massothérapeute, accompagnateur vie spirituelle et préposés aux bénéficiaires	Hémato-oncologue, radio-oncologue, technologue, travailleur social, nutritionniste, psychologue, IPO. Autres professionnels au besoin : Orthophoniste, pharmacien, médecin soins palliatifs, ergothérapeute, massothérapeute, infirmières soignantes, infirmière clinicienne soins palliatifs, assistante supérieur immédiat, gestionnaire, conseillère clinique, dentiste, accompagnateur vie spirituelle, bénévole, infirmière du soutien à domicile, infirmière du SSPAD, coordonnatrice recherche, médecin de famille, éthicienne, stagiaire en sexologie, résidents.	Chirurgien ORL, hémato-oncologue, radio-oncologue, IPO, infirmière soignante, travailleur social, orthophoniste, psychologue, nutritionniste, Autres professionnels au besoin : Dentiste, conseillère clinique, infirmière clinicienne soins palliatifs, technologue, infirmière soins à domicile, infirmière SSPAD, médecin de famille, éthicienne, accompagnateur vie spirituelle, assistant du supérieur immédiat, stagiaire en sexologie, résidents.	Infirmières cliniciennes, travailleur social, assistante du supérieur immédiat, médecin omnipraticien. Autres professionnels au besoin : ergothérapeute, physiothérapeute, nutritionniste, service d'aide à domicile, éthicienne, intervenants Lumi-vie, infirmière SSPAD, infirmière clinicienne soins palliatifs, conseillère clinique, gestionnaire.

