

PROGRAMME RÉGIONAL DE CANCÉROLOGIE

communauté

femmes

hommes

humain

services

région

santé

société

sociaux

gens

côte-nord

vie

enfants

milieu

ânés

réseau

famille

Adoptée par le conseil d'administration
le 23 novembre 2016
CA 2016-11-143

CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CÔTE-NORD
Direction des services professionnels et de l'enseignement universitaire

PROGRAMME RÉGIONAL DE CANCÉROLOGIE

**Adopté par le conseil d'administration
le 23 novembre 2016
CA 2016-11-143**

Édition :

La Direction des services professionnels et de l'enseignement universitaire du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord

Le présent document est disponible en version électronique à l'adresse :

<http://cisscscotenord.intranet.reg09.rtss.qc.ca/>

© Centre intégré de santé et de services sociaux
de la Côte-Nord, Baie-Comeau, 2016

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Dépôt légal - Bibliothèque de l'Assemblée nationale

ISBN 978-2-550-77218-7 (version imprimée)

ISBN 978-2-550-77219-4 (version PDF)

TABLE DES MATIÈRES

	Page
INTRODUCTION.....	1
1. LE PROFIL DE LA RÉGION.....	3
1.1 La région	3
1.2 La population.....	3
1.3 L'incidence et la mortalité.....	5
1.4 La présentation des quatre principaux sièges tumoraux	5
2. LA GOUVERNE ET LES LIENS EN CANCÉROLOGIE.....	7
2.1 L'organisation au palier national.....	8
2.2 L'organisation au palier régional	9
2.2.1 Le Comité régional de coordination.....	10
2.2.2 Le Comité régional de concertation.....	11
2.2.3 Les comités de concertation par thématique.....	12
2.2.4 Les comités du diagnostic et du traitement (CDTC).....	12
2.2.5 Les communautés de pratique	12
2.2.6 Le sous-comité d'oncologie du Comité de pharmacologie du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP).....	13
3. DE LA SURVEILLANCE DU CANCER AU DÉPISTAGE	14
3.1 La surveillance du cancer.....	14
3.2 La prévention et promotion.....	14
3.2.1 Les pratiques cliniques préventives	16
3.3 Le dépistage.....	17
3.3.1 Le Programme québécois du dépistage du cancer du sein (PQDCS)	17
3.3.2 Le Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR).....	18
4. L'ORGANISATION DES SOINS ET DES SERVICES EN CANCÉROLOGIE.....	19
4.1 L'investigation.....	20
4.2 Les traitements.....	22
4.3 Les soins à domicile	26
4.4 Les soins de fin de vie.....	26
4.5 Le contrôle des symptômes	27
4.6 Le soutien psychosocial	27

5.	LE PLAN D’ACTION EN CANCÉROLOGIE	27
6.	LE SUIVI ET L’ÉVALUATION	28
	CONCLUSION	29
	ANNEXES	33
A.	La trajectoire d’accès aux soins en oncologie.....	33
B.	Le tableau des niveaux de suivi et d’évaluation.....	34
C.	La trajectoire de soins pour les différents sièges tumoraux	35
D.	Un système de suivi global et intégré de la performance du Programme national de cancérologie.....	36
E.	Le plan d’action 2016-2017 en cancérologie	37
F.	Les écarts entre la situation réelle et la situation souhaitée.....	42

LISTE DES ACRONYMES

APSS	Accès priorisé aux services spécialisés
CAT	Centre d'abandon du tabagisme
CDD	Centre de dépistage désigné
CDTC	Comité du diagnostic et du traitement du cancer
CHUQ	Centre hospitalier universitaire de Québec
CIC	Centre intégré de cancérologie
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CRID	Centre de référence pour investigation désigné
DMÉ	Dossier médical électronique
DGC	Direction générale de cancérologie
DRMG	Département régional de médecine générale
DSPEU	Direction des services professionnels et de l'enseignement universitaire
DSP	Directeur de santé publique
FITQ	Fichier des tumeurs du Québec
GESTRED	Système de suivi de gestion et de reddition de comptes
GMF	Groupe de médecine familiale
HAP	Hydrocarbures aromatiques polycycliques
I-CLSC	Intégration CLSC
INESS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPO	Infirmière pivot en oncologie
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OTIMROEMPQ	Ordre des technologues en imagerie médicale, en radio-oncologie et en électrophysiologie médicale du Québec
PAR	Plan d'action régional de santé publique
PDC	Plan directeur en cancérologie
PNSP	Programme national de santé publique
PQDCCR	Programme québécois de dépistage du cancer colorectal
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PQLC	Programme québécois de lutte contre le cancer
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RCQ	Réseau de cancérologie du Québec
RLC	Registre local du cancer
RLS	Réseaux locaux de services
RQC	Registre québécois du cancer
RSOSi	Recherche de sang occulte dans les selles
SARDO	Système d'archivage des données en oncologie
SIMASS	Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés
TIRSHV	Table intersectorielle régionale sur les saines habitudes de vie
UMF	Unité de médecine familiale

INTRODUCTION

Comme au Québec, le cancer est la première cause de décès sur la Côte-Nord. L'efficacité de l'investigation, du diagnostic et des traitements de cancer évolue et progresse constamment. Dans le contexte démographique actuel, les gens vivent plus longtemps, et ce, même après un diagnostic de cancer. À la suite d'un tel diagnostic, ce ne sont pas seulement les personnes atteintes, mais également leurs proches, qui en subissent les répercussions. À cet égard, le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Côte-Nord, à l'instar du gouvernement du Québec, a fait de la lutte au cancer une priorité.

Grâce au *Programme québécois de lutte contre le cancer (PQLC) - Pour lutter efficacement contre le cancer, formons une équipe*, publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en 1997 et à ses *orientations prioritaires 2007-2012*, les soins et les services en oncologie ont grandement évolué.

En 2004, la Côte-Nord se dotait d'un Plan d'action régional de lutte contre le cancer. Ce plan a permis, entre autres la création des postes d'infirmières pivots en oncologie (IPO), qui ont été mis en place dans chacune des installations de la région, ainsi que le processus de désignation des établissements. Le Programme national de santé publique (PNSP) 2003-2012 a orienté l'action en matière de prévention, de promotion, de dépistage et de surveillance du cancer dans la population.

Les équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer, auxquelles les IPO exercent un rôle central, la création de deux postes d'infirmières-coordonnatrices en soins palliatifs (un à Baie-Comeau et un à Sept-Îles) ainsi que l'association avec plusieurs partenaires régionaux et extrarégionaux nous ont permis d'améliorer la continuité des services. Le déploiement de la télésanté a permis de consolider la continuité et la fluidité des services en oncologie. L'entrée des données au registre local du cancer (RLC) se poursuit en collaboration avec les archivistes et les responsables clinico-administratifs.

En mars 2013, la Direction québécoise de cancérologie, maintenant la Direction générale de cancérologie (DGC), publiait un nouveau *Plan directeur en cancérologie : Ensemble, en réseau, pour vaincre le cancer*, qui décrit la nécessité de mettre en place le Réseau de cancérologie du Québec (RCQ).

Plusieurs changements et améliorations sont nécessaires afin d'optimiser la lutte au cancer dans notre région. Notre programme a pour objectifs :

- ✧ D'offrir à la population nord-côtière et aux personnes atteintes de cancer des soins et des services accessibles et de qualité, et ce, tout en optimisant l'utilisation des ressources.
- ✧ De mettre en place une gouvernance et un fonctionnement permettant d'accroître, d'une manière plus structurée, la coordination, la collaboration et la communication entre tous les intervenants.

Ainsi, la population nord-côtière disposera d'un réseau de cancérologie dans lequel la prévention est préconisée, la pratique clinique est conforme aux données probantes, les intervenants et les gestionnaires pourront développer leurs compétences professionnelles et dans lequel la responsabilité est bien définie. Les intervenants, en plus de faire une économie de temps et de ressources, seront valorisés dans leurs compétences et leur engagement.

Plus spécifiquement, notre programme doit notamment inclure :

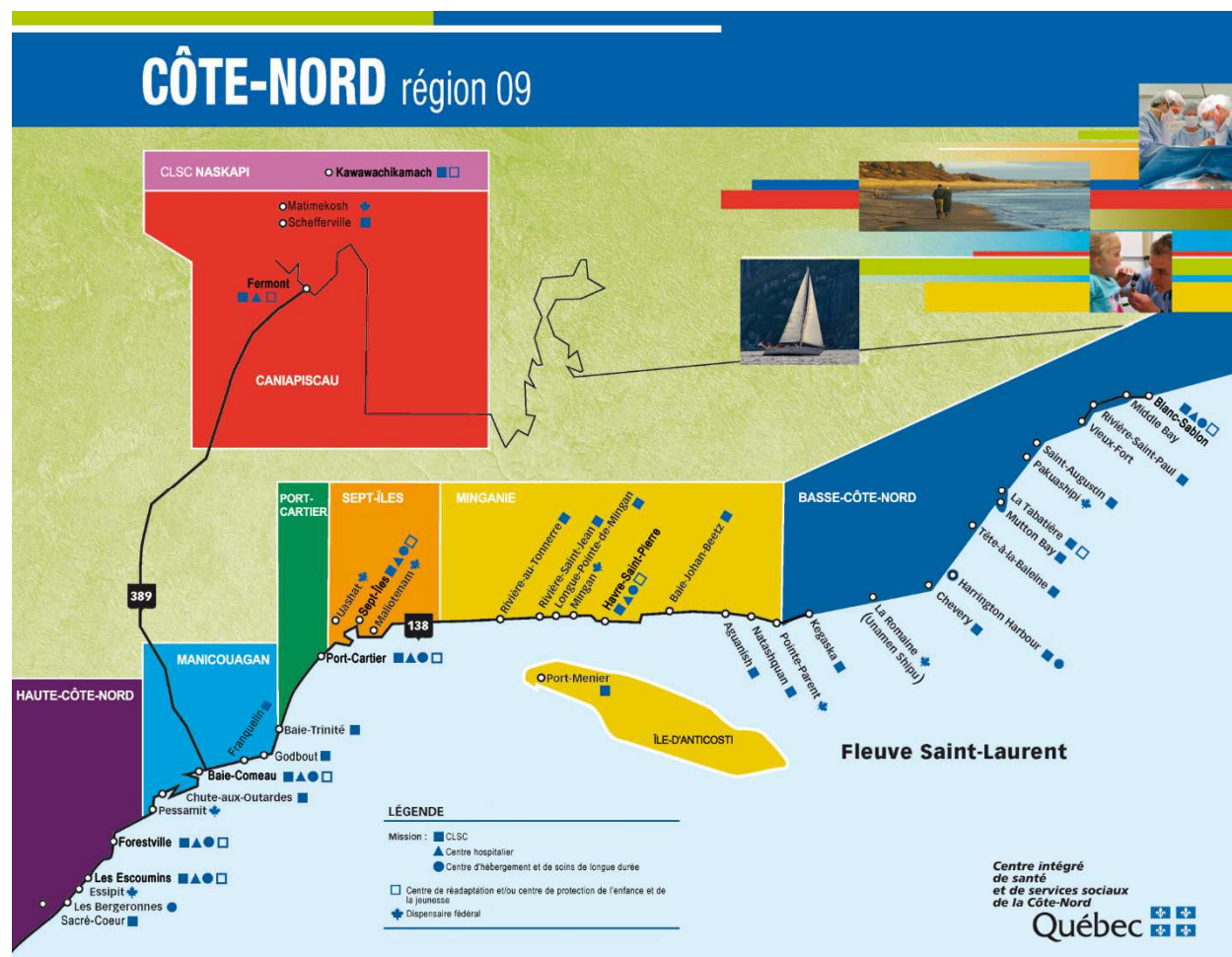
- ✧ La réalité socioéconomique de la population du territoire.
- ✧ La problématique du cancer dans le territoire desservi.
- ✧ Les caractéristiques et les besoins de la population du territoire desservi.
- ✧ Les besoins de formation.
- ✧ Les activités de coordination et de concertation régionales et locales.
- ✧ Les responsabilités de santé publique.