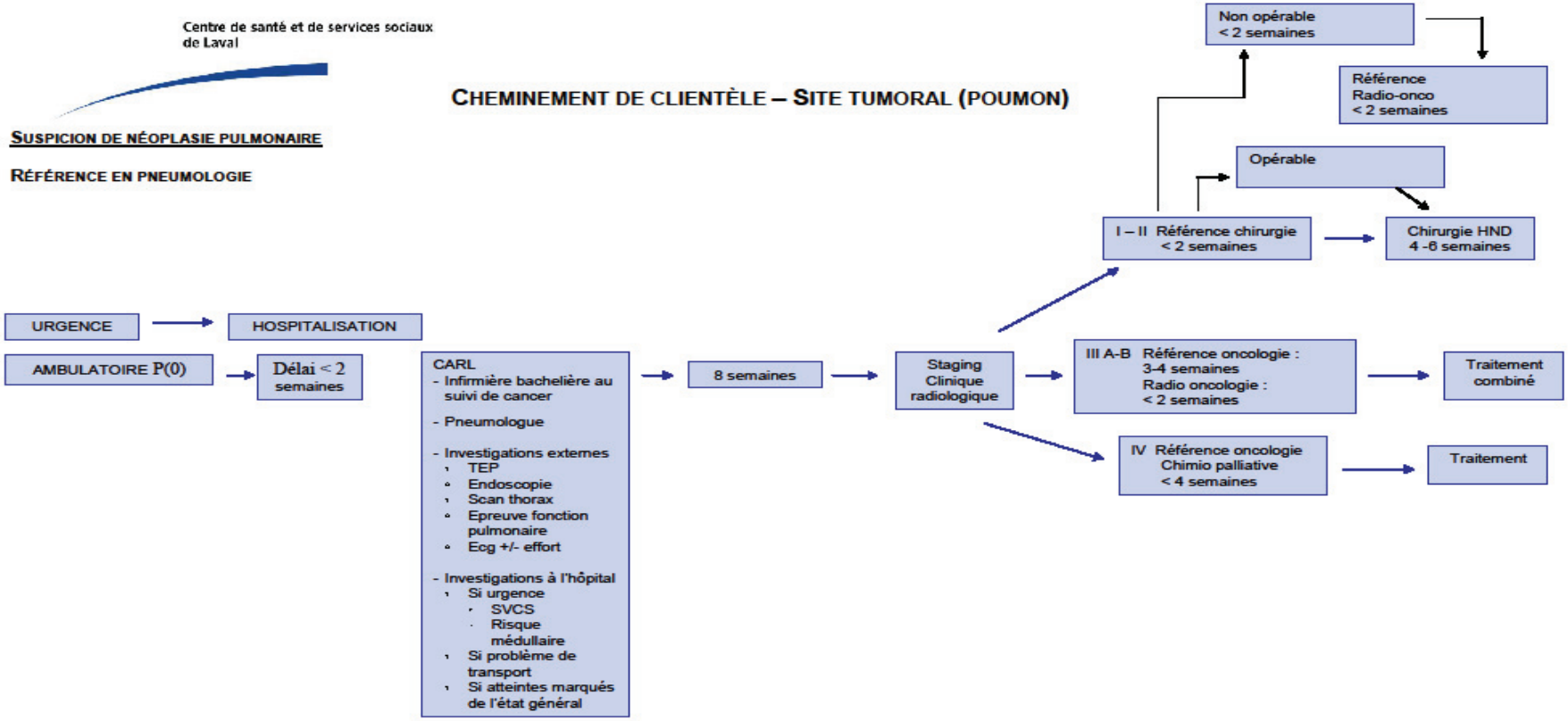
	Unité hémato-oncologie (5EN)	Unité soins palliatifs (5ES)	CICL	CICL - ORL	SOINS À DOMICILE
Fonctionnement	Présentation initiale des situations par l'infirmière ou le médecin.	Présentation initiale des situations par l'infirmière.	Présentation initiale des situations par l'IPO. Rencontre divisée en 3 blocs de 20 minutes allouées à la présentation des usagers recevant respectivement des traitements en : • chimiothérapie • chimiothérapie et radiothérapie concomitante • radiothérapie (incluant radiothérapie palliative). Présentation de 2 usagers par catégorie par rencontre.	Présentation initiale des situations par l'IPO.	À déterminer
Communication - inscription	Discussion des patients avec situations complexes Discussion des patients hospitalisés à l'extérieur de l'unité d'hémato-oncologie. Documentation de la discussion avec un PII.	Discussion des patients avec situations complexes. Discussion des patients hospitalisés à l'extérieur de l'unité des soins palliatifs. Documentation de la discussion avec un PII.	Inscription des usagers à discuter au lieu *Rencontre inter CICL* (MosaïQ). Responsabilité individuelle d'inscrire un usager à discuter et de vérifier si un usager connu est sur la liste des discussions. Documentation de la discussion avec un PII.	Inscription des usagers à discuter au lieu *Rencontre inter ORL* (MosaïQ). Responsabilité individuelle d'inscrire un usager à discuter et de vérifier si un usager connu est sur la liste des discussions. Documentation de la discussion avec un PII	À déterminer

CSSS de Laval (janvier 2012)

ANNEXE 3 : CHEMINEMENT DE CLIENTÈLE – SITE TUMORAL (PROSTATE)



ANNEXE 4 : CHEMINEMENT DE CLIENTÈLE – SITE TUMORAL (POUMON)