Nous devons :

- ✧ Nous assurer de l'apport des intervenants de première ligne de la communauté.
- ✧ Formaliser des corridors de soins et de services avec le centre régional ou les centres intégrés de cancérologie (CIC).
- ✧ Consolider une(ou des) équipe(s) interdisciplinaire(s) active(s) dans tout le continuum de soins et de services.
- ✧ Diffuser les normes et les algorithmes à l'appui des pratiques.
- ✧ S'assurer de l'utilisation des outils indispensables à une pratique exemplaire (par exemple, rapports synoptiques ou des requêtes avec des niveaux de priorité).
- ✧ S'assurer de notre participation à un ou des comité(s) de thérapie du cancer.
- ✧ S'assurer de collaborer avec les organismes communautaires dans un esprit de complémentarité et en respect des capacités de chacun.
- ✧ Assurer la gestion de l'information comprenant :
 - ✧ l'utilisation des données anonymisées du RLC;
 - ✧ la surveillance de la trajectoire des patients;
 - ✧ une analyse de la performance du programme.
- ✧ Participer aux activités du RCQ.

1. LE PROFIL DE LA RÉGION

1.1 La région



Le territoire nord-côtier s'étend sur 1 300 km de littoral de Tadoussac à Blanc-Sablon, en passant par L'Île-d'Anticosti et les villes nordiques de Fermont et de Schefferville.

1.2 La population

Au 1^{er} juillet 2015, la région compte environ 95 400 personnes divisées en six municipalités régionales de comté, sur une superficie d'environ 379 000 km². À elles seules, les villes de Baie-Comeau et de Sept-Îles regroupent la moitié de la population. L'autre moitié est répartie dans une cinquantaine de municipalités, dont certaines ne sont pas reliées par voie terrestre, ce qui constitue un défi de taille.

Tableau 1
Nombre d'habitants par municipalité régionale de comté (MRC) en 2015¹

MRC	Nombre d'habitants
Golfe-du-Saint-Laurent	4 907
Caniapiscau	4 173
Manicouagan	31 611
Haute-Côte-Nord	11 187
Minganie	6 588
Sept-Rivières	35 466
TOTAL :	93 932

Selon l'Enquête nationale auprès des ménages (ENM) de 2011, environ 12 495 personnes s'identifient comme « Indien de l'Amérique du Nord », soit environ 13 % de la population nord-côtière. En 2015, environ le quart vivrait en dehors de la réserve, d'après les données relatives aux estimations de population des municipalités du Québec. Les autochtones qui résident dans une réserve sont répartis dans une communauté naskapie et huit communautés innues : Essipit, Pessamit, Uashat/Malietnam, Mingan, Natashquan, Pakuashipi, La Romaine et Matimekoshe.

La Côte-Nord connaît un déclin démographique contrairement au Québec qui enregistre un accroissement de sa population. Entre 2001 et 2015, on remarque sur la Côte-Nord que la baisse la plus marquée est chez les jeunes de 0 à 17 ans (environ 21 %). En revanche, durant la même période, le nombre de personnes âgées, de 65 ans et plus, a augmenté d'environ 65 %.

En 2015, les personnes âgées de 65 ans et plus représentent 16,6 % de la population régionale comparativement à 17,5 % pour le Québec. Toutefois, cette situation cache un phénomène particulier : un vieillissement accéléré par rapport au Québec. En 1996, les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient environ 7 % de la population régionale (Québec : 12 %), mais le pourcentage de personnes âgées devrait rejoindre la proportion québécoise en 2021 (20,3 % c. 20,5 %). Vers 2020, pour la première fois sur la Côte-Nord, la proportion de personnes âgées (19,6 %) devrait surpasser celle des moins de 18 ans (19,4 %). Au Québec, ce phénomène devrait se produire vers 2017. Enfin, en 2031, la région comptera proportionnellement un peu plus de personnes âgées que le Québec (26 % c. 25 %)².

1. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *La Côte-Nord et ses municipalités régionales de comté*, consulté en ligne le 28 octobre 2016.
2. CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CÔTE-NORD. *Surveillance générale de l'état de santé de la population*, Direction de santé publique, mars 2016.

1.3 L'incidence et la mortalité

Incidence

Entre 2006 et 2010, on enregistre 318 nouveaux cas de cancer par année (taux ajusté d'incidence du cancer : 769 pour 100 000 personnes) chez les Nord-Côtiers et 253 chez les Nord-Côtières (taux ajusté d'incidence : 572 pour 100 000 personnes). Ces taux dépassent ceux du reste du Québec de manière significative au plan statistique. On constate que certains territoires ont un taux ajusté spécifiquement plus élevé de cancer que le reste du Québec. C'est le cas pour la Haute-Côte-Nord, Manicouagan (du RLS de la Haute-Côte-Nord–Manicouagan) ainsi que les RLS de Sept-Îles et de la Minganie.

Mortalité

En général, les Nord-Côtiers enregistrent des taux de mortalité par cancer, tous sièges confondus, significativement plus élevés que le reste de la population québécoise.

Sur la Côte-Nord, le cancer demeure la première cause de décès. Chez les hommes, entre 2007 et 2011, il causait 39 % des décès, devançant les maladies du cœur (17 %), tandis que chez les femmes, le cancer causait 36 % des décès, devançant les maladies du cœur (15 %).

1.4 La présentation des quatre principaux sièges tumoraux

Les quatre principaux sièges du cancer sont : poumon, colorectal, sein et prostate. Les données statistiques présentées sont produites par le portail de l'Infocentre de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Ces informations ont été analysées par les professionnels du Service de surveillance et d'évaluation de la Direction régionale de santé publique de la Côte-Nord.

Poumon

Avec 85 décès en moyenne par année sur la Côte-Nord (pour les années 2007-2011), le cancer du poumon est celui qui tue le plus de personnes, à la fois chez les hommes et chez les femmes. Au cours de cette période, le taux ajusté de mortalité par cancer du poumon sur la Côte-Nord (100 décès pour 100 000 personnes) surpasse significativement celui du reste du Québec (78 décès pour 100 000 personnes)³.

Le nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer du poumon de la population masculine nord-côtière est passé de 59, en 1986-1990, à 66, en 2006-2010, tandis que chez les Nord-Côtières, il est passé de 17, en 1986-1990, à 46 en 2006-2010. Malgré cette hausse, on assiste, durant cette période, à une diminution du taux ajusté d'incidence

3. CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CÔTE-NORD. Surveillance générale de l'état de santé de la population, à l'aide de requêtes paramétrables sur le portail de l'Infocentre de l'INSPQ, mars 2016.

du cancer du poumon chez les hommes, (262 à 167 cas pour 100 000 habitants), tandis que chez les femmes le taux ajusté d'incidence a enregistré une hausse significative (de 66 à 104 cas pour 100 000 habitants). Cette situation est probablement attribuable à la période de latence du cancer du poumon (environ 20 ans en moyenne) et au début plus tardif de la diminution de l'usage du tabac chez les femmes. En 2006-2010, le cancer du poumon représente 19 % de tous les cancers (excluant les cancers de la peau autres que le mélanome) dans l'ensemble de la population régionale (17 % dans l'ensemble du Québec). Chez les hommes nord-côtiers, il arrive au second rang (21 % des cancers), tout juste derrière le cancer de la prostate (22 % des cas de cancer). Du côté des femmes de la Côte-Nord, le cancer du poumon se situe au deuxième rang (18 % des cancers), il est devancé par le cancer du sein (23 % des cancers).

Colorectal

De 1986-1990 à 2006-2010, on observe une augmentation de la moyenne annuelle de nouveaux cas de cancer colorectal chez les Nord-Côtiers (de 25 à 38). Le taux ajusté du taux d'incidence du cancer colorectal, enregistré en 2006-2010 chez les hommes de la Côte-Nord, n'est pas statistiquement différent de celui de 1986-1990, bien qu'il se dessine une tendance à la baisse (de 97 à 89 cas pour 100 000 habitants). Chez les femmes, on remarque aussi une tendance à la baisse du taux ajusté d'incidence de ce type de cancer entre 1986-1990 et 2006-2010 (de 74 à 71 cas pour 100 000 habitants), et ce, même si le nombre annuel de nouveaux cas a augmenté de 67 % environ (de 18 à 30).

Entre 2006-2010, avec 68 cas par année, ce cancer est le troisième plus fréquent dans l'ensemble de la population nord-côtière (12 % de tous les cancers, excluant les cancers de la peau autres que le mélanome, 13 % dans l'ensemble du Québec). Il occupe également le troisième rang chez les hommes et les femmes de la région (12 % des cancers pour chacun des sexes). Le cancer colorectal se situe au second rang de décès par cancer sur la Côte-Nord (25 par année en 2000-2004 et 22 annuellement).

Sein

Entre 1986-1990 à 2006-2010, le nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer du sein chez les Nord-Côtières a augmenté d'environ 69 % (de 35 à 59 cas). Malgré cette hausse du nombre de cas de cancer du sein, le taux ajusté d'incidence n'a pas augmenté, de manière significative, durant la même période (de 119 à 131 cas pour 100 000 habitants). Toutefois, dans le reste du Québec, la hausse est significative. L'incidence du cancer du sein chez les Nord-Côtières est comparable, au plan statistique, à celle des autres Québécoises. Entre 2006 et 2010, il s'agit du cancer le plus fréquent chez les Nord-Côtières (23 % des cancers), tout comme chez l'ensemble des Québécoises (26 % de tous les cancers).

Le nombre annuel moyen de décès par cancer du sein enregistré par année chez les Nord-Côtières, entre 2007-2011, se compare à celui de 2002-2006 (12 c. 11 cas). Il est demeuré assez stable (augmentation de 1 %) dans le reste de la population féminine québécoise. En 2007-2011, les Nord-Côtières ont une mortalité par cancer du sein comparable à celle des autres femmes du Québec.

Prostate

Entre 1986-1990 et 2006-2010, le nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer de la prostate chez les Nord-Côtiens a plus que triplé (de 22 à 71 cas). Le taux ajusté d'incidence du cancer de la prostate, observé sur la Côte-Nord en 2006-2010 (169 pour 100 000 personnes), représente une hausse significative par rapport au taux pour la période 1986-1990 (de 118 cas pour 100 000 habitants). Ce cancer est responsable de huit décès par année chez les Nord-Côtiens en 2002-2006 et de 2007-2011. Nonobstant cette stabilité, leur taux de mortalité tend à baisser (de 26 à 22 décès pour 100 000 habitants). Chez l'ensemble des hommes du Québec, le recul observé se révèle significatif (29 c. 25 décès pour 100 000 habitants). Les hommes de la région affichent un taux de mortalité similaire à celui des autres Québécois.

Toutefois, il faut mentionner que le taux de cancer de la prostate est sous-estimé, puisque seulement les cas qui ont été hospitalisés ou qui ont eu une chirurgie d'un jour sont comptabilisés au fichier des tumeurs du Québec (FiTQ).

2. LA GOUVERNE ET LES LIENS EN CANCÉROLOGIE

La vision proposée par la DGC est la suivante : « Ensemble, dans le réseau de cancérologie du Québec, pour offrir des soins et des services accessibles, de la meilleure qualité possible, tout en optimisant l'utilisation des ressources ». En effet, pour faire face à la complexité grandissante en cancérologie, rendre plus efficiente notre gestion des ressources et développer une offre de service et de soins adaptée, il est nécessaire que tous travaillent en réseau.

Les valeurs du RCQ :

Telles que présentées dans le Plan directeur en cancérologie du MSSS :

- ✧ Une approche globale, mettant en œuvre des activités axées autant sur les besoins de la population que sur ceux des personnes atteintes de cancer.
- ✧ Le respect de la perspective du patient et de son autonomie, la bienfaisance et la non-malfaisance ainsi que l'équité.
- ✧ La qualité comme premier guide de nos choix, en ne tenant pas compte seulement de l'efficacité des interventions et de l'efficience des services, mais également de la qualité de vie des personnes.

Afin d'atteindre ses buts, le RCQ doit privilégier la concertation, la coordination, la circulation de l'information, l'évaluation systématique, la publication des résultats, la rétroaction rapide et le partage de formation, d'outils cliniques, etc. Une organisation en deux paliers est proposée.

Palier national :

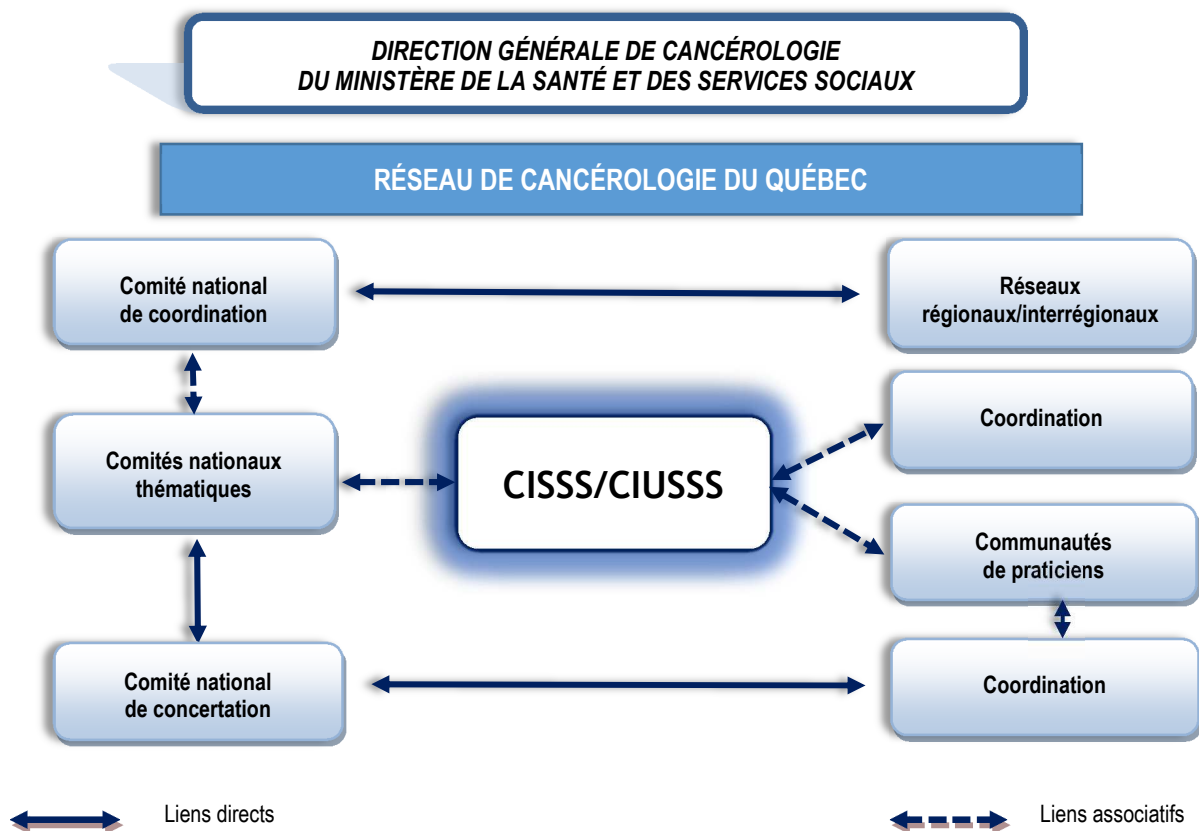
- ✧ Des comités thématiques par siège de cancer, discipline ou thème particulier.
- ✧ Des activités distinctes de coordination et de concertation réunissant les acteurs de cancérologie du MSSS et des régions (comités nationaux de coordination et des cogestionnaires).

Palier régional :

- ✧ Des communautés de praticiens régionales ou interrégionales.
- ✧ Des activités distinctes de coordination et de concertation réunissant les acteurs de cancérologie des installations (comités de coordination et de concertation en cancérologie).
- ✧ Un cogestionnaire médical et un cogestionnaire clinico-administratif (planification et vérification de l'exécution et de l'évaluation du plan d'action en cancérologie).
- ✧ Un représentant pour chaque installation du CISSS de la Côte-Nord.
- ✧ Des rencontres interdisciplinaires dans chacun des deux centres hospitaliers de la région.

2.1 L'organisation au palier national

Figure 1
Le modèle d'organisation national en cancérologie

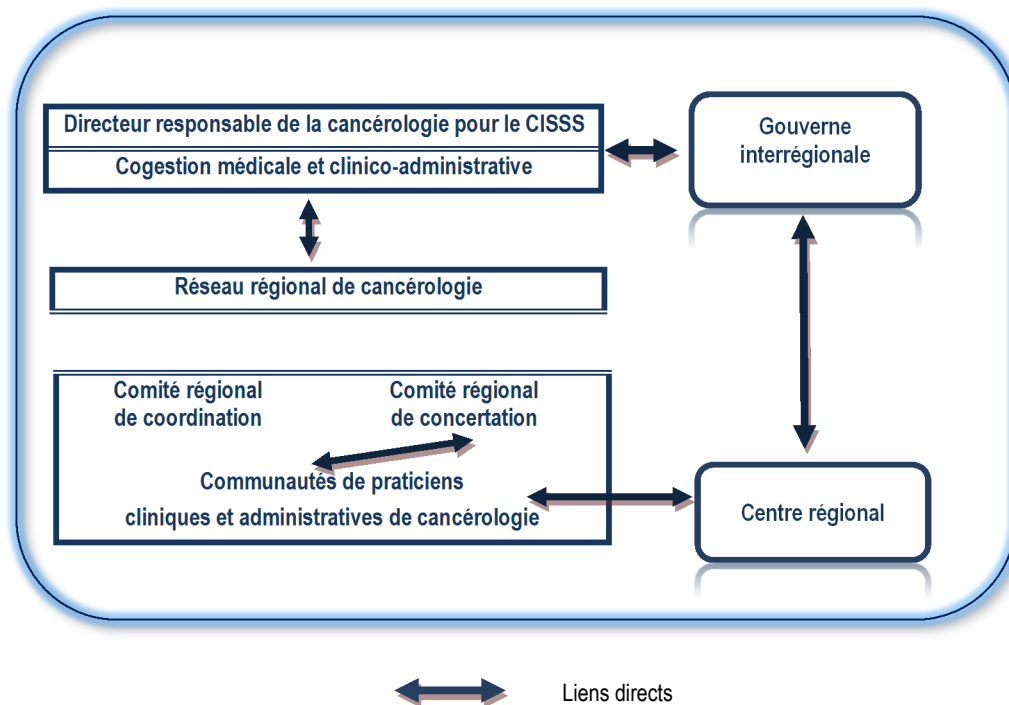


Au palier national, la DGC a mis en place quatre leviers essentiels pour assurer le fonctionnement optimal du RCQ :

- ✧ Un comité national de coordination pour épauler la DGC dans la prise de décision et les orientations.
- ✧ Un comité national de concertation afin d'orienter et de favoriser l'évolution de la pratique clinique et organisationnelle, en plus d'instaurer une culture de la performance.
- ✧ Des comités nationaux thématiques réservés à un siège tumoral, à un groupe de professionnels ou à un thème clinique spécifique afin de permettre l'élaboration d'outils à partager et d'une approche commune au Québec.
- ✧ La désignation de CIC.

2.2 L'organisation au palier régional

Figure 2
Les liens régionaux/interrégionaux en oncologie



Voici les mandats attendus de la gouverne régionale en oncologie :

- ✧ Faire évoluer le Programme régional de cancérologie et déterminer la structure adéquate pour notre région.
- ✧ Assurer une coordination et une concertation à l'échelle régionale en oncologie.
- ✧ Animer le réseau régional de cancérologie.
- ✧ Faciliter un accès rapide aux tests diagnostiques et aux traitements dans les établissements de la région.
- ✧ Assurer l'atteinte des cibles et le respect des normes du RCQ dans les installations de la région.
- ✧ Évaluer la performance clinique et administrative dans le réseau régional de cancérologie.
- ✧ Concrétiser la représentation de la population au sein des instances du réseau régional de cancérologie.

La cancérologie relève de la Direction des services professionnels et de l'enseignement universitaire (DSPEU). C'est la directrice adjointe volet administratif des services professionnels de la DSPEU qui fait office de directrice régionale de cancérologie. Cette personne assure les liens et les suivis auprès des comités régionaux.

2.2.1 Le Comité régional de coordination

Ce comité permet, entre autres d'assurer le développement de l'offre de service et de soins conformément aux normes nationales.

Les membres du comité sont :

- ✧ Le directeur responsable du programme.
- ✧ Les gestionnaires (médical et clinico-administratif).
- ✧ Un représentant des différents services engagés dans la lutte contre le cancer [DSPEU, Direction des soins infirmiers (DSI) et Direction des services multidisciplinaires (DSM)].
- ✧ Un représentant de la Direction de santé publique (DSP).
- ✧ Une personne touchée par le cancer.
- ✧ Un représentant du Département régional de médecine générale (DRMG).
- ✧ Une conseillère en soins infirmiers de la DSPEU [et coordonnatrice administrative du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)].

Selon le Plan directeur en cancérologie (PDC), les activités de coordination attendues au niveau régional sont :

- ✧ De suggérer des orientations pour gérer l'offre dans tout le continuum de soins et de services, incluant les plateaux techniques.
- ✧ De faciliter la formalisation des ententes entre les établissements.
- ✧ De suggérer des orientations sur la répartition du budget régional en cancérologie.
- ✧ De veiller équitablement à la présence et à l'attribution des ressources médicales et professionnelles sur le territoire.
- ✧ De soutenir les efforts des établissements pour réduire les délais dans l'accès à l'investigation et aux traitements.
- ✧ De soutenir les moyens de communication nécessaires à l'animation du réseau régional/interrégional de cancérologie.
- ✧ De veiller à l'inclusion des activités des organismes communautaires de la région dans les programmes de lutte contre le cancer dans un esprit de complémentarité et dans le respect des capacités de chacun.
- ✧ De conseiller la ou les gouvernes en cancérologie quant à l'évaluation de la performance du Programme régional de cancérologie.

2.2.2 Le Comité régional de concertation

Ce comité permet d'animer le réseau de cancérologie sur la Côte-Nord ainsi qu'à assurer une diffusion plus efficace des meilleures pratiques et favoriser leur adoption.

Les membres de ce comité sont :

- ✧ Les cogestionnaires (médical et clinico-administratif).
- ✧ Les responsables des équipes interdisciplinaires de chaque installation.
- ✧ La chef du service en imagerie médicale.
- ✧ La responsable régionale des soins palliatifs.
- ✧ Les représentants de chaque catégorie de professionnels (infirmière, médecin, travailleur social, archiviste, pharmacien).
- ✧ Un représentant de la Direction de santé publique.
- ✧ Une personne touchée par le cancer.
- ✧ La directrice de La Vallée des Roseaux.
- ✧ La directrice de L'Élyme des sables.
- ✧ Une conseillère en soins infirmiers de la DSPEU (et coordonnatrice administrative du PQDCS).