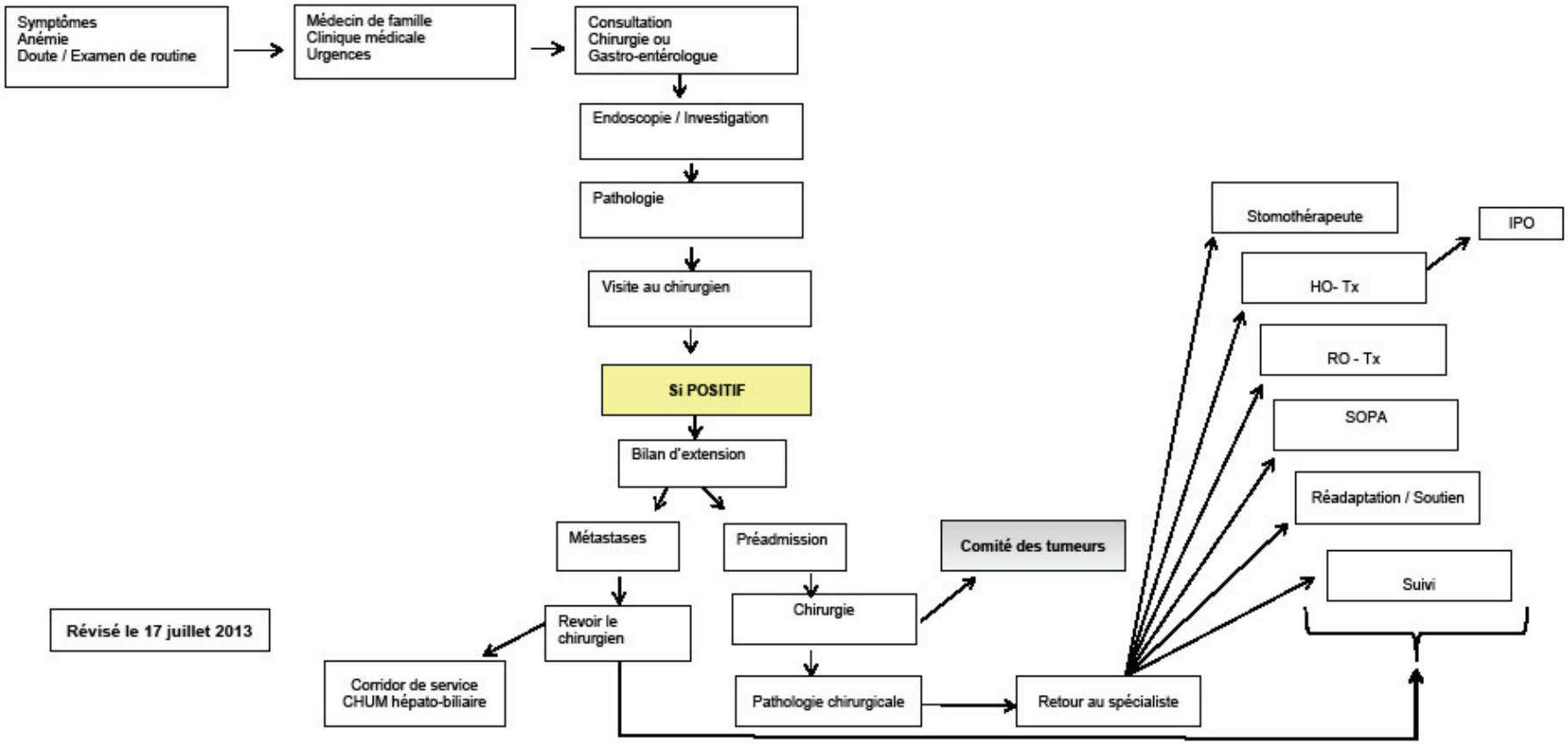
2013-05-07
J:\CSSSL\CSSSL-Direction-Sante-Physique\Programme lutte contre le cancer\SITE TUMORAL\POUMON\Cheminement clientèle (poumon)-2013-05-07.doc

ANNEXE 5 : CHEMINEMENT DE CLIENTÈLE – SITE TUMORAL (COLON)

Centre de santé et de services sociaux de Laval

Centre intégré de cancérologie

CHEMINEMENT DE CLIENTÈLE – SITE TUMORAL (COLON)