Les activités de concertation attendues sont :

- ✧ De favoriser l'évolution des pratiques en encourageant le transfert des connaissances et l'adoption des pratiques exemplaires, selon une démarche structurée.
- ✧ D'appuyer l'évaluation de la performance du réseau régional/interrégional de cancérologie.
- ✧ De stimuler la formation continue, l'accompagnement, le soutien et l'évaluation de la pratique clinique dans le réseau régional/interrégional de cancérologie.
- ✧ D'assurer l'utilisation d'algorithmes d'investigation, de traitement et de suivi ainsi que de guides et d'outils cliniques standardisés.
- ✧ De soutenir la caractérisation et l'utilisation des pratiques exemplaires.
- ✧ D'évaluer la pertinence des outils cliniques développés localement.
- ✧ De faciliter la tenue d'enquêtes sur l'expérience de soins vécue par les patients.
- ✧ De stimuler la formation continue.
- ✧ De faciliter la participation aux activités du RCQ pour l'amélioration continue de la qualité.

En plus de désigner un directeur responsable de cancérologie, le CISSS de la Côte-Nord a identifié deux cogestionnaires, soit un cogestionnaire médical [nommé par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)] et un clinico-administratif, qui siègent également au sein du Comité national des cogestionnaires en cancérologie. Un médecin, un pharmacien, une archiviste, un travailleur social et une infirmière agissent aussi à titre de représentants régionaux sur des comités respectifs au niveau national.

2.2.3 Les comités de concertation par thématique

Ces regroupements sont des outils d'intégration et de réseautage. Ils visent à consolider la concertation, à contribuer à la cohérence professionnelle, à atteindre les objectifs et à faire évoluer les pratiques. Leur but premier est l'amélioration continue des soins aux patients et des pratiques organisationnelles. Ils peuvent être créés en fonction des besoins régionaux et/ou des orientations ministérielles.

2.2.4 Les comités du diagnostic et du traitement du cancer (CDTC)

Selon le guide d'exercice « *Création et fonctionnement d'un comité du diagnostic et du traitement du cancer (CDTC) dans les établissements de santé au Québec* », produit en décembre 2015 par le Collège des médecins du Québec, les CDTC « *réunissent, à intervalles réguliers, des médecins de différentes spécialités et d'autres professionnels de la santé pour réviser, de manière prospective ou rétrospective, la situation clinique de patients atteints de cancer afin d'établir, pour chaque patient pris individuellement, la meilleure stratégie diagnostique et thérapeutique, y compris la participation à un essai clinique. Leurs recommandations sont basées sur la science la plus récente et prennent en compte les bénéfices attendus, les risques encourus et la qualité de vie qui en résultera compte tenu de l'état de santé du patient autant du point de vue physique que psychosocial* ».

Au sein des installations de notre région, il n'y a pas de CDTC correspondant à la définition précédente. Pour des discussions de cas portant sur des sièges tumoraux spécifiques, les équipes de la région participent aux CDTC des établissements d'autres régions. Des ententes de service, afin de formaliser ces corridors, demeurent à faire. Pour le CISSS de la Côte-Nord, il existe un comité, sous la gouverne du CMDP, qui réunit des médecins et autres professionnels. Ses mandats sont énumérés au point 2.2.6.

2.2.5 Les communautés de pratique

Il n'y a pas de communauté de pratique dans la région. Les différents professionnels communiquent ensemble, au besoin. Pour certains dossiers, comme lors de l'implantation des RLC, les professionnels nord-côtiers prennent part à des communautés de pratique d'autres régions.

2.2.6 Le sous-comité d'oncologie du Comité de pharmacologie du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Tableau 2
Membres du comité

Nom	Titre	Endroit
D ^r Joffre-Claude Allard	Hémato-oncologue	CISSS du Bas-Saint-Laurent (invité en permanence)
D ^r Bruno Imbeault	Pneumologue	Sept-Îles
D ^{re} Pascale Lafortune	Interniste et présidente	Sept-Îles
D ^{re} Nathalie Michaud	Chirurgienne	Sept-Îles
D ^{re} Stéphanie Morneau	Dentiste-conseil	Baie-Comeau (invitée)
M ^{me} Christine Noël	Pharmacienne	Sept-Îles
D ^{re} Véronique Ouimet	Omnipraticienne	Baie-Comeau
M ^{me} Sandy Pellerin	Pharmacienne	Baie-Comeau
D ^{re} Yveline Romain	Omnipraticienne	Sept-Îles

MANDATS ET ACTIVITÉS

Soins cliniques

- ✧ Mise à jour et harmonisation des protocoles de chimiothérapie.
- ✧ Élaboration de nouveaux protocoles de chimiothérapie et protocoles annexes (par exemple, extravasation).
- ✧ Surveillance de la qualité des soins prodigués aux patients.
- ✧ Élaboration d'outils cliniques (exemples : feuille de route, informatisation des données) au sein des unités d'oncologie pour faciliter le suivi des patients.
- ✧ Favoriser une bonne communication entre tout le personnel impliqué auprès des patients.
- ✧ Travail conjoint avec le ou les gestionnaires et les infirmières pivots.
- ✧ Formation d'un comité ad hoc advenant l'ordonnance d'un médicament pas encore approuvé par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESS).

Effectifs

- ✧ S'assurer que le nombre d'employés et leurs qualifications professionnelles répondent aux exigences normalisées pour offrir des soins de qualité, ce qui implique un noyau *d'infirmières dédiées* en oncologie, un travailleur social spécialisé et d'autres professionnels, le cas échéant.

Suivi des patients

- ✧ Encourager les médecins à se conformer aux normes de pratique quant au suivi des patients en traitement de chimiothérapie.

Formation

- ✧ Recommander que dans chaque institution, le personnel puisse bénéficier d'une formation de base et de pointe *AVANT* de débiter son nouveau travail.
- ✧ Recommander pour le personnel une formation continue ainsi qu'une évaluation périodique.

3. DE LA SURVEILLANCE DU CANCER AU DÉPISTAGE

3.1 La surveillance du cancer

Le directeur de santé publique (DSP) a la responsabilité de faire état des principales données nord-côtières relatives au cancer. Un document de travail a été produit par le Service de surveillance et d'évaluation de la Direction régionale de santé publique en juin 2013 : *Données de l'état de santé de la population de la Côte-Nord - Maladies chroniques : le cancer*. Le document final est accessible sur le site Web du CISSS de la Côte-Nord sous le titre : *Portrait de santé et de bien-être de la population de la Côte-Nord – Maladies chroniques : le cancer*.

À la suite des *orientations prioritaires 2007-2012* du PQLC et afin d'accroître l'exhaustivité, la validité, la complétude, l'accessibilité et la comparabilité du FiTQ, le RQC a vu le jour.

Après l'acquisition et l'installation du système d'archivage des données en oncologie (SARDO) pour les deux centres de saisie désignés, c'est-à-dire les hôpitaux de Baie-Comeau et de Sept-Îles, et la formation des archivistes, notre RLC est en branle. La phase I visait à améliorer l'exhaustivité de la déclaration des cas admissibles et s'adressait aux établissements ayant un laboratoire de pathologie. La phase II, qui est présentement en cours, vise à obtenir une information plus détaillée sur le stade du cancer au moment du diagnostic et la première ligne de traitement pour certains sièges de cancer ciblés (côlon et rectum, sein, poumon et prostate). L'entente de collaboration entre les divers intervenants impliqués est déjà établie. Des trajectoires seront élaborées afin d'obtenir toutes les données pertinentes au registre. Les archivistes et les responsables travaillent de concert à la réalisation de ce projet, qui permettra d'orienter les interventions de prévention-promotion et de dépistage, de soutenir les activités du PQLC, d'alimenter la recherche, de dresser un portrait plus exhaustif, en termes de statistiques, de la situation du cancer dans la région et de détecter les cancers en émergence.

3.2 La prévention et la promotion

Près de la moitié des facteurs de risque liés aux cancers sont évitables : le tabagisme⁴, la sédentarité, la mauvaise alimentation⁵, l'exposition excessive aux rayons ultraviolets, certains agents infectieux ainsi que des facteurs environnementaux. À elles seules, la mauvaise alimentation et la sédentarité sont responsables du tiers des décès par

4. Dans la population globale, le tabac est responsable de 82 % des cas de cancer du poumon, de 69 % des cas de cancer de l'œsophage et de 67 % des cas de cancer des lèvres, cavité buccale et larynx.

5. Une bonne alimentation, l'activité physique et un poids santé permettent de prévenir jusqu'à 35 % des cas de cancer, selon la Société canadienne du cancer.

cancer, soit une proportion comparable aux décès associés au tabagisme⁶. C'est en collaboration avec les professionnels de santé publique : équipes de prévention-promotion, de santé environnementale et de santé au travail que les activités de prévention-promotion prévues au Plan d'action régional de santé publique (PAR) sont mises en application. De plus, les services en santé environnementale et en santé au travail prévoient des interventions spécifiques pour prévenir certains cancers, puisque plusieurs cancers sont associés à des facteurs de risque évitables.

Sur la Côte Nord, en 2010⁷ :

- ⤴ 42 % souffrent d'embonpoint.
- ⤴ 25 % sont fumeurs.
- ⤴ 22 % sont obèses.
- ⤴ 27 % sont sédentaires.

Il est essentiel de concentrer nos efforts sur la prévention, car en adoptant de saines habitudes de vie, plus de la moitié des cancers pourrait être évitée.

Ce sont les professionnels de la Direction de santé publique qui ont la responsabilité d'assurer un leadership régional (coordination-mobilisation) et de soutenir les installations du CISSS de la Côte-Nord et leurs partenaires.

D'ici 2020, les objectifs sont :

D'informer la population concernant les saines habitudes de vie et les comportements sains et sécuritaires, notamment en favorisant :

- ⤴ L'accès à la pratique d'activités physiques et à un mode de vie physiquement actif et sécuritaire.
- ⤴ L'accès physique et économique à des aliments de qualité dans les communautés et réduction de la consommation des boissons sucrées.
- ⤴ La prévention du tabagisme chez les jeunes et jeunes adultes.
- ⤴ L'information à la population générale sur les impacts à la santé occasionnés par une exposition à des nuisances, à des agresseurs ou à des contaminants physiques, biologiques, chimiques présents naturellement dans l'environnement ou produits par l'activité humaine dans différents milieux de vie en insistant sur le fait que la qualité de l'environnement physique dans lequel nous vivons contribue au maintien et à l'amélioration de la qualité de vie et de la santé.
- ⤴ L'information et la sensibilisation du public sur la prévention des cancers de la peau en cohérence avec la loi visant à prévenir les cancers de la peau causés par le bronzage artificiel.

6. LEDUC, Sylvain, et Martin COULOMBE. « Obésité, sédentarité et cancer », Le Médecin du Québec, volume 40, n° 10, octobre 2005, p. 53.

7. AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CÔTE-NORD. *Selon l'Enquête Santé Côte-Nord*, document produit par la Direction de santé publique, 2010.

Nos objectifs sont de :

- ⤴ Maintenir en bas de 10 % la proportion de jeunes fumeurs du secondaire.
- ⤴ Réduire à 16 % ou moins la proportion de fumeurs de 15 ans ou plus.