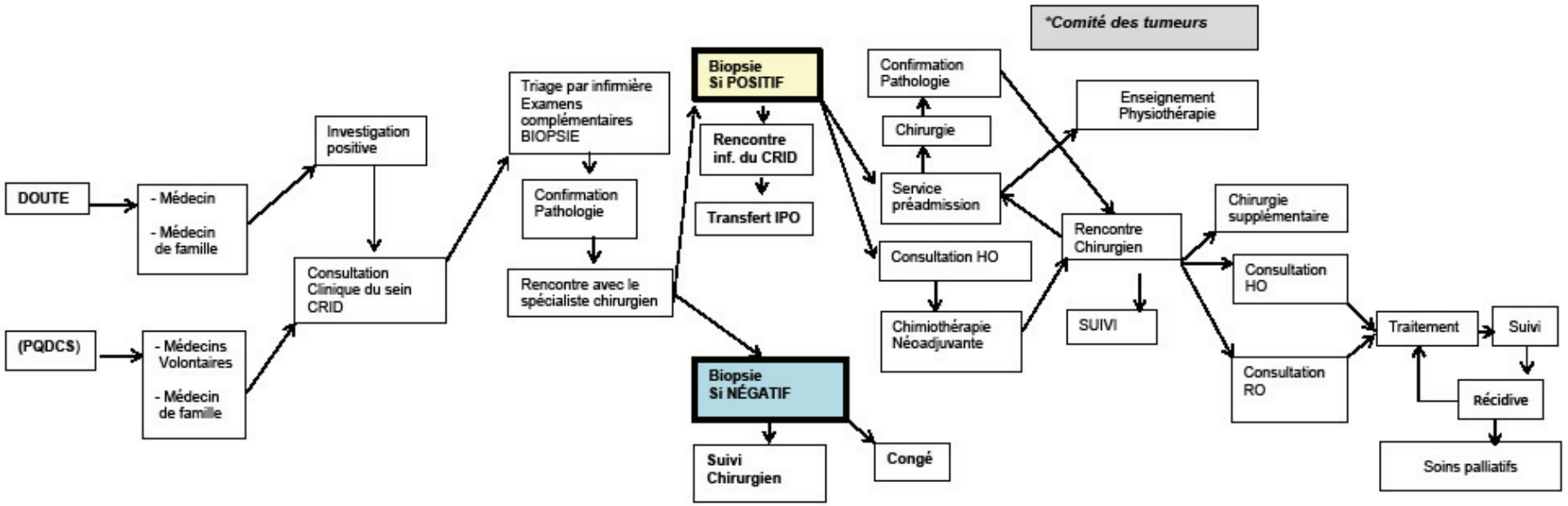


ANNEXE 6 : CHEMINEMENT DE CLIENTÈLE – SITE TUMORAL (SEIN)