Les activités préventives en cours ou réalisées dans la région :

- ⤴ Analyse du niveau de radon dans les établissements publics de la région en cours et campagne de sensibilisation hivernale.
- ⤴ Projets de prévention du tabagisme chez les jeunes « La gang allumée ».
- ⤴ Dispensation de formations et soutien à la création d'environnements favorables aux saines habitudes de vie et déploiement de la démarche « Prendre soin de notre monde en ciblant prioritairement les milieux défavorisés ».
- ⤴ Plan d'action de la Table intersectorielle régionale sur les saines habitudes de vie (TIRSHV).
- ⤴ Défi, « J'arrête, j'y gagne ! »
- ⤴ Défi Santé.
- ⤴ Dispensation de formations pour une intervention intensive en cessation tabagique, chaque installation peut offrir ces services.
- ⤴ Création d'un centre d'abandon du tabagisme (CAT) dans l'ensemble de la région.
- ⤴ Réalisation d'une étude sur l'exposition réelle aux HAP chez les résidents du quartier Saint-Georges à Baie-Comeau.
- ⤴ Réalisation d'activités de prévention du cancer de la peau dans différents milieux de travail : entreprises forestières et pépinières.
- ⤴ Réalisation d'activités de prévention liées à l'exposition aux pesticides dans des pépinières.
- ⤴ Réalisation d'activités de prévention liées à l'exposition à l'amiante auprès des travailleurs de la construction.
- ⤴ Réalisation d'activités de prévention liées à l'exposition au béryllium auprès de travailleurs de l'industrie minière et des alumineries.
- ⤴ Campagne de prévention des cancers de la peau en collaboration avec la Société canadienne du cancer.
- ⤴ Programme de vaccination contre le virus du papillome humain et de l'hépatite B dans les milieux scolaires.

3.2.1 Les pratiques cliniques préventives

« L'éducation et le dépistage sont les deux moyens d'action pour favoriser la détection précoce du cancer ». Il est essentiel que les gens apprennent à connaître la signification possible des bosses, des plaies, des problèmes digestifs persistants, des enrouements chroniques et des saignements anormaux. Les personnes présentant ces signes doivent consulter rapidement un médecin. De plus, il est important d'informer la population sur les avantages démontrés de certaines interventions de dépistage. L'avancement de la technologie a permis d'augmenter les connaissances en cancérologie de la population. De plus, les intervenants de première ligne jouent un rôle essentiel. Les groupes de médecine familiale (GMF) et l'Unité de médecine familiale (UMF), dans lesquels collaborent médecins et infirmières, permettent le dépistage précoce ainsi que l'enseignement des signes et des symptômes à surveiller.

3.3 Le dépistage

En matière de dépistage, on distingue deux types d'activité : le dépistage opportuniste et le dépistage systématique.

Le dépistage opportuniste consiste à la recherche de cancer chez les personnes asymptomatiques à l'occasion d'une consultation médicale. Il est effectué au moment d'un examen médical ou lors d'une visite en clinique spécialisée.

Voici des activités de dépistage opportuniste réalisées dans la région :

- ⤴ Dépistage du cancer du col utérin et des ovaires par colposcopie et test PAP.
- ⤴ Dépistage du cancer colorectal par la recherche de sang occulte dans les selles (RSOSI).
- ⤴ Dépistage des cancers du côlon et du rectum par colonoscopie, si facteurs de risque (programme particulier en Basse-Côte-Nord, cependant, n'assurant pas de prise en charge).
- ⤴ Dépistage du cancer de la prostate par dosage sanguin de l'antigène prostatique spécifique, si facteurs de risque.
- ⤴ Dépistage du cancer de la peau lors de l'examen annuel.

Le dépistage systématique s'adresse à l'ensemble de la population par une campagne de masse (selon des critères prédéterminés) dans le cadre d'un programme regroupant des activités organisées et mobilisant des ressources. Un seul programme de dépistage populationnel est en fonction, soit le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS).

3.3.1 Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)

Le PQDCS est un programme de dépistage systématique qui s'adresse aux Québécoises âgées de 50 à 69 ans. Elles sont invitées à passer une mammographie de dépistage, à tous les deux ans, dans un centre de dépistage désigné (CDD).

Sur la Côte-Nord, les services de mammographie sont offerts aux femmes dans trois CDD sur le territoire nord-côtier, soit aux hôpitaux de Baie-Comeau et de Sept-Îles et à l'installation de la Minganie (Havre-Saint-Pierre). Pour les autres secteurs isolés, les services sont dispensés par les unités mobiles *CLARA* (un autobus aménagé en clinique de radiologie) et *SOPHIE* (un mammographe pouvant être transporté), opérées par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). En 2014, 3 856 Nord-Côtières ont participé au programme en passant une mammographie de dépistage.

Les femmes, ayant un résultat anormal lors de leur mammographie de dépistage, sont dirigées vers les centres de référence pour investigation désignés (CRID), soit de Sept-Îles ou de Baie-Comeau, afin de passer des examens d'investigation complémentaires.

À l'Hôpital Le Royer (Baie-Comeau), une infirmière assure le suivi et la prise en charge des femmes, à la suite des examens complémentaires recommandés après une mammographie anormale. À l'Hôpital de Sept-Îles, ce sont les radiologistes qui assurent le suivi des femmes. Lorsqu'un cancer est diagnostiqué, le chirurgien prend alors en charge la patiente.

Un système d'information permet au Centre de coordination des services régionaux (CCSR) d'assurer le suivi de chaque cliente afin qu'elle reçoive les examens et les traitements appropriés dans un délai adéquat. Le CCSR travaille activement, en collaboration avec les responsables des CRID, pour améliorer la prise en charge des femmes ayant un résultat anormal.

Tableau 3
Région 09 : Indicateurs de performance du PQDCS
(Données de l'INSPQ du 22 juin 2015)

DESCRIPTION	2013-2014
Nombre d'activités de dépistage	
- Examen initial	1 469
- Examens subséquents	6 113
Taux de participation (%)	
- À 24 mois	59,8
- À 30 mois	70,5
Taux de couverture (%)	
- À 24 mois	N/D
- À 30 mois	
Taux de référence (%)	11,8
- Examen initial	22,0
- Examens subséquents	9,3

3.3.2 Le Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR)

En 2011, le MSSS a mis sur pied un projet pour développer un Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR). L'objectif est de réduire de 15 % la mortalité des personnes âgées de 50 à 74 ans, sur dix ans, par recherche de sang occulte dans les selles. Cette clientèle est admissible à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et considérée à risque moyen de développer un cancer colorectal. Dans la province, le programme est débuté dans les huit sites de démonstration sélectionnés par le MSSS. Sur la Côte-Nord, il n'y a aucun site de démonstration, par contre d'importants travaux, tant au niveau clinique qu'organisationnel, sont en cours afin de permettre la mise à niveau des unités d'endoscopie digestive. Ces travaux préalables sont essentiels au bon fonctionnement du programme lors de son déploiement.

Le test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles (RSOSi) est la méthode de dépistage recommandée pour la majorité des personnes de 50 à 74 ans, qui ont un risque moyen d'avoir un cancer colorectal.

Tableau 4
Nombre de RSOSi analysé et pourcentage de la population analysé pour 2015-2016⁸

	Total analysé	Population totale de 50-74 ans en 2015 (projection)	% de la population du territoire analysé
Côte-Nord	5 453	31 513	17,3

8. À noter que ces données n'incluent pas les périodes 12 et 13.

4. L'ORGANISATION DES SOINS ET DES SERVICES EN CANCÉROLOGIE

L'accès aux soins et aux services est un défi considérable pour notre région, en raison de la vaste étendue du territoire et de l'absence de liens routiers pour certains secteurs. Toute la population doit pouvoir bénéficier de soins de santé de qualité et dans un délai opportun, peu importe leur lieu de résidence. De plus, la fluidité et la continuité de la trajectoire de soins et de services sont essentielles, le patient doit circuler entre les différents niveaux de service, sans qu'il y ait de rupture.

Des travaux spécifiques à la cancérologie pulmonaire sont actuellement en cours afin d'optimiser la trajectoire des soins et des services offerts dans les établissements de la région pour tout le continuum. À l'Hôpital Le Royer (Baie-Comeau), un guichet de coordination et d'investigation du cancer du poumon avec l'Hôpital Laval est en place afin de réduire les délais d'investigation. L'Hôpital de Sept-Îles a été désigné par le MSSS comme centre partenaire avec un statut particulier. Il doit donc se conformer aux mêmes exigences que les centres affiliés, sauf pour le volume. D'autres travaux par siège tumoral seront prévus ultérieurement en fonction des orientations ministérielles.

Un autre défi pour notre région se situe au niveau de la circulation de l'information clinique. En effet, comme il est probable que les patients reçoivent des soins et des services dans plusieurs installations de la région, il serait important que toutes les informations pertinentes, de la personne atteinte de cancer, puissent être accessibles à tous les intervenants. Par exemple, par le biais de systèmes informatiques et informationnels qui peuvent s'interfacer. Le déploiement du dossier clinique informatisé s'actualisera en 2016-2017. L'implantation du dossier médical électronique se fait graduellement dans certaines cliniques privées et GMF de la région. L'arrivée de ces outils permettra d'assurer une communication fluide et accessible à l'ensemble des cliniciens du territoire.

Les services médicaux et généraux de première ligne constituent un maillon fondamental du continuum en cancérologie. En effet, les médecins de famille jouent un rôle de premier plan autant pour la prévention, le dépistage précoce et le diagnostic de certains cancers que pour les suivis des survivants. Le plan d'effectifs médicaux, au 1^{er} novembre 2015, compte 124 médecins de famille au CISSS de la Côte-Nord (146 si on ajoute ceux qui ont une pratique exclusive en cabinet privé) et 65 médecins spécialistes. Ils œuvrent principalement à Sept-Îles (39/49) et à Baie-Comeau (26/46).

Les services de deuxième ligne sont offerts dans les hôpitaux de Baie-Comeau et de Sept-Îles pour l'ensemble de la clientèle du territoire nord-côtier. La formalisation des corridors de services avec les centres régionaux et les centres intégrés de cancérologie est un facteur de réussite nécessaire pour assurer la continuité et la qualité des soins et des services.

Dans chacune des installations du CISSS de la Côte-Nord, des infirmières pivots multiclientèles permettent la coordination de l'ensemble des services nécessaires aux personnes atteintes de cancer, dès l'annonce du diagnostic, et ce, tout au long de la maladie.

Afin d'assurer un fonctionnement optimal des services, il est essentiel de travailler à la fois en collaboration et en interdisciplinarité.

Ces notions se définissent ainsi :

La collaboration interprofessionnelle vise un partenariat entre une équipe de professionnels de la santé, une personne et ses proches dans une approche participative, de collaboration et de coordination en vue d'une prise de décision partagée concernant l'atteinte de résultats optimaux en matière de santé et services sociaux (référence : référentiel national des compétences en matière d'interprofessionnalisme).

L'interdisciplinarité est une organisation de travail qui permet d'optimiser l'efficacité des interventions des professionnels apportant une vision commune de la situation. Elle implique des prises de décision partagées entre les membres de l'équipe et la personne, ses proches ou la communauté à l'égard des objectifs à prioriser et des actions à mettre en place pour les atteindre (référence : D'Amours et Oandasan, 2005).

La formation continue est un enjeu important pour les professionnels de notre région. En effet, les distances considérables nous séparant des grands centres font qu'il est difficile de participer aux formations sur place (en présence). Il est donc essentiel que davantage de formations soient offertes par le biais de webinaires, visioconférences, etc.

4.1 L'investigation

« L'investigation regroupe un ensemble de gestes qui vont mener à poser un diagnostic, à évaluer autant l'étendue que le degré de malignité de la tumeur et à caractériser la maladie sur ses aspects tant physiques que psychosociaux. Par investigation, on entend à la fois l'historique des symptômes, des examens physiques, des gestes diagnostiques, des examens de laboratoire et d'imagerie ainsi que l'évaluation des difficultés d'adaptation personnelle et sociale ».

L'accès à un médecin de famille est un enjeu de taille pour certains secteurs nord-côtiers. La mise en place de guichets d'accès pour la clientèle sans médecin de famille a contribué à l'amélioration de la situation.

Tableau 5
Région 09 : État de situation des guichets d'accès
(Données fournies par le MSSS au 30 septembre 2016)

Nombre de patients enregistrés au guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF) et en attente d'inscription à un médecin de famille	
RLS de Caniapiscau	101
RLS de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan	2 735
RLS de Port-Cartier	231
RLS de Sept-Îles	655
RLS de la Minganie	102
RLS de la Basse-Côte-Nord	27
RLS de Kawawachikamach	11
TOTAL :	3862

Il est essentiel de considérer les délais d'accès, puisque les résultats des soins et des traitements sont grandement influencés par l'intervalle entre la découverte des symptômes et les traitements.

Les laboratoires

Les services de prélèvements sont offerts dans toutes les installations du territoire. Il est possible que certains examens plus spécifiques soient offerts seulement dans les centres de deuxième ligne.

Le plateau diagnostique

L'accès au plateau technique devrait être le plus rapide possible afin de réaliser les examens suivants : radiologie, tomodensitométrie, imagerie par résonance magnétique, médecine nucléaire, endoscopie, biopsie et chirurgie diagnostique ainsi que la pathologie.

Tableau 6
Nombre d'examens non urgents en attente au troisième trimestre 2015-2016
(Données GESTRED formulaire n° 526 : imagerie médicale)
[Tout diagnostic confondu]

EXAMEN	Région 09 (total)
Graphies	538
Scopies	634
Mammographies diagnostiques	70
Échographies mammaires	79
Tomodensitométrie	181
Résonance magnétique	576

La pathologie

La standardisation de l'échantillonnage et l'uniformité de la description macroscopique et microscopique des spécimens de pathologie sont une préoccupation de premier ordre.

Les services de pathologie dans les établissements de la région sont assurés par différents CISSS et CIUSSS dans toute la province. Entre autres, une partie des analyses est effectuée au Saguenay-Lac-Saint-Jean et une autre par les laboratoires médicaux « DYNACARE ». Afin de diminuer le nombre d'établissements qui desservent la Côte-Nord, d'assurer une couverture complète des services en pathologie et la pérennité des services, des démarches sont toujours en cours afin de formaliser une entente de service avec une équipe de pathologie dans un centre désigné, et ce, pour permettre le maintien d'un service de qualité et accessible.

4.2 Les traitements

Les traitements curatifs ont pour but la guérison définitive (ou la rémission). Ils consistent en différents gestes, comme la chirurgie, la radiothérapie, l'administration d'agents antinéoplasiques, etc., posés pour enrayer la maladie. Les traitements palliatifs ont pour but de ralentir et, parfois, d'arrêter la progression du cancer, tout en contrôlant l'inconfort lié à la maladie. Cela peut inclure différents traitements, tels que la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie, etc. Les traitements complémentaires, comme les antidouleurs, les antiémétiques, etc., ne traitent pas le cancer en lui-même, mais visent plutôt à diminuer les effets de la progression de la maladie ou les effets secondaires liés aux traitements.

L'accès aux traitements devrait être le plus rapide possible : chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie et services de soutien et d'adaptation-réadaptation. Les services de soutien psychosociaux devraient aussi être accessibles rapidement et toutes les demandes en soins palliatifs devraient être traitées en priorité. Pour les examens ou les traitements qui sont indisponibles sur la Côte-Nord, des corridors informels permettent aux patients d'accéder aux services requis sans délai indu (consulter l'annexe A).

Le traitement chirurgical

Les hôpitaux de Baie-Comeau et de Sept-Îles offrent une assistance régionale aux autres installations de leurs sous-régions. Des chirurgies oncologiques sont pratiquées dans ces deux installations et, selon une cible ministérielle établie, un indicateur de suivi permet d'évaluer le pourcentage de patients traités dans un délai inférieur à 28 jours. Régionalement, l'engagement pour cet indicateur est d'atteindre 90 %. Les efforts soutenus de tous les acteurs impliqués doivent être poursuivis afin d'atteindre les cibles (à la période 13, pour 2015-2016, le résultat était de 74,5 %).

Tableau 7
Nombre de chirurgies oncologiques par site tumoral par installation en 2015-2016
(Soit de la période 1 à la période 13)

	Sein	Poumon	Côlon	Thyroïde	Vessie	Col utérin	Prostate	Sigmoïde
Hôpital Le Royer	25	0	9	11	0	0	0	3
Hôpital et CHSLD de Sept-Îles	18	9	7	7	5	3	3	3

La chimiothérapie

Pour certains patients, elle est la seule option thérapeutique, tandis que pour d'autres elle est combinée à une chirurgie et/ou de la radiothérapie.

Selon des protocoles établis, l'administration de la chimiothérapie et l'accès à la médication de pointe sont les deux priorités en ce qui concerne les traitements. Dans le respect des pratiques, tenant compte des données probantes, il est essentiel d'instaurer des mesures visant l'optimisation de l'accès aux nouvelles molécules antinéoplasiques. À la suite de la diffusion des 27 recommandations prioritaires du Comité sur la sécurité des médicaments antinéoplasiques, en 2013, une grille d'évaluation de l'application de ces mesures a été remplie par chaque installation de la région. Les résultats nous confirment que plusieurs pratiques doivent être optimisées dans notre région.

La majorité des patients nécessitant de la chimiothérapie peuvent recevoir leurs traitements dans notre région, puisque l'administration de chimiothérapie se fait dans les installations de Baie-Comeau, de la Basse-Côte-Nord, de Fermont, de Havre-Saint-Pierre et de Sept-Îles.

Tableau 8
Statistiques des installations nord-côtières offrant la chimiothérapie en 2015-2016

Municipalité	Nombre de chaises	Nombre de traitements administrés
Baie-Comeau	11 (+ une civière)	1 769
Blanc-Sablon	3	88
Fermont	Pas de chaise réservée	71
Havre-Saint-Pierre	2	862
Sept-Îles	6	1 263

L'Hôpital Le Royer de Baie-Comeau traite les patients de la Haute-Côte-Nord et de Manicouagan. Pour ces derniers, ce sont les équipes de Rimouski qui déterminent le diagnostic et le choix de la thérapie. En effet, des hématologues du CISSS du Bas-Saint-Laurent se rendent régulièrement à l'Hôpital Le Royer de Baie-Comeau pour rencontrer les patients. Par la suite, ce sont des omnipraticiens qui assurent le suivi des patients.

L'Hôpital de Sept-Îles traite les patients de Port-Cartier, de Sept-Îles, de la Minganie, de Fermont et de la Basse Côte-Nord. Pour ces derniers, ce sont les médecins spécialistes, en collaboration avec les pharmaciens et les équipes extrarégionales, qui déterminent le diagnostic et le choix de la thérapie. Pour certains patients de l'extérieur de Sept-Îles, les traitements peuvent être donnés dans leur localité.

La radiothérapie

Tous les traitements de radio-oncologie sont donnés à l'extérieur de notre région. Certains corridors de services se sont formalisés, à la suite des orientations ministérielles. En 2011, une entente entre la Haute-Côte-Nord–Manicouagan et de Chicoutimi a été signée. Également, en 2012, une entente a été conclue entre l'installation de l'Hématite et le Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ). La répartition des usagers nord-côtiers en radiologie est documentée à chaque période (consulter le tableau 9 à la page suivante).

Tableau 9
Répartition des usagers nord-côtiers en radio-oncologie, en 2015-2016
(périodes 1 à 13)

RLS	Nombre d'usagers
HAUTE-CÔTE-NORD-MANICOUAGAN	
CISSS Bas-Saint-Laurent - Installations de Rimouski	22
CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean – Installations de Chicoutimi	42
Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ)	71
Hôpital Maisonneuve-Rosemont	1
Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)	1
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)	1
Total :	138
PORT-CARTIER	
CISSS Bas-Saint-Laurent - Installations de Rimouski	4
Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ)	20
Total :	24
SEPT-ÎLES	
CISSS Bas-Saint-Laurent - Installations de Rimouski	11
CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean – Installations de Chicoutimi	3
Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ)	66
Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)	2
Hôpital Charles-Le Moyne	1
Total :	83
MINGANIE	
CISSS Bas-Saint-Laurent - Installations de Rimouski	1
Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ)	18
Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais	1
Total :	20
BASSE-CÔTE-NORD	
Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ)	6
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)	1
Hôpital général juif	1
Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais	3
Total :	11
CANIAPISCAU ET L'HÉMATITE	
Centre de santé et de service sociaux de Trois-Rivières	1
Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ)	4
Total :	5
CLSC NASKAPI	
Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ)	1
Total :	1
Grand total :	282

La politique de subvention pour le déplacement des usagers du CISSS de la Côte-Nord s'applique pour les remboursements admissibles. Certains problèmes en ce domaine sont spécifiques à la population nord-côtière. Les plus grands enjeux sont la distance pour obtenir des soins et l'isolement du client en phase de traitement.

Certaines ressources d'hébergement sont disponibles, comme la Maison d'accueil Richelieu à Sept-Îles et l'hôtellerie de La Vallée des Roseaux à Baie-Comeau.

4.3 Les soins à domicile

L'inscription de la clientèle oncologique aux services d'Info-Santé est possible pour l'ensemble du territoire. Certaines installations le font et d'autres non.

Pour l'ensemble du territoire, au Programme de soutien à domicile (SAD), il n'existe aucune équipe dédiée à l'oncologie ou aux soins palliatifs. Les soins et services sont donnés par l'équipe régulière des soins à domicile. Il y a un service de garde 24/7, et cette équipe comprend un médecin et du personnel infirmier, pour répondre aux demandes.

4.4 Les soins de fin de vie

Selon l'Association québécoise des soins palliatifs, les soins palliatifs sont l'ensemble des soins actifs et globaux offerts aux patients atteints d'une maladie avec un pronostic réservé. Durant cette période, les principes essentiels sont l'atténuation de la douleur, le soulagement des symptômes physiques et la diminution des problèmes psychologiques, sociaux et spirituels.

La Loi concernant les soins de fin vie, adoptée en décembre 2015, propose une vision globale et intégrée des soins palliatifs et de fin de vie et comporte deux volets :

- ✧ Les droits, l'organisation et l'encadrement relatifs aux soins de fin de vie, qui comprennent les soins palliatifs (incluant la sédation palliative continue) et l'aide médicale à mourir.
- ✧ La reconnaissance de la primauté des volontés exprimées clairement et librement par la mise en place du régime des directives médicales anticipées.

À cet égard, une Politique régionale relative aux soins palliatifs de fin de vie a été élaborée afin de se conformer aux exigences de la Loi concernant les soins de fin de vie. Celle-ci est accessible sur le site intranet du CISSS de la Côte-Nord. Un programme clinique de soins palliatifs et de fin de vie est également disponible.

Pour le secteur de la Haute-Côte-Nord–Manicouagan, il existe une maison de soins palliatifs, La Vallée des Roseaux, possédant sept lits. Il y a aussi un centre de jour (L'Hospitalière) qui offre du répit, une journée par semaine, aux personnes malades afin qu'elles puissent recevoir des soins physiques, faire des activités selon ses préférences, être écoutées, comprises, informées, supportées, socialiser et avoir accès aux soins infirmiers, tout en permettant aux proches d'être écoutés, compris, informés, aidés et de bénéficier d'un répit. Cet organisme offre aussi un service d'hôtellerie pour les gens devant subir des traitements ou des examens à l'Hôpital Le Royer de Baie-Comeau.