Centre de santé et de services sociaux de Laval

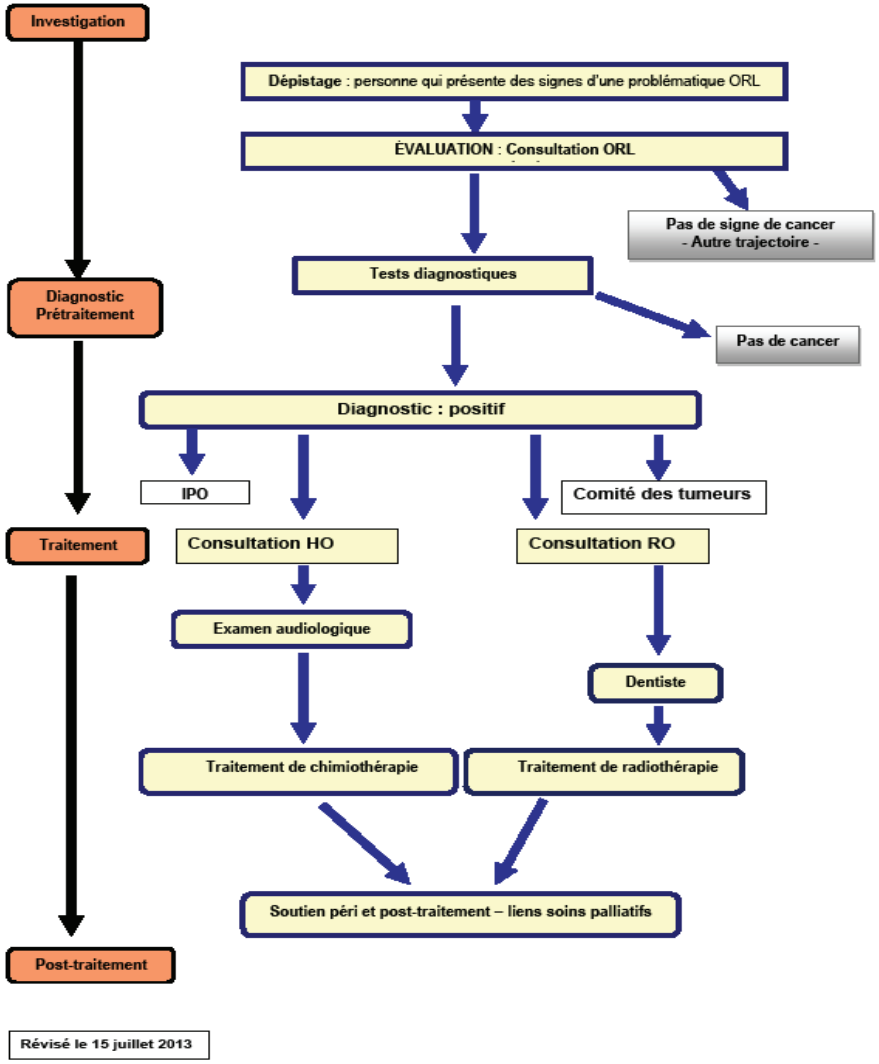
Centre intégré de cancérologie

CHEMINEMENT DE CLIENTÈLE – SITE TUMORAL (SEIN)



ANNEXE 7 : CHEMINEMENT DE CLIENTÈLE – SITE TUMORAL (ORL)

Oncologie ORL – Trajectoire de soins et services



ANNEXE 8 : CHAMPS DE PRATIQUE DES DIFFÉRENTS INTERVENANTS

Profession	Champ d'exercices	Activités réservées
Dentiste	Constitue l'exercice de l'art dentaire tout acte qui a pour objet de diagnostiquer ou traiter toute déficience des dents, de la bouche, des maxillaires ou des tissus avoisinants chez l'être humain. (Loi sur les dentistes, art. 26)	• Prescrire des médicaments aux fins visées à l'article 26, prendre des empreintes et des articulés et faire l'essai, la pose, l'adaptation, le remplacement et la vente de dispositifs adjoints ou conjoints; • Donner des conseils permettant de prévenir les maladies des dents, de la bouche ou des maxillaires et promouvoir les moyens favorisant une bonne dentition; • Tout dentiste est autorisé à utiliser les médicaments, les substances et les appareils dont il peut avoir besoin dans l'exercice de sa profession, de même qu'à administrer et prescrire des médicaments à ses patients. (Loi sur les dentistes, art. 34).
Infirmière	Évaluer l'état de santé d'une personne, déterminer et assurer la réalisation d'un plan de soins et de traitements infirmiers, prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir et de rétablir la santé de l'être humain en interaction avec son environnement, prévenir la maladie ainsi que fournir les soins palliatifs.	• Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique; • Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitorage et les ajustements du plan thérapeutique infirmier; • Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance; • Initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique (chapitre S-2.2); • Effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs, selon une ordonnance; • Effectuer et ajuster les traitements médicaux, selon une ordonnance; • Déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et prodiguer les soins et les traitements qui s'y rattachent; • Appliquer des techniques invasives; • Effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de

		santé complexes; • Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance; • Mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament, selon une ordonnance; • Décider de l'utilisation des mesures de contention; • Décider de l'utilisation des mesures d'isolement dans le cadre de l'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris.
Médecin	Évaluer et diagnostiquer toute déficience de la santé, à prévenir et à traiter les maladies dans le but de maintenir la santé ou de la rétablir chez l'être humain en interaction avec son environnement.	• Diagnostiquer les maladies; • Prescrire les examens diagnostiques; • Utiliser les techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice; • Déterminer le traitement médical; • Prescrire les médicaments et les autres substances; • Prescrire les traitements; • Utiliser les techniques ou appliquer les traitements, invasifs ou présentant des risques de préjudice, incluant les interventions esthétiques; • Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes malades dont l'état de santé présente des risques; • Décider de l'utilisation des mesures de contention; • Décider de l'utilisation des mesures d'isolement dans le cadre de l'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris.
Nutritionniste[53]	Évaluer l'état nutritionnel d'une personne, déterminer et assurer la mise en œuvre d'une stratégie	• Déterminer le plan de traitement nutritionnel, incluant la voie d'alimentation appropriée, lorsqu'une ordonnance individuelle indique que la nutrition constitue un facteur déterminant du traitement de la maladie;