Pour le secteur est de la Côte-Nord, la maison de soins palliatifs l'Élyme des sables dispose de six lits.

4.5 Le contrôle des symptômes

Dans la région, mis à part les unités de jour de Baie-Comeau et de Sept-Îles où sont administrés les traitements de chimiothérapie, nous n'avons pas d'unité d'hospitalisation dédiée à l'oncologie. Lorsque des patients atteints de cancer doivent être hospitalisés, ils le sont sur les unités générales. Les échelles utilisées pour l'évaluation et le contrôle des symptômes sont donc très variables d'une installation à l'autre, et parfois même d'une unité à l'autre, au sein d'une même installation.

4.6 Le soutien psychosocial

Il n'y a pas d'équipe dédiée pour la cancérologie sur le territoire. Les travailleurs sociaux et les psychologues des équipes régulières assurent les suivis des patients qui en ont besoin sauf à Sept-Îles où une travailleuse sociale à temps complet est dédiée à l'oncologie. La trajectoire de soins pour les différents sièges tumoraux est présentée à l'annexe C.

5. LE PLAN D'ACTION EN CANCÉROLOGIE

Notre plan d'action émane du Plan d'action 2016-2017 de la DGC du MSSS. Il présente les actions à entreprendre afin d'accroître, d'une manière plus structurée, la coordination, la concertation, la collaboration et la communication entre tous les intervenants en cancérologie.

Il s'inscrit dans la planification stratégique du MSSS et est structuré autour de sept axes :

- | | |
|--------------|--|
| Axe 1 | Qualité (sécurité, continuité et pertinence) des soins et des services en cancérologie |
| Axe 2 | Accessibilité des soins et des services en cancérologie |
| Axe 3 | Dépistage du cancer |
| Axe 4 | Organisation efficiente des soins et des services en cancérologie |
| Axe 5 | Des soins et des services centrés sur les besoins des patients |
| Axe 6 | Surveillance du cancer |
| Axe 7 | Réseaux de cancérologie par siège tumoral |

Les objectifs spécifiques à chaque axe, les actions prévues et les résultats attendus sont précisés dans le Plan d'action régional en cancérologie (consulter l'annexe E).

Pour assurer que la mise en œuvre du plan d'action soit la priorité numéro un, le Comité régional de concertation doit mobiliser toutes les équipes concernées par le continuum en cancérologie, tant médicales, cliniques, qu'administratives.

Le Programme régional de cancérologie, le plan d'action et le choix des priorités doivent tenir compte des réalités nord-côtières et représenter une vision régionale commune à tous. Il est aussi essentiel d'identifier les écarts entre les besoins de la population et les services offerts.

Étant donné l'immensité du territoire couvert par le CISSS de la Côte-Nord, les différents moyens technologiques disponibles doivent être mis à contribution afin de minimiser les déplacements, tout en s'assurant que l'information circule, de façon fluide, entre tous les intervenants. À cet égard, la télésanté est de plus en plus utilisée par les divers professionnels de la région.

L'harmonisation du PAR et du Plan d'action régional en cancérologie est essentielle pour préconiser une approche globale des soins et des services centrés sur les besoins de notre population et pour l'accès à des services de qualité à l'intérieur d'un réseau hiérarchisé.

6. LE SUIVI ET L'ÉVALUATION

Afin de maintenir et d'améliorer l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins et des services prodigués dans la région, le suivi et l'évaluation du plan d'action s'avèrent essentiels afin d'en apprécier les gains.

Deux mesures ont été retenues :

1. Apprécier le degré d'implantation des mesures proposées par rapport aux orientations de base.
2. Mesurer les résultats obtenus.

Pour ce faire, trois niveaux de suivi et d'évaluation sont suggérés. Le tableau à l'annexe B explique ces niveaux ainsi que les rôles des différentes instances concernées. Le directeur de santé publique du CISSS de la Côte-Nord assure le suivi de l'actualisation du PAR.

En ce qui concerne le plan d'action régional, c'est la directrice adjointe volet administratif de la DSPEU, en collaboration avec les comités régionaux de coordination et de concertation, qui a la responsabilité de s'assurer de l'évolution des travaux dans la région.

Le comité consultatif sur la démarche d'amélioration et de maintien de la performance du Programme national de cancérologie propose, dans un rapport, 31 indicateurs de performance qui permettent le suivi et l'évaluation (consulter l'annexe D.)

CONCLUSION

Malgré les avancées dans la lutte contre le cancer, il faut poursuivre nos actions en offrant des soins et des services basés sur les besoins des patients et de la population. À cet égard, il faut développer des liens dynamiques entre les différents acteurs en cancérologie, en continuant d'assurer l'accessibilité, la qualité des soins et des services et la disponibilité de l'information au service de l'action.

Ce programme propose des améliorations organisationnelles et cliniques à apporter à la trajectoire des personnes atteintes de cancer pour augmenter l'accessibilité et la qualité ainsi que l'optimisation des ressources dans tout le continuum des soins et des services.

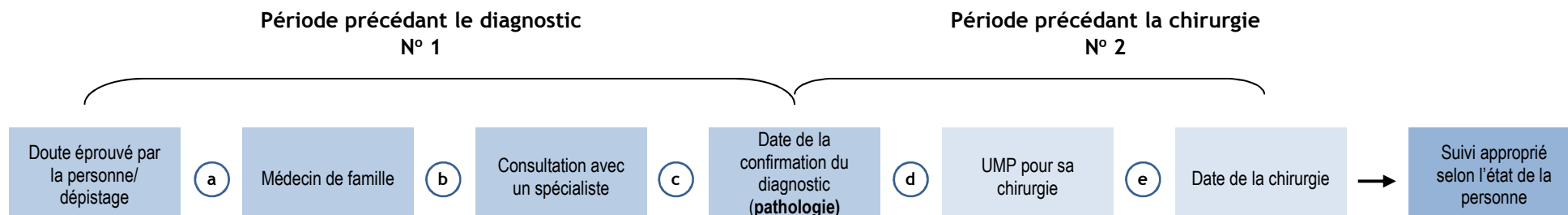
C'est ensemble que nous pourrons mieux traiter ce fléau.



ANNEXES

ANNEXE A – LA TRAJECTOIRE D'ACCÈS AUX SOINS EN ONCOLOGIE

Direction de la lutte contre le cancer - ORIENTATIONS PRIORITAIRES 2007-2012



PÉRIODE PRÉCÉDANT :

* À noter qu'au cours de la période d, il est possible qu'un usager doive recevoir un traitement néoadjuvant (radiothérapie ou chimiothérapie) AVANT sa chirurgie.

N° 1 Le diagnostic : va de la date où la personne éprouve un doute et va consulter son médecin de famille, ou de la date d'obtention d'un résultat anormal à la suite d'un dépistage, jusqu'à la date de la confirmation du diagnostic par le pathologiste.

N° 2 La chirurgie : va de la date de la confirmation du diagnostic par le pathologiste jusqu'à la date de la chirurgie.

PÉRIODES DE SOINS ET INTERVALLES ENTRE LES DIFFÉRENTES ÉTAPES FRANCHIES PAR LE PATIENT :

- a** Temps nécessaire à la consultation d'un médecin de famille : temps écoulé avant que la personne, inquiète quant à son état de santé ou ayant reçu un résultat de dépistage anormal, puisse obtenir une consultation avec son médecin de famille.
- b** Temps nécessaire à l'orientation du patient vers un spécialiste : temps écoulé entre la demande de consultation par le médecin de famille et la visite au spécialiste.
- c** Temps nécessaire à la confirmation du diagnostic par le pathologiste : temps écoulé entre la première visite au spécialiste et la date du rapport de pathologie.
- d** Temps réservé aux consultations et aux examens additionnels : temps écoulé entre la date du rapport de pathologie et celle où l'usager est médicalement prêt à subir sa chirurgie, qui correspond à la date de la requête opératoire.
- e** Temps nécessaire pour obtenir une chirurgie : va de la date de la requête opératoire jusqu'à la date de la chirurgie.

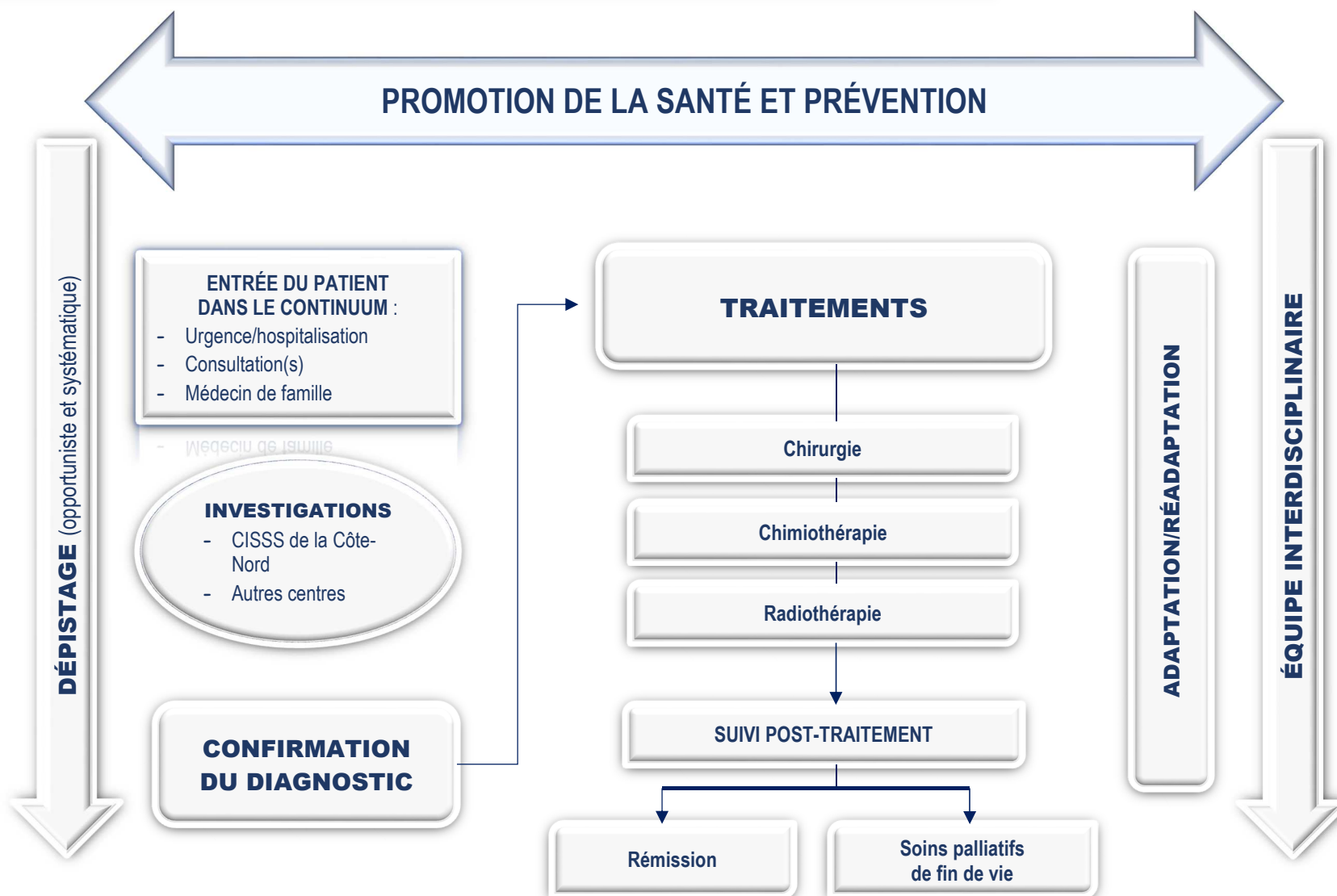
UMP : **usager médicalement prêt** (patient qui a passé tous les examens requis, dont le diagnostic a été établi et dont le chirurgien juge qu'il est prêt pour sa chirurgie)

Des normes relatives aux diverses périodes de soins et aux intervalles entre les différentes étapes que doit franchir le patient seront établies et comprendront des critères à appliquer en cas d'urgence. La trajectoire d'accès aux soins en oncologie présente le cheminement de la plupart des personnes atteintes du cancer. Elle peut servir de référence, en vue d'améliorer la continuité et la coordination des soins et des services.

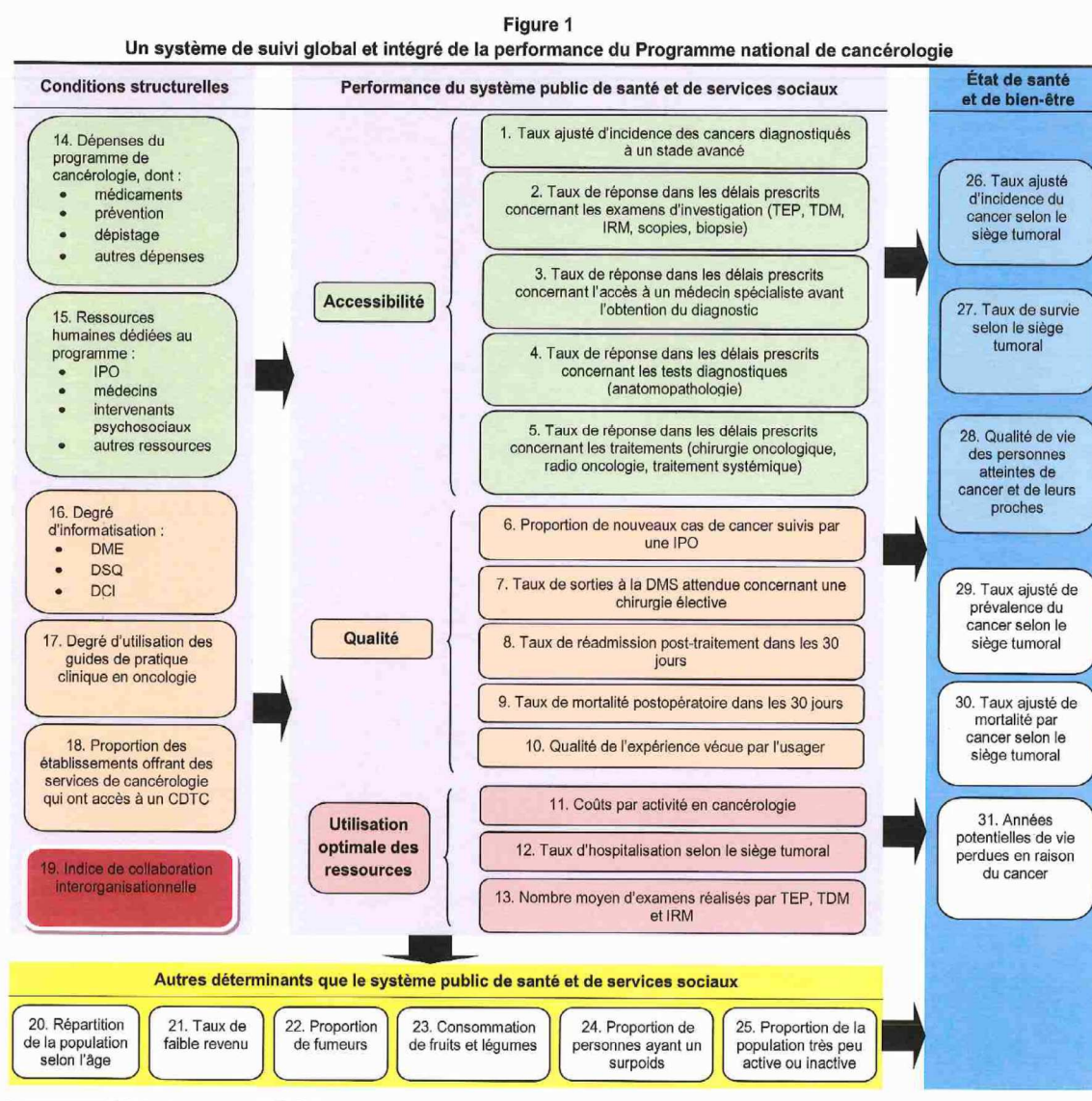
ANNEXE B – LE TABLEAU DES NIVEAUX DE SUIVI ET D'ÉVALUATION

Niveau de suivi et d'évaluation		Description	Responsable	Action
1.	Suivi de l'implantation et de la mise en application des mesures	♦ Permet d'effectuer des ajustements en cours de route. ♦ Suscite la mobilisation des partenaires. ♦ Mesure si l'implantation respecte les orientations de départ. ♦ Détermine les facteurs qui ont facilité ou les contraintes de mise en œuvre.	Comité régional de coordination et de concertation.	Réalisation d'un bilan annuel.
2.	Évaluation continue des résultats attendus	♦ Vérification de l'atteinte des objectifs de santé et de bien-être de la population par l'Enquête Santé Côte-Nord. ♦ Vérification des délais d'accès aux services de première ligne, incluant le dépistage et le mécanisme de prise en charge.	DSP. Comité régional de coordination.	Enquête Santé Côte-Nord aux cinq ans. Suivi des résultats des enquêtes. RQC.
3.	Évaluation ponctuelle de certaines cibles précises	♦ Processus des ententes de gestion.	Directeur du programme (ou les professionnels sous son autorité).	Faire le suivi des données extraites de GESTRED, SIMASS, I-CLSC et du SI-PQDCS. Faire le suivi auprès des personnes concernées, lorsque les cibles ne sont pas atteintes.

ANNEXE C – LA TRAJECTOIRE DE SOINS POUR LES DIFFÉRENTS SIÈGES TUMORAUX



ANNEXE D – UN SYSTEME DE SUIVI GLOBAL ET INTÉGRÉ DE LA PERFORMANCE DU PROGRAMME NATIONAL DE CANCÉROLOGIE



ANNEXE E – LE PLAN D'ACTION 2016-2017 EN CANCÉROLOGIE

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Côte-Nord

Québec

PLAN D'ACTION 2016-2017 EN CANCÉROLOGIE

Plan d'action en cancérologie 2016-2017 :

Région 09 - Côte-Nord

Page 1 de 5

OBJECTIFS	RÉSULTATS ATTENDUS	PA 2016-2017 DGC	ACTIONS/MOYENS	RESPONSABLES (sous le leadership de)	COLLABORATEURS	Niveau d'implantation			INDICATEURS	CIBLES	ÉCHÉANCIER	COMMENTAIRES
						À mettre en place	À maintenir	À consolider				
Poursuivre les travaux préalables à l'implantation du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR)	Poursuite de la mise à niveau de l'ensemble des unités d'endoscopie digestive du Québec	3.2	- Poursuivre les travaux avec les installations de Sept-Îles et de Baie-Comeau	DSPEU	- Gestionnaires des blocs opératoires (DSPEU)		X		Unités d'endoscopie digestive mises à niveau	Mises à niveau en cours, en fonction du plan de déploiement prévu		
Poursuivre les travaux préalables à l'implantation du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR)	Déploiement du progiciel SI-ENDO	3.2		Direction ressources informationnelles (DRI)	- DSPEU	X			Utilisation du progiciel	Progiciel déployé à Sept-Îles et Baie-Comeau	D'ici juin 2018 (selon le calendrier de déploiement prévu)	
Au niveau régional :												
(R) Mettre en œuvre les lignes directrices publiées par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)	Mise à jour des lignes directrices de 2011 par l'INSPQ		- Promouvoir et diffuser les nouvelles lignes directrices à l'ensemble des intervenants de la région	Directeur de cancérologie du CISSS	- Tous les professionnels concernés (médecins, infirmières, etc.)	X			Accès aux lignes directrices	Ligne directrices diffusées	À venir (lignes pas disponibles pour le moment)	
(R) Assurer l'accessibilité au dépistage du cancer du col utérin	- Accessibilité au dépistage du cancer du col utérin pour les patientes n'ayant pas de médecin de famille - Disponibilité d'outils cliniques encadrant la pratique infirmière et la formation associée		- Organiser des services pour l'accès au dépistage sur tout le territoire - Établir une procédure et/ou une ordonnance collective pour les infirmières - Assurer la formation du personnel infirmier	Directeur de cancérologie du CISSS	- DSPEU - Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques (DRHCAJ) - Gynécologues - Médecins (CISSS, GMF, UMF et cabinets privés)	X			- Application du protocole et ordonnance collective - Nombre d'infirmières formées	Protocole et ordonnance collective rédigés	31 mars 2017	
AXE 4 : Organisation efficiente des soins et services en cancérologie												
Au niveau régional :												
(R) Créer ou consolider les réseaux régionaux/interrégionaux	- Présence de réseaux région											

OBJECTIFS	RÉSULTATS ATTENDUS	PA 2016-2017 DGC	ACTIONS/MOYENS	RESPONSABLES (sous le leadership de)	COLLABORATEURS	Niveau d'implantation			INDICATEURS	CIBLES	ÉCHÉANCIER	COMMENTAIRES
						À mettre en place	À maintenir	À consolider				
(R) Consolider le rôle de l'IPO	- Identification des critères de priorisation pour l'accès à l'IPO - Standardisation de l'évaluation initiale du patient par l'IPO		- Élaborer et diffuser les critères de priorisation - Identifier les besoins de formation des IPO	Directeur de cancérologie du CISSS	- DSPEU - IPO			X		Critères de priorisation identifiés	31 mars 2017	- Travaux en cours avec le comité national des infirmières en oncologie

AXE 5 : Des soins et des services centrés sur les besoins des patients												
Promouvoir le dépistage de la détresse chez les personnes atteintes de cancer	Utilisation de l'outil de dépistage de la détresse dans les établissements	5.2	Diffuser l'outil et en promouvoir l'utilisation auprès des gestionnaires et des intervenants en oncologie	Directeur de cancérologie du CISSS	- Tous les intervenants en oncologie	X			Nombre de dossiers où l'outil est utilisé	100 % des établissements utilisent l'outil de dépistage de la détresse	31 mars 2017	
AXE 6 : Surveillance du cancer												
Au niveau régional :												
(R) S'assurer de l'exhaustivité de la complétude, de la fiabilité et de l'accessibilité aux données du Registre québécois du cancer (RQC)	Transmission des données des registres locaux du cancer (RLC) au RQC		- Poursuivre la saisie des données - Évaluer l'atteinte des objectifs ministériels concernant la transmission des données - Assurer le soutien aux archivistes	Directeur de cancérologie du CISSS	- Archivistes responsables de la saisie et gestionnaires des archives (DSPEU)				Transmission régulière des données	Atteinte des cibles ministérielles fixées par période	En continu	
AXE 7 : Réseaux de cancérologie par siège tumoral												
Consolidation des réseaux de cancérologie pulmonaire	Adoption d'un plan d'action visant l'amélioration de la trajectoire en cancérologie pulmonaire sur la base de l'état de situation réalisé en 2015	7.1	- Mettre à jour l'état de situation réalisé en 2015 - Rédiger un plan d'action et le soumettre aux instances concernées pour adoption									