[53] À noter qu'à la Cité-de-la-Santé, les usagers présentant des troubles de déglutition sont desservis par l'équipe de dysphagie qui comprend des nutritionnistes et orthophonistes qui travaillent conjointement face à cette problématique.

	d'intervention visant à adapter l'alimentation en fonction des besoins pour maintenir ou rétablir la santé.	• Surveiller l'état nutritionnel des personnes dont le plan de traitement nutritionnel a été déterminé.
Orthophoniste	Évaluer les fonctions de l'audition, du langage, de la voix et de la parole, déterminer un plan de traitement et d'intervention et en assurer la mise en œuvre dans le but d'améliorer ou de rétablir la communication de l'être humain en interaction avec son environnement.	• Procéder à l'évaluation fonctionnelle d'une personne lorsque cette évaluation est requise en application d'une loi; • Évaluer les troubles du langage, de la parole et de la voix dans le but de déterminer le plan de traitement et d'intervention orthophoniques.
Pharmacien	Évaluer et assurer l'usage approprié des médicaments afin notamment de détecter et de prévenir les problèmes pharmacothérapeutiques, préparer, conserver et remettre des médicaments dans le but de maintenir ou de rétablir la santé.	• Émettre une opinion pharmaceutique; • Préparer des médicaments; • Surveiller la thérapie médicamenteuse; • Initier ou ajuster, selon une ordonnance, la thérapie médicamenteuse en recourant, le cas échéant, aux analyses de laboratoire appropriées.
Psychologue	Évaluer le fonctionnement psychologique et mental ainsi que déterminer, recommander et effectuer des interventions et des traitements dans le but de favoriser la santé psychologique et de rétablir la santé mentale de l'être humain en interaction avec son environnement.	• Évaluer une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité; • Évaluer les troubles mentaux; • Évaluer les troubles neuropsychologiques, lorsqu'une attestation de formation lui est délivrée par l'Ordre dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe o de l'article 94 • Décider de l'utilisation des mesures de contention dans le cadre de l'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris; • Décider de l'utilisation des mesures d'isolement dans le cadre de

		l'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris.
Technologue	L'exercice de la technologie de l'imagerie médicale et de la radio-oncologie consiste à utiliser les radiations ionisantes, les radioéléments et autres formes d'énergie pour réaliser un traitement ou pour produire des images ou des données à des fins diagnostiques ou thérapeutiques.	• Administrer des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance; • Utiliser les radiations ionisantes, les radioéléments ou autres formes d'énergie, selon une ordonnance; • Surveiller les réactions aux médicaments et aux autres substances; • Introduire un instrument, selon une ordonnance, dans et au-delà du pharynx ou au-delà du méat urinaire, de grandes lèvres ou de la marge de l'anus ou dans une veine périphérique ou une ouverture artificielle; • Mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament, selon une ordonnance.
Travailleur social	Évaluer le fonctionnement social, déterminer un plan d'intervention et en assurer la mise en œuvre ainsi que soutenir et rétablir le fonctionnement social de la personne en réciprocité avec son milieu dans le but de favoriser le développement optimal de l'être humain en interaction avec son environnement.	• Évaluer une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité; • Procéder à l'évaluation psychosociale d'une personne dans le cadre des régimes de protection du majeur ou du mandat donné en prévision de l'inaptitude du mandant; • Décider de l'utilisation des mesures de contention dans le cadre de l'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5); • Décider de l'utilisation des mesures d'isolement dans le cadre de l'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris.

CSSS de Laval (janvier 2012)

Centre de santé et de services sociaux
de Laval

Agence de la santé
et des services sociaux
de Laval

Québec